

**Konzeption und Evaluation
des evidenzbasierten Präventionstrainings „STARK mit SAM“
für Schülerinnen und Schüler mit Hörbehinderung**

vorgelegt von

Katharina Urbann

als Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin

der Philosophie (Dr. phil.)

in der

Fakultät Rehabilitationswissenschaften

der Technischen Universität Dortmund

Dortmund

2018

Betreuerin: Prof.'in Dr.'in Pia Bienstein

Betreuer: Prof. Dr. Thomas Kaul

Die vorliegende Arbeit wird als Dissertation in der Fakultät Rehwissenschaften der Technischen Universität Dortmund veröffentlicht.

Dortmund (D 290)

Danksagung

Zum Gelingen der vorliegenden Dissertation haben zahlreiche Menschen auf vielseitige Art und Weise beigetragen, denen ich an dieser Stelle herzlich danken möchte.

Mein besonderer Dank gilt meiner Erstgutachterin Frau Prof.'in Dr.'in Pia Bienstein, die meinen Weg zur Promotion mit viel Engagement betreut hat. Sie gab mir bei der Ausarbeitung entscheidende Impulse und stand mir mit Rat und Hilfe bei empirischen Fragen zur Seite. Ich bin sehr dankbar, dass ich in ihrem Forschungsprojekt zur Prävention sexuellen Missbrauchs (SeMB) arbeiten und mich mit diesem spannenden Thema intensiv und verantwortungsvoll beschäftigen durfte. Ebenso danke ich meinem Zweitgutachter Prof. Dr. Thomas Kaul, der mich zur Promotion ermutigt, stets an mich geglaubt und fachlich konstruktiv begleitet hat. Die zahlreichen konstruktiven Diskussionen mit beiden betreuenden Personen haben meinen Arbeitsprozess sehr bereichert und maßgeblich zu meiner fachlichen Weiterentwicklung beigetragen.

Ich danke dem ehemaligen Team des SeMB-Projekts für gewinnbringende und inspirierende fachliche Gespräche. Den Kolleginnen und Kollegen des Lehrstuhls „Pädagogik und Rehabilitation hörgeschädigter Menschen“ danke ich herzlich für die großartige kollegiale Zusammenarbeit und ihre moralische und fachliche Unterstützung.

Ich danke allen Beteiligten, Kindern, ihren Eltern und Lehrerinnen und Lehrern, die an meiner Untersuchung teilgenommen und sie dadurch erst ermöglicht haben.

Schließlich möchte ich mich ganz herzlich bei meinen Eltern, meiner Schwester Eva und meinen guten Freundinnen bedanken. Herzlichen Dank für das Verständnis, den großen Zuspruch und den Ausgleich, den ihr mir während der gesamten Promotionszeit gegeben habt. Damit habt ihr maßgeblich zum Gelingen der Arbeit beigetragen. Insbesondere möchte ich mich von ganzem Herzen bei meinem Mann Ruben bedanken, der mich vor allem in der Endphase der Promotion mit viel Ruhe und unermüdlicher Ausdauer unterstützt und in schwierigen Zeiten aufgemuntert hat. Ihm und meiner Tochter Frida widme ich diese Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung.....	5
1.2 Fragestellungen und Forschungsziele	7
1.3 Methodik und Aufbau der Arbeit.....	9
2 Begriffsbestimmungen und -erläuterungen	14
2.1 Sexueller Missbrauch	14
2.2 Prävention	17
2.3 Hörbehinderung.....	20
2.4 Evidenzbasierung.....	28
3 Stand der Forschung und Forschungsdesiderate	32
3.1 Sexueller Missbrauch an Kindern mit Hörbehinderung	32
3.1.1 Prävalenz	33
3.1.2 Risikofaktoren.....	35
3.1.3 Täterinnen und Täter	42
3.1.4 Disclosure.....	45
3.2 Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung	48
3.2.1 Lebenswelt und Sozialisation	50
3.2.2. Sprachliche und kommunikative Kompetenz.....	53
3.2.3 Exekutive Funktionen	63
3.2.4 Sozial-emotionale Entwicklung.....	67
3.2.5 Visuelle Wahrnehmung	70
3.3 Kindzentrierte Präventionsprogramme gegen sexuellen Missbrauch	71
3.3.1 Präventionstrainings für Kinder mit Hörbehinderung.....	72
3.3.2 Inhalte von Präventionstrainings	73
3.3.3 Wirkung von Präventionstrainings.....	76
3.3.4 Kritische Reflexion.....	80
3.4 Resümee	83
4 Konzeption des Präventionstrainings	86
4.1 Qualitätssicherung.....	86
4.2 Bausteine und Prinzipien.....	87
4.4 Ziele, Inhalte und methodische Umsetzung	94
4.5 Resümee	104
5 Evaluation des Präventionstrainings	106
5.1 Untersuchungsdesign.....	106
5.2 Konstrukte der Evaluation	108
5.2.1 Wissen.....	108
5.2.2 Ängstlichkeit	109
5.3 Hypothesen	111
5.3.1 Vergleich zwischen der Experimental- und der Wartekontrollgruppe.....	112
5.3.2 Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe.....	113
5.3.3 Effekte auf das Wissen zu Messzeitpunkt t2	115
5.4 Evaluationsinstrumente	123
5.4.1 Interviewleitfaden zur Befragung der Kinder	124
5.4.2 Fragebogen für Lehrpersonen und Bezugspersonen.....	129
5.4.3 Fragenbogen zur Durchführungsintegrität.....	131
5.4.4 Assessments der Eingangsdiagnostik.....	135
5.5 Rekrutierung der Stichprobe.....	138

5.6 Umgang mit fehlenden Werten.....	140
5.7 Verwendete statistische Methoden	148
5.8 Resümee	153
6. Darstellung der Ergebnisse.....	154
6.1 Durchführungsintegrität.....	154
6.2 Soziodemografische Eigenschaften der Stichprobe.....	158
6.3 Wissensstand der Kinder vor Trainingsdurchführung	175
6.4 Außerhalb des Präventionstrainings besprochene Themen	183
6.5 Itemanalyse	188
6.6 Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe	194
6.7 Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe	202
6.8 Effekte auf das Wissen zu Messzeitpunkt t2.....	215
7 Diskussion der Ergebnisse	235
7.1 Diskussion vor dem Hintergrund der eigenen Hypothesen.....	235
7.1.1 Durchführungsintegrität	235
7.1.2 Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe..	236
7.1.3 Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe.....	238
7.1.4 Effekte auf das Wissen zu Messzeitpunkt t2.....	239
7.2 Diskussion vor dem Hintergrund der Forschungslage	240
7.3 Limitationen der Untersuchung	243
7.4 Inhaltliche Konsequenzen für das Präventionstraining	247
8 Fazit und Perspektiven	248
Literaturverzeichnis	257
Abbildungsverzeichnis	290
Tabellenverzeichnis	291
Anhang	293
Anhang A.....	293
Anhang B.....	322
Anhang C.....	327
Anhang D.....	333
Anhang E.....	338
Anhang F	340
Anhang G.....	394
Anhang H.....	400
Anhang I	409
Anhang J.....	433
Anhang K.....	437
Anhang L	445
Anhang M	463
Anhang N.....	468

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen
AO-SF	Ausbildungsordnung für sonderpädagogische Förderung
ASL	American Sign Language
AVWS	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung
B	Bezugspersonen
BSL	British Sign Language
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMI	Bundesministerium des Innern
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMJ	Bundesministerium der Justiz
CDI	MacArthur Communicative Development Inventory
CI	Cochlea Implantat
DGS	Deutsche Gebärdensprache
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DISYPS II	Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV
EG	Experimentalgruppe
FBB-ANZ	Fremdbeurteilungsbogen „Ängstlichkeit“ des DISYPS II
FSP	Förderschwerpunkt
gl/sh	gehörlos/schwerhörig
GRADE-System	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
H	Häufigkeit
IQ	Intelligenzquotient
HK	Hören und Kommunikation
KKI	Kommunikative Kompetenz Indikator
L	Lehrpersonen
LBG	Lautsprache begleitende Gebärden
LSD	Least Significant Difference
LUG	Lautsprache unterstützende Gebärden
<i>M</i>	Mittelwert
<i>N</i>	Stichprobengröße
<i>p</i> (t)	Ergebnis des <i>t</i> -Tests
<i>p</i> (U)	Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests

MCAR	missing completely at random
MLU	mittlere Äußerungslänge in Morphemen
MSWF	Ministerium für Schule, Wissenschaft und Forschung
MZP	Messzeitpunkt
OECD	Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
POLIKS	Polizeiliches Landessystem zur Information, Kommunikation und Sachbearbeitung
RCT	Randomized Controlled Trial
<i>SD</i>	Standardabweichung
SE	Signed English
SEE1	Seeing Essential English
SEE2	Signing Exact English
SeMB	Projekt ‚Prävention und Handeln – Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen mit Behinderung‘
SET	Sprachstandserhebungstest
SON-R	Intelligenztest Snijders-Oomen Nonverbaler Intelligenztest
T	Trainerin
UBSKM	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
VIF	Variance Inflation Factor
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WKG	Wartekontrollgruppe

1 Einleitung

Artikel 34 der UN-Kinderrechtskonvention (1989) formuliert das Recht aller Kinder auf „Schutz vor sexuellem Missbrauch“. Seit 1992 ist die UN-Kinderrechtskonvention auch in Deutschland in Kraft und die hier formulierten Rechte gelten selbstverständlich für alle Kinder, auch für Kinder mit Hörbehinderung (Artikel 2). Angesichts der aktuellen Zahlen zum Kindesmissbrauch in Deutschland (Bundesministerium des Innern [BMI], 2017; Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2017) besteht großer Handlungsbedarf, nicht nur in der Verfolgung der Täter und Täterinnen, sondern vor allem in der Prävention. Hier muss es darum gehen, Kinder bestmöglich zu stärken und zu einem proaktiven Schutz der eigenen Person zu befähigen.

Diese Arbeit stellt Kinder mit Hörbehinderung in den Fokus. Leider zählen Menschen mit Hörbehinderung zu den besonders vulnerablen Gruppen, die von sexuellem Missbrauch im Kindesalter betroffen sind (Fries & Schröttle, 2014; Kvam, 2004; Schröttle et al., 2012, S. 34ff).

Die Kernfrage der hier vorgelegten Dissertation lautet: **Wie können Kinder mit Hörbehinderung vor sexuellem Missbrauch geschützt werden?**

Als primäre Risikofaktoren für die überdurchschnittlich hohe Betroffenheit von sexuellem Missbrauch gelten insbesondere die aus den spezifischen Sozialisationsbedingungen resultierenden kommunikativen Barrieren zwischen Kindern mit Hörbehinderung und ihrem Umfeld. Diese Barrieren führen häufig zu fragmentarischem Weltwissen – im Vergleich mit dem Weltwissen hörender Kinder – und stellen hauptsächlich bezüglich sensibler Themen wie ‚Sexualität und Selbstbestimmung‘ oder ‚Rechte und deren Wahrnehmung‘ eine Gefährdung dar (Francavillo, 2009; Kvam, 2004; Sebald, 2008; Sullivan & Knutson, 1998; Sullivan, Vernon & Scanlan 1987; Wienholz et al., 2013).

Allgemein wird davon ausgegangen, dass Heranwachsende eher sexuelle Übergriffe erleiden, wenn bei ihnen ein Mangel an Wissen über Abwehrstrategien besteht und sie nicht hinreichend über selbstschützende Fertigkeiten verfügen (Bevill & Gast, 1998; Tang & Lee, 1999; Dietzel, 2002, S. 73ff; Schröttle et al., 2012, S. 34ff). Fehlendes Wissen über sexuellen Missbrauch sowie eine geringe Aufklärung hinsichtlich angemessener und unangemessener Sexualität bzw. eine fehlende Sexualerziehung werden ebenso als Faktoren angesehen, die sexuelle Übergriffe erleichtern (Bange, 2015; Chodan, Reis & Häbeler, 2014; Tang & Lee, 1999).

Ebenfalls als Folge der besonderen kommunikativen Ausgangslage verfügen Kinder mit Hörbehinderung über einen vergleichsweise kleinen Interaktionskreis (Antia, Kreimeyer, Metz & Spolsky, 2011). Die geringe Auswahl an Kommunikationspartnerinnen kann unter anderem dazu führen, dass der Austausch gerade über Themen der Sexualität und der sexuellen Selbstbestimmung auch in quantitativer Hinsicht eingeschränkt ist. Zudem hat der im Vergleich zu hörenden Menschen eingeschränkte Interaktionskreis Konsequenzen für den Disclosure-Prozess¹ (Hershkowitz, Lanes & Lamb, 2007; Jones et al., 2017; Rossmar, 2005). Auch aus Studien mit Menschen ohne Hörbehinderung sind die Hindernisse bekannt, als betroffene Personen von einer Missbrauchstat zu berichten. Durch eine Hörbehinderung und die damit einhergehenden sprachlichen und sozialen Besonderheiten werden die Effekte der Disclosure potenziert. Deutlich wird dies etwa in der Analyse der von Rossmar (2005) geführten qualitativen Interviews. Die befragten betroffenen Personen beschrieben ihre ambivalenten Gefühle, die die Missbrauchstaten begleiteten und ihre Offenbarung erschwerten. Die betroffenen Personen schilderten, dass sie Angst hatten, niemand würde ihnen glauben. Sie wussten nicht, wie sie das erlittene Geschehen in Worte fassen sollten und wussten ohnehin nicht, an wen sie sich hätten wenden können. Haupthindernisse waren immer das Gefühl von Scham und von eigener Schuld, verbunden mit dem Gefühl der eigenen Verantwortung für die ihnen widerfahrenen Taten, also eine Idee der Mitschuld mit den Tätern und Täterinnen. Diese vorliegenden Studienergebnisse liefern mögliche Gründe für die niedrigen Disclosure-Raten von Menschen mit Hörbehinderung. So offenbarte sich lediglich ein Drittel der von Gerkens und dem Deutschen Gehörlosenbund 1996 befragten, von sexuellem Missbrauch betroffenen Frauen. Dabei erfolgte die Offenlegung der erlittenen Taten erst nach Jahren, teils sogar erst zehn bis 15 Jahre später.

Für die betroffenen Personen führt der widerfahrene Missbrauch in vielen Fällen zu gravierenden lebenslangen Störungen in multiplen Entwicklungsbereichen. Zu den allgemeinen Langzeitfolgen zählen insbesondere Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen, physische und psychische Beschwerden wie chronische Schmerzsyndrome, Angstzustände und Depressionen (Fergusson, McLeod & Horwood, 2013; Irish, Kobayashi, Douglas & Delahanty, 2010; Maniglio, 2009, 2010; Paolucci, Genuis & Violato, 2011; Paras et al., 2009; Sachs-Ericsson, Cromer, Hernandez & Kendall-Tackett, 2009). Diese Faktoren wirken sich in hohem Maße negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen aus.

¹ Disclosure (wörtl. „Offenlegung“) bezeichnet hier das Offenbaren und die Hilfesuche durch eine betroffene Person nach der persönlichen Erfahrung sexuellen Missbrauchs.

Vielfach ist das erfolgreiche Bewältigen von Lebensaufgaben gefährdet oder so stark beeinträchtigt, dass betroffene Menschen beispielsweise häufig in dysfunktionalen sexuellen Beziehungen leben oder keiner regelten Arbeit nachgehen können (Davis & Petretric-Jackson, 2000; Fergusson et al., 2013; Irish et al., 2010; Maniglio, 2009, 2010; Paolucci et al., 2011; Paras et al., 2009).

Insgesamt sind die Folgen und Risikofaktoren sowie die erhöhte Prävalenz von Menschen mit Hörbehinderung, Opfer sexuellen Missbrauchs zu werden, evident. Dieser Sachverhalt unterstreicht die Notwendigkeit, wirksame präventive Angebote für diese besondere Zielgruppe zu etablieren. Geeignete Angebote müssen die Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung berücksichtigen, insbesondere ihre sprachlichen Bedürfnisse und lebensweltlichen Besonderheiten (Dietzel, 2002; Fries & Schröttle, 2014; Kvam, 2004; Schröttle et al., 2012, S. 34ff).

Solche spezifischen Angebote sowie überhaupt Forschung zu sexuellem Missbrauch in den zahlreichen verschiedenen Kontexten fehlten in Deutschland bis vor ein paar Jahren gänzlich. Diese Desiderate werden erst seit Anfang des Jahres 2010 öffentlich breiter diskutiert, als betroffene Menschen über den bis dahin weitgehend verborgen gebliebenen sexuellen Missbrauch in Institutionen berichteten (Burgsmüller & Tilmann, 2010). Die betroffenen Personen werden seither verstärkt gehört, ihr Leiden wird öffentlich zur Kenntnis genommen.

Als politische Reaktion auf diese Disclosures richtete die Bundesregierung im selben Jahr zwei Gremien ein, die mit festen Stellen besetzt wurden: Zum einen wurde die zentrale Ansprechpartnerin und Anlaufstelle für betroffene Menschen sowie für die Aufarbeitung der Problematik „Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs“ (UBSKM) benannt (Bundesministerium der Justiz [BMJ], Bundesministerium für Familie, Senioren und Jugend [BMFSJ] & Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF] 2012, S. 5). Zum anderen wurde der „Runde Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ berufen. Dessen Aufgaben bestanden unter anderem darin, die Prävention sexuellen Missbrauchs zu verbessern sowie mehr Beiträge zu Forschung und Evaluation zu initiieren (ebd., S. 7). Der im Mai 2012 veröffentlichte Abschlussbericht des Runden Tisches konstatierte die Tabuisierung des Themas in der Gesellschaft und explizierte zahlreiche Desiderate in Praxis und Forschung. So wurde konkret gefordert, dem Forschungsthema sexueller Missbrauch deutlich mehr Gewicht zu verleihen, „um Maßnahmen zur Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen künftig auf eine breitere Wissensbasis stellen zu können“ (ebd., S. 49). In der Konsequenz schrieb das

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unter anderem die Förderlinie ‚Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in pädagogischen Kontexten‘ aus.

Innerhalb dieser Förderlinie wurde von 2013 bis 2016 auch das Forschungsprojekt „Vorbeugen und Handeln – Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen mit Behinderung“ (SeMB) unterstützt. Dieses Projekt nahm die Prävention sexuellen Missbrauchs an Kindern und Jugendlichen mit geistiger, körperlicher und Hörbehinderung sowie ihr betreuendes pädagogisches Umfeld in den Fokus. Das SeMB-Projekt wurde von Prof.‘in Dr.‘in Pia Bienstein geleitet. Es deckte im Sinne multiperspektivisch angelegter Präventionsarbeit vier Forschungsschwerpunkte ab: Erstens wurde deutschlandweit gemeinsam mit allen Schulen mit den Förderschwerpunkten ‚geistige und körperlich-motorische Entwicklung‘ und ‚Hören und Kommunikation‘ sowie in Wohneinrichtungen für Kinder mit geistiger, körperlicher Behinderung und Hörbehinderung eine Bestandsaufnahme durchgeführt, um mögliche Schutzfaktoren und Risikofaktoren für sexuellen Missbrauch an Kindern mit Behinderung zu erheben. Zweitens wurden Mitarbeitende der genannten Schulformen und Wohneinrichtungen zu den psychischen Folgen sexuellen Missbrauchs befragt, die sie an von ihnen betreuten Kindern und Jugendlichen beobachteten. Drittens wurde eine Fortbildung für Mitarbeitende von Schulen und Wohneinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung konzipiert und evaluiert sowie viertens „erstmalig ein wissenschaftlich evaluiertes Präventionsprogramm für Kinder mit Behinderungen in Deutschland vorgelegt“ (BMBF, 2016, S. 38) – das Präventionstraining „STARK mit SAM“. Als evaluiertes und evidenzbasiertes Präventionstraining soll „STARK mit SAM“ einen Beitrag leisten, qualitativ hochwertige Präventionsarbeit in Deutschland auch für Kinder mit Behinderung zu etablieren, um so den Forderungen des Runden Tisches von 2012 nachzukommen. ‚Hochwertig‘ bedeutet hier eine Anpassung an die spezifische Zielgruppe, die Kindler und Schmidt-Ndasi bereits 2011 in ihrer Expertise im Rahmen des Projekts zu „Sexueller Gewalt gegen Jungen und Mädchen in Institutionen“ formuliert haben:

Die Qualität der Prävention gegen sexuellen Missbrauch in Deutschland wird sich (...) wenigstens teilweise daran messen lassen müssen, inwiefern diese Gruppen von Kindern [z.B. Kinder mit (Hör-)Behinderung, A.d.V.] durch für sie geeignete Angebote erreicht werden. (ebd., S. 19)

Das Präventionstraining „STARK mit SAM“ richtet sich an Kinder mit geistiger,

körperlicher Behinderung und Hörbehinderung im Alter zwischen acht und zwölf Jahren.² Ein zentrales Ziel des Präventionstrainings besteht darin, Kinder für Inhalte zu sensibilisieren, die im Kontext der Prävention sexuellen Missbrauchs von grundlegender Bedeutung sind. Hierzu zählen die Vermittlung und thematische Bearbeitung von Inhalten über den weiblichen und männlichen Körper, über Gefühle, Berührungen, Geheimnisse sowie die Vermittlung von Handlungsstrategien und Handlungsoptionen zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Durch einen Zuwachs an Wissen und Kompetenzen in diesen Themenbereichen sollen die Kinder aktiv gestärkt werden. Im folgenden Abschnitt wird die Problemstellung der vorliegenden Arbeit genauer expliziert.

1.1 Problemstellung

Wenngleich es sich bei sexuellem Missbrauch um ein weit verbreitetes Phänomen handelt, so ist das Forschungsfeld relativ neu.³ Speziell bezüglich sexuellem Missbrauch an Menschen mit Hörbehinderung erschien in den USA die erste Publikation in den 1980er Jahren (Sullivan et al., 1987). Für Deutschland wurde die oben bereits erwähnte erste Studie (Gerkens & Deutscher Gehörlosenbund, 1996) Mitte der 1990er Jahre veröffentlicht. Mittels eines eigens konzipierten Fragebogens wurden im Rahmen dieser Untersuchung $N = 1.240$ weibliche Mitglieder des Deutschen Gehörlosenbundes allgemein zu ihrer Lebenssituation befragt. 118 der befragten Frauen gaben an, als Kind oder Jugendliche von männlichen Familienmitgliedern sexuell missbraucht worden zu sein. Auffällig war, dass 222 befragte Frauen bei Fragen zu sexualisierter Gewalt keine Angabe machten, obwohl sie den Fragebogen ansonsten vollständig ausgefüllt hatten.

Insgesamt ist sexueller Missbrauch an Menschen mit Behinderung bis dato im deutschsprachigen Raum nur ansatzweise erforscht, der Bestand an empirischen Arbeiten ist mit sieben Veröffentlichungen (Anhang A; Dietzel, 2002; Fries & Schröttle, 2014; Gerkens & Deutscher Gehörlosenbund, 1996; Heinecke, 2001; Scharmanski, Urbann & Bienstein, 2016; Schröttle et al., 2012; Wienholz, Seidel, Michel & Müller, 2013) noch immer allzu übersichtlich. Ein ähnliches Bild ergibt der internationale Forschungsstand des Themas (Anhang A; Anderson & Leigh, 2011; Francavillo, 2009; Jones et al., 2017; Joseph, Swayer & Desmond, 1995; Kvam, 2004; Martinez, 2012; Obinna, Krueger Osterbaan &

² Ergänzend zum „STARK mit SAM“-Kindertraining gibt es ein Training für Jugendliche mit Behinderung im Alter von 13 bis 17 Jahren. Das Training beinhaltet neben der Wiederholung der Kernthemen des Kindertrainings Ergänzungen zu den Themen ‚Liebe und Sexualität‘ sowie ‚Umgang mit digitalen Medien‘ und wurde für Jugendliche mit geistiger Behinderung evaluiert (Bienstein, Urbann & Verlinden, in Druck).

³ Dem aktuellen Forschungsstand widmet sich Kapitel 3.

Sadusky DeVore, 2005; Sullivan & Knutson, 2000; Yu et al., 2017).

Hinsichtlich des verfügbaren nationalen und internationalen Studienkorpus ist auffällig, dass die Studienergebnisse meistens auf Befragungen von erwachsenen Frauen mit Hörbehinderung beruhen. Für den deutschsprachigen Raum bilden die Studien von Wienholz et al. (2013) sowie die unveröffentlichte Erhebung von Rossmar (2005) die Ausnahmen. Wienholz et al. (2013) befragten für ihre Studie unter dem Titel „Jugendsexualität und Behinderung“ minderjährige sächsische Schülerinnen und Schüler, außerdem bezog sich ihre Studie bis auf zwei Fragen zu sexuellen Missbrauchserfahrungen auf positive Aspekte von Sexualität. In der Studie von Rossmar (2005) wurde lediglich ein Mann interviewt.

Die Dringlichkeit gelingender, zielgruppenspezifischer Präventionsarbeit ist seit der ersten Publikation zur Problematik von Sullivan et al. (1987) deutlich. Die Autoren fordern eine multiperspektivisch angelegte Präventionsarbeit anhand von Maßnahmen, die auf unterschiedlichen Ebenen aller Beteiligten angesiedelt sind. Hierbei betonen sie insbesondere die Notwendigkeit, dass ein Präventionsprogramm integraler Bestandteil der Ausbildung und Erziehung hörbehinderter Kinder ist: „In summary, all educational facilities serving deaf children should have a sexual abuse prevention program incorporated into their curricula“ (ebd., S. 260).

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist die Überlegung, dass ein hierfür geeignetes Präventionsprogramm valide evaluiert sein muss, bevor es zur Implementierung in das Curriculum vorgeschlagen werden kann. Bis zu dieser Untersuchung existierte im deutschsprachigen Raum jedoch noch kein angemessen evaluiertes Präventionsprogramm für Kinder mit Hörbehinderung. Den bislang einzigen Versuch unternahm Dietzel (2002) im Zuge ihrer Promotionsarbeit zum Thema „Sexuelle Gewalt gegen gehörlose Mädchen und Jungen. Möglichkeiten der präventiven Arbeit an der Gehörlosenschule“. Um den schulischen Bedarf eines Präventionsprogramms zu belegen, befragte sie $N = 23$ Lehrpersonen, die an einer Schule mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation unterrichteten. Fragen galten dem Wissensstand bezüglich sexuellen Missbrauchs, den Problemen der Lehrpersonen im Umgang mit dieser Thematik und ihren Wünschen für die Praxis. Anhand der Ergebnisse der Interviews konnte Dietzel belegen, dass auch gehörlose Kinder von sexuellem Missbrauch betroffen sind und dass die befragten Lehrpersonen in ihrem Schulalltag mit den Folgen und Symptomen sexuellen Missbrauchs konfrontiert werden: 21 der 23 Befragten berichteten über sexuelle Gewalt gegen einen oder mehrere Schüler und Schülerinnen. Auch in einer jüngeren Interviewstudie von Fries und Schröttle (2014) zu „Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen im Leben gehörloser

Frauen“ wird von den befragten Frauen eine bessere Prävention für Mädchen und Jungen mit Hörbehinderung gefordert, insbesondere im schulischen Setting:

Im Bereich der Prävention wurde übereinstimmend betont, dass viel mehr in den Förderschulen für Gehörlose dafür getan werden müsse. Es fehle an speziellen Schulprogrammen, die gehörlose Mädchen und Jungen über den Umgang mit dem eigenen Körper aufklären und die zeigen, wie man Grenzen zu setzen lernt. (ebd., S. 67)

Aus diesen exemplarisch knapp skizzierten Studienergebnissen wird die Notwendigkeit und Dringlichkeit deutlich, ein spezielles Präventionsprogramm bzw. Präventionstraining für Kinder mit Hörbehinderung zu konzipieren und auf seine Effektivität hin zu evaluieren. Bei der evidenzbasierten Konzeption des Trainings für Kinder mit Hörbehinderung spielt neben der Sprach- und Kommunikationsproblematik eine erschwerende Besonderheit dieser Gruppe eine wichtige Rolle: ihre Heterogenität. Auf diese Besonderheit machen unter anderem Spencer und Marschark (2010, S. 36) aufmerksam: „Educational research involving deaf and hard-of-hearing students is made more difficult by the low incidence of childhood hearing loss and great diversity in this population.“ Vor dem Hintergrund der „großen Diversität“ der Zielgruppe sowie angesichts der desideraten Forschungslage versteht sich das Forschungsvorhaben als erster Schritt, hin zu einem evidenzbasierten, praktikablen und ergebnisorientierten Präventionsprogramm für Kinder mit Hörbehinderung. Hierfür wird das ihm zugrunde liegende, neu konzipierte Präventionstraining unter verschiedenen Perspektiven und Fragestellungen untersucht.

1.2 Fragestellungen und Forschungsziele

Folgende vier Fragestellungen sollen innerhalb der vorliegenden Arbeit beantwortet werden:

- (1) Welche methodisch-didaktischen und inhaltlichen Aspekte sollte ein evidenzbasiertes Präventionstraining für Kinder mit Hörbehinderung umfassen, um möglichst hohe Effektivität in Hinblick auf den Zuwachs von Wissen sicherzustellen?
- (2) Welche Effektivität kann für das konzipierte Präventionstraining in Hinblick auf den Zuwachs von Wissen festgestellt werden?
- (3) Welche Faktoren beeinflussen die Testergebnisse der Kinder im Zusammenhang mit dem Präventionstraining?

(4) Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Ängstlichkeit der Kinder als unerwünschte Folge und ihrer Teilnahme am Präventionstraining?

Die Motivation und der Anspruch dieser Arbeit bestehen darin, einen Beitrag dazu zu leisten, dass Kinder mit Hörbehinderung vor sexuellem Missbrauch geschützt werden. Mit dieser Zielperspektive soll unter einem theoretisch fundierten, empirischen Ansatz eine Forschungslücke geschlossen werden, indem ein evidenzbasiertes Präventionstraining für die pädagogische Arbeit mit Kindern mit Hörbehinderung erstens konzipiert und zweitens evaluiert wird. Dieses Präventionstraining wird als eine zentrale Möglichkeit betrachtet, das Ziel des Schutzes der Kinder zu verwirklichen. Vor dem Hintergrund der Risikofaktoren von Kindern mit Hörbehinderung soll es die Vermittlung präventiv relevanten Wissens verfolgen, in der Form einer spezifischen, selektiven und kindzentrierten Präventionsmaßnahme primärer Art.

Zunächst widmet sich die vorliegende Arbeit der Frage, was hinsichtlich der Konzeption und der didaktischen Ausgestaltung eines Präventionstrainings für Kinder mit Hörbehinderung grundsätzlich zu beachten ist. Ziel ist es, Kriterien herauszuarbeiten, die auch anderen Präventionsprogrammen als Leitlinie bzw. Vergleichsbasis dienen können, um ihre Eignung für die Zielgruppe der Kinder mit Hörbehinderung zu hinterfragen. Konkret soll die Wirksamkeit des Präventionstrainings „STARK mit SAM“ für Kinder mit Hörbehinderung im schulischen Kontext überprüft werden. Dabei soll einerseits untersucht werden, ob nach Abschluss des Trainings ein Wissenszuwachs bezüglich Inhalten, die für die Präventionsarbeit wichtig sind, zu verzeichnen ist. Zudem soll untersucht werden, von welchen Einflussfaktoren ein möglicher Wissenszuwachs der Kinder abhängig ist. Drittens soll überprüft werden, ob die allgemeine Ängstlichkeit der Kinder als unerwünschter Nebeneffekt zugenommen hat.

Da erstmals für den deutschsprachigen Raum ein evidenzbasiertes Präventionstraining für Kinder mit Hörbehinderung evaluiert werden soll, werden in der ersten Phase der Untersuchung Messinstrumente entwickelt, anhand derer die Wirksamkeit des Trainings valide getestet werden kann. Um das Wissen der Kinder zu überprüfen, wird ein Interviewleitfaden entwickelt. Sowohl dieses Messinstrument als auch das Präventionstraining an sich sollen dem Anspruch nachhaltiger Qualitätssicherung gerecht werden, um als evidenzbasierte Basis für anknüpfende, zukünftige Forschungsarbeiten in diesem speziellen Feld dienen zu können. Zur Notwendigkeit eines solchen evidenzbasierten Ansatzes für die effektive Arbeit mit Kindern mit Hörbehinderung unterstreichen Spencer und Marschark (2010):

It is important that the field of education and services for deaf and hard-of-hearing students continue to develop a strong evidence base for effective practices. This will need necessitate investigations by professionals from multiple fields of study. Assumptions and “beliefs“ about what we do and what is best for those children need to be targeted in research and evaluation, so that future practices can be justified. (ebd., S. 37)

Mit dieser Aussage, dass eine wissenschaftliche, auch interdisziplinäre evidenzbasierte Forschung erforderlich ist, um gängige Annahmen und Praktiken zu verifizieren, beziehen Spencer und Marschark eine kritische Position, der diese Arbeit gerne folgt.

1.3 Methodik und Aufbau der Arbeit

Der erste Fokus der vorliegenden Untersuchung liegt auf der evidenzbasierten Konzeption des Präventionstrainings „STARK mit SAM“. Auf der Basis von Ergebnissen systematischer Literaturrecherchen werden Evidenzen zu drei Themenkomplexen erhoben:

- sexueller Missbrauch an Kindern mit Hörbehinderung,
- Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung sowie
- Programme zur kindzentrierten Prävention sexuellen Missbrauchs.

Unter Evidenzen werden Indizien verstanden, die anhand empirischer Forschungsmethoden generiert wurden und bestimmte Schlussfolgerungen bezogen auf die Wirksamkeit einer Maßnahme nahelegen (Coe, 1999). Als entscheidend für die Qualität wissenschaftlicher Aussagen wird dabei der kritische Umgang mit den verschiedenen Evidenzen gesehen, die aktuell verfügbar sind (Herzog, 2011, S. 133; Nußbeck, 2007, S. 147; Odom et al., 2005). Die kompilierten Evidenzen zu den drei genannten Themenkomplexen werden unter Anwendung des „Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation“ (kurz: GRADE)-Systems kritisch bewertet. Es werden insbesondere solche Studien in die Analyse einbezogen, die einem möglichst hohen Evidenzlevel entsprechen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996; siehe Tabelle 2). Auf dieser evidenzbasierten Grundlage fundiert die Entwicklung des Präventionstrainings.

In einem zweiten Schritt wird das Präventionstraining evaluiert. Die Evaluation des Präventionstrainings erfolgt mittels eines Experimental- und Wartekontrollgruppendesigns zu vier Messzeitpunkten, wobei im ursprünglichen SeMB-Projekt lediglich drei Messzeitpunk-

te vorgesehen waren (BMBF, 2016, 38). Ein signifikanter Eigenanteil der vorliegenden Arbeit besteht folglich darin, einen weiteren Messzeitpunkt durchzuführen, um den Langzeiteffekt des Präventionstrainings zu messen. Dies bedeutet, dass die Kinder der Experimentalgruppe (EG) nun in einer Prä- und einer Postmessung kurz vor (Messzeitpunkt (MZP) t0) und nach Abschluss des Trainings (MZP t1) sowie während zwei Follow-up-Messungen nach drei (MZP t2) und nach 24 Wochen (MZP t3) nach Trainingsende interviewt werden. Darüber hinaus werden die zwei Messzeitpunkte des SeMB-Projekts für die Befragung der Bezugs- und Lehrpersonen durch einen dritten erweitert, sodass diese beiden Gruppen vor der Durchführung des Trainings in einer Prä-Erhebung (MZP t0) sowie zu zwei Follow-up-Messungen nach drei (MZP t2) und nach 24 Wochen (MZP t3) nach Abschluss des Präventionstrainings befragt werden. Mit der Wartekontrollgruppe wird das Präventionstraining zeitversetzt durchgeführt, sodass die Wirksamkeit einer unabhängigen Variable auf die abhängigen Variablen (Wissenszuwachs, Ängstlichkeit) für die Experimentalgruppe im Vergleich zur Baseline der Wartekontrollgruppe (WKG) gemessen werden kann. Für die Kinder der Wartekontrollgruppe entfallen die Messzeitpunkte t1 und t3.

Das Präventionstraining „STARK mit SAM“ wird mit Schülerinnen und Schülern mit Hörbehinderung aus Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Die im Zuge des SeMB-Projekts erhobene Stichprobe von $n = 46$ Schülerinnen und Schülern mit Hörbehinderung wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit vergrößert auf $N = 93$. Die Stichprobe setzt sich aus Schülerinnen und Schülern mit Hörbehinderung aus dritten oder vierten Klassen von Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation aus Nordrhein-Westfalen zusammen, sodass eine Altersspanne von acht bis zwölf Jahren abgedeckt wird. Nicht mit eingeschlossen in das Training werden Kinder, bei denen psychische Störungen nachgewiesen sind. Es erfolgt eine randomisierte Zuweisung pro Klasse zur Experimental- oder Wartekontrollgruppe. Je nach zeitlichen und organisatorischen Möglichkeiten seitens der einzelnen Schule wird die Randomisierung eventuell aufgebrochen. Geschlechts- und altersspezifische Unterschiede zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe sowie weitere ‚Störfaktoren‘, die Einfluss auf den Erfolg des Präventionstrainings nehmen könnten, werden erfasst und anschließend statistisch kontrolliert. Insgesamt wurden während der Laufzeit des SeMB-Projekts sechs Trainings durchgeführt – jeweils drei Trainings mit Experimental- und drei Trainings mit Wartekontrollgruppen. Die sechs Trainingsgruppen werden im Kontext der vorliegenden Arbeit um fünf Trainings auf insgesamt elf Trainingsgruppen erweitert.

Die Arbeit ist in drei Teile gegliedert. Im theoretischen Teil werden zunächst die der Arbeit zugrunde liegenden zentralen Begrifflichkeiten „sexueller Missbrauch“ (Kapitel 2.1), „Prävention“ (Kapitel 2.2), „Hörbehinderung“ (Kapitel 2.3) sowie „Evidenzbasierung“ (Kapitel 2.4) diskutiert. Anschließend werden in Kapitel 3 der Stand der Forschung bezüglich der Themenbereiche „sexueller Missbrauch an Kindern mit Hörbehinderung“ (Kapitel 3.1), „Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung“ (Kapitel 3.2) sowie „kindzentrierte Präventionsprogramme“ (Kapitel 3.3) genauer dargestellt. Dabei werden in Kapitel 3.1 der aktuelle Forschungsstand zum Thema ‚sexueller Missbrauch an Kindern mit Hörbehinderung‘ markiert und hieraus Forschungsdesiderate und die relevanten Aspekte für die Konzeption des Präventionstrainings abgeleitet. Die Darstellung des Forschungsstands anhand der Aspekte „Prävalenz“ (Kapitel 3.1.1), „Risikofaktoren“ (Kapitel 3.1.2), „Täter und Täterinnen“ (Kapitel 3.1.3) sowie „Disclosure“ (Kapitel 3.1.4) bildet zudem die argumentative Grundlage für die Notwendigkeit eines spezifischen Präventionstrainings für Kinder mit Hörbehinderung. Welche Spezifika bei der Konzeption, der didaktischen und medialen Aufbereitung des Präventionstrainings für Kinder mit Hörbehinderung beachtet werden sollen, steht im Fokus des anschließenden Unterkapitels zu den Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung (Kapitel 3.2). Insbesondere werden dabei die Lebenswelt und Sozialisation der Kinder (Kapitel 3.2.1), ihre sprachliche und kommunikative Kompetenz (Kapitel 3.2.2), ihre exekutiven Funktionen (Kapitel 3.2.3), ihre sozial-emotionale Entwicklung (Kapitel 3.2.4) sowie ihre visuelle Wahrnehmung (Kapitel 3.2.5) analysiert, um die Heterogenität und Besonderheiten dieser Personengruppe möglichst vielseitig und umfassend herauszuarbeiten. Die Inhalte und die Methodik von Präventionsprogrammen sind Gegenstand von Kapitel 3.3. Sie werden detailliert beschrieben und kritisch bewertet, um in der Folge die wirksamen konzeptionellen Aspekte für die Entwicklung des Präventionstrainings „STARK mit SAM“ übernehmen zu können. Auf der Grundlage des Forschungsstandes zu sexuellem Missbrauch, den Lernvoraussetzungen sowie der Analyse vorliegender Präventionsprogramme fußt die evidenzbasierte Konzeption des Präventionstrainings „STARK mit SAM“. Sie steht im Fokus des zweiten Teils der Arbeit. Nachdem Aspekte der Qualitätssicherung (Kapitel 4.1) im Zuge der Konzeption des Präventionstrainings sowie dessen Kernelemente (Kapitel 4.2) beschrieben wurden, werden die Ziele, Inhalte und die methodische Umsetzung (Kapitel 4.4) skizziert: Baustein 1 ‚Körper‘, Baustein 2 ‚Gefühle‘, Baustein 3 ‚Berühren und Anfassen‘, Baustein 4 ‚Geheimnisse und Geschenke‘, Baustein 5 ‚Hilfe holen‘ sowie Baustein 6 ‚Starke Kinder‘.

Im dritten Teil der Arbeit ist die Evaluation des Präventionstrainings Gegenstand der Kapitel 5, 6 und 7. Dieser empirische Teil der Untersuchung erläutert zunächst das Untersu-

chungsdesign (Kapitel 5.1), ein Experimental- und Wartekontrollgruppendesign mit drei Messwiederholungen (Prä-, Post- sowie zwei Follow-up-Erhebungen). Mit diesem Untersuchungsdesign sollten im Detail differenzierte Hypothesen (Kapitel 5.3) überprüft werden, die sich zum einen auf den Vergleich zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe beziehen (Kapitel 5.3.1) sowie zum anderen auf Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe (Kapitel 5.3.2) ausgerichtet sind. Ziel der beiden Unterkapitel zu den unterschiedlichen Hypothesen ist erstens die Überprüfung des deklarativen Wissens der Kinder und zweitens die Erhebung ihrer Ängstlichkeit über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg. Ergänzend werden in Kapitel 5.3.3 Faktoren überprüft, die einen möglichen Einfluss auf die Veränderung des Wissens der Kinder haben können.

Die Beschreibung der Evaluationsinstrumente (Kapitel 5.4) des Präventionstrainings umfasst zunächst die Ebene der Kinder, welche mithilfe eines Interviewleitfadens zu den Inhalten des Trainings befragt werden (Kapitel 5.4.1). Folgend betreffen sie die Ebene der Lehrpersonen und Bezugspersonen (Kapitel 5.4.2), welche anhand schriftlicher Fragebögen befragt werden sowie zuletzt die Trainerin, die während der Durchführung des Präventionstrainings einen Fragebogen zur Durchführungsintegrität (Kapitel 5.4.3) ausfüllt. Außerdem sollte vor der Durchführung des Präventionstrainings mit allen teilnehmenden Kindern eine Leistungsdiagnostik durchgeführt werden, um die Voraussetzungen der Kinder zu überprüfen. Diese wird in Kapitel 5.4.4 näher beschrieben.

Nach der Beschreibung der Rekrutierung der Stichprobe (Kapitel 5.5) und einer Erläuterung zum Umgang mit fehlenden Werten (Kapitel 5.6) erfolgt die Darstellung der verwendeten statistischen Methoden (Kapitel 5.7). Anknüpfend an die Begründung der statistischen Methodenauswahl erfolgt die Darstellung der Ergebnisse (Kapitel 6). Hier werden zunächst die Durchführungsintegrität reflektiert (Kapitel 6.1), sodann die soziodemografischen Eigenschaften der Stichprobe (Kapitel 6.2). Anschließend werden der Wissensstand der Kinder vor der Trainingsdurchführung (Kapitel 6.3) erörtert sowie die besprochenen Themen durch die Lehrpersonen und Bezugspersonen (Kapitel 6.4).

Nach der deskriptiven Darstellung der Ergebnisse erfolgt eine Itemanalyse (Kapitel 6.5), um die psychometrische Qualität des Fragebogens zu sichern und reliable Skalen für die anschließenden statistischen Analysen zu bilden. Die statistischen Analysen erfolgen zum einen mit den erhobenen Originaldaten und zum anderen teilweise mit imputierten Daten, um eine Verbesserung des statistischen Gehalts der Analysen zu erzielen. Die Ergebnisse auf Basis des Originaldatensatzes werden den Ergebnissen auf Grundlage des imputierten Datensatzes gegenübergestellt. Es werden die drei Hypothesenblöcke hinsichtlich

Unterschieden im deklarativen Wissen und der Ängstlichkeit zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe überprüft (Kapitel 6.6), sodann Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe in den Bereichen Wissen und Ängstlichkeit (Kapitel 6.7) sowie abschließend Zusammenhänge zwischen dem deklarativen Wissen zu Messzeitpunkt t2 und weiteren Einflussfaktoren (Kapitel 6.8). Die Diskussion in Kapitel 7 fokussiert die Ergebnisse aus den Analysen in zweifacher Hinsicht: zum einen vor dem Hintergrund der untersuchungsleitenden Hypothesen (Kapitel 7.1) und zum anderen vor dem Hintergrund des Forschungsstandes (Kapitel 7.2). Sodann erfolgt eine kritische Reflexion der vorliegenden Untersuchung (Kapitel 7.3) sowie die Diskussion der inhaltlichen Konsequenzen bzw. optionale Modifikationen für das Präventionstraining in Anbetracht der Ergebnisse der Analysen (Kapitel 7.4). Das Fazit der Arbeit (Kapitel 8) führt zunächst die Kernaussagen der Untersuchung zusammen und entwickelt Perspektiven: sowohl für die zukünftige Forschung als auch für die aktuelle pädagogische Praxis mit dem Ziel, die hier vorgelegten Ergebnisse und weiterführende Forschungen in der erfolgreichen Prävention sexuellen Missbrauchs an Kindern mit Hörbehinderung wirksam werden zu lassen.

2 Begriffsbestimmungen und -erläuterungen

Im Folgenden werden für den gegebenen fachlichen Kontext die Bedeutungsumfänge der Begriffe ‚Sexueller Missbrauch‘, ‚Hörbehinderung‘ und ‚Evidenzbasierung‘ präzise abgeklärt.

2.1 Sexueller Missbrauch

Terminologie

In der Literatur besteht eine terminologische Vielfalt, um sexuelle Viktimisierung von Kindern zu beschreiben. Gängige Begriffe sind zum Beispiel ‚sexueller (Kindes-) Missbrauch‘, ‚sexuelle (Kindes-) Misshandlung‘, ‚sexuelle Gewalt‘, ‚sexualisierte Gewalt‘, ‚sexuelle Ausbeutung‘, ‚sexuelle Übergriffe‘ oder ‚sexuell grenzverletzendes Verhalten‘. Oft werden diese Begrifflichkeiten auch synonym verwendet, wobei sie in ihrer Bedeutung jedoch differieren: ‚Sexuelle Gewalt‘ beispielsweise verweist eher auf gesellschaftliche Ursachen sexueller Übergriffe. Linguistisch hergeleitet setzt sich der Terminus aus dem Adjektiv ‚sexuell‘ und dem Nomen ‚Gewalt‘ zusammen. Dabei beschreibt ‚sexuell‘ als Adjektiv-Attribut die Art der Gewalt, in Abgrenzung zu beispielsweise ‚körperlicher‘ oder ‚häuslicher‘ Gewalt.

Durch den Begriff ‚sexualisierte Gewalt‘ wird der Aspekt der Verantwortlichkeit intensiviert: „Es wird klargestellt, dass diese Gewalt nicht einfach sexuell ist, sondern von einer Person, die dafür Verantwortung trägt, aktiv sexualisiert wird“ (Kavemann, 1996, S. 18). Durch das Partizip II ‚sexualisiert‘ wird verdeutlicht, dass Gewalt in Beziehung zur Sexualität gebracht und Sexualität so in den Vordergrund gerückt wird (Heynen, 2000, S. 20). Wichtig ist anzumerken, dass der Begriff ‚Gewalt‘ häufig allein mit körperlicher Gewalt assoziiert wird. Dies hat einen signifikanten Einfluss auf die Art, wie Fälle sexuellen Missbrauchs ohne Körperkontakt beschrieben werden, sogenannte ‚Hands-off-Taten‘. Für differenzierte Ausführungen zu den unterschiedlichen Termini an deren jeweiligem Gebrauch sei auf Jud (2015) verwiesen, der sich kritisch mit den Begrifflichkeiten auseinandersetzt.

Im offiziellen Sprachgebrauch hierzulande hat sich der Terminus ‚sexueller Missbrauch‘ durchgesetzt, beispielsweise als feststehender Begriff im deutschen Strafrecht (Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen (unter 18 Jahren) §174 StGB, sexueller Missbrauch von Kindern (unter 14 Jahren) §176 StGB, Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen (ohne Altersgrenze) §179 StGB, Sexueller Missbrauch von Jugendlichen (unter 18 Jahren) §182 StGB oder als Begriff für die sexuelle Ausbeutung von Kindern in §34

des Übereinkommens über die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen (United Nations, 1989). Auch in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-WHO, Version 2013) ist der Begriff ‚sexueller Missbrauch‘ festgeschrieben⁴ und wird in aktuellen deutschen fachwissenschaftlichen Studien genutzt (z.B. Häuser et al., 2011; Schröttle et al., 2012). Nicht zuletzt hatte sich die erste Unabhängige Beauftragte der Bundesregierung, Dr. Christine Bergmann, (2011) „deshalb zum jetzigen Zeitpunkt ebenfalls für die Verwendung dieses Begriffs entschieden“ (ebd., S. 22).

Gut ist, dass der Terminus ‚sexueller Missbrauch‘ jeglichen Assoziationen entgegenwirkt, die eine Mitverantwortung betroffener Kinder an sexuellen Übergriffen enthalten (Bange, 2002). In einigen Abhandlungen wird der Begriff jedoch dahingehend kritisiert, als er die betroffenen Menschen stigmatisiere und ihrer verletzten Gefühlslage nicht gerecht werde, da der Gewaltaspekt der missbräuchlichen Tat(en) nicht explizit eingeschlossen sei. Gegen die Verwendung des Terminus ‚sexueller Missbrauch‘ wird auch angeführt, dass es – im logischen Umkehrschluss – einen erlaubten (sexuellen) Gebrauch von Kindern geben müsse (Amann & Wipplinger, 2005b, S. 24f.; Bange, 2002, S. 47f.; Enders, 2001; Lehmann & Lang, 2010). Jedoch wird dieser Einwand an anderer Stelle entkräftet, indem die Bezeichnung des Gebrauchtwerdens für Individuen prinzipiell als fragwürdig bezeichnet wird (Fegert, 1991). Insgesamt verweist die Begriffsdiskussion auf die Sensibilität des Themas.

Definition

Allgemein umfasst ‚Sexueller Missbrauch‘ versuchte oder vollzogene sexualisierte, gewaltvolle Handlungen. Diese geschehen per definitionem vor dem Hintergrund eines vorherrschenden Macht- und Abhängigkeitsverhältnisses und gegen den Willen der betroffenen Person sowie zugunsten der eigenen Bedürfnisbefriedigung der missbrauchenden Person (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1999, S. 15f.; Fegert, Rassenhofer, Schneider, Seitz & Spröher, 2013, S. 29). Dieses hierarchische Verhältnis ist durch mangelnde kognitive, sprachliche, physische und psychische Fähigkeiten aufseiten der betroffenen Person determiniert, die diese daran hindern, einer sexuellen Handlung wissentlich zuzustimmen (Bange & Deegener, 1996, S. 105; Jud, 2015). Dabei können die sexuellen

⁴ 1. Y07: Sonstige Misshandlung. Inklusive Folterung, Körperliche Misshandlung, Seelische Grausamkeit und Sexueller Missbrauch (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2013). 2. Z61.4: Probleme mit Bezug auf vermuteten sexuellen Missbrauch eines Kindes durch eine Person innerhalb des engeren Familienkreises; Z61.5: Probleme mit Bezug auf vermuteten sexuellen Missbrauch eines Kindes durch eine Person außerhalb des engeren Familienkreises (ebd.).

Handlungen verschiedentlich eingegrenzt werden (Wipplinger & Amann, 2005c, S. 17ff; Zemp, Pircher & Neubauer, 2005, S. 827):

Die enge Definition schließt Handlungen mit direktem und eindeutig als sexuell identifizierbarem Körperkontakt zwischen betroffener Person und Täterin bzw. Täter wie analen, genitalen oder oralen Geschlechtsverkehr ein (Amann & Wipplinger, 2005b). Diese Taten werden aufgrund des direkten Körperkontakts auch als ‚Hands-on-Taten‘ bezeichnet (Fegert et al., 2013, S. 29; Jud, 2015, S. 43).⁵ Zwar wird die enge Definition dem Anspruch gerecht, dass sie in Bezug auf wissenschaftliche Untersuchungen eine möglichst homogene und trennscharfe Stichprobe garantiert; der Nachteil besteht jedoch darin, dass sie nicht alle Merkmale eines sexuellen Missbrauchs erfasst und so eine Vielzahl von sexuellen Handlungen nicht inkludiert, die dennoch als sexuellen Missbrauch zu klassifizieren wären.

Eine weite Definition ergänzt das Begriffsverständnis um die Hands-off-Taten. Darunter werden sexuelle Handlungen mit indirektem oder ohne Körperkontakt verstanden, zum Beispiel Exhibitionismus, die Nötigung eines Kindes, sexuelle Handlungen an sich selbst vorzunehmen oder pornografische Filme anzuschauen (Fegert et al., 2013, S. 29; Jud, 2015, S. 43).⁶

Die vorliegende Arbeit basiert auf diesem weiter gefassten Begriffsverständnis, um dem zunehmenden Ausmaß von Hands-off-Taten und dem damit verbundenen Leiden der betroffenen Personen gerecht zu werden.

Grundsätzlich erschwert die uneinheitliche Definition von sexuellem Missbrauch die Interpretation von Forschungsergebnissen, insbesondere der Prävalenzzahlen. Nach Fegert et al. (2013) ist die jeweilige Definition in ihrem eigenen Kontext zu erfassen:

Um die Ergebnisse von Studien verstehen und richtig interpretieren zu können, ist es folglich wichtig, die Definition von sexuellem Missbrauch zu beachten, die den jeweiligen Studien zugrunde gelegt wurde. Zudem sollten die Zielführung der Definitionen (z.B. juristische, moralische, klinische) sowie der kulturelle Kontext berücksichtigt werden, in dem die Untersuchung stattfand. Individuelle Verzerrungen,

⁵ Genauere Diskussionen bezüglich spezifischer Kriterien wie Altersdifferenz zwischen betroffener Person und Täterin bzw. Täter finden sich unter anderem in Wipplinger und Amann (2005c); Ausführungen zum Aspekt des wissentlichen Einverständnisses („informed consent“) finden sich in Bange und Deegener (1996) und bei Fegert (2001, S. 28).

⁶ Weitere Kategorisierungssysteme, beispielsweise die normative bzw. gesellschaftliche, klinische oder feministische Definition von sexuellem Missbrauch, werden in Bange (2004, S. 30ff) oder Wipplinger und Amann (2005a, 2005b) vorgestellt.

bzw. individuelle Definitionen der Betroffenen sollten darüber hinaus diskutiert werden. (ebd., S. 30f.)

2.2 Prävention

Im Kontext ‚sexueller Missbrauch‘ umfasst Prävention „organisierte Anstrengungen, um sexuelle Übergriffe gegen Kinder und Jugendliche unwahrscheinlicher zu machen“ (Kindler, 2015, S. 352).

Etymologisch geht ‚Prävention‘ auf das lateinische Wort ‚praevenire‘ zurück, was so viel wie ‚zuvorkommen‘ bedeutet. Prävention möchte in diesem Sinne unerwünschten Ereignissen ‚zuvorkommen‘, also verhindern, dass diese eintreten. In Abgrenzung von präventiven Maßnahmen werden diese dann als Intervention (von lat. ‚intervenire‘, was mit ‚dazwischenkommen‘ übersetzt werden kann) bezeichnet, wenn unerwünschte Ereignisse bereits eingetreten sind. Eine dritte Form von Maßnahmen außerhalb der Prävention ist die Therapie (von altgr. Θεραπεία (therapeia) ‚Dienen‘, ‚Dienst‘). Sie ist der etymologischen Bedeutung entsprechend eine heilende, pflegende Maßnahme, die ergriffen wird, während ein unerwünschtes Ereignis geschieht oder nachdem es geschehen ist (Kluge, 2012, o.S.). Diese Unterscheidung kennzeichnet die Qualität der Prävention mit Fokus auf die Verhinderung der unerwünschten Ereignisse.

Präventive Maßnahmen im Kontext von sexuellem Missbrauch können unterschiedlich kategorisiert werden. In der Literatur wird häufig zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden.

Vergleichbar mit der Differenzierung zwischen Prävention, Intervention und Therapie ist auch bei der Unterscheidung zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention der Zeitpunkt der Maßnahme entscheidend: Primäre Prävention verfolgt das Ziel, das Auftreten von neuen Fällen eines noch nicht begonnenen Missbrauchs zu minimieren (Inzidenzrate). Sekundäre Prävention zielt darauf ab, Missbrauchstaten so bald wie möglich zu erkennen und zu beenden sowie deren direkte negative Auswirkungen und weitere Folgen möglichst zu reduzieren. Tertiäre Prävention unterstützt betroffene Menschen bei der Bewältigung von erfahrenem Missbrauch und ist darauf ausgerichtet, den Weg in eine adäquate Behandlung zu erleichtern und Langzeitfolgen zu reduzieren (Amann & Wipplinger, 2005a, S. 735f.; WHO, 2003, S. 15). Somit ist die sekundäre Prävention vergleichbar mit

einer Intervention, die tertiäre Prävention weitgehend identisch mit einer Therapie, die wiederum der Prävention von Folgeerkrankungen dient.

Darüber hinaus können Präventionsmaßnahmen gemäß fünf zum Teil oppositären Aspekten verortet werden: nach den Adressaten, nach der Spezifität der Maßnahme, nach ihrer Initiative, nach ihrer Dauer sowie nach der Ebene, auf der sie stattfindet. Im Folgenden sollen diese fünf Aspekte kurz erklärt werden:

1. Adressaten

Differenziert nach ihren Adressaten kann sich eine präventive Maßnahme ‚selektiv‘ auf eine bestimmte Gruppe richten, die einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist, sexuellen Missbrauch zu erfahren. Entsprechend werden Präventionsangebote als ‚universell‘ bezeichnet, die bei der Zielgruppe keine Unterscheidung nach Risiko vornehmen. Daneben wenden sich als ‚indiziert‘ ausgewiesene Maßnahmen an Einzelpersonen, die spezifische Auffälligkeiten aufweisen (Gordon, 1983; WHO, 2003, S. 16).

Auch innerhalb einer Zielgruppe kann genauer differenziert werden, an wen sich das präventive Angebot richtet: an potenzielle Täterinnen und Täter, um so missbräuchliche Taten zu verhindern (Täterinnen- und Täter-Prävention), an mögliche betroffene Personen (Opferprävention), als kindbezogene Präventionsmaßnahme oder an beteiligte Dritte wie Eltern oder Fachkräfte (Amann & Wipplinger, 2005a, S. 734f.; Kindler, 2015, S. 352; Lohaus & Schorsch Falls, 2005, S. 759ff).

2. Spezifität

Differenziert nach der Spezifität einer Präventionsmaßnahme steht auf der einen Seite die ‚spezifische Prävention‘, die an der Veränderung eines bestimmten Zielbereiches ansetzt. Im Gegensatz dazu versucht die ‚unspezifische Prävention‘ durch generelle und globale Maßnahmen, in einem weiter gefassten Rahmen Veränderungen zu erzielen.

3. Initiative

Bezogen auf die Initiative einer präventiven Maßnahme steht der Anlass bzw. die genaue Zielsetzung im Fokus. Hier gibt es stützende Maßnahmen, die vor einem möglichen sexuellen Missbrauch ergriffen werden. Diese werden unter dem Stichwort ‚proaktive Prävention‘ zusammengefasst. Das Pendant hierzu ist die ‚Retroaktive Prävention‘, die darauf ausgerichtet ist, konkret gegebene Gefährdungen und Belastungen zu bewältigen.

4. Dauer

Hinsichtlich der Dauer einer Präventionsmaßnahme zielt die ‚kurzfristige Prävention‘ auf kurzfristige Effekte ab – von ‚langfristiger Prävention‘ werden entsprechend langfristige Effekte erwartet.

5. Ebene

Darüber hinaus können präventive Maßnahmen hinsichtlich der Ebene der Akteure, die sie adressieren, differenziert werden. So können präventive Maßnahmen zum einen auf struktureller Ebene implementiert werden und z.B. Strukturen in Institutionen verändern. Eine andere Möglichkeit sind Präventionsmaßnahmen auf personaler Ebene bzw. bei Personen(-gruppen), die von einem sexuellen Missbrauch betroffen sind bzw. betroffen werden können oder bei Personen, die mit Betroffenen in Kontakt stehen bzw. in Zukunft in Kontakt stehen könnten (Amann & Wipplinger, 2005a, S. 734f.).

Aufgrund der Dynamik der Prozesse in diesem spannungsvollen Umfeld ist eine klare Abgrenzung zwischen den unterschiedlichen Präventionsarten und Kategorien oftmals nicht möglich: Vielmehr überschneiden sich die Grenzen von Prävention, Intervention und Therapie wie auch die Grenzen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention. Präventive Maßnahmen können – auch einzelfallorientiert – nach verschiedensten Aspekten beschrieben und eingeordnet werden.

Ungeachtet der Art und Ausrichtung des einzelnen präventiven Angebots bzw. der einzelnen präventiven Maßnahme muss die Maßgabe gelten, dass deren Qualität geprüft sein sollte. Nur die Evidenzbasierung oder eine kritische Evaluation kann deren Effektivität und Zulässigkeit bestätigen.

Das Präventionstraining, um das es in der vorliegenden Arbeit geht, lässt sich unter diesen Voraussetzungen wie folgt kategorial einordnen: Es handelt sich um eine spezifische, selektive, kindbezogene und eher proaktive präventive Maßnahme sowohl primärer als auch sekundärer Art, die sich vorrangig an potenzielle ‚Opfer‘⁷ wendet und dabei einem

⁷ Der Begriff ‚Opfer‘ ist hier bewusst in Anführungszeichen gesetzt, da dieser Begriff unter anderem von betroffenen Personen selbst kritisch hinterfragt wird (Berliner Fachrunde gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen und Jungen, 2008; Kavemann, 2015, S. 77). ‚Opfer‘ würden demnach mehrheitlich als schwerst traumatisierte, sprachlose, hilf- und wehrlose Wesen dargestellt. Daher werde der Terminus ‚Opfer‘ vermieden und stattdessen von „betroffenen Personen“ gesprochen. Eine Ausnahme bilden feststehende Begriffe wie Opferprävention (siehe oben). Alternativ wird im deutschsprachigen Raum die Übernahme des englischen Begriffs ‚Victim‘ diskutiert. ‚Victim‘ ist ein Standardbegriff in der englischsprachigen Fachliteratur und im Gegensatz zum deutschen ‚Opfer‘ nicht sakral konnotiert (Jud, 2015, S. 42). Die Befürworter heben hervor, dass ‚Victim‘ als englischer Terminus für das neue Forschungsfeld „Sexueller Missbrauch“ stehe und sich gut in andere,

qualitativ hohen Anspruch gerecht werden möchte. Hierbei werden auch mögliche langfristige Effekte des Präventionstrainings überprüft. Zur ausführlichen Darstellung des Präventionstrainings siehe Kapitel 4.

2.3 Hörbehinderung

Terminologie

In der Literatur werden unterschiedliche Oberbegriffe verwendet, um medizinische, sprachliche und psychologische Aspekte zu beschreiben, die je nach Art und Ausmaß des Hörverlusts sowie je nach der kommunikativen Situation eines Menschen mit Hörverlust individuelle Ausprägungen aufweisen (Leonhardt, 2010, S. 22ff; ebd., S. 77ff; Eitner, 2008, S. 17). So finden sich neben dem Terminus der Hörbehinderung häufig Begrifflichkeiten wie Hörschädigung oder Hörbeeinträchtigung. Diese werden oft auch synonym verwendet, wobei sich der Begriff Hörschädigung eigentlich hauptsächlich auf den rein medizinisch diagnostizierten Hörschaden bezieht (Herrmann & Deutscher Gehörlosenbund, 2011, S. 34f.).

In der vorliegenden Arbeit wird der Terminus Hörbehinderung gebraucht, um auch die komplexen Auswirkungen und Aspekte eines Hörverlusts umfassend mit einzubeziehen.

Definition

Die einheitliche Kennzeichnung dessen, was unter einer Hörbehinderung zu verstehen ist, stellt sich als problematisch dar; Wisotzki spricht daher auch von der „Komplexität [der] Hörschädigung“ (Wisotzki, 1994, S. 49). Es bestehen zahlreiche Definitionen, die eine Hörbehinderung aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven beleuchten. Im Folgenden wird das Begriffsspektrum der Hörbehinderung bzw. hinsichtlich der Menschen mit einer Hörbehinderung auf drei Bereiche bzw. Perspektiven reduziert definiert, die im Rahmen dieser Arbeit relevant sind: aus medizinischer, aus pädagogisch-psychologischer, aus juristischer sowie sozio-kultureller Perspektive.

Medizinische Definition

Aus medizinischer Sicht liegt einer Hörbehinderung eine Funktionsstörung im Bereich des Hörorgans, der Hörbahnen oder der Hörzentren zugrunde (Leonhardt, 2010, S. 51; Strepel, Walger, von Wedel & Gaber, 2006; Zahnert, 2011). Hörschädigungen werden anhand von drei zentralen Unterscheidungsmerkmalen näher spezifiziert: nach der Art bzw. Aus-

bereits etablierte englische Begrifflichkeiten einreihe (z.B. Disclosure für den Prozess der Offenbarung eines Missbrauchs).

prägungsform der Hörschädigung, nach dem Grad sowie nach dem Eintrittszeitpunkt der Schädigung.

Die vielfältigen Arten bzw. Ausprägungsformen einer Hörschädigung werden grundsätzlich differenziert nach peripheren Hörschädigungen (Schallleitungs- und Schallempfindungsschwerhörigkeit sowie kombinierter Schwerhörigkeit) und zentralen Störungen des Hörens (Beeinträchtigung der Weiterleitung der Hörinformationen durch den Hörnerv über die Zentralen Hörbahnen bis hin zum assoziativen Zentren des Gehirns). Die Art des Hörschadens ist auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wesentlich, denn sie hat unterschiedliche Auswirkungen auf das Hörerleben und die Sprachentwicklung (Leonhardt, 2010, S. 51ff; siehe Kapitel 3.2).

Die Einteilung einer Hörschädigung nach ihrem Grad basiert in der internationalen Praxis üblicherweise auf dem mittleren (oder durchschnittlichen) Hörverlust. Der Hörverlust wird durch das arithmetische Mittel der Reintonaudiogrammwerte der Frequenzen 500 Hz, 1000 Hz und 2000 Hz auf dem besseren Ohr angegeben. Der mittlere Hörverlust dient dann als Kriterium für die Bezeichnung der jeweiligen Hörschädigung.

So unterscheidet beispielsweise die WHO fünf Grade (normalhörig, geringgradig schwerhörig, mittelgradig schwerhörig, hochgradig schwerhörig und resthörig bzw. taub) und formuliert in Anlehnung an die Einteilung von Hörschädigungen klinische Empfehlungen (Zahnert, 2011; siehe Tabelle 1).⁸

⁸ Die Grade 2, 3 und 4 gelten dabei als Hörbehinderung (WHO-Terminus: „disabling hearing impairment“). Die Grenze, ab wann eine Person im medizinischen Sinne als hörbehindert gilt, variiert jedoch je nach Veröffentlichung: Es gibt „keine naturwissenschaftlich zu begründende allein richtige Methode der gradmäßigen Unterteilung von Hörstörungen. Es gibt keine medizinische, psychologische oder soziologische Methode, die es gestatten würde, allgemein verbindlich Hörstörungen in der Skala mit anderen Körperschäden in eine feste Beziehung zu setzen“ (2006, S. 126).

Tabelle 1
Klassifizierung von Hörschädigungen

Grad der Schwerhörigkeit	Mittlerer Hörverlust	Klinischer Befund	Empfehlung
0 – normalhörig	< 25 dB	keine oder nur leichte Probleme bei der Kommunikation; Kind kann Flüstersprache hören	Beratung, Verlaufskontrolle; bei Schalleitungsschwerhörigkeit OP-Indikation prüfen
1 – geringgradig	26-40 dB	Umgangssprache wird 1m vor dem Ohr verstanden	Beratung, Hörgerät ggf. empfehlenswert; bei Schalleitungsschwerhörigkeit oder kombinierter Schwerhörigkeit ggf. operative Versorgung
2 – mittelgradig	41-60 dB	lautes Sprechen wird 1m vor dem Ohr verstanden	Hörgerät ist zu empfehlen; bei Schalleitungsschwerhörigkeit oder kombinierter Schwerhörigkeit ggf. operative Versorgung
3 – hochgradig	61-80 dB	einige Worte werden bei sehr lautem Sprechen auf dem besseren Ohr verstanden (Resthörigkeit)	Hörgerät ist nötig; falls kein Hörgerät möglich, prüfen, ob andere Hörsysteme in Frage kommen (implantierbares Hörgerät, Cochlea Implantat)
4 – Hörreste oder Taubheit	> 81 dB	keinerlei Sprachverständnis bei maximaler Lautstärke	Hörgerätetrageversuch; bei Scheitern in der Regel Indikation zur Cochlea Implantation; ggf. auch Hirnstammimplantatversorgung

Anmerkung. Tabelle ergänzt nach Zahnert, 2011, S. 434.

Ein Hörverlust kann prä-, peri oder postnatal eintreten (vor, während oder nach der Geburt). Darüber hinaus wird ebenfalls unterschieden, ob der Hörverlust prä- oder postlingual (vor oder nach dem Spracherwerb) eingetreten ist. Je nach Ausprägungsform, Grad und Eintrittszeitpunkt der Schädigung wird diese sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Entwicklung und Lebensführung der betroffenen Menschen haben (Leonhardt, 2010, S. 78; siehe Kapitel 3.2).

Pädagogisch-psychologische Definition

Aus pädagogisch-psychologischer Perspektive fließen medizinische Kriterien in Anbetracht ihrer Konsequenzen für den pädagogischen Kontext mit ein. Da dem mittleren Hörverlust im pädagogischen Alltag keine größere Bedeutung zukommt, wird in der Regel zwischen folgenden Gruppen von Menschen mit einer Hörbehinderung unterschieden: schwerhörige Menschen, gehörlose Menschen, Menschen mit einem Cochlea Implantat (CI), Menschen mit einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)

und Menschen mit einer Mehrfachbehinderung (Leonhardt, 2010, S. 77ff). Diese fünf Gruppen werden im Folgenden näher differenziert.

Die Beschreibung von Schwerhörigkeit erfolgt hier ausgehend von der Perzeptionsleistung und sprachlichen Fähigkeit. Dabei wird genau diese Beschreibung durch die relativ große Schwankungsbreite in der Perzeptionsleistung sowie der sprachlichen Entwicklung erschwert. In jedem Fall ist bei Schwerhörigkeit eine Abweichung in der auditiven Perzeption festzustellen (ebd., S. 80f.). Leonhardt definiert Schwerhörigkeit (ebd.) in Anlehnung an Wisotzki, der wie folgt formuliert:

Als schwerhörig werden unter pädagogischem Aspekt Menschen bezeichnet, deren Schädigung des Hörorgans die Wahrnehmung akustischer Reize so beeinträchtigt, daß sie zwar Sprache mit Hilfe einer Hörprothese aufnehmen und ihr eigenes Sprechen über die auditive Rückkopplung kontrollieren können, aber visuelle Merkmale und kinetisch-kinästhetische Empfindungen eine Hilfsfunktion übernehmen müssen.
(Wisotzki, 1994, S. 50)

In Abgrenzung zu der Gruppe der schwerhörigen Menschen ist laut Wisotzki ein Mensch als gehörlos⁹ zu bezeichnen,

wenn eine so schwere Schädigung des Gehörs vorliegt, daß selbst bei bestmöglicher Schallverstärkung durch eine Hörhilfe keine oder nur eine ganz begrenzte auditive Wahrnehmung möglich ist, wobei besonders darauf abgehoben wird, daß Sprache überhaupt nicht über den akustischen Kanal perzipiert und diskriminiert werden kann.
(Wisotzki, 1994, S. 51)

Wenn der hochgradige Hörverlust durch eine dysfunktionale oder missgebildete Cochlea verursacht wird, kann ein hörbehinderter Mensch mit einem CI versorgt werden. Ziel einer CI-Implantation ist die Verbesserung der auditiven Orientierung im hörenden Umfeld. Bezogen auf die Gruppe der Menschen mit einem CI wird darauf hingewiesen, dass in der Hoffnung auf eine auditive Perzeption von Lautsprache und eine damit einhergehende positive Lautsprachentwicklung die Implantationsrate immer weiter ansteigt, während das Implantationsalter sinkt (Leonhardt, 2010, S. 95; Schaarschmidt, 2013).¹⁰ Ergänzend stellt

⁹ In jüngerer Zeit wird innerhalb der Gehörlosengemeinschaft diskutiert, wie sich gehörlose Menschen begrifflich selbst kennzeichnen. Anstelle des defizitär geprägten Begriffs ‚gehörlos‘, der einen Menschen auf das Nicht-Hören-Können reduziert, sollte wieder der Terminus ‚taub‘ verwendet werden (Teuber 1995). ‚Taub‘ stehe dabei für eine neutrale und ressourcenorientierte Sichtweise auf die Behinderung (Herrmann & Deutscher Gehörlosenbund, 2011, S. 34f.).

¹⁰ Hintermair (2003) kritisiert diese Tendenz, die vor allem auf das Neugeborenen-Hörscreening zurückzuführen sei: Durch eine frühzeitige Diagnose werde ein frühes Eingreifen in die sprachliche Entwicklung des Kindes ermöglicht. Aufgrund einer meist einseitigen medizinischen Beratung der Eltern erfolge in den meisten Fällen eine schnelle technische Versorgung mit einer anschließenden frühen Förderung der Hör-Sprachentwicklung. Dabei sollte es nach Hintermair jedoch eigentlich „weniger um Entwicklungsförderung des Kindes als um Unterstützung und Begleitung in der Bezie-

Leonhardt (2010) fest: „Trotz der wiedererlangten Hörfähigkeit bleiben die mit einem Cochlea Implantat versorgten Menschen [egal ob prä- oder postlingual Gehörlose] Hörgeschädigte“ (ebd., S. 95). Diese Aussage schließt alle kommunikativen, psychischen und sozialen Probleme als mögliche Folgen einer CI-Implantation ein, unabhängig des Zeitpunktes der Implantation (Hintermair, Knoors & Marschark, 2014, S. 48ff; siehe Kapitel 3.2)

Neben Schülerinnen und Schülern mit peripheren Hörstörungen besuchen zunehmend Kinder und Jugendliche mit AVWS Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation (Leonhardt, 2010, 97). Sie bilden eine eigene, hier die vierte Gruppe von Menschen mit Hörbehinderung.

Eine AVWS liegt vor, wenn bei intaktem peripherem Gehör und normaler kognitiver Entwicklung (d.h. IQ von mindestens 85) zentrale Prozesse des Hörens gestört sind.¹¹ Zu den zentralen Prozessen zählen unter anderem die vorbewusste und bewusste Analyse, Identifikation und Differenzierung von Frequenz-, Zeit- und Intensitätsveränderungen auditiver oder akustischer oder auditiv-sprachlicher Signale sowie Prozesse der binauralen Interaktion (z.B. zur Lateralisation, Geräuschlokalisierung, Störgeräuschbefreiung und Summation) und Prozesse der dichotischen Verarbeitung (Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, 2015, S. 21ff; Nickisch, Gross, Schonweiler & Berger, 2015).¹²

AVWS werden in der ICD-10 unter F 80.2 (Störungen des Spracherwerbs) eingeordnet (DIMDI, 2017). Die Diagnose einer AVWS mit Konsequenzen hinsichtlich der ICD-10-Klassifikation (und der Heilmittelrichtlinien) kann ausschließlich durch eine umfassende pädaudiologische Diagnostik erfolgen. Diese Diagnostik wird jedoch dadurch erschwert, dass weder international noch national einheitliche Diagnosekriterien existieren, was eintr von mehreren Kritikpunkten an der ‚Diagnose AVWS‘ darstellt. Immerhin besteht internati-

nungsgestaltung zwischen Eltern und Kind gehen“ (Hintermair, 2003, S. 7). Dadurch, dass die technische Versorgung und Förderung des Kindes im Vordergrund stehe, werde oftmals das für die Entwicklung des Kindes ausschlaggebende „intuitive [...] parenting“ (ebd.), der gefühlsmäßige, ganzheitliche Zugang von Eltern zu ihrem Kind, beeinträchtigt.

¹¹ Die Diagnostik einer AVWS bedarf folgender Voraussetzungen: eine sorgfältige Anamneseerhebung, Ausschluss einer peripheren Hörminderung einschließlich Messungen otoakustischer Emissionen und einer Hirnstammaudiometrie zum Ausschluss einer Störung aus dem Spektrum der auditorischen Synapto-/Neuropathie. Darüber hinaus sollten mögliche periphere Hörstörungen behandelt sein (British Society of Audiology, 2011; Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, 2015, S. 21ff; Nickisch et al., 2015).

¹² Aufgrund der Komplexität von AVWS sollte der Begriff ‚Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung‘ nur mit einer genauen Beschreibung der diagnostizierten Defizite verwendet werden, z.B. ‚Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung mit defizitärer auditiver und auditiv-sprachlicher Verarbeitung mit Einschränkungen der Frequenzauflösung und Phonemdiskriminationschwäche sowie eingeschränkter Hörmerkspanne‘ (Nickisch et al., 2015).

onal Konsens darüber, dass bei der Testung der auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsleistungen eine individuelle Testkombination aus vorwiegend subjektiven audiologischen Verfahren angewandt werden sollte.¹³ Diese Testkombination sollte unter anderem anamnestische Informationen bezogen auf die Hauptbeschwerden sowie Informationen zum Sprachentwicklungsstand berücksichtigen. Zudem sollten obligatorisch standardisierte Verfahren eingesetzt werden, die sowohl sprachgebundene als auch mindestens ein sprachfreies Verfahren umfassen (American Academy of Audiology, 2010; British Society of Audiology, 2011; Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, 2015; Nickisch et al., 2015).¹⁴ Ziel der Diagnostik sollte es sein, die Schwerpunkte des Gesamtbildes adäquat und präzise herausarbeiten zu können, um somit eine bestmögliche Förderung der Schülerin bzw. des Schülers zu ermöglichen.

Die fünfte Gruppe von Menschen mit einer Hörbehinderung betrifft solche, bei denen eine oder mehrere weitere Behinderungen diagnostiziert werden, die sich potenzierend auf die Gesamtbehinderung auszuwirken scheint (Blackorby & Knokey, 2006; Guardino & Cannon, 2015; Knoors & Vervloed, 2011). Guardino und Cannon (2015) gehen in ihrem Review-Artikel zum Thema ‚Hörbehinderung und weitere Behinderungen‘ davon aus, dass genaue Zahlen schwierig zu generieren sind. Vorliegende Studien lassen jedoch auf eine Prävalenz schließen, die über die Hälfte der Kinder mit Hörbehinderung betrifft. Ähnliche Zahlen (40-50%) werden auch an anderen Stellen genannt (Blackorby & Knokey, 2006; Knoors & Vervloed, 2011). Als zusätzliche Behinderungen werden am häufigsten kognitive und sozial-emotionale Beeinträchtigungen angegeben (Blackorby & Knokey, 2006). Da Kinder nach ihrem primären Förderschwerpunkt eingeschult werden, ist davon auszugehen, dass an Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation auch Kinder unterrichtet werden, die neben einer Hörbehinderung eine oder mehrere weitere Behinderungen aufweisen.

¹³ Bei der Auswahl der pädaudiologischen Testkombination ist zu berücksichtigen, dass mit zunehmender Anzahl der Tests die Sensitivität zwar ansteigt, sich aber die Spezifität reduziert (z.B. Nickisch et al., 2015).

¹⁴ Es sollten folgende Komorbiditäten differenzialdiagnostisch Berücksichtigung finden: rezepptive Sprachentwicklungsstörung, Lese-Rechtschreibstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Modalitätsübergreifende Kurzzeitgedächtnisstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, Kulturell bedingte Sprachauffälligkeiten, z.B. bei Migrationshintergrund, Kognitive Störungen, Soziale Entwicklungsstörungen. Durch die pädaudiologische Diagnostik lassen sich AVWS mit und ohne eine Sprachentwicklungsstörung diskriminanz-analytisch jeweils von unauffälligen Kontrollkindern trennen, jedoch nicht untereinander. Für diese Differenzierung sind zusätzliche sprachdiagnostische Verfahren notwendig (Kiese-Himmel & Nickisch, 2014).

Juristische Definition

Juristisch betrachtet sind im hier relevanten Kontext schulischer Bildung die Definitionen der Ausbildungsordnung für sonderpädagogische Förderung (AO-SF) ausschlaggebend.¹⁵

Diese Definitionen bilden den gesetzlichen Rahmen für die Einordnung, ob ein Kind als gehörloses oder schwerhöriges Kind beschult wird. Bei der Klassifizierung ist das Kriterium die Einordnung der Wahrnehmungsmöglichkeit von gesprochener Sprache (§7 AO-SF):¹⁶ „(1) Ein Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung im Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation besteht, wenn das schulische Lernen auf Grund von Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit schwerwiegend beeinträchtigt ist. (2) Gehörlosigkeit liegt vor, wenn lautsprachliche Informationen der Umwelt nicht über das Gehör aufgenommen werden können.“

Die Definition von Gehörlosigkeit entspricht dem medizinischen Begriffsverständnis (s. o.) und berücksichtigt nicht das Tragen von Hörhilfen, sodass in der Gruppe der gehörlosen Schülerinnen und Schüler auch hörbehinderte Kinder erfasst werden können, die mit einer Hörhilfe (z.B. mit einem CI) gesprochene Sprache rezipieren und produzieren können: „(3) Schwerhörigkeit liegt vor, wenn trotz apparativer Versorgung lautsprachliche Informationen der Umwelt nur begrenzt aufgenommen werden können und wenn erhebliche Beeinträchtigungen in der Entwicklung des Sprechens und der Sprache oder im kommunikativen Verhalten oder im Lernverhalten auftreten oder wenn eine erhebliche Störung der zentralen Verarbeitung der Höreindrücke besteht“ (ebd.). Eine AVWS wird gemäß dieser Bestimmung als Schwerhörigkeit definiert.

Im Zuge der Inklusion von Kindern mit Behinderung wird auch eine zunehmende Anzahl von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich Hören und Kommunikation an allgemeinen Schulen unterrichtet. In einer aktuellen Erhebung lag die Zahl inklusiv beschulter Kinder mit Hörbehinderung im Bundesdurchschnitt bei 39,9% (Klemm, 2015). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung liegt die Vermutung nahe, dass die Kinder mit Hörbehinderung, die an einer Förderschule unterrichtet werden, aufgrund möglicher zusätzlicher Beeinträchtigungen oder besonderer kommunikativer oder sozial-emotionaler Bedürfnisse nicht inklusiv beschult werden können.

Mit den bis hierhin dargelegten, vielseitigen fachlichen Perspektiven auf das Phänomen der Hörbehinderung wird eine Komplexität deutlich, die sich auch in der Heterogenität der diversen Gruppen von Menschen mit Hörbehinderung spiegelt. Wenn auch die Vielfalt der

¹⁵ Weitere juristisch begründete Definitionen sind z.B. in den Hilfsmittel-Richtlinien §20-§31 fixiert (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist jedoch primär die AO-FS relevant.

Perspektiven den Zugang zum Gegenstand nicht vereinfacht, so sollen hier die unterschiedlichen Sichtweisen, Ansätze und Definitionen genutzt werden, um den Gegenstand akkurat zu erfassen.

Die Heterogenität der Zielgruppe ist ein entscheidender Faktor, der sich in gleicher Weise auf die Konzeption des Präventionstrainings (Kapitel 4) wie auch auf dessen Evaluation (Kapitel 5) auswirkt. Wenn im Folgenden die unterschiedlichen Hörstatus (schwerhörig, gehörlos) genannt werden, verstehen sich diese wie im oben ausgeführten medizinischen bzw. pädagogisch-psychologischen Sinne.

Der Auswahl der Kinder der Stichprobe liegt die juristische Definition zugrunde, da sich die Stichprobe aus Kindern zusammensetzt, die eine Schule mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation besuchen. Aufgrund der gegenwärtigen schulpolitischen Situation kann angenommen werden, dass die rekrutierten Kinder für die Stichprobe neben einer Hörbehinderung eine oder mehrere weitere Beeinträchtigungen aufweisen.

Sozio-kulturelle Definition

Die sozio-kulturelle Definition bildet das Pendant zur medizinischen Definition einer Hörbehinderung. Sozio-kulturell betrachtet handelt es sich bei Menschen mit Hörbehinderung um eine kulturelle und sprachliche Gruppe, welche sich nicht über die Hörschädigung im medizinischen Sinne definiert, sondern primär über die Gebärdensprache als Sprache und Tor zu einer spezifischen Kultur, was rein positiv konnotiert wird: „Deafness is not so much defined by a fundamental lack, as in *hearing loss*, but as its opposite, as a means to understand the plenitude of human being, as *Deaf-gain*“ (Baumann & Murray, 2011, S. 216)

Baker und Cokely (1980) unterscheiden in ihrem Modell zur sozio-kulturellen Definition von ‚Deafness‘ vier Bereiche: einen audiologischen, einen sozial-kulturellen, einen sprachlichen und einen politischen Bereich. Erfüllt ein Mensch alle vier Bereiche, indem er beispielsweise im medizinischen Sinne gehörlos ist, sich sein soziales und kulturelles Leben in der Gehörlosengemeinschaft abspielt, er Gebärdensprache beherrscht und sich politisch im lokalen Gehörlosenverein für die Rechte von Menschen mit Hörbehinderung einsetzt, so ist dieser Mensch nach Baker und Cokely ‚Deaf‘. Das große D in der Schreibweise symbolisiert die positive Konnotation der Hörbehinderung im Vergleich zu ‚deaf‘ im medizinischen Sinne (Baker & Cokely, 1980; Bauman & Murray, 2009; Ladd, 2008). Viele

Menschen, die sich im sozio-kulturellen Sinne als ‚Deaf‘ identifizieren, sind in Gehörlosenvereinen organisiert.¹⁷

2.4 Evidenzbasierung

Der deutsche Begriff ‚Evidenzbasierung‘¹⁸, der in diversen wissenschaftlichen Kontexten gebraucht wird, beruht auf einer wortwörtlichen Übersetzung des englischen ‚evidence based‘ (‚evidenzbasiert‘) bzw. ‚evidence based practice‘. ‚Evidence based practice‘ wurde initial im medizinischen Bereich etabliert und wird aktuell beispielsweise auch im pädagogischen Bereich angewendet bzw. diskutiert (Sackett et al., 1996).

‚Evidence‘ ist im Englischen etwa gleichbedeutend mit ‚Beweis‘ im Sinne von Hinweis, also im Unterschied zu ‚proof‘, womit ein unumstößlicher Beweis gemeint ist. „So verstanden bedeutet Evidenz also eher so etwas wie ein [...] empirisch fundiertes Argument dafür oder dagegen, dass sich etwas so oder so verhält. Evidenz führt nicht zu Wahrheiten, sondern zur Annäherung an Wahrheiten aufgrund von Wahrheiten“ (Kühlein & Forster, 2007, S. 39).¹⁹ Evidenzen sind mithin empirische Indizien, die durch empirische Forschungsmethoden generiert wurden und bestimmte Schlussfolgerungen bezogen auf die Wirksamkeit einer Maßnahme nahelegen (Coe, 1999). Entscheidend für die Qualität wissenschaftlicher Aussagen ist dabei der kritische Umgang mit den verschiedenen Evidenzen, die zu einem aktuellen Zeitpunkt verfügbar sind (Herzog, 2011, S. 133; Nußbeck, 2007, S. 147).²⁰

¹⁷Obwohl sich Menschen mit Hörbehinderung als sozio-kulturell ‚Deaf‘ identifizieren, sind sie nicht befreit von Diskriminierungen (Baumann, 2004; Fries & Schröttle, 2014; Ladd, 2008)

¹⁸ Der Begriff der Evidenzbasierung und die Frage „Was wirkt?“ werden von manchen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern im pädagogischen Kontext kritisch diskutiert (Bellmann & Müller, 2011a). Manche Kritikerinnen und Kritiker stellen dabei sogar die Existenz jedweder Evidenz prinzipiell infrage, indem sie sich der Evidenzfrage eher aus einer philosophischen Perspektive nähern (Sandkühler, 2011, S. 35ff). Auch in der Psychologie sind evidenz-kritische Diskussionen festzustellen, beispielsweise um die Wertigkeit des *p*-Wertes (Trafimow & Marks, 2015; Woolston, 2015).

¹⁹ Dabei gilt das wortgleiche ‚Evidenz‘ als Übersetzung von ‚evidence‘ auch als problematisch, weil das deutsche Begriffsverständnis dem englischen teilweise diametral entgegensteht (Tippelt & Reich-Claassen, 2010, S. 22; Bellmann & Müller, 2011b, S. 9f.). Der deutsche Begriff „Evidenzbasierung“ wurde quasi aus dem Englischen entlehnt und wird im Deutschen häufig anders als im Englischen konnotiert. Als ‚evident‘ gelten „im alltäglichen Sprachgebrauch Schlussfolgerungen genau dann, wenn ihre Gültigkeit und Offensichtlichkeit so augenscheinlich „auf der Hand liegen“, dass jegliche empirische Untermauerung obsolet erscheint“ (Tippelt & Reich-Claassen, 2010, 22). Evidenzbasierte Forschung zielt hingegen darauf ab, ‚Evidenz‘ im Sinne eines Nachweises für die Wirksamkeit einer Maßnahme zu erhalten (ebd.; Bellmann & Müller, 2011b, S. 9f). Dieses diametrale Begriffsverständnis sorgt für einen uneinheitlichen (und sogar teilweise inflationären) Gebrauch des Begriffs „Evidenzbasierung“ im nationalen und internationalen wissenschaftlichen Diskurs (Coe, 1999).

²⁰ Hierbei ist zu beachten, dass ‚evidence‘ gelegentlich auch im Sinne von ‚proof‘ verwendet wird. ‚Evidence‘ meint dann gesichertes Wissen, das aus wissenschaftlicher Forschung hervorgeht und als Grundlage des Handelns angesehen wird (McNeece & Thyer, 2004, 8; Organisation für Wirt-

In diesem Prozess der Gewinnung von Indizien werden anhand von Wahrscheinlichkeitsangaben über die vermutete Wirkung einer Maßnahme Aussagen über eine Intervention getroffen. Dabei kann die Wirksamkeit unter drei Aspekten betrachtet werden: ‚Effectiveness‘, ‚Efficiency‘ und ‚Efficiency‘. Während sich ‚Effectiveness‘ (Effektivität) auf die Gesamtwirksamkeit eines Konzeptes und seine eventuelle Überlegenheit gegenüber anderen Konzepten bezieht, beschreibt ‚Efficiency‘ (interne Validität) die Wirksamkeit einzelner, isolierter Faktoren. Hierfür müssen Wirkfaktoren methodisch so isoliert werden können, dass der Erfolg einer Maßnahme (abhängige Variable) tatsächlich auf diesen einzelnen Faktor zurückgeführt werden kann. Andere mögliche Wirkbedingungen (unabhängige Variablen) müssen experimentell oder statistisch gleichgehalten werden, um alternative Erklärungsmöglichkeiten für eine Wirkung auszuschließen.²¹ Das Verhältnis von Aufwand und Erfolg beschreibt der Aspekt ‚Efficiency‘ (Effizienz; Nußbeck, 2007, S. 148f.). Als evidenzbasiert können also jene Praktiken beschrieben werden, die sich durch wissenschaftliche Forschung nach klaren Kriterien in ihrer Gesamtwirksamkeit als effektiv erwiesen haben (ebd., S. 150; Sackett et al., 1996).

Grundsätzlich werden Evidenzkriterien aus der methodischen Qualität quantitativer empirischer Untersuchungen abgeleitet. Daraus ergeben sich Stufen bezogen auf Nützlichkeit (siehe Tabelle 2) und qualitativen Anspruch, wobei das ‚randomized controlled trial‘ (RCT) das hierarchiehöchste Level von Evidenz darstellt und somit auch als ‚Gold Standard‘ oder ‚Harte Evidenz‘ bezeichnet wird (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003; Sackett et al., 1996; siehe Tabelle 2). Die Ergebnisse aus Studien auf diesem Level gelten als experimentell gesichert und generalisierbar. Andere Forschungsdesigns, wie Quasi-Experimente oder Einzelfallstudien können auch aussagekräftig sein, wenn sich deren Ergebnisse über eine große Anzahl an sehr gut vergleichbaren Studien hinweg als einheitlich erweisen. Nur dann können auch Aussagen über kausale Zusammenhänge getroffen werden.²² Das Wissen um Kausalitäten wieder-

schaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [OECD], 2007): „The idea of an evidence base [...] suggests that evidence is the literal foundation for action because it provides secure knowledge“ (Schwandt, 2009, S. 199). Gemäß dieses Verständnisses verspricht Evidenzbasierung „unter dem Motto „What works“ [...], ein experimentell gesichertes und generalisierbares Wissen [z.B.] über die Wirksamkeit pädagogischer Technologien und bildungspolitischer Maßnahmen hervorzubringen“ (Bellmann & Müller 2011b, S. 9).

²¹ Je besser dabei unabhängige Variablen kontrolliert werden, desto unnatürlicher wird die Situation (künstliche Laborbedingungen). Somit ist fraglich, inwiefern ein ermitteltes Ergebnis dann auf komplexe Realsituationen übertragen werden kann (Nußbeck, 2007, S. 149).

²² Andere Stimmen jedoch betrachten das Experiment als einzige Methode, um Kausalbeziehungen verlässlich aufzudecken (Cook & Payne, 2002; Slavin, 2002; Towne & Hilton, 2004).

rum ist die Prämisse dafür, die Wirksamkeit praktischer Maßnahmen beurteilen zu können.²³ Im Zuge der „evidence-based practice“ wurde daher das GRADE-System („Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation“) entwickelt, um Studienbefunde zu klassifizieren (Guyatt et al. 2008a, 2008b, 2008c). Je höher das Evidenzlevel ausfällt und je eindeutiger die Ergebnisse, umso eher kann eine überprüfte Maßnahme empfohlen werden (ebd.; Harbour & Miller, 2001).

Tabelle 2
Beschreibung der Evidenzlevel

Evidenzlevel	Beschreibung
1A	Evidenz aufgrund wenigstens einer Metaanalyse auf der Basis methodisch hochwertiger RCTS.
1B	Evidenz aufgrund mindestens einer methodisch hochwertigen RCT.
2A	Evidenz aufgrund mindestens einer hochwertigen kontrollierten, jedoch nicht randomisierten Studie.
2B	Evidenz aufgrund einer hochwertigen quasi-experimentellen Studie
3	Evidenz aufgrund methodisch hochwertiger, nicht experimenteller, deskriptiver Studien
4	Evidenz aufgrund von systematisch integrierter Expertinnen- und Expertenmeinungen; beschreibende Studien.
5	Fallserie oder eine oder mehrere Expertinnen- und Expertenmeinungen

Bei der Interpretation empirischer Studien sollten stets ihre Risiken mit bedacht werden. Die Risiken in der Bestimmung der Evidenz liegen in der Möglichkeit eines Kommerzbias, einer Publication bias oder einer Attribution bias. Es kommt vor, dass Studien zu Interventionsmaßnahmen aus Kommerzgründen propagiert werden (Produktmarketing) oder dass nur Studien mit positivem Ausgang veröffentlicht werden (Publication bias). Eventuell kann es auch bei der Auswahl (Selection bias) sowie folglich aufgrund der Eigenschaften

²³ Im pädagogischen Kontext wird auch vom „Paradigma einer evidenzbasierten Pädagogik gesprochen“, da evidenzbasierte Pädagogik „[...] ein grundsätzliches Verständnis davon, was Wissenschaft überhaupt ausmacht, [mitbringt –] insbesondere was wissenschaftliche Forschung ist und sein soll, an welchen Methodenidealen sich diese orientiert, welches Wissen auf dieser Grundlage erzeugt wird und welche Funktion dieses Wissen in der sozialen Welt erfüllt“ (Bellmann & Müller 2011b, S. 14).

der Stichprobe zu Verzerrungen und Fehlinterpretationen kommen (Attribution bias) (Nußbeck, 2013).

Im Allgemeinen werden in Anlehnung an Gibbs und Gambrill (2002) sechs Schritte für das praktische evidenzbasierte Vorgehen vorgeschlagen (Bloom, Fischer & Orme, 2009, S. 455ff; Nußbeck, 2007, S. 150f.):

1. Die Diagnostik der individuellen Bedingungen der Erhebung, um Hypothesen zu bilden,
2. die Suche nach geeigneten Studien, um die aktuelle Forschungslage zu Fragestellung abzubilden,
3. die Bewertung der Studien nach Relevanz und Güte,
4. die Abstimmung der Studienergebnisse auf den individuellen Fall,
5. das Implementieren der Intervention sowie
6. die fortlaufende Evaluation der Intervention.

Diese Schritte werden auch bei der Konzeption des in dieser Arbeit beschriebenen Präventionstrainings sowie des Untersuchungsdesigns zu dessen Evaluation befolgt. Darüber hinaus stellt der geforderte kritische und vorsichtige Umgang mit Evidenzen das Grundprinzip dieser Arbeit dar. Das Vorgehen fußt in jedem Teilschritt auf dem Bewusstsein, dass insbesondere die sonderpädagogische Forschung gefordert ist, Evidenzen und angestrebte Untersuchungsdesigns vor dem Hintergrund der Heterogenität ihrer Zielgruppe zu reflektieren: „Special education research, because of its complexity, may be the hardest of the hardest-to-do science. One feature of special education research that makes it more complex is the variability of the participants“ (Odom et al., 2005, S. 139).

3 Stand der Forschung und Forschungsdesiderate

Durch systematische Literatur-Recherchen²⁴ wurden der aktuelle Forschungsstand ermittelt und Forschungsdesiderate abgeleitet (Booth, Sutton & Papaioannou, 2016; Mertens & McLaughlin, 2004, S. 45). Dazu wurden Ergebnisse aus den Datenbanken ERIC, MEDLINE, PSYINDEX, und PsychINFO zusammengefasst, die schwerpunktmäßig zwischen März 2013 (Projektbeginn) und März 2015 (vor Durchführung des ersten Trainings) recherchiert wurden.

Im Folgenden wird auf solche Studien Bezug genommen, die sowohl die inhaltlichen Kriterien erfüllen als auch einem möglichst hohen Evidenzlevel entsprechen (siehe Tabelle 2). Als Abschluss der drei Unterkapitel ‚Sexueller Missbrauch an Kindern mit Hörbehinderung‘ (Kapitel 3.1), ‚Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung‘ (Kapitel 3.2) und ‚Kindzentrierte Präventionstrainings gegen sexuellen Missbrauch‘ (Kapitel 3.3) werden jeweils die Kernaussagen des Unterkapitels in einem Resümee zusammengefasst und deren Bedeutung für die Konzeption und Evaluation von „STARK mit SAM“ hervorgehoben.

3.1 Sexueller Missbrauch an Kindern mit Hörbehinderung

Im Gegensatz zum ubiquitären Phänomen des sexuellen Missbrauchs ist das Forschungsfeld ‚Sexueller Missbrauch‘ relativ neu.²⁵ Während in den USA die erste Publikation zu sexuellem Missbrauch an Menschen mit Hörbehinderung in den 1980er Jahren veröffentlicht wurde (Sullivan et al. 1987), erschien in Deutschland Mitte der 1990er Jahre die erste Studie (Gerkens & Deutscher Gehörlosenbund 1996). Seitdem erfährt das Thema sexueller Missbrauch an Menschen mit Hörbehinderung eine stetig wachsende Aufmerksamkeit, jedoch wurde sexueller Missbrauch an Menschen mit Behinderung bis dato

²⁴ Die Suchbegriffe variierten jeweils systematisch, um eine lückenlose Erhebung aller relevanten Studien zu erzielen.

²⁵ Sexueller Missbrauch, wie er heute verstanden wird, wurde wohl 1860 zum ersten Mal durch den französischen Pathologen Tardieu in medizinischer Literatur erwähnt (Spencer Greeley, 2012). Schriftstücke aus der Antike und aus dem Mittelalter reflektieren die kulturgeschichtliche Bedeutung des Phänomens und einen Wandel der Auffassungen bis heute. Es werden für die damalige Zeit sexuelle Handlungen beschrieben, die heute als missbräuchlich gelten (Fegert et al., 2013, S. 22) sowie Missbrauchstaten bis durchgängig zum 20. Jahrhundert und in vielen europäischen Ländern (Corbin, 1997). Sigmund Freud thematisierte in seiner später revidierten Verführungstheorie die „Hysterie“ seiner Patienten und Patientinnen als Folge sexueller Gewalterfahrungen in den Familien (Hartwig, 1990, S. 28ff; Wittrock, 1992) und brachte das Thema in die Diskussion. Anfang der 1980er Jahre wurde in Deutschland das „Sprechverbot“ über sexuellen Missbrauch in der Familie aufgehoben und es begann die systematische Erfassung dieses Deliktes unter der Rubrik „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ (Baurmann, 1983; Kavemann & Lohstötter, 1984). Hilfseinrichtungen für die Opfer sexuellen Missbrauchs folgten (z.B. Wildwasser-Initiativen). Durch therapeutische und politische Arbeit feministischer Gruppen wurde sexueller Missbrauch an Mädchen und weiblichen Jugendlichen thematisiert, später auch gegen Jungen und männliche Jugendliche (Bange & Deegener, 1992; Braun, 1995; van den Broek, 1993).

im deutschsprachigen Raum nur ansatzweise erforscht, sodass der Bestand an empirischen Publikationen noch immer sehr übersichtlich ist (siehe Anhang A).

Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken ERIC, MEDLINE, PSYINDEX und PsychINFO mit den Schlagworten deaf AND sexual abuse/violence wurden durch andere (unveröffentlichte) Studien (u.a. eine empirische Statsexamensarbeit) aus dem deutschsprachigen Raum ergänzt, um einen möglichst vollständigen Forschungsstand abbilden zu können. Insgesamt umfasst die Ergebnisdarstellung (Anhang A) 25 Veröffentlichungen, davon sind sechs Review-Artikel und 19 empirische Studien mit unterschiedlichem Design.

Nachfolgend werden zuerst die allgemeinen Ergebnisse vorgestellt und dann die spezifischen Resultate für Kinder mit Hörbehinderung. Hierfür werden die Studien nach inhaltlichen Themen (Prävalenz, Risikofaktoren, Täterinnen und Täter sowie Disclosure) ausgewertet.

3.1.1 Prävalenz

In der aktuellsten repräsentativen Zufallsstichprobe für Deutschland von Häuser, Schmutzer, Brähler und Glaesmer (2011) gaben 12,6 % der befragten 2.504 Personen ab 14 Jahren ohne Behinderung (Rücklaufquote von 56 %) an, von sexuellem Missbrauch in Kindheit und/oder Jugend betroffen zu sein. Auch wenn bislang keine Ergebnisse repräsentativer Studien zur Viktimisierung von Menschen mit Hörbehinderung vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass ein erhöhtes Vorkommen sexuellen Missbrauchs in dieser stärker vulnerablen Gruppe vorliegt.²⁶

Für diese Annahme sprechen Ergebnisse einzelner Befragungen, die die Tendenz einer Betroffenheit von bis zu 50-54 % der Kinder und Jugendlichen mit Hörbehinderung der frühen Befunde von Sullivan et al. (1987) bestätigen (Anderson & Leigh, 2011; Francavillo, 2009; Gerkens & Deutscher Gehörlosenbund, 1996; Joseph et al., 1995; Kvam, 2004; Schröttle et al., 2012; Sullivan & Knutson, 2000; Wienholz et al., 2013).

Beispielsweise gaben sowohl im Rahmen einer Studie in Norwegen (45,8 % der Frauen und 42,2 % der Männer, $N = 302$; Kvam 2004) als auch in Deutschland (52 % der 83 befragten gehörlosen Frauen; Schröttle et al., 2012) ca. 40 % der erwachsenen, gehörlosen Befragten retrospektiv an, sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit und/oder Jugend erlebt zu haben. Nicht zuletzt weist eine kleine aktuelle Studie aus Sachsen auf diese Tatsache

²⁶ Befunde von repräsentativen, internationalen Erhebungen mit Menschen mit Behinderungen (u.a. Menschen mit einer geistigen oder körperlich-motorischen Behinderung oder Verhaltensauffälligkeiten) dokumentieren ebenfalls eine erhöhte Betroffenheit von sexuellem Missbrauch (Crosse, Kaye & Ratnofsky, 1992; Hughes et al., 2012; Martin et al., 2006; Sullivan & Knutson, 2000).

hin: Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurden Förderschülerinnen und Förderschüler zwischen 12 und 18 Jahren zum Thema ‚Sexualität‘ befragt (Wienholz et al., 2013). Von den Jugendlichen mit Hörbehinderung ($N = 74$) beantwortete mehr als ein Viertel die Frage „Hat ein Junge oder Mann schon einmal versucht, gegen deinen Willen Sex oder Zärtlichkeiten mit dir zu haben?“²⁷ nicht mit „nein“, sondern antworteten mit „ja“ oder machten keine Angabe. Die Jungen und Mädchen mit Hörbehinderung gaben im Vergleich zu den befragten Schülerinnen und Schülern ohne Hörbehinderung am häufigsten an, sexuelle Handlungen gegen ihren Willen erlebt zu haben.²⁸ Bei dieser Befragung von Menschen mit Hörbehinderung wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Betroffenheit von sexuellem Missbrauch festgestellt – das entspricht auch dem Ergebnis der norwegischen Erhebung ($N = 302$, 45,8 % der Frauen und 42,2 % der Männer; Kvam, 2004).

Ähnlich zum Antwortverhalten der Jugendlichen in der Studie von Wienholz et al. (2013) äußerten sich die befragten Frauen in der Studie von Gerkens und dem Deutschen Gehörlosenbund (1996). Von den 1.240 befragten Frauen gaben 118 an, als Kind missbraucht worden zu sein, 222 machten hierzu keine Angabe, obwohl sie den Bogen ansonsten nahezu vollständig ausfüllten, sodass anzunehmen ist, dass sich unter diesen Personen betroffene befinden (Gerkens & Deutscher Gehörlosenbund, 1996).

Einerseits kann davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Betroffenheitszahlen um ein Vielfaches höher sind, da viele Missbrauchstaten entweder erst gar nicht durch die Betroffenen gemeldet werden oder nur sehr schwer nachweisbar sind (für weitere Ausführungen zu den Dynamiken sexuellen Missbrauchs siehe Ausführungen zur Disclosure in Kapitel 3.1.4). Andererseits können sich verlässliche Schätzungen nur bei (geschichteten) Zufallsstichproben angemessenen Umfangs ergeben, da Gelegenheitsstudien und Studien mit kleinen Stichproben die Prävalenz eher überschätzen (Jud, Rassenhofer, Witt, Münzer & Fegert, 2016, S. 2). Darüber hinaus gibt es forschungsmethodische Schwächen, die eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse nicht ohne Weiteres ermöglichen bzw. die Häufigkeitsangaben beeinflussen. Als markante Schwäche erscheint etwa die Durchfüh-

²⁷ Die Formulierung dieser Frage zeigt beispielhaft, dass das Thema ‚sexueller Missbrauch‘ selbst in wissenschaftlichen Studien nicht frei von Mythen und Tabuisierungen angegangen wird. Indem an dieser Stelle lediglich nach männlichen Tätern (Jungen oder Männern) gefragt wird, wird die Existenz weibliche Täterinnen ausgeklammert, wenngleich bewiesen ist, dass auch Frauen Kinder und Jugendliche sexuell missbrauchen (Lewis & Stanley, 2000; Vandiver & Walker, 2002; Gannon & Rose, 2008; Muskens, Bogaerts, van Casteren & Labrijn, 2011).

²⁸ Im Vergleich zu fünf der befragten 65 Jugendlichen mit Körperbehinderung sowie vier der befragten 31 Jugendlichen mit Sehbehinderung, die angaben, gegen ihren Willen Sex oder Zärtlichkeiten erfahren zu haben.

rung einer schriftlichen Fragebogenbefragung (Wienholz et al., 2013), obwohl die Lesekompetenz von Menschen mit Hörbehinderung erschwert sein kann. Nachteilig sind auch die unterschiedlichen Definitionen von sexuellem Missbrauch, die den Studien zugrunde liegen (Jud et al., 2016, S. 26).

Eine separate Erfassung und Dokumentation von sexuellen Übergriffen auf Menschen mit Behinderung erfolgt bis dato nicht. In der Konsequenz erlauben weder Kinderschutzstatistiken noch polizeiliche Datenbanken (z.B. das ehemalige Informationssystem Verbrechensbekämpfung der Berliner Polizei ISVB, seit 2005 ‚Polizeiliches Landessystem zur Information, Kommunikation und Sachbearbeitung‘ [POLIKS]) Rückschlüsse auf die Prävalenz und Inzidenz sexuellen Missbrauchs an Kindern mit Behinderung im Allgemeinen und somit auch nicht für einzelne Gruppen von Kindern mit Behinderungen. Folglich stehen auch für die Gruppe der Kinder mit Hörbehinderung keine Datenbanken zur Verfügung.

Um ein umfassendes und repräsentatives Bild der aktuellen Betroffenheit von Kindern mit Hörbehinderung zu erhalten, wären Populationsstudien wünschenswert, die die Prävalenz sexueller Viktimisierung über eine sprachlich angemessene Befragung von Jugendlichen mit Hörbehinderung erfassen. Denn in rein retrospektiven Befragungen von Erwachsenen (Kvam, 2004; Schröttle et al., 2012) kommen mit zunehmendem Abstand zum Ereignis Erinnerungsverzerrungen immer stärker zum Tragen. Befragungen von Jugendlichen hingegen geben Auskunft über aktuelle Prävalenzen und jüngere Problematiken wie den sexuellen Missbrauch, der via Internet oder durch Peers passiert. Die Angaben der befragten Jugendlichen können so direkt mit Wissen um aktuelle Problematiken aus anderen Quellen verknüpft und dazu genutzt werden, Präventionsprogramme und Interventionsangebote zielgruppenorientiert auszurichten.

3.1.2 Risikofaktoren

Bei der Betrachtung der Risikofaktoren ist die genaue Prävalenz im Grunde nebensächlich, da jedem Risiko grundsätzlich begegnet werden sollte. Unabhängig davon, wie hoch also der Grad der Häufigkeit von sexuellem Missbrauch an Kindern mit Hörbehinderung tatsächlich ist, stellt sich die Frage, warum gerade diese Gruppe einem so hohen Risiko ausgesetzt ist, von sexuellem Missbrauch betroffen zu sein. Eine schlüssige Herangehensweise, um diese Frage zu beantworten ist die Identifizierung von Risikofaktoren. Auf der Basis von Studien sind solche Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen festzustellen: erstens auf der Ebene der Menschen mit Hörbehinderung und ihres unmittelbaren Umfelds, zweitens auf institutioneller Ebene, drittens auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Die

Betrachtung der Risikofaktoren erfolgt stets im Gesamtkontext, wobei eine Häufung von Risikofaktoren auf eine erhöhte Vulnerabilität eines Kindes schließen lässt (Bange, 2015).

Ebene der Menschen mit Hörbehinderung und ihres unmittelbaren Umfelds

Neben gruppenübergreifend definierten Risikofaktoren (z.B. eine Sozialisation zur Anspruchs- und Wehrlosigkeit, Crossmaker, 1991; Sobsey, 1994; Singer, 1996; Dietzel, 2002, S. 73ff; Schröttle et al., 2012, S. 34ff) scheinen die Faktoren, die aus der besonderen kommunikativen Situation der Kinder mit Hörbehinderung resultieren (siehe Kapitel 3.2), die erhöhte Prävalenz dieser Zielgruppe zu erklären.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass sexuelle Übergriffe an Kindern häufiger stattfinden, wenn bei den Heranwachsenden ein Mangel an Wissen über Abwehrstrategien und selbstschützende Fertigkeiten besteht (Watson, Bain & Houghton, 1992; Tang & Lee, 1999; Dietzel, 2002, S. 73ff; Schröttle et al., 2012, S. 34ff). Fehlendes Wissen über sexuellen Missbrauch (Tang & Lee, 1999) sowie eine geringe Aufklärung über angemessene und unangemessene Sexualität bzw. Sexualerziehung werden ebenso als Faktoren angesehen, die sexuelle Übergriffe erleichtern (u.a. Chodan et al., 2015). Vorliegende Ergebnisse aus Studien mit Menschen mit Hörbehinderung bestätigen ein Informationsdefizit im Bereich Sexualität und im Problembereich sexueller Missbrauch als einen möglichen, entscheidenden Risikofaktor. Eine Befragung von 104 Förderschülern und 65 Förderschülerinnen ($N = 73$ mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation, Alter *Spanne* = 12-18) ergab, dass sich 52,8 % der Jugendlichen mit Hörbehinderung mehr Informationen im Unterricht über Sexualität im weitesten Sinne wünschen. 53,1 % der Mädchen und 30,6 % der befragten Jungen möchten mehr über sexuelle Gewalt erfahren (Wienholz et al. 2013).²⁹ Dieser Aufklärungsmangel bzw. der Wunsch nach mehr Aufklärung kann sowohl durch weitere Studien aus dem deutschsprachigen Raum (Heinecke 2001) als auch international bestätigt werden (Francavillo, 2009; Sullivan & Knutson, 1998; Sullivan, Vernon, & Scanlan, 1987; Yu et al., 2017). Folgen dieses unerfüllten Wunsches nach mehr Aufklärung manifestieren sich beispielsweise in den Ergebnissen der qualitativen Interviewstudien von Heinecke (2001) und Rossmar (2005): Die Befragten konnten die Taten nicht in missbräuchliche und erlaubte Handlungen einordnen, da eine große Unwissenheit darüber herrscht, wie sexueller Missbrauch bestimmt ist. Manchen Befragten war bis zum Zeitpunkt der Befragung nicht bewusst, dass sie sexuell missbraucht wurden. Auch in der

²⁹ Die befragten Schülerinnen und Schüler gaben an, in der Schule hinsichtlich Sexualität vorrangig biologisch orientierte Themen zu behandeln (wie z.B. Aufbau der Geschlechtsorgane zu 83,3 % oder der weibliche Zyklus zu 62,5 %; Wienholz et al., 2013).

Befragung von Francavillo (2009) schätzte ein Fünftel der Personen, die angegeben hatten, dass ihnen eine offiziell als missbräuchlich eingestufte Tat widerfahren sei (zwischen 13 % und 48 % je nach Art des Missbrauchs), diese Tat selbst nicht als Missbrauch ein.

Dieses Aufklärungsdefizit ist in Verbindung mit der unzureichenden Qualifikation von Pädagoginnen und Pädagogen des Hörbehindertenbereichs in den Feldern Prävention und Intervention (von Walter, 2001) zu betrachten und steht hier vor allem in Korrelation mit den vorherrschenden Mythen rund um das Thema ‚Sexualität‘ und den Problembereich Missbrauch. Job (2004) beispielsweise beschreibt sieben „Mythconceptions“ bezüglich der Sexualität von Menschen mit (Hör-)Behinderung, so z.B. die Auffassung, dass Menschen mit Behinderung asexuelle Menschen seien oder dass sie nicht von sexueller Beratung profitieren würden. Diese Mythen bzw. ‚Mythenkonzeptionen‘ erleichtern das Aufkommen bzw. fehlende Disclosure von sexuellem Missbrauch: Mertens (1996) identifizierte innerhalb ihrer quantitativen Erhebungen an Institutionen, in denen es zu sexuellem Missbrauch an Kindern und Jugendlichen mit Hörbehinderung gekommen ist, acht Theorien, die interessanterweise sowohl in den Köpfen der Mitarbeitenden als auch in den Köpfen der Schülerinnen und Schüler vorherrschen. Laut ihrer Analyse führen diese Theorien und Vorstellungen zum Verstecken bzw. Verschweigen der Taten, unter anderem mit Schuldzuweisung an die betroffene Person (eigene Schuld z.B. durch spezielles, provozierendes Verhalten) oder die Thematik wird vollständig tabuisiert (z.B. wird die Behandlung der Themen ‚Sexualität‘ und ‚sexueller Missbrauch‘ nicht als Aufgabe betrachtet). Durch die Interviews im Rahmen der zitierten Studie wurde deutlich, dass die Mitarbeitenden in diesem Fall die Wahrung des guten Rufs der Schule sowie den Schutz der Täterinnen und Täter höher gewichteten als die Chancen für eine Änderung der schulischen Verhältnisse durch das Aufdecken der Taten, Bestrafung der Täter und Täterinnen und Hilfen für die Betroffenen.

Neben dieser Problematik mangelnder Qualifikation der involvierten Pädagoginnen und Pädagogen werden in zahlreichen Publikationen Kommunikationsbarrieren zwischen Menschen mit Hörbehinderung und ihrem hörenden Umfeld als Risikofaktor beschrieben (Kvam, 2004; Sebald, 2008; Sullivan & Knutson, 1998; Sullivan et al., 1987; siehe Kapitel 3.2). Aus innerfamiliären kommunikativen Problemen kann beispielsweise eine problematische Beziehung zwischen Eltern und Kind resultieren. So schilderten 39 % der von Schröttle et al. (2012, S. 52ff) befragten betroffenen tauben Frauen, dass sie sich in der eigenen Familie als Kind nicht angenommen gefühlt hatten.

Fries, Herzer, Meyer, Murach und Schmitz (2013) und von Walter (2001) nennen als weitere Barriere Hemmungen hörbehinderter Personen, sich hörenden Personen anzuvertrauen. Diese Hemmungen resultieren aus Befürchtungen, dass sich Hörende nicht gut genug mit der Kultur sowie den sozialen und kommunikativen Bedingungen von Menschen mit Hörbehinderung auskennen bzw. sensibel genug damit umgehen.

Ebenfalls aufgrund der besonderen kommunikativen Situation verfügen Kinder mit Hörbehinderung über einen vergleichsweise kleinen Interaktionskreis (Antia et al., 2011). Die geringe Auswahl an Kommunikationspartnerinnen und -partnern kann sicherlich dazu führen, dass der Austausch – z.B. über Themen der Sexualität – auch in quantitativer Hinsicht eingeschränkt ist. Zudem hat der im Vergleich zu hörenden Menschen eingeschränkte Interaktionskreis Konsequenzen für den Disclosure-Prozess (siehe Kapitel 3.1.4).

Institutionelle Ebene

Eine allgemeine Literaturexpertise zum nationalen und internationalen Forschungsstand zu sexuellem Missbrauch kam zu dem Ergebnis, dass

eine wissenschaftliche Überprüfung der bislang bestehenden Vermutungen über tatbegünstigende Faktoren in Institutionen [fehlt]. Wenngleich Theorie und Praxis den Verdacht nahe legen, dass diese Annahmen berechtigt sind, so lässt sich gegenwärtig nicht ausschließen, dass einige tatbegünstigende Faktoren bislang als solche noch gar nicht ins Bewusstsein gelangt sind. (Bundschuh, 2010, S. 72)

In einem aktuellen Handbuch zu sexuellem Missbrauch an Kindern und Jugendlichen fasst Bange (2015) die in der Literatur übergreifend genannten Risikofaktoren auf institutioneller Ebene zusammen, indem er diese drei Ebenen zuordnet: der Träger- und Leitungsebene, der Ebene der Mitarbeitenden und der Ebene des pädagogischen Konzepts. Zu den Risikofaktoren auf Träger- und Leitungsebene zählen demnach Faktoren, welche die Leitungsstrukturen und die Mitarbeiterführung betreffen, zum Beispiel das Fehlen standardisierter Ablaufpläne, fehlende Möglichkeiten zur Supervision oder ein fehlendes systematisches Beschwerdemanagement. Übergreifend wird ein Mangel bezüglich der Transparenz im Umgang mit sexuellem Missbrauch als wichtiger Risikofaktor betrachtet. Dieser Risikofaktor tritt beispielsweise in unstrukturierten Einstellungsverfahren zutage, in deren Verlauf der Schutz vor sexuellem Missbrauch nicht angesprochen wird. Oder er wird deutlich in solchen Arbeitsverträgen, die keine Zusatzvereinbarung zum Schutz vor sexuellem Missbrauch enthalten. Risikofaktoren auf Ebene der Mitarbeitenden beziehen sich unter anderem auf private Kontakte zwischen Kindern und betreuenden Personen, das Fehlen einer Streitkultur oder die fehlende

Möglichkeit zur Selbstreflexion. Zu Risikofaktoren, die das pädagogische Konzept betreffen, zählen beispielsweise das Fehlen von Regeln zur Grenzachtung, das Fehlen eines konkreten sexualpädagogischen Konzepts oder mangelnde Mitbestimmungsmöglichkeiten für alle Personen, die Teil der Institution sind. In einem pädagogischen Konzept sollten Regeln zur Grenzachtung festgelegt sowie sexueller Missbrauch als Thema explizit angesprochen werden. Diese Einschätzungen werden von verschiedenen Expertinnen und Experten bestätigt (Bange, 2015; Bundschuh, 2010) und die hier geschilderten Risikofaktoren decken sich auch mit Ergebnissen aus Interview-Studien mit missbrauchten Personen mit Behinderung (Schröttle et al., 2012) sowie mit Ergebnissen aus Befragungsstudien von Personal, das in Einrichtungen tätig ist, in denen sich Personen mit Behinderung im täglichen Leben regelmäßig aufhalten (Helming et al., 2011).

Von den oben dargestellten Risikofaktoren wurden sogenannte Schutzfaktoren abgeleitet, die mitunter in Mindeststandards für Schutzkonzepte von Institutionen festgehalten wurden (Fegert, Hoffmann, Spröder & Liebhardt, 2013; Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs [UBSKM], 2013).

Inwiefern die präventiven Mindeststandards an Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation umgesetzt werden, wurde im Zuge des SeMB-Projekts in einer deutschlandweiten Umfrage erhoben, an der 143 Mitarbeitenden von Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation teilnahmen.

Auf Basis der Empfehlung des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) umfasst die Umfrage zur Umsetzung von Schutzkonzepten die nach Bange determinierten drei Ebenen:

1. Die Ebene der Schülerinnen und Schüler (z.B. Vorhandensein eines Beschwerdemanagements für Schülerinnen und Schüler, Aufklärung der Schülerinnen und Schüler über ihre Rechte bzw. sexualpädagogischer Unterricht),
2. die Ebene der Mitarbeitenden (z.B. Angebote zur Supervision, Vorhandensein eines Beschwerdemanagements oder Fortbildungsveranstaltungen zu sexuellem Missbrauch und zur Sexualpädagogik) und
3. die Ebene der Institution (z.B. Standards für den Körperkontakt mit Schülerinnen und Schülern, Leitlinien zum Umgang mit Verdachtsfällen und bewiesenen Fällen, Kooperation mit externen unterstützenden Stellen, das Ansprechen des Schutzes von Kindern vor sexuellem Missbrauch im Bewerbungsgespräch).

Auf der Ebene der Mitarbeitenden gaben 64,9 % ($n = 48$) der Befragten bezüglich der präventiven Strukturen auf der Ebene der Schülerinnen und Schüler an, dass ihnen der Implementierungsgrad nicht bekannt sei. Lediglich in 2,7 % ($n = 2$) der Fälle wurde angegeben, dass Maßnahmen und Angebote für die Schülerschaft vorhanden seien; 13,5 % ($n = 10$) der teilnehmenden Personen gaben an, die erfragten Strukturen befänden sich in Planung. Nach den Aussagen von 18,9 % ($n = 14$) der Befragten war eine Umsetzung weder vorhanden noch geplant. Aus der Perspektive der Mitarbeitenden waren im Mittel 35,1 % ($n = 26$) der Maßnahmen wie z.B. Fortbildungsveranstaltungen in Planung und zu lediglich 13,5 % ($n = 10$) vorhanden. In knapp einem Viertel der Fälle waren die gefragten Angebote nicht vorhanden bzw. nicht geplant oder der Implementierungsgrad war nicht bekannt (jeweils 25,7 %, $n = 19$).

Auf der Ebene der Institution (Schule) waren hinsichtlich aller abgefragten Konzepte diese in über der Hälfte der Fälle in Planung (55,4 %, $n = 41$), zu 17,6 % ($n = 13$) bereits vorhanden und zu 13,5 % ($n = 10$) weder geplant noch vorhanden. Weitere 13,5 % ($n = 10$) der im Namen von Institutionen teilnehmenden Personen berichteten, dass ihnen die Art der Umsetzung der erfragten Konzepte unbekannt sei (Scharmanski et al., 2016).

Die Ergebnisse dieser Erhebung bestätigen eine frühere Kritik von Sullivan und Knutson (1998), die sich auf unzureichende räumliche und institutionelle Rahmenbedingungen bezog. Zusammenfassend muss davon ausgegangen werden, dass an Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation auf allen drei Ebenen Risikofaktoren bestehen: auf der Ebene der Schülerinnen und Schüler, der Mitarbeitenden sowie der Institution.

Gesamtgesellschaftliche Ebene

Die gesamtgesellschaftliche Ebene ist in der Frage der Risikofaktoren für sexuellen Missbrauch von besonderem Interesse, da das Phänomen durch die Art und Weise, wie die Gesellschaft damit umgeht, determiniert wird. So wird die Tabuisierung und Mythifizierung von sexuellem Missbrauch in der Gesellschaft als allgemeiner Risikofaktor angesehen (Collings, 1997; DeMarni Cromer & Goldsmith, 2010). Die Tabuisierung bezieht sich zum Beispiel auf die Negation sexuellen Missbrauchs bzw. das Nicht-Wahrhaben-Wollen, dass sexueller Missbrauch geschieht und dies in quasi allen Settings der Fall sein kann. Mythen gegenüber potentiellen Täterinnen und Tätern bzw. betroffenen Personen sind ebenso vorherrschend.

Diesbezügliche Mythen existieren in allen Gruppen, so unter anderem auch bei Menschen mit Hörbehinderung, wie eine von Francavillo durchgeführte Befragung unter Studierenden mit Hörbehinderung (2009) zeigt. Von den 309 befragten College-Studierenden gin-

gen 32 % davon aus, dass eine gesunde Person sexuellem Missbrauch erfolgreich widerstehen bzw. sich wehren kann. 31 % der Befragten äußerten sich dahingehend, dass Personen grenzüberschreitendes Verhalten herausfordern, wenn sie leicht bekleidet in der Öffentlichkeit auftreten. 35 % der Befragten schätzten, dass rund die Hälfte aller Personen, die eine Missbrauchstat zur Anzeige bringen, den vermeintlichen Täter oder die vermeintliche Täterin zurückerobern möchten oder wütend auf diese sind und deshalb den Tatvorwurf erfinden. 32 % der Befragten nahmen an, dass bei rund der Hälfte aller gemeldeten Fälle in Wahrheit kein Missbrauch vorlag und diese nur gemeldet werden, um den eigenen Ruf zu schützen. Insgesamt betrifft die Mythifizierung von sexuellem Missbrauch die gesamte Gesellschaft und beeinträchtigt beispielsweise die Urteilsfähigkeit und Handlungsfähigkeit derer, die daran beteiligt sind, Missbrauchstaten zu verfolgen bzw. direkt oder indirekt in Missbrauchstaten involviert sind, wie eine Untersuchung von Hofmann, Wehrstedt und Stark (2003) belegt. 332 Zeugen von Verhandlungen zu Sexualstraftaten an Kindern und Jugendlichen wurden hinsichtlich vorherrschender Missbrauchsmethoden schriftlich befragt. Bei den Befragten handelte es sich um Psychologinnen und Psychologen, Erzieherinnen und Erzieher, Jugendamtsmitarbeitende, Ärztinnen und Ärzte, deren Antworten mit einer Kontrollgruppe von $N = 49$ aus der Normalbevölkerung verglichen wurde. Die höchste Zustimmung zu den Mythen fand sich bei der Kontrollstichprobe aus der Normalbevölkerung, gefolgt von den Lehrerinnen und Lehrern, den Polizistinnen und Polizisten, den Erzieherinnen und Erziehern, den Ärztinnen und Ärzten, den Jugendamtsmitarbeitenden und schließlich den Psychologinnen und Psychologen mit der geringsten Mythenakzeptanz. Die Berufsgruppenunterschiede waren signifikant. Bei zusätzlicher Berücksichtigung von deskriptiven Variablen, auf denen sich die Stichproben unterschieden, zeigten sich neben dem Einfluss der Berufsgruppenzugehörigkeit auch das Alter und das Ausmaß an beruflicher Erfahrung mit sexuellem Missbrauch als bedeutende Korrelate der Mythenakzeptanz. Mit zunehmendem Alter steigt die Akzeptanz, mit zunehmender Erfahrung sinkt sie.

Der entscheidende Risikofaktor für Menschen mit Hörbehinderung liegt, wie oben verschiedentlich angesprochen, im Bereich der Kommunikation. Hier sind erstens das allgemein nicht ausreichende kommunikative Angebot sowie zweitens bestehende kommunikative Barrieren im Alltag zu nennen. Diese Barrieren wirken sich elementar auf die soziale Mobilität und Teilhabe des Personenkreises aus (Michel, Riedel & Häußler-Sczegan, 2003). Oben wurde mit Bezug zur Ebene der Menschen mit Hörbehinderung und ihres unmittelbaren Umfelds als ein Risikofaktor Vorbehalte seitens der Menschen mit Hörbehinderung gegenüber Beratungs- und Hilfeangeboten von hörenden Menschen erwähnt

(Fries et al., 2013; von Walter, 2001). Die Tatsache, dass sich Projekte und Angebote für Betroffene in der Regel nicht zugleich oder speziell an Menschen mit Hörbehinderung richten, erschwert für diese vulnerable Zielgruppe den Zugang zu Informationen und Hilfesystemen (Anderson & Leigh, 2011; Kaul & Niehaus, 2013; von Walter, 2001).³⁰ In einer aktuellen Studie von Fries und Schröttle zu „Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen im Leben gehörloser Frauen“ (2014) wurde ersichtlich, dass keine der 76 befragten gehörlosen Frauen nach sexueller Gewalterfahrung professionelle Unterstützung erhalten hatte. Dieses Ergebnis deckt sich mit Ergebnissen anderer Studien, die aufzeigen, dass gehörlose Frauen aufgrund der hohen kommunikativen Barrieren nur sehr selten Zugang zum Unterstützungssystem für von Gewalt betroffene Frauen finden (Fries et al., 2013; Fries & Schröttle, 2014; Rossmar, 2005).

Erstaunlicherweise kann der Einsatz von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern in bestimmten Zusammenhängen sogar ein Hinderungsgrund sein, um eine Beratungsstelle aufzusuchen. Zu dieser Erkenntnis führte das EU-Projekt zum „Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen“ in 2015. Innerhalb von Fokusgruppengesprächen und vertiefenden Einzelinterviews äußerten von Gewalt betroffene gehörlose Frauen, keine Hilfe in Anspruch genommen zu haben, weil sie befürchteten, durch den Einsatz einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers ihre Anonymität zu verlieren (Schröttle, Vogt & Rosemeier, 2015).

3.1.3 Täterinnen und Täter

Allgemeinen Studienergebnissen zufolge stammen Täterinnen und Täter zu über 90 % aus dem sozialen Nahraum der Betroffenen (Balogh, 2001; Burton, 2002; Elliott, 1995; Erdoğan 2011; Smallbone & Wortley, 2001). Dieses Resultat bestätigen auch Erhebungen zu Menschen mit Hörbehinderung (Gerkens & Deutscher Gehörlosenbund, 1996; Kvam, 2004; Rossmar, 2005; Schröttle et al., 2012; Sullivan et al., 1987). Gemäß der Umfrage von Gerkens und dem Deutschen Gehörlosenbund (1996) beispielsweise begann der Missbrauch mehrheitlich durch den Vater, das Alter der Betroffenen lag zu dem Zeitpunkt überwiegend bei sieben bis acht Jahren und dauerte über einen Zeitraum von fünf bis acht Jahren an. Manche Befragte gaben an, auch von anderen männlichen Familienangehörigen missbraucht worden zu sein. Keine der von Kvam (2004) ermittelten betroffenen Personen wurden von einer unbekannt Person missbraucht, sondern zu 57 % von älteren Schülerinnen, Schülern oder Mitarbeitenden der Schule sowie zu 18,7 % von ei-

³⁰ Als positive Ausnahme kann die Fachberatungsstelle Zartbitter genannt werden (Fachberatungsstelle Zartbitter o.J.).

dem Familienmitglied. Dabei scheinen weder der Hörstatus noch das Geschlecht der Täterin bzw. des Täters eine signifikante Rolle zu spielen: 41 % der betroffenen Personen in der Studie von Kvam (2004) wurden von einem/einer oder mehreren gehörlosen Tätern oder Täterinnen missbraucht; 44 % von einer oder mehreren hörenden Personen und 15 % sowohl von gehörlosen als auch von hörenden Täterinnen und Tätern. Innerhalb derselben Studie wurden weitere Merkmale der Täterinnen und Täter erhoben: Das Alter der Täterinnen und Täter lag zwischen neun und 70 Jahren ($M = 28$). 65,4 % der von Hands-On-Taten betroffenen gehörlosen Personen gaben an, von einem männlichen Täter missbraucht worden zu sein, 25 % von mehr als einem männlichen, 4,8 % von einer Täterin und 4,8 % von sowohl einem Täter als auch von einer Täterin. Insgesamt wurden 14,5 % der männlichen Befragten und 5,1 % der weiblichen Befragten in ihrer Kindheit von einer Täterin missbraucht; 5,1 % der befragten gehörlosen Mädchen und 2,9 % der befragten gehörlosen Jungen wurden sowohl von einer Täterin als auch von einem Täter missbraucht.

Die beschriebenen Risikofaktoren, die auf den insgesamt drei herausgearbeiteten Ebenen (Ebene der Menschen mit Hörbehinderung und ihres unmittelbaren Umfelds, institutionelle Ebene und gesamtgesellschaftliche Ebene; siehe Kapitel 3.1.2) angesiedelt sind, nutzen Täter und Täterinnen strategisch aus, um sich einem Kind zu nähern, eine Abhängigkeitsbeziehung aufzubauen, um es schließlich zu missbrauchen. Dieses Vorgehen wird als Grooming bezeichnet und vollzieht sich meistens über einen längeren Zeitraum (Deegener, 1995, S. 212ff; Finkelhor, 1984; Hayashino, Wurtele & Klebe, 1995; Kaufman, Hilliker & Daleiden, 1996; Leclerc, Proulx & McKibben, 2005; Smallbone & Wortley, 2001; Stermac & Segal, 1989; Ward, 2000; Ward et al., 1998). Im Prozess des Groomings verwenden Täterinnen und Täter ihre überlegene Position, um sich dem Kind zu nähern. Das Vertrauen, das die heranwachsende Person der Täterin bzw. dem Täter entgegenbringt, ist Grundlage für die vielfach langfristige Bindung zur missbräuchlichen eigenen Befriedigung. Dabei nutzen Täterinnen und Täter zum einen die kommunikativen Barrieren, die zwischen dem Kind und seiner Umwelt bestehen, sowie zum anderen die kindlichen Bedürfnisse nach Zuwendung und Aufmerksamkeit, um es von anderen zu isolieren, zugleich weiter an sich zu binden und von sich abhängig zu machen (z.B. durch das Aufbauen und Aufrechterhalten eines gemeinsamen Geheimnisses). Wie bei anderen Straftaten ist Grooming für Täterinnen und Täter einfacher, je mehr Risikofaktoren vorliegen. Auf der Ebene des Kindes geht es hier im Kern um ein Aufklärungsdefizit, auf institutioneller Ebene kann ein lückenhaftes Schutzkonzept der Einrichtung verantwortlich sein (siehe Kapitel 3.1.2; Finkelhor, 1984; Kaufman et al., 1996; Leclerc et al., 2005).

Auch das allgemein beschriebene Täterinnen- und Täterverhalten des Groomings wird durch Studienergebnisse aus dem Kontext Hörbehinderung bestätigt. In den analysierten Interviews von Rossmar (2005) beispielsweise wurde eine „entspannte Kommunikation“ zwischen Täterin bzw. Täter und betroffener Person sowie eine „liebvolle Art“ der Täterin bzw. des Täters als Strategie zum Beziehungsaufbau genannt. Zu einem späteren Zeitpunkt drohten die Täterinnen und Täter den betroffenen Personen unter anderem damit, dass die Mitteilung der Taten nur nachteilig wäre, da ihnen ohnehin aus der Gehörlosengemeinschaft niemand glauben würde. Mehr als die Hälfte der betroffenen Personen der Studie von Kvam (2004) gab an, dass die Täterin bzw. der Täter sie überredet oder gelockt hatte, bei Missbrauchstaten mitzumachen (z.B. mit Geschenken oder Alkohol). Mehr als jede vierte gehörlose betroffene Person berichtete, dass die Täterin bzw. der Täter Gewalt anwandte und einige betroffene Personen äußerten das Gefühl, dass die Täterin bzw. der Täter eine Machtposition ausnutzte, um zu missbrauchen.³¹

Zum Täter- und Täterinnenbild gehört auch das Wissen darum, dass Minderjährige nicht nur von erwachsenen Menschen sexuell missbraucht werden, sondern häufig von anderen Kindern und Jugendlichen (Allroggen, Rau, Spröber & Fegert, 2012; Allroggen, 2015; Helming et al., 2011; König, 2011; Schmid, Eisner & Averdijk, 2012; Seto & Lalumière, 2010; Spehr, Yoon & Briken, 2010). Diese Taten werden in der Regel nicht als ‚sexueller Missbrauch‘ sondern als ‚sexuell grenzverletzendes, aggressives oder auffälliges Verhalten‘ beschrieben, wobei eine einheitliche Definition dieser synonym gebrauchten Begrifflichkeiten fehlt (Allroggen et al., 2012; Allroggen, 2015; Mosser, 2012). Allroggen, Rau, Spröber und Fegert (2012, S. 19) beispielsweise sprechen sich für eine weit gefasste Definition von sexuell grenzverletzendem Verhalten aus. Sie verwenden „den Begriff sexuell aggressives Verhalten bzw. sexuelle Gewalt rein deskriptiv“ für „jede Form der unerwünschten sexuellen Aufmerksamkeit“, sodass sowohl Hands-on- als auch Hands-off-Taten mit inbegriffen sind. Auch in der Perspektive der vorliegenden Arbeit (siehe Kapitel 2.1) erscheint die weiter gefasste Definition eher geeignet, wenn ein präventiver Ansatz stärker und erfolgreich verfolgt werden soll.

In einer Untersuchung mit 5.119 deutschen Kindern und Jugendlichen (ohne genaue Altersangabe) fanden sich in 13,4 % der Fälle mindestens leichtes „problematisches sexuelles Verhalten“ (bspw. Grenzverletzungen oder übersexualisiertes Verhalten). Insgesamt hatten 77 Kinder bzw. Jugendliche eine verbotene Handlung bzw. eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung vollzogen (Schuhrke & Arnold, 2009). 15,9 % der Tatverdäch-

³¹ Zu dieser Information ist in der Studie leider keine genaue Zahlenangabe zu finden.

tigen, denen im Jahr 2010 eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung vorgeworfen wurde, waren Kinder oder Jugendliche (Bundeskriminalamt, 2010).³²

Kinder und Jugendliche mit (Hör-)Behinderung sind ebenfalls von sexuell grenzüberschreitendem Verhalten anderer Kindern und Jugendlichen betroffen (Lund & Ross, 2016; Schröttle et al., 2012; Wienholz et al., 2013). 40 % der von Fries und Schröttle (2014) befragten tauben Frauen ($N = 76$) gaben an, als Kind bzw. Jugendliche mindestens einer sexuell grenzüberschreitenden Situation durch andere Kinder bzw. Jugendliche ausgeliefert gewesen zu sein. Auch die Altersspanne der Täterinnen und Täter in der Studie von Kvam (2004) zwischen neun und 70 Jahren zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit Hörbehinderung von sexuell grenzüberschreitenden Übergriffen der Peers betroffen sind.³³

Bislang existieren noch keine Ergebnisse zu den Bedingungs- und Entstehungsfaktoren von Peer-Übergriffen im Bereich hörbehinderter Menschen. Daher wäre es wünschenswert, wenn die vorliegenden Studienergebnisse bezüglich sexueller Grenzüberschreitungen durch Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und Lernbehinderung auch für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Hörbehinderung überprüft würden. Nach den bisherigen Erkenntnissen wird zwischen zwei Tatgründen unterschieden, warum Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung oder Lernbehinderung sexuelle Grenzen überschreiten. Zum einen werden sexuelle Übergriffe als Folge von Unwissenheit der Kinder und Jugendlichen betrachtet, da sie nicht ausreichend über Intimgrenzen und Sexualität informiert sind und/oder es ihnen an sozialen Fertigkeiten fehlt, einvernehmliche sexuelle Erfahrungen mit Gleichaltrigen zu initiieren. Zum anderen werden sexuelle Grenzüberschreitungen mit einer bewussten Entscheidung begründet mit dem Ziel, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen, z.B. Macht zu spüren oder Aggressionen abzubauen (Egli-Alge, 2010; Zemp, 1997, S. 86ff).

3.1.4 Disclosure

Die oben schon kurz erwähnte *Disclosure* bezeichnet die Offenbarung bzw. das Mitteilen einer Missbrauchstat. Inwieweit es zu einer Disclosure kommt, wird in erheblichem Maße von den oben beschriebenen Risikofaktoren sowie von den Strategien der Täterinnen und

³² Diese Aussagen bilden die aktuellste Kriminalitätsstatistik, in der Kinder und Jugendliche als Tatverdächtige getrennt nach Tatdelikten dokumentiert werden. Erscheinungsformen und Häufigkeiten der Straftaten gegen sexuelle Selbstbestimmung werden nicht gelistet.

³³ Die durch Fries und Schröttle (2014) sowie Kvam (2004) erhobenen Zahlen von Peerübergriffen wurden durch die Befragung von Mitarbeitenden an Schulen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, Schulen mit dem Förderschwerpunkt körperlich-motorische Entwicklung und Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation ($N = 73$) im Rahmen des SeMB-Projekts bestätigt. 42,5 % der angegebenen Fälle wurden von Mitschülerinnen und Mitschülern verübt (Bienstein et al., 2016).

Täter beeinflusst. So können unter anderem große Ängste der Betroffenen bestehen, dass ihnen niemand die erlittene Tat glauben würde oder die Angst vor Vergeltung seitens der Täterinnen und Täter. In vielen Fällen führen die Unwissenheit über mögliche Ansprechpersonen und Meldestellen, Angst vor den weiteren Folgen einer Offenbarung sowie Schuldgefühle und Schamgefühle seitens der betroffenen Personen zu komplexen Prozessen, die in zeitlich verzögerten Offenbarungen resultieren (Lemaigre, Taylor & Gittos, 2017; London, Bruck, Wright & Ceci, 2008). Beispielsweise resümieren London, Bruck, Wright und Ceci (2008) in einem Review, dass 60 bis 70 % der von sexuellem Missbrauch in der Kindheit betroffenen Personen erst im Erwachsenenalter einer anderen Person von den erlittenen Erfahrungen berichten.

Während der Disclosure-Prozess bei Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung durch Faktoren wie Geschlecht oder Alter beeinflusst wird (Smith et al., 2000; Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser & Bakerman-Kranenburg 2011; Tang 2002), konnte ein Forscherteam um Hershkowitz diese Befunde für Kinder und Jugendliche mit Behinderung nicht bestätigen (Hershkowitz, Lamb & Horowitz 2007). Die Analyse von 40.430 forensischen Gutachten von sexuellem Missbrauch betroffener Personen ergab, dass Kinder mit Behinderung unabhängig von Faktoren wie Geschlecht oder Alter sexuelle Missbrauchstaten signifikant häufiger nicht melden bzw. nicht melden können. Gründe hierfür sind in den allgemeinen Risikofaktoren und Dynamiken zu sehen, die sexuellem Missbrauch zugrunde liegen, die durch eine vorliegende Behinderung offensichtlich verschärft werden (siehe Kapitel 3.1.2, 3.1.3; Crossmaker, 1991; Curry et al., 2011; Saxton et al., 2006; Schröttle et al., 2012; Ticoll, 1994; Westcott, 1993).

Was hier allgemein beschrieben mit einem möglichen Disclosure-Prozess einhergeht, zeigt sich auch in Studien mit Menschen mit Hörbehinderung. In den Analysen der von Rossmar (2005) sowie Obinna, Krueger, Osterbaan, Sardusky und DeVore (2005) geführten qualitativen Interviews werden ambivalente Gefühle seitens der Betroffenen deutlich, die die Missbrauchstaten begleiteten und eine mögliche Offenbarung erschweren. Sie schildern nicht nur ihre Angst, dass ihnen niemand glauben würde, sondern sie wussten teilweise nicht, wie sie die Taten hätten beschreiben können. Auch in diesen Aussagen wurden die Schamgefühle und Schuldgefühle für die ihnen widerfahrenen Taten benannt und zum Ausdruck gebracht, dass die betroffenen Personen nicht wussten, an wen sie sich hätten wenden können. Tatsächlich sind Fälle bekannt, in denen sich eine betroffene Person einer anderen in ihrem Umfeld anvertraute, und auf Ignoranz stieß. Dass eine Disclosure nicht zwingend zu einer Hilfeleistung führt, bestätigten ebenfalls die erst kürzlich von Jones et al. (2017) befragten zehn Menschen mit (Hör-)Behinderung: Lediglich

drei der (teils mehrfachen Versuche von) insgesamt 13 Disclosures waren erfolgreich. Als unterstützend wurden Bezugspersonen genannt, die auf Hinweiszeichen der betroffenen Kinder aufmerksam wurden sowie ein soziales und professionelles Netzwerk. Aus der Sicht betroffener gehörloser Menschen wurde insbesondere das Vorhandensein guter Dolmetscherinnen und Dolmetscher hervorgehoben, die mit professioneller Unterstützung hilfreich zur Seite stehen. Der Aspekt, dass Dolmetscherinnen und Dolmetscher durch diese Erwartungshaltung in einen Rollenkonflikt und Bereiche geraten, die ihren eigentlichen Aufgabenbereich und ihre fachliche Kompetenz überschreiten, eröffnet ein wichtiges neues Forschungsfeld. In naher Zukunft generierte Untersuchungsergebnisse könnten helfen, der Berufsgruppe entsprechende Fortbildungen anbieten zu können bzw. entsprechende Inhalte in die Ausbildung von Dolmetscherinnen einzubetten.

Die von Rossmar (2005) und ganz aktuell von Jones et al. (2017) erhobenen Hintergründe bieten eine Erklärung für die geringen Disclosure-Raten von Menschen mit Hörbehinderung. Beispielsweise offenbarte sich lediglich ein Drittel der von Gerkens und dem Deutschen Gehörlosenbund (1996) befragten, von sexuellem Missbrauch betroffenen Frauen. Die Offenbarung erfolgte erst nach einigen Jahren³⁴, teils erst nach zehn bis 15 Jahren nach dem Ende der Taten.

Informationen zum Disclosure-Prozess von Menschen mit Hörbehinderung, denen Hands-on-Taten widerfahren waren, hat Kvam (2004, $N = 102$) erhoben. 49 % ($n = 50$) der betroffenen Personen teilte dies niemandem mit. 10,8 % ($n = 11$) erzählten einer dritten Person davon, wobei die Person ihnen jedoch nicht glaubte. Die Menschen, die sich im Vorfeld dieser Studie offenbart hatten, berichteten Hands-on-Taten zu 13,7 % ($n = 14$) gegenüber erwachsenen Bezugspersonen, die nicht ihre Eltern waren. 10,8 % ($n = 11$) der betroffenen Personen berichtete die Tat darüber hinaus den Eltern und ebenso vertrauten sich 9,8 % ($n = 10$) Gleichaltrigen oder Geschwistern an. 5,9 % ($n = 6$) der betroffenen Personen informierten die Schule oder andere Anlaufstellen über die Taten.³⁵

Auch in einer US-amerikanischen Studie von Mertens (1996) wurde nach Gründen gesucht, warum Menschen, die mit Kindern mit Hörbehinderung arbeiten, sexuellen Missbrauch nur so selten aufdecken. Mittels qualitativer Interviews mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ($N = 42$) von entsprechenden Einrichtungen für Kinder wurden neben durch andere Studien bestätigten Risikofaktoren vornehmlich Falschannahmen zum Thema „Sexueller Missbrauch und hörbeeinträchtigtetes Kind“ als Gründe herausgearbeitet.

³⁴ Leider sind in der Veröffentlichung keine genauen Zahlen genannt.

³⁵ Über Disclosure bezüglich Hands-off-Taten wurde in der Darstellung der Ergebnisse nicht berichtet.

Fehlendes Wissen des Kindes über das unangemessene Verhalten sexueller Übergriffigkeit, mangelnde Beaufsichtigung der Schülerinnen und Schüler, ein geringer Betreuungsschlüssel sowie die unzureichende (Gebärden-)Sprachkompetenz der Mitarbeitenden zählten zu den Gründen für die geringe Aufdeckungsquote. Zudem wurde geschildert, dass Missbrauch „gängig und normal“ in der Gehörlosenkultur sei und gleichermaßen sei das „Anschwärzen“ von Täterinnen und Tätern ein Tabu. Die Interviewten berichteten, dass viele der ihnen zur Betreuung anvertrauten hörbehinderten Menschen sexuelle Missbrauchserfahrungen machten, sich jedoch nur selten offenbarten. Die Befragten bemängelten, dass es in ihrer Arbeit zu wenig Raum gebe, um dem Thema sexueller Missbrauch nachzugehen. Einen möglichen Grund, warum es Menschen mit Hörbehinderung so schwer falle, sich zu offenbaren, vermuteten die Interviewten darin, dass die Offenbarung bei Menschen mit Hörbehinderung immer über andere, hörende und lautsprachlich kommunizierende Menschen erfolge. In der Konsequenz seien sie als Betroffene auf die Interpretation seitens der hörenden Menschen bzw. der Dolmetscherinnen und Dolmetscher angewiesen. Durch diese ‚Mittelsfrauen und Mittelsmänner‘ fühlten sich Menschen mit Hörbehinderung in ihrer Privatsphäre und Kontrolle über die Offenbarung eingeschränkt.

Die Verantwortung für sexuellen Missbrauch sahen die Befragten alleinig bei der Täterin bzw. beim Täter. Als Verbesserungsvorschlag wurde vorgetragen, Leitfäden im Umgang mit sexuellem Missbrauch der anvertrauten Kinder mit Hörbeeinträchtigung zu entwickeln.

3.2 Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung

Nach der bis heute vielfach zitierten Definition von Bower und Hilgard³⁶ wird Lernen verstanden als „die Veränderung im Verhalten oder im Verhaltenspotential eines Organismus in einer bestimmten Situation, die auf wiederholte Erfahrungen des Organismus in dieser Situation zurückgeht [...]“ (1983, S. 31, zitiert nach: Raithel, Dollinger & Hörmann, 2009, S. 67).

Lernen ist ein Prozess, der von interaktionaler Komplexität und vielfachen Wechselwirkungen gekennzeichnet ist. In dieser Interaktion vollziehen sich Veränderungen menschlicher Verhaltensdispositionen, die als Modifikationen wiederum durch die Verarbeitung von

³⁶ Hilgard und Bower folgerten bereits 1966, dass „die Konstruktion einer völlig zufriedenstellenden Lerntheorie [...] wahrscheinlich noch auf lange Zeit eine unvollendete Aufgabe bleiben [wird]“ (Hilgard & Bower, 1966/1970, S. 29). Auch in der aktuellen Lernforschung existieren verschiedene lerntheoretische Auffassungen, sodass die These von Hilgard und Bower noch immer als aktuell gelten kann (Hasselhorn & Gold, 2009, S. 37).

Erfahrungen erklärt werden können (Alexander, Schallert & Reynolds, 2009; Gudjons, 2012, S. 220; Hasselhorn & Gold, 2009, S. 35):

Learning is a multidimensional process that results in a relatively enduring change in a person or persons, and consequently how that person or persons will perceive the world and reciprocally respond to its affordances physically, psychologically, and socially. The process of learning has as its foundation the systemic, dynamic, and interactive relation between the nature of the learner and the object of the learning as ecologically situated in a given time and place as well as over time. (Alexander et al., 2009, S. 186)

Als Voraussetzungen des Lernens gelten im pädagogischen Kontext „körperliche und geistige Personenmerkmale sowie materielle Faktoren, durch die die Lernfähigkeit und Lernbereitschaft der Schülerinnen und Schüler hergestellt und gesichert werden kann“ (Meyer, 2010, S. 141). Genau diese Voraussetzungen können für Kinder mit Hörbehinderung jedoch eine große Herausforderung darstellen.

Um die spezifischen Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung zu erläutern, orientiert sich die Arbeit an Grundlagenwerken der Hörgeschädigtenpädagogik. Die Darstellung anhand dieser Quellen wird durch empirische Studienergebnisse, vorwiegend aus dem deutschsprachigen Raum, ergänzt.

Die Berücksichtigung der Lernvoraussetzungen ist integraler Bestandteil im evidenzbasierten Ansatz der Untersuchung unter dem Anspruch, im System nationaler und internationaler Forschungsergebnisse einen validen Beitrag zu leisten, der als verlässliche Basis für die Präventionspraxis dienen kann.

Die Lernvoraussetzungen betreffen somit alle Bereiche, auf denen die Konzeption des Präventionstrainings „STARK mit SAM“ basiert. Dies sind die vier selektierten Bereiche ‚Lebensumwelt und Sozialisation‘, ‚sprachliche und kommunikative Kompetenz‘, ‚visuelle Wahrnehmung‘ sowie ‚exekutive Funktionen‘.

Das Ziel der Konzeption besteht darin, das Training inhaltlich und methodisch so zu gestalten, dass es für die Zielgruppe der Kinder mit Hörbehinderung zu einem messbaren, hohen Lernertrag führt. Daher werden auch die Evaluationsinstrumente unter Berücksichtigung der Lernvoraussetzungen der Kinder ausgewählt bzw. erstellt. Entsprechende Zusammenhänge zwischen den Lernvoraussetzungen der Kinder und der Konzeption des Präventionstrainings sowie der Evaluationsinstrumente sollen im Folgenden anhand der genannten vier Bereiche in den Blick genommen werden. In einem abschließenden Unterkapitel werden diese gebündelt beschrieben.

3.2.1 Lebenswelt und Sozialisation

Die Begriffe Lebenswelt und Sozialisation kennzeichnen das interdisziplinäre Forschungsfeld, dessen Erkenntnisse auch für das Verständnis der Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung relevant sind.

Sozialisation bezeichnet die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen, die sich aus der produktiven Verarbeitung der inneren und der äußeren Realität ergibt. Die körperlichen und psychischen Dispositionen und Eigenschaften bilden für einen Menschen die innere Realität, die Gegebenheiten der sozialen und physischen Umwelt die äußere Realität. (Hurrelmann & Bauer, 2015, S. 97)³⁷

Im Folgenden werden anhand dieser Terminologie der inneren und der äußeren Realität ausgewählte Aspekte der Lebenswelt von Kindern mit Hörbehinderung näher beschrieben, die ihre psychosoziale Entwicklung maßgeblich beeinflussen.

Obwohl keine offiziellen Zahlen existieren, wird allgemein davon ausgegangen, dass rund neun von zehn gehörlosen Kindern in hörende Familien, d.h. in ein lautsprachlich kommunizierendes Umfeld, geboren werden (Kaul & Niehaus, 2013; Mitchell & Karchmer, 2004; Schein, 1987). Hintermair, Knorrs und Marschark (2014, S. 71) z.B. nennen in ihrem Grundlagenwerk einen Wert von 95 %, ohne sich auf konkrete Studien zu beziehen. In der repräsentativen oberösterreichischen CHEERS-Studie mit $n = 116$ Kindern mit Hörbehinderung hatten lediglich acht Kinder Eltern mit Hörbehinderung, von denen zwei angaben, bevorzugt gebärdensprachlich zu kommunizieren (Holzinger o.J., S. 14).

Folglich ist davon auszugehen, dass die meisten Kinder mit Hörbehinderung von Beginn an mit kommunikativen Barrieren in Familie und Umfeld konfrontiert sind, denn „[...] in einer Welt, in der 99 % aller Menschen den Großteil ihres Lebens hörend verbringen, sorgt ein Hörverlust zwingend für Herausforderungen“ (Hintermair et al., 2014, S. 37). Zumindest im Kleinkind- und Vorschulalter verbringen Menschen, die fließend gebärdensprachlich kommunizieren, selten Zeit mit Kindern mit Hörbehinderung, sodass ihnen der Zugang zur Gebärdensprache zunächst verwehrt ist (ebd., S. 60).³⁸

In der Regel reagieren Eltern mit einer natürlichen Sensitivität und Responsivität auf die Signale ihres Kindes. Diese frühe bindungsfördernde Interaktion zwischen Eltern und Kind wirkt sich positiv auf die weitere Entwicklung des Kindes aus (Bowlby, Endres &

³⁷ Hurrelmann und Bauer (2015, S. 97) verstehen die Realitätsverarbeitung als produktiven Prozess, innerhalb dessen sich jedes Individuum den anstehenden Entwicklungsaufgaben stellt. Ob diese Aufgaben erfolgreich bewältigt werden können, hängt von den zur Verfügung stehenden personalen und sozialen Ressourcen ab und beeinflusst die Entwicklung der individuellen Ich-Identität.

³⁸ In Deutschland ist in den vergangenen Jahren eine steigende Anzahl bimodaler-bilingualer Frühförder-Angebote zu verzeichnen sowie auch ein wissenschaftliches Interesse, diese entsprechend zu begleiten und zu unterstützen (Hofmann & Hennies, 2015).

Ainsworth, 2010). Wenn daher ein Kind hörender Eltern hörbehindert ist, ist die intuitive Interaktion zwischen Eltern und Kind (,intuitive parenting') unter Umständen verändert bzw. gefährdet. Studienergebnisse zeigen, dass Kinder und Eltern mit unterschiedlichem Hörstatus niedrigere Sensitivitäts- und Responsivitätswerte aufweisen als Kinder und Eltern mit gleichem Hörstatus (Carey-Sargeant & Brown, 2005; Goss, 1970; Meadow-Orlans, 1997). Auswirkungen des veränderten ,intuitive parenting' von Eltern eines Kindes mit Hörbehinderung auf die Bindungsentwicklung sind anzunehmen.

Beispielsweise verglich Meadow-Orlans (1997) die Interaktion 80 gematchter Mutter-Kind-Paare (20 gehörlose Kinder gehörloser Mütter, 20 gehörlose Kinder hörender Mütter, 19 hörende Kinder mit gehörlosen Müttern, 21 hörende Kinder mit hörenden Müttern) zu zwei Messzeitpunkten (als die Kinder zwölf und 18 Monate alt waren). Insgesamt differierte die Interaktion zwischen den vier Gruppen zu den zwei Messzeitpunkten signifikant, $F(3,76) = 7.03$, $p < .001$. Als die Kinder zwölf Monate alt waren, wurde im Vergleich zu den anderen drei Gruppen signifikant seltener positive Interaktion zwischen hörenden Müttern und ihren gehörlosen Kindern eruiert, $F(3,76) = 7.19$; $p < .001$. Beim zweiten Testzeitpunkt, als die Kinder 18 Monate alt waren, wurde die geringste Interaktion zwischen gehörlosen Müttern und ihren hörenden Kindern erfasst. Auch Carey-Sargeant und Brown (2005) stellten signifikante Unterschiede zwischen reziproken Äußerungen hörender Mütter und ihren hörenden Kindern ($n = 6$; 23-30 Monate) sowie zwischen Äußerungen hörender Mütter und deren gehörlosen Kindern ($n = 6$; 25-45 Monate) fest ($\chi^2 = 214$, $df = 3$, $p = .0001$; $CV = .22$). Es liegt nahe, dass sich das veränderte ,intuitive parenting' von Eltern eines Kindes mit Hörbehinderung neben der Bindungsentwicklung zwischen Eltern und Kind auch auf die allgemeine Entwicklung des Kindes stark nachteilig auswirken kann. Diese Annahme wurde unter anderem in einer deutschen Studie von Hintermair (2006b) bestätigt. Von 213 der befragten Mütter hörbehinderter Kinder wiesen 49 % ein erhöhtes Stresslevel auf, ebenso 51 % der Väter. Laut Angaben der Mütter waren 44 % der Kinder in ihrer Entwicklung beeinträchtigt, was 40 % der Väter bestätigten. Offenbar stehen das Stressempfinden der Eltern (Väter: $p < 0.38$; Mütter: $p < 0.30$) sowie die psychische Entwicklung des Kindes (Väter: $p < .15$; Mütter: $p < .04$) in einem signifikanten Verhältnis zur kommunikativen Kompetenz des Kindes – unabhängig von der sprachlichen Modalität, in der das Kind kommuniziert (in Bezug auf das Stressempfinden: Väter: $p < 0.08$; Mütter: $p < 0.04$; in Bezug auf die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes: Väter: $p < .05$; Mütter: $p < .03$). Die oben zitierten Studienergebnisse von Carey-Sargeant und Brown (2005) sowie Meadow-Orlans (1997) legten einen Zusammenhang zwischen dem Hörstatus der Eltern und deren Stressempfinden nahe. Diesen konnte Hintermair (2006b) jedoch nicht bestätigen (Väter: $p < .02$; Mütter: $p < .07$) – auch nicht bezogen auf den Hörstatus der

Eltern in Verbindung mit der allgemeinen Entwicklung des Kindes (Mütter: $p < .05$; Väter: $p < .01$). In einer australischen Studie bestätigten Sarant und Garrad (2014) das im Gegensatz zum Bevölkerungsdurchschnitt erhöhte Stressempfinden von 70 hörenden Eltern CI-implantierter Kinder ($M = 6.6$ Jahre ($SD = 1.4$); $X^2_{(1, n=56)} = 4.39, p = .04$)³⁹. Allgemein wurde der Zusammenhang des Stresslevels der Eltern mit der sprachlichen Kompetenz des Kindes beobachtet, $r(68) = -.27, p = .03$. Als Hauptgründe für ein erhöhtes Stresslevel der Eltern identifizierten die Forscherinnen das Verhalten des Kindes ($r(68) = -.32, p = .01$) sowie fehlende soziale Unterstützung der Eltern durch ihr Umfeld, $r(68) = .57, p = .00$.⁴⁰

Aus den hier skizzierten Forschungsergebnissen wird deutlich, dass ein Großteil der Kinder mit Hörbehinderung in familiären Settings aufwächst, in denen zunächst keine optimalen Voraussetzungen für eine fundierte sprachliche Entwicklung und positive Bindungsentwicklung zwischen Eltern und Kind bestehen (Holzinger, Fellingner, Hunger & Beitel, 2007).⁴¹

Die qualitative und quantitative Einschränkung der Kommunikation zwischen hörenden Eltern und ihrem hörbehinderten Kind kann dazu führen, dass sich Eltern vom Leben ihres hörbehinderten Kindes ausgeschlossen fühlen. Im Rahmen der CHEERS-Studie beispielsweise antworteten 38 % der insgesamt 116 befragten Eltern, dass sie sich aufgrund von Kommunikationsproblemen als „nicht integriert“ erleben (Holzinger, o.J., S. 50f.).

Eine weitere Folge der qualitativen und quantitativen kommunikativen Einschränkung besteht in der sowohl gezielten als auch informellen Informationsvermittlung, was unter anderem sowohl den Erwerb von Sprache als auch von Weltwissen erschwert (Marschark & Knoors, 2012; Myklebust, 1960). So resümieren Hintermair, Knoors und Marschark (2014) auf Basis zahlreicher Studienergebnisse:

Doch das meiste Wissen eines Kindes jeden Alters stammt aus der Interaktion mit anderen Menschen, die ihnen neue Informationen [...], neue Verhaltensweisen [...]

³⁹ Korrigiertes N, nachdem die „Defensive Responding scores“ analysiert und entsprechende Fälle ausgeschlossen wurden (Sarant & Garrard, 2014, S. 92).

⁴⁰ Aus dem deutschsprachigen Raum entsprechen die Ergebnisse der Studien von Holzinger (o.J.) oder Hintermair (2006a, 2006b) den internationalen Studienresultaten.

⁴¹ Dabei gilt eine effektive bzw. erfolgreiche Eltern-Kind-Kommunikation als die beste Erfolgsprognose in allen Bereichen der Entwicklung (Hintermair et al., 2014). Um Eltern in ihrem natürlichen Verhalten zu stärken und damit sie auf die Bedürfnisse ihres Kindes eingehen können, bedarf es konkreter Unterstützung und Hilfen für Eltern. Im Rahmen einer Beratung und Hilfestellung soll insbesondere auf eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Eltern und Kind hingearbeitet werden (Hintermair, 2004, 2006a). Ist die erfolgreiche Kommunikation gewährleistet, stellt dies einen wichtigen Prädiktor für eine gute Beziehung zwischen Eltern und Kind und somit allgemein für eine positive psychosoziale Entwicklung des Kindes dar (Hintermair, 2008; Kushalnagar et al., 2011; Leigh, Maxwell-McCaw, Bat-Chava & Christiansen, 2009; Polat, 2003).

und neue Dinge zur Verfügung stellen, mit denen sie interagieren können [...]. Familie und Peers leisten daher einen Hauptbeitrag zu Entwicklung und Lernen, und vieles von dem, was sie anbieten, geschieht über Sprache. (Hintermair et al., 2014, S. 59)

Neben dem familiären Kontext ist auch für die Sozialisation von Kindern mit Hörbehinderung die Schule ein entscheidender Ort der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Die neuen rechtlichen Bedingungen aufgrund des Inkrafttretens der UN-Behindertenrechtskonvention haben zu einem Paradigmenwechsel in der schulischen Landschaft geführt, sodass viele Kinder mit Hörbehinderung an allgemeinen Schulen unterrichtet werden (Beauftragte der Bundesregierung für Belange behinderter Menschen, 2014). Eine Studie von Klemm (2015) zum Status quo der Inklusion im Schuljahr 2013/14 deutschlandweit ergab einen Anteil von 39,9 % Schülerinnen und Schülern mit Hörbehinderung, die an allgemeinen Schulen unterrichtet werden. In der Regel geschieht dies einzeln im Klassenverband, mit Lautsprache als Unterrichtssprache und dadurch mit keinem oder wenig Kontakt zu hörbehinderten Peers.

Parallel zu den Inklusionsbestrebungen bestehen noch Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation, an welchen diejenigen Schülerinnen und Schüler unterrichtet werden, die nicht inkludiert werden können (oder wollen).⁴² Aufgrund des einerseits stärkeren gebärdensprachlichen Einflusses im pädagogischen Bereich sowohl in der (universitären) Ausbildung als auch in der Praxis (Becker & Krausmann, 2016; Kaul, Griebel & Klinner, 2016) sowie andererseits aufgrund der immer früheren Diagnose und Versorgung von Hörschädigungen und -beeinträchtigungen ist davon auszugehen, dass sich die schulische Realität in den vergangenen Jahren verändert hat (siehe auch Kapitel 2.3). Einerseits wird mehr Gebärdensprache im Unterricht genutzt, andererseits erfolgt eine frühere hörtechnische Versorgung mit anschließender in der Regel lautsprachlicher Förderung.

Anknüpfend an die Beschreibung der unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen und Lebenswelten von Kindern mit Hörbehinderung werden im folgenden Abschnitt die Besonderheiten ihrer sprachlichen Entwicklung näher erläutert.

3.2.2. Sprachliche und kommunikative Kompetenz

Chomskys (1957) Definition von Sprache betont ihren generativen Charakter: „From now on I will consider a *language* to be a set (finite or infinite) of sentences, each finite in

⁴² Manche Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation praktizieren „umgekehrte Inklusion“ und öffnen sich für Kinder ohne Behinderung, z.B. die Elbschule in Hamburg.

length and constructed out of a finite set of elements“ (ebd., S. 13; Hervorhebung im Original). Dieses Kriterium trifft auf alle natürlichen Sprachen zu, sowohl auf Laut- als auch auf Gebärdensprachen. Sprachen beider Modalitäten sind auf verschiedenen Ebenen organisiert und besitzen dieselben linguistischen Strukturen; wenngleich sie formal aufgrund ihrer unterschiedlichen Modalität andere Eigenschaften aufweisen, z.B. Gebärdensprachen einen geringeren Grad an sequenzieller Organisation, jedoch eine höhere Simultaneität im Vergleich zu Lautsprachen (Becker & von Meyenn, 2012).

Bezogen auf die Entwicklung bzw. den Erwerb einer Sprache wird deutlich, dass durch die Interaktionen der Kinder mit ihrer Umwelt ein kumulativer Effekt entsteht: „Je mehr Sprache sie beherrschen, desto komplexer werden ihre Interaktionen mit anderen sein und desto mehr Sprache werden sie erwerben“ (ebd., S. 60).⁴³ Wie oben bereits angesprochen wurde, ist bezogen auf die Sozialisation von Kindern mit Hörbehinderung zu beobachten, dass ihre häufig eingeschränkten Interaktionsmöglichkeiten mit ihren Eltern (und anderen Familienangehörigen) ihre sprachliche Entwicklung beeinflussen. Tatsächlich führen mindere Qualität oder Zugänglichkeit des Sprachangebots in Laut- oder Gebärdensprache während der ersten Lebensjahre in der Regel zu deutlichen Lücken in der Sprachkompetenz (Clark et al., 2016; Cormier, Schembri, Vinson & Orfanidou, 2012; Markman et al., 2011; Mayberry & Lock, 2003).

Angesichts der Bedeutung der sprachlichen und kommunikativen Kompetenz bildet die gelingende sprachliche Entwicklung eine zentrale Herausforderung für Kinder mit Hörbehinderung.

Lautsprachentwicklung

Hintermair, Knoors und Marschark (2014) definieren Laut- bzw. gesprochene Sprache als „eine spezifische Kombination von Tönen zwischen 250 und 8000 H[ert]z“ (ebd., S. 40), die sowohl auditiv als auch visuell perzipiert werden kann. Die Fähigkeit, gesprochene Sprache visuell wahrzunehmen, anhand von Sprechbewegungen des Mundes und der Mimik gesprochene Sprache zu entschlüsseln sowie qua visueller Wahrnehmungen zu verstehen, was eine sprechende Person meint, wird als ‚Absehen‘ bezeichnet (Kaul, 1997). Generell können Menschen jedoch selbst unter optimalen Bedingungen (bei idealen Lichtverhältnissen und einem geeigneten Abstand zur sprechenden Person, sodass

⁴³ Spracherwerb und Sprachgebrauch sind kognitive Aktivitäten, die eng mit der Hirnentwicklung und Hirnfunktionen in Zusammenhang stehen (Markman et al., 2011). Da viele erwachsene gehörlose Menschen nicht über dieselbe Literalitäts-Kompetenz oder dasselbe Bildungsniveau verfügen wie hörende Erwachsene (Qi & Mitchell, 2012) ist es wahrscheinlich, dass auch ihre sprachliche Vorbildfunktion aufgrund ihres Diskursniveaus eingeschränkt ist.

die Physiognomie des Gesichts das Absehen erleichtert) lediglich 10 bis 25 % lautsprachlich produzierter Sprachäußerungen visuell wahrnehmen – Kinder in der Regel aufgrund fehlenden Trainings noch weniger (Lyxell, 1989; Rönnerberg, Samuelson & Lyxel, 1998; Woodward & Barber, 1960)⁴⁴.

Kinder mit Hörbehinderung durchlaufen dieselben sprachlichen Entwicklungsstufen wie gut hörende Kinder (Blamey & Sarant, 2011; Lederberg, Schick & Spencer, 2013) – der Prozess verläuft jedoch verzögert bzw. erschwert. Dabei besteht interessanterweise kein Zusammenhang zwischen der Lautsprachentwicklung und dem Grad des Hörverlusts (Hintermair et al., 2014, S. 88).⁴⁵ Vielmehr lassen Forschungsergebnisse darauf schließen, dass Kinder mit mittel- bis hochgradigem Hörverlust Lautsprache nicht schneller als resthörige Kinder erwerben (Blamey & Sarant, 2011).⁴⁶

Kinder mit Hörbehinderung verfügen des Weiteren in der Regel über einen kleineren Wortschatz

(weniger Wortbedeutungen, weniger gut verknüpfte Wortbedeutungen, einen geringeren Wissensstand und Wortkategorien, weniger gut entwickelten Beziehungen von Über- und Unterordnung; Lederberg et al., 2013; Marschark, Convertino, McEnvoy & Marsteller, 2004; Moeller et al., 2007). Probleme beim Lernen einzelner Wörter führen zu einer verzögerten und allgemein weniger erfolgreichen Wortschatzentwicklung (Lederberg, Prezbindowski & Spencer, 2000). Sarchet et al. (2014) beispielsweise verglichen den Wortschatz von 93 Studierenden mit Hörbehinderung (29 der Studierenden waren mit einem CI versorgt und im Durchschnitt mit 8;6 Jahren implantiert) mit dem Wortschatz von 97 gut hörenden Studierenden. Das Testergebnis des Peabody Picture Vocabulary Tests der gut hörenden Studierenden fiel signifikant besser aus als das der Studierenden mit Hörbehinderung [$F(1, 189) = 197.78$, $MQF = 141.95$].

⁴⁴ Die Verwendung älterer Literatur liegt an dieser Stelle darin begründet, dass sich das Absehen nicht im Fokus aktueller Forschung befindet. Diese konzentriert sich überwiegend auf die Sprachentwicklung von Kindern mit hochgradigen Hörverlusten und dabei oft auf diejenigen mit CI-Versorgung.

⁴⁵ Diesem Resümee widersprechen Ullherr und Ludwig (2014c), allerdings basiert ihr Urteil auf Studienergebnissen, deren Zuverlässigkeit angezweifelt wird (ebd.).

⁴⁶ Allerdings scheint dem Grad des Hörverlusts bei der Perzeption gesprochener Sprache eine entscheidende Rolle zuzukommen: Kinder mit hochgradigem Hörverlust müssen im Vergleich zu Kindern mit geringem bis mittelgradigem Hörverlust oder mit CI versorgten Kindern eine höhere Lautsprachkompetenz besitzen, um ein gleich hohes Niveau in der Wahrnehmung gesprochener Sprache zu erreichen (Blamey & Sarant, 2011).

Allgemein lässt sich ein heterogener Entwicklungsverlauf (Ullherr & Ludwig, 2014a, 2014b, 2014c)⁴⁷ und im Vergleich zu hörenden Kindern eine Entwicklungsverzögerung und unterdurchschnittliche Lautsprachentwicklung auf allen sprachlichen Ebenen konstatieren (Blamey & Sarant 2011; Lederberg, et al., 2013). Am deutlichsten erscheint die Verzögerung in den Bereichen Syntax und Morphologie.⁴⁸ Das Muster der Syntaxentwicklung verläuft bei Kindern mit Hörbehinderung anders, beispielsweise nimmt die durchschnittliche Äußerungslänge der produzierten Sätze („Mean Length of Utterance“) langsamer zu. Das Verständnis und die Produktion grammatisch komplexer Äußerungen wie Relativsätze, Passivkonstruktionen etc. werden später produziert und die grammatikalischen Strukturen in anderer Reihenfolge erworben (Lederberg et al., 2013).

Das Ergebnis der Studie von Sarchet et al. (2014) lässt neben zahlreichen weiteren Forschungsergebnissen darauf schließen, dass auch eine technische Versorgung (hier mit CI) keine Garantie für eine optimale Lautsprachentwicklung bietet (Ching et al., 2013; Lederberg et al., 2013; Nicholas & Geers, 2005; Ruffin, Kronenberger, Colson, Henning & Pisoni 2013; Rotteveel et al., 2008; Svirsky, Teoh & Neuburger, 2004). Die Ergebnisse einer deutschen Langzeitstudie zum Sprachentwicklungsverlauf mit 22 früh mit einem CI versorgten Kindern bestätigten Befunde aus anderen Ländern: Szagun (2007) verglich die Sprachentwicklung von 22 CI-implantierten Kinder mit der Sprachentwicklung von 22 hörenden Kindern (Alter $M = 1;4$) unter anderem anhand der mittleren Äußerungslänge in Morphemen (MLU) im Verlauf von neun Messzeitpunkten.⁴⁹ Die CI-Versorgung erfolgte im Durchschnitt mit 2;5 Jahren ($SD = 0;9$; $Spanne = 1;2-3;10$) – die erste Messung der Sprachentwicklung der CI-implantierten Kinder demzufolge im Durchschnitt mit drei Jahren.⁵⁰ Zu Beginn der Untersuchung wiesen beide Gruppen eine MLU von ≤ 1.25 auf.

⁴⁷ Ullherr und Ludwig (2014a, 2014b, 2014c) erstellten eine systematische Übersicht aus 33 deutschsprachigen Studien, die seit 1999 zur Lautsprachentwicklung hörbehinderter Kinder veröffentlicht wurden. Die kritische Analyse der Studien bzw. das Zusammenfassen der Ergebnisse wurde durch die unterschiedlichen Studiendesigns sowie die teils mangelnde methodische Qualität erschwert, z.B. wurden konfundierte Variablen nicht mit einbezogen. Darüber hinaus wurden in dem betrachteten Zeitraum kaum Replikationsstudien veröffentlicht, sodass keine verallgemeinerbaren Aussagen möglich sind und die dargestellten Ergebnisse lediglich als „erste vorläufige“ (Ullherr & Ludwig, 2014c, S. 228) betrachtet werden sollen.

⁴⁸ Expressive Phonologie erwerben Kinder mit Hörbehinderung im Vergleich zu hörenden Kindern später und nur selten vollständig. Die Reihenfolge des Erwerbs der Phoneme erfolgt jedoch auf identische Weise. Dieser Prozess ist hauptsächlich von der Häufigkeit des Vorkommens, der akustischen Intensität der einzelnen Phoneme sowie davon bestimmt, wie gut die Phoneme visuell wahrzunehmen sind (Blamey & Sarant, 2011; Ullherr & Ludwig, 2014a).

⁴⁹ Die erste Messung erfolgte sechs Monate nach der CI-Implantation, weitere acht Messungen mit jeweils einem Abstand von viereinhalb Monaten (Szagun, 2007).

⁵⁰ Eine Altersangabe der CI-implantierten Kinder ist weder in Szagun 2007 noch Szagun 2001 zu finden, sodass nur das Implantationsalter als Vergleichsmaß mit der hörenden Gruppe dienen kann.

Im Rahmen der von Szagun untersuchten Stichprobe differierten die individuellen Ergebnisse der MLU innerhalb der Gruppe der CI-implantierten Kinder stärker als in der Gruppe der hörenden Kinder. Der Spracherwerb von 13 der 22 gut hörenden Kinder sowie von drei der 22 CI-implantierten Kinder vollzog sich schnell – von neun gut hörenden und sieben CI-implantierten Kindern vergleichsweise etwas langsamer. Somit glich der Spracherwerb von zehn der 22 implantierten Kinder dem der hörenden Kinder. Zwölf der 22 CI-implantierten Kinder erwarben Sprache verzögert: Sechs Kinder erreichten nach drei Jahren Mehrwortäußerungen, sechs Kinder weniger als Zweitwortäußerungen. Hintermair schlussfolgert auf Basis zahlreicher Studienergebnisse, „dass auch unter wesentlich verbesserten Bedingungen des Hörens durch Hörgeräte oder Cochlea-Implantate und damit verbesserten Bedingungen für den [Laut-]Spracherwerb nicht alle hörgeschädigten Kinder in gleichem Maße davon profitieren“ (Hintermair 2004, S. 48; siehe auch Lederberg et al., 2013).

Aus unterschiedlichen Studienergebnissen konnten als Gründe für die verzögerte und erschwerte Lautsprachentwicklung unter anderem eine späte Implantation, später Beginn von Frühfördermaßnahmen, weniger für Leseaktivitäten aufgewendete Zeit sowie spezifische Sprachentwicklungsstörungen ausgemacht werden (Ching et al., 2013; Hawker et al., 2008; Kral & Sharma, 2012; Lederberg et al., 2013; Nicholas & Geers, 2005; Ramirez-Inscoe & Moore 2011; Rotteveel et al., 2008; Ruffin et al., 2013; Svirsky et al. 2004). Eine möglichst frühe Diagnose und frühe Hilfen könnten folglich einen verbesserten Zugang zur gesprochenen Sprache und eine verbesserte kommunikative Beziehung zwischen dem hörbehinderten Kind und seinen hörenden Eltern ermöglichen. Insgesamt kann durch eine frühe Versorgung und sprachliche Förderung des Kindes die optimale Phase – also die Zeit zwischen Geburt und dem zweiten Geburtstag –, genutzt werden, um einen besseren Zugang zur Lautsprache zu schaffen (Kral & Sharma, 2012).⁵¹ Darüber hinaus scheint eine reichhaltige Sprache der Bezugspersonen, d.h. ein Sprachgebrauch mit vielen Reformulierungen, Expansionen etc. einen förderlichen Einfluss auf die sprachliche Entwicklung zu nehmen (Lederberg et al., 2013; Ullherr & Ludwig, 2014c).

Die zitierten Studien spiegeln das breite Spektrum der Lautsprachkompetenz von Kindern mit Hörbehinderung wider. Mögliche Differenzen werden unter anderem mit der Entwick-

⁵¹ Günther et al. (2009) verweisen darüber hinaus auf die Notwendigkeit einer bislang nicht vorliegenden Dokumentation bilingualer Entwicklungsverläufe im Früherziehungsbereich sowie auf mangelnde wissenschaftliche Belege zur Effektivität von bimodalen-bilingualen Früherziehungsprojekten in Deutschland (auch Hofman & Hennies, 2015).

lung kognitiver Verarbeitungsfähigkeiten wie exekutiven Funktionen, Arbeitsgedächtnis und Feinmotorik in Verbindung gebracht (siehe Kapitel 3.2.2).

Gebärdensprachentwicklung

In der wissenschaftlichen Betrachtung der Gebärdensprachentwicklung wird zwischen ‚Native Signers‘, ‚Early Signers‘ und ‚Late Signers‘ distinktiert.

‚Native Signers‘, d.h. gehörlose Kinder gehörloser, gebärdensprachlich kommunizierender Eltern, durchlaufen in der Regel gebärdensprachliche Entwicklungsstufen, die mit den lautsprachlichen Entwicklungsstufen hörender Kinder hörender Eltern verglichen werden können (Hänel-Faulhaber, 2012; Lederberg et al., 2013; Schick, 2011). Unter anderem konnten Anderson und Reilly (2002) im Zuge der Normierung des ‚MacArthur Communicative Development Inventory‘ (CDI) für Amerikanische Gebärdensprache (ASL) über fünf Messzeitpunkte hinweg eine positive Korrelation zwischen Alter und Wortschatz der gehörlosen Kinder gehörloser Eltern ($N = 69$, 8-35 Monate; $r = .72$) feststellen: Der Wortschatz der Kinder vergrößerte sich mit zunehmendem Alter, $F_{(1,67)} = 175.97$, $p < .05$. Diese Ergebnisse entsprechen in etwa der in Studien für das Englische nachgewiesenen lautsprachigen Wortschatzentwicklung von hörenden Kindern hörender Eltern. Woolfe, Herman, Roy und Woll (2010) ließen gehörlose Elternpaare gehörloser Kinder ($N = 29$; 8-36 Monate) die rezeptive und expressive Gebärdensprachkompetenz ihrer Kinder dokumentieren. Die Ergebnisse zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der sprachlichen Entwicklung der Kinder und dem Bildungsstand der Eltern sowie der gebärdensprachlichen Kompetenz der Mutter.⁵²

In der ersten deutschen Studie zum muttersprachlichen Gebärdenspracherwerb analysierte Hänel (2005) den Erwerb der Richtungsverben am Beispiel zweier Langzeitstudien mit gehörlosen Kindern, die in gehörlosen, gebärdensprachlich kommunizierenden Familien aufwuchsen. Die Ergebnisse ihrer Forschungsarbeit stützen die Hypothese, dass die sprachliche Entwicklung von Kindern modalitätsunabhängig nach den gleichen grammatischen Regularien verläuft.

Als ‚Early Signers‘ werden Kinder bezeichnet, die Gebärdensprache im Alter zwischen zwei und acht Jahren erwerben. Kommt ein Kind nach der ‚optimalen Phase‘, d.h. zwischen neun und 18 Jahren, mit Gebärdensprache in Berührung, wird es als ‚Late Signer‘ bezeichnet (Cormier et al., 2012). Mayberry (2010) schlussfolgert in einem Review-Artikel,

⁵² In diesem Fall handelte es sich um die Kommunikation in British Sign Language (BSL).

dass Kinder, die erst spät⁵³ Gebärdensprache erlernen, dabei keine volle Kompetenz in ihrer nationalen Gebärdensprache erwerben, etwa im Kompetenzbereich Narration. Dieses Ergebnis bestätigen auch drei deutsche Pilot-Studien von Becker (2009) zur narrativen Kompetenz gehörloser Kinder. Die Video-Analysen der Narrationen zeigten umfangreiche Beeinträchtigungen in den Diskurskompetenzen der Kinder, wobei auch Native Signers z.B. Probleme aufwiesen, eine Phantasiegeschichte zu erzählen. Daraus konkludiert Becker sowohl in Bezug auf das häusliche als auch auf das schulische Sprachangebot: „The restricted sign language input has an impact on the narrative development of deaf children [...] not only on the level of lexical and morpho-syntactic abilities but also on the level of cognitive and social-interactive skills“ (Becker, 2009, S. 155).⁵⁴ Hänel-Faulhaber formuliert an anderer Stelle auf Basis von Forschungsergebnissen etwas allgemeiner: „Der Aufbau einer vollen Sprachkompetenz hängt nicht vom Sprachtyp – visuell oder auditiv – ab, sondern vielmehr vom Zeitpunkt des Erwerbs. Egal in welcher Sprache, ein verzögerter Erstspracherwerb führt zu Einschränkungen in der Sprachkompetenz“ (Hänel-Faulhaber, 2012, S. 309).

Kommunikative Hilfesysteme und kommunikative Kompetenz

Unabhängig von ihrer erstsprachlichen Sozialisation kommen Kinder mit Hörbehinderung im Laufe ihres Lebens mit beiden sprachlichen Modalitäten in Kontakt:

Our convenient division between individuals who use spoken language and those who use sign language is largely a fiction. Regardless of the hearing status of their parents, their hearing thresholds, and their educational placements, most deaf students are exposed to both language modalities. Hard-of-hearing students are in a similar situation. (Hauser & Marschark, 2008, S. 450)

An dieser Stelle ist zu betonen, dass in gängigen Studiendesigns im Bereich der Hörgeschädigtenpädagogik die sprachliche Kompetenz bzw. die tatsächliche Kommunikationspraxis der Kinder überwiegend getrennt und einseitig betrachtet wird. So werden Kinder meistens entweder nach ihrem Hörstatus oder einer kommunikativen Neigung (lautsprachlich oder gebärdensprachlich) unterschieden und teils auf Basis dieser Differenzie-

⁵³ Die Unterscheidung zwischen ‚früh‘ und ‚spät‘ nimmt Mayberry (2010) vor, ohne eine klare Altersgrenze zu definieren, ab wann der Gebärdenspracherwerb als spät zu bezeichnen ist.

⁵⁴ Dass Verzögerungen im Gebärdenspracherwerb eventuell auch auf eine spezifische Sprachentwicklungsstörung zurückgeführt werden können, führen Hintemair, Knoors und Marschark (2014) an und ergänzen, dass sich eine Diagnostik als schwierig darstellt. Denn es könne nur sehr schwer unterschieden werden, ob Verzögerungen in der Gebärdensprachkompetenz auf das möglicherweise mangelnde Sprachangebot oder auf Verarbeitungsprobleme zurückzuführen sind (Hintemair et al., 2014, S. 95).

rung miteinander verglichen. Hier erfolgt eine künstliche Trennung, die jedoch in der Regel nicht der Lebensrealität der Kinder entspricht.

Können das Kind mit Hörbehinderung und sein Interaktionspartner bzw. seine Interaktionspartnerin nicht in einer gemeinsamen Modalität kompetent kommunizieren, werden unter Umständen sprachliche Mischformen genutzt, um die Interaktion zu ermöglichen (Hintermair et al., 2014, S. 109; Marschark, 2000; Marschark & Lee, 2014). Insbesondere für die Kommunikation mit jungen gehörlosen oder mit CI versorgten Kindern wird simultane Kommunikation als ein nützlicher „backup code“ (Knoors & Marschark, 2014, S. 91) betrachtet, da nicht rezipierte verbale Informationen zusätzlich über Gebärden verfügbar sind (Hintermair et al., 2014, S. 109; Knoors & Marschark, 2014, S. 89ff). Dadurch kann die kommunikative Kompetenz des Kindes gezielt gefördert werden.

Dabei umfasst kommunikative Kompetenz weitaus mehr als sprachliche Kompetenzen:

Kommunikative Kompetenz meint die Fähigkeit, sich von sich aus mit seiner Umwelt erfolgreich in Beziehung setzen zu können sowie ebenso über Fähigkeiten zu verfügen, sich Erfahrungen aus seinem Umfeld erschließen und subjektiv gewinnbringend verarbeiten zu können. Kommunikative Kompetenz meint somit auch, über soziale, beziehungsstiftende und -stärkende Fähigkeiten zu verfügen. (Hintermair, 2012, S. 227)

Ergebnisse empirischer Studien weisen darauf hin, dass der Grad der kommunikativen Kompetenz entscheidend dazu beiträgt, inwieweit Kinder eine positive Gesamtentwicklung durchlaufen (Hintermair, 2011; Hintermair, Krieger & Mayr 2011).

Die zuvor erwähnten sprachlichen Mischformen orientieren sich an den vollständigen Laut- und Gebärdensprachsystemen, aber „signed and spoken languages do not share the same phonological code, thus making simultaneous, equivalent output impossible“ (Marschark & Lee, 2014, S. 228). Folglich stellt eine Mischform nie ein vollständiges, natürliches Sprachsystem dar. Aus diesem Grund kritisieren unter anderem Cokely (1990), Johnson, Liddell und Erting (1989) oder Marmor und Pettito (1979) modale kommunikative Mischformen.

In der schulischen Praxis werden solche Mischformen, auch ‚kommunikative Hilfesysteme‘ oder ‚simultane Kommunikation‘ genannt, häufig genutzt. Ziel ist einerseits, eine heterogene Lerner- und Lernerinnengruppe durch diesen Kompromiss in gleichem Maße oder ansatzweise erreichen zu können und andererseits, den Zugang zur sowie den Erwerb der gesprochenen Sprache zu fördern (Hintermair et al., 2014, S. 109). Tatsächlich kursieren in der Praxis diverse Systeme, die Sprechen und Gebärden nach unterschiedlichen

Regeln kombinieren.⁵⁵ Diese differieren darin, bis zu welchem Grad lexikalische und grammatikalische Merkmale der gesprochenen Sprache im Gebärdensystem abgebildet werden (Bornstein, 1974; Gustason, 1990; Rammel, 1991a; 1991b; Washburn & Anthony, 1974).

Laut einer deutschlandweiten repräsentativen Befragung von Große (2003)⁵⁶ scheinen in (mindestens) 66 % der Schulen manuelle Kommunikationsmittel wie Deutsche Gebärdensprache (DGS), Lautsprachbegleitende Gebärden (LBG) oder das Fingeralphabet eingesetzt zu werden – in weniger als 10 % DGS und Lautsprache gleichberechtigt, wobei „simultane Kommunikation in der Praxis offenbar immer stärker eingesetzt [wird], selbst in Settings, in denen man ihre Anwendung leugnet“ (Hintermair et al., 2014, S. 109).

Die genutzten, individuellen und nicht standardisierten Systeme werden in LBG und Lautsprachunterstützendes (LUG) Gebärden unterteilt, die beide auf der Struktur der Lautsprache basieren. Während das Ziel von LBG darin besteht, alle lexikalischen und grammatikalischen Aspekte der deutschen Lautsprache visuell zu unterstützen (d.h. die verbalisierte Äußerung mit Gebärden zu begleiten – jedoch nicht unbedingt aus der DGS entlehnt), werden in LUG lediglich die Schlüsselinformationen einer sprachlichen Äußerung mit gebärdet (Hintermair et al., 2014, S. 78f.).⁵⁷

Deskriptive Studien weisen auf Hindernisse hin, die sich durch den Gebrauch von LUG für die Literacy Skills der hörbehinderten Kinder ergeben können. Diese Hindernisse resultieren aus dem LUG-Gebrauch der hörenden Eltern sowie der Lehrerinnen und Lehrer, die LUG langsam erlernen, nicht akkurat nutzen sowie Schwierigkeiten haben, sich auf die Bedürfnisse der Kinder einzustellen, die auf visuellen Input angewiesen sind. Die in LUG kommunizierenden Bezugspersonen der Kinder fungieren somit nicht als ausreichendes sprachliches Vorbild für die Kinder (Johnson et al., 1989; Marmor & Pettito, 1979; Spencer, Bodner-Johnson & Gutfreund, 1992). Der sprachliche Input hörender Lehrerinnen und Lehrer sowie Eltern wurde in einigen Studien als „ungrammatikalisch“ beschrie-

⁵⁵ Hintermair, Knoors und Marschark merken in Bezug auf diese Diversität an, „dass es eine einzige Methode der sprachlichen Förderung, die für alle gl/sh Schüler gleichermaßen geeignet ist, nicht gibt“ (Hintermair et al., 2014, S. 99).

⁵⁶ Die Befragung von Große (2003) bildet den aktuellsten Stand bezüglich der Kommunikation im Unterricht in deutschen Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation ab. Zum Erhebungszeitpunkt gaben 90 % der befragten Schulen an, Lautspracherwerb als Ziel zu verfolgen. Für aktuelle Ergebnisse bezüglich bimodal-bilingualer Bildung im deutschsprachigen Raum siehe Audeoud, Becker, Krausnecker und Tarcsova 2017 sowie Becker, Audeoud, Krausnecker und Tarcsova 2017.

⁵⁷ Internationale, vergleichbare Systeme sind z.B. Seeing Essential English (SEE1), Signing Exact English (SEE2) oder Signed English (SE). Sie beruhen auf Traditionen aus Frankreich, wo solche Ansätze von Charles Michel Abbé de l'Épée entwickelt wurden (Bornstein, 1974; Washburn & Anthony, 1974).

ben, da weder die grammatikalischen Elemente der Laut- noch solche der Gebärdensprache vollständig und konsequent korrekt gebraucht bzw. eingesetzt und visualisiert werden (Marmor & Pettito, 1979). Marschark und Hauser (2012) äußern in diesem Zusammenhang die Vermutung, dass hörende Nutzerinnen und Nutzer simultaner Kommunikation ihre Gebärdenfehler aufgrund der Dominanz ihrer Lautsprache wahrscheinlich nicht bemerken (Marschark & Hauser, 2012, S. 48). Auf die Gültigkeit der Annahme, dass sich hörende Nutzerinnen und Nutzer eventuell doch ihrer gebärdensprachlichen Defizite bewusst sind, lassen Ergebnisse der auch hierfür repräsentativen oberösterreichischen Untersuchung schließen. Im Rahmen der CHEERS-Studie schätzten die Lehrerinnen und Lehrer ihre eigene Gebärdensprachkompetenz als eher mittelmäßig ein – beispielsweise ca. 80 % der Lehrerinnen und Lehrer sogenannter ‚Hörgeschädigtenkleinklassen‘, in denen die Mehrzahl der Kinder unterrichtet wird, die Gebärdensprache als bevorzugtes Kommunikationsmittel angaben (Holzinger, o.J., S. 19).

Andererseits konnten frühe Berichte über die Eltern-Kind-Kommunikation eine quantitative und qualitative Verbesserung dieser Kommunikation konstatieren, wenn diese in LUG erfolgte (Day, 1986; Greenberg, Calderon & Kusché, 1984; Meadow, Greenberg, Erting & Carmichael, 1981). Weitere Forschungsergebnisse resümieren weitere positive Auswirkungen von LUG auf die Sprachentwicklung des hörbehinderten Kindes bzw. keine negative Auswirkung auf die Lautsprachentwicklung des Kindes. In Hinblick z.B. auf die Wortschatzentwicklung können Kinder von kommunikativen Hilfesystemen profitieren, während der Grammatikerwerb trotz Einsatz unterstützender Gebärden erschwert zu sein scheint (Gustason, 1990; Knoors & Marschark, 2012; Schick, 2011; Spencer & Marschark, 2010, S. 67ff).

Heute sind für alle Bereiche in den letzten Jahren signifikante Veränderungen festzustellen und für die zukünftige Entwicklung zu berücksichtigen. So haben sich erstens – auch dank neurowissenschaftlicher Erkenntnisse und Verfahren – die technischen Möglichkeiten einer Versorgung mit Hörhilfen stark verbessert. Zweitens verweist der Paradigmenwechsel in der Bildungslandschaft aus der Perspektive der Hörgeschädigtenpädagogik auf das hohe Erkenntnispotenzial einer aktuellen Studie zum Einsatz von kommunikativen Hilfesystemen in der pädagogischen Praxis:

Im Gegensatz zur Situation in den 1970ern, als man die simultane Kommunikation heftig kritisierte, [... ergibt sich heute] eine erneute Beurteilung der Situation. [...] Zumindest für Unterrichtszwecke erscheint uns simultane Kommunikation als gangbare Option für viele gl/sh Schüler und insbesondere für diejenigen, die den besseren Zugang zum auditiven Teil simultaner Kommunikation haben, der heute durch Cochlea-Implantate möglich ist. (Hintermair et al., 2014, S. 109f.)

Zusammenfassend reflektieren die Ausführungen zur sprachlichen Entwicklung hörbehinderter Kinder das heterogene Spektrum ihrer sprachlichen Voraussetzungen, Bedingungen und Entwicklungen ihres Spracherwerbs. Dabei wurde die Qualität der Visualisierung als besonders wichtig herausgestellt:

If children with hearing loss are not provided rich visual language models that they can process or provided with special programming and assistive listening devices that allow effective access to auditory-based language input, they can reach pre-school and even the primary school years with severely impoverished (if any) language skills. (Spencer & Marschark, 2010, S. 50)

Sprache – oder umfassender: Kommunikation fungiert als ein Grundpfeiler für und von Bildung, wobei die bevorzugte sprachliche Modalität eine untergeordnete Rolle spielt. Verzögerungen in der sprachlichen Entwicklung der Kinder wirken sich auf alle anderen Entwicklungsbereiche aus:

Delays and relative deficits in language affect social-emotional, cognitive, and academic growth and outcomes in a number of ways. To the extent that children's communication with parents, peers, and other adults is limited, development in these children of social skills and abilities – and potentially self-esteem and identity – will be negatively affected. (Spencer & Marschark, 2010, S. 50; Greenberg & Kusché, 1998, Vaccari & Marschark, 1997; Hintermair et al., 2014, S. 38)

In der hier vorgelegten Untersuchung werden die kommunikativen Kompetenzen der Kinder mit Hörbehinderung deshalb entsprechend weitreichend berücksichtigt.

3.2.3 Exekutive Funktionen

Die sprachliche und kommunikative Kompetenz hörbehinderter Kinder steht unter anderem in einem Zusammenhang mit der Entwicklung exekutiver Funktionen sowie mit ihrer sozial-emotionalen Kompetenz.

Unter dem Begriff ‚exekutive Funktionen‘ werden Regulations- und Kontrollmechanismen zusammengefasst, die ein zielorientiertes und situationsangepasstes Handeln ermöglichen. Exekutive Funktionen regulieren top-down domänenspezifische Fähigkeiten und werden beansprucht, wenn die Situation ein Abweichen von eingeschliffenen Handlungsroutinen erfordert (Dorsch, Wirtz & Strohmmer, 2014, S. 291; Drechsler, 2007, S. 233). Exekutive Funktionen bilden demnach eine höhere Ebene kognitiver Funktionen und umfassen geistige Fähigkeiten, die unser Denken und Handeln steuern. Daher werden exekutive Funktionen auch als Selbstregulationsfähigkeiten bzw. Regulations- und Kontrollmechanismen bezeichnet (Dorsch et al., 2014, S. 291).

Die drei zentralen Elemente der exekutiven Funktionen sind Inhibition, Arbeitsgedächtnis sowie kognitive Flexibilität. Sie unterstützen Kinder darin, Herausforderungen in allen Bereichen des Lebens erfolgreich zu bewältigen. Hierbei nimmt Sprache eine zentrale Rolle für die exekutiven Funktionen ein: „Je mehr Kinder über eine internalisierte Sprache (‘innere Sprache‘ im Sinne von Vygotsky) verfügen, umso besser sind sie in der Lage, ihr Verhalten (bewusst oder unbewusst) zu kontrollieren“ (Hintermair et al., 2014, S. 141f.).⁵⁸ Berücksichtigt man, dass Kinder mit Hörbehinderung oftmals eine verzögerte Sprachentwicklung durchlaufen, scheint eine Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen naheliegend. Diese Vermutung (auch für Kinder mit CI-Versorgung) wird durch zahlreiche Studienergebnisse verifiziert (Beer et al., 2014; Beer, Kronenberger & Pisoni, 2011; Castellanos et al., 2015; Figueras, Edwards & Langdon, 2008; Hintermair, 2013; Hintermair, Schenk & Sarimski 2011; Kronenberger, Beer, Castellanos, Pisoni & Miyamoto 2014).

Die erhöhte Rate exekutiver Dysfunktionen von Kindern mit Hörbehinderung⁵⁹ schwankt je nach der Beschulungsform. Bei Kindern, die an Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation unterrichtet werden, wurde eine 3.1- bis 5.1-fach (bzw. 3.5-5-fach) erhöhte Rate exekutiver Dysfunktionen festgestellt, z.B. im Bereich Verhaltensregulation. Zum Vergleich: Bei Kindern, die an allgemeinen Schulen unterrichtet werden, gab es eine um 1.8- bis 3.6-fach (bzw. 1.8 bis 3.2-fach) erhöhte Rate (Hintermair et al. 2011 ($N = 145$); Hintermair, 2013 ($N = 214$)).⁶⁰

Präziser impliziert dies, dass Kinder mit Hörbehinderung unter anderem Schwierigkeiten aufweisen, Aufmerksamkeit willentlich zu lenken und Störreize auszublenden, wodurch die Aufnahme von Lerninhalten erschwert werden kann (Inhibition). Zudem kann die vorübergehende Speicherung von Informationen (Arbeitsgedächtnis) erschwert sein (Harris et al., 2013). Dass dem Arbeitsgedächtnis ein hoher Stellenwert für die Sprachentwicklung zukommt, bestätigten unter anderem Diller und Grasner (2009) in einer deutschen Studie. Der Vergleich zwischen den 24 getesteten CI-implantierten Kindern (durchschnittliches

⁵⁸ Nach Vygotsky sind für bestimmte kognitive Erfahrungen sprachlich-kommunikative Interaktionen mit anderen Sozialpartnern und -partnerinnen von entscheidender Bedeutung (wobei in vielen Lern- und Entwicklungssituationen beide Erfahrungsmöglichkeiten miteinander kombiniert sind; Vygotsky, 1987).

⁵⁹ Exekutive Dysfunktion wird hier als übergeordneter Begriff verstanden, der die Fehlfunktion verschiedenartiger motivationaler, emotionaler und kognitiver Funktionen beschreibt. „Beim Vorliegen einer [exekutiven Dysfunktion] kommt es oft nicht nur zu kognitiven oder geistigen Veränderungen, sondern auch zu Verhaltensauffälligkeiten [...] sowie Persönlichkeitsstörungen“ (Müller, Friedrich & Lautenbacher, 2014, S. 509).

⁶⁰ Das Fördern exekutiver Funktionen hat sich allgemein als erfolgreich erwiesen (Martin, Craft & Sheng, 2001; Mousley & Kelly, 1998). Als deutschsprachiges Beispiel gilt das evaluierte Denktraining von Klauer und Marx (2007), das sich auch positiv auf die kognitive Entwicklung von Kindern mit Hörbehinderung auswirken kann.

Höralter 47,83 Monate) und 24 hörenden Kindern (durchschnittliches Höralter 48,29 Monate) ergab, dass die Verarbeitungsqualität von sprachlichem Input unbekanntem Inhalts sprachliche Leistungen am besten vorhersagen konnte: Die Exaktheit der Verarbeitung von sprachlichem Input mit unbekanntem Inhalt fiel bei Kindern mit CI-Versorgung signifikant niedriger aus als bei der Kontrollgruppe, beispielsweise ließen sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Satzverständnis und den einzelnen Indikatoren der Arbeitsgedächtnisleistungen ($r = .52$ bis $r = .60$; außer Gedächtnisspanne für Wortfolgen) sowie zwischen der Enkodierung semantischer Relationen oder des Satzgedächtnisses und dem Arbeitsgedächtnis feststellen ($r = .53$ bis $r = .81$). Diller und Grasner resümieren folgerichtig: „Die Verarbeitungsqualität scheint sich als der entscheidende Faktor für die auch in dieser Studie festgestellten Lernrückstände der Kinder mit CI im Bereich der rezeptiven Sprachleistungen zu erweisen“ (Diller & Grasner, 2009, S. 6).

Die wichtige Fähigkeit, andere Sachverhalte und Personen aus unterschiedlichen Perspektiven wahrzunehmen sowie deren Handlungen zu verstehen und voraussagen, kann für Kinder mit Hörbehinderung ebenfalls erschwert sein. Anhand dieser Fähigkeit, die als ‚Theory of Mind‘ bezeichnet wird, soll im Folgenden der Bereich der kognitiven Flexibilität beispielhaft dargestellt werden.

Theory of Mind-Fähigkeiten bzw. deren Entwicklung sind sowohl von kindbasierten Faktoren als auch von umweltbezogenen Faktoren abhängig. Zu den kindbasierten Faktoren zählt unter anderem die sprachliche Kompetenz der Kinder, zu den Umweltfaktoren z.B. die Qualität des sprachlichen Inputs, den ein Kind durch seine Eltern erfährt.

Für diesen Kontext arbeiteten beispielsweise Stanzione und Schick (2014) in einem Review heraus, dass bei Kindern mit Hörbehinderung, die sprachliche Probleme (insbesondere in den Bereichen Syntax und Wortschatz) aufweisen, Defizite in der Entwicklung der Theory of Mind zu beobachten sind.⁶¹ Einen anderen relevanten Zusammenhang, der deutlich wurde, bildet die Qualität des Diskurses zwischen Mutter und Kind in Verbindung mit der Entwicklung der Theory of Mind des Kindes sowie das Ausmaß, in welchem die Mutter über Gefühle, Annahmen und Gedanken („Mental Talk“) kommuniziert. Hörende Mütter eines Kindes mit Hörbehinderung neigen laut des Ergebnisses des Reviews weniger dazu, Konversationen über „mental states“ (Stanzione & Schick, 2014, S. 308) zu führen als hörende Mütter mit einem Kind ohne Hörbehinderung. Allgemein schneiden Kinder mit Hörbehinderung bei Theory of Mind-Tests schlechter ab als Kinder ohne Hörbehinde-

⁶¹ In Tests, die offene Methoden zur Theory of Mind-Erhebung anwenden, schneiden Kinder mit Hörbehinderung besser ab (Marschark, Green, Hindmarsh & Walker, 2000; Rhys-Jones & Ellis, 2000).

rung (Peterson, 2016; Ziv, Most & Cohen, 2013). Beispielsweise ergab der „False Belief“-Test in der Untersuchung von Ziv et al. (2013, $N = 53$) einen signifikanten Gruppenunterschied zwischen gebärdensprachlich kommunizierenden Kindern mit Hörbehinderung und Kindern ohne Hörbehinderung, $F(2, 46) = 5.87, p < .01, \eta^2 = .20$.

Da im Diskurs der exekutiven Funktionen die Begriffe ‚Intelligenz‘ und ‚Kognition‘ teils verschiedentlich definiert und nicht mit hinreichender Trennschärfe verwendet werden, soll an dieser Stelle kurz auf den Begriff ‚Intelligenz‘ eingegangen werden, insbesondere um die Begrifflichkeiten Kognition und Intelligenz adäquat voneinander abzugrenzen. Während Kognition als Sammelbegriff Prozesse beschreibt, die zu Akquisition, Persistenz und Abrufen von Wissen unter diversen Bedingungen obligat sind (Gigerenzer, 2014, S. 886), wird Intelligenz als kognitionspsychologisches Konstrukt auf inhaltlicher Ebene gängig als die zusammengesetzte Fähigkeit beschrieben, „zweckvoll zu handeln und sich mit seiner Umgebung wirkungsvoll auseinanderzusetzen“ (Dorsch et al., 2014, o.S. zit. nach Wild et al. 2001). Eine mögliche, häufig zitierte operationale Definition lautet nach Boring (1886-1968): „Intelligenz ist das, was der Intelligenztest misst“, da sich das Konstrukt Intelligenz „nur indirekt über die Bearbeitung von Items manifest einschätzen lässt“ (Dorsch et al., 2014, o.S.).⁶²

Bezogen auf den Begriff der Intelligenz steht hier die Frage im Fokus, wie Intelligenz bei Kindern mit Hörbehinderung effektiv gemessen werden kann. Als Teilbereich von Intelligenz deckt die nonverbale Intelligenz zwar lediglich einen Teil der Fähigkeiten ab, die für das schulische Lernen benötigt werden. Dennoch sind aufgrund der verzögerten und erschwerten sprachlichen Entwicklung von Kindern mit Hörbehinderung zur Überprüfung ihrer Intelligenz nonverbale Tests unbedingt verbalen Tests vorzuziehen (Hintermair et al., 2011).⁶³

Entsprechend wird im deutschsprachigen Raum der nonverbale und für Kinder mit Hörbehinderung normierte Intelligenztest Snijders-Oomen Nonverbaler Intelligenztest (SON-R; Tellegen, Laros & Petermann, 2012) weitläufig eingesetzt. Es gibt empirische Hinweise darauf, dass gehörlose Kinder mit genetischer Gehörlosigkeit bzw. gehörlose Kinder ge-

⁶² Bislang existiert keine allgemeine akzeptierte und einheitliche Definition von Intelligenz, jedoch eine Vielzahl von Theorien und Modellen (z.B. faktorenanalytisch gewonnene klassische Modelle nach Spearman oder Cattell und alternative Intelligenzmodelle nach Gardner oder Sternberg), auf die im gegebenen Kontext nicht näher eingegangen wird.

⁶³ Konsequenterweise erreichen Kinder mit Hörbehinderung bei verbalen Intelligenztestungen in der Regel Werte, die unter dem Durchschnitt der hörenden Norm liegen bzw. eine hohe Variabilität aufweisen (Maller & Braden, 2011).

hörloser Eltern bessere Ergebnisse bei nonverbalen Intelligenztests erzielen als gehörlose Kinder hörender Eltern mit gehörlosen Geschwistern (Kusché, Greenberg & Garfield, 1983; Maller & Braden, 2011; Sisco & Anderson, 1980; Zwiebel, 1987). Zum einen werden diese Resultate auf eine Genmutation (Connexin-26-Mutation) zurückgeführt (Maller & Braden, 2011). Zum anderen werden Umwelt- bzw. Sozialisationsfaktoren als Gründe für bessere Ergebnisse gehörloser Kinder gehörloser Eltern betrachtet, da gebärdensprachliche Kommunikation Lernen erleichtert und somit einen Zugewinn für die kognitive Entwicklung der gehörlosen Kinder generiert (Sisco & Anderson, 1980; Zwiebel, 1987).

In anderen Studien erreichten gehörlose Probandinnen und Probanden bei einigen visuell-räumlichen Aufgaben höhere Werte als hörende Testpersonen, z.B. bei Aufgaben, die das visuell-räumliche Gedächtnis beanspruchen bzw. visuell-räumliche Aufgaben allgemein (Braden, Kostrubala & Reed, 1994; Marschark, 2006). Aufgaben, die das sequentielle Gedächtnis erfordern, lösten gehörlose Probandinnen und Probanden (auch mit CI-Versorgung) hingegen schlechter als hörende Testpersonen (Conway, Pisoni, Anaya, Karpicke & Henning, 2011; Fagan, Pisoni, Horn & Dillon, 2007). Abgesehen von den teilweise auffälligen IQ-Werten gehörloser Kinder gehörloser Eltern weisen Kinder mit Hörbehinderung in der Regel normalverteilte IQ-Werte auf (z.B. Hintermair, 2011; Vernon, 2005).

Allgemein sind folgende Fragen bei der Beurteilung von (IQ-)Testergebnissen in Studien zu Kindern mit Hörbehinderung zu berücksichtigen: Ist die Stichprobe repräsentativ für Kinder mit Hörbehinderung? Schließt die Stichprobe Kinder mit ein, die eventuell nicht identifizierte Behinderungen haben? Verstehen die Probandinnen und Probanden die Testanweisung? Haben die Items für Kinder mit Hörbehinderung eventuell eine andere Bedeutung, weil sie andere Lernmöglichkeiten oder andere Erfahrungen mit dem Material hatten? Misst der Test das, was er erheben soll (z.B. Intelligenz) oder die sprachliche Kompetenz der Kinder wie etwa bei (dem häufigen) Einsatz des verbalen Intelligenztests K-ABC in der Diagnostik von Kindern mit Hörbehinderung?

3.2.4 Sozial-emotionale Entwicklung

Die Entwicklung der sozial-emotionalen Kompetenz umfasst die Fähigkeiten, eigene Gefühle sowie Gefühle anderer zu erkennen und zu benennen sowie positive und negative Emotionen angemessen zu regulieren, Gefühle auf der Grundlage eines breit gefächerten Emotionswissens verstehen sowie Empathie und prosoziale Verhaltensweisen zeigen zu können (Petermann & Wiedebusch, 2008, S. 14).

Im Vergleich zu ihren hörenden Peers scheinen Kinder mit (auch einseitiger) Hörbehinderung Schwierigkeiten in ihrer sozial-emotionalen Entwicklung aufzuweisen (Burger & Schmidt-Haupt, 2008; Dammeyer, 2010; Holzinger, o.J., S. 52ff; Hintermair, 2013; Hintermair & Wiegand, 2011; Jiménez-Romero 2015; Keilman, Limberger, & Mann, 2007; Kluwin, Stinson & Colarossi, 2002; van Eldik, Treffers, Verrman & Verhulst, 2004).⁶⁴ Unter anderem bestätigt eine große Studie aus dem deutschsprachigen Raum diese These. Im Zuge der Validierung des ‚Strengths and Difficulties Questionnaire‘ (SDQ-D) für Kinder mit Hörbehinderung wurden die Bögen von 213 Müttern und Vätern hörbehinderter Kinder im Alter von vier bis 13 Jahren ausgewertet. Die Evaluation ergab einen im Vergleich zur hörenden Normstichprobe erhöhten Gesamtproblemwert um das 2.6-fache (Angaben der Mütter) bzw. 3.0-fache (Angaben der Väter). Insbesondere die Prävalenz emotionaler Probleme sowie der Skalenwert der Probleme mit Gleichaltrigen waren in der Studie von Hintermair (2006c) erhöht. Der Skalenwert emotionaler Probleme war im Vergleich zur hörenden Normstichprobe um das 5.0-fache (Angaben der Mütter) sowie um 3.7-fache (Angaben Väter) erhöht. In Bezug auf Probleme mit Gleichaltrigen wurde eine 3.3-mal (Angaben der Mütter und der Väter) höhere Prävalenz festgestellt (Hintermair 2006). Ähnliche Ergebnisse resultierten aus der Analyse von Lehrerinnen- und Lehrer-Angaben, die für 145 Schülerinnen und Schüler (Alter *Median* = 13.2, *M* = 12.8, *SD* = 3.3) mit Hörbehinderung (von leichter Schwerhörigkeit bis Taubheit relativ gleich verteilt; *n* = 102 mit CI versorgt) den SDQ-D sowie eine deutsche Version des ‚Behavior Rating Inventory of Executive Functions‘ (BRIEF-D) ausfüllten (Hintermair et al. 2011). Die Analyse der BRIEF-Skalen ergab eine um 4.1-fach erhöhte Rate sozial-emotionaler Auffälligkeiten im Vergleich zur Normstichprobe. Die höhere Auftretenswahrscheinlichkeit sozial-emotionaler Probleme sieht das Forscherteam in einem Zusammenhang mit vermehrten Problemen im Bereich der exekutiven Funktionen, die um ein 4.4-faches erhöht waren, sowie in der kommunikativen Kompetenz des Kindes. Zwischen dem ‚Index Metakognition‘ und der Skala ‚Verhaltensauffälligkeiten‘ wurde ein signifikanter Zusammenhang ermittelt, $r = .39$, $p < .001$. Auch zwischen der kommunikativen Kompetenz des Kindes und seiner sozial-emotionalen Entwicklung konnte ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ($r = .21$, $p < .05$), sodass das Autorenteam resümiert: „Je kompetenter die Kinder [kommunikativ – unabhängig der sprachlichen Modalität] sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit für sozial-emotionale Probleme“ (Hintermair et al., 2011, S. 95; siehe auch Hintermair & Wiegand 2011 und für Kinder mit einseitiger Hörschädigung: Jiménez-Romero

⁶⁴ Die hier genannten Studien beziehen sich nicht auf Stichproben aus inklusiven Settings mit Vorschulkindern oder Jugendlichen mit Hörbehinderung (siehe dazu z.B. Barker et al., 2009; Hintermair & Korneffel, 2013; van Eldik et al., 2004; Wauters & Knoors, 2008). Die Analysen bestätigen Schwierigkeiten in der Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenzen.

2015). Tests ergaben darüber hinaus, dass sich Kinder mit Hörbehinderung weniger akzeptiert, häufiger zurückgewiesen und einsam fühlen. Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl von Kindern mit Hörbehinderung scheinen folglich unausweichlich. Beispielsweise gaben 30 % der befragten Eltern im Rahmen der CHEERS-Studie an, dass ihre Kinder ein niedriges Selbstwertgefühl hätten (Holzinger, o.J., S. 50).⁶⁵

Wie eingangs erwähnt, wird die Kompetenz eigene und die Gefühle anderer zu benennen und zuzuordnen als Teil sozial-emotionaler Fähigkeiten gefasst (Petermann & Wiedebusch, 2008, S. 14). Auf der Grundlage der wissenschaftlichen Untersuchungen kann die These formuliert werden, dass es einzelne Gefühle gibt, die Kinder (im Alter von 5-13 Jahren) mit und ohne Hörbehinderung leichter als andere erkennen und zuordnen können. Dabei kann folgende Hierarchie festgehalten werden: In der Regel können Kinder ‚Freude‘ am ehesten korrekt benennen und zuordnen. Ähnlich gut gelingt Kindern dies in Bezug auf Trauer, wobei Trauer von den Kindern auch als Sammelbegriff für negative Emotionen allgemein genutzt wird. Wut und Angst zu erkennen und zuzuordnen fällt Kindern geringfügig schwerer. Beim Erkennen und Zuordnen von komplexeren Gefühlen wie Überraschung und Ekel machen Kinder tendenziell die meisten Fehler (Gray, Hosie, Russell, Scott & Hunter, 2007; Rieffe, 2012; Wiefferink, Rieffe, Ketelaar, De Raeve & Frijns, 2013; Ziv et al., 2013). Die Studienlage zeigt jedoch auch auf, dass Kinder mit Hörbehinderung Schwierigkeiten haben, selbst die Grundemotionen ‚Freude‘, ‚Trauer‘, ‚Wut‘ und ‚Angst‘ schnell und korrekt zu benennen (Dyck, 2012; Gray et al., 2007; Ludlow, Heaton, Rosset, Hills & Deruelle, 2010).

Anhand der wenigen vorliegenden Studienergebnisse für Kinder mit Hörbehinderung (mit mindestens mittelgradiger Schwerhörigkeit oder CI-versorgt) liegt die Vermutung nahe, dass ein allgemeiner Zusammenhang zwischen der Sprachkompetenz eines Kindes besteht und dem jeweiligen Ergebnis eines Tests, der das Erkennen und Benennen von Emotionen erhebt. Dabei sind weder die Sprachmodalität des Kindes noch die Art bzw. der Grad der Hörschädigung oder die Hörgeräteversorgung entscheidend, sondern allein die kommunikative Kompetenz des Kindes (Ludlow, et al. 2010; Rieffe, 2012; Wiefferink et al., 2013; Ziv et al., 2013). Genauso wie die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern mit Hörbehinderung erfolgreich gefördert werden können, so können auch ihre Strategien

⁶⁵ Angaben zu einer möglichen Operationalisierung des Konstrukts ‚Selbstwertgefühl‘ sind in der Zusammenfassung der Studie nicht aufgeführt. Der Begriff ist jedoch alltagssprachlich eindeutig und wird als Synonym für ‚Selbstwert‘ gebraucht. Selbstwert wird als „die Bewertung des Bildes von sich selbst [...] und damit eine grundlegende Einstellung gegenüber der eigenen Person“ (Schütz, 2014, S. 1526) definiert.

Emotionen zu regulieren sowie das Identifizieren von Emotionen durch gezielte Förderung verbessert werden (Dyck & Denver, 2003).

3.2.5 Visuelle Wahrnehmung

Als Resümee der Darstellung der sprachlichen Entwicklung von Kindern mit Hörbehinderung wird hier die Forderung erhoben, Lerninhalte visuell so aufzuarbeiten, dass sie diesen Kindern optimale Wahrnehmungsmöglichkeiten bieten. Dabei ist die spezielle Visualisierung durchaus mit Einschränkungen verbunden, denn es gibt „bei Gehörlosen keine generelle Verbesserung des Sehsinns, der visuellen Wahrnehmung oder der visuell räumlichen Verarbeitung: Sie scheinen sogar anfälliger für Sehprobleme zu sein als Hörende“ (Hintermair et al., 2014, S. 133). Diese Aussage rekurriert unter anderem auf das Fazit der Studie von Guy, Nicholson, Pannu und Holden (2003), wonach 48 (43,3 %) der 122 getesteten leichtgradig schwerhörigen bis tauben Kinder (Alter *Spanne* = 0;8 – 16;8 Jahre) Sehprobleme aufwiesen.

Neben der erhöhten Prävalenz von Sehproblemen scheinen visuell orientierte Kinder auch leichter durch visuelle Reize ablenkbar zu sein, was auf ihre – im Vergleich zu gut hörenden Kindern – größere Sensitivität für periphere visuelle Reize (z.B. Veränderungen in der Helligkeit oder Bewegung) zurückgeführt wird (Marschark & Knoors, 2012). Einerseits können die Kinder ihre Umwelt visuell genauer bzw. breiter wahrnehmen, andererseits können periphere Reize auch starke Ablenkungen zur Folge haben, was als eine Ursache für kürzere Aufmerksamkeitsspannen betrachtet wird (Dye, Hauser & Bavelier, 2008). Matthews und Reich (1993) beispielsweise werteten Videoaufnahmen von Unterrichtssituationen aus manuell kommunizierenden unteren Klassen einer High School für Kinder mit Hörbehinderung aus (Alter *Spanne* = 13 – 15 Jahre). Die Analyse der Videoaufnahmen ergab, dass die Mitschülerinnen und Mitschüler ihre Klassenkameradinnen und -kameraden, während sie einen Beitrag zum Unterricht leisteten, ca. 30 % der Zeit ansahen; Lehrerinnen und Lehrer wurden von ihren Schülerinnen und Schülern durchschnittlich zu 44 % angeschaut. Dieses ‚visuelle Fokussieren‘ lernen und üben gehörlose Kinder in der Regel bis zum Erwachsenenalter (Rettenbach, Diller & Sireteanu, 1999). Wie genau dieser Lernprozess des visuellen Fokussierens abläuft, ist jedoch unklar: „Offensichtlich [bestehen] große individuelle Unterschiede darin, wann und wie gut verschiedene Kinder dieses Gleichgewicht zwischen Interaktionen mit Einzelpersonen und der Umwelt als Ganzes herstellen können“ (Hintermair et al., 2014, S. 61).

3.3 Kindzentrierte Präventionsprogramme gegen sexuellen Missbrauch

Eine gute Option im Rahmen von Präventionsarbeit als organisierte Anstrengung, um sexuelle Übergriffe gegen Kinder unwahrscheinlicher zu machen, bildet die kindzentrierte Präventionsarbeit (siehe Kapitel 2.2). Wenn kindzentrierte Präventionsarbeit flächendeckend in Schulen fest etabliert wäre, könnten theoretisch alle Kinder eines Landes erreicht werden. Kindzentrierte und an Schulen institutionalisierte Präventionsarbeit wäre ein entscheidender Baustein eines multiperspektivischen Präventionsansatzes.

In Anlehnung an US-amerikanische Präventionsansätze bestimmt auch im deutschsprachigen Raum der „Empowerment“-Ansatz die gewaltpräventive Theorie und Praxis. Neben den hier bestimmenden gefahrenthematisierenden Vermittlungszielen können weitere Präventionsziele genannt werden, die sich auf den Bereich des missbrauchsunspezifischen Empowerments beziehen. Hierzu gehört die Einbettung der Präventionsarbeit mit Kindern bzw. Jugendlichen in die allgemeinpräventiven Bereiche der sexuellen Bildung, Förderung von Medienkompetenz, Genderkompetenz, emotionalen Kompetenz und Sozialkompetenz bzw. in den Bereich der ICH-Stärkung (Brandl, Vogelsang, Bäumeier, Schneider in Vorbereitung; Damrow, 2006). Kernpunkt dieser „Ermächtigungsstrategie“ ist die Überlegung, dass potenzielle Betroffene durch den Abbau der eigenen Ohnmacht effektiv vor (sexueller) Gewalt geschützt werden können. David Finkelhor, publikationsstarker und im präventiven Bereich richtungsweisender US-amerikanischer Sozialwissenschaftler, brachte im Jahre 2007 die Wichtigkeit der Prävention sexuellen Missbrauchs durch kindzentrierte Programme wie folgt auf den Punkt: „The weight of currently available evidence shows that it is worth providing children with high-quality prevention-education programs“ (Finkelhor, 2007, S. 644). Um das Risiko zu verringern, sexuellen Missbrauch zu erfahren, wird kindzentrierte Prävention jedoch eben lediglich als Teil eines umfassenden multiperspektivischen Ansatzes empfohlen (siehe Kapitel 3.1.5; MacIntyre & Carr, 2000). Ergänzend resümieren MacIntyre und Carr (2000) in einem Review-Artikel: „Child abuse prevention programmes can lead to significant gains in children’s, parents’ and teachers’ safety knowledge and skills“ (ebd., S. 183). Sie heben somit darauf ab, dass kindzentrierte Präventionsprogramme auch die Bezugspersonen der Kinder mit einbeziehen sollen und dass sich dieses Vorgehen als erfolgreich erwiesen hat. Diese Möglichkeiten und die Mehrdimensionalität von Prävention soll beachtet werden, wenn im Folgenden ausschließlich über Studienergebnisse berichtet wird, die das Training potenzieller Betroffener und deren Outcomes fokussieren.

Um den aktuellen Forschungsstand hierzu möglichst vollständig zu reflektieren, wurde

zwischen März 2013 und März 2014 als Vorbereitung auf die Konzeption eines Präventionstrainings speziell für Kinder mit (Hör-)Behinderung eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken ERIC, MEDLINE, PSYNDEX und PsychINFO mit den Schlagwörtern (deaf/disab*/special needs AND) children AND sexual abuse/violence AND prevention AND training/program/school durchgeführt. Zudem wurden alle Literaturverzeichnisse relevanter Studien ausgewertet. Folgende Einschlusskriterien wurden definiert: Erstens sollte sich die Studie auf Kinder im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren beziehen. Zweitens sollten diese ein Präventionstraining zu sexuellem Missbrauch durchlaufen haben. Drittens sollte das Training als Gruppentraining durchgeführt worden sein. Viertens sollten die Studien einem möglichst hohen Evidenzlevel (siehe Kapitel 2.4; Tabelle 2) entsprechen.

Insgesamt wurden alle relevanten Studien aus dem nationalen und internationalen Raum ausgewählt, die den Einschlusskriterien entsprachen und Präventionstrainings für Kinder im Grundschulalter bzw. Kinder im Alter von ca. sechs bis zwölf Jahren in einem Gruppensetting erprobt hatten.⁶⁶ Dieser Studienkorpus dient im Folgenden als Grundlage, um Präventionstrainings für Kinder mit Hörbehinderung sowie allgemeine Inhalte von Präventionstrainings zu beschreiben. Anschließend werden die Ergebnisse der Evaluationsstudien gegliedert nach erwünschten und unerwünschten Ergebnissen dargestellt.

3.3.1 Präventionstrainings für Kinder mit Hörbehinderung

1983 veröffentlichte O'Day das Programm „Preventing Sexual Abuse of Persons with Disabilities – A Curriculum for Hearing Impaired, Physical Disabled, Blind and Mentally Retarded“ für Menschen mit Behinderungen im Alter zwischen 13 und 20 Jahren. Dies war das erste Präventionskonzept für Menschen mit Behinderungen. Das Curriculum behandelt neun Themenbereiche: Wortschatz zu sexuellem Missbrauch, Berührungen, Fakten zu sexuellem Missbrauch, Vergewaltigung durch Bekannte, Inzest, Hilfestrategien, Reaktionen und Gefühle von Betroffenen, persönliche Sicherheit und Durchsetzungsvermögen. Das Programm ist insofern zu erwähnen, als es sich explizit auch an Menschen mit Hörbehinderung richtet. Seither wurden zahlreiche kindzentrierte Präventionsprogramme konzipiert und veröffentlicht. Obwohl der Bedarf evident ist (siehe Kapitel 3.1), wurde bislang jedoch weder national noch international ein spezifisches Präventionstraining ausschließlich und gezielt für Kinder mit Hörbehinderung entwickelt und evaluiert.

⁶⁶ Für Programme, die einen ‚community based‘-Ansatz verfolgen, siehe z.B. Cox, 1998 oder Plummer, 2001.

Im deutschsprachigen Raum wurde erst ein einziges spezifisches Präventionstraining für Kinder mit Hörbehinderung entwickelt und veröffentlicht: „Gehörlos – sprachlos – missbraucht“ von Dietzel (2004). Da dieses Programm jedoch weder evidenzbasiert noch evaluiert ist, kann an dieser Stelle lediglich seine Existenz erwähnt werden. Allgemein ist festzustellen, dass es im deutschsprachigen Raum zwar durchaus Präventionsangebote für Kinder mit Behinderung gibt. Diese sind jedoch weder evaluiert, noch benennen und berücksichtigen sie explizit die besonderen Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung, so z.B. „Echt Stark!“ des Präventionsbüros Petze in Kiel (Präventionsbüro Petze, 2005). Anknüpfend an die Review-Artikel von Tsui (2008) und Barger, Wacker, Macy und Parish (2009) beschreiben Chodan, Häßler und Reis (2014) in einem aktuellen, systematisch recherchierten Überblicksartikel die dünne nationale und internationale Forschungslage zur Prävention von sexuellem Missbrauch geistig behinderter Menschen und diesbezüglich implementierten Programmen in Deutschland. Zwar berichten die von Chodan et al. (2014) zitierten Reviewartikel und Einzelstudien prinzipiell positive Ergebnisse der präventiven Maßnahmen, jedoch schlußfolgern die Autorin und Autoren: „Gerade im deutschsprachigen Raum sind dringend erste wissenschaftliche Evaluationsstudien vonnöten“ (ebd., S. 95). Denn nur mittels reliabler und valider Evaluationsergebnisse sind fundierte Aussagen zur Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen für Menschen mit Behinderung möglich (siehe Kapitel 2.4).

Aus heutiger Sicht sind mithin noch keine evidenzbasierten und evaluierten Präventionstrainings für Kinder mit (Hör-)Behinderung verfügbar, die den oben definierten Einschlusskriterien entsprechen. Die weiteren Ausführungen beziehen sich auf präventive Angebote für Kinder ohne Behinderung, die mit den Ergebnissen ausgewählter Studien in Beziehung gesetzt werden.

3.3.2 Inhalte von Präventionstrainings

Die meisten evaluierten Präventionsprogramme, die über die Recherche auffindbar waren, stammen aus dem englischsprachigen bzw. anglo-amerikanischen Raum. Das erste evaluierte Präventionstraining ist das von Wurtele (1986) konzipierte „Behavioral Skills Training“, welches unter anderem von Lee und Tang für weibliche Jugendliche mit leichter geistiger Behinderung (1998) evaluiert wurde.

Zu den evaluierten Präventionstrainings, die gut dokumentiert sind, gehören neben dem Behavioral Skills Training, das später in „Body Safety Training“ (Wurtele, 2007) umbenannt wurde, das „Child Assault Prevention Program“ (CAP, Cooper, 1991), das „Good Touch Bad Touch Program“ (Church, 1983), „Feeling Yes, Feeling No“ (National Film

Board of Canada, 1984), „Keeping Ourselves Safe“ aus Neuseeland (Briggs 1991), der Präventionsklassiker „Red Flag, Green Flag“ (Grimm & Montgomery, 1980), „Stay Safe“ aus Irland (MacIntyre & Lawlor, 1991), das US-amerikanische „Talking About Touching“ des Seattle Institute for Child Advocacy (1985) sowie „Who do you tell“ aus Kanada (Calgary Sexual Assault Centre, 1983). Eine Übersicht über die genannten internationalen Präventionsprogramme sowie weitere kindzentrierte Präventionsprogramme aus dem deutschsprachigen Raum sind im Anhang B aufgeführt.

Obwohl die Methodik, der zeitliche Umfang sowie die Zielgruppen der Präventionstrainings stark divergieren, kristallisieren sich bei der Analyse der Inhalte der Trainings gemeinsame zentrale Bestandteile heraus (siehe Anhang B). Diese entsprechen mehr oder minder den von O'Day (1983) inkludierten präventiven Themen:

Although there are many different C[hild] S[exual] A[buse] education programmes, the majority of these programmes teach concepts related to improving self-esteem, learning to say 'No', acquiring body safety skills, and discriminating between acceptable and non-acceptable touch. (Kenny, Capri, Thakkar-Kolar, Ryan & Runyon, 2008, S. 38).

Topping und Barron (2009) fassen in ihrem systematischen Review die Kerninhalte von Präventionsprogrammen auf Basis von 22 gesichteten Studien zusammen und kommen zu dem gleichen Ergebnis wie Davis und Gilycz (2000) in ihrer Beschreibung von Inhalten und Zielen. Diese Inhalte und Ziele von Präventionsprogrammen können in zwei Bereiche unterteilt werden: das deklarative Wissen und das prozedurale Wissen. Präventionstrainings bestehen in der Regel zum einen aus Anteilen, die deklaratives Wissen vermitteln, und zum anderen aus Anteilen, die prozedurales Wissen, d.h. Handlungsstrategien bzw. das Verhalten in missbräuchlichen und Disclosure-Situationen präzisieren und einüben. Beide Bereiche sind eng miteinander verknüpft und werden eingesetzt, um den Strategien von Täterinnen und Tätern präventiv zu begegnen und betroffene Kinder zur Disclosure zu ermutigen.

Die meisten Präventionsprogramme thematisieren im deklarativen Wissensbereich die Begrifflichkeiten der Geschlechtsteile. In diesem Zusammenhang lernen die Kinder ihr Selbstbestimmungsrecht kennen, also dass ihr Körper ihnen gehört und nur sie selbst darüber bestimmen. Anknüpfend daran werden den Kindern die unterschiedlichen Arten von Berührungen erklärt, differenziert in angemessene und unangemessene bzw. ‚gute‘ und ‚schlechte‘ Berührungen, wobei je nach Präventionsprogramm auch farbige Kennzeichnungen genutzt werden (grün vs. rot). In diesem Zusammenhang wird generell betont, dass eine unangemessene Berührung – also eine sexuelle Missbrauchstat – nie die

Schuld des betroffenen Kindes ist, sondern immer die Schuld der die Tat ausführenden Person.

In unmittelbarer Verbindung mit dem Thema Berührungen werden den Kindern Handlungsstrategien näher gebracht, insbesondere das ‚Nein-Sagen‘ und Möglichkeiten sich aus Risikosituationen zu entfernen. Haben sie das deklarative Wissen des Selbstbestimmungsrechts und des Rechts auf ‚Nein‘ erworben, erwerben sie nun das prozedurale Wissen, wie sie von ihrem Recht, eigene Grenzen zu setzen, Gebrauch machen können.

Die enge Verknüpfung der beiden Wissensbereiche lässt erkennen, dass sie auch in dem Prozess der Vermittlung vermutlich selten getrennt zur Sprache kommen. Die Differenzierung ist jedoch theoretisch von signifikanter Bedeutung, indem das deklarative Wissen die Voraussetzung dafür ist, dass das Kind bewusst und stark zum eigenen Schutz handeln kann. Die theoretische Trennung der beiden Bereiche bildet somit die Wissensgrundlage aller, die Präventionsprogramme implementieren.

Die Handlungsstrategien werden ergänzt, indem die Wichtigkeit des Hilfe-Holens bei Erwachsenen betont wird. Hier werden folglich erwachsene Personen als primäre Helferinnen und Helfer empfohlen. Das Wissen über persönliche Helferinnen und Helfer und deren Ansprechbarkeit bildet einen Teil der Handlungsstrategien und ist ebenso notwendig im Umgang mit Geheimnissen, da der Begriff des Geheimnisses durch Täterinnen und Täter regelmäßig verwendet wird, um Missbrauch zu vertuschen und die betroffenen Kinder an sich zu binden. Um einen sicheren Umgang mit Geheimnissen zu erzielen, vermitteln die meisten Präventionsprogramme die Differenzierung zwischen Geheimnissen, die weitergesagt werden dürfen und solchen, die tatsächlich geheim bleiben sollen.

Dass das Thema ‚Hilfe holen‘ einen zentralen Aspekt von kindzentrierten Präventionsprogrammen darstellt, wird auch von den Mitarbeitenden des BMBF-Projekts „Präventionsmaterialien für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zum Themenbereich Sexualisierte Gewalt. Systematische Zusammenstellung und Entwicklung eines dynamischen Bewertungssystems zur Qualitätssicherung“ betont:

Im Zentrum der Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen steht eine alters- und diversitätssensible Aufklärung darüber, was sexualisierte Gewalt ist. Dazu gehören Informationen über mögliche Täter*innen, Täter*innenstrategien und die Botschaft, dass die Verantwortung für die Tat bei den Tatbegehenden liegt. Da betroffene Kinder/Jugendliche sexualisierte Gewalt in der Regel nicht selbst beenden können, sondern auf die Unterstützung und den Schutz Erwachsener angewiesen sind, benötigen sie Informationen über Ansprechpartner*innen und Hilfsangebote. (Förderverein Kinderschutzportal e.V., 2018, o.S.)

Neben den Gemeinsamkeiten kindzentrierter Präventionsprogramme bestehen auch Unterschiede hinsichtlich der vermittelten Inhalte. Diese betreffen unter anderem unvollständige Informationen über Sexualität und eine fehlende Vermittlung von Wörtern für Genitalien und sexuelle Handlungen. Unterschiede bestehen weiterhin in dem Ausmaß, in dem Brückenschläge in den Alltag von Kindern versucht und alltägliche Grenzverletzungen durch Eltern oder Fachkräfte thematisiert werden. Ebenso wird der Grad der Inklusion verschiedener Gruppen von Kindern in Beispielen und eingesetzten Materialien nicht überall in gleichem Umfang behandelt. Eine Bandbreite verschiedener Möglichkeiten zeigt sich auch in Hinblick darauf, wie genau erklärt wird, was sexueller Missbrauch ist, inwieweit Täterinnen und Täter ausdifferenziert und welche Vorgehensweisen von Täterinnen und Tätern beschrieben werden. Grundsätzlich ist klar, dass sich aus einer eingeschränkten Informationsvermittlung Einschränkungen ergeben, die einer umfassenden und genauen Information über präventionsrelevante Inhalte entgegenstehen. So ist zu prüfen, inwieweit die initial von allen Präventionsprogrammen angestrebten Inhalte mit dem Ziel, die Kinder durch präventives deklaratives Wissen und prozedurales Wissen vor sexuellem Missbrauch zu schützen (Kindler, 2015), tatsächlich verwirklicht werden.

In Anhang B ist eine Übersicht der Präventionsprogramme mit ihren Inhalten und Fertigkeiten ausgeführt.

3.3.3 Wirkung von Präventionstrainings

Da die Darlegung des aktuellen Forschungsstands bezüglich Präventionstrainings auf einer höchst möglichen Evidenzstufe (siehe Kapitel 2.4; Tabelle 2) basieren soll, werden die fünf Meta-Analysen von Berrick und Barth (1992), Heidotting, Keiffer und Wegener Soled (1994), Rispens, Aleman und Goudena (1997), Davis und Gildycz (2000) sowie von Topping und Barron (2009) als zentrale Quellen herangezogen.

Das Review von Berrick und Barth (1992) basiert auf 32 Studien, die zwischen 1981 und 1990 durchgeführt wurden. Von den 32 Studien wurden 13 Studien in die Meta-Analyse eingeschlossen, da diese eine Kontrollgruppe sowie eine Post-Testung nach Beendigung des Präventionstrainings berücksichtigten. Heidotting et al. (1994) erstellten eine quantitative Synthese, die 18 Studien zwischen 1984 und 1994 umfasst. Rispens et al. (1997) inkludierten in ihre Analyse 16 Studien, die zwischen 1985 und 1996 veröffentlicht wurden ($N = 1.700$, $EG = 1.180$, $KG = 520$). Die Meta-Analyse bei Davis und Gildycz (2000)⁶⁷

⁶⁷ Davis und Gildycz (2000) führten die Analysen zweimal durch: Einmal inkludierten sie die Studie von Nemerofsky, Carran und Rosenberg (1994), einmal exkludierten sie die Studie von ihren Berechnungen aufgrund ihrer großen Stichprobe ($N = 1.339$) und hoher Effektstärke ($d = 2.93$). Die

deckt ebenfalls den Recherchezeitraum zwischen 1985 und 1996 ab. Sie schloss jedoch 27 Studien mit Kontrollgruppen mit ein, sodass eine Stichprobe von $N = 8.115$ Kindern zwischen drei und 13 Jahren erreicht wurde und sie damit die umfassendste Meta-Analyse darstellt. Topping und Barron (2009) führten innerhalb ihres Reviews mit elf der 22 betrachteten Studien eine Meta-Analyse durch ($N = 5.812$), in die ausnahmslos Studien mit einem Bezug zur schulischen Prävention zwischen 1990 und 2001 eingeschlossen wurden.

Neben den fünf Meta-Analysen werden acht systematische Reviews von Wurtele (1987), Daro (1994), Finkelhor und Strapko (1992), MacMillan et al. (1994), Bevill und Gast (1998), MacIntyre und Carr (2000), Zwi et al. (2007), Kenny et al. (2008) sowie Topping und Barron (2009) als ergänzende zentrale Quellen genutzt. Wurtele (1987) schloss elf Studien in ihr Review ein, bei Finkelhor und Strapko sind es 25, bei Daro (1994) 17, bei MacMillan et al. (1994) sind es 19 und bei Bevill und Gast (1998) sind es zwölf. Die Reviews von MacIntyre und Carr (2000) basieren auf 30 Evaluationsstudien, das von Zwi et al. (2007) auf 15, Kenny et al. (2008) inkludierten 21 und Topping und Barron (2009) 22 Studien.

Obwohl das Review von Topping und Barron (2009) das aktuellste Review darstellt, wurden von den Autorinnen lediglich Studien bis zum Jahre 2001 berücksichtigt. Der Recherchezeitraum von Kenny et al. (2008) hingegen deckte nur den Zeitraum zwischen 1990 und 2007 ab, sodass die Ergebnisse der Meta-Analysen und Reviews von einschlägigen Ergebnissen teilweise durch Erkenntnisse aus Einzelstudien zwischen 2008 und 2014 ergänzt werden.

Maßgeblich wurden die Effekte der Präventionstrainings anhand von Sicherheitswissen, Fähigkeiten zur Selbstverteidigung, emotionalen Folgen, Risikoeinschätzung, Veränderung in Disclosure-Situationen sowie der Nachhaltigkeit der Wissensbestände und negativen Folgen (hier: hinsichtlich der Ängstlichkeit der Kinder) gemessen. Da Meta-Analysen bei gegebenen Anwendungsvoraussetzungen die wissenschaftlich aussagekräftigste Form der Zusammenfassung von Forschungsbefunden darstellen (siehe Kapitel 2.4), werden zunächst die Befunde bezüglich der Effektstärken der fünf vorliegenden Meta-Analysen berichtet. Es ist jedoch angesichts des Risikos eines ‚Publication Bias‘ zu fragen, inwiefern Studien mit negativem Outcome überhaupt veröffentlicht werden und somit in den Meta-Analysen und Reviews auftauchen (siehe Kapitel 2.4).

im Folgenden zitierten Werte basieren auf den Berechnungen inklusive der Studie von Nemerofsky, Carran und Rosenberg (1994).

Insgesamt lassen die errechneten moderaten bis hohen Effektstärken der Meta-Analysen von Berrick und Barth (1992), Heidotting et al. (1994), Rispens et al. (1997), Davis und Gildycz (2000) sowie von Topping und Barron (2009) darauf schließen, dass die Durchführung von Präventionstrainings sinnvoll und effektiv ist. Kinder, die an Präventionstrainings teilgenommen hatten, konnten anschließend z.B. missbräuchliche Situationen besser erkennen oder angemessene von unangemessenen Berührungen besser unterscheiden.

So ergaben die Analysen von Berrick und Barth (1992) aus 13 berücksichtigten Studien durchschnittlich eine große Effektstärke von $d = .90$, Heidotting et al. (1994) ermittelten im Durchschnitt eine mittlere Effektstärke von $d = .57$ bei Post-Testungen direkt im Anschluss an das Präventionstraining und eine mittlere Effektstärke von $d = .47$ bei Follow-up-Messungen. Die errechneten durchschnittlichen Effektstärken von Rispens et al. (1997) lagen bei den Post-Testungen bei $d = .71$ und beim Follow-up bei $d = .62$.⁶⁸ Die Meta-Analyse von David und Gildycz (2000) ergab eine allgemeine hohe Effektstärke der Trainings von $d = 1.07$. Die Analyse von Topping und Barron (2009) hingegen errechnete eine mittlere Effektstärke von $d = .61$. Insgesamt demonstrieren die Resultate der Meta-Analysen eindeutig, dass Kinder von der Teilnahme an Präventionstrainings profitieren.

Von welchen Parametern ein hoher Effekt eines Präventionstrainings abhängt, haben Davis und Gildycz (2000) genauer erhoben. Die größten Effektstärken, die die Wissenschaftlerinnen in ihrer Meta-Analyse ermittelten, resultierten aus einer höheren Anzahl an Trainingseinheiten. Präventionstrainings mit mehr als drei Trainingseinheiten erwiesen sich als sehr effektiv ($d = 1.536$) und damit am effektivsten von allen ermittelten Größen. Die überprüften Altersgruppen von drei bis fünf Jahren ($d = .937$), fünf bis acht ($d = 1.243$) und acht bis zwölf Jahren ($d = .770$) ergaben allesamt mittlere bis hohe Effektstärken. Ebenfalls eine große Effektstärke geht auf die aktive Teilnahme der Kinder zurück ($d = 1.202$). Werden Kinder aktiv mit in das Präventionsprogramm einbezogen, sind Trainings effektiver als solche, bei denen Kinder präventive Inhalte eher passiv rezipieren. Dieses Ergebnis korreliert mit der hohen Effektstärke von $d = 1.210$ für Präventionsprogramme, die auch ein Verhaltenstraining oder Rollenspiele mit einschließen ($d = .910$). Darüber hinaus erwiesen sich Puppenspiele ($d = .898$) und Filme als ergänzende Materialien ($d = .923$) als erfolgreich.

Alle gesichteten Meta-Analysen und systematischen Reviews konstatieren demnach die

⁶⁸ Der Wissenszuwachs der Kinder wird je nach Evaluationsstudie nach sechs Wochen bis zu mehreren Jahren nach Trainingsende getestet.

Effektivität und positiven Outcomes von Präventionstrainings für Kinder. Als ein erwünschtes Ergebnis von Präventionstrainings wird ein Kompetenzzuwachs im Bereich Wissen definiert, welches als relevant für die Prävention angesehen wird. Beispielsweise konkludieren Topping und Barron (2009): „Despite the diversity of programs, nearly all studies that explored the effects on self-protective knowledge found a small but significant average gain“ (ebd., S. 444).

Im Gegensatz zur Dokumentation erwünschter Wirkungen der Präventionstrainings ist die Dokumentation von unerwünschten Effekten unterrepräsentiert. Die negativen Effekte von Präventionstrainings, die untersucht wurden, lassen sich in sechs Gruppen unterteilen:

1. ‚Ängstlichkeit und Abhängigkeit‘ (Finkelhor & Dzuiba-Leatherman, 1995; Hébert, Lavoie, Piché & Poitras, 2001; Pohl & Hazzard, 1990; Tutty, 1997),
2. ‚Angst vor Fremden‘ (Hazzard, Webb, Kleemeier, Angert & Pohl, 1991; Hébert et al., 2001; MacIntyre & Carr, 1999; Pohl & Hazzard, 1990),
3. ‚Aggression‘ (Hébert et al., 2001; MacIntyre & Carr, 1999; Madak & Berg, 1992),
4. ‚Scham und Verletztheit‘ (Hazzard et al., 1991; Pohl & Hazzard, 1990; Tutty, 1997),
5. ‚Misstrauen gegenüber Berührungen‘ (Casper, 1999; MacIntyre & Carr, 1999; Taal & Edelaar, 1997),
6. ‚Risikowahrnehmung‘ (Finkelhor & Dzuiba-Leatherman, 1995).

Die negativen Effekte waren laut Topping und Barron nicht gravierend: „Negative effects reported were mostly small in number, mild in nature, and of short duration“ (Topping & Barron, 2009, S. 452). Sie wurden jedoch selten standardisiert gemessen und die Kinder selten direkt befragt (eine Ausnahme bilden z.B. Kiemel & Bogat, 1991), sondern basieren vielmehr auf Beobachtungen der Bezugspersonen und Lehrpersonen. Negative Effekte von Präventionstrainings stellten unter anderem Tutty (1997), Garbarino (1987), Taal und Edelaar (1997) oder Hazzard et al. (1991) fest. Tutty (1997) befragte beispielsweise die Eltern der Kinder bezüglich deren Ängstlichkeit. Vier der insgesamt 200 befragten Eltern bestätigten, dass sie ihre Kinder nach Abschluss des Präventionstrainings als ängstlich wahrnehmen. Jedoch gaben auch die als ängstlich beschriebenen Kinder an, dass ihnen das Präventionsprogramm gefallen habe. Zudem ließ sich kein signifikanter Anstieg im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ im Prä-Post-Vergleich feststellen. Andere Studienergebnisse lassen jedoch auf eine Zunahme von Ängstlichkeit schließen. Kenning et al. 1987 beispielsweise gehen davon aus, dass Kinder allein durch die Konfrontation mit der Missbrauchsproblematik ängstlicher werden. Garbarino (1987) stellte fest, dass sich rund die Hälfte der Mädchen und Jungen der vierten Klassen durch den Spiderman-Comic zum Thema

sexueller Missbrauch verängstigt fühlte. Taal und Edelaar (1997) untersuchten 161 Kinder zwischen 8 und 12 Jahren, die an der niederländischen Adaption des Präventionsprogramms „Feeling Yes, Feeling No“ teilgenommen hatten. Hier zeigten ältere Kinder eher Unbehagen gegenüber Berührungen, jedoch allgemein weniger soziale Ängstlichkeit. Umgekehrt stellten Hazzard et al. (1991) bei den Kindern nach der Teilnahme am Präventionstraining „Feeling Yes, Feeling No“ keinen Unterschied bezüglich allgemeiner Ängstlichkeit zwischen der Experimentalgruppe ($n = 286$) und der Wartekontrollgruppe ($n = 113$; Kinder) fest. Jedoch hatten 13 % der Kinder eine erhöhte Angst vor Fremden (13 %) und Scham (7 %).

Als Beispiele für Studien, die zwar negative Effekte erhoben, jedoch keine solche feststellten, können unter anderem Conte, Rosen & Saperstein (1985), Downer (1986), Kiemel und Bogat (1991), Kolko, Moser, Litz und Hughes (1987) sowie Wurtele (1990) angeführt werden. Langfristige negative Auswirkungen auf die soziale oder sexuelle Entwicklung wurden empirisch nicht gefunden. Zum Beispiel konnten Gibson und Leitenberg (2000) in einem Vergleich zwischen Frauen, die während ihrer Schulzeit an einem Präventionsprogramm teilgenommen hatten ($n = 450$) und Frauen, die an keinem Präventionsprogramm teilgenommen hatten ($n = 267$), keinen signifikanten Unterschied bezüglich ihrer sexuellen Zufriedenheit feststellen.

3.3.4 Kritische Reflexion

Anhand der Meta-Analysen und Reviews wurde deutlich, dass die an Präventionstrainings teilnehmenden Kinder überwiegend erfolgreich die angebotenen Inhalte aufnehmen und in der Regel keine negativen Effekte aufweisen. Dies ist bemerkenswert, da die durchgeführten Präventionstrainings inhaltlich und methodisch unterschiedlich gestaltet sind. Dabei ist jedoch kritisch zu reflektieren, dass die gemessenen Effekte lediglich die neu erworbenen Fähigkeiten (im Folgenden auch: Skills) und das Wissen der Kinder widerspiegeln, jedoch nicht als Garant für ein vermindertes Missbrauchsrisiko fehlinterpretiert werden dürfen. Um neben dem Wissenszuwachs auch die Verhaltensveränderung seitens der Kinder zu überprüfen, setzten beispielsweise Blumberg (1991) oder Hazzard et al. (1991) Rollenspiele und Verhaltensbeobachtungen ein. Fryer, Kraizer und Miyoshi (1987), Poche, Yoder und Miltenberger (1988) sowie Chodan et al. (2017) testeten das Verhalten der Kinder gegenüber fremden Personen, wobei die Kinder das theoretisch erworbene Wissen nicht durchweg umsetzen konnten. Beispielsweise ließen sich in der Untersuchung von Fryer et al. (1987) noch 21,7 % ($n = 5$) der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen hatten ($N = 23$), auf die Situation mit einer fremden Person ein.

Kindler konstatiert: „Prävention ist an die gute Absicht, nicht an die tatsächliche Wirkung gekoppelt“ (Kindler, 2015, S. 352) und spielt auf den Mangel an empirischen Beweisen an, dass Präventionstrainings tatsächlich effektiv vor sexuellem Missbrauch schützen. Denn es ist unmöglich, einen kausalen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an einem Präventionstraining und der Betroffenheit von sexuellem Missbrauch zu beweisen, da sexueller Missbrauch ein multikausales komplexes Problem darstellt. Gibson und Leitenberg (2000) behaupten zwar eine einfache Kausalität nach ihrer Befragung von 825 weiblichen Studierenden hinsichtlich ihrer sexuellen Missbrauchs- und Präventionsbiografie. 62 % der Befragten hatten in der Vergangenheit an einem schulischen Präventionsprogramm teilgenommen. 8 % dieser Gruppe gaben an, sexuellen Missbrauch erfahren zu haben. Von den Studierenden, die an keinem Präventionstraining teilgenommen hatten, waren 14 % betroffen. Folglich resümierten Gibson und Leitenberg (2000): „This is the first study to find that school-based child sexual abuse prevention programs are associated with a reduced incidence of child sexual abuse“ (ebd., S. 1115). Solche einfachen Rechnungen von Ursache und Wirkung dürfen jedoch angezweifelt werden. Denn es ist z.B. unklar, wie eine erhöhte Disclosure-Rate korrekt zu deuten ist: War das durchgeführte Präventionstraining nicht effektiv, sodass es zu Missbrauchstaten kommen konnte? Oder wurden nur mehr Kinder durch die Teilnahme am Präventionstraining und durch Kenntnis seiner Inhalte zur Disclosure ermutigt?

Betrachtet man die Präventionstrainings genauer, so ist nicht nur ihre unterschiedliche inhaltliche und methodische Gestaltung in den Blick zu nehmen. Auch durch methodische Schwächen und fehlende Angaben ist die Vergleichbarkeit der verfügbaren Evaluationsstudien deutlich erschwert. Zentral sind dabei die fehlenden bzw. differierenden Definitionen von sexuellem Missbrauch, die unterschiedlichen Interventionen, die heterogene Zusammensetzung der Stichproben sowie insbesondere die fehlende Standardisierung der Erhebungsinstrumente, die Ermangelung an Kontrollgruppen oder das Missachten der Durchführungsintegrität.⁶⁹ Eine positive Ausnahme bezüglich der Dokumentation der Durchführungsintegrität bildet die Studie von Hébert et al. (2001). Die Autoren nahmen alle Präventionseinheiten auf und nutzen anschließend eine Checkliste, um die Durchführungsintegrität zu überprüfen. Somit ermöglicht es lediglich diese Studie, rückblickend verlässliche Informationen darüber zu erhalten, welche Programmelemente tatsächlich

⁶⁹ Nach Abschluss des Präventionstrainings gaben die das Training durchführenden Personen beispielsweise in der Studie von Warden, Moran, Gillies, Mayes und MacLeod (1997) an, Inhalte des Präventionstrainings ausgelassen oder modifiziert zu haben.

wirksam wurden und auf welche Weise durch wen die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt wurden. In Hinblick auf die Übertragbarkeit und Reproduzierbarkeit der erzielten Effekte stellt diese Informationslücke allgemein jedoch eine erhebliche Einschränkung dar.

Obwohl sich die reflektierten Präventionstrainings unter anderem als Ziel gesetzt haben, Kindern ein positives Körpergefühl zu vermitteln sowie das Selbstwertgefühl zu erhöhen, konnten weder in den Meta-Analysen noch in den systematischen Reviews Auswertungen zu diesen beiden Punkten gefunden werden. Es scheint, dass diese in den Zielkatalog aufgenommenen Teilziele bislang noch keine Berücksichtigung in der Evaluationsforschung gefunden haben.

Abschließend soll nochmals die Tatsache angesprochen werden, dass die betrachteten Studien mehrheitlich aus dem angelsächsischen Sprach- und Kulturraum stammen. Hierdurch drängt sich die Frage auf, ob und inwieweit sich die Befunde auf die gesellschaftliche Situation in Deutschland übertragen lassen. Hier ist sicherlich der hohe Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen, bislang wurden innerhalb der jeweiligen Länderstudien jedoch nur selten Kinder mit und ohne Migrationshintergrund miteinander verglichen. Mindestens drei der vorliegenden Studien deuten darauf hin, dass der kulturelle Hintergrund der Familien von Bedeutung sein kann (Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1995; Hazzard et al., 1991; Oldfield, Hays & Megel, 1996). Deshalb erscheint es bedenklich, dass nur wenige evaluierte Programme Elterninformationen in verschiedenen Sprachen anbieten und auf die Vereinbarkeit der vermittelten Konzepte für das Schutzhandeln und die Hilfesuche mit kulturellen Orientierungen geachtet haben (17 % der Programme in einer Forschungsübersicht von Plummer, 2001). Allgemein wird der interkulturell geprägte Kontext in Präventionstrainings vernachlässigt, indem die Inhalte an den Werten, Normen und Regelungen der westlichen Mehrheitsgesellschaften orientiert sind. Aus diesem Grund fordert z.B. Fontes (2005) eine kultursensible Präventionsarbeit.

In jedem Fall besteht eine zentrale Herausforderung der Präventionsprogramme darin, für alle Kinder verständlich zu sein (Topping & Barron, 2009, S. 4). Wenn die Autoren diese Forderung mit dem Hinweis verbinden „Constraints on money and time may limit prevention programming“ (ebd.), so ist klar, dass es keine finanziellen Limits geben darf, die den Erfolg der Prävention gefährden.

3.4 Resümee

Der Stand der Forschung sowie Forschungsdesiderate wurden aus den drei Bereichen ‚sexueller Missbrauch‘, ‚Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung‘ sowie ‚kindzentrierte Präventionsprogramme‘ systematisch kompliziert.

Bezüglich des Forschungsbereichs ‚sexueller Missbrauch‘ lässt sich zusammenfassend festhalten, dass lediglich in einem geringen Umfang Forschungsergebnisse zum Thema sexueller Missbrauch an Kindern mit Hörbehinderung verfügbar sind. Dabei entsprechen die meisten vorliegenden, hier berücksichtigten Studien den Evidenzleveln drei (Evidenz aufgrund von systematisch integrierte Expertinnen- und Expertenmeinungen bzw. beschreibende Studien) und vier (Evidenz aufgrund methodisch hochwertiger, nicht experimenteller, deskriptiver Studien; siehe Kapitel 2.3), sodass die Güte der Studienbasis beachtet werden muss, wenn verallgemeinernde Aussagen getroffen werden (siehe Kapitel 2.3). Aus den vorliegenden Resultaten lassen sich starke Argumente für die Notwendigkeit von Präventionsarbeit mit Kindern mit Hörbehinderung ableiten. Zudem werden Implikationen für die inhaltliche Konzeption des Präventionstrainings deutlich (siehe Kapitel 4).

Aktuelle Schätzungen bezüglich der Prävalenz basieren auf Daten aus vereinzelt nationalen und internationalen Untersuchungen, bei denen es sich um ad hoc-Erhebungen sowie vereinzelte Klumpenstichproben handelt. Diese Analysen deuten darauf hin, dass Menschen mit Hörbehinderung überdurchschnittlich häufig von sexuellem Missbrauch betroffen sind. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse sowie angesichts der spezifischen Sozialisations- und Kommunikationssituation von Menschen mit Hörbehinderung (siehe Kapitel 3.2) liegt die hohe Dringlichkeit einer speziell auf diese Zielgruppe ausgerichteten Präventionsarbeit auf der Hand.

Das große Spektrum an multidimensional verankerten Risikofaktoren signalisiert, dass ein lediglich kindzentriertes Präventionstraining wie „STARK mit SAM“ nicht ausreicht. Vielmehr sollte Präventionsarbeit multiperspektivisch angelegt sein, um die auf allen drei beschriebenen Ebenen explizierten Risikofaktoren langfristig und nachhaltig in mögliche Schutzfaktoren umwandeln zu können (z.B. die Einrichtung eines institutionellen Beschwerdemanagements als Teil eines umfassenden Schutzkonzepts; Bange, 2015; Liebhardt, 2015; Urbann, Verlinden & Bienstein, 2015). Dabei bildet die kindzentrierte Präventionsarbeit einen zentralen Bestandteil einer multiperspektivisch angelegten Präventionsarbeit.

Die Untersuchungsergebnisse aus dem Bereich ‚Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung‘ bilden die Heterogenität der Kinder ab, welche sich insbesondere in den sprachlichen und kommunikativen Kompetenzen der Kinder widerspiegelt, die eng mit den Sozialisationsbedingungen hörbehinderter Kinder verknüpft sind. Kinder mit Hörbehinderung werden in der Regel in einer lautsprachlich geprägten, hörenden Majorität sozialisiert. Eine Folge der qualitativen und quantitativen kommunikativen Einschränkung in der Interaktion zwischen hörenden Eltern und ihrem hörbehinderten Kind besteht im Bereich der sowohl gezielten als auch informellen Informationsvermittlung. Dementsprechend kann aus den Untersuchungsergebnissen unter anderem abgeleitet werden, dass Lerninhalte für Kinder mit Hörbehinderung visuell und reizarm aufgearbeitet werden sollen, damit den Kindern optimale Wahrnehmungsmöglichkeiten geboten werden können. Zudem steht die sprachliche und kommunikative Kompetenz hörbehinderter Kinder unter anderem in einem Zusammenhang mit der Entwicklung exekutiver Funktionen sowie mit ihrer sozial-emotionalen Kompetenz. Beides kann durch entsprechende Programme erfolgreich gefördert werden.

Um sexuellem Missbrauch präventiv zu begegnen, existieren weltweit zahlreiche kindzentrierte Präventionsprogramme, wobei lediglich eine Minderheit hiervon evidenzbasiert bzw. evaluiert ist. Die veröffentlichten Evaluationsstudien von Präventionsprogrammen zeigen, dass die Vermittlung von präventiven Inhalten erfolgreich ist und dass bei den teilnehmenden Kindern nach Abschluss eines Präventionstrainings ein Kompetenzzuwachs im Bereich Wissen verzeichnet werden konnte. Dabei haben sich insbesondere solche Präventionsprogramme als effektiv erwiesen, die aus mehr als drei Einheiten bestehen und die teilnehmenden Kinder aktiv mit einbeziehen.

Betrachtet man die verfügbaren Präventionstrainings jedoch genauer, so ist nicht nur ihre unterschiedliche inhaltliche und methodische Gestaltung in den Blick zu nehmen. Aufgrund fehlender Angaben und durch methodische Schwächen ist die Vergleichbarkeit der verfügbaren Evaluationsstudien deutlich erschwert. Zentral sind dabei die differierenden bzw. fehlenden Definitionen von sexuellem Missbrauch, die unterschiedlichen Interventionen, die heterogene Zusammensetzung der Stichproben sowie insbesondere die fehlende Standardisierung der Erhebungsinstrumente, die Ermangelung an Kontrollgruppen oder das Missachten der Durchführungsintegrität. Somit ist es mit Ausnahme der Studie von Hébert et al. (2001) nicht möglich, rückblickend verlässliche Informationen darüber zu erhalten, welche Programmelemente tatsächlich wirksam wurden und auf welche Weise durch wen die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt wurden. In Hinblick auf die

Übertragbarkeit und Reproduzierbarkeit der erzielten Effekte stellt diese Informationslücke allgemein eine erhebliche Einschränkung dar.

4 Konzeption des Präventionstrainings

Die Konzeption des Präventionstrainings „STARK mit SAM“ basiert auf den evidenzbasierten Erkenntnissen der Ausarbeitung zum Stand der Forschung in den Feldern sexueller Missbrauch an Kindern mit Hörbehinderung (siehe Kapitel 3.1), Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung (siehe Kapitel 3.2) sowie kindzentrierte Präventionsprogramme gegen sexuellen Missbrauch (siehe Kapitel 3.3). Wie einleitend erläutert (siehe Kapitel 1), wurden neben den aufgeführten spezifischen Aspekten hinsichtlich Kindern mit Hörbehinderung im SeMB-Gesamtprojekt ebenfalls die übrigen beiden Zielgruppen des Projekts, Kinder mit geistiger Behinderung und Kinder mit körperlicher Behinderung, in den Blick genommen. Daher wurde in der Konzeption des Präventionstrainings auch Literatur berücksichtigt, die sich auf Kinder mit körperlicher oder geistiger Behinderung bezieht, ohne dass diese beiden Gruppen an dieser Stelle tiefergehend fokussiert werden.

4.1 Qualitätssicherung

Dem Präventionstraining „STARK mit SAM“ liegt ein genaues Trainingsmanual zugrunde, um eine möglichst standardisierte Durchführung des Trainings zu gewährleisten (siehe Kapitel 5.5.3). Die Standardisierung soll ein hohes Maß an Objektivität und eine Qualitätssicherung garantieren. So sorgen an relevanten Stellen im Manual spezifische Hinweise zur Arbeit mit den einzelnen Zielgruppen dafür, dass die Zielgruppenorientierung eingehalten werden kann.

Zur Sicherung der Qualität im Grundansatz der Konzeption wurden fünf Maßnahmen ergriffen: Erstens die Begutachtung durch eine Ethikkommission, zweitens die Berufung eines Lenkungskreises, drittens der Einsatz eines wissenschaftlichen Beirates, viertens die Einladung einer Experten- und Expertinnenkommission mit Lehrpersonen und fünftens die Durchführung von Pilottestungen.

Da an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln keine Ethikkommission existiert, wurde die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät in Anspruch genommen. Sie leistete die Beratung in ethischer und rechtlicher Hinsicht bei der Konzeption (und später auch bei der Evaluation) des Präventionstrainings und beriet auch in der Frage, wie die Rechte der teilnehmenden Kinder, deren Bezugspersonen und Lehrpersonen im Sinne der Deklaration von Helsinki während des Forschungsprozesses zu schützen seien (World Medical Association, 2013). Der interdisziplinär, aus unterschiedlichen Berufs- und Fachgruppen zusammengesetzte Lenkungskreis sowie der wissenschaftliche Beirat des SeMB-Projektes fungierten als wissenschaftlich beratende Gremien und stan-

den den Mitarbeitenden als beratende Organe während der Konzeption zur Seite. Ergänzt wurde die schwerpunktmäßig wissenschaftliche Perspektive durch eine praktische Expertise: Pro Förderschwerpunkt begutachteten zwei Lehrpersonen das Manual kritisch vor dem Hintergrund ihrer mehrjährigen Erfahrung mit der jeweiligen Zielgruppe. Darüber hinaus wurden einzelne Materialien und Bausteine (ebenso wie später die Testinstrumente im Rahmen der Evaluation) in Form von Pilottestungen erprobt und anschließend, nach Erforderlichkeit, entsprechend modifiziert (z.B. im Rahmen der Bachelorarbeit von Küster, 2014).

4.2 Bausteine und Prinzipien

Bei dem Präventionstraining „STARK mit SAM“ handelt es sich um ein Gruppentraining, das sich an Kinder mit geistiger, körperlicher Behinderung und Hörbehinderung zwischen acht und zwölf Jahren richtet. Ein zentrales Ziel des Präventionstrainings „STARK mit SAM“ ist es, diese Kinder für Inhalte zu sensibilisieren, die im Kontext der Prävention sexuellen Missbrauchs von grundlegender Bedeutung sind. Hierzu zählen die Vermittlung und thematische Bearbeitung von Inhalten über den weiblichen und den männlichen Körper, über die Themen ‚Gefühle‘, ‚Berührungen‘, ‚Geheimnisse‘ sowie die Vermittlung und thematische Bearbeitung von Handlungsoptionen zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Das Training umfasst sechs komplementäre Bausteine, die aufeinander aufbauen, jeweils ca. drei Zeitstunden beanspruchen und innerhalb von sechs Tagen durchgeführt werden.

Neben einer speziell für dieses Präventionstraining geschulten und für die jeweilige Zielgruppe qualifizierten Person, die durch das Training leitet, führen die Figur SAM mit ihren Bezugspersonen (SAMs Eltern, Lehrerin Frau Bode, Polizist Herr Lange, Nachbarin Frau Meier, Freundin Elif, Freunde Tom und Ali) und Katze Lola durch das Training. Die Figur SAM wird auch als Handpuppe genutzt und ist somit integraler Bestandteil des Präventionstrainings. SAM leitet ausgewählte Übungen an und bespricht mit den Kindern bestimmte inhaltliche Aspekte. Die Entscheidung, eine Handpuppe zu involvieren, wurde in Anlehnung an Studienergebnisse getroffen, die darauf hinweisen, dass Trainings, in denen eine Handpuppe mit einbezogen ist, effektiver sind in Bezug auf den Wissenszuwachs der Kinder (siehe Kapitel 3.3; Davis & Gildycz, 2000; Synovitz, 1999). Mit der Nutzung von SAM als Identifikationsfigur folgt das Trainingskonzept einem wichtigen Prinzip: Da der Figur SAM kein eindeutiges Geschlecht zugeordnet ist, besteht für die teilnehmenden Jungen und Mädchen die Möglichkeit, die Figur individuell einem oder keinem Ge-

schlecht zuzuordnen. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass es Mädchen vergleichsweise leicht fällt, sich mit männlichen Charakteren zu identifizieren, wenn diese keinen stereotypen Männlichkeitsbildern entsprechen. Jungen hingegen haben Schwierigkeiten, sich in weiblichen Figuren wiederzufinden (Gründer, 2009, S. 24; Lenz & Adler, 2010; Theunert, 2003). Ziel von „STARK mit SAM“ ist es daher, Jungen und Mädchen gleichermaßen anzusprechen, indem eine Figur durch das Training leitet, die weder weibliche noch männliche Stereotypen personifiziert.

Weitere Prinzipien des Trainings wurden insbesondere in Anlehnung an die Ergebnisse der Metaanalysen von Berrick und Barth (1992), Heidotting et al. (1994), Rispens et al. (1997), Davis und Gildycz (2000) sowie von Topping und Barron (2009) festgelegt (siehe Kapitel 3.3). Hierbei geht es um folgende fünf Prinzipien:

1. die aktive Involvierung der Kinder in das Training,
2. die Einbeziehung von Videos,
3. die Konzeption einer länger andauernden Maßnahme, die aus mindestens fünf Einheiten besteht und mit zeitlichen Abständen angeboten wird,
4. Wiederholungen der Inhalte,
5. die Formulierung klarer Regeln, um den Kindern Orientierung und Halt zu bieten.

Inhaltlich erfolgt die Konzeption zum einen vor dem Hintergrund der oben ausführlich dargestellten Risikofaktoren (siehe Kapitel 3.1.2) sowie des Disclosure-Prozesses (siehe Kapitel 3.1.4). Auf Basis der analysierten Risikofaktoren liegt es nahe, dass Kinder mit Hörbehinderung Souveränität erlangen müssen, über ihren Körper und Gefühle zu sprechen (z.B. das Benennen von Körperteilen und Gefühlen), um eine kommunikative Basis zwischen ihnen und ihren Bezugspersonen zu ermöglichen. Zugleich müssen sie ihre Rechte kennen (z.B. das Recht auf ‚Nein Sagen‘) und diesbezüglich aufgeklärt werden. Darüber hinaus sollten Kindern Regeln vermittelt werden, die Berührungen durch andere Personen klar kategorisieren (z.B. dass das Anfassen an Po, Penis, Scheide oder Brust durch eine erwachsene Person generell verboten ist), um ihnen so mehr Sicherheit im Umgang mit Berührungen zu vermitteln (z.B. auch gegenüber Peers). In diesem Zusammenhang scheint das Benennen von möglichen Hilfspersonen entscheidend, denn aus den vorliegenden Studienergebnissen kann abgeleitet werden, dass das Wissen um kompetente Hilfspersonen im Disclosure-Prozess unterstützend wirkt und diesen teils überhaupt erst ermöglicht.

Zum anderen werden die Forschungsergebnisse zu den Strategien von Täterinnen und Tätern (siehe Kapitel 3.1.3), der emotionalen Abhängigkeit und zugleich emotionalen Am-

bivalenz, in denen sich die Kinder oftmals in ihrem Verhältnis zur übergriffigen Person befinden, beachtet. Hier kann eine klare Regel zu verbotenen Berührungen eine Entlastung und Orientierung für die Kinder darstellen und den Weg zur Disclosure erleichtern (siehe Kapitel 3.1.4). Die Forschungslage zum Profil der Täterinnen und Tätern bedeutet für die Konzeption des Präventionstrainings, dass sexuelle Missbrauchstaten aller Gruppen von Täterinnen und Tätern thematisiert und im Rahmen des Trainings anhand von fiktiven Personen veranschaulicht werden sollten. Zudem sind die Grooming-Strategien der Täterinnen und Täter aufzugreifen und entsprechende Verhaltensregeln abzuleiten (z.B. ‚Geschenke sind nicht geheim‘ und ‚Angst machen ist verboten‘). Ziel soll es sein zu vermitteln, dass solche Vorkommnisse die Kinder ihren individuell ausgewählten Hilfspersonen mitteilen können und dürfen.

Zur Wiederholung und Festigung der erarbeiteten Inhalte wird ab dem dritten Trainingsbaustein erstmals der Polizist Herr Lange eingesetzt, der per Video eingespielt wird.⁷⁰ Studien zeigen, dass Kinder in uniformierten Polizisten, Autoritätspersonen sehen (Durkin & Jeffery, 2000); dieser Berufsgruppe wird Respekt entgegengebracht und viel Kompetenz zugesprochen. Beispielsweise in der „null zoff und voll busy“-Studie wurden 1.024 Kinder im Alter von 10 bis 12 Jahren gefragt, wem sie vertrauen. Hierzu wurde den Kindern eine Liste mit 15 Erwachsenenengruppen (u.a. Lehrpersonen) vorgelegt, die eine ‚erwachsene Öffentlichkeit‘ und ‚Autorität‘ repräsentieren. In der Rangfolge sprachen die Kinder nach Ärztinnen und Ärzten (49 %) Polizisten und Polizistinnen ihr größtes Vertrauen aus: 39 % der befragten Kinder gaben an, dass sie diesen sehr vertrauen (Zinnecker, Behnken, Maschke & Stecher, 2002).

In der Konsequenz werden Regeln, die solche Autoritätspersonen vermitteln, von Kindern besonders ernst genommen. Dies kann im Fall des Kindertrainings positiv genutzt werden, indem der Polizist Herr Lange stets die wichtigen Regeln der einzelnen Bausteine wiederholt. Ergänzend werden zu Beginn jedes neuen Bausteins die Kerninhalte des vorherigen Bausteins wiederholt. Insbesondere dient der sechste Baustein dazu, die Inhalte der fünf Bausteine zu wiederholen und zu festigen.

Um die Wiederholung der Inhalte auch nach Beendigung des Präventionstrainings niederschwellig zu ermöglichen, um persönliche Bezüge zu den Themen zu initiieren und den Lernfortschritt zu dokumentieren, wird im Verlauf des Präventionstrainings ein sogenann-

⁷⁰ Es stehen zwei Versionen der Regelvideos zu Verfügung: Eine lautsprachliche Version und eine Version in Deutscher Gebärdensprache, sodass je nach Lernvoraussetzungen der Kinder die am besten geeignete Version gezeigt werden kann.

tes Lapbook erarbeitet. Ein Lapbook ist eine Mappe, die sich mehrfach aufklappen lässt und individuell gestaltbar ist. In das Lapbook werden nach Abschluss jedes Bausteins die Kerninhalte des Bausteins je nach Lernvoraussetzungen des jeweiligen Kindes niederschwellig eingeklebt, eingemalt und/oder eingetragen (z.B. auch durch den Einsatz von (Gebärden-)Bildern oder wenig Schriftsprache; Bildungsserver Berlin-Brandenburg, o.J.). Das Lapbook kann von den Kindern einzeln und untereinander sowie von Bezugspersonen gemeinsam mit den Kindern längerfristig genutzt werden, um nachhaltige Effekte zu gewährleisten. Das Lapbook wird im Folgenden als ‚STARK-Buch‘ bezeichnet.

Durch den Einbezug des ‚STARK-Buchs‘ leistet das Präventionstraining neben der Aufklärung und Stärkung der Kinder – vor allem durch die Vermittlung von Wissen – einen Beitrag zur Enttabuisierung und Entmythisierung des Themas in der Gesellschaft und fördert eine auch kindgerechte Kommunikation über sexuellen Missbrauch im weiteren Sinne, da dies über das Training hinaus mit dem Ziel der Prävention für Gesprächsanlässe bzw. eine Gesprächsunterstützung sorgen kann.

Oben wurde die aktive Involvierung der Kinder in das Training als erstes Prinzip genannt. Dieses Prinzip korrespondiert eng mit der geforderten offenen Haltung der Trainerin, denn durch beides zusammen soll eine kommunikative Atmosphäre entstehen, in der eine Enttabuisierung des Themas erreicht werden kann. Die Fragen der Kinder werden aufgegriffen, indem die Trainerin den Kindern immer wieder ein Gesprächsangebot macht und sie ermutigt, Fragen auch schriftlich zu formulieren und diese in die Frage-Box zu werfen. Diese Fragen werden im Anschluss gemeinsam mit den Kindern oder durch die Trainerin beantwortet.

Kinder mit Hörbehinderung werden in der Regel in einer lautsprachlich geprägten, hörenden Majorität sozialisiert. Eine Folge der qualitativen und quantitativen kommunikativen Einschränkung in der Interaktion zwischen hörenden Eltern und ihrem hörbehinderten Kind besteht im Bereich der sowohl gezielten als auch informellen Informationsvermittlung. In Bezug auf die Trainings- und Fragebogenentwicklung der beschriebenen Untersuchungen erscheint daher die Kontextualisierung von Informationen als eine *conditio sine qua non*.

Die Sozialisationsbedingungen hörbehinderter Kinder sind eng verknüpft mit deren sprachlicher und kommunikativer Kompetenz. Ausgehend von den recherchierten Erkenntnissen aus empirischen Untersuchungen unterliegen die Konzeption des Trainings sowie das Design und die Auswahl der Evaluationsinstrumente zwei Prinzipien: 1. Sowohl das Training als auch die Erhebungen werden in Anbetracht der kommunikativen

Diversität und Besonderheiten in leichter bzw. gut verständlicher Sprache in LUG durchgeführt, um eine möglichst große Vergleichbarkeit zu erzielen (Netzwerk leichte Sprache, 2013). In Einzelfällen geschieht dies mittels DGS, wenn dies die von den Kindern präferierte sprachliche Modalität darstellt. 2. Die Methoden und Instruktionen beider Bereiche werden an die sprachlichen Voraussetzungen der Kinder angepasst. Weder das Training noch die Evaluationsinstrumente enthalten obligatorische Texte zum Lesen oder Aufforderungen zum Schreiben. Sprachliche Informationen werden stets durch Visualisierungen unterstützt (Bilder und Filme).

Da die Förderung sprachlicher und kommunikativer Kompetenzen eine der Schlüsselaufgaben in der pädagogischen Praxis darstellt, soll auch das Präventionstraining „STARK mit SAM“ einen Beitrag dazu leisten. Hierfür werden zwei Ansätze verfolgt: Der Wortschatz der Kinder wird in den durch die sechs Bausteine des Trainings behandelten Bereichen ‚Körper‘, ‚Gefühle‘, ‚Berührungen‘, ‚Geheimnisse‘ und ‚Hilfe holen‘ erweitert. Parallel wird die kommunikative Kompetenz der Kinder durch Rollenspiele (z.B. um Hilfe fragen und Hilfe anbieten) trainiert, sodass beide Ansätze unmittelbar korrespondieren.

Angesichts der erhöhten Rate exekutiver Dysfunktionen bei Kindern mit Hörbehinderung wird bei der Konzeption der Trainingsbausteine sowie bei der Konzeption des Fragebogens für die Kinder darauf geachtet, dass einerseits die zu speichernde Informationsmenge möglichst gering gehalten wird, dass andererseits jedoch gleichzeitig alle relevanten Aspekte berücksichtigt werden. Durch die Verwendung möglichst kurzer Sätze sowie Bilder, mittels derer die Informationen zudem visuell dargeboten werden, soll das Aufnehmen neuer Informationen ebenfalls erleichtert werden.

Die Bausteine des Präventionstrainings sind zudem aus mehreren relativ kurzen und kurzweiligen Übungen aufgebaut, um die Konzentration der Kinder aufrecht zu erhalten und ihre Aufmerksamkeitsspanne möglichst nicht auszureizen. Die zu behandelnden Inhalte sollen durch unterschiedliche mediale Zugänge und Handlungen wiederholt und somit gefestigt werden (z.B. durch Bilder, Videos, Nachspielen oder Lieder). Wenn Beispielszenarien besprochen werden, werden neben dem Darstellen aller sprachlichen Informationen durch Bilder diese (teilweise) nachgespielt, um das Hineinversetzen in die Situation bzw. die Gefühls- und Gedankenwelt der Figuren zu erleichtern. Das Wiederholen der prägnanten Bausteinregeln verfolgt das Ziel, dass die Kinder die Kernbotschaft der jeweiligen Bausteine verstehen und annehmen. Darüber hinaus werden die Inhalte eines Bausteins zu Beginn des Trainings zum nächsten Bausteins noch einmal wiederholt.

Vor dem Hintergrund der Ausführungen bezüglich der Überprüfung der Intelligenz von Kindern mit Hörbehinderung wird der nonverbale Intelligenztest Snijders-Oomen für Kin-

der und Erwachsene im Alter von 6;0 bis 40;0 Jahren (SON-R) eingesetzt. Ziel ist es, so eine mögliche Kovarianz zwischen dem Präventionstrainingsergebnis und den kognitiven Voraussetzungen der Kinder zu überprüfen (siehe Kapitel 5.4).

Neben Problemen im exekutiven Bereich weisen Kinder mit Hörbehinderung vielfach Probleme in ihrer sozial-emotionalen Entwicklung auf. Daher könnte die Kompetenz ‚Hilfe holen für sich selbst und andere‘ erschwert sein. Vor diesem Hintergrund erscheint es als *conditio sine qua non*, diese Fähigkeit im Zuge von Rollenspielen einzuüben und die Kinder so oft wie möglich an die Wichtigkeit des Hilfe-Holens für sich und andere zu erinnern.⁷¹

Auch in der Konzeption von „STARK mit SAM“ sollten relevante Aspekte der sozial-emotionalen Entwicklung mit aufgegriffen und ein Beitrag zu deren Förderung geleistet werden. Daher wurde das Präventionstraining vor dem Hintergrund des Empowerment⁷²-Ansatzes sowie mit dem Anspruch konzipiert, die Resilienz⁷³ der Kinder zu fördern sowie prosoziales Verhalten zu unterstützen. Um das Selbstwertgefühl der Kinder zu stärken, wird beispielsweise innerhalb jedes Bausteins das ‚STARK-Lied‘ gesungen. Ziel ist es, die Kinder durch das Lied sowie durch die Übung ‚Das kann ich gut‘ in Baustein 1 und allgemein durch die Vermittlung von Rechten (z.B. ‚Ich kann Hilfe holen.‘) in ihrer Handlungsfähigkeit zu stärken. Ziel ist, dass die Kinder nach Abschluss des Trainings nicht nur über mehr spezifisches Wissen verfügen, sondern auch über den Mut, ihr neu generiertes Wissen anzuwenden (siehe Kapitel 5.3). Entsprechend wird dieses Ziel als Konstrukt unter dem Begriff ‚Wissenszuwachs‘ geführt und überprüft. Zu diesem Zweck wurde neben den Interviews zur Überprüfung des deklarativen Wissens der Kinder der ‚DISYPS-II Beurtei-

⁷¹ Das Rollenspiel ist selbstverständlich lediglich eine der interaktiven Möglichkeiten der sozial-emotionalen Förderung und wird hier beispielhaft genannt. Die angestrebte, umfassende Förderung muss weitreichender ausgelegt sein und eventuell mit anderen evidenzbasierten und evaluierten Programmen durchgeführt werden. Eine Option wäre das Programm „Lubo aus dem All“ (Hillenbrand, Hennemann, Hens & Hövel, 2015).

⁷² Der Empowerment-Ansatz basiert auf Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Studien, die Voraussetzungen für seelisches und körperliches Wohlbefinden untersucht haben. Demnach sind hier die Möglichkeiten und Fähigkeiten einer Person maßgeblich, ihr eigenes Leben selbst zu kontrollieren sowie die Erkenntnis des Individuums, dass diese erfolgreich gefördert werden können (Erhart, Wille & Ravens-Sieberer, 2008; Mazurek Melnyk et al., 2004; Weiss, Cappadocia, Macmullin, Vicili & Lunsky, 2012). In diesem Sinne zielt Empowerment (Selbstbefähigung, Ermächtigung) „darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten [...], ein selbstbestimmtes Leben zu führen“ (Stark, 2014, S. 451).

⁷³ Resilienz (lat. *resiliere* ‚abprallen‘) „bezeichnet die Widerstandsfähigkeit eines Individuums, sich trotz widriger Lebensumstände und kritischer Lebensereignisse [...] erfolgreich zu entwickeln“ (Warner, 2014, S. 1326). Innerhalb der Resilienzforschung wurden sogenannte Schutzfaktoren definiert, die teilweise gefördert werden können, z.B. die Selbstwirksamkeit, der Selbstwert oder die positive Bindung zu einer erwachsenen Person (Grünke, 2003; Lyssencko, Rottmann & Benge, 2010; Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2012).

lungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher' (FBB-ANZ; Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008) in das Forschungsdesign aufgenommen.

Baustein 2 des Präventionstrainings ist dem Thema ‚Gefühle‘ gewidmet. Hier wird auf den Förderbedarf im Bereich ‚Emotionen Benennen und Zuordnen‘ eingegangen (siehe Kapitel 3.1.5 zur Begründung der Auswahl der Inhalte im Kontext Prävention sexuellen Missbrauchs). Unter Beachtung des oben dargestellten evidenzbasierten Resümées wurde die Auswahl der Gefühle ‚Freude‘, ‚Trauer‘, ‚Wut‘ und ‚Angst‘ sowie als Sammelbegriff für ambivalente und komplexe Gefühle, die im Zuge sexuellen Missbrauchs auftreten können, auf das ‚komische Gefühl‘ beschränkt.⁷⁴

Zusammenfassend ist ein großes Augenmerk auf die visuelle Aufmerksamkeit von Kindern mit Hörbehinderung zu legen. Außerdem sollten Inhalte angemessen wiederholt und parallel visuell fixiert werden, damit für Kinder mit Hörbehinderung eine optimale Grundlage geschaffen wird, dem Projektgeschehen bzw. Unterricht aktiv zu folgen.

Dabei ist die visuelle Darstellung der Lerninhalte zwar notwendig, jedoch sollte aufgrund der begünstigten visuellen Ablenkbarkeit von Kindern mit Hörbehinderung ein möglichst reizarmes Design (detailarme Bilder) bevorzugt werden. Auch ist grundsätzlich die verkürzte Aufmerksamkeitsspanne zu bedenken. Daher sollten die Bildergeschichten bzw. Videos so kurz gehalten werden, dass hier keine Überforderung eintritt.

Wie dargestellt, ist insbesondere für Kinder mit Hörbehinderung die Visualisierung von Lerninhalten essentiell (siehe Kapitel 3.2.5). Doch die Art der Visualisierung muss bestimmte Kriterien erfüllen, damit die Visualisierung die Vermittlung der Lerninhalte effektiv unterstützt. Interessanterweise zeigen Studien, die die Identifikation von emotionalen Gesichtsausdrücken testeten, dass Kinder allgemein beim Identifizieren von Emotionen auf Fotografien mit Menschen weniger Fehler machen als bei Comic-Zeichnungen oder Abbildungen von nicht menschlichen Wesen (Gross, 2004; Ludlow et al., 2010). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass Kinder mit Behinderung Gesichtsausdrücke besser erkennen, wenn nicht nur Teile, sondern das ganze Gesicht abgebildet ist (Gross, 2004). Daher werden im Rahmen des Trainings erstens nur ganze Gesichter abgebildet, die Emotionen darstellen. Zweitens werden Zeichnungen verwendet, die der menschlichen Gesichtsanatomie und Mimik entsprechen und menschliche Emotionen so realistisch wie möglich dar-

⁷⁴ Dem ‚komischen Gefühl‘ kommt im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch eine besondere Bedeutung zu (siehe Kapitel 3.1).

stellen, und drittens werden Zeichnungen verwendet, die sich in Pilottestungen als erfolgreich hinsichtlich des Erkennens von Gefühlen erwiesen haben (Küster, 2014).⁷⁵

Ergebnisse von Untersuchungen, die sich beispielhaft mit dem Erkennen, Benennen und Zuordnen von Gefühlen beschäftigen, zeigen, dass manche Aufgabenarten, die die Arbeit mit Gefühlen fokussieren, einfacher zu lösen sind als andere. Es lässt sich folgende Hierarchie von ‚leicht‘ nach ‚schwer‘ feststellen: Erkennen, (Zeigen), Benennen und Zuordnen von Emotionen (Denham & Couchoud, 1990; Kasari, Freeman & Hughes, 2001; McAlpine, Singh, Kendall & Ellis, 1992).

Die Art und Reihenfolge der Aufgaben des Präventionstrainings orientiert sich an diesen Studienergebnissen.

4.4 Ziele, Inhalte und methodische Umsetzung

Für die Konzeption eines Präventionstrainings ist es äußerst wünschenswert, den Wissensstand der Kinder vor Trainingsbeginn zu kennen, um diesen als Element der Lernvoraussetzungen bei der Konzeption des Präventionstrainings berücksichtigen zu können:

Vor allem aus der Gesundheitsforschung ist bekannt, dass Präventionsangebote an bereits bestehendes Vorwissen anknüpfen müssen, um effektiv zu sein. Es ist bislang jedoch wenig darüber bekannt, mit welchem Vorwissen Kinder in ein Präventionsprogramm starten und was Korrelate des kindlichen Wissens sind (Müller & Röder, 2014, S. 229).

Bis dato liegen insbesondere für Kinder mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation kaum Forschungsergebnisse vor, die zu ihrem Wissensstand in den für das Präventionstraining relevanten Bereichen Auskunft geben. Aus diesem Grund kann bei der Konzeption von „STARK mit SAM“ lediglich vereinzelt auf Forschungsergebnisse zum Vorwissen der Kinder zurückgegriffen werden. Zwar beinhalten die „Richtlinien für die Sexualerziehung in Nordrhein-Westfalen“ auch den Appell, mit den Schülerinnen und Schülern über sexuellen Missbrauch zu sprechen, jedoch obliegen das Ausmaß, der Zeitpunkt und die Umsetzung dieser und weiterer Themen der „Sexualerziehung“ der jeweiligen Schule bzw. der Klassenlehrerin und dem Klassenlehrer (MSWF, 1999/2011). Somit sind keine Rückschlüsse von den „Richtlinien für die Sexualerziehung in Nordrhein-Westfalen“ auf den Wissensstand der Kinder in dritten und vierten Klassen möglich.

Die Ziele, Inhalte und methodische Umsetzung des Präventionstrainings knüpfen an die Ergebnisse in Kapitel 3 zitierten Studien an. Sie können somit als evidenzbasiert gelten

⁷⁵ Die detaillierten (anatomischen) Beschreibungen aus Izards „The Psychology of Emotions“ (1991) dienten bei der Anfertigung der Illustrationen als Orientierung.

und wurden kind- und behinderungsspezifisch aufbereitet.⁷⁶ Tabellarische Übersichten zur zeitlichen und zur inhaltlichen Struktur befinden sich in Anhang C.

Baustein 1 – ‚Körper‘

Als präventive kindzentrierte Antwort auf Risikofaktoren für sexuellen Missbrauch (siehe Kapitel 3.1.2) sowie den Disclosure-Prozess (siehe Kapitel 3.1.4) bestehen die Ziele des ersten Bausteins darin, dass die Kinder die für sexuelle Missbrauchssituationen relevanten Körperteile Brust, Mund, Scheide, Po, Hand und Penis benennen und erkennen können (siehe Kapitel 5.4.1).

Es existieren keine Studienergebnisse, die genau dieses Lernziel bei Kindern mit Hörbehinderung überprüft haben. Aufgrund der erschwerten kommunikativen Situation zwischen den Kindern und ihren Bezugspersonen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass insbesondere Themen wie Sexualität nicht ausreichend besprochen werden bzw. die Gebärdensprache hierfür nicht bekannt sind (siehe Kapitel 3.2). Die vorliegende Untersuchung dient unter anderem dazu, diese Lücke zu schließen und Ergebnisse hinsichtlich des Wissens von Kindern mit Hörbehinderung im Themenbereich ‚Körper‘ zu liefern (siehe Kapitel 6.3.1).

Aus Studien mit Kindern ohne Behinderung ist bekannt, dass diese in der Regel im Alter von sechs bis sieben Jahren Körperteile (inklusive Geschlechtsmerkmale) bezeichnen können. Dabei gebrauchen Kinder eher umgangssprachliche Bezeichnungen für Geschlechtsmerkmale und können eher männliche als weibliche Genitalien bezeichnen (Brilleslijper-Kater & Baartman, 2000; Martin, Verduzco Baker, Torres & Luke, 2011; Volbert, 2000). Beispielsweise befragten Brilleslijper-Kater und Baartman (2000) 63 Kinder in den Niederlanden zwischen zwei und sechs Jahren (32 Mädchen und 31 Jungen) zu ihrem Wissen zu Körper und Sexualität. Den Kindern wurden 15 Abbildungen gezeigt, die sie erklären bzw. benennen sollten. 94 % der Kinder konnten die Brust eines Mädchens und Jungen auf den Bildern korrekt bezeichnen, 95 % den Penis und 78 % die Scheide.

Im Vergleich zu Kindern ohne Behinderung verfügen Menschen mit Behinderung in den Themenkomplexen ‚Sexualität‘ und ‚Körper‘ über ein geringeres Wissen, vermutlich auch weil diese Themen z.B. im schulischen Kontext nicht durchgängig bzw. nicht breit und offen genug behandelt werden (Galea, Butler, Iacono & Leighton, 2004; Jemtå, Fugl-Meyer & Oberg, 2008; Wienholz et al., 2013).

⁷⁶ Die aktuelle Version des Präventionstrainings ist leicht modifiziert (Bienstein, Urbann & Verlingen, in Druck).

In Anlehnung an die Forschungsergebnisse werden im ersten Baustein insbesondere die Körperteile Penis, Scheide und Brust thematisiert, um das Erkennen und die Bezeichnung der Körperteile zu festigen. Dazu werden unter anderem Illustrationen verwendet, auf denen ein Mädchen, ein Junge, ein Mann und eine Frau nackt zu sehen sind. Mithilfe dieser Bilder werden auch die körperlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Jungen, Männern, Frauen und Mädchen mit den Kindern erarbeitet.

Ergänzend wird das Zuordnen der Wörter bzw. Bezeichnungen an den entsprechenden Körperstellen geübt. Durch spielerische Aktivitäten („Angelspiel“, „SAM sagt“, „Körper-Memory“, „Körper-Würfel“, „Körper-Lied“⁷⁷) werden die Begrifflichkeiten der Körperteile vertieft und durch deren Lokalisation am Körper Eindeutigkeit hergestellt. Abschließend wird das Gelernte im „STARK-Buch“ fixiert. Die Kinder befestigen eine Abbildung eines Jungen und/oder Mädchens in ihrem „STARK-Buch“ sowie eine vorgefertigte Tasche, in die sie die besprochenen Körperwörter in schriftlicher Form, als Gebärdenbild oder Bild einsortieren.

Baustein 2 – ‚Gefühle‘

Basierend auf den empirischen Erkenntnissen zu Disclosure-Prozessen (siehe Kapitel 3.1.4) bestehen die Ziele des zweiten Bausteins erstens darin, dass die Kinder die Grundemotionen ‚Freude‘, ‚Trauer‘, ‚Wut‘ und ‚Angst‘ erkennen. Zweitens sollen sie den im Kontext von sexuellem Missbrauch relevanten diffusen Gefühlszustand eines ‚komischen Gefühls‘ erkennen und benennen können.

Kinder im Alter von 5 bis 13 Jahren, gleich ob mit oder ohne Behinderung, können nicht alle Gefühle in gleicher Weise erkennen und zuordnen. Auf der Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen kann folgende Hierarchie festgehalten werden: In der Regel können Kinder das Gefühl ‚Freude‘ am zuverlässigsten korrekt benennen und zuordnen – dicht gefolgt von dem Gefühl ‚Trauer‘, wobei diese Gefühl von Kindern auch als Sammelbegriff allgemein für negative Emotionen genutzt wird. Es fällt ihnen schwerer, ‚Wut‘, gefolgt von ‚Angst‘ zu erkennen und eindeutig zuzuordnen. Beim Erkennen und Zuordnen von komplexeren Gefühlen, wie z.B. ‚Überraschung‘ und ‚Ekel‘, haben Kinder tendenziell die größten Schwierigkeiten (Gray et al., 2007; Holder & Kirkpatrick, 1991; Kasari, Freeman & Hughes, 2001; Rieffe, 2012; Sidera, Amadó & Martínez, 2017; Wiefferink et al., 2013; Wishart, Cebula, Willis & Pitcairn, 2007; Ziv et al., 2013).

⁷⁷Die Lieder des Präventionstrainings umfassen wenig Text und sind prinzipiell geeignet, um mit Gebärden begleitet gesungen zu werden.

In der Regel gilt, dass die Fähigkeit zur Emotionserkennung mit zunehmendem Alter und in Relation zum IQ steigt (Dyck, 2012). Aus Untersuchungen ist bekannt, dass Kinder mit (Hör-)Behinderung deutlich häufiger Schwierigkeiten im Vergleich zu Kindern gleichen Alters ohne Behinderung haben, die Grundemotionen ‚Freude‘, ‚Trauer‘, ‚Wut‘ und ‚Angst‘ zu erkennen, zu zeigen oder korrekt zu benennen (Adams & Markham, 1991; de Santana, de Souza & Feitosa, 2015; Dyck, 2012; Gray et al., 2007; Holder & Kirkpatrick, 1991; Hosie, Gray, Russell, Hunter, 1998; Kasari et al., 2001; Wiefferink et al., 2013; Williams, Wishart, Pitcairn & Willis, 2005; Ziv et al., 2013). Zum Beispiel untersuchten Ludlow et al. (2010) 24 Kinder ($M = 11;5$ Jahre, $SD = 3;2$) mit einer mindestens hochgradigen Schwerhörigkeit sowie mit zwei Kontrollgruppen mit Kindern ohne Hörbehinderung, wobei eine Kontrollgruppe dem chronologischen Alter der Kinder, die andere Kontrollgruppe dem mentalen Alter der Kinder entsprach. Als Ergebnis hielt die Forschungsgruppe fest, dass Kindern mit Hörbehinderung beim Erkennen von Emotionen signifikant mehr Fehler unterlaufen als den beiden Kontrollgruppen (durchschnittliche Differenz 2.75 bzw. 2.99, $p < .001$) – und zwar unabhängig von der genauen Art ihrer Hörschädigung sowie der präferierten Kommunikationsform. Aus diesem Grund sollen auch die Gefühle ‚Freude‘, ‚Trauer‘, ‚Wut‘ und ‚Angst‘ wiederholt und ausführlich behandelt werden.

Für Kinder mit Hörbehinderung zeigt sich, dass ein allgemeiner Zusammenhang zwischen der Sprachkompetenz eines Kindes und dem jeweiligen Ergebnis eines Tests, der das Erkennen und Benennen von Emotionen erhebt, besteht, unabhängig davon, ob das Kind in Laut- oder Gebärdensprache kommuniziert (Ludlow, Heaton & Deruelle, 2010; Rieffe, 2012; Sidera, Amadó & Martínez, 2017; Wiefferink, Rieffe, Ketelaar & De Raeve, 2013; Ziv, et al. 2013). Genauso wie die sprachlichen Fertigkeiten von Kindern (mit Hörbehinderung) erfolgreich gefördert werden können, können auch ihre Strategien, Emotionen zu regulieren, sowie das Identifizieren von Emotionen durch gezielte Förderung verbessert werden (Dyck & Denver, 2003).

Das Präventionstraining beschränkt sich vor dem Hintergrund der dargestellten empirischen Befunde und entwicklungspsychologischen Erkenntnisse auf das explizite Behandeln der vier Grundgefühle ‚Freude‘, ‚Trauer‘, ‚Wut‘ und ‚Angst‘ sowie auf die Einführung und Thematisierung des ‚komischen Gefühls‘. Das ‚komische Gefühl‘ dient dabei als Sammelbegriff für komplexere Emotionen, die auch Gefühle von ‚Schuld‘, ‚Scham‘ und ‚Ekel‘ implizieren. Diese Gefühle sollten ergänzend zum Präventionstraining aufgegriffen und differenziert behandelt werden.

In dem Prozess, der die vier Grundemotionen und das ‚komische Gefühl‘ thematisiert, wird versucht, den Kindern ein Grundvokabular anzubieten, das sie durch Wiederholung und aktiven Gebrauch in den eigenen Wortschatz integrieren und festigen können. Anzumerken ist, dass das differenzierte Üben des Erkennens und Benennens von Gefühlen nicht nur für die Missbrauchsprävention einen Beitrag leistet, sondern allgemein zur sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes (siehe Kapitel 3.2.4).

Die Erarbeitung der vier Grundemotionen sowie des ‚komischen Gefühls‘ erfolgt auf unterschiedliche Weise: Einerseits werden anhand von Illustrationen, auf denen SAM sowie andere Charaktere des Präventionstrainings zu sehen sind, die einzelnen Gefühle besprochen. Diese Erarbeitung wird im weiteren Verlauf durch eine kurze Geschichte ergänzt, anhand derer die Gefühle mit den Kindern thematisiert werden.

Zudem wird das Erkennen, Benennen und Zuordnen der unterschiedlichen Emotionen durch spielerische Aktivitäten (u.a. ‚Gefühle-Würfel‘, Spiegel-Übungen, Wimmelbild, Bewegungsübungen, ‚Gefühle-Lied‘) geübt. Abschließend befestigen die Kinder ein ‚Gefühle-Rad‘ in ihrem ‚STARK-Buch‘, um das Gelernte zu fixieren und ihr eigenes aktuelles Gefühl einzustellen.

Mit diesem letzten Schritt soll das Wahrnehmen der eigenen Gefühle mit dem Wahrnehmen der Gefühle anderer in Verbindung gebracht werden, einem weiteren wichtigen Aspekt des Bausteins 2. Emotionen bei anderen Menschen zu erkennen und zu deuten, ist eine Basiskompetenz für erfolgreiche soziale Beziehungen, die in der Gruppe der Kinder mit (Hör-)Behinderung schwächer ausgeprägt ist. In Untersuchungen wurde festgestellt, dass sie nonverbale Gefühlsausdrücke schlechter erkennen und einordnen können als Kinder ohne Behinderung (Dyck & Denver, 2003; Gray et al., 2007; Holder & Kirkpatrick, 1991; Rieffe, 2012; Williams et al., 2005).

Dabei scheint die kommunikative Kompetenz des Kindes bzw. seine eingeschränkte Interaktion mit seiner Umwelt einer der ausschlaggebenden Faktoren zu sein, wie aus Studien mit Kindern mit (Hör-)Behinderung hervorgeht (Dahlgren, Dahlgren Sandberg & Hjelmquist, 2003; Dahlgren, Dahlgren Sandberg & Larsson, 2010; Falkman, Sandberg & Hjelmquist, 2005; Gonzalez, Quintana, Barajas & Linero, 2007; Pyers & Senghas, 2009; Rimmel & Peters, 2008; Schick, de Villiers, de Villiers & Hoffmeister, 2007).⁷⁸

⁷⁸ Allgemein ist zu beachten, dass es sich bei der Emotionserkennung um einen komplexen Prozess handelt. Neben dem Einfluss sozialer, kognitiver, sprachlicher und wahrnehmungsgebundener Aspekte ist die Emotionserkennung auch von genetischen (neuroanatomischen und neurophysiologischen) Faktoren abhängig. Hierzu zählt beispielsweise die Fähigkeit zur Perspektivübernahme (Theory of Mind), welche in der Regel im Alter zwischen drei bis fünf Jahren entwickelt wird

Aufgrund dieser Ergebnisse ist das Wahrnehmen, Erkennen, Benennen und Zuordnen von Gefühlen ein fester Bestandteil dieses Bausteins, um diese Basiskompetenz auszubauen.

Baustein 3 – ‚Berühren und Anfassen‘

Basierend auf den empirischen Erkenntnissen zu Risikofaktoren (siehe Kapitel 3.1.2), Täterinnen und Tätern (siehe Kapitel 3.1.3) und Disclosure-Prozessen (siehe Kapitel 3.1.4) bestehen die Ziele des dritten Bausteins darin, dass die Kinder angemessene Berührungen von unangemessenen Berührungen differenzieren können und das Nein-Sagen und das Weggehen als Handlungsstrategien kennen.

Es existieren bislang keine Studienergebnisse, die die genannten Lernziele bei Kindern mit Hörbehinderung überprüft haben. Die vorliegende Untersuchung dient daher unter anderem dazu, diese Lücke zu schließen und Ergebnisse zu der Frage zu liefern, inwieweit Kinder mit Hörbehinderung über Wissen und Handlungsstrategien im Themenbereich Berührungen verfügen (siehe Kapitel 6.3.1).

Als eine der zentralen Herausforderungen in der Präventionsarbeit gilt die Vermittlung der Tatsache, dass (insbesondere) Personen, die den Kindern aus ihrem nahen Umfeld vertraut sind, grenzüberschreitende Berührungen ausführen (siehe Kapitel 3.1.3; Finkelhor & Strapko, 1992; Miller-Perrin, Wurtele & Kondrick, 1990). Diesen und weiteren Herausforderungen widmet sich dieser Baustein.

Zunächst begeben sich die Kinder auf eine ‚Berührungsreise‘, während der sie sich mit Zugriffsmöglichkeit auf eine Materialkiste angenehme Berührungen vergegenwärtigen. In einem nächsten Schritt werden verbotene Berührungen erarbeitet. Es werden Situationen besprochen, in denen Penis, Scheide, Brust und Po eindeutig als Körperstellen hervorgehoben werden, die keine andere Person „einfach so“ anfassen darf. Die verwendeten Beispiele und Illustrationen des Präventionstrainings zielen darauf ab, die Subjektivität in der Wahrnehmung von Berührungen zu verdeutlichen. Sie sollen zeigen, dass erstens Berührungen abhängig von der Körperstelle als „schön“ oder „blöd“ empfunden werden können, dass zweitens Berührungen abhängig von der ausführenden Person als „schön“ oder „blöd“ empfunden werden können und dass drittens Berührungen abhängig vom Kontext als „schön“ oder „blöd“ empfunden werden können.

und im Kontext der Emotionserkennung relevant ist. Insbesondere Menschen mit Autismus-Spektrums-Störung und gehörlose Kinder weisen hier teils erhebliche Beeinträchtigungen auf (Drechsler, Fleck, Lechmann & Schleiffer, 2006; Kißgen, 2000; Peterson, 2016; Stanzione & Schick, 2014).

Um die Unterschiede zwischen den Berührungen zu verdeutlichen, wird die in der Regel allen Kindern bekannte Ampel-Symbolik aufgegriffen. Anhand dieser Symbolik ordnen die Kinder die verschiedenen Berührungsqualitäten den entsprechenden Ampelfarben zu. In einem nächsten Schritt werden von den Ampelfarben Handlungsstrategien abgeleitet.

Die Handlungsschritte üben die Kinder ausgehend von einer Geschichte mit der Katze Lola ein. Didaktisch wird das Ziel verfolgt, dass sie das Nein-Sagen der Katze – ihrer Identifikationsfigur – auf sich selbst übertragen und überlegen, was sie bei einer ‚gelben‘ oder ‚roten‘ Berührung machen können.

Durch aktive Elemente wie die ‚Berührungsreise‘, das ‚Nein-Lied‘ und indem sie üben, „nein“ zu sagen, sollen die Kinder für die verschiedenen Arten von Berührungen, Grenzen und ihre eigenen Rechte sensibilisiert werden.

Auch in diesem Baustein werden die Inhalte abschließend im ‚STARK-Buch‘ fixiert: Die Kinder erhalten grüne und rote (Miniatur-)Hände, um schöne und blöde bzw. verbotene Berührungen an den jeweiligen Körperstellen auf ihrer Körperabbildung in ihrem persönlichen ‚STARK-Buch‘ anzuzeigen. Darüber hinaus fixieren sie eine Ampel mit den entsprechenden Handlungsstrategien (Nein-Sagen und Weggehen) in ihrem ‚STARK-Buch‘.

Insgesamt ist es ein zentrales Ziel des dritten Bausteins, die Kinder zu stärken und sie darin zu unterstützen, angenehme und unangenehme Berührungen zu unterscheiden, zu erkennen, dass Berührungen in Abhängigkeit von Art, Person und Kontext variieren können und dass Berührungen individuell und somit unterschiedlich erlebt werden.

Baustein 4 – ‚Geheimnisse und Geschenke‘

Um dem Erfolg von Grooming-Strategien der Täterinnen und Täter (siehe Kapitel 3.1.4) präventiv entgegenzuwirken, bestehen die Ziele des vierten Bausteins darin, dass die Kinder erstens ‚gute‘ Geheimnisse von ‚schlechten‘ Geheimnissen unterscheiden können, zweitens wissen, dass ‚Angst machen‘ verboten ist und drittens, dass Geschenke nicht geheim sind.

Bisher liegen keine Studienergebnisse dazu vor, über welches Verständnis Kinder mit (Hör-)Behinderung hinsichtlich des Begriffs ‚Geheimnis‘ verfügen. Allgemein entwickelt sich ein Verständnis und ein differenzierter Umgang mit sogenannten ‚Geheimnissen‘ erst im Zuge der kognitiven Reifung (Peskin & Ardino, 2003). Demzufolge können Kinder zwischen fünf und sechs Jahren geheime Informationen erkennen, wenn diese von sprachlichen Hinweisen (z.B. „Soll ich dir ein Geheimnis erzählen?“) begleitet werden. Mit zunehmender Komplexität (u.a. Abstraktionsniveau) des Geheimnisses, fällt es Kindern schwerer, zwischen ‚guten‘ und ‚schlechten‘ Geheimnissen zu differenzieren, denn die morali-

sche Urteilsfähigkeit ist eng verknüpft mit der kognitiven Kompetenz zur Rollen- und Perspektivübernahme (Theory of Mind) und zur Beurteilung kognitiv-moralischer Konflikte. Dabei ist das Entwicklungsalter aussagekräftiger als das chronologische Alter der Kinder. Jüngere Kinder behalten Geheimnisse eher für sich, insbesondere wenn sie dazu angehalten werden oder teilen diese mit Menschen, die sie als Freunde ansehen (Anagnostaki, Wright & Bouchier-Sutton, 2010; Anagnostaki, Wright & Papathanasiou, 2013; Bottoms, Goodman, Schwartz-Kenney & Thomas, 2002; Kim, Harris & Warneken, 2014; Wilson, Powell, Raju & Romeo, 2004). Kinder bis zu einem Alter von zehn Jahren besitzen in der Regel noch ein höheres Maß an Autoritäts-Gehorsam, während zehn- bis zwölfjährige Kinder im Umgang mit Geheimnissen eher eine erhöhte Verbundenheit mit Gleichaltrigen aufweisen; z.B. würden sie ein Geheimnis einer Freundin oder eines Freundes nicht ihrer Mutter erzählen. Das Geheimhalten gilt dabei für alle Arten von Geheimnissen – u.a. schöne, gefährliche oder peinliche. (Watson & Valtin, 1997). Dabei sehen Kinder dieser Altersgruppe das Geheimhalten von Übeltaten gut begründet, ebenso wie die Geheimhaltung zur Umgehung von Strafen (Bottoms et al., 2002).

Mithilfe des ‚Geheimniskoffers‘, in dem sich eine ‚gute‘ und eine ‚schlechte‘ Geheimniswolke befinden, werden zunächst die beiden Geheimnisarten eingeführt und besprochen. Es wird geübt, wie mit ‚guten‘ und ‚schlechten‘ Geheimnissen umgegangen werden kann und die klare Regel formuliert: „Ein schlechtes Geheimnis darf ich weitersagen.“ Um ein ‚schlechtes‘ Geheimnis von einem ‚guten‘ zu unterscheiden, wird den Kindern die Regel vermittelt, dass es verboten ist, Kindern Angst zu machen und/oder ihnen zu drohen. Die unterschiedlichen Geheimnis-Beispiele werden den Ampel-Farben zugeordnet und anschließend Handlungsstrategien abgeleitet.

Die Geheimnis-Beispiele ordnen die Kinder auch in zwei ‚Geheimnistaschen‘ ein, die sie selbst gestalten und anschließend in ihr persönliches ‚STARK-Buch‘ kleben.

Darüber hinaus werden die Inhalte des Bausteins in dem ‚Geheimnis-Lied‘ aufgegriffen.

Im nun folgenden zweiten Teil des Bausteins wird das Wissen erarbeitet, dass Geschenke nicht geheim sind. Als Material wird hier die Geschichte von Tom und der Schwimmtrainerin weitererzählt: Nachdem die Schwimmtrainerin Tom übergriffig Hilfestellung gegeben und ihm gedroht bzw. Angst gemacht hat, schenkt sie ihm nun eine große Box Gummibärchen, damit er die verbotene Berührung nicht weitersagt. Auch das Geschenk soll unbedingt geheim bleiben. An diesem konkreten Beispiel können die Kinder lernen, dass sie anderen Personen von Geschenken erzählen dürfen. Eine Erinnerungshilfe für diese Regeln fügen sie ebenfalls in ihr ‚STARK-Buch‘ ein, nachdem Herr Lange die ‚Geschenke-Regel‘ per Video-Botschaft an die Kinder herangetragen hat.

Baustein 5 – ‚Hilfe holen‘

Um den Disclosure-Prozess der Kinder zu unterstützen, bestehen die Ziele des fünften Bausteins darin, den Kindern ihr Recht auf Hilfe zu vermitteln, mit ihnen konkrete Hilfepersonen zu erarbeiten und zu üben, wie sie Hilfe holen können. Auch hierfür existieren noch keine Studienergebnisse, die das genannte Lernziel bei Kindern mit Hörbehinderung überprüft haben. Die vorliegende Untersuchung dient folglich unter anderem dazu, diese Lücke zu schließen und festzustellen, inwieweit Kinder mit Hörbehinderung nach dem Präventionstraining über Wissen im Themenbereich ‚Hilfe holen‘ verfügen (siehe Kapitel 6.3.1).

Ergebnisse von Reviews, die Evaluationsstudien von Präventionstrainings mit Kindern ohne Behinderung systematisch zusammenfassen, zeigten einen eindeutigen Wissenszuwachs der teilnehmenden Kinder im Bereich ‚Hilfe holen‘ (Kenny et al., 2008; Zwi et al., 2007). Vereinzelt wurde die Umsetzung des Wissens in ‚in situ‘-Experimenten überprüft (Egemo-Helm et al., 2007 oder Miltenberger et al., 1999 für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung oder Chodan, Häßler & Reis, 2017 für weibliche Jugendliche mit einer leichten geistigen Behinderung). Allerdings wurden die Teilnehmenden – im Widerspruch zu den Studienergebnissen über Täterinnen und Täter – meistens mit einer fremden Person konfrontiert, sodass ihr Verhalten zum ‚Hilfe-Holen‘ in diesen Experimenten nicht als realistisch angesehen werden kann und folglich die Ergebnisse auch nicht verallgemeinert werden dürfen.

Im Rahmen von „STARK mit SAM“ wird das Thema ‚Hilfe holen‘ mit den Kindern wie folgt behandelt: Ähnlich wie bei der Nutzung der Geschichte von Katze Lola wird die Geschichte von Tom didaktisch eingesetzt, um über die Identifikation mit der Figur Tom einen Disclosure-Prozess seitens der Kinder anzuregen. Ziel ist es, dass die Kinder nun für sich selbst überlegen, welche Personen in einer solchen Problemsituation ihre Helferinnen und Helfer sein können. Anschließend kleben und/oder schreiben die Kinder die Namen ihrer Helferinnen und Helfer in die Helferinnen- und Helferblume und fixieren diese in ihrem ‚STARK-Buch‘. Auch der Polizist Herr Lange ermutigt die Kinder in einer Video-Botschaft, Hilfe bei Erwachsenen zu holen. Ergänzend zu den Helferinnen und Helfern im nahen Umfeld wird den Kindern auch verdeutlicht, dass sie eine Telefonnummer gegen Kummer („Kummer-Nummer“) als Hilfemöglichkeit wählen können. Für diese Information steht optional ein Audiobeispiel von Elif zur Verfügung.

Die Aufmerksamkeit der Kinder wird zusätzlich auf die Möglichkeit gerichtet, dass sie auch andere Kinder als Helferinnen und Helfer wahrnehmen können. Diese Idee kann im Rahmen eines Gruppentrainings gut gefördert werden, indem sie auf die Solidarität der Kinder und die Chancen einer Gemeinschaft abzielt, für einander Verantwortung zu übernehmen, was entwicklungspsychologisch betrachtet bereits ab dem Kindergartenalter möglich ist (Haug-Schnabel & Bensel, 2017). Entsprechend sollen die Kinder in diesem Zusammenhang erkennen, dass auch sie selbst – neben Erwachsenen – die Rolle der Helferin bzw. des Helfers übernehmen können. Nachdem Herr Lange die Kinder in ihrer Funktion als Helferin bzw. Helfer bestärkt hat, üben die Kinder ihre Helferrolle anhand eines Rollenspiels ein.

Abschließend erzählt SAM eine ‚Geschichte vom Weiterfragen‘. Diese Geschichte – vermittelt durch die Identifikationsfigur SAM – soll die Kinder dazu ermutigen, in einer Disclosure-Situation nicht nachzugeben, auch wenn die als Helferinnen oder Helfer angesprochenen Personen nicht direkt zuhören oder handeln (siehe Kapitel 3.1.4). Das ‚Weiterfragen‘ ist somit ein umfassender Begriff für Beharrlichkeit, Nicht-Aufgeben und Dranbleiben, also ein Insistieren, das viele Ausdrucksformen kennt. Auch diese wichtige Regel wiederholt der Polizist Herr Lange. Im ‚STARK-Buch‘ wird die letzte Strategie „Weiterfragen“ durch ein vorgefertigtes Bild neben der Ampel ergänzt.

Baustein 6 – ‚Starke Kinder‘

Das Ziel des letzten Bausteins besteht darin, die Inhalte der vorherigen fünf Bausteine zu wiederholen und zu festigen sowie offene Fragen der Kinder zu beantworten. Hierfür wird zu jedem Baustein eine aktive Übung durchgeführt sowie das entsprechende ‚Baustein-Lied‘ gesungen.

Um die Inhalte von Baustein 1 zu wiederholen wählt die Trainerin eine Variante der Übung „Körperteile Erkennen und Benennen“ aus und singt anschließend mit den Kindern das ‚Körper-Lied‘. Das Thema ‚Gefühle‘ aus Baustein 2 wird aufgefrischt, indem sich die Gruppe noch einmal die erstellten Gefühlsbilder anschaut sowie die Begrifflichkeiten und Merkmale von Gefühlen beschreibt. Abgerundet wird diese Wiederholungseinheit mit dem Singen des ‚Gefühle-Lieds‘. Die folgende Wiederholung der Inhalte aus Baustein 3 beginnt SAM mit einer Anekdote. SAM fordert die Kinder auf, den Vorfall einzuordnen und die erlernten Regeln und Handlungsoptionen zum Thema ‚Berühren‘ und ‚Anfassen‘ zu benennen. Das ‚STARK-Lied‘ bildet den Abschluss dieser Einheit.

Ähnlich zur Reproduktion der Inhalte aus Baustein 3 beginnt auch die Wiederholung von Baustein 4. SAM erzählt von einem Vorfall und bittet die Kinder, gemeinsam darüber zu beraten, was zu tun sei. Ergänzt wird dieses Beispiel mit bekannten Situationen aus dem

vierten Baustein, welche von den Kindern noch einmal den entsprechenden Ampelfarben zugeordnet werden. Das Singen des ‚Geheimnis-Lieds‘ greift die Inhalte noch einmal auf. Im fünften und letzten thematischen Block rufen sich die Kinder anhand der Hilfe-Blume in Erinnerung, dass sie über ein Helferinnen- und Helfersystem verfügen, auf das sie zurückgreifen können. In der Wiederholung wird zudem die Regel betont, dass sie weiterfragen können und sollen, bis ihnen jemand hilft. Diese Botschaft wird durch das ‚Hilfe-Lied‘ noch einmal verstärkt.

Zur Verabschiedung der Kinder werden ihnen ihre ‚STARK-Bücher‘ überreicht und es wird das ‚STARK-Lied‘ gesungen.

4.5 Resümee

Die Konzeption des Präventionstrainings „STARK mit SAM“ basiert auf den evidenzbasierten Erkenntnissen von Kapitel 3 zum Stand der Forschung in den Feldern sexueller Missbrauch an Kindern mit Hörbehinderung (siehe Kapitel 3.1), Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung (siehe Kapitel 3.2) sowie hinsichtlich der bestehenden Präventionsprogramme für Kinder ohne und mit Hörbehinderung (siehe Kapitel 3.3).

Anknüpfend an die Forschungsergebnisse zu den Risikofaktoren (siehe Kapitel 3.1.2), zu den Täterinnen und Tätern (siehe Kapitel 3.1.3) sowie zu Disclosure-Dynamiken (siehe Kapitel 3.1.4) wurden die Kerninhalte und Prinzipien des Präventionstrainings determiniert.

Im Ergebnis besteht das Präventionstraining aus fünf Bausteinen zu den Themen ‚Körper‘, ‚Gefühle‘, ‚Berühren und Anfassen‘, ‚Geheimnisse und Geschenke‘ sowie einem abschließenden sechsten Baustein, der die Kerninhalte der vorherigen fünf Bausteine wiederholt.

In Anlehnung an die Forschungsergebnisse der Studien zu den Lernvoraussetzungen der Kinder (siehe Kapitel 3.2) sowie zur Effektivität von Präventionsprogrammen (siehe Kapitel 3.3) wurden die methodische und die materielle Umsetzung des Präventionstrainings bestimmt. „STARK mit SAM“ bindet die Kinder aktiv mit ein, visualisiert alle Inhalte anhand verständlicher, reizarmer und realitätsnaher Zeichnungen, stellt klare Regeln auf und ist darauf ausgerichtet, den intendierten Wissens- und Kompetenzzuwachs durch nachhaltige Wiederholungen sicherzustellen. Durch Berücksichtigung der Forschungsergebnisse wird die Konzeption eines effektiven Präventionstrainings für Kinder mit (Hör-)Behinderung angestrebt, das deshalb effektiv sein soll, weil es zu einem vermehrten Wissen in den fünf skizzierten thematischen Bausteinen führt und einen Beitrag leistet, die

Zielgruppe der Kinder mit (Hör-)Behinderung vor sexuellem Missbrauch zu schützen. Die Überprüfung dieses Vorhabens erfolgt im nächsten Kapitel.

5 Evaluation des Präventionstrainings

Der Fokus der Evaluation von „STARK mit SAM“ liegt auf folgenden Forschungsfragen: Inwiefern kann infolge des Präventionstrainings ein Wissenszuwachs in den Bereichen ‚Körper‘, ‚Gefühle‘, ‚Berührungen‘ und ‚Handlungsstrategien‘ verzeichnet werden? Auf welche Einflussfaktoren ist dieser Wissenszuwachs zurückzuführen?

Vor dem Hintergrund der spezifischen Lernvoraussetzungen der Zielgruppe wird im Folgenden zunächst das Untersuchungsdesign beschrieben. Die anschließende Reflexion erfolgt entsprechend der Forderung von Odom et al. (2005): „Researchers cannot just address a simple question about whether a practice in special education is effective; they must specify clearly for whom the practice is effective and in what context“ (ebd., S. 141).

5.1 Untersuchungsdesign

Vorbereitend wurden organisatorische Absprachen zur Durchführung des Trainings und zur Durchführung der Evaluation zwischen der Trainerin bzw. der Testleiterin und der Klassenlehrerin bzw. dem Klassenlehrer getroffen. Um die individuellen Voraussetzungen vor der Intervention bei der Auswertung berücksichtigen zu können, wurde vor der Durchführung des Präventionstrainings mit jedem Kind eine Leistungsdiagnostik durchgeführt. Sodann erfolgten die weiteren Erhebungen auf den Ebenen der einzelnen Bezugsgruppen: die Kinder (K), deren Bezugspersonen (B), Lehrerinnen bzw. Lehrer (L) und die Trainerin (T).

Um die Wirksamkeit des Präventionstrainings zu überprüfen, schien ein Experimental- und Wartekontrollgruppendesign mit vier Messzeitpunkten (Prä-, Post- sowie zwei Follow-up-Erhebungen) als ein geeignetes Verfahren. Mit der Wartekontrollgruppe wurde das Präventionstraining zeitversetzt durchgeführt, sodass die Wirksamkeit der unabhängigen Variable (z.B. Alter, IQ-Wert oder kommunikative Kompetenz) auf die abhängige Variable (z.B. Wissenszuwachs) für die Experimentalgruppe (EG) im Vergleich zur Baseline der Wartekontrollgruppe (WKG) gemessen werden konnte. Für die Kinder der Experimentalgruppe erfolgte die Erhebung unmittelbar vor und nach dem Training sowie im Follow-up drei bzw. 24 Wochen nach Abschluss des Trainings. Für die Kinder der Wartekontrollgruppe entfielen die Messzeitpunkte (MZP) t1 und t3 (siehe Tabelle 3).

Es wurden so viele Messzeitpunkte wie organisatorisch machbar realisiert, um einen möglichst großen Reliabilitätszugewinn zu erzielen. Nach Bortz (2005) ist dieser dann am größten, wenn der Untersuchungsplan drei Messzeitpunkte vorsieht. „Mit wachsender Anzahl der Messzeitpunkte wird der Einfluss eines fehlerhaften bzw. wenig reliablen Messinstruments auf die Reliabilität der Veränderungsmaße zunehmend kompensiert“ (ebd., S. 554).

Tabelle 3
Untersuchungsdesign

Woche	Experimentalgruppe	Wartekontrollgruppe
1	t0-Erhebung (K, B, L)	t0-Erhebung (K, B, L)
2	Training; Durchführungsintegrität (T)	
3	Training; Durchführungsintegrität (T); t1-Erhebung (K)	
4	----	
5	----	
6	t2-Erhebung (K, B, L)	t2-Erhebung (K, B, L)
7	----	Training; Durchführungsintegrität (T)
8	----	Training; Durchführungsintegrität (T)
...	----	
27	t3-Erhebung (K, B, L)	

Das Präventionstraining wurde an sechs Tagen durchgeführt, terminiert über zwei Wochen verteilt (Woche A: Montag, Dienstag, Mittwoch; Woche B: Montag, Dienstag, Mittwoch). Da montags vor Trainingsbeginn nicht genügend Zeit für die Einzelbefragung der Kinder zur Verfügung stand, fand die t0-Erhebung der Kinder der EG in der Woche vor Trainingsbeginn in der Schule statt. In der Praxis war davon auszugehen und wurde eingeplant, dass es bei allen Messzeitpunkten aufgrund von zeitlichen Engpässen (z.B. aufgrund von schulischen Verpflichtungen) zu Verschiebungen kommen konnte.

Die Gruppengröße pro Trainingsdurchgang orientierte sich an der jeweiligen Klassengröße, geplant waren jeweils etwa Gruppen mit zehn Kindern im Alter zwischen acht und zwölf Jahren. Alle Kinder besuchten eine Schule in Nordrhein-Westfalen mit dem Förderungsschwerpunkt Hören und Kommunikation.

Die Durchführungsobjektivität wurde bestmöglich gesichert, indem das Präventionstraining auf der Grundlage eines standardisierten Manuals mit immer denselben Materialien durchgeführt wurde (siehe Kapitel 4.4; Bienstein, Urbann, Verlinden, in Druck). Bei der Trainerin handelte es sich um eine für das Präventionstraining geschulte Person mit Praxiserfahrung und hörbehinderungsspezifischen Fachkenntnissen, die sich an die jeweilige kommunikative Situation in der Gruppe anpassen konnte. Um die einheitliche Dokumenta-

tion der Trainingsdurchführung und somit Durchführungintegrität zu gewährleisten, wurde die Trainerin gebeten, für jeden Trainingsdurchgang einen Treatment-Integrity-Bogen auszufüllen.

5.2 Konstrukte der Evaluation

Ein Konstrukt wird im psychologischen Kontext definiert als „ein nicht unmittelbar fassbarer Begriff, der sich auf nicht direkt beobachtbare Entitäten oder Eigenschaften bezieht“ (Wirtz, 2014, S. 871). Im Folgenden werden die beiden für die Evaluation zentralen Konstrukte ‚Wissen‘ als erwünschter Effekt und ‚Ängstlichkeit‘ als unerwünschter Effekt in ihrem theoretischen Zusammenhang beschrieben. In Kapitel 5.4 erfolgt die Operationalisierung der Konstrukte.

5.2.1 Wissen

‚Wissen‘ wird hier verstanden als deklaratives Wissen im kognitionspsychologischen Sinne, mithin als Repräsentation von Sachverhalten oder, vereinfacht gesagt: die Kenntnis von Sachverhalten. Deklaratives Wissen als Sachwissen impliziert nicht die Auskunft über Wissensprozesse, sondern meint symbolische Beschreibungen von Datenstrukturen, realisiert in Begriffen, Objekten, Fakten oder Situationen. Deklaratives Wissen kann daher im Vergleich zu prozeduralem Wissen durch geeignete Verfahren durchaus problemlos erfasst werden. Um das abgespeicherte deklarative Wissen abrufen zu können, sind bestimmte kognitive Funktionen notwendig (Echterhoff, 2014, S. 1675; Heinecke-Müller, 2014, S. 1673). Grundvoraussetzung für den Erwerb von Wissen ist in der hier gegebenen Interaktion eine funktionierende kommunikative Basis zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen. Ist die Kommunikation zwischen dem Kind und seiner Umwelt beeinträchtigt, scheint es naheliegend, dass der Erwerb von Weltwissen nur sehr eingeschränkt stattfinden kann (siehe Kapitel 3.2).

Im Rahmen der Evaluation war es daher erforderlich und sinnvoll, kognitive Funktionen und Angaben zur Kommunikation und Sprache der teilnehmenden Kinder teils auch im Fragebogen für die Bezugspersonen und die Lehrpersonen abzufragen. Denn nur unter Berücksichtigung genauer Informationen zur Beeinträchtigung der Kinder in diesen Funktionsbereichen, zum psychosozialen Funktionsniveau und zur sprachlichen bzw. kommunikativen Kompetenz der Kinder, war es möglich, die Ergebnisse angemessen einzuordnen und auszuwerten.

Zur Bedeutung des Wissens im Kontext der Problematik sexueller Übergriffe an Kindern wurde die allgemeine Annahme verfolgt, dass diese häufiger stattfinden, wenn bei den Heranwachsenden ein Mangel an Wissen über Abwehrstrategien und selbstschützenden Fertigkeiten besteht (Watson et al., 1992; Tang & Lee, 1999; Dietzel, 2002, S. 73ff; Schröttle et al., 2012, S. 34ff). Fehlendes Wissen über sexuellen Missbrauch (Tang & Lee, 1999) sowie eine geringe Aufklärung über angemessenes und unangemessenes Sexualverhalten bzw. fehlende Sexualerziehung werden generell als Faktoren angesehen, die sexuelle Übergriffe begünstigen (Chodan et al., 2015). Vorliegende Ergebnisse aus Studien mit Menschen mit Hörbehinderung bestätigen ein Informationsdefizit im Bereich Sexualität bzw. sexueller Missbrauch als einen vermutlich entscheidenden Risikofaktor (siehe Kapitel 3.1.2). Ein Hauptanliegen des Präventionstrainings besteht folglich darin, den beschriebenen Risikofaktor des mangelnden Wissens über diese Themenbereiche zu beheben, indem das Wissen – auch über Abwehrstrategien – in einen Schutzfaktor umgewandelt wird. Die erwünschte Folge des Präventionstrainings liegt konkret in der Zunahme des deklarativen Wissens der teilnehmenden Kinder in diesem Wissenskomplex. Dass prinzipiell ein Anstieg deklarativen Wissens über sexuellen Missbrauch nach Durchführung eines Präventionstrainings verzeichnet werden kann, zeigen z.B. die Meta-Analysen von Berrick und Barth (1992), Heidotting et al. (1994), Rispens et al. (1997), Davis und Gildycz (2000) sowie von Topping und Barron (2009).

5.2.2 Ängstlichkeit

Die Ängstlichkeit bildet das zweite, für die Evaluation leitende Konstrukt und bezieht sich auf eine mögliche unerwünschte Folge, die mit einer Teilnahme am Präventionstraining theoretisch einhergehen könnte. Ängstlichkeit wird differential-psychologisch als „interindividuelle[r] Unterschied in der Disposition zu Angstreaktionen“ (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann 2006, S. 366) bezeichnet. „Gemeint ist damit ein Persönlichkeitskonstrukt, das Unterschiede zwischen Personen hinsichtlich ihrer Wahrscheinlichkeit beschreibt, öfter mit Angst oder mit besonders starken Ängsten zu reagieren“ (ebd.).

Epkins und Heckler (2011) sowie Belhadj, Kouider und Petermann (2015) haben Risikofaktoren auf verschiedenen Ebenen identifiziert, welche in gebündelter Form zu sozialer Ängstlichkeit führen können: Biologisch betrachtet wurde beispielsweise festgestellt, dass Mädchen eher Angstsymptome zeigen als Jungen. Im familiären Kontext der Kinder scheint eine geringere elterliche Zuneigung oder – in der Polarität – elterliche Überbehütung zu sozialer Ängstlichkeit führen zu können. Die meisten Wirkfaktoren werden hier für die soziale Ebene beschrieben: soziale Isolation und Einsamkeit, Ausschluss aus der Gleichaltrigengruppe, Mobbing, geringe Intimität in Freundschaften. Fehlende positive

Freundschaftserfahrungen, geringe soziale Kompetenzen und/oder geringe familiäre Unterstützung scheinen soziale Ängstlichkeit zu begünstigen. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive wird davon ausgegangen, dass eine geringe Selbstwirksamkeit zu sozialer Ängstlichkeit beitragen kann. Dass sich diese Faktoren in der Betrachtung der Sozialisation von Kindern mit Hörbehinderung niederschlagen können, wurde in Kapitel 3.2 dargelegt.

Im Kontext der empirischen Präventionsforschung wird Ängstlichkeit traditionell als unerwünschte Folge von Präventionsprogrammen zu sexuellem Missbrauch in einigen Studien mit erhoben. Je nach Untersuchung geht es hierbei um drei unterschiedliche Arten von Ängsten: Ängste vor missbräuchlichen Situationen (z.B. vor der Drohung, dass die Scheide angefasst wird), vor Berührungen (z.B. vor Umarmungen) und um allgemeine Ängste von Kindern, etwa vor Gewitter (Binder & McNiel, 1987; Garbarino, 1987; Hazzard et al., 1991; Kiemel & Bogat, 1991; Miltenberger & Thiesse-Duffy, 1988; Miltenberger, Thiesse-Duffy, Suda, Kozak & Bruellmann, 1990; Müller & Röder, 2014; Ratto & Bogat, 1990; Wurtele, 1990; Wurtele, Currier, Gillispie & Franklin, 1991; Wurtele, Kast, Miller-Perrin & Kondrick, 1989; Wurtele & Miller-Perrin, 1987). Anknüpfend an diese Tradition bildet die Überprüfung von einer der drei beschriebenen Arten von Ängstlichkeit als unerwünschte Folge auch für die vorliegende Untersuchung einen wichtigen, erkenntnisversprechenden Ansatz (siehe Kapitel 5.4.2).

Außerdem ist zu bedenken, dass Ängstlichkeit einen direkten Einfluss auf den Wissenserwerb haben kann. Wirkungsmechanismen können in zweierlei Hinsicht vorliegen: Einerseits gibt es Hinweise darauf, dass sehr ängstliche Kinder bedrohlichen Reizen gegenüber vigilanter sind (Vasey, El-Hag & Daleiden, 1996), weshalb sie sich potenziell der bedrohlichen Thematik des Missbrauchs eher zuwenden und daher vielleicht mehr darüber erfahren oder schon erfahren haben. Umgekehrt kann erhöhte Ängstlichkeit dazu führen, dass die angsteinflößende Thematik eher vermieden wird (Lau & Viding, 2007). In diesem Zusammenhang ist mit Yerkes und Dodson (1908) darauf hinzuweisen, dass das Lernen komplexer Inhalte in einem umgekehrt u-förmigen Zusammenhang mit dem Niveau der Ängstlichkeit steht. Diesen Zusammenhang konnten auch Müller und Röder (2014) in ihrer Studie bestätigen. Die beiden Forscherinnen untersuchten, inwiefern ‚Selbstwert‘ und ‚Ängstlichkeit‘ mit dem kindlichen Wissen über missbrauchsrelevante präventive Inhalte korrespondieren. Für die Ermittlung dieser Zusammenhänge wurde mit 166 Schülerinnen und Schülern von dritten Grundschulklassen zwischen acht und zehn Jahren ($M = 8.78$, $SD = 0.69$) eine Fragebogenerhebung durchgeführt. Mithilfe einer nicht-

linearen Regressionsanalyse mit Kurvenanpassung konnten die beiden Forscherinnen den umgekehrt u-förmigen Zusammenhang beweisen ($p = .008$, $R^2 = .05$). Durch die umgekehrt u-förmige Verteilung wurde deutlich, dass sowohl hoch- als auch niedrigängstliche Kinder weniger Wissen aufweisen als Kinder mit einem mittleren Ängstlichkeitsniveau.

Auf Basis dieser Überlegungen seien sowohl besonders ängstliche als auch besonders wenig ängstliche Kinder gefährdet, ein nur geringes Wissen über hilfreiche Handlungsstrategien zu besitzen, und hätten entsprechend schlechtere Startbedingungen innerhalb von Präventionsangeboten. Prinzipiell wird jedoch davon ausgegangen, „dass Angstsymptome auftreten, weil Schwierigkeiten in der Regulation von Emotionen bestehen, die schon im Vorfeld bestanden haben“ (Petermann, Petermann & Nitkowski, 2016, S. 32).

Für die hier durchgeführte Evaluation ist entscheidend, dass diverse diagnostische Instrumente existieren, um Ängstlichkeit zu erfassen, etwa der Fremdbeurteilungsbogen (FBB) ANZ des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV von Döpfner et al. (2008; DISYPS II). Indem Ängstlichkeit als unerwünschte Folge anhand des FBB-ANZ überprüft wird, knüpft die Evaluation des Präventionstrainings „STARK mit SAM“ an die Tradition der Evaluation von Präventionsprogrammen an, auch die Beziehung zwischen Ängstlichkeit und Wissenserwerb zu berücksichtigen (siehe Kapitel 3.3).

5.3 Hypothesen

Ausgehend von dem aktuellen Forschungsstand (siehe Kapitel 3) wird ein Spektrum korrespondierender Hypothesen abgeleitet, die in drei thematische Bereiche differenziert werden. Die zentrale Hypothese lautet: **Das Präventionstraining führt zu einem signifikanten Anstieg deklarativen, präventionsrelevanten Wissens.**

Zur Überprüfung dieser Hypothese erfolgt erstens der Abgleich der Ergebnisse zwischen der Experimentalgruppe (EG) und der Wartekontrollgruppe (WKG), um etwaige Differenzen festzustellen. Zweitens wird ermittelt, ob Veränderungen innerhalb der EG beobachtet werden können. In beiden Vergleichsverfahren steht immer der Wissenszuwachs als erwünschte Wirkung sowie die Ängstlichkeit als unerwünschte Wirkung des Präventionstrainings im Fokus.

Drittens werden etwaige Zusammenhänge zu weiteren Einflussfaktoren eruiert (siehe Kapitel 3.2). Da die Durchführungsintegrität unter anderem Einfluss auf die Validität einer Maßnahme nimmt, wird ergänzend folgende Hypothese aufgestellt: **Es besteht hohe**

Durchführungsintegrität, sodass die interne Validität als gesichert angesehen werden kann.

In den folgenden Abschnitten wird zunächst das Spektrum der empirisch inhaltlichen Hypothesen konkretisiert und aus Gründen der Übersichtlichkeit aufgelistet. Die erweiterte Formulierung der Testhypothesen und statistischen Hypothesen erfolgt in den Kapiteln 6.6, 6.7 und 6.8.

5.3.1 Vergleich zwischen der Experimental- und der Wartekontrollgruppe

Für den Vergleich der EG und der WKG bezüglich der erwünschten und unerwünschten Wirkungen des Präventionstrainings werden neun Hypothesen aufgestellt. Da die WKG lediglich zu zwei Messzeitpunkten befragt wurde, beschränkt sich der Vergleich auf die Messzeitpunkte t0 und t2. Somit wird die kurzfristige Wirksamkeit des Präventionstrainings für die EG im Vergleich zur WKG überprüft.

Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben,

- können zu MZP t2 signifikant mehr Körperteile korrekt erkennen (Bereich 1; Hypothese 1)
- können zu MZP t2 signifikant mehr Körperteile korrekt benennen (Bereich 1; Hypothese 2)
- können zu MZP t2 signifikant mehr Gefühle korrekt erkennen (Bereich 2; Hypothese 3)
- können zu MZP t2 signifikant mehr Gefühle korrekt benennen (Bereich 2; Hypothese 4)
- können zu MZP t2 signifikant häufiger verbotene und nicht verbotene Berührungen korrekt identifizieren (Bereich 3, Bereich 5 A; Hypothese 5)
- weisen für das Verhalten bei einem schlechten Geheimnis, Bedrohung und Angst zu MZP t2 eine signifikant höhere theoretische Handlungskompetenz auf (Bereich 4; Hypothese 6)
- können zu MZP t2 für den theoretischen Umgang mit einer verbotenen Berührung signifikant häufiger Sicherheitsstrategien korrekt benennen (Bereich 5 B; Hypothese 7)
- weisen zu MZP t2 für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung eine signifikant höhere theoretische Handlungskompetenz auf (Bereich 5 C; Hypothese 8)
- weisen zu MZP t2 gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ (L) auf (Hypothese 9)

- weisen zu MZP t2 gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ (B) auf (Hypothese 10)

als Kinder, die nicht am Training teilgenommen haben.

5.3.2 Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe

Die Experimentalgruppe wird zu vier Messzeitpunkten befragt. Um den unmittelbaren Effekt (MZP t0 nach MZP t1), den mittelfristigen (MZP t0 nach MZP t2) sowie den Langfristeffekt (MZP t0 nach MZP t3) zu ermitteln, werden insgesamt 26 weitere Hypothesen überprüft. Die Hypothesen werden sortiert nach Bereichen notiert.

Bereich 1

Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können

- zu MZP t1 (Hypothese 11) signifikant mehr Körperteile korrekt erkennen
- zu MZP t2 (Hypothese 12) signifikant mehr Körperteile korrekt erkennen
- zu MZP t3 (Hypothese 13) signifikant mehr Körperteile korrekt erkennen
- zu MZP t1 (Hypothese 14) signifikant mehr Körperteile korrekt benennen
- zu MZP t2 (Hypothese 15) signifikant mehr Körperteile korrekt benennen
- zu MZP t3 (Hypothese 16) signifikant mehr Körperteile korrekt benennen

als zu MZP t0.

Bereich 2

Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können

- zu MZP t1 (Hypothese 17) signifikant mehr Gefühle korrekt erkennen
- zu MZP t2 (Hypothese 18) signifikant mehr Gefühle korrekt erkennen
- zu MZP t3 (Hypothese 19) signifikant mehr Gefühle korrekt erkennen
- zu MZP t1 (Hypothese 20) signifikant mehr Gefühle korrekt benennen
- zu MZP t2 (Hypothese 21) signifikant mehr Gefühle korrekt benennen
- zu MZP t3 (Hypothese 22) signifikant mehr Gefühle korrekt benennen

als zu MZP t0.

Bereich 3 und 5A

Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können

- zu MZP t1 (Hypothese 23)
- zu MZP t2 (Hypothese 24)
- zu MZP t3 (Hypothese 25)

signifikant häufiger verbotene und nicht verbotene Berührungen korrekt identifizieren als zu MZP t0.

Bereich 4

Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, weisen

- zu MZP t1 (Hypothese 26)
- zu MZP t2 (Hypothese 27)
- zu MZP t3 (Hypothese 28)

für das Verhalten bei einem schlechten Geheimnis, Bedrohung und Angst eine signifikant höhere theoretische Handlungskompetenz auf als zu MZP t0.

Bereich 5

Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben,

- können zu MZP t1 (Hypothese 29) für den Umgang mit einer verbotenen Berührung signifikant häufiger Sicherheitsstrategien korrekt benennen
- können zu MZP t2 (Hypothese 30) für den Umgang mit einer verbotenen Berührung signifikant häufiger Sicherheitsstrategien korrekt benennen
- können zu MZP t3 (Hypothese 31) für den Umgang mit einer verbotenen Berührung signifikant häufiger Sicherheitsstrategien korrekt benennen
- weisen zu MZP t1 (Hypothese 32) für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung eine signifikant höhere theoretische Handlungskompetenz auf
- weisen zu MZP t2 (Hypothese 33) für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung eine signifikant höhere theoretische Handlungskompetenz auf
- weisen zu MZP t3 (Hypothese 34) für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung eine signifikant höhere theoretische Handlungskompetenz auf

als zu MZP t0.

Ängstlichkeit

Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, weisen

- zu MZP t2 gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ (L; Hypothese 35)
- zu MZP t3 gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ (L; Hypothese 36)
- zu MZP t2 gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ (B; Hypothese 37)

- zu MZP t3 gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ (B; Hypothese 38)
auf als zu MZP t0.

5.3.3 Effekte auf das Wissen zu Messzeitpunkt t2

Zu der Untersuchungsfrage, inwieweit der Wissenszuwachs der Kinder durch das Präventionstraining neben den gruppenspezifischen Faktoren und dem Messzeitpunkt von weiteren Einflussfaktoren abhängt, werden die nachfolgenden Hypothesen getestet. Pro Bereich wird jeweils der Zusammenhang zwischen dem Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t2 und dem Wissen zu Messzeitpunkt t0, dem Alter der Kinder, dem Geschlecht der Kinder, dem IQ-Wert der Kinder, der Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen, dem psychosozialen Funktionsniveau der Kinder, der kommunikativen Kompetenz der Kinder, dem Schweregrad des Hörverlusts der Kinder sowie deren Versorgungsalter mit Hörhilfen überprüft.

Bereich 1

- Das Wissen der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t0 (Hypothese 39),
- Das Alter der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 41),
- Das Geschlecht der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 43),
- Der IQ-Wert der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 45),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 47),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 49),
- Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 51),
- Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 52),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 55),

- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 57),
- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 59),
- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 61),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 63),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 65),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (L; Hypothese 67)
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (B; Hypothese 69)

hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

- Das Wissen der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, bezüglich des ‚Körperteile Erkennens‘ zu MZP t0 (Hypothese 40),
- Das Alter der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 42),
- Das Geschlecht der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 44),
- Der IQ-Wert der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 46),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 48),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 50),
- Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 53),
- Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 54),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 56),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 58),

- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 60),
- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 62),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 64),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 66),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (L; Hypothese 68)
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (B; Hypothese 70)

hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Erkennens‘ zu MZP t2.

Bereich 2

- Das Wissen der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, bezüglich des ‚Gefühle Benennens‘ zu MZP t0 (Hypothese 71),
- Das Alter der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 73),
- Das Geschlecht der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 75),
- Der IQ-Wert der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 77),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 79),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 81),
- Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 83),
- Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 85),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 87),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 89),

- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 91),
- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 93),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 95),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 97),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (L; Hypothese 99)
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (B; Hypothese 101)

hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Gefühle Benennens‘ zu MZP t2.

- Das Wissen der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t0 (Hypothese 72),
- Das Alter der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 74),
- Das Geschlecht der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 76),
- Der IQ-Wert der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 78),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 80),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 82),
- Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 84),
- Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 86),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 88),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 90),
- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 92),

- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 94),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 96),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 98),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (L; Hypothese 100)
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (B; Hypothese 102)

hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

Bereich 3 und 5A

- Das Wissen der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, bezüglich des ‚Identifizierens verbotener und nicht verbotener Berührungen‘ (Bereich 3, Bereich 5A) zu MZP t0 (Hypothese 103)
- Das Alter der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 104),
- Das Geschlecht der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 105),
- Der IQ-Wert der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 106),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 107),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 108),
- Das psychosoziale Funktionsniveau Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 109),
- Das psychosoziale Funktionsniveau Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 110),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 111),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 112),
- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 113),

- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 114),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 115),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 116),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (L) mit den Kindern, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 117),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (B) mit den Kindern, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 118),

hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Identifizierens verbotener und nicht verbotener Berührungen‘ zu MZP t2.

Bereich 4

- Die theoretische Handlungskompetenz für das ‚Verhalten bei einem schlechten Geheimnis, Bedrohung und Angst‘ (Bereich 4) zu MZP t0 der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 119),
- Das Alter der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 120),
- Das Geschlecht der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 121),
- Der IQ-Wert der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 122),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 123),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 124),
- Das psychosoziale Funktionsniveau Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 125),
- Das psychosoziale Funktionsniveau Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 126),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 127),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 128),

- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 129),
- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 130),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 131),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 132),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (L) mit den Kindern, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 133),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (B) mit den Kindern, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 134),

hat einen signifikanten Effekt auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das ‚Verhalten bei einem schlechten Geheimnis, Bedrohung und Angst‘ zu MZP t2.

Bereich 5B

- Das Wissen über ‚Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung‘ zu MZP t0 der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 135),
- Das Alter der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 137),
- Das Geschlecht der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 139),
- Der IQ-Wert der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 141),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 143),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 124),
- Das psychosoziale Funktionsniveau Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 145),
- Das psychosoziale Funktionsniveau Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 147),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 149),

- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 151),
- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 153),
- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 155),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 157),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 159),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (L) mit den Kindern, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 161),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (B) mit den Kindern, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 163),

hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen über ‚Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung‘ zu MZP t2.

Bereich 5C

- Die theoretische Handlungskompetenz für das ‚Verhalten bei einer verbotenen Berührung‘ zu MZP t0 der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 136),
- Das Alter der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 138),
- Das Geschlecht der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 140),
- Der IQ-Wert der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 142),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 144),
- Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 145),
- Das psychosoziale Funktionsniveau Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 146),
- Das psychosoziale Funktionsniveau Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 148),

- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 150),
- Die kommunikative Kompetenz der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 152),
- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 154),
- Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 156),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 158),
- Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 160),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (L) mit den Kindern, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 162),
- Das Besprechen präventionsrelevanter Themen (B) mit den Kindern, die am Präventionstraining teilgenommen haben (Hypothese 164),

hat einen signifikanten Effekt auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das ‚Verhalten bei einer verbotenen Berührung‘ zu MZP t2.

5.4 Evaluationsinstrumente

Anknüpfend an die Beschreibung der für die Evaluation zentralen Konstrukte ‚Wissen‘ und ‚Ängstlichkeit‘ erfolgt nun die Operationalisierung der beiden Konstrukte.

Im Rahmen des Warte-Kontrollgruppendesigns wurden sowohl Daten anhand der Kinder erhoben als auch anhand ihrer Bezugspersonen und Lehrpersonen. Die besonderen Merkmale der einzelnen Gruppen erforderten eine überlegte Wahl der Verfahren zur Datenerhebung, in Kongruenz zu den Voraussetzungen der Befragten.

Für die Kinder wurde die Form des strukturierten Einzelinterviews gewählt, mit engem Fokus auf die Inhalte des Präventionstrainings. Zur Datenerhebung der Bezugspersonen und Lehrpersonen erschienen schriftliche Fragebögen geeignet, um anhand der Aussagen insbesondere Aufschluss zu möglichen Einflussfaktoren und Wirkungen des Präventionstrainings zu erhalten. Hier wurde unter anderem die potenzielle Ängstlichkeit des einzelnen Kindes explizit angesprochen, um hinsichtlich dieses leitenden Konstrukts der Evaluation möglichst umfangreiche und zielführende Daten zu generieren. Für die Bezugspersonen und Lehrpersonen wurde der identische Fragebogen verwendet.

Auch zur Erfassung und Analyse der Durchführungsqualität des Präventionstrainings wurde der Fragebogen als probates Instrument gewählt. Indem die geschulte Trainerin im Anschluss an das Training einen Fragebogen zur Durchführungsintegrität und zur persönlichen Zufriedenheit mit dem Training ausfüllte, dokumentierte und reflektierte sie ihr Vorgehen in der Umsetzungspraxis aus eigener Beobachtung. Die Auswertung dieser Beobachtung und Selbsteinschätzung konnte somit erstens dazu dienen, die Durchführungsqualität des Präventionstrainings zu reflektieren und kritisch zu prüfen. Zweitens bestand die Möglichkeit, die Selbsteinschätzung der Trainerin in der Analyse der übrigen Daten ergänzend zu berücksichtigen. Es galt die Annahme, die Befragung der Trainerin würde wichtige Erkenntnisse liefern, mit denen die Vergleichsergebnisse zwischen der Experimental- und der Wartekontrollgruppe eingehend geprüft und Zusammenhänge zu weiteren Einflussfaktoren analysiert werden könnten.

Im Folgenden werden die für die einzelnen Gruppen entwickelten Evaluationsinstrumente genauer beschrieben.

5.4.1 Interviewleitfaden zur Befragung der Kinder

Der für die Befragung der Kinder konstruierte Interviewleitfaden (hier auch: Fragebogen) beruht auf zwei gestalterischen Grundlagen. Strukturell maßgeblich sind die heterogenen Lernvoraussetzungen der Kinder, inhaltlich maßgeblich ist der Fokus auf die Lernziele des Präventionstrainings.

Strukturell und formal wurde der Fragebogen in leichter Sprache verfasst, um die optimale Verständlichkeit für alle Kinder zu gewährleisten. Unter dieser Prämisse wurde entschieden, alle sprachlichen Informationen durch Bildkarten (hier auch: Vignetten) zu unterstützen, um das Verstehen durch einen parallelen Zugang auf visueller Ebene zu fördern. Zugleich verfolgte die Veranschaulichung der Inhalte durch Bildmaterial einen spielerischen, multimodalen Ansatz, auch zur Förderung der Motivation der Kinder, an der Befragung mit eigenem Interesse mitzuwirken.

Um die korrekte, reliable Durchführung der strukturierten Einzelinterviews mit der Zielgruppe sicherzustellen, wurde die Testleiterin speziell geschult. Grundlage dieser Schulung bildete ein detailliertes Manual mit genauen Handlungsanweisungen für den gesamten Prozess des Interviews (Anhang D). Entscheidendes Ziel der Schulung der Testleiterin war es, eine gemeinsame kommunikative Basis zwischen Testleiterin und Kind herzustellen. Hierfür war es Aufgabe der Testleiterin, für eine Testumgebung zu sorgen, die möglichst ideal auf die Bedürfnisse der spezifischen Zielgruppe der Kinder in Fragen der Aufnahme und Kommunikation abgestimmt war. Wie wichtig dies ist, betonen Young und

Hunt in ihren Ausführungen zu *Research with d/Deaf people*: „Ensuring that data collection matches preferences in language and communication is a vital component of [...] research in this field. But issues of access are not the same and should not be treated as such“ (Young & Hunt 2011, S. 18). Entsprechend wurde der Ansatz verfolgt, den unterschiedlichen kommunikativen Zugangsweisen der Kinder Rechnung zu tragen.

Zur Absicherung des Fragebogens vor Durchführung der Erhebung wurde seine gesamte Konzeption im Rahmen einer Pilotstudie auf ihre Durchführbarkeit geprüft. Im Anschluss wurden Ergebnisse dieser ersten Prüfung kritisch reflektiert und Änderungen im Bereich der Instruktionen implementiert.

In der finalen Version werden folgende Themenbereiche des Präventionstrainings angesprochen:

- Bereich 1: ‚Körper‘, auf Basis von Trainingsbaustein 1
- Bereich 2: ‚Gefühle‘, auf Basis von Trainingsbaustein 2
- Bereich 3: ‚Berühren und Anfassen‘, auf Basis von Trainingsbaustein 3
- Bereich 4: ‚Geheimnisse‘ und ‚Hilfe holen‘, auf Basis der Trainingsbausteine 4 und 5
- Bereich 5: What if Situation-Test WIST, auf Basis der Trainingsbausteine 3, 4 und 5.

Die angesprochenen Themen korrespondieren mit den Lernzielen des Präventionstrainings und sind in „STARK mit SAM“ konzeptuell in gleicher Weise verankert. Die Bereiche 1 bis 4 bilden dabei ein eigenständig konzipiertes Erhebungsinstrument, Bereich 5 basiert auf dem standardisierten What if Situation-Test (WIST) von Wurtele (Wurtele, 1990; Wurtele, Hughes & Owens, 1998).

In jedem Bereich wurden zunächst Übungsaufgaben durchgeführt, um das verwendete Material (z.B. die Bildkarten) vorzustellen und das Verständnis der Aufgabeninstruktion zu prüfen. Wurde deutlich, dass das Kind die Aufgabeninstruktion trotz Hilfen nicht verstand, wurde die entsprechende Aufgabe nicht durchgeführt, dieses auf dem Protokollbogen vermerkt und das Interview mit dem nachfolgenden Aufgabenbereich fortgesetzt.

Bereich 1 (‚Körper‘, Trainingsbaustein 1) bearbeitet das Thema ‚Körper‘ mit 22 Items. Die Kinder sollten zunächst auf Bildkarten das Geschlecht eines Mädchens und das eines Jungen anhand der äußeren Geschlechtsmerkmale identifizieren. Anschließend wurde erfasst, ob die Kinder anhand von Bildkarten Körperteile benennen können. Sodann folgte das rezeptive Zuordnen von Körperteilen, die durch die Testleiterin genannt wurden,

durch Zeigen auf die entsprechenden Bildkarten. Alle Aufgaben dieses Bereiches wurden mit *0 = falsch*, *1 = richtig*, *9 = nicht durchgeführt/zeigt nicht* und *99 = nicht ausgefüllt* kodiert. Abweichende Antworten wurden notiert und anhand einer Synonymliste standardisiert zugeordnet (Anhang D, E).

Bereich 2 (,Gefühle‘, Trainingsbaustein 2) bearbeitet das Thema ‚Gefühle‘ mit 11 ItemS. Im Fragebogen wurde zunächst anhand einer offenen Frage erfasst, welche Gefühle den Kindern bekannt sind und die Anzahl der benannten Gefühle kodiert. Anschließend wurden den Kindern Bildkarten von SAM mit verschiedenen Emotionen (,Freude‘, ,Trauer‘, ,Angst‘, ,Wut‘, ,komisches Gefühl‘) gezeigt. Zunächst wurden die Emotionen handlungsorientiert erfragt („Wie fühlt sich SAM?“) und das Kind aufgefordert, das identifizierte Gefühl zu benennen. Im weiteren Verlauf wurden die Gefühle rezeptiv erfasst, indem eine bestimmte Emotion erfragt wurde („Wo ist SAM fröhlich?“) und das Kind somit aufgefordert wurde, auf die entsprechende Bildkarte zu zeigen. Die Antworten der Kinder wurden mit *0 = falsch*, *1 = richtig* und *99 = nicht durchgeführt* kodiert. Abweichende Antworten wurden notiert und anhand einer Synonymliste standardisiert zugeordnet (Anhang D, E).

Bereich 3 (,Berühren und Anfassen‘, Trainingsbaustein 3) bearbeitet das Thema ‚Berühren und Anfassen‘ anhand von vier Items und erfasst die Differenzierung zwischen angemessenen und unangemessenen Berührungen. Zunächst wurden die Kinder gefragt, an welchen Stellen des Körpers das Anfassen durch fremde Personen verboten ist. Dabei wurde erläutert, dass eine fremde Person eine Person ist, die das Kind noch nie gesehen hat und somit das Verständnis der Aufgabeninstruktion sichergestellt. Die Kinder wurden aufgefordert, die Körperstellen auf geschlechtsspezifischen Bildkarten zu zeigen und die Anzahl der durch Zeigen genannten Körperstellen wurde erfasst. Anschließend wurde anhand von drei Fallbeispielen erfragt, ob ein Arzt, eine fremde Person oder eine Schwimmlehrerin das Kind am Penis bzw. an der Scheide anfassen darf. Die Kodierung der Antworten erfolgte mit *1 = ja*, *2 = nein*, *3 = weiß nicht*, *9 = zeigt nicht* und *99 = nicht durchgeführt* (Anhang D, E).

Bereich 4 (,Geheimnisse‘ und ,Hilfe holen‘, Trainingsbausteine 4 und 5) bearbeitet die Themen ‚Geheimnisse‘ und ‚Hilfe holen‘ in einem Gesamtzusammenhang. Die Kinder wurden gefragt, wie sie sich bei einem ‚guten‘ Geheimnis und bei einem ‚schlechten‘ Geheimnis verhalten. Ebenso wurden sie gefragt, wie sie sich in einer Bedrohungssituation verhalten und dann, wenn sie Angst haben. Als Antwortoptionen in allen Fragen dienten

weiter sagen (= 1), Hilfe holen (= 2), nicht weiter sagen (= 3), mit der Katze spielen (= 4), ebenso konnte *9 = zeigt nicht* und *99 = nicht durchgeführt* notiert werden. Gerade in diesem sensiblen Bereich 4 war der Einsatz von Bildkarten wichtig, damit die Kinder alternativ zu einer sprachlichen Antwort mit Zeigegesten antworten konnten, um eine möglichst niederschwellige Beantwortung der Fragen zu ermöglichen.

Im Anhang E sind die Bereiche der Trainingsbausteine und deren Kodierung im Fragebogen zusammengefasst aufgeführt.

Ergänzend wurde bei allen Kindern der WIST⁷⁹ als zweiter Teil des Einzelinterviews zu allen Messzeitpunkten eingesetzt. Der WIST wurde deshalb ausgewählt, weil sein Ziel ist, die Fähigkeiten von Kindern zu erfassen, unangemessene Berührungen zu erkennen, sich dagegen zu wehren und sie mitzuteilen (Wurtele et al., 1998). Der WIST-III-R-Fragebogen enthält im Original sechs Fallbeispiele, darunter drei angemessene (WIST_1, WIST_2 und WIST_6) und drei unangemessene (WIST_3, WIST_4 und WIST_5) Berührungen. Im Original werden fünf Bereiche erhoben: Erstens wird die Einschätzung des Kindes erfragt, ob die Berührung erlaubt ist. Zweitens wird erfragt, was das Kind in Reaktion auf die Berührung sagen würde. Drittens wird erfragt, was es in Reaktion auf die Berührung tun würde. Viertens wird erfragt, ob es anderen von der erlebten Situation erzählen würde und abschließend wird erfragt, was es der anderen Person dann erzählen würde (Wurtele, 1990; Wurtele et al., 1998).

Im Rahmen der vorliegenden Erhebung wurde ein sogenanntes „out-of-level testing“ durchgeführt (Minnema, Thurlow, Bielinski & Scott, 2001). Hierfür wurde der WIST-III-R-Fragebogen aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt, sprachlich vereinfacht und auf Praktikabilität reduziert. Zugleich wurden dessen Instruktionen mit für das Projekt eigens professionell angefertigten Bildkarten unterstützt, um so möglichst die in Kapitel 3.2 beschriebenen Lernvoraussetzungen der Kinder angemessen zu berücksichtigen. Mit diesem Vorgehen wurde das Anliegen verfolgt, den Test im Sinne des Forschungsinteresses zu optimieren. Andererseits wurde durch die Modifikation des Tests die Standardisierung des Tests aufgebrochen⁸⁰, ein Nachteil, der jedoch durch die Vorteile der zielgruppenspezifischen Optimierung überkompensiert wurde.

⁷⁹ Bei einer Stichprobe von $N = 406$ Kindern im Alter von 41 bis 68 Monaten ($M = 4,6$ Jahre) liegt die interne Konsistenz der Originalskalen anhand des Cronbach's Alpha zwischen $\alpha = .75$ und $\alpha = .90$ sowie dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson zwischen $r = .60$ und $r = .84$ (Wurtele et al., 1998).

⁸⁰ Die Forderung, standardisierte Tests mit Kindern mit Hörbehinderung durchzuführen, stellt sich bislang als kaum erfüllbare Aufgabe dar (Kapitel 5.4). Auf der einen Seite besteht im Sinne der evidenzbasierten Forschung zwar genau dieser Anspruch (Kapitel 2.4). Gleichzeitig aber entsprechen standardisierte Tests in ihrer ursprünglichen Form nicht den kommunikativen Voraussetzungen und den Lernvoraussetzungen der Kinder, sodass ein Testergebnis gleichzeitig auch immer die Sprachkompetenz und Sprachwahrnehmungsfähigkeiten des Kindes überprüft (und ggf. durch

Der finale Interviewleitfaden/Fragebogen enthält folgende Elemente des WIST-III-R nach Wurtele (1990):

- Identifikation bzw. Differenzierung von angemessenen und unangemessenen Berührungen:
WIST Bereich A
- Sicherheitsstrategien und theoretische Handlungskompetenz: WIST Bereich B und C.

Nach der Durchführung von zwei Übungssitens wurden den Kindern die sechs Fallbeispiele zu angemessenen und unangemessenen Berührungen einzeln anhand von Bildkarten erläutert. Hierbei ging es darum, zunächst die Fähigkeit der Kinder zu erfassen, die Berührungen zu differenzieren (Bereich A). Die Kodierung erfolgte bei den angemessenen Berührungen mit $0 = \text{nein oder weiß nicht}$ und $1 = \text{ja}$ sowie umgekehrt bei den unangemessenen Berührungen mit $0 = \text{ja oder weiß nicht}$ und $1 = \text{nein}$. Hieraus resultiert eine additive Skala von null bis sechs für die Identifizierung angemessener und unangemessener Berührungen bzw. jeweils eine separate Skala von null bis drei für angemessene bzw. unangemessene Berührungen. Anschließend wurden die Sicherheitsstrategien im Fall von unangemessenen Berührungen (Bereiche B und C) erhoben und ausgewertet. Anhand einer offenen Frage wurde die Reaktion des Kindes erfasst (Bereich B „Was machst du?“) und die Antwort des Kindes analog zum originalen Fragenbogen auf einer dreistufigen Skala kodiert: $0 = \text{Kind weigert sich nicht (no refusal)}$, $1 = \text{Kind weigert sich zögerlich (tentative refusal)}$, $2 = \text{Kind lässt sich ganz klar nicht auf Situation ein (definite refusal)}$ (Wurtele 1990; Wurtele et al. 1998). Im nächsten Schritt wurde das Kind gefragt, ob es jemandem davon erzählt (Bereich C „Sagst du anderen: [...]?“). Auch diese Antwort des Kindes wurde auf einer dreistufigen Skala ($0 = \text{keinem}$, $1 = \text{einer Person}$, $2 = \text{zwei oder mehr Personen}$) kodiert. Somit ergibt sich für die Erfassung der Sicherheitsstrategien bei unangemessenen Berührungen eine additive Skala von null bis sechs.

Aufgrund des Untersuchungsdesigns gab es mehr Befragungen für die Kinder der Experimentalgruppe gegenüber der Wartekontrollgruppe durch die Messzeitpunkte t1 und t3. Zu Messzeitpunkt t1 wurden die Kinder der Experimentalgruppe nach dem Training zusätzlich zur Wissensabfrage gefragt, ob ihnen das Training gefallen hat (t1_Gefallen). Die Bewertung erfolgte anhand von drei Bildkarten, die entsprechend kodiert wurden: $0 = \text{nein}$, $1 = \text{ja}$, $9 = \text{weiß nicht}$. Zudem wurde die offene Nennung zu der Frage erfasst, was ihnen am Training am besten gefallen hat (t1_Spaß). Die Kinder der Experimentalgruppe wurden

die Sprachkompetenz der Testdurchführenden Person beeinflusst wird), während durch eventuelle sprachliche Modifikationen die Validität und Reliabilität eines Tests gefährdet bzw. aufgebrochen wird (Cawthon, 2011; Qi & Mitchell, 2012).

somit zu den Messzeitpunkten t0 vor dem Training, zu Messzeitpunkt t1 nach dem Training, zu Messzeitpunkt t2 drei sowie zu Messzeitpunkt t3 24 Wochen nach dem Training interviewt. Für die Kinder der Wartekontrollgruppe erfolgten die Erhebungen lediglich zu den Messzeitpunkten t0 und t2 (siehe Tabelle 3).

Die Testungen wurden von einer generell im Umgang mit der Zielgruppe erfahrenen und gebärdensprachlich kompetenten Person (Testleiterin) durchgeführt, die den befragten Kindern jedoch nicht bekannt ist, um eine objektive Durchführung als Qualitätskriterium zu wahren. Die Testleiterin wurde vorab mithilfe des Manuals zur Durchführung des Interviews geschult (siehe Anhang D). Zusätzlich standen der Testleiterin Videos zur Verfügung, die den Interviewleitfaden sowohl in Deutscher Gebärdensprache als auch mit die Lautsprache unterstützenden Gebärden präsentierten. Ziel dieser Maßnahmen war es, eine möglichst weitreichende Standardisierung der Testdurchführungen zu gewährleisten.

5.4.2 Fragebogen für Lehrpersonen und Bezugspersonen

Die Fragebögen für die Lehrpersonen und für die Bezugspersonen der Kinder wurden zu Messzeitpunkt t0 (vor der Durchführung des Präventionstrainings), zu den Messzeitpunkten t2 (drei Wochen nach dem Training) und zu t3 (24 Wochen nach dem Training) postalisch zugesandt. Sowohl eine Lehrperson als auch eine Bezugsperson wurde aufgefordert, insgesamt 60 Fragen zu beantworten.

Die Fragen 1 bis 9 betrafen Sachinformationen:

- z.B. Geburtsdatum des Kindes, Kommunikationsform mit dem Kind.
- Art der Hörschädigung (z.B. Schweregrad des Hörverlusts, Hörhilfen).

Die Fragen 10 bis 60 waren auf Einschätzungen der Befragten zu den individuellen Voraussetzungen und Kompetenzen des Kindes ausgerichtet:

- Fähigkeitseinschätzung anhand des psychosozialen Funktionsniveaus der Achse VI des Multiaxialen Klassifikationsschemas (ICD-10) von *0 = herausragende, gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen* bis *8 = tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung* (ein Item; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2012).
- Einschätzung anhand des Kommunikativen Komeptenz Indikators (KKI; vier Items: 1. Das Kind ist in der Lage, mir über alle Dinge, die es beschäftigen, etwas zu erzählen; 2. Das Kind ist in der Lage, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen; 3. Das Kind ist in der Lage, Dinge, die ich/man ihm erklären will, zu verstehen; 4. Das Kind ist in der Lage, sich anderen Menschen (außerhalb der Familie) mitzuteilen.) auf einer fünfstufigen Ratingskala von *1 = trifft gar nicht zu* bis *5 = trifft genau zu* (Hintermair, 2012). Hintermair (2012) hat eine Mittelwertgrenze von 3,5 defi-

niert, um zwischen auffälligen und unauffälligen Werten zu differenzieren.⁸¹ Die Überprüfung der internen Konsistenz ergab ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .879$ für die Beurteilung der kommunikativen Kompetenz der Kinder durch die Lehrkräfte und ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .758$ für die Einschätzung durch die Bezugspersonen der Kinder, sodass eine akzeptable bis gute interne Reliabilität für die beiden Skalen konstatiert werden kann.

- Einschätzung des Schweregrads der Beeinträchtigung (auch ‚Beeinträchtigung in Funktionsbereichen‘) von *0 = keine Beeinträchtigung* bis *4 = sehr starke Beeinträchtigung* in den Bereichen motorische Funktionen, intellektuelle Funktionen, Hören, Sehen und sozial-emotionale Kompetenzen (6 Items). Für die Einschätzung des Schweregrads der Beeinträchtigung der Kinder durch die Lehrpersonen wurde eine schlechte ($\alpha = .550$) und für die Einschätzung durch die Bezugspersonen eine akzeptable Reliabilität ($\alpha = .705$) verzeichnet.
- Einschätzung (Fremdbeurteilung) der Ängstlichkeit der Kinder (FBB-ANZ, Subskala des DISYPS-II⁸², Fremdbeurteilung zur Ängstlichkeit auf einer vierstufigen Skala von *0 = gar nicht*, *1 = ein wenig*, *2 = weitgehend* bis *3 = besonders*.)⁸³ Die FBB-ANZ-Skala ist eine Subskala der Diagnose-Checklisten aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-II), die im Rahmen einer Fremdbeurteilung die Ängstlichkeit von Kindern und Jugendlichen erfasst (Barkmann, Schulte-Markwort & Brähler, 2010, S. 164ff; Döpfner et al., 2008). Im Rahmen der vorliegenden Erhebung beurteilten die Lehrpersonen und Bezugspersonen die Ängstlichkeit aller Kinder vor Beginn der Intervention (zu MZP t0) und im Follow-up (zu MZP t2) sowie zusätzlich die Ängstlichkeit der Kinder der Experimentalgruppe zu Messzeitpunkt t3. Für die optimale Anwendung wurde die Skala des FBB-ANZ auf 24 Items reduziert, indem die hier irrelevanten sieben Fragen zu spezifischen Phobien nicht erhoben wurden. In Anbetracht dieser Item-Reduktion war es notwendig, die Reliabilität der Skala im Zuge der vorlie-

⁸¹ „Wenn kommunikative Kompetenz diesen unbestreitbaren Stellenwert für Fragen der Entwicklung hörgeschädigter Kinder hat, dann ist es wichtig und hilfreich, für die Bearbeitung empirischer Fragestellungen ein einfaches Instrument zur Verfügung zu haben, das diesen Stellenwert dokumentiert und hilft, entsprechende Zusammenhänge zu entwicklungspsychologischen Phänomenen aufzeigen zu können“ (Hintermair, 2012, S. 226). Auch Vaccari und Marschark (1997) betonen den Stellenwert gelingender Kommunikation zu einem frühen Zeitpunkt: „It appears that good early communication is an important ingredient for social-emotional development in deaf children“ (ebd., S. 797).

⁸² Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II (Döpfner et al., 2008; Barkmann et al., 2010, S. 164ff).

⁸³ z.B. *Ist in unrealistischer und anhaltender Weise besorgt, dass sie/er die Bezugspersonen (bzw. andere Bezugspersonen) verlieren oder dass ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte*. Sieben Fragen zu spezifischen Phobien wurden nicht erhoben.

genden Untersuchung vorab zu überprüfen. Bereits an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass sowohl mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .655$ bei der Beurteilung durch die Lehrpersonen als auch mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .602$ bei der Beurteilung durch die Bezugspersonen lediglich eine fragwürdige Reliabilität zu konstatieren ist. Da die Einschätzungen der Befragten prinzipiell einen hohen Wert darstellen, wird die Skala dennoch in die Gesamtevaluation integriert, jedoch mit der höchsten gebotenen Vorsicht.

Darüber hinaus erhielten die Lehrpersonen einen Fragebogen zu beiden Messzeitpunkten pro Klasse, um zu erfassen, wann und wie intensiv die Themen ‚Körperteile‘, ‚Gefühle‘, ‚Berührungen‘, ‚Geheimnisse‘, ‚Nein-Sagen‘, ‚Helfen‘, ‚Gefahrensituationen‘ und ‚Sexualität‘ bereits im Unterricht thematisiert wurden. Es wurde zunächst erhoben, ob und wann die Themen besprochen wurden (*1 = nicht besprochen, 2 = innerhalb der letzten 6 Monate, 3 = innerhalb der letzten 7-12 Monate, 4 = länger als 12 Monate zurückliegend, 99 = nicht ausgefüllt*) und zweitens, wie intensiv die Themen besprochen wurden (*1 = oberflächlich, 2 = intensiv, 3 = sehr intensiv, 99 = nicht ausgefüllt*). Einen thematisch in ähnlicher Weise konstruierten Fragebogen erhielten auch die Bezugspersonen bezogen auf ihr Kind.

Bei der Konstruktion der Fragebögen für die Bezugspersonen wurde zur Qualitätssicherung (siehe Kapitel 4.1) das Fachwissen des Expertinnen- und Experten-Gremiums der Förderschullehrerinnen und Förderschullehrer in Anspruch genommen. Wie empfohlen wurden die Fragebögen in gut verständlicher, leichter Sprache verfasst, um möglichst viele Bezugspersonen erreichen zu können und somit eine möglichst große Stichprobe zu erzielen. Für die Bezugspersonen dieser Stichprobe wurde ausschließlich diese eine Version verwendet, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen. Die vollständigen Fragebögen sind im Anhang F aufgeführt.

5.4.3 Fragenbogen zur Durchführungsintegrität

Treatment Integrity (wörtlich: Behandlungsintegrität, im Folgenden auch: Durchführungsintegrität) ist ursprünglich ein Terminus aus dem Bereich der Psychotherapie und meint allgemein definiert „the extent to which treatment was implemented as intended“ (Perepletchikova, 2011, S. 148). Dabei existiert keine Festlegung oder Skala, bis zu welchem Grad eine Integrität noch als akzeptabel gilt und es ist lediglich davon die Rede, dass oft eine geringe Behandlungsgintegrität (poor treatment integrity) vorliegt. Es geht bei diesem Ansatz also darum, durch die Überprüfung der Treatment Integrity sicherzustellen,

dass die Ergebnisse der Maßnahme (outcome) auch unter diesem Aspekt evaluiert werden. Denn der Einbezug dieser Frage in die Evaluation liefert wichtige Hinweise darüber, inwieweit eine Maßnahme überhaupt so durchgeführt wurde, wie es intendiert war. Dies gilt unter der Prämisse, dass die Wirksamkeit einer Intervention nur dann verlässlich analysiert werden kann, wenn die Intervention exakt gemäß ihrer konstruierten Intention durchgeführt wurde (Hagermoser Sanetti & Collier-Meek, 2017; Perepletchikova, 2011; Perepletchikova, Treat & Kazdin, 2007; Weck, Bohn, Ginzburg & Stangier, 2011). Behandlungsintegrität ist ein Konstrukt der empirischen Forschung, dessen Bedeutung auf verschiedenen Ebenen beschrieben wird: „Treatment integrity has been described as a multidimensional construct [...] with numerous conceptual models that identify the varied dimensions“ (Hagermoser Sanetti & DiGennaro Reed, 2012, S. 199). Häufig werden dabei drei zentrale Aspekte der Behandlungsintegrität unterschieden: Adhärenz, Differenzierbarkeit und Kompetenz (Hagermoser Sanetti & Collier-Meek, 2017; Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993; Weck et al., 2011). Adhärenz meint nach Weck et al. „the extent to which the therapist uses interventions and approaches as they are described in the treatment manual“ (Weck et al., 2011, S. 99). Diese Aussage impliziert die Notwendigkeit eines Manuals, also einer exakten Vorgabe zur Durchführung der Intervention, anhand der die Integrität ebenso exakt dokumentiert und gemessen werden kann. Eng mit Adhärenz ist der Aspekt der Differenzierbarkeit verbunden, die sich auf den Vergleich der Intervention mit einer anderen bezieht. Auch dieser Vergleich kann nur dann wissenschaftlich korrekt erfolgen, wenn ein Manual vorliegt und dessen Maßgaben eingehalten werden (Waltz, Addis, Koerner, Jacobson, 1993; Weck et al., 2011). Der Aspekt der Kompetenz bezieht sich auf die Kompetenz der durchführenden Person: „Competence means that the therapist is able to carry out the interventions skillfully“ (Weck et al., 2011, S. 100). Im therapeutischen Kontext werden die Kompetenzen der die Interventionen durchführenden Therapeutinnen und Therapeuten angesprochen. Im Kontext der vorliegenden Studie wurde davon ausgegangen, dass die Kompetenzen der durchführenden Trainerin ganz wesentlich bestimmt sein würden durch eine eindeutige Qualifikation im Umgang mit Kindern mit Hörbehinderung, durch Kenntnisse bezüglich spezifischer Themen (z.B. sexueller Missbrauch) und generell durch die Fähigkeit zur Anpassung an den situativen Kontext.

An anderer Stelle wird unter Durchführungsintegrität die Dreiteilung in (Treatment) Adherence, Quality und Dosage/Exposure vorgenommen. Für die Selbsteinschätzung im Self-Report bedeutet Adherence im Sinne der Einhaltung von Vorgaben, dass anhand einer Likert-Skala angegeben werden kann, ob eine Übung durchgeführt wurde. Quality

bezieht sich auf die Durchführungsqualität, die ebenso anhand einer Likert-Skala mit definierten Verhaltensweisen (behavioral anchors) und/oder narrativ dargestellt werden kann (narrative response). Dosage/Exposure meint die Wahl verschiedener Zeitrahmen (multiple-choice time frames) und die genaue Beschreibung der Anzahl und Zeitdauer der einzelnen Interventionen (number of minutes/sessions), die in Relation zu der jeweils vorgesehenen Zeitdauer erfasst werden (greater than, equal to, or less than a predetermined amount of time).

Eine nachgewiesene hohe Treatment Integrity ist allerdings nicht zwingend mit dem Erfolg oder der guten Qualität einer Maßnahme gleichzusetzen, sondern zunächst lediglich eine unabdingbare Voraussetzung für die Validität und Reliabilität ihrer empirischen Erfassung und Auswertung. So ist es akademischer Goldstandard, die Behandlungsintegrität einer Intervention anhand der drei genannten Aspekte zu dokumentieren und zu überprüfen, um die Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlichen Maßnahmen oder über eine Reihe gleicher Maßnahmen hinweg (z.B. verschiedene Trainings auf Basis eines Trainingsmanuals) gewährleisten zu können: „Regardless of its relationship with outcome, treatment integrity is imperative for the interpretation of the obtained results“ (Perepletchikova, 2011, S. 150).

Das hier gewählte Verfahren des Fragebogens verfolgte das Ziel einer einheitlichen Dokumentationsform als Grundlage der Evaluation. Generell nimmt das Ziel einer Evaluation auch Einfluss auf die Auswahl bzw. die Gestaltung des Evaluationsinstruments: „When *evaluation* is the purpose, the goal is to obtain a global, summative snapshot of implementation, meaning that the overall implementation of a curriculum may be assessed to determine whether a policy is being carried out appropriately“ (Hagermoser Sanetti & Collier-Meek, 2017, S. 7, Hervorhebung im Original). Das Ziel der Überprüfung der Durchführungsintegrität kann sowohl über direkte als auch über indirekte Verfahren verfolgt werden. Direkte Verfahren wie etwa Videoaufnahmen werden vielfach aufgrund ihrer hohen Informationsdichte und Möglichkeiten einer wiederholten, zeitverzögerten, objektiven Beurteilung präferiert. Diese Verfahren wie auch eine indirekte Überprüfung, z.B. indem die durchführende Person selbst Auskunft über die Durchführungsintegrität gibt, setzen voraus, dass die Intervention im Vorwege nachvollziehbar und messbar strukturiert wird: „[It] requires the intervention to be divided into a comprehensive list of discrete and measurable intervention steps“ (Hagermoser Sanetti & Collier-Meek, 2017, S. 6). Ungeachtet der Vorteile der direkten Verfahren ist die Selbstbeurteilung der Durchführungsintegrität ressourcenorientiert und pragmatisch, da keine weitere Person als beurteilende und quasi kein Training zur Beurteilung notwendig ist. Sie birgt darüber hinaus auch das Potenzial

der Reflexion, als wichtige Ressource einer qualitativen Studie. Zu berücksichtigen ist allerdings auch die Gefahr, dass die durchführende Person ihre Leistung rein subjektiv und damit positiv verzerrt bewertet. „Much of the available research suggests that most individuals implementing an intervention [...] will overestimate their level of adherence, resulting in data that are not accurate [...]. There is some more recent evidence, however, to suggest that daily self-report [...] and intervention training [...] can result in a more accurate self-report-data“ (Theodore, 2017, S. 6). Grundsätzlich wird für beide Verfahren der Überprüfung die Verwendung von standardisierten Bewertungsskalen und Fragebögen empfohlen (Weck et al., 2011), die entsprechend auch in der vorliegenden Untersuchung zum Einsatz kamen.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Durchführungsintegrität unter anderem Einfluss auf die interne und externe Validität nimmt. „*Internal validity* refers to conclusions about the degree to which changes in the dependent variable can be ascribed to the manipulations of the independent variable“ (Hagermoser Sanetti & DiGennaro Reed, 2012, S. 196, Hervorhebung im Original). Für die vorliegende Studie bedeutet dies, dass mit der Messung der Durchführungsintegrität und ihrer Bestätigung festgestellte Veränderungen im Bereich Wissen zu den Themen eines Präventionstrainings unmittelbar auf das absolvierte Training zurückgeführt werden konnten.

„*External validity* refers to conclusions about the extent to which the causal relation between the independent and dependent variables generalizes to conditions beyond those of the experiment“ (ebd., Hervorhebung im Original). Die externe Validität betrifft im vorliegenden Fall die Tatsache, dass eine gut dokumentierte Durchführungsintegrität die Replikation und Evaluation der Präventionsmaßnahme erleichtert, deren Ergebnisse in der Konsequenz auch generalisiert werden können.

Die Trainerin bewertete die Durchführungsintegrität und die Zufriedenheit mit dem Training im Anschluss an das Training anhand eines hierfür speziell konstruierten Fragebogens. Für jeden Trainingsbaustein beurteilte die Trainerin differenziert in die Bereiche A und B anhand einer dreistufigen Likert-Skala, ob der Baustein insgesamt (Bereich A) durchgeführt bzw. welche Elemente des Bausteins (Bereich B) durchgeführt wurden (*0 = gar nicht, 1 = teilweise* oder *2 = ganz*). Falls der Baustein nicht vollständig durchgeführt wurde, war der Grund hierfür zu ergänzen (*keine Zeit, Motivation/Interesse, Entwicklungsstand, sonstiges Gründe*). Zudem hatte die Trainerin im Bereich C anhand einer fünfstufigen Likert-Skala einzuschätzen, wie zufrieden sie mit der Durchführung des Bausteins war (von *0 = sehr unzufrieden* bis *4 = sehr zufrieden*) sowie zu beurteilen, inwieweit

sie die Lernziele dieses Bausteins bei den Kindern der Trainingsgruppe erreicht hatte (von $0 = 0\%$ bzw. *bei keinem Kind* bis $4 = 100\%$ bzw. *bei allen Kindern*). Darüber hinaus war in Bereich D anhand einer fünfstufigen Likert-Skala anzugeben, für wie geeignet sie die einzelnen Übungen für die Zielgruppe erachtete (von $0 = \textit{sehr ungeeignet}$ bis $4 = \textit{sehr geeignet}$). In Bereich E bewertete die Trainerin abschließend das gesamte Training anhand von 20 Aussagen (z.B. *Die Inhalte der einzelnen Bausteine konnte ich gut strukturiert und verständlich vermitteln; Die teilnehmenden Kinder waren an den Inhalten des Trainings interessiert; Ich konnte angemessene Gelegenheiten für Fragen einräumen.*) auf einer fünfstufigen Likert-Skala (von $1 = \textit{stimme gar nicht zu}$ bis $5 = \textit{stimme voll zu}$). Der vollständige Fragebogen ist in Anhang F aufgeführt.

5.4.4 Assessments der Eingangsdiagnostik

Vor der Durchführung des Präventionstrainings erfolgte mit jedem Kind eine Leistungsdiagnostik, um die individuellen Voraussetzungen vor der Intervention bei der Auswertung berücksichtigen zu können. Hierbei standen vor allem die heterogenen sprachlichen Voraussetzungen der Kinder im Fokus, aufgrund derer es notwendig war, die intellektuellen Fähigkeiten unabhängig von verbaler Sprache zu erheben (siehe Kapitel 3.2). Gewählt wurde der sprachfreie Intelligenztest Snijders-Oomen Nonverbaler Intelligenztest (SON-R 6-40). In Ermangelung einer nur für die Zielgruppe entwickelten Alternative erschien er insofern als geeignet, da er aus vier Subtests besteht, die mit einem vielseitigen visuellen Angebot (Analogien, Mosaik, Kategorien und Zeichenmuster) mit insgesamt 124 Items eine ansprechende Grundlage bieten. Überdies ist der SON-R 6-40 normiert (Tellegen et al., 2012) und bildet somit eine sichere Basis für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Eingangsdiagnostik.

Diese erhebt neben der Erfassung der intellektuellen Fähigkeiten der Kinder auch deren Sprachstand. Aufgrund mangelnder standardisierter und validierter Sprachtests für Kinder mit Hörbehinderung – sowohl im lautsprachlichen als auch im gebärdensprachlichen Bereich – bestand hier ein Differenzkriterium, nach dem die Probandinnen und Probanden zu unterscheiden waren: Es war sinnvoll, die nach Einschätzung der Lehrpersonen lautsprachlich orientierten Kinder bzw. die Kinder, die Lautsprache wahrnehmen können, in einer gesonderten Gruppe zur Sprachstandserhebung zu testen. Hierfür schien noch am ehesten der Subtest ‚Handlungssequenzen auf syntaktischer Ebene‘ als einer der zehn Subtests des Sprachstandserhebungstests für Kinder (SET) 5-10⁸⁴ geeignet, denn er kor-

⁸⁴ Nach Petermann (2010) weist die Mehrzahl der Untertests (nach Cronbachs Alpha) eine gute

respondiert mit der Grundvoraussetzung, die für die Trainingsteilnahme bzw. eine erfolgreiche Trainingsteilnahme gelten sollte: das Verstehen von Informationen auf Satzebene (Petermann 2010). An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass der Test sich sehr viel besser eignet, um den Sprachstand von gut hörenden lautsprachlich kommunizierenden Kindern ohne Hörbehinderung zu prüfen. Im Zusammenhang der vorliegenden Untersuchung wurde der Ansatz verfolgt, den SET versuchsshalber zu erproben, auch in der Erwartung, hierdurch weiterführende Hinweise zur Entwicklung eines spezifischen Instruments für die Zielgruppe der hörbehinderten Kinder zu gewinnen.

Da die Lautsprachkompetenz von hörbehinderten Kindern erheblich von der Lautsprachkompetenz gut hörender Kinder abweicht, wird die Eignung bestehender Testinstrumente auch für hörbehinderte Kinder tatsächlich regelmäßig kritisch hinterfragt. Hintermair et al. problematisieren auf theoretischer Ebene die Beurteilungskriterien und Normvorstellungen der Untersuchenden: „Messen wir hier dieselben Konstrukte? Welchen Wert hat es, Normen für Hörende heranzuziehen, selbst wenn bei der Auswertung und weiteren Verwendung des Testergebnisses einige zusätzliche Aspekte zu berücksichtigen sind.“ (Hintermair et al., 2014, S. 104). Sie verweisen darauf, dass verlässliche Tests auf Normen basieren müssen, die anhand einer großen Referenzgruppe entwickelt wurden.

Im Wissen um die Problematik wurde im Rahmen dieser Arbeit ganz bewusst auch der heterogene lautsprachliche Hintergrund der Kinder mit Hörbehinderung berücksichtigt, um einem wichtigen Desiderat bisheriger Studien zu begegnen.

Konkret wurde der Versuch unternommen, den ausgewählten Subtest des SET 5-10 mit den Kindern durchzuführen, die Lautsprache über das Ohr wahrnehmen können. Ziel war es, die Grundlage dafür zu schaffen, dass die Ergebnisse des SET 5-10 mit den Werten des KKI valide verglichen werden konnten. Dies erfolgte nicht zuletzt unter Bezug auf eine Studie von Hintermair (2012), in der im Rahmen einer Untersuchung mit hörbehinderten Kindern zwischen dem KKI und dem SET 3-5 (unter anderem mittels des Subtests *Sprachverständnis* auf syntaktischer Ebene), positive Korrelationen ermittelt wurden: „Es zeigt sich [...], dass der KKI mit der Qualität rezeptiver und expressiver sprachlicher Funktionen bei hörgeschädigten Kindern assoziiert ist“ (Hintermair 2012, S. 230). Die Integration der beiden Testinstrumente (KKI und SET 5-10) in die vorliegende Erhebung ermöglicht nun ebenso einen Vergleich der ermittelten Werte in der Evaluation. Das hier gewählte Verfahren könnte als Best-Practice für zukünftige Erhebungen richtungsweisend sein.

interne Konsistenz zwischen $\alpha = .71$ und $.91$ auf. Analysen zur Kriteriumsvalidität des Verfahrens ergaben mittlere bis hohe Korrelationen zwischen den Untertests des SETK 5-10 und anderen Testverfahren, die vergleichbare Konstrukte erheben. Der SETK 5-10 wurde an $N = 1052$ Kindern normiert.

Auf die Bewertung der DGS-Kompetenz der Kinder wurde im Zuge dieser Erhebung aus guten Gründen verzichtet. Aktuell stehen lediglich drei Instrumente für den deutschsprachigen Raum zur Verfügung, die die DGS-Kompetenz der Kinder erheben: zum einen das Prüfverfahren zur Erfassung der lexikalisch-semantic Kompetenz (Bizer & Karl, 2002), – fachlich kurz: „der Perlesko“ – mit dem Ziel, möglichst objektive und vergleichbare Aussagen über die lexikalisch-semantic Kompetenz gehörloser Schülerinnen und Schüler im Grundschulalter zu generieren. Hierbei handelt es sich um ein standardisiertes Instrument, das die passive Wortschatzkenntnis anhand einer repräsentativen Auswahl von Nomen, Verben und Adjektiven zu gleichen Anteilen und in Form von drei Sprachmodalitäten (Gebärdensprache, Schriftsprache, Lautsprache) testet. Als Normierungsgruppe wurden 112 gebärdensprachlich kommunizierende Kinder aus sieben deutschen Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation sowie aus einer Schule in der deutschsprachigen Schweiz herangezogen.

Neben dem Perlesko ist der DGS-Verständnistest eine Option, die deutsche computerbasierte Adaption des englischen British Sign Language Receptive Skills Test (Haug, 2011). Dieser Test wurde mit 54 gebärdensprachlich kommunizierenden Kindern zwischen 3;9 – 10;10 Jahren positiv auf inhaltliche Tauglichkeit, Reliabilität und Validität überprüft. Als dritte Möglichkeit besteht die Möglichkeit, mit der Kinderversion des „Aachener Tests zur Basiskompetenz in Deutscher Gebärdensprache“ rezeptive und produktive Sprachkompetenzen zu erfassen (Huber et al., 1998). Allgemein gibt es nur wenige Messinstrumente mit guten psychometrischen Eigenschaften, die sich als valide und reliabel erwiesen haben, um die Gebärdensprachkompetenz zu erfassen (Haug o.J.; Haug & Mann, 2008; Singleton & Supalla, 2011).⁸⁵

Insgesamt stellt die Entwicklung geeigneter, normierter und validierter für Kinder mit Hörbehinderung ein großes Forschungsdesiderat dar. Nur mittels guter valider und zielgruppenspezifischer Spracherfassungsinstrumente können zukünftig verlässliche Aussagen auf Basis quantitativer Tests getroffen werden.

⁸⁵ In der schulischen Praxis kann demnach eine standardisierte Überprüfung stattfinden. 87 % der von Haug und Hintermair (2003) befragten ($N = 203$) Lehrpersonen gaben an, dass keine regelmäßige Überprüfung der gebärdensprachlichen Entwicklung der Kinder erfolgt, obwohl Gebärden Durch inklusive Bestrebungen aufgrund des Inkrafttretens der UN-Behindertenrechtskonvention hat sich die schulische Realität in den vergangenen Jahren verändert. In Bezug auf die Zusammensetzung der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen bedeutet dies, dass dort diejenigen unterrichtet werden, die nicht inkludiert werden können oder wollen. Diese Tatsache beeinflusst die Zusammensetzung der Stichprobe zur Evaluation des Präventionstrainings „STARK mit SAM“: Sie besteht ausschließlich aus Kindern mit Hörbehinderung, die eine Schule mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation besuchen (siehe Kapitel 5.5). im Unterricht eingesetzt werden.

5.5 Rekrutierung der Stichprobe

Durch inklusive Bestrebungen aufgrund des Inkrafttretens der UN-Behindertenrechtskonvention hat sich die schulische Realität in den vergangenen Jahren verändert (siehe Kapitel 3.2). In Bezug auf die Zusammensetzung der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen bedeutet dies, dass dort diejenigen unterrichtet werden, die nicht inkludiert werden können oder wollen. Diese Tatsache beeinflusst die Zusammensetzung der Stichprobe zur Evaluation des Präventionstrainings „STARK mit SAM“: Sie besteht ausschließlich aus Kindern mit Hörbehinderung, die eine Schule mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation besuchen.

Wie in Kapitel 5.1 erläutert, besteht die Stichprobe der Untersuchung aus Schülerinnen und Schülern mit Hörbehinderung, die aus dritten und vierten Klassen von Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation in Nordrhein-Westfalen rekrutiert wurden. Die Altersspanne umfasst somit das Alter von acht bis zwölf Jahren. Ein Auswahlkriterium für die Schulen bestand in der Tatsache, dass an den Schulen bereits im Vorfeld des Präventionstrainings eine Fortbildung für Lehrkräfte zum Thema Sexueller Missbrauch stattgefunden hatte, sodass seitens der Lehrenden von einer gewissen Sensibilität gegenüber der Thematik ausgegangen werden konnte.⁸⁶

Für die Auswahl der Kinder war ein Ausschlusskriterium, wenn nachweislich psychische Störungen vorlagen (vor allem Kinder mit organischen und nicht-organischen Psychosen, Kinder in schweren depressiven Episoden und traumatisierte Kinder bzw. Kinder mit einer posttraumatischen Belastungsstörung), denn Präventionstrainings stellen grundsätzlich kein therapeutisches Gruppenangebot dar und sind daher für Kinder mit sehr komplexem psychischem Störungsbild kontraindiziert. Um das etwaige Vorliegen der genannten psychischen Störungen auszuschließen, wurden Informationsabende zur Studienteilnahme durchgeführt. Ebenso wurden hierfür Gespräche mit den Klassenlehrerinnen und Klassenlehrern und Bezugspersonen genutzt und die Auswahl abschließend durch einen Teilnahmebogen zur Gruppenzusammensetzung sichergestellt. Darüber hinaus bilden die Einverständniserklärung der Schul- und Klassenleitung sowie die schriftliche Einwilligung der Erziehungsberechtigten des Kindes zur der Trainings- und Studienteilnahme die Grundvoraussetzung, um Teil der Stichprobe zu werden.

Um den optimalen Stichprobenumfang zu berechnen, wurde die ideale Stichprobengröße

⁸⁶ Die Fortbildungen wurden ebenfalls im Rahmen des SeMB-Projekts an den Schulen mit einem eigens konzipierten Fortbildungskonzept durchgeführt und anschließend evaluiert (Bienstein, Verlinden & Paschke, in Druck).

mithilfe des Programms G*Power generiert. Der Stichprobenumfang weist keine Nonsphäritätskorrektur auf und basiert auf der Annahme, dass keine Korrelationen zwischen den messwiederholten Faktoren in der Messreihe vorhanden sind. Es ist jedoch möglich, dass diese Voraussetzung verletzt wird (etwa aufgrund des kleinen Stichprobenumfangs), so dass zum einen eine Korrektur der Freiheitsgrade aufgrund nicht homogener Varianzen zwischen den Faktorstufen (Sphärizität) notwendig wird und zum anderen zwischen den Messungen eine Korrelation besteht. Diese Korrekturen hätten Einfluss auf die Bestimmung des optimalen Stichprobenumfangs. Die Berechnung erfolgte mit korrigierter Korrelation und korrigierten Freiheitsgraden (siehe Abbildung 1). Die dort genannten Parameter sind jedoch lediglich durch Schätzung bzw. aufgrund von Vorerfahrungen festzulegen. Es ist davon auszugehen, dass das Greenhaus Geiser-Epsilon ϵ so korrekt ist, da eine andere Korrektur aufgrund der vier Messwiederholungen ausgeschlossen werden kann. Die erwartete Korrelation zwischen den Faktorstufen wurde aufgrund von Vorerfahrungen bzw. Erwartungswerten festgelegt.

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Effect size f	=	0.25
	α err prob	=	0.05
	Power (1- β err prob)	=	0.8
	Number of groups	=	2
	Number of measurements	=	4
	Corr among rep measures	=	0
	Nonsphericity correction ϵ	=	1
Output:	Noncentrality parameter λ	=	11.5
	Critical F	=	2.6732178
	Numerator df	=	3
	Denominator df	=	132
	Total sample size	=	46
	Actual power	=	0.8102715

Abbildung 1. Optimaler Stichprobenumfang (Ausgabe G*Power; F tests - ANOVA: Messwiederholung, Innersubjektfaktoren)

Die *Total sample size* $n = 46$ bezieht sich hier auf die Stichprobe einer Gruppe (EG oder WKG), sodass insgesamt ein $N = 92$ erforderlich war, um eine Trainingsevaluation mit drei Messwiederholungen und einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0.05$ und $\beta = 0.20$ zu ermöglichen. Mit dieser Stichprobengröße konnte ein mittlerer Effekt von Cohens $d = 0,5$ nachgewiesen werden. Bei einer Gruppengröße von durchschnittlich neun Kindern war die Durchführung von insgesamt 11 Gruppentrainings erforderlich.

Pro Klasse erfolgte eine randomisierte Zuweisung zur Experimentalgruppe oder zur Wartekontrollgruppe. Je nach zeitlichen und organisatorischen Möglichkeiten seitens der Schule war davon auszugehen, dass die Randomisierung eventuell aufgebrochen würde.

Geschlechts- und altersspezifische Unterschiede zwischen den Kindern der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe sowie weitere „Störfaktoren“, die Einfluss auf den Erfolg des Präventionstrainings nehmen konnten, wurden erfasst und anschließend statistisch kontrolliert.

Bei der Generierung der Stichprobe wurde auch der allgemeine Sachstand der Beschulung von Schülerinnen und Schülern mit Hörbehinderung in Deutschland berücksichtigt. Laut dem Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister in der Bundesrepublik Deutschland (2012) waren im Jahr 2010 32,2 % der Schülerinnen und Schüler mit Hörbehinderung integrativ bzw. inklusiv beschult. Es wurde festgestellt, dass diese Schülerinnen und Schüler oft einen höheren Förderbedarf haben als ihre hörbehinderten oder gut hörenden Peers an allgemeinen Schulen. Bei diesen Kindern wurden z.B. Lernbehinderungen ebenso wie psychische Störungen verstärkt beobachtet und sie stammen häufiger aus einem sozial benachteiligten Umfeld (z.B. Kouwenberg, Rieffe, Theunissen & de Rooij 2012).⁸⁷ Somit wird durch die an Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation generierte Stichprobe eine bestimmte Population von Kindern mit Hörbehinderung abgedeckt, deren Merkmale auf eine besondere Komplexität der ohnehin heterogenen Stichprobe schließen lassen (siehe Kapitel 3.2 und 6.2; dazu auch Young & Hunt, 2010, S. 7).

5.6 Umgang mit fehlenden Werten

Ein grundlegendes Problem sozialwissenschaftlicher Untersuchungen ist das Auftreten von fehlenden Werten (Rost, 2013, S. 195). Fehlende Werte stellen einen Informationsverlust dar und können zu Verzerrungen in der Datenstruktur führen.

Für die Überprüfung der zentralen Hypothese, dass das Präventionstraining zu einem signifikanten Anstieg deklarativen Wissens führt (siehe Kapitel 5.3), sind möglichst umfangreiche Daten basierend auf den Interviews mit den Kindern zentral. Um einen Überblick über fehlende Daten zu erhalten, wurden nach der Aufbereitung des Datensatzes (Rekodierungen; Syntax in digitaler Form beigefügt) die prozentualen Anteile fehlender Werte zu den vier Messzeitpunkten ermittelt.

Hieraus resultierten drei Fälle, für die zu Messzeitpunkt t0 zu 100 % keine Daten der Befragung der Kinder vorlagen. Diese drei Fälle wurden von den weiteren Analysen ausge-

⁸⁷ Einen Kontrast hierzu bildet die Studie von Shaver, Marschark, Newman und Marder (2013), die auf einer repräsentativen Basis US-amerikanischer Daten keine Unterschiede zwischen den Charakteristika der allgemein beschulten und der Förderschülerinnen und -schüler feststellen konnte.

geschlossen, da für diese Fälle kein Prä-Post-Vergleich möglich gewesen wäre und diese Daten nicht zur Überprüfung der Hypothesen hätten beitragen können.

Da nach Abschluss des Präventionstrainings Erhebungen zu drei Messzeitpunkten (für die EG MZP t1, t2 und t3) durchgeführt wurden, waren außer zu Messzeitpunkt t0 keine weiteren Fälle auszuschließen, zu denen zu 100 % keine Interviewdaten vorlagen. Somit besteht die Gesamtstichprobe aus $N = 92$ Kindern mit Hörbehinderung.

Da für die statistischen Analysen lediglich die Bereiche 1, 2 und 5 der Befragung der Kinder relevant sind (siehe Kapitel 6.5), fokussiert sich die Darstellung der fehlenden Werte des Präventionstrainings mit den Kindern auf die genannten Bereiche.

Der prozentuale Anteil fehlender Werte beträgt zu Messzeitpunkt t0 in der Gesamtstichprobe in Bereich 2 7,6 %, während in den Bereichen 1 und 5 alle Daten der Gesamtstichprobe vorliegen.⁸⁸ Zu Messzeitpunkt t1 fehlen Daten von 1,6 % der Kinder der Experimentalgruppe für die Bereiche 1, 2 und 5. Zu Messzeitpunkt t2 fehlen für die Gesamtstichprobe jeweils 6,5 % der Werte der Bereiche 1 und 5. Messzeitpunkt t3 wurde aus organisatorischen Gründen lediglich bei vier Trainingsgruppen der Experimentalgruppe durchgeführt. Zu diesem Messzeitpunkt beträgt der prozentuale Anteil fehlender Werte ca. die Hälfte (50,8 %).

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die fehlenden Werte der Befragung der Kinder zu Messzeitpunkt t0, t1, t2 und t3, für die Itemanalyse sei auf Kapitel 6.5 verwiesen.

⁸⁸ Dieser Wert ist darauf zurückzuführen, dass bei sieben Kindern zum Testzeitpunkt t0 noch kein Zusatzfragebogen vorlag, der die zuvor beschriebenen Bereiche 2, 3 und 4 der Befragung abdeckte.

Tabelle 4

Fehlende Werte der Befragung der Kinder zu MZP t0, t1, t2, t3⁸⁹

		Gesamtgruppe		Experimentalgruppe		Wartekontrollgruppe	
		H	%	H	%	H	%
MZP t0	Bereich 1	0	0	0	0	0	0
	Bereich 2	7	7,6	0	0	7	24,1
	Bereich 5	0	0	0	0	0	0
MZP t1 (nur EG)	Bereich 1			1	1,6		
	Bereich 2			1	1,6		
	Bereich 5			1	1,6		
MZP t2	Bereich 1	6	6,5	5	7,9	1	3,4
	Bereich 2	5	5,4	4	6,3	1	3,4
	Bereich 5	6	6,5	5	7,9	1	3,4
MZP t3 (nur EG)	Bereich 1			32	50,8		
	Bereich 2			32	50,8		
	Bereich 5			32	50,8		

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Die Ängstlichkeit der Kinder wurde sowohl von den Lehrpersonen als auch von den Bezugspersonen eingeschätzt. Die Tendenzen der fehlenden Werte stimmen für beide Personengruppen überein. Zu Messzeitpunkt t0 fehlen Daten im geringsten Umfang (6,5 % für Lehrpersonen bzw. 15,2 % für Bezugspersonen der Gesamtgruppe), zu Messzeitpunkt t3 fehlen Daten im größten Umfang (47,6 % für Lehrpersonen bzw. 61,9 % für Bezugspersonen der Gesamtgruppe). Tabelle 5 stellt die fehlenden Werte des Bereichs Ängstlichkeit basierend auf den Angaben der Lehrpersonen und Bezugspersonen genauer dar. Trotz der teilweise hohen Anzahl fehlender Werte, werden alle Skalen des Bereichs Wissen und des Bereichs Ängstlichkeit aus inhaltlichen Gründen in die weiteren Analysen mit einbezogen. Die fehlenden Werte werden bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

⁸⁹ Die Auswahl der Bereiche basiert auf den Ergebnissen der Itemanalyse, welche in Kapitel 6.5 detailliert dargestellt wird.

Tabelle 5

Fehlende Werte des Bereichs Ängstlichkeit (L, B) zu MZP t0, t2, t3

		Gesamtgruppe		Experimentalgruppe		Wartekontrollgruppe	
		H	%	H	%	H	%
L	MZP t0	6	6,5	1	1,6	5	17,2
	MZP t2	10	10,9	5	7,9	5	17,2
	MZP t3 (nur EG)			30	47,6		
B	MZP t0	14	15,2	11	17,5	3	10,3
	MZP t2	20	21,7	17	27,0	3	10,3
	MZP t3 (nur EG)			39	61,9		

Anmerkung. L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen, H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Die Variablen Alter, Geschlecht, IQ-Wert, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen, psychosoziales Funktionsniveau, kommunikative Kompetenz, Schweregrad des Hörverlusts und Versorgungsalter mit Hörhilfen sind für die Überprüfung der Hypothesen (siehe Kapitel 5.3) relevant. Daher war es erforderlich, auch die fehlenden Daten dieser sieben Items genau zu ermitteln. Hieraus resultierte folgendes Ergebnis für die Gesamtgruppe:

Die Angaben zu Alter und Geschlecht der teilnehmenden Kinder sind vollständig. Die Angaben zu den IQ-Werten fehlen zu knapp zehn Prozent (9,8 %). Die Einschätzung der Beeinträchtigung in Funktionsbereichen durch die Lehrpersonen fehlt zu 9,7 %, die Einschätzung durch die Bezugspersonen zu 28,3 %. Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder wurde von 5,4 % der Lehrpersonen sowie von 16,3 % der Bezugspersonen nicht angegeben. Bis auf 5,4 % der Lehrpersonen und 15,2 % der Bezugspersonen haben alle Befragten Angaben zur kommunikativen Kompetenz der Kinder gemacht. Der Schweregrad des Hörverlusts wurde von 16,3 % der Lehrpersonen und von 32,6 % der Bezugspersonen nicht angegeben. Etwa ein Drittel der Angaben zum Versorgungsalter mit Hörhilfen fehlt sowohl seitens der Lehrpersonen (29,3 %) als auch seitens der Bezugspersonen (31,5 %). Die fehlenden Werte sind in Tabelle 6 aufgeführt.

Tabelle 6

Fehlende Werte der Variablen Alter, Geschlecht, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen, psychosoziales Funktionsniveau, Kommunikativer Kompetenz (L, B), Schweregrad des Hörverlusts (L, B) und Versorgungsalter mit Hörhilfen (L, B)

	Gesamtgruppe		Experimentalgruppe		Wartekontrollgruppe	
	H	%	H	%	H	%
Alter	0	0	0	0	0	0
Geschlecht	0	0	0	0	0	0
IQ-Wert	9	9,8	5	7,9	4	13,8
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	9	9,7	3	4,8	6	20,7
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (B)	26	28,3	18	28,6	8	27,6
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	5	5,4	0	0	5	17,2
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	15	16,3	11	17,5	4	13,8
KK (L)	5	5,4	0	0	5	17,2
KK (B)	14	15,2	11	17,5	3	10,3
Schweregrad des Hörverlusts (L)	15	16,3	5	7,9	10	34,5
Schweregrad des Hörverlusts (B)	30	32,6	19	30,2	11	37,9
Versorgungsalter mit Hörhilfen (L)	27	29,3	5	7,9	22	75,9
Versorgungsalter mit Hörhilfen (B)	29	31,5	19	30,2	10	34,5
SET	35	38,0	21	33,3	14	48,3

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Die Frage, ob die Lehrpersonen und Bezugspersonen die Themen ‚Körperteile‘, ‚Gefühle‘, ‚gute und schlechte Berührungen‘, ‚gute und schlechte Geheimnisse‘, ‚Nein-Sagen‘, ‚Helferpersonen‘, ‚Strategien in Gefahrensituationen‘ und ‚Sexualität‘ zu den Messzeitpunkten t0, t2 und t3 besprochen hatten, wurde zu jedem Messzeitpunkt von mindestens 36,4% der Lehrpersonen der Gesamtgruppe und von mindestens 23,9% der Bezugspersonen der Gesamtgruppe nicht ausgefüllt (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7

Fehlende Werte der durch Lehrpersonen und Bezugspersonen besprochene Themen zu MZP t0, t2, t3

		Gesamtgruppe		Experimentalgruppe		Wartekontrollgruppe	
		H	%	H	%	H	%
L	MZP t0	4	36,4	2	28,6	2	50,0
	MZP t2	6	54,5	3	42,9	3	75,0
	MZP t3 (nur EG)	9	81,8	5	71,4		
B	MZP t0	22-32	23,9-34,8	18-26	28,6-41,3	4-8	13,8-27,6
	MZP t2	36-42	39,1-45,7	29-34	46,0-54,0	4-9	13,8-31,0
	MZP t3 (nur EG)	72-76	78,3-79,3	43-47	68,3-74,6		

Anmerkung. L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen, H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Nach Rost (2013, S. 198) sollen maximal 20 bis 25 % der fehlenden Werte ersetzt werden. Weist ein Item demnach mehr als 25 % fehlende Werte auf, ist es von den statistischen Analysen auszuschließen. Eine Ausnahme bilden die Variablen, die das Wissen der Kinder und deren Ängstlichkeit erheben. Aus inhaltlichen Gründen werden diese ebenfalls in die Analysen inkludiert, wenglich teilweise die von Rost (ebd.) festgelegte Grenze überschritten wird.

Da die aufgeführten Items lediglich für die Überprüfung des Hypothesenblocks bezüglich der Effekte auf das Wissen zu Messzeitpunkt t2 relevant sind und sich dieser ausschließlich auf die Experimentalgruppe bezieht, werden die drei Items Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (B), Schweregrad des Hörverlusts (B), das Versorgungsalter mit Hörhilfen (B), das Ergebnis des SET sowie die von den Lehrpersonen und Bezugspersonen besprochenen Themen von den weiteren Analysen ausgeschlossen. Deskriptiv werden die Items jedoch aus Gründen der Vollständigkeit und ihrer inhaltlichen Relevanz beschrieben (siehe Kapitel 6.2).

Zunächst wurden die statistischen Berechnungen mit paarweisem Fallausschluss durchgeführt, der Standard-Vorgehensweise zum Umgang mit fehlenden Werten. Der Vorteil des paarweisen Fallausschlusses besteht darin, dass die vorhandenen Daten bestmöglich genutzt werden können, da keine Messwerte verworfen werden und nicht aktiv in die Datenstruktur eingegriffen wird, sodass die Daten nicht verändert werden. Der Nachteil des

paarweisen Fallausschlusses liegt darin, dass die verschiedenen Analysen auf teilweise unterschiedlichen Fällen und Fallzahlen beruhen und mit teils verschiedenen Stichproben gerechnet wird.

Ergänzend zum paarweisen Fallausschluss wurde für den Umgang mit den ermittelten fehlenden Werten die Möglichkeit der Imputation gewählt. Dabei gilt die von Rubin (1987) vorgeschlagene multiple Imputation aktuell als eines der fortschrittlichsten statistischen Verfahren zur Behandlung fehlender Werte in der Regressionsanalyse (Allison, 2015; King, Honaker, Joseph & Scheve, 2001; Döring & Bortz, 2016, S. 591; Urban, Mayerl & Wahl, 2016, S. 4; White, Royston & Wood, 2010). „Multiple Imputation is the technique that replaces each missing or deficient value with two or more acceptable values representing a distribution of possibilities“ (Rubin, 1987, S. 2). Die Verfahrenslogik der multiplen Imputation besteht darin, dass in diesem Verfahren jeder fehlende Wert durch mehrere simulierte Werte ersetzt wird. Durch mehrfache Simulation ergeben sich mehrere Datensätze mit unterschiedlich imputierten Werten. Jeder einzelne Datensatz kann dann mit der jeweiligen statistischen Analysemethode so ausgewertet werden, als handle es sich um den kompletten Datensatz. Da die sich daraus ergebenden geschätzten Regressionsresultate untereinander variieren, werden die einzelnen Schätzungen nach den sogenannten „Rubins Regeln“ zusammengefasst. Aus diesen resultieren durchschnittliche Parameterschätzwerte und durchschnittliche Standardfehler. Zugleich wird bei dieser Zusammenführung die Unsicherheit der zahlreichen Imputationen durch einen angepassten Schätzwert bei der Kalkulation der durchschnittlichen Standardfehler berücksichtigt (Urban et al., 2016, S. 29).

Die multiple Imputation vollzieht sich in drei Schritten: erstens der Imputationsphase, zweitens der Analysephase und drittens der Poolingphase. In der Imputationsphase werden mehrere Kopien des Datensatzes geschaffen, in die jeweils unterschiedliche Schätzwerte für die fehlenden Werte imputiert werden. Die fehlenden Werte werden mithilfe von Regressionsmodellen geschätzt.

In der Analysephase wird jedes imputierte Datenset, das in der Imputationsphase generiert wurde, separat analysiert. Da die fehlenden Werte durch unterschiedliche Imputationen ersetzt werden, unterscheiden sich die Ergebnisse der Analysen.

In der Poolingphase werden die in jedem Modell geschätzten Parameter zu durchschnittlichen Parameterschätzwerten zusammengeführt (unter Berücksichtigung der Rubins-Regeln). Einige derart ermittelte, durchschnittliche Schätzwerte berücksichtigen auch die Unsicherheit, die generell mit der Schätzung fehlender Werte mittels multipler Imputation

verbunden ist. So sind üblicherweise die durchschnittlichen Standardfehler der geschätzten Regressionskoeffizienten bei Analysen mit vorausgegangener multipler Imputation größer als bei vergleichbaren Regressionsanalysen mit anderen Imputationsverfahren. Dadurch kann es für diese Koeffizienten auch schwieriger werden, eine statistische Signifikanz zu erreichen (Enders, 2010, S. 187ff; Urban et al., 2016, S. 31; White et al., 2010).

Bei dem vorliegenden Datensatz kann davon ausgegangen werden, dass die Werte „missing completely at random“ (MCAR) – rein zufällig fehlend – sind (MCAR-Test nach Little ein Chi-Quadrat von $\chi^2 = 678.692$ (DF = 644, $p = .166$)).

Für die statistischen Analysen wird zwischen der Nutzung des Originaldatensatzes und des imputierten Datensatzes unterschieden. Der Originaldatensatz enthält keine imputierten Daten, während im imputierten Datensatz Daten ersetzt wurden. Zur Überprüfung der Hypothesen, die sich auf den Vergleich zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe beziehen (siehe Kapitel 5.3.1 und Kapitel 6.6), wurde mit einem imputierten Datensatz gearbeitet, in welchem die Variablen der Bereiche 1, 2 und 5 zu den Messzeitpunkten t0, t1 und t3, die Variablen ‚Ängstlichkeit‘ zu den Messzeitpunkten t0, t2 und t3 sowie ‚Gruppe‘ als Prädiktoren mit in das Imputationsmodell aufgenommen wurde.

Um die Hypothesen zu testen, die sich auf die Veränderung innerhalb der Experimentalgruppe beziehen (siehe Kapitel 5.3.2 und Kapitel 6.7), wurden die Variablen der Bereiche 1, 2 und 5 sowie ‚Ängstlichkeit‘ zu allen vier bzw. drei Messzeitpunkten mit in das Imputationsverfahren aufgenommen. Für die beiden beschriebenen Imputationsmodelle gilt, dass die Variablen der Bereiche 1, 2 und 5 sowie die Erfassung von ‚Ängstlichkeit‘ zu Messzeitpunkt t3 sowie der Angaben der Eltern zur Ängstlichkeit ihrer Kinder zu Messzeitpunkt t2 lediglich als Prädiktoren dienen, da sie zu viele fehlende Werte (mehr als 25%) aufwiesen, um ersetzt zu werden.

Insgesamt wurden zur Überprüfung des dritten Hypothenblocks (siehe Kapitel 5.3.3 und Kapitel 6.8) von den ursprünglich vorgesehenen Variablen folgende Variablen als geeignet ausgewählt und in das Imputationsmodell inkludiert: das Geschlecht der Kinder, das Alter der Kinder, ihre IQ-Werte, das Versorgungsalter mit Hörhilfen (L), das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (L), die kommunikative Kompetenz der Kinder (L) sowie die Messzeitpunkte t0, t1 und t2 der Bereiche 1, 2 und 5.

In allen drei beschriebenen Imputationsmodellen wurden die Daten 20 Mal imputiert.

Die Ergebnisse der statistischen Berechnungen werden an den entsprechenden Stellen gegenübergestellt (siehe Kapitel 6.6, 6.7 und Kapitel 6.8).

5.7 Verwendete statistische Methoden

Im Folgenden werden die statistischen Methoden in Reihenfolge der erscheinenden Kapitel aufgeführt.

Um die Durchführungsintegrität zu beschreiben (siehe Kapitel 6.1) wurden zunächst Häufigkeitsverteilungen im Zuge von deskriptiven Analysen durchgeführt und Häufigkeiten angegeben. Für die Bereiche „C – Erreichen der Lernzeile und Zufriedenheit“ und „E – Allgemeine Bewertung des Trainings“ wurden zusätzlich der Mittelwert (M) sowie die Standardabweichung (SD) für Lage und Streuung angegeben sowie für den Bereich „E“ das Conbachs Alpha, um die interne Reliabilität der Bewertung des Trainings abzubilden. Zur Visualisierung der Durchführungsintegrität werden Tabellen verwendet (siehe Anhang I; Tabellen 7, 8).

Die Angabe der Maße Mittelwert sowie die Standardabweichung und Spanne dienten neben der Analyse von Häufigkeitsverteilungen ebenfalls dazu, die soziodemografischen Eigenschaften der Stichprobe zu beschreiben (siehe Kapitel 6.2). Um zu überprüfen, ob die zentralen Tendenzen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe verschieden sind, wurde zunächst der nonparametrische Mann-Whitney-U-Test (U) durchgeführt. Falls die Voraussetzungen für die Implementierung parametrischer t-Tests (t) nicht alle erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sein sollten, z.B. normalverteilte Daten (Field, 2013, S. 364ff), werden diese dennoch ergänzend durchgeführt, um die Tendenzen des Mann-Whitney-U-Tests verifizieren zu können. Dabei wird $p \leq 0,05$ als Signifikanzniveau genutzt.

Falls nichts anderes vermerkt ist, kommen beide Signifikanztests zu dem gleichen Ergebnis. Zur Visualisierung der soziodemografischen Eigenschaften werden Tabellen verwendet (siehe Tabellen 10-20).

Der Wissensstand der Gesamtgruppe der Kinder zu Messzeitpunkt t_0 wird deskriptiv mit Häufigkeitsangaben beschrieben sowie in Tabellen und mit Balkendiagrammen visualisiert (siehe Kapitel 6.3, Abbildungen 2-10, Tabellen 24-26). Für Antworten auf Fragen, die eine Anzahl an Körperteilen oder Gefühlen evozierten, werden Mittelwerte (M) sowie Standardabweichungen (SD) und die *Spanne* der Werte für Lage und Streuung angegeben. Ergänzend wurden geschlechtsspezifische Unterschiede mit dem Mann-Whitney-U-Test geprüft (Anhang K).

Welche für das Präventionstraining relevante Themen wie intensiv und zu welchem Zeitpunkt von Bezugspersonen und Lehrpersonen besprochen wurden, wird ebenfalls deskriptiv anhand von Häufigkeitsangaben beschrieben und teilweise mit Balkendiagrammen visualisiert (siehe Kapitel 6.4, Abbildungen 11, 12).

Das Ziel der Itemanalyse (siehe Kapitel 6.5) besteht darin, durch die Bestimmung des Schwierigkeitsindex (P), der Trennschärfe (r_{it}) sowie der internen Konsistenz bzw. Reliabilität (Cronbachs Alpha α) geeignete Skalen für die weiteren statistischen Analysen zu bilden. In Anlehnung an Bühner (2011, S. 81) und Fisseni (1997, S. 124) wird der Schwierigkeitsindex eines Items zwischen $P = 0.2$ und $P = 0.8$ als ‚gut‘ bewertet. Für die Trennschärfe gelten folgende Niveaus: $r_{it} < 0.3$ wird als ‚schlecht‘, $0.3 < r_{it} < 0.5$ als ‚mäßig‘ und $r_{it} > 0.5$ als ‚gut‘ interpretiert (ebd.). Die interne Konsistenz bzw. Reliabilität der jeweiligen Skala mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha < 0.5$ gilt als ‚inakzeptabel‘, $\alpha > 0.7$ als ‚ausreichend‘ und $\alpha > 0.8$ als ‚gut‘ (Field, 2013, S. 709f.; Hossiep, 2014, S. 343). Die Ergebnisse der Itemanalyse werden in Tabellenform dargestellt (siehe Tabellen 27-31).

In Kapitel 6.6 werden die Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe zu den Messzeitpunkten t_0 und t_2 hinsichtlich des Wissens der Kinder sowie hinsichtlich ‚Ängstlichkeit‘ untersucht. Da als eine Voraussetzung für die Anwendung von parametrischen Testverfahren das Vorhandensein einer Normalverteilung gilt, wurde der Shapiro-Wilk-Test durchgeführt (siehe Anhang G). Falls dieser innerhalb der Wartekontrollgruppe keine Normalverteilung ergibt, wird für die Gruppenvergleiche zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe der non-parametrische Mann-Whitney-U-Test angewandt. Im Falle einer Normalverteilung wird der t-Test für unabhängige Stichproben verwendet (Bortz & Schuster, 2010, S. 214; Field, 2013, S. 364ff).

Um die Ergebnisse der drei Skalen der Bereiche 1, 2 und 5 über die zwei gemeinsam erhobenen Messzeitpunkte hinweg zu vergleichen, wurde eine statistische Mittelwertanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse werden mit Boxplot-Diagrammen visualisiert.

In Kapitel 6.7 werden die Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe hinsichtlich des deklarativen Wissens der Kinder zu vier Messzeitpunkten (t_0 , t_1 , t_2 und t_3) überprüft. Die Ängstlichkeit der Kinder wurde durch die Befragung der Lehrpersonen und Bezugspersonen zu drei Messzeitpunkten erhoben (t_0 , t_2 und t_3). Da die Stichprobe der Bereiche 1, 2 und 5 sowie die Ängstlichkeit der Kinder auf Basis der Bezugspersonen kleiner ist als $N = 30$, greift das zentrale Grenzwerttheorem nicht, sodass zunächst die Normalverteilung

der fünf Bereiche zu MZP t0 mithilfe des Shapiro-Wilk-Tests überprüft wird (Bortz & Schuster, 2010, S. 86f.).

Um die Ergebnisse der normalverteilten Skalen über die vier erhobenen Messzeitpunkte hinweg zu vergleichen, wird eine Kovarianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Als Innersubjektfaktor dient die vierstufige Variable „Messzeitpunkte“ (MZP). Als Kovariate wurde das Vorwissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0 (Basiswissen) implementiert. Falls Sphärizität aufgrund des Mauchly-Tests nicht angenommen werden kann, wird eine Korrektur der Freiheitsgrade nach Greenhouse Geisser vorgenommen und diese korrigierten Werte berichtet (Field, 2013, S. 548).

Berechnungen der Effektstärken sollen Aussagen über die Bedeutsamkeit der Mittelwertunterschiede ermöglichen. Hierbei wird auf die Größe Eta-Quadrat (η^2) zurückgegriffen, die eine Aussage über den durch den Faktor aufgeklärten Varianzanteil an der Gesamtvarianz erlaubt. Hiernach wird $\eta^2 \leq .06$ als kleiner, $\eta^2 = .06 - .14$ als mittlerer und $\eta^2 \geq .14$ als starker Effekt betrachtet (Rasch, Frieese, Hofmann & Naumann, 2010, S. 78; Cohen 1992). Es wurde ein Konfidenzintervall von 95 % verwendet, sodass die Irrtumswahrscheinlichkeit für Fehler 1. Art bei 5 % liegt. Zur Vermeidung einer Inflation des alpha-Fehlers wurde eine Korrektur nach Bonferroni vorgenommen (Bender, Lange & Ziegler, 2007; Bortz & Schuster, 2010, S. 232; Field, 2013, S. 69; ebd., S. 547).

Für das Testen der Hypothesen der nicht normalverteilten Skalen wird der nonparametrische Friedman-Test angewandt, ebenfalls mit Bonferroni-Korrektur. Für den Friedman-Test gibt es jedoch kein einfach zu ermittelndes geeignetes Effektstärkemaß. Field (2013) empfiehlt daher, für die Effektstärke auf den Vergleich zweier Messwiederholungen zurückzugehen und das Effektstärkemaß r aus dem Wilcoxon-Test zu verwenden (ebd., S. 256). Die Ergebnisse werden mit Boxplot-Diagrammen visualisiert. Die Berechnungen mit dem imputierten Datensatz beschränken sich auf den Vergleich der Mittelwerte.

Um der Frage dezidiert nachzugehen, welcher Effekt vom Wissen zu Messzeitpunkt t0, Alter, Geschlecht, IQ-Wert, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen, psychosozialem Funktionsniveau, der kommunikativen Kompetenz der Kinder, Schweregrad des Hörverlusts und Versorgungsalter mit Hörhilfen auf den Wissenszuwachs in den Bereichen 1, 2 oder 5 ausgeht, werden im Kapitel 6.8 zunächst bivariate Korrelationen (Korrelation nach Spearman) zwischen dem Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t2 der drei Bereiche und den entsprechenden Prädiktoren durchgeführt. Anschließend werden mögliche Effekte zwischen diesen Variablen mit einem multiplen Regressionsmodell geprüft. Die Analysen beschränken sich auf die Daten der Experimentalgruppe. Da die fehlenden Werte für die

Angaben des Schweregrad des Hörverlusts und des Versorgungsalters mit Hörhilfen zu hoch waren, um in die Analysen mit einbezogen bzw. imputiert zu werden, werden diese Variablen nicht in die Analysen integriert (siehe Kapitel 5.6). Ob die Anzahl der Trainingstage, an denen die Kinder teilgenommen haben, einen Effekt auf deren Wissenszuwachs hat, konnte nicht überprüft werden, da alle Kinder an mindestens vier Trainingstagen teilgenommen haben und somit davon ausgegangen werden kann, dass fast alle Kinder dieselben Chancen hatten, aus allen fünf Themenbereichen Wissen zu erwerben (siehe Kapitel 3.3.3; Tabelle 22). Die Erstellung der Regressionsmodelle erfolgt getrennt nach den Bereichen 1, 2 und 5, d.h. für jeden Bereich wird ein eigenes Regressionsmodell erarbeitet, welches alle Hypothesen des Bereichs überprüft. Dazu wird eine schrittweise Rückwärts-Methode gewählt, da hier die geringste Wahrscheinlichkeit besteht, Variablen nicht einzuschließen, die in Wahrheit einen Einfluss haben könnten (sog. ‚Suppressor Effects‘; Field, 2013, S. 323f.).

Zur Überprüfung möglicher Effekte in Bereichen bzw. Skalen wird eine multiple lineare Regression durchgeführt. Als Zielparameter wurde das Wissen zu Messzeitpunkt t2 festgelegt. Als kategoriale Prädiktoren wurden Geschlecht, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen, psychosoziales Funktionsniveau, kommunikative Kompetenz, Schweregrad des Hörverlusts und Versorgungsalter mit Hörhilfen untersucht. Als metrische Faktoren wurden das Alter in Jahren, der IQ-Wert sowie das Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0 verwendet.

Für die Durchführung des multiplen Regressionsmodells ist das Testen einiger Voraussetzungen notwendig – sowohl vor der Durchführung der multiplen linearen Regression als auch nach der Durchführung. Vorab wird erstens der lineare Zusammenhang zwischen den metrischen Faktoren (Alter, Wissen zu Messzeitpunkt t0 und IQ) und der abhängigen Variable (Wissen zu Messzeitpunkt t2) mithilfe von Streudiagrammen geprüft (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2011, S. 86; Anhang H). Zweitens wird mithilfe von Boxplots ermittelt, ob in den metrischen Faktoren und der abhängigen Variable Ausreißer bzw. extreme Werte vorliegen (Anhang H). Die ermittelten Ausreißer sind nicht extrem. Daher werden auch die durch die Boxplots visualisierten Ausreißer zunächst mit in die Berechnung einbezogen und nach der Berechnung des Modells anhand großer standardisierter Residuen noch einmal ermittelt. Drittens wird durch Korrelationen zwischen den metrischen Faktoren getestet, ob keine Multikollinearität vorliegt. Es sollten dazu keine starken Korrelationen zwischen den metrischen Faktoren bestehen ($r < 0.8$; Field, 2013, S. 325).

Bei den vorliegenden eingeschlossenen metrischen Daten liegt keine Multikollinearität vor, sodass diese Voraussetzung erfüllt ist (Anhang H).

Nachdem das multiple Regressionsmodell gerechnet wurde, werden erneut Voraussetzungen für das Regressionsmodell überprüft: Erstens werden die Ausreißer durch die Untersuchung der Residuen kontrolliert (keine Werte > 3 und < -3 , höchstens 1% $> 2.5 / < -2.5$, höchstens 5% $> 2 / < -2$; Field 2013, S. 306). Zweitens wird das Normalverteilungsdiagramm der Residuen analysiert sowie drittens die Unabhängigkeit der Residuen anhand des Durbin-Watson-Wertes festgestellt, welcher nahe 2 betragen sollte, mindestens jedoch zwischen 1 und 3 liegen sollte (ebd., S. 311). Viertens erfolgt die Überprüfung der Linearität und Homoskedastizität anhand von Streudiagrammen der Residuen, in welchen kein Trend und kein Trichter erkennbar sein sollte (Tabachnik & Fidell, 2014, S. 161f.). Fünftens kann mit dem ‚Variance Inflation Factor‘ (VIF; $VIF < 5$, mindestens < 10 ; Field, 2013, 325) und dem Konditionsindex (größter Konditionsindex < 30 ; Field 2013, S. 325) geprüft werden, ob Multikollinearität vorliegt, was nicht der Fall sein sollte, damit die Voraussetzungen für das multiple Regressionsmodell erfüllt sind (Anhang H).

Das Ergebnis der angegebenen statistischen Testverfahren ist jeweils der aus den Daten berechnete empirische Signifikanzwert p (p-Wert). Je kleiner der p-Wert ausfällt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Nullhypothese H_0 („es gibt keinen Unterschied“ bzw. „es besteht kein Zusammenhang“) abgelehnt und die Arbeitshypothese H_1 („es gibt einen Unterschied“ bzw. „es besteht ein Zusammenhang“) angenommen werden kann. Die Irrtumswahrscheinlichkeit, dass die Nullhypothese H_0 fälschlicherweise angenommen wird, wird mit dem Signifikanzniveau α angegeben. Üblicherweise wird ein Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$ verwendet (Döring & Bortz, 2016, S. 664).

Sind die Werte einiger Bereiche bzw. Skalen zu Messzeitpunkt t_2 dichotom verteilt, wird eine logistische Regression gerechnet.

Für alle Analysen wurde die Software SPSS Statistics Version 23.0 (IBM Cooperation, 2015) verwendet.

5.8 Resümee

Das Präventionstraining „STARK mit SAM“ wurde mit Kindern durchgeführt, die die dritte oder vierte Klasse einer Schule mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation in Nordrhein-Westfalen besuchen. Die Daten der Kinder, deren Bezugspersonen und Lehrpersonen bilden die Grundlage für die Evaluation des Präventionstrainings.

Die zentralen Konstrukte der Evaluation des Präventionstrainings „STARK mit SAM“ beziehen sich auf das deklarative Wissen der Kinder als erwünschte Folge sowie auf die Ängstlichkeit der Kinder als unerwünschte Folge. Diese beiden Konstrukte wurden in 148 Hypothesen formuliert, zugeordnet in drei Bereiche. Erstens erfolgte der Vergleich zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe zu den Messzeitpunkten t0 und t2 bezüglich des Wissens und der Ängstlichkeit der Kinder. Der Vergleich zwischen Experimentalgruppe und Wartekontrollgruppe wurde mit einer Mittelwertanalyse berechnet, an welche sich statistische Signifikanztests anschlossen.

Zweitens wurden Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe hinsichtlich des Wissens und der Ängstlichkeit der Kinder zu allen vier Messzeitpunkten erhoben. Die Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe wurden zunächst mit einer Mittelwertanalyse berechnet. Um die Ergebnisse der Skala des Bereichs 5 über die vier erhobenen Messzeitpunkte hinweg zu vergleichen, wurde eine Kovarianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt.

Drittens wurden Zusammenhänge zu weiteren Einflussfaktoren auf das Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t2 mithilfe logistischer und multipler Regressionen getestet.

Um die Hypothesen zu überprüfen, wurde ein Warte-Kontrollgruppendesign mit vier Messzeitpunkten gewählt. Vor dem Hintergrund der spezifischen Lernvoraussetzungen der Zielgruppe wurde ein Interviewleitfaden konzipiert, um das Wissen der Kinder zu präventionsrelevanten Themen zu erheben. Neben den Kindern wurden zusätzlich deren Bezugspersonen und Lehrpersonen befragt, um unter anderem Informationen zu den demografischen Daten der Kinder, ihren kommunikativen Kompetenzen sowie zu ihrer Ängstlichkeit zu generieren.

Zusätzlich zu den Daten der Kinder, deren Bezugspersonen und Lehrpersonen dokumentierte die Trainerin des Präventionstrainings die Durchführung des Präventionstrainings, um anschließend die Durchführungsintegrität des Präventionstrainings beurteilen zu können. Fehlende Werte wurden per paarweisem Fallausschluss berücksichtigt und durch multiple Imputsverfahren ersetzt.

6. Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden in acht Unterkapiteln die Ergebnisse der Analysen vorgestellt. Diese beziehen sich im Einzelnen auf die Durchführungsintegrität (siehe Kapitel 6.1), die soziodemografischen Merkmale der Stichprobe (siehe Kapitel 6.2), den Wissensstand der Kinder vor Trainingsdurchführung (siehe Kapitel 6.3), die durch Bezugspersonen und Lehrpersonen besprochenen Themen (siehe Kapitel 6.4) und die Itemanalyse zur Skalenbildung (siehe Kapitel 6.5). Sodann folgt die Darstellung der Ergebnisse der Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe (siehe Kapitel 6.6), der Ergebnisse zu den Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe (siehe Kapitel 6.7) und zu den Zusammenhängen zwischen dem Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t2 und weiteren Einflussfaktoren (siehe Kapitel 6.8).

6.1 Durchführungsintegrität

Hinsichtlich der Durchführungsintegrität (Treatment Integrity) wurde folgende Hypothese formuliert:

Die Durchführungsintegrität liegt in einem hohen Bereich, sodass die interne Validität als gesichert angesehen werden kann.

Zur Erhebung der Durchführungsintegrität wurde für die Trainerinnen ein spezifischer Fragebogen entwickelt. Um die Durchführung vollständig zu erfassen und möglichst detailliertes Datenmaterial zu generieren, orientierte sich die Befragung an den folgenden fünf Bereichen: Bereich A – Durchführung des gesamten Bausteins, Bereich B – Durchführung der einzelnen Übungen, Bereich C – Erreichen der Lernziele und Zufriedenheit mit der Durchführung, Bereich D – Eignung der einzelnen Übungen sowie Bereich E – Allgemeine Bewertung des Trainings. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu allen Bereichen der Durchführung und zur Trainingszufriedenheit näher beleuchtet.

Bereich A – Durchführung des gesamten Bausteins

Die Bausteine 1, 3, 4, 5 und 6 wurden in allen elf Trainingsdurchläufen komplett durchgeführt (100 %). Lediglich Baustein 2 wurde in einem Training nur teilweise bearbeitet. Diese Reduktion wurde auf den geringeren Entwicklungsstand der Kinder zurückgeführt (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8
Durchführung der Bausteine (Angabe in Prozent)

	teilweise		ganz	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Baustein 1	0	0	11	100
Baustein 2	1	9,1	10	90,9
Baustein 3	0	0	11	100
Baustein 4	0	0	11	100
Baustein 5	0	0	11	100
Baustein 6	0	0	11	100

Bereich B – Durchführung der einzelnen Übungen

In Baustein 1 wurden alle Übungen durchgeführt, lediglich wurde seitens der Trainerin vereinzelt auf das ‚Stark-Lied‘ und das ‚Körper-Lied‘ aufgrund der Motivation bzw. des Interesses der Kinder verzichtet. In zehn Trainings (90,9 %) wurde das ‚Körper-Memory‘ als Körperübung angewendet, in einem Training stattdessen die Übung ‚SAM zeigt‘. Das ‚Angelspiel‘ und das ‚Körper-Würfelspiel‘ wurde in keinem der Trainings durchgeführt (weder in Baustein 1, noch in 2, 4 oder 6 als Wiederholung). Eine detaillierte Übersicht kann Anhang I entnommen werden.

Auch die Übungen aus Baustein 2 wurden in der Mehrzahl der Trainings realisiert. Eine Ausnahme bildet das ‚Gefühle-Lied‘, das nie gesungen wurde. Die Entscheidung, darauf zu verzichten, wurde vor dem Hintergrund der Lernvoraussetzungen der Zielgruppe getroffen (siehe Kapitel 3.2). Aufgrund von fehlendem Interesse wurden jeweils einmal (9,1 %) das ‚Körper-Lied‘ und das ‚Stark-Lied‘ nicht gesungen sowie die Beispiele von SAMs Gefühlen und das Sammeln von Beispielen für die einzelnen Gefühle durch die Kinder nicht umgesetzt, da den Kindern die Grundgefühle bereits bekannt waren. Das ‚komische Gefühl‘ wurde in allen elf Trainings (100 %) besprochen. In einem Training (9,1 %) wurden keine Gruppenfotos der Kinder zu den Gefühlen ‚fröhlich‘ und ‚traurig‘ erstellt, in einem Training (9,1 %) erfolgte das Anfertigen der Bilder aufgrund von Zeitknappheit lediglich teilweise. Das ‚Gefühle-Würfelspiel‘ wurde in drei Trainings (27,3 %) nicht durchgeführt, entsprechend wurde es zu 72,7 % gespielt. Eine detaillierte Übersicht kann Anhang I entnommen werden.

Da in einem Trainingsdurchgang (9,1 %) in Baustein 2 keine Gruppenbilder erstellt worden waren, konnten diese zu Beginn von Baustein 3 nicht besprochen werden. Aufgrund

fehlenden Interesses wurde in drei Trainings (27,3 %) keine Übung mit dem ‚Gefühle-Würfelspiel‘ durchgeführt. Das optionale Burgspiel wurde mangels Zeit viermal (36,4 %) nicht gespielt. Die übrigen Übungen wurden zu 100 % durchgeführt. Eine detaillierte Übersicht bietet Anhang I.

Zur Wiederholung von Baustein 1 wurde in Baustein 4 zweimal das ‚Körper-Memory‘ (18,2 %) gespielt und neunmal (81,8 %) die Übung ‚SAM zeigt‘ genutzt. Das ‚Körper-Lied‘ wurde in vier Trainings (36,4 %) gesungen. Um die Inhalte von Baustein 2 aufzufrischen, wurde das ‚Gefühle-Würfelspiel‘ in fünf Trainings (45,5 %) gespielt. Der Verzicht auf die Durchführung des Spiels wurde viermal mit fehlendem Interesse bzw. fehlender Motivation der Kinder begründet und zweimal mit dem Entwicklungsstand der Kinder. Einmal (9,1 %) wurde das ‚Nein-Lied‘ und zweimal (18,2 %) das ‚STARK-Lied‘ nicht gesungen. In allen drei Fällen wurde fehlendes Interesse bzw. fehlende Motivation der Kinder als Grund genannt. In keinem Training wurde das ‚Geheimnis-Lied‘ gesungen, begründet mit den Lernvoraussetzungen der Kinder (siehe Kapitel 3.2). Die übrigen Übungen wurden zu 100 % durchgeführt. Eine detaillierte Übersicht kann Anhang I entnommen werden.

In Baustein 5 wurde das ‚Hilfe-Lied‘ in zwei Trainings (18,2 %) beim ersten Mal und in drei Trainings (27,3 %) beim zweiten Mal sowie einmal (9,1 %) das ‚STARK-Lied‘ aufgrund mangelnder Motivation bzw. mangelndem Interesse nicht gesungen. Die sonstigen Übungen wurden zu 100 % durchgeführt. Eine detaillierte Übersicht bietet Anhang I.

In Baustein 6 wurde als Wiederholung von Baustein 1 in allen elf Trainings (100 %) die Übung ‚SAM zeigt‘ angewendet, zweimal (18,2 %) wurde das ‚Körper-Lied‘ nicht gesungen. Wie in Baustein 2 wurden auch in Baustein 6 in einem Training keine Gruppenbilder der Kinder, auf denen sie die Gefühle darstellen, besprochen. Jeweils zweimal (18,2 %) wurden das ‚Nein-Lied‘ und das ‚Hilfe-Lied‘ aufgrund von fehlendem Interesse bzw. fehlender Motivation gesungen. Das ‚STARK-Lied‘ wurde aus demselben Grund ebenso in einem Training (9,1 %) nicht durchgeführt. Sowohl das ‚Gefühle-Lied‘ als auch das ‚Geheimnis-Lied‘ wurden in keinem Training gesungen. Die anderen Übungen wurden zu 100 % durchgeführt. Eine detaillierte Übersicht kann Anhang I entnommen werden.

Bereich C – Erreichen der Lernziele und Zufriedenheit mit der Durchführung

In der Einschätzung der erreichten Lernziele sind Differenzierungen festzustellen. Nur bei einem Training (9,1 %), nach Abschluss von Baustein 2, betrachtet die Trainerin die Lernziele bei ca. der Hälfte der Kinder als erreicht. Für alle übrigen Bausteine über alle elf

Trainings hinweg gab die Trainerin an, zu mindestens 27,3 % bei der Mehrheit der Kinder die Lernziele erreicht zu haben (siehe Anhang I).

Die Zufriedenheit mit der Implementierung des Trainings wurde über alle Trainings als hoch bewertet ($M = 3,12$; $SD = .438$). Die Trainerin war mit allen Trainings zufrieden bis sehr zufrieden. In Relation zu den anderen Bausteinen wurde Baustein 4 durchweg am schlechtesten bewertet (100 % zufrieden) und Baustein 3 am besten (54,4 % sehr zufrieden; siehe Anhang I).

Bereich D – Eignung der einzelnen Übungen

Die Einschätzungen bezüglich der Eignung der Übungen korrespondieren mit den Angaben zur Durchführung der einzelnen Übungen. Durchweg wurden die Übungen als geeignet bis sehr geeignet bewertet, insbesondere die Übungen, die das ‚STARK-Buch‘ und die Videos mit dem Polizisten involvieren, wurden als äußerst positiv angesehen. Als durchweg sehr ungeeignet wurden hingegen das ‚Gefühle-Lied‘ und das ‚Geheimnis-Lied‘ angesehen. Als Grund wurde deren Textlastigkeit genannt und sie wurden vor dem Hintergrund der Lernvoraussetzungen der Kinder als unpassend bewertet. Für eine Trainingsgruppe (9,1 %) bewertete die Trainerin zudem das ‚Gefühle-Würfelspiel‘ als sehr ungeeignet (siehe Anhang I).

Bereich E – Allgemeine Bewertung des Trainings

Die allgemeine Bewertung des Trainings durch die Trainerin fällt sehr positiv aus ($M = 4,4$; $SD = .425$; siehe Tabelle 9).

Mindestens acht von elf Bewertungen pro Item liegen mindestens bei „stimme eher zu“. Das Cronbachs Alpha $\alpha = .862$ beweist eine hohe interne Reliabilität.

Tabelle 9

Durchschnittliche Bewertung des Trainings durch Trainerin

durchschnittliche Bewertung	Häufigkeit	Angabe in Prozent
4,05	1	9,1
4,15	1	9,1
4,30	1	9,1
4,35	1	9,1
4,40	5	45,5
4,80	1	9,1
4,95	1	9,1
Gesamt	11	100

Eine detaillierte Übersicht liefert Anhang I.

6.2 Soziodemografische Eigenschaften der Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus drei Gruppen: aus der Gruppe der Kinder, der Gruppe ihrer Lehrpersonen und der Gruppe ihrer Bezugspersonen.

Die Ausgangsbedingungen der Stichprobe der Kinder werden basierend auf dem Originaldatensatz für die Gesamtgruppe sowie für die Experimentalgruppe und die Wartekontrollgruppe getrennt anhand folgender Kriterien beschrieben: Alter, Geschlecht, IQ-Wert, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen, psychosoziales Funktionsniveau, kommunikative Kompetenz, Grad des Hörverlusts, Versorgung mit Hörhilfen und Kommunikationsform und kommunikatives Umfeld des Kindes. Die angegebenen Werte bei Häufigkeitsangaben beziehen sich jeweils auf absolute Häufigkeiten.

Von den 92 Kindern der Gesamtstichprobe wurden $N = 63$ Kinder (68,5 %) der Experimentalgruppe und $N = 29$ Kinder (31,5 %) der Wartekontrollgruppe zugeordnet (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10

Verteilung der Kinder (Gesamtstichprobe/EG/WKG)

	Häufigkeit	Angabe in Prozent
WKG	29	31,5
EG	63	68,5
Gesamt	92	100

Die Kinder der Gesamtstichprobe sind im Mittel 9,66 Jahre alt ($SD = 1,009$; *Spanne* = 8 - 12). Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe (siehe Tabelle 18).

Die Geschlechterverteilung der Gesamtgruppe verhält sich ausgeglichen mit insgesamt $N = 42$ Mädchen (45,7 %) und 50 Jungen (54,3 %). In der Experimentalgruppe sind 29 Kinder weiblich (46 %) und 34 Kinder männlich (54 %), in der Wartekontrollgruppe sind 13 Kinder weiblich (44,8 %) und 16 Kinder männlich (55,2 %). Die ausgeglichene Geschlechterverteilung der Kinder der Gesamtstichprobe sowie in der Experimentalgruppe und in der Wartekontrollgruppe ist in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11
Geschlechterverteilung

	Gesamtgruppe		EG		WKG		$p(U)$	$p(t)$
	H	%	H	%	H	%		
weiblich	42	45,7	29	46	13	44,8		
männlich	50	54,3	34	54	16	55,2	.915	.915
Gesamt	92	100	63	100	29	100		

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent, $p(U)$ = Ergebnis des U-Tests, $p(t)$ = Ergebnis des t-Tests.

Mit 55,4 % der Gesamtgruppe zeigt über die Hälfte der Kinder in der Intelligenzdiagnostik anhand des SON-R 6 – 40 eine durchschnittliche Intelligenz mit einem IQ-Wert zwischen 85 und 115. Ein Viertel der Befragten (25 %) weist eine Intelligenzminderung auf, die einer sogenannten Lernbehinderung mit einem IQ-Wert zwischen 70 und 84 entspricht (Hölscher & Schneider 2012; Theunissen 2005, S. 22). Für knapp jedes zehnte Kind (9,8 %) kann nach der Definition der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) eine leichte geistige Behinderung mit einem IQ-Wert zwischen 50 und 69 festgestellt werden (ICD-10 F70.-; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2017). Zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe bestehen keine signifikanten Unterschiede, wobei bei knapp zwei Dritteln (63,5 %, $n = 40$) der Kinder der Experimentalgruppe eine durchschnittliche Intelligenz diagnostiziert wurde, jedoch lediglich für 37,5 % ($n = 11$) der Kinder der Wartekontrollgruppe. In der Experimentalgruppe wurden drei Kinder (4,8 %) mit einer überdurchschnittlichen Intelligenz getestet, in der Wartekontrollgruppe keines. Zugleich befinden sich in der Wartekontrollgruppe vier Kinder (13,8 %) mit einer leichten geistigen Behinderung und zehn Kinder (34,5 %) mit einer Lernbehinderung, in der Experimentalgrup-

pe sind es zwei Kinder (3,2 %) mit einer leichten geistigen Behinderung und 13 Kinder (20,6 %) mit einer Lernbehinderung (siehe Tabelle 12, Tabelle 18).

Tabelle 12
Ergebnisse der Intelligenzdiagnostik

	Gesamtgruppe		EG		WKG		$p(U)$	$p(t)$
	H	%	H	%	H	%		
IQ 50-69	6	6,5	2	3,2	4	13,8	.066	.434
IQ 70-84	23	25	13	20,6	10	34,5		
IQ 85-115	51	55,4	40	63,5	11	37,9		
IQ >116	3	3,3	3	4,8	0	0		
Fehlend	9	9,8	5	7,9	4	13,8		
Gesamt	92	100	63	100	29	100		

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent, $p(U)$ = Ergebnis des U-Tests, $p(t)$ = Ergebnis des t-Tests.

Die Einschätzung der Beeinträchtigung der Kinder in den Funktionsbereichen Motorik, Intelligenz, Hören, Sehen sowie in sozial-emotionalen Kompetenzen wurde sowohl von den Lehrpersonen als auch von den Bezugspersonen vorgenommen. Diese Einschätzung wird zusammengefasst in Tabelle 16 sowie erweitert im Anhang J detailliert dargestellt.

Lehrpersonen und Bezugspersonen geben für 38 bzw. 35 Kinder der Gesamtgruppe (41,3 % bzw. 38 %) an, dass diese eine geringe Beeinträchtigung aufweisen. Die Lehrpersonen schätzen die Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus von ca. einem Fünftel der Kinder (26,1 %) der Gesamtgruppe als mäßig ein, während die Bezugspersonen der Kinder bei einem Fünftel der Kinder (21,7 %) keine Beeinträchtigung feststellen.

Eine ähnliche Tendenz lässt sich sowohl für die Bewertung der Experimentalgruppe als auch der Wartekontrollgruppe feststellen. Das psychosoziale Funktionsniveau der meisten Kinder beider Gruppen wurde sowohl von den Lehrpersonen als auch von den Bezugspersonen als gering beeinträchtigt eingeschätzt: 44,4 % und 34,5 % für die Experimentalgruppe und die Wartekontrollgruppe durch die Lehrpersonen sowie 34,9 % und 44,8 % für die Kinder der beiden Gruppen durch die Bezugspersonen. Ebenso gaben die Bezugspersonen für mehr Kinder der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe an, dass diese keine Beeinträchtigung in einem der abgefragten Funktionsbereiche aufweisen (23,8 % bzw. 17,2 %).

Zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen (Ergebnis des U-Tests (L): $p = .397$, U-Test (B): $p = .648$; siehe Tabelle 13, Tabelle 18).

Tabelle 13
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen

	Gesamtgruppe		Experimentalgruppe		Wartekontrollgruppe							
	L		B		L		B					
	H	%	H	%	H	%	H	%				
keine Beeinträchtigung	7	7,6	20	21,7	4	6,3	15	23,8	3	10,3	5	17,2
geringe Beeinträchtigung	38	41,3	35	38,0	28	44,4	22	34,9	10	34,5	13	44,8
mäßige Beeinträchtigung	24	26,1	10	10,9	16	25,4	8	12,7	8	27,6	2	6,9
starke Beeinträchtigung	12	13,0	1	1,1	10	15,9	0	0	2	6,9	1	3,4
sehr starke Beeinträchtigung	2	2,2	0	0	2	3,2	0	0	23	79,3	0	0
Fehlend	9	9,9	26	28,3	3	4,8	18	28,6	6	20,7	8	27,6
Gesamt	92	100	92	100	63	100	63	100	29	100	29	100

Anmerkung. L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen, H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent, p (U) = Ergebnis des U-Tests, p (t) = Ergebnis des t-Tests.

Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder wurde bezogen auf den Zeitraum der letzten zwölf Monate vor Trainingsbeginn ermittelt. Die Erfassung durch die Lehrpersonen erfolgte anhand der Kriterien der Achse fünf des multiaxialen Klassifikationsschemas (ICD-10).

Für 15 Kinder (16,3 %) der Gesamtgruppe schätzen die Lehrpersonen das psychosoziale Funktionsniveau als herausragend ein, mit guten Funktionen in allen psychosozialen Bereichen. Hingegen gaben 28 Bezugspersonen diese Einschätzung ab (30,4 %), somit für knapp doppelt so viele Kinder. Lehrpersonen und Bezugspersonen schreiben jeweils rund einem Fünftel der Kinder mäßige psychosoziale Funktionen zu (20,7 % der Lehrpersonen und 18,5 % der Bezugspersonen). Für jeweils 13 Kinder (14,1 %) geben die Lehrpersonen leichte bzw. mäßige soziale Beeinträchtigungen an. Fünf (5,4 %) der Bezugspersonen schätzen ihre Kinder als leicht und 14 (15,2 %) als mäßig sozial beeinträchtigt ein. Als schwer psychosozial beeinträchtigt betrachten die Lehrpersonen 19 Kinder (19,6 %), bei den Bezugspersonen sind es 10 Kinder (10,9 %). Acht Kinder (8,7 %) werden von den Lehrpersonen und drei Kinder (3,3 %) werden von den Bezugspersonen als funktionsun-

fähig in den meisten psychosozialen Bereichen bzw. als schwer psychosozial beeinträchtigt eingeschätzt.

Insgesamt betrachtet schätzen die Lehrpersonen das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder für die Gesamtgruppe sowie für die Experimentalgruppe und für die Wartekontrollgruppe im Median als ‚leicht psychosozial beeinträchtigt‘ ein. Die Bezugspersonen schreiben den Kindern aller drei Gruppen im Median ‚mäßige psychosoziale Funktionen‘ und damit ein höheres psychosoziales Funktionsniveau zu.

Für die weitere Analyse ist festzustellen, dass sich das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder der Experimentalgruppe im Vergleich zur Wartekontrollgruppe sowohl auf Basis der Einschätzung der Lehrpersonen als auch auf Basis der Einschätzung der Bezugspersonen nur gering und somit nicht signifikant unterscheidet (U-Test (L): $p = .397$, U-Test (B): $p = .648$; siehe Tabelle 14, Tabelle 18).

Tabelle 14
Psychosoziales Funktionsniveau (Gesamtgruppe)

	Lehrpersonen		Bezugspersonen	
	H	%	H	%
Herausragende, gute Funktionen in allen Bereichen	15	16,3	28	30,4
Mäßige Funktionen	19	20,7	17	18,5
Leichte Beeinträchtigung	13	14,1	5	5,4
Mäßige Beeinträchtigung	13	14,1	14	15,2
Ernsthafte Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	14	15,2	8	8,7
Ernsthafte und durchgängige Beeinträchtigung in den meisten Bereichen	5	5,4	2	2,2
Funktionsunfähig in den meisten Bereichen	4	4,3	3	3,3
Schwere und durchgängige Beeinträchtigung	3	3,3	0	0
Tiefe und durchgängige Beeinträchtigung	1	1,1	0	0
Fehlend	5	5,4	15	16,3
Gesamt	92	100	92	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Die Einschätzung der kommunikativen Kompetenz der Gesamtgruppe der Kinder wird sowohl seitens der Lehrpersonen (L) als auch seitens der Bezugspersonen (B) vorgenommen. Die Angaben der Lehrpersonen liegen durchschnittlich bei $M = 3.87$ ($SD = .79$; $Spanne = 1-5$) und nah am Mittelwert der Bezugspersonenangaben, die ein $M = 3.82$

($SD = .72$; $Spanne = 1-5$) ergeben. Damit liegen beide Werte noch im unauffälligen Bereich.

Für die Experimentalgruppe liegen die Durchschnittswerte der Angaben der Lehrpersonen sowie der Bezugspersonen mit einem Mittelwert von $M = 3.88$ ($SD = .658$; $Spanne = 2-5$) der Lehrpersonen und $M = 3.85$ ($SD = .743$; $Spanne = 1-5$) der Bezugspersonen ebenfalls im unauffälligen Bereich. Ein ähnliches Bild lässt sich für die Wartekontrollgruppe zeichnen. Für diese ergeben die Einschätzungen der Lehrpersonen einen Mittelwert von $M = 3.83$ ($SD = 1.07$; $Spanne = 1-5$) und für die Einschätzungen der Bezugspersonen einen Mittelwert von $M = 3.76$ ($SD = .743$; $Spanne = 2-5$).

Zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe lässt sich bezüglich der kommunikativen Kompetenz der Kinder kein signifikanter Unterschied feststellen (siehe Tabelle 18).

Laut Angaben der Lehrpersonen weisen 40 Kinder (43,5 %) der Gesamtgruppe im medizinischen Sinne einen an Taubheit grenzenden Hörverlust auf, 15 Kinder (16,3 %) einen hochgradigen und 17 Kinder (18,5 %) einen mittelgradigen Hörverlust. Fünf Kinder (5,4 %) wurden mit einer geringgradigen Schwerhörigkeit diagnostiziert.

Leider fehlt bei rund einem Drittel der Fragebögen für die Bezugspersonen die Angabe des Hörverlusts. Jeweils knapp ein Fünftel der befragten Bezugspersonen geben an, dass ihr Kind taub ist bzw. über Hörreste verfügt (23,9 %) oder dass ihr Kind hochgradig schwerhörig ist (21,7 %). Nach den Angaben der Bezugspersonen haben zwölf Kinder (13 %) eine mittelgradige und acht Kinder (8,7 %) eine geringgradige Schwerhörigkeit. Somit sind nur geringe und nicht signifikante Differenzen zwischen den Angaben der Bezugspersonen und der Lehrpersonen bezüglich der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe zu konstatieren. Eine detaillierte Übersicht über die Art des Hörverlusts der Kinder ist in Tabelle 15 aufgeführt (siehe auch Tabelle 18).

Tabelle 15
Art des Hörverlusts der Kinder

	Gesamtgruppe				Experimentalgruppe				Wartekontrollgruppe			
	L		B		L		B		L		B	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
gering-gradige SH	5	5,4	8	8,7	1	1,6	3	4,8	4	13,8	5	17,2
mittel-gradige SH	17	18,5	12	13,0	13	20,6	10	15,9	4	13,8	2	6,9
hoch-gradige SH	15	16,3	20	21,7	12	19,0	15	23,8	3	10,3	5	17,2
Hörreste/Taubheit	40	43,5	22	23,9	32	50,8	16	25,4	8	27,6	6	20,7
Fehlend	15	16,3	30	32,6	5	7,9	19	30,2	10	34,5	11	37,9
Gesamt	92	100	92	100	63	100	63	100	29	100	29	100
$p(U) L$.113			
$p(t) L$.054			
$p(U) B$.381			
$p(t) B$.253			

Anmerkung. L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen, H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent, SH = Schwerhörigkeit, $p(U)$ = Ergebnis des U-Tests, $p(t)$ = Ergebnis des t-Tests.

Die Kinder der Gesamtgruppe sind mehrheitlich mit zwei Hörgeräten versorgt, nach den Angaben der Lehrpersonen sind es 36 Kinder (39,1 %) und laut den Bezugspersonen 34 Kinder (37 %). Am zweithäufigsten tragen die Kinder zwei CIS. Auch hier differieren die Angaben der beiden Gruppen: Die Lehrpersonen notieren dies für 20 Kinder (21,7 %) und Bezugspersonen für 17 Kinder (18,5 %).

Nach Auskunft der Lehrpersonen tragen 16 Kinder (17,4 %) und laut Bezugspersonen tragen 14 Kinder (15,2 %) ein Hörgerät und laut Lehrpersonen acht (8,7 %) bzw. laut Bezugspersonen Kinder 12 (13 %) ein CI. Die wenigsten Kinder sind demnach mit keiner Hörhilfe versorgt: 8 Kinder (8,7 %) nach Angabe der Lehrpersonen und sechs Kinder (6,5 %) nach Angabe der Bezugspersonen.

Laut Lehrpersonen sind acht Kinder (12,7 %) der Experimentalgruppe einseitig und 29 Kinder (46 %) beidseitig mit einem Hörgerät versorgt, drei Kinder (4,8 %) einseitig und 17 (27 %) beidseitig mit einem CI. Fünf Kinder (7,9 %) tragen nach ihrer Angabe keine Hörhilfe. Ähnlich fallen die Angaben der Bezugspersonen für die Experimentalgruppe aus. Einseitig mit einem Hörgerät sind demnach sieben Kinder (11,1 %) versorgt, beidseitig 23 (23 %). Mit einem CI sind fünf Kinder (7,9 %) einseitig und 15 Kinder (23,8 %) beidseitig versorgt. Nur drei Kinder (4,8 %) tragen keine Hörhilfe.

Für acht Kinder (27,6 %) der Wartekontrollgruppe gaben die Lehrpersonen an, dass sie einseitig mit einem Hörgerät versorgt sind und sieben Kinder (24,1 %) beidseitig. Mit einem CI sind nach ihrer Aussage fünf Kinder (31 %) einseitig und drei Kinder (10,3 %) beidseitig versorgt. Drei Kinder (10,3 %) tragen keine Hörhilfe.

Laut Bezugspersonen sind sieben Kinder (24,1 %) einseitig und elf Kinder (37,9 %) beidseitig mit einem Hörgerät versorgt sowie ebenfalls sieben Kinder (24,1 %) mit einem CI und zwei Kinder (6,9 %) mit zwei CIS. Wie auch die Lehrpersonen gaben die Bezugspersonen für drei Kinder (10,3 %) an, dass diese keinerlei Hörhilfe tragen.

Der Mann-Whitney-U-Test ergibt auf Basis der Angaben der Bezugspersonen und der Lehrpersonen einen signifikanten Unterschied zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe bezüglich der Hörgeräteversorgung ($p = .010$ bzw. $p = .005$). Dieses signifikante Ergebnis wird durch den t-Test für die Einschätzungen der Bezugspersonen bestätigt ($p = .046$), nicht jedoch für die Angaben der Lehrpersonen ($p = .730$). Eine detaillierte Übersicht über die Hörgeräteversorgung ist Tabelle 16 (siehe Anhang J für getrennte Angaben zur EG und WKG) zu entnehmen.

Tabelle 16
Versorgung mit Hörhilfen (Gesamtgruppe)

	Lehrpersonen						Bezugspersonen					
	Hörgeräte		CI		keine Hörgeräte		Hörgeräte		CI		keine	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	P
keine	19	20,7	37	40,2	8	8,7	18	19,6	38	41,3	6	6,5
einseitig	16	17,4	8	8,7	0	0	14	15,2	12	13,0	0	0
beidseitig	36	39,1	20	21,7	0	0	34	37,0	17	18,5	0	0
Fehlend	21	22,8	27	29,3	84	91,3	26	28,3	25	27,2	86	93,5
Gesamt	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent, p (U) = Ergebnis des U-Tests, p (t) = Ergebnis des t-Tests.

Der Zeitpunkt, wann die Kinder mit einer Hörhilfe versorgt wurden, schwankt zwischen einem Lebensalter von einem und elf Jahren. Im Alter zwischen einem und drei Jahren wurde rund die Hälfte der Kinder mit Hörhilfen versorgt – laut Angaben der Lehrpersonen 45 Kinder (48,9 %) und laut Angabe der Bezugspersonen 56 Kinder (59,8 %). Ein ähnliches Bild findet sich basierend auf den Angaben der Lehrpersonen und der Bezugspersonen für die Experimentalgruppe und Wartekontrollgruppe. Zwischen den Gruppen besteht

kein signifikanter Unterschied (*U*-Test (L): $p = .305$, *U*-Test (B): $p = .223$; siehe Tabelle 18). Eine detaillierte Übersicht ist Tabelle 17 zu entnehmen.

Tabelle 17
Versorgungsalter mit Hörhilfen

	Gesamtgruppe				Experimentalgruppe				Wartekontrollgruppe			
	L		B		L		B		L		B	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
keine HB	4	4,3	1	1,1	3	4,8	1	1,6	1	3,4	0	0
1	20	21,7	16	17,4	14	22,2	11	17,5	6	20,7	5	17,2
2	15	16,3	20	21,7	13	20,6	15	23,8	2	6,9	5	17,2
3	10	10,9	5	5,4	7	11,1	4	6,3	3	10,3	1	3,4
4	5	5,4	4	4,3	3	4,8	3	4,8	2	6,9	1	3,4
5	4	4,3	6	6,5	3	4,8	5	7,9	1	3,4	1	3,4
6	3	3,3	6	6,5	2	3,2	2	3,2	1	3,4	4	13,8
7	0	0	3	3,3	0	0	2	3,2	0	0	1	3,4
8	1	1,1	1	1,1	0	0	0	0	1	3,4	1	3,4
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	2	2,2	0	0	0	0	0	0	2	6,9	0	0
11	1	1,1	0	0	1	1,6	0	0	0	0	0	0
Fehlend	27	29,3	30	32,6	17	27	20	31,7	10	34,5	10	34,5
Gesamt	92	100	92	100	63	100	63	100	29	100	29	100
p (U) L									.305			
p (t) L									.176			
p (U) B									.223			
p (t) B									.129			

Anmerkung. L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen, H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent, p (U) = Ergebnis des U-Tests, p (t) = Ergebnis des t-Tests.

Tabelle 18 fasst die bereits dargestellten Kriterien der Kinder Alter, IQ, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen, psychosoziales Funktionsniveau, kommunikative Kompetenz und das Versorgungsalter mit Hörhilfen zusammen.

Tabelle 18

Deskriptive Übersicht der Variablen Alter, IQ, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L, B), Psychosoziales Funktionsniveau (L, B), Kommunikative Kompetenz (L, B), Versorgungsalter mit Hörhilfen (L, B)

	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Spanne</i>	<i>p (U)</i>	<i>p (t)</i>
Alter					
EG	63	9.66 (.916)	8 - 12	.889	.964
WKG	29	9.67 (1.203)	8 - 11		
Gesamtgruppe	92	9.66 (1.009)	8 - 12		
IQ					
EG	58	90.95 (12.108)	69 - 134	.066	.434
WKG	25	84.36 (13.919)	57 - 111		
Gesamtgruppe	83	88.63 (13.014)	57 - 134		
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)					
EG	60	1.63 (.956)	0 - 4	.397	.290
WKG	23	1.39 (.839)	0 - 3		
Gesamtgruppe	83	1.57 (.926)	0 - 4		
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (B)					
EG	45	.84 (.706)	0 - 2	.648	.571
WKG	21	.95 (.740)	0 - 3		
Gesamtgruppe	66	.88 (.713)	0 - 3		
Psychosoziales Funktionsniveau (L)					
EG	63	2.57 (2.1)	0 - 8	.855	.623
WKG	24	2.33 (1.761)	0 - 5		
Gesamtgruppe	87	2.51 (2.005)	0 - 8		
Psychosoziales Funktionsniveau (B)					
EG	52	1.65 (1.835)	0 - 6	.566	.878
WKG	25	1.72 (1.595)	0 - 6		
Gesamtgruppe	77	1.68 (1.751)	0 - 6		
Kommunikative Kompetenz (L)					
EG	63	3.88 (.658)	2 - 5	.745	.802
WKG	24	3.83 (1.07)	1 - 5		
Gesamtgruppe	87	3.87 (.79)	1 - 5		

Kommunikative Kompetenz (B)					
EG	52	3.85 (1.07)	1 - 5		
WKG	26	3.76 (.743)	2 - 5	.280	.605
Gesamtgruppe	78	3.82 (.72)	1 - 5		
Versorgungsalter mit Hörhilfen (L)					
EG	46	2.41 (1.984)	0 - 11		
WKG	19	3.47 (3.062)	0 - 10	.305	.176
Gesamtgruppe	65	2.72 (2.375)	0 - 11		
Versorgungsalter mit Hörhilfen (B)					
EG	43	2.70 (1.807)	0 - 7		
WKG	20	2.48 (2.663)	1 - 9	.223	.129
Gesamtgruppe	63	3.02 (2.149)	0 - 9		

Anmerkung. N = Stichprobengröße, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, $p (U)$ = Ergebnis des U-Tests, $p (t)$ = Ergebnis des t-Tests, L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen.

Bezüglich der Kommunikationsform der Schülerinnen und Schüler in ihrem Wohnumfeld fällt auf, dass diese sehr heterogen gekennzeichnet ist.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe geben sowohl die Lehrpersonen als auch die Bezugspersonen Lautsprache als primäre Kommunikationsform der Schülerinnen und Schüler im Wohnumfeld an: Von der Gesamtgruppe kommunizieren laut Lehrpersonen 66 Schülerinnen und Schüler (71,8 %) zu Hause lautsprachlich, allerdings wird nach Auskunft von nur 55 Bezugspersonen (59,8 %) zu Hause lautsprachlich kommuniziert, fast ausnahmslos Deutsch.

Laut Lehrpersonen nutzen fünf Kinder (5,4 %) und laut Bezugspersonen vier Kinder (4,3 %) zu Hause eine Gebärdensprache, die lediglich in zwei Fällen (Russische und Polnische Gebärdensprache) weiter differenziert wurde. Die übrigen Kinder wachsen umgeben von einer sprachlichen Mischung aus Laut- und Gebärdensprache auf.

Werden die Experimentalgruppe und die Wartekontrollgruppe einzeln betrachtet, entsteht ein ähnlich heterogenes Bild, wobei die lautsprachliche Kommunikation im Wohnumfeld sowie auch als allgemein präferiertes Kommunikationsmittel der Kinder dominiert. Lehrpersonen und Bezugspersonen geben für die Experimentalgruppe und für die Wartekontrollgruppe die deutsche Lautsprache als primäres Kommunikationsmittel im Wohnumfeld der Kinder an: 68,3 % der Angaben der Lehrpersonen und 58 % der Angaben der Bezugspersonen bezogen auf die Experimentalgruppe sowie 69 % der Angaben der Lehrpersonen und 58,6 % der Angaben der Bezugspersonen bezogen auf die Wartekontrollgruppe stützen diesen Befund.

Die genauen Antworten der Lehrpersonen und Bezugspersonen sowie eine Gegenüberstellung der Werte der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe sind Tabelle 19 zu entnehmen.

Tabelle 19
Kommunikation des Kindes im Wohnumfeld

	Gesamtgruppe				Experimentalgruppe				Wartekontrollgruppe			
	L		B		L		B		L		B	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
Gebärdensprache	5	5,4	4	4,3	5	7,9	4	6,3	0	0	0	0
Gebärdensprache. LUG	1	1,1	0	0	1	1,6	0	0	0	0	0	0
Lautsprache	63	68,5	54	58,7	43	68,3	37	58,7	20	69	17	58,6
Lautsprache (Deutsch. Somali)	1	1,1	0	0	1	1,6	0	0	0	0	0	0
Lautsprache (Serbisch)	1	1,1	0	0	0	0	0	0	1	3,4	0	0
Lautsprache (Tamil. Deutsch)	1	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lautsprache (Arabisch)	0	0	1	1,1	0	0	1	1,6	0	0	0	0
Lautsprache, Gebärdensprache	5	5,4	6	6,5	4	6,3	4	6,3	1	3,4	2	6,9
Lautsprache. LUG	7	7,6	7	7,6	5	7,9	3	4,8	2	6,9	4	13,8
Fehlend	8	8,7	19	20,7	3	4,8	13	20,6	5	17,2	6	20,7
Gesamt	92	100	92	100	63	100	63	100	29	100	29	100

Anmerkung. L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen, H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent, $p(U)$ = Ergebnis des U-Tests, $p(t)$ = Ergebnis des t-Tests.

Für 28 Kinder (30,4 %) der Gesamtgruppe beantworten die Lehrpersonen die Frage, ob es noch andere Familienmitglieder mit einer Hörbehinderung gibt, mit ja. Ähnlich fällt die Antwort der Bezugspersonen aus: 30 Bezugspersonen (32,6 %) bejahen diese Frage. Hier besteht kein signifikanter Unterschied zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe (U -Test (L): $p = .264$, U -Test (B): $p = .264$; siehe Tabelle 20).

Tabelle 20
Familienmitglieder mit einer Hörbehinderung

	Gesamtgruppe				Experimentalgruppe				Wartekontrollgruppe			
	L		B		L		B		L		B	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nein	54	58,7	45	48,9	36	57,1	29	46	18	62,1	16	55,2
ja	28	30,4	30	32,6	22	34,9	23	36,5	6	20,7	7	24,1
Fehlend	10	10,9	17	18,5	5	7,9	11	17,5	5	17,2	6	20,7
Gesamt	92	100	92	100	63	100	63	100	29	100	29	100
p (U) L									.264			
p (t) L									.249			
p (U) B									.264			
p (t) B									.257			

Anmerkung. L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen, H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent, p (U) = Ergebnis des U-Tests, p (t) = Ergebnis des t-Tests.

Als bevorzugte Kommunikationsform der Gesamtgruppe der Schülerinnen und Schüler im schulischen Umfeld wird sowohl von den Lehrpersonen als auch von den Bezugspersonen mehrheitlich die deutsche Lautsprache angegeben (71,7 % der Lehrpersonen und 67,4 % der Bezugspersonen). Elf Lehrpersonen (12 %), und damit rund doppelt so viele Lehrpersonen wie Bezugspersonen (5,4 %), benennen die Deutsche Gebärdensprache als präferierte Kommunikationsform der Kinder im schulischen Umfeld, und jeweils drei Bezugspersonen und Lehrpersonen (3,3 %) nennen hier die durch Gebärden unterstützte Lautsprache im weiteren Sinne.

Die durch diese Aussagen deutlichen Tendenzen entsprechen den Angaben für die Experimentalgruppe und die Wartekontrollgruppe. Bezüglich der präferierten Kommunikationsform geben Lehrpersonen und Bezugspersonen am häufigsten die deutsche Lautsprache an: laut Lehrpersonen für 49 Kinder (77,8 %) der Experimentalgruppe und für 17 Kinder (58,6 %) der Wartekontrollgruppe. Den Angaben der Bezugspersonen zufolge sind es 44 Kinder (69,8 %) der Experimentalgruppe und 18 Kinder (62,1 %) der Wartekontrollgruppe. Während für die letztere keine weiteren Informationen vorliegen, kommunizieren nach den Angaben der Lehrpersonen elf Kinder (17,5 %) der Experimentalgruppe in Deutscher Gebärdensprache und drei Kinder in durch Gebärden unterstützter Lautsprache im weiteren Sinne. Auf Basis der Angaben der Bezugspersonen für die Experimentalgruppe liegen die Zahlen bei fünf in Deutscher Gebärdensprache kommunizierenden Kindern (7,9 %) und bei zwei Kindern (3,2 %), die vorzugsweise mit durch Gebärden unterstützter Lautsprache

im weiteren Sinne kommunizieren. Sowohl auf Basis der Angaben der Lehrpersonen als auch der Angaben der Bezugspersonen besteht ein signifikanter Unterschied zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe hinsichtlich der präferierten Kommunikationsform der Kinder. Dieses Resultat wird durch die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests (*U*-Test (L): $p = .034$, *U*-Test (B): $p = .080$) als auch des *t*-Tests (*t*-Test (L): $p = <.001$, *t*-Test (B): $p = .007$) verifiziert. Detaillierte Angaben sind in Tabelle 21 aufgeführt.

Tabelle 21
Bevorzugte Kommunikationsform

	Gesamtgruppe				Experimentalgruppe				Wartekontrollgruppe			
	L		B		L		B		L		B	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
Lautsprache (Deutsch)	66	71,7	62	67,4	49	77,8	44	69,8	17	58,6	18	62,1
Deutsche Gebärdensprache (DGS)	11	12	5	5,4	11	17,5	5	7,9	0	0	0	0
Lautsprachebegleitende Gebärden (LBG)	1	1,1	1	1,1	1	1,6	1	1,6	0	0	0	0
Lautsprachunterstützende Gebärden (LUG)	2	2,2	0	0	2	3,2	0	0	0	0	0	0
Gebärdenunterstützte Kommunikation (GUK)	0	0	1	1,1	0	0	1	1,6	0	0	0	0
sonst. Körpereigene Kommunikationsform	0	0	1	1,1	0	0	1	1,6	0	0	0	0
Fehlend	12	13	22	23,9	0	0	11	17,5	12	41,4	11	37,9
Gesamt	92	100	92	100	63	100	63	100	29	100	29	100
p (U) L									.034			
p (t) L									<.001			
p (U) B									.080			
p (t) B									.007			

Anmerkung. L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen, H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent, p (U) = Ergebnis des U-Tests, p (t) = Ergebnis des t-Tests.

Die Antworten bezüglich der Beurteilung, wie gut das Kind in der von ihm präferierten Kommunikationsform kommuniziert, sind im Vergleich zwischen den Angaben der Lehrpersonen und den Angaben der Bezugspersonen ähnlich gewichtet. Für die Gesamtgruppe der Kinder schätzt die Mehrheit der Lehrpersonen (76,1 %) und auch die Mehrheit der Bezugspersonen (81,5 %) die Kommunikation der Kinder als (*eher*) gut ein. Auffällig ist,

dass lediglich zwei Bezugspersonen (2,2 %), jedoch 17 Lehrpersonen (18,5 %) die kommunikative Kompetenz der Kinder als (*eher*) *nicht gut* bewerten. Insgesamt lässt sich kein signifikanter Unterschied im Vergleich zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe feststellen (siehe Anhang J). Damit wird das Ergebnis der Auswertung zur Kommunikativen Kompetenz (siehe oben) bestätigt.

Für die Durchführung des SET-Subtests „Handlungssequenzen, Bereich Sprachverständnis“ wurden 57 der 92 teilnehmenden Kinder ausgewählt, die von den Lehrpersonen als hierfür geeignet eingeschätzt wurden. Ein Viertel (25 %) dieser Gruppe erreichte jedoch 0 Punkte (0 %) und lediglich sechs Kinder (6,6 %) erlangten die Hälfte der Punktzahl bzw. etwas mehr als 50 %. Hierbei wurde kein signifikanter Unterschied im Vergleich zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe festgestellt (*U*-Test: $p = .128$, *t*-Test: $p = .129$). Die genauen Prozenträge können Tabelle 22 entnommen werden.

Tabelle 22

Ergebnisse des SET-Subtests „Handlungssequenzen, Bereich Sprachverständnis“

Korrekte Antworten in Prozent	Gesamtgruppe		Experim- entalgruppe		Wartekontroll- gruppe		p (U)	p (t)
	H	%	H	%	H	%		
0	23	25,0	18	28,6	5	17,2		
2	1	1,1	1	1,6	0	0		
4	6	6,5	6	9,5	0	0		
6	4	4,3	4	6,3	0	0		
13	2	2,2	1	1,6	1	3,4		
14	3	3,3	0	0	3	10,3		
22	3	3,3	2	3,2	1	3,4		
25	3	3,3	3	4,8	0	0		
33	2	2,2	2	3,2	0	0	.128	.129
41	1	1,1	1	1,6	0	0		
43	3	3,3	2	3,2	1	3,4		
56	2	2,2	0	0	2	6,9		
68	1	1,1	0	0	1	3,4		
71	1	1,1	1	1,6	0	0		
100	2	2,2	1	1,6	1	3,4		
Fehlend	35	38	21	33,3	14	48,3		
Gesamt	92	100	63	100	29	100		

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent, p (U) = Ergebnis des U-Tests, p (t) = Ergebnis des t-Tests.

Die Kinder der Experimentalgruppe nahmen im Mittel an 5,79 Trainingstagen teil ($SD = .513$; $Spanne = 4 - 6$). Die meisten Kinder der Experimentalgruppe (84,1 %) haben an allen sechs Trainingstagen teilgenommen, etwas mehr als ein Zehntel (11,1 %) hat an fünf Trainingstagen und drei Kinder (4,8 %) haben nur an vier Trainingstagen teilgenommen. Tabelle 23 fasst die Teilnahmehäufigkeit der Experimentalgruppe zusammen.

Tabelle 23
Teilnahme an Trainingstagen

Teilnahme	H	%
an insgesamt 1 Tag	0	0
an insgesamt 2 Tagen	0	0
an insgesamt 3 Tagen	0	0
an insgesamt 4 Tagen	3	4,8
an insgesamt 5 Tagen	7	11,1
an insgesamt 6 Tagen	53	84,1
Gesamt	63	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Wie aus Tabelle 24 ersichtlich ist, bejahten alle Kinder der Experimentalgruppe (100 %) die Frage, ob ihnen das Training gefallen habe.

Tabelle 24
Hat dir das Training mit SAM gefallen? (Antworten der Kinder)

	Häufigkeit	Angabe in Prozent
Ja	63	100

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es sich bei der Gesamtgruppe der 92 Kinder um eine sehr heterogene Stichprobe handelt. Signifikante Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe in Hinblick auf Stichprobenmerkmale lassen sich auf Basis der Originaldaten lediglich bezüglich der Versorgung mit Hörhilfen sowie hinsichtlich der bevorzugten Kommunikationsform der Kinder feststellen.

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass nicht für die Gruppe der Bezugspersonen, jedoch für die Gruppe der Lehrpersonen demografische Daten erhoben wurden. Es haben insgesamt acht von elf Lehrpersonen Fragebögen ausgefüllt. Die Lehrpersonen sind im Mittel $M = 43.25$ ($SD = 11.47$; *Spanne* = 30 – 62) Jahre alt. Alle Lehrpersonen (100 %) sind weiblich. Im Durchschnitt weisen sie $M = 17.63$ ($SD = 12.34$; *Spanne* = 4 – 40) Jahre Berufserfahrung als Förderschullehrende auf und unterrichten im Mittel seit $M = 15.38$ ($SD = 8.91$; *Spanne* = 4 – 26) Jahren an der aktuellen Schule.

6.3 Wissensstand der Kinder vor Trainingsdurchführung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung zur Ermittlung des Vorwissens der Gesamtgruppe der Kinder dargestellt. Dies erfolgt gegliedert nach den einzelnen Bereichen des Fragebogens, basierend auf dem Originaldatensatz. Mögliche geschlechterspezifische Unterschiede werden ebenfalls aufgegriffen. Die angegebenen Werte beziehen sich jeweils auf absolute Häufigkeiten.

Bereich 1

Im ersten Teil soll anhand von Bildkarten das Geschlecht von zwei Kindern zugeordnet werden. Alle teilnehmenden Kinder (100 %) konnten das Geschlecht des Mädchens sowie des Jungens korrekt zuordnen.

Im weiteren Verlauf sollten die Kinder Körperteile bei Mädchen und Jungen benennen. Bei den Mädchen bezeichneten fast alle Kinder Mund und Hand (98,9 % bzw. 97,8 %) korrekt, gefolgt von Po (95,7 %), Brust (77,2 %) und Scheide (66,3 %). Bei den Körperteilen der Jungen benennen alle Kinder die Hand korrekt (100 %), die meisten Kinder den Mund (98,9 %), gefolgt von Po (95,7 %), Penis (79,3 %) und Brust (76,1 %). Somit konnten die befragten Kinder mehrheitlich Brust, Mund, Po, Hand, Scheide und Penis identifizieren.

Unterschiede zwischen den Antworten zwischen Jungen und Mädchen gab es kaum. Die Brust von Mädchen wurde von 7 (17,7 %) der Mädchen und von 13 (26 %) Jungen falsch benannt. Der Po sowohl auf der Zeichnung eines Mädchens als auch auf der Zeichnung eines Jungen wurde von drei (7,1 %) der Mädchen und von einem (2 %) der Jungen nicht korrekt benannt. Zehn (26,3 %) Mädchen und fünf (10 %) der Jungen bezeichneten den Penis nicht korrekt. Bei diesem Item antworteten die Mädchen signifikant schlechter als die Jungen ($p = .045$). Die Tabellen im Anhang K sowie Abbildung 2 geben einen Überblick über die Antworten der Kinder.

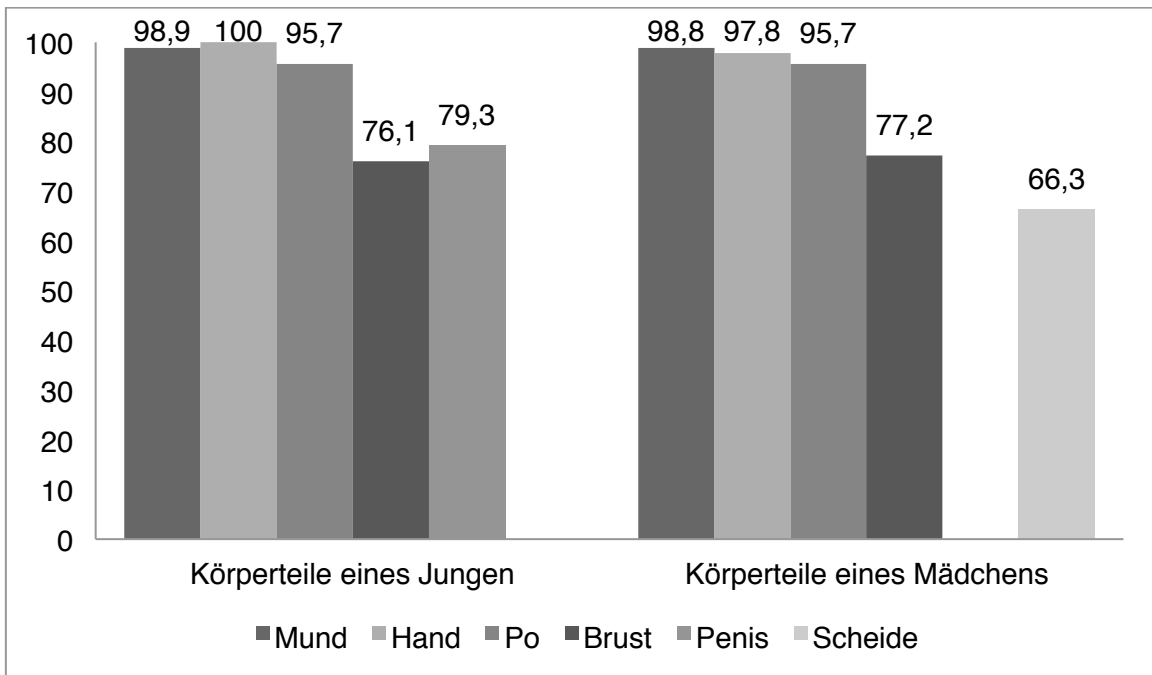


Abbildung 2. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 im Bereich 'Körperteile Benennen' (Angaben in Prozent)

Anschließend sollten die Kinder die gleichen Körperteile auf Abbildungen erkennen und das kenntlich machen, indem sie auf diese zeigen. Fast alle Kinder erkannten die erfragten Körperteile Mund (98,9 %), Hand (96,7 % bzw. 97,8 %), Po (98,9 %), Brust (98,9 %) sowie Penis (94,6 %) und Scheide (93,5 %). Anhang K sowie Abbildung 3 geben einen Überblick über die Antworten der Kinder.

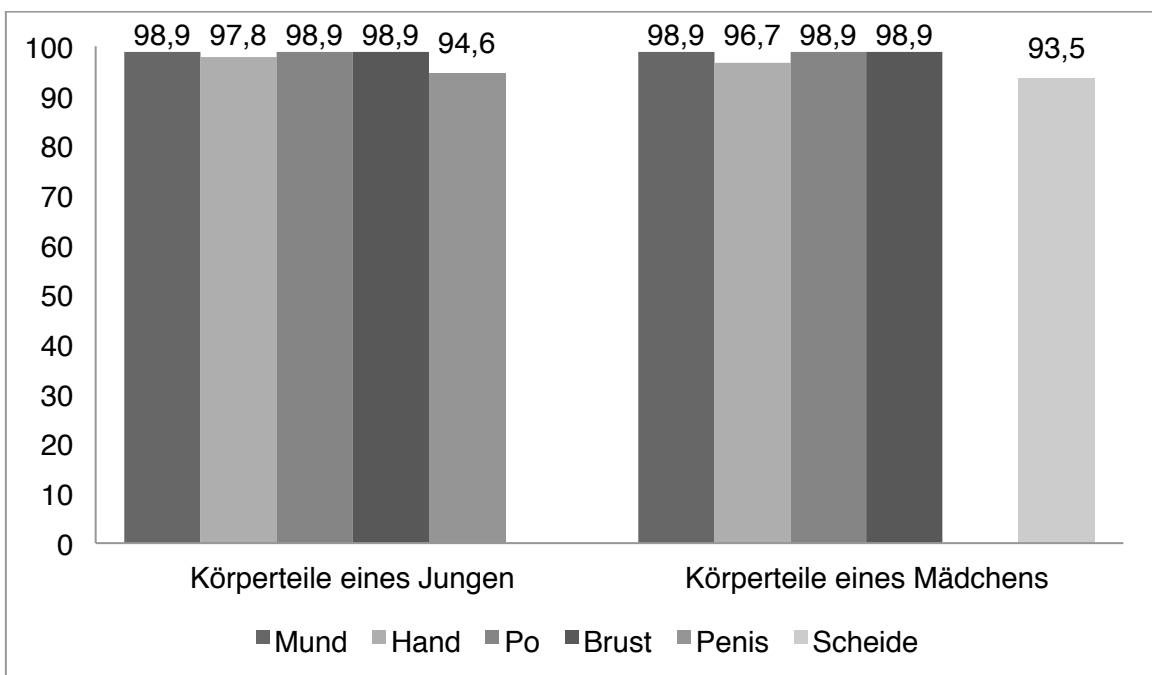


Abbildung 3. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 im Bereich 'Körperteile erkennen' (Angaben in Prozent)

Bereich 2

Im zweiten Teil des Fragebogens werden elementare Gefühle thematisiert. Zunächst wurden die Kinder gefragt, welche Gefühle sie kennen. Im Durchschnitt nannten sie $M = 3,49$ Gefühle ($SD = 2.353$; $Spanne = 0 - 8$).

Im weiteren Verlauf sollten sie anhand von Bildkarten erkennen, wie sich SAM fühlt. Hierbei werden die Gefühle ‚Freude‘, ‚Trauer‘, ‚Wut‘, ‚Angst‘ und das ‚komische Gefühl‘ zunächst auf produktiver Ebene erfasst und anschließend rezeptiv erfragt. Die meisten Kinder konnten ‚Wut‘ (83,7 %) benennen, gefolgt von ‚Trauer‘ (78,3 %), ‚Freude‘ (64,1 %) und ‚Angst‘ (52,2 %). Das ‚komische Gefühl‘ benannten die wenigsten Kinder (9,8 %).

Beim Erkennen der Gefühle auf den Bildkarten konnten die meisten Kinder ‚Freude‘ (90,2 %) erkennen, gefolgt von ‚Wut‘ (84,8 %), ‚Trauer‘ (82,6 %), dem ‚komischen Gefühl‘ (69,6 %) und ‚Angst‘ (65,2 %).

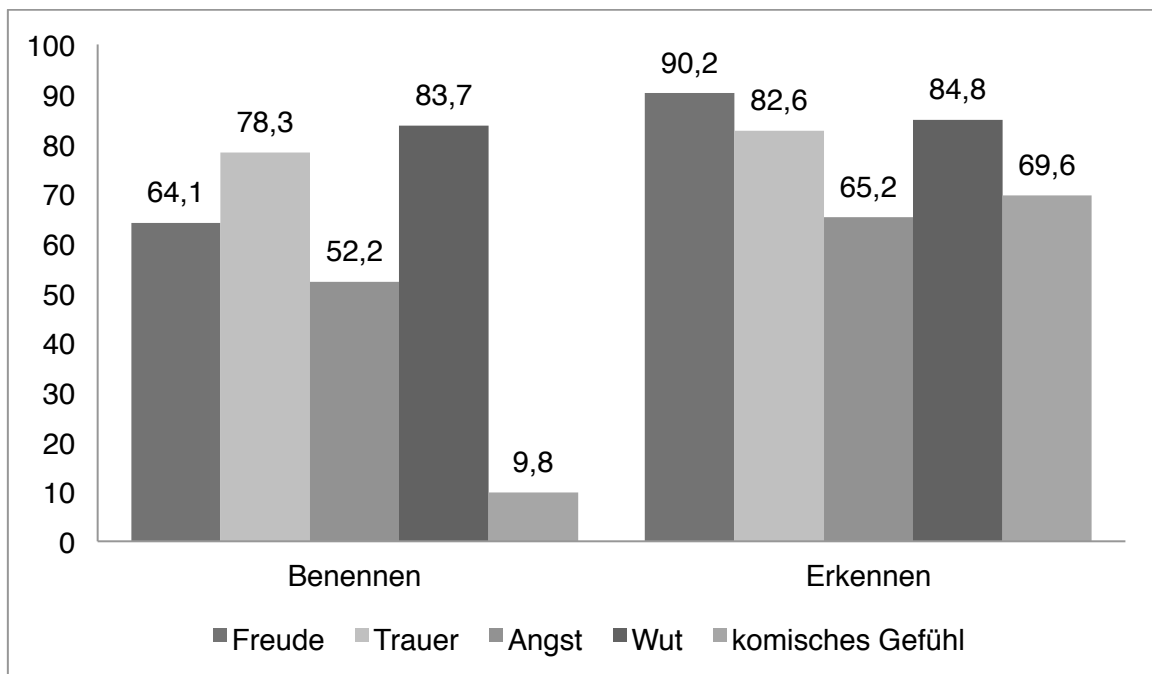


Abbildung 4. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 in den Bereichen 'Gefühle Erkennen' und 'Gefühle Benennen' (Angaben in Prozent)

Ergänzend zu Abbildung 4 werden im Anhang K die Antworten der Kinder bezüglich des Erkennens und Benennens der Gefühle detailliert dargestellt. Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede konnten insgesamt Jungen Gefühle schlechter benennen und Mädchen Gefühle schlechter erkennen, wobei diese Unterschiede nicht signifikant waren (siehe Anhang K).

Bereich 3

Im dritten Teil des Fragebogens geht es darum, an welchen Körperstellen und durch wen das Anfassen erlaubt bzw. verboten ist. Auf die Frage, wo das Anfassen durch fremde Personen verboten ist, zeigten die Kinder im Mittel $M = 2,44$ Körperstellen ($SD = .823$; $Spanne = 0 - 3$). Dabei gaben über die Hälfte der Kinder (55,4 %) die drei Körperstellen an, die innerhalb des Präventionstrainings als für Berührungen durch fremde Personen verboten deklariert werden, 26,1 % der Kinder nannten zwei und 6,5 % der Kinder nannten lediglich eine Körperstelle.

Etwas mehr als die Hälfte (55,4 %) der Kinder äußerte, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin sie am Penis bzw. an der Scheide anfassen darf. Knapp ein Drittel der Kinder (29,3 %) gab an, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin dies nicht darf und einige Kinder (7,6 %) gaben an, dass sie nicht wissen, ob dies erlaubt ist. Ein Kind (1,1 %) antwortete, dass eine fremde Person es am Penis bzw. an der Scheide anfassen darf. Vereinzelt gaben die Kinder an, dass eine Schwimmlehrerin sie am Penis bzw. an der Scheide anfassen darf (8,7 %), oder dass sie nicht wissen, ob es erlaubt ist (4,3 %). Die überwiegende Mehrheit (79,3 %) antwortete, dass eine Schwimmlehrerin sie nicht an den Genitalien anfassen darf. Zwischen den Antworten der Mädchen und Jungen ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen. Im Anhang K sind die Antworten der Kinder prozentual zu entnehmen sowie in Abbildung 5 visuell aufbereitet.

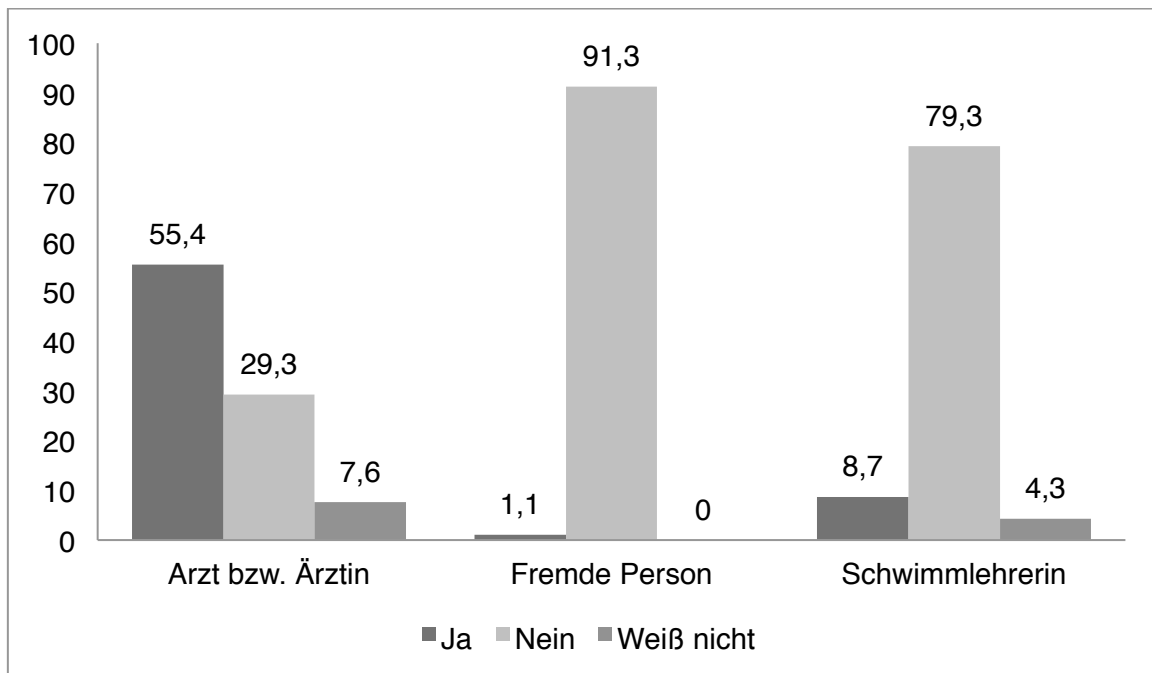


Abbildung 5. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 im Bereich 3 (Angaben in Prozent)

Bereich 4

Im vierten Teil der Befragung werden Verhaltensweisen der Kinder in verschiedenen Situationen erfasst. Es wird erfragt, wie sich die Kinder verhalten, wenn sie ein ‚gutes‘ Geheimnis haben, wenn sie ein ‚schlechtes‘ Geheimnis haben, wenn sie bedroht werden oder wenn sie Angst haben. Als Antwortoptionen können die Kinder wählen zwischen (1) *weetersagen*, (2) *Hilfe holen*, (3) *nicht weetersagen* und (4) *mit der Katze spielen*.

Mehr als zwei Drittel der Kinder (69,6 %) gaben an, ‚gute‘ Geheimnisse nicht weiterzusagen. Die Handlungsstrategie ‚schlechte‘ Geheimnisse weiterzusagen (32,6 %) bzw. sich bei einem ‚schlechten‘ Geheimnis Hilfe zu holen (20,7 %) nannte mehr als die Hälfte der Kinder (insgesamt 53,3 %).

Als Strategie für den Umgang mit Bedrohung bzw. Angst gab die Mehrheit der Kinder an, dies weiterzusagen oder Hilfe zu holen (82,9 % bei Bedrohung bzw. 69,6 % bei Angst). Vierzehn Kinder (15,2 %), und damit mindestens dreimal so viele Kinder wie bei den vorherigen Vignetten, wählten ‚mit der Katze spielen‘ als Strategie, wenn sie Angst haben.

Im Anhang K werden alle Antworten der Kinder detailliert aufgeführt, die zugleich in Abbildung 6 visualisiert sind.

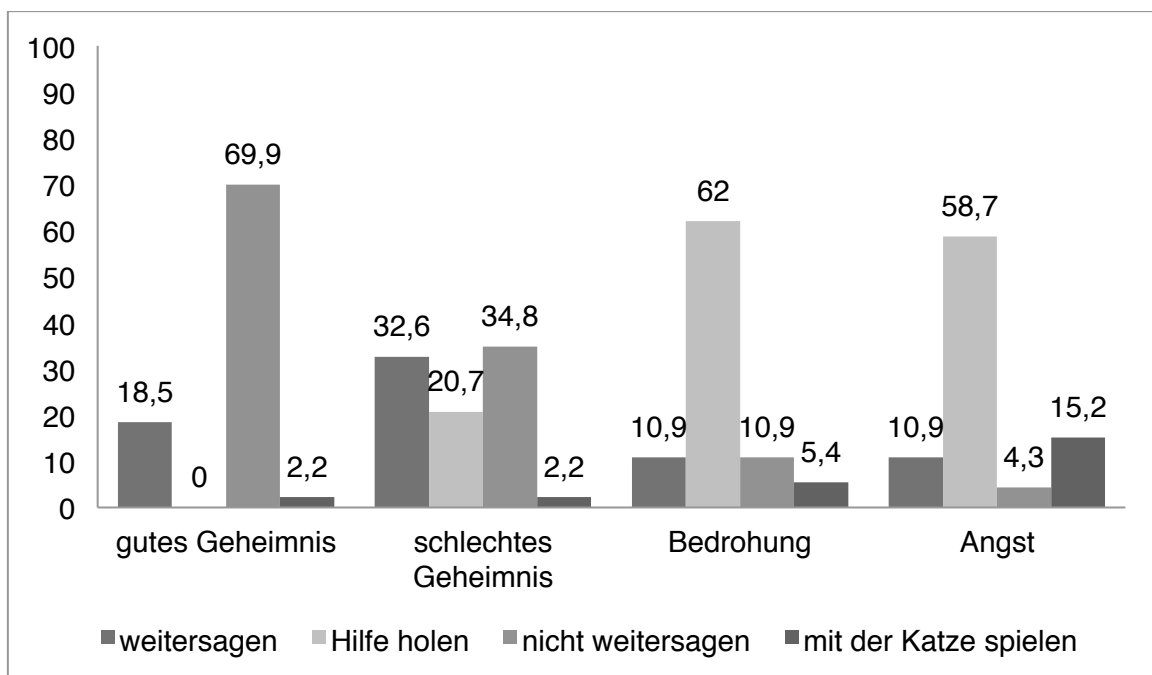


Abbildung 6. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 im Bereich 4 (Angaben in Prozent)

Bei der Betrachtung geschlechtsspezifischer Differenzen wird deutlich, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen häufiger angaben, ein schlechtes Geheimnis, eine Bedrohung oder eine Angstsituation nicht weiterzusagen. Die Antworten zwischen Mädchen und Jungen

differieren bezüglich des Verhaltens bei Bedrohung signifikant ($p = .041$) diese Unterschiede jedoch nicht signifikant sind (siehe Anhang K).

Bereich 5

Der fünfte Teil prüft, inwiefern die Kinder zwischen angemessenen und unangemessenen Berührungen differenzieren können sowie deren Handlungsstrategien (Sicherheitsstrategien) im Falle unangemessener Berührungen.

Zwei der drei Vignetten zu angemessenen Berührungen wurden im Mittel von knapp drei Viertel (73,3 %) der Kinder zu Messzeitpunkt t0, also vor der Intervention richtig bewertet. Für die Fallbeispiele 1 und 2 gaben die Kinder an, dass sowohl ihre Mutter (77,2 %) als auch ein Arzt oder eine Ärztin (75 %) ihren Penis bzw. ihre Scheide anschauen darf. Für Fallbeispiel 3 erachteten es knapp zwei Drittel (63 %) der Kinder als angemessen, dass der Arzt bzw. die Ärztin den Penis bzw. die Scheide anfasst und eincremt. Die Antworten der Kinder sind in Abbildung 7 dargestellt sowie im Anhang K detailliert aufgeführt.

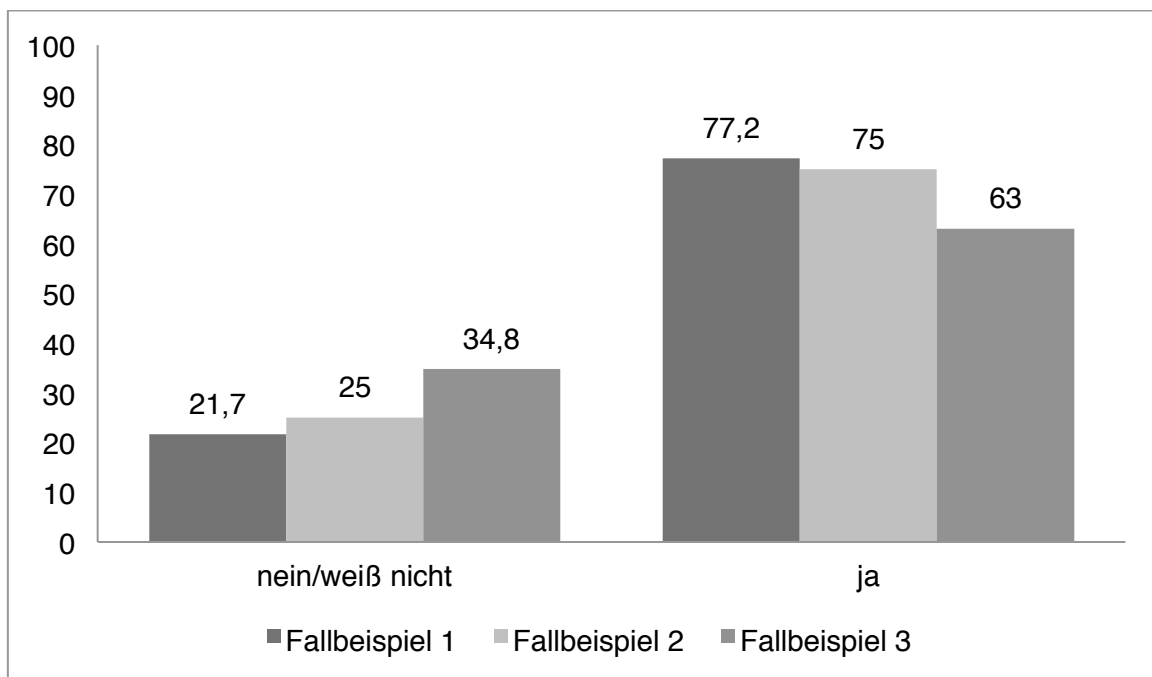


Abbildung 7. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 im Bereich 5 'Fallbeispiele zu angemessenen Berührungen' (Angaben in Prozent)

Unangemessene Berührungen konnten nahezu alle Kinder bereits vor der Intervention gut differenzieren (im Durchschnitt 97,1 %; siehe Abbildung 8).

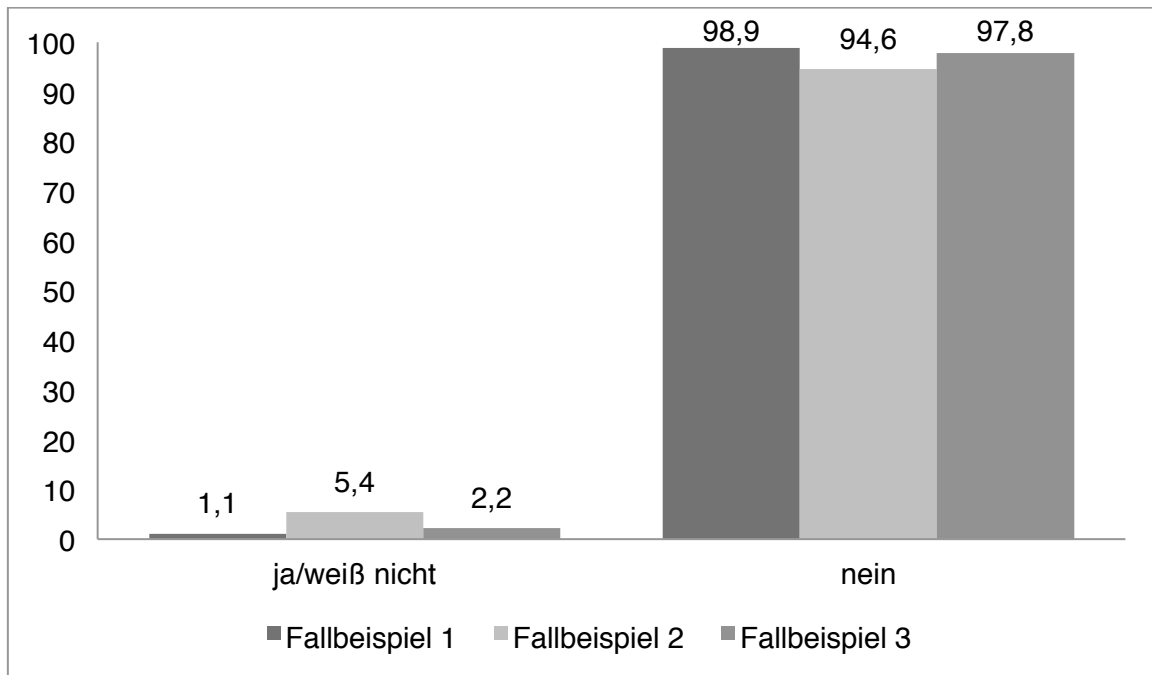


Abbildung 8. Wissenssand der Kinder zu MZIP t0 im Bereich 5 'Fallbesispiele zu unangemessenen Berührungen'

Jedoch gelingt es im Mittel nur knapp drei Viertel (73,2 %) der Kinder, sich eindeutig nicht auf die Situationen einzulassen (siehe Abbildung 9). Für Fallbeispiel 1 geben alle Kinder außer einem Kind (98,9 %) an, dass die Nachbarin kein Nacktbild von ihnen machen dürfe. Jeweils etwa ein Zehntel der Kinder würde sich jedoch nicht (9,8 %) bzw. zögerlich (10,9 %) weigern, indem sie die Situation nicht direkt beenden und sich nur verzögert der Situation entziehen oder ihre Reaktion in der Situation nur vage beschreiben. Drei Viertel (75 %) der Kinder würden sich ganz klar nicht auf die Situation einlassen, indem sie sich unverzüglich aus der Situation entfernen oder Hilfe holen.

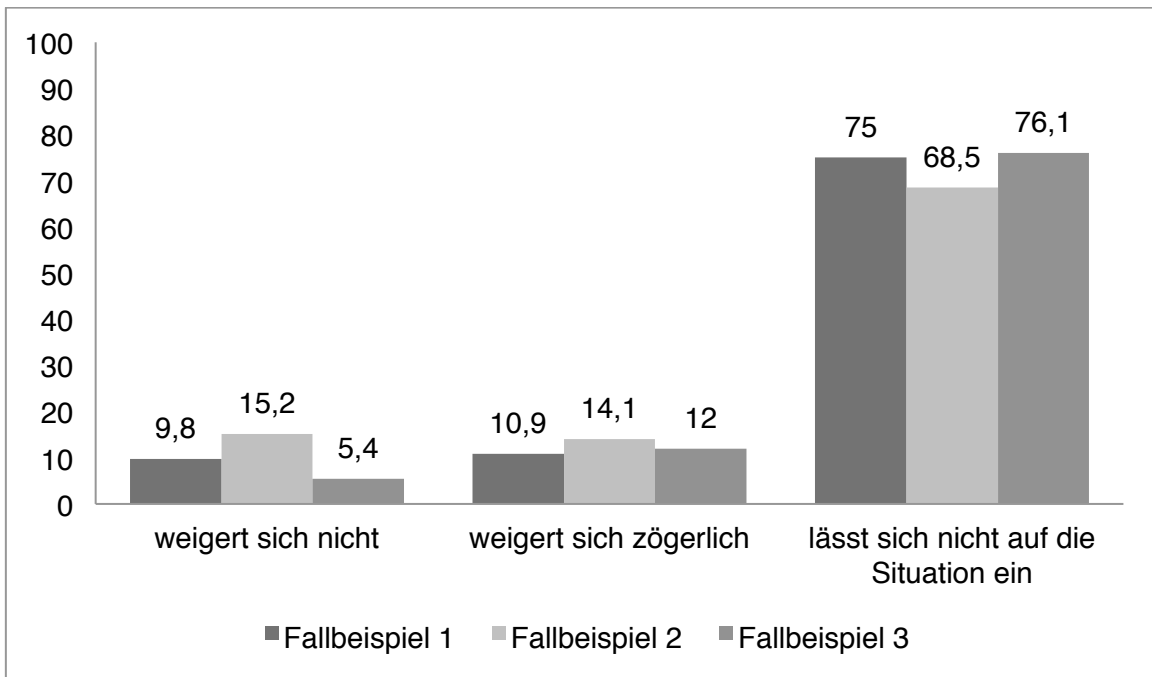


Abbildung 9. Angabe der Kinder zu MZP t0 bezüglich ihrer Reaktion auf unangemessene Berührungen (Angaben in Prozent)

Etwas mehr als die Hälfte (57,6 %) der Kinder würde niemandem etwas von diesem Vorfall erzählen. Einige (13 %) würden sich einer Person anvertrauen und etwa ein Drittel der Kinder (29,3 %) würde zwei oder mehr Personen (z.B. beiden Elternteilen) davon berichten (siehe Abbildung 10).

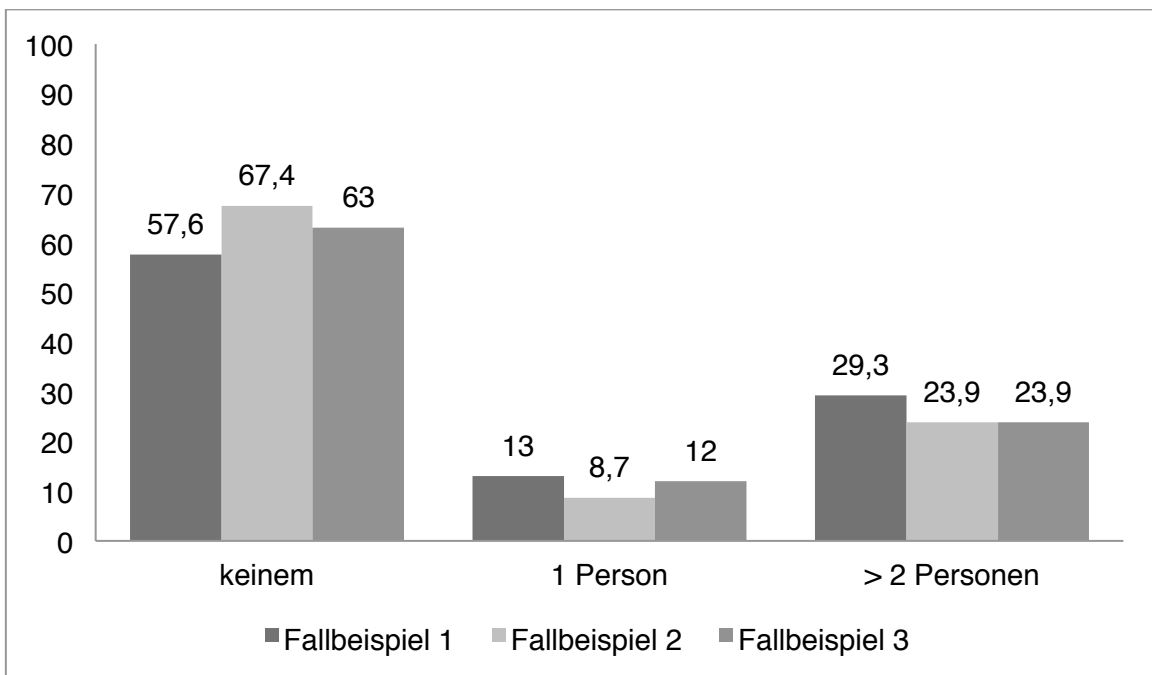


Abbildung 10. Angabe der Kinder zu MZP t0 bezüglich der Strategie 'Weiter sagen' (Angaben in Prozent)

Für das zweite Fallbeispiel aus dem Bereich ‚unangemessene Berührungen‘ äußerte die überwiegende Mehrheit (94,6 %) der Kinder, dass diese Berührung unangemessen ist. Jeweils etwa jedes siebte Kind würde sich jedoch nicht weigern (15,2 %) oder zögerlich weigern (14,1 %), und nur etwas mehr als zwei Drittel der Kinder (68,5 %) würde sich ganz klar nicht auf die Situation einlassen (siehe Abbildung 8). Mehr als zwei Drittel der Kinder würden sich niemandem anvertrauen (67,4 %). Insgesamt würde jedes dritte Kind (32,6 %) entweder einer Person (8,7 %) oder zwei oder mehr Personen von diesem Vorfall berichten (23,9 %; siehe Abbildung 9).

Für Fallbeispiel 3 gab die überwiegende Mehrheit der Kinder (97,8 %) an, dass der fremde Mann sie nicht an ihrer Scheide bzw. Penis anfassen darf. Drei Viertel der Kinder (76,1 %) gaben an, sich ganz klar nicht auf diese Situation einzulassen. Etwas mehr als ein Zehntel der Kinder (12 %) würde sich zögerlich und einige (5,4 %) der Kinder würden sich nicht weigern (siehe Abbildung 8). Nahezu zwei Drittel (63 %) der Kinder würde niemandem von dieser Situation berichten, ein Drittel würde es einer Person (12 %) oder zwei oder mehr Personen erzählen (23,9 %; Abbildung 10). Im Anhang K werden die Antworten der Kinder bezüglich der Einordnung unangemessener Berührungen sowie der Sicherheitsstrategien zu Messzeitpunkt t0 vor der Intervention veranschaulicht.

Die Antworten der Mädchen und Jungen hinsichtlich des Identifizierens angemessener und unangemessener Berührungen sowie der Reaktion in den Situationen ergaben keine signifikanten Differenzen (siehe Anhang K). Erkennbar ist jedoch, dass sich mehr Jungen als Mädchen keinem mitteilen würden, wenn ihnen eine unangemessene Berührung widerfahren ist.

6.4 Außerhalb des Präventionstrainings besprochene Themen

Bezugspersonen und Lehrpersonen der Kinder wurden gefragt, ob und inwiefern sie die für das Präventionstraining relevante Themen ‚Körperteile‘, ‚Gefühle‘, ‚Berührungen‘, ‚Geheimnisse‘, ‚Nein-Sagen‘, ‚Hilfe‘, ‚Gefahrensituationen‘ und ‚Sexualität‘ besprochen haben. Hierbei wurden die genannten Themen als solche abgefragt und mit welcher Intensität sie wann besprochen wurden. Da zum einen der Prozentsatz fehlender Werte sehr hoch ist (siehe Kapitel 5.6) und zum anderen keine genauen Inhalte der Themenkomplexe oder Haltungen diesbezüglich erfragt wurden, wird auf Grundlage der vorhandenen Daten davon ausgegangen, dass die Themen auf sehr unterschiedliche Weise angesprochen wurden. So ist etwa denkbar, dass Bezugspersonen und Lehrpersonen beispielsweise das

Thema ‚Berührungen‘ besprochen haben, die einen vielleicht jedoch sehr rigide und vieles verbietend, andere eher offen und vieles erlaubend. Folglich kann hier keine Standardisierung angenommen werden, weshalb die Vergleichbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt ist und auf einen Transfer auf das Vorwissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0 verzichtet wird. Eine detaillierte Auflistung der Zeitpunkte der Besprechung sowie der Intensität der besprochenen Themen ist im Anhang L aufgeführt.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Befragung der Bezugspersonen erläutert, anschließend die Ergebnisse der Befragung der Lehrpersonen. Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf absolute Häufigkeiten.

Durch Bezugspersonen besprochene Themen

Zu Messzeitpunkt t0 innerhalb der Gesamtgruppe ist Sexualität das Thema, das am häufigsten nicht besprochen wurde (38,0 %), rund ein Fünftel der Bezugspersonen hat zudem die Themen ‚Körperteile‘ (21,7 %) und ‚Berührungen‘ nicht mit ihren Kindern (22,8 %) angesprochen (siehe Abbildung 10).

Die Themen ‚Körperteile‘ (31,5 %), ‚Nein-Sagen‘ (33,7 %), ‚Hilfe‘ (35,9 %), ‚Gefühle‘ (39,1 %) und ‚Gefahrensituationen‘ (41,3 %) wurden von rund einem Drittel der Bezugspersonen und ihren Kindern innerhalb der letzten sechs Monate besprochen. Dabei geschah dies bezüglich des Themas ‚Körperteile‘ meistens oberflächlich (26,1 %), während die Themen ‚Nein-Sagen‘ (21,7 %), ‚Hilfe‘ (27,2 %), ‚Gefahrensituationen‘ (27,2 %) und ‚Gefühle‘ (42,4 %) laut Angaben der Bezugspersonen von ihnen mehrheitlich intensiv angesprochen wurden. Je nach Thema beantworteten die Bezugspersonen die Fragen nicht, beispielsweise die Bezugspersonen von 18 (28,6 %) Kindern nicht für das Thema ‚Körperteile‘ oder 26 (41,3 %) nicht für das Thema ‚Geheimnisse‘.

Innerhalb der Experimentalgruppe ist Sexualität (33,3 %) zu Messzeitpunkt t0 ebenfalls das meist tabuisierte Sujet. ‚Körperteile‘, ‚Berührungen‘ und ‚Geheimnisse‘ werden jeweils von einem Fünftel der Befragten (19 %) nicht thematisiert (siehe Abbildung 10). Nach Angaben zwischen 20 und 30 Prozent wurden alle acht Themenbereiche innerhalb der letzten sechs Monate von Bezugspersonen und ihren Kindern gemeinsam besprochen.

Für die Wartekontrollgruppe ergibt sich zu Messzeitpunkt t0 ein ähnliches Bild (siehe Abbildung 11), wobei ‚Gefahrensituationen‘ und ‚Hilfe‘ von allen Bezugspersonen, die eine Angabe machten, besprochen wurden. Die Themen ‚Nein-Sagen‘ sowie ‚Gefühle‘ wurden von fast allen Bezugspersonen thematisiert, lediglich von jeweils 6,9 % nicht. Die Themen ‚Körperteile‘ (27,6 %) und ‚Geheimnisse‘ (27,6 %) wurden von rund einem Viertel der Befragten nicht besprochen sowie ‚Sexualität‘ von fast der Hälfte (48,3 %) nicht. In vielen

Fällen wurden die acht Themen oberflächlich behandelt, insbesondere ‚Körperteile‘ (25,4 %) und ‚Berührungen‘ (20,6 %). Meistens wurden die Themen laut Angaben der Bezugspersonen intensiv besprochen (19 % für ‚Sexualität‘ bis 39,7 % für ‚Gefühle‘).

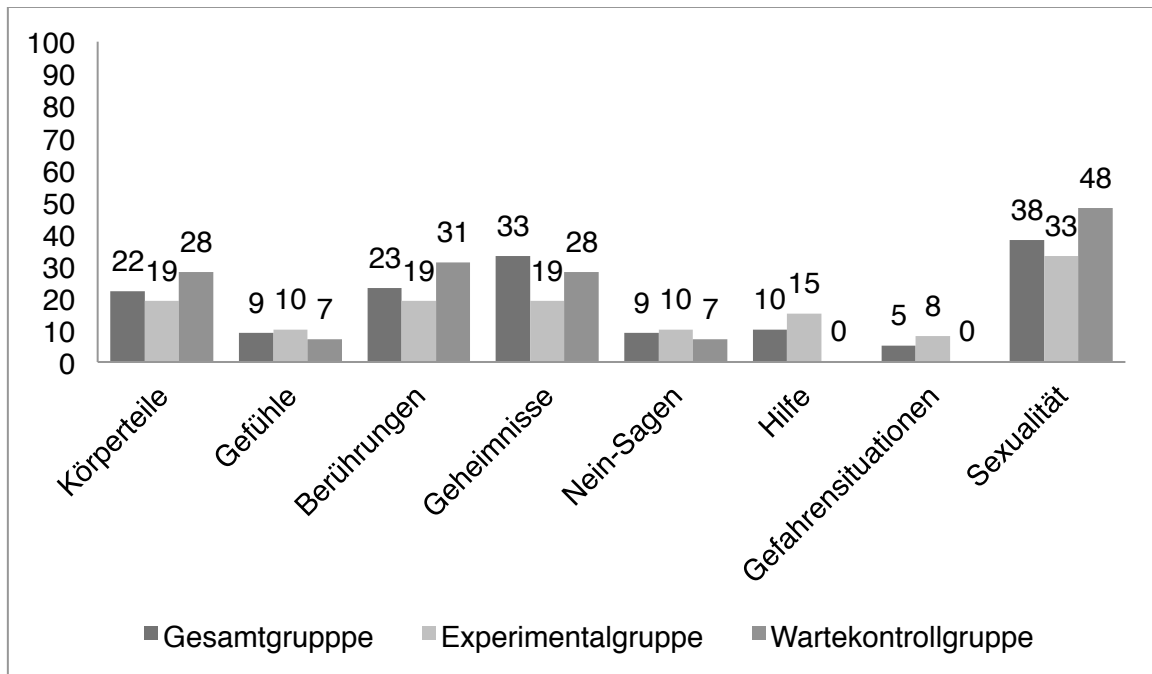


Abbildung 11. Themen, die zu MZP t0 nicht von den Bezugspersonen mit den Kindern besprochen wurden (Angaben gerundet in Prozent)

Zu Messzeitpunkt t2 fehlte knapp die Hälfte der Angaben der Bezugspersonen der Experimentalgruppe (von 46 % für das Thema ‚Berührungen‘ bis zu 54 % für die Themen ‚Hilfe‘ und ‚Gefahrensituationen‘). Rund ein Drittel der Bezugspersonen der Experimentalgruppe (28,6 % bezüglich ‚Sexualität‘ bis 42,9 % bezüglich ‚Gefühle‘) gab für jedes Thema an, über dieses im Nachgang des Interventionsprojekts gesprochen zu haben. In diesem Zusammenhang bleibt ‚Sexualität‘ mit 20,6 % das Thema, das am wenigsten häufig besprochen wurde. Alle Themen bis auf ‚Sexualität‘ wurden mehrheitlich intensiv besprochen (17,5 % für ‚Körperteile‘ bis 27 % für ‚Nein-Sagen‘).

Knapp die Hälfte (44,8 % bis 48,3 %) der Bezugspersonen der Wartekontrollgruppe hingegen gab an, mit ihren Kindern seit der Beantwortung des ersten Fragebogens über die Themen ‚Körperteile‘, ‚Gefühle‘, ‚Berührungen‘, ‚Geheimnisse‘, ‚Nein-Sagen‘, ‚Hilfe‘ und ‚Gefahrensituationen‘ gesprochen zu haben. ‚Sexualität‘ ist mit 27,6 % das am seltensten besprochene Thema. Analog hierzu wurden ‚Gefahrensituationen‘, ‚Hilfe‘, ‚Nein-Sagen‘, ‚Geheimnisse‘, ‚Gefühle‘ und ‚Berührungen‘ meistens intensiv (20,7 % für ‚Gefühle‘ und ‚Berührungen‘ bis 31 % für ‚Geheimnisse‘) bis sehr intensiv (10,3 % für ‚Berührungen‘ und ‚Geheimnisse‘ bis 24,1 % für ‚Gefahrensituationen‘) thematisiert, während die Themen

‚Sexualität‘ (17,2 %) und ‚Körperteile‘ (27,6 %) mehrheitlich oberflächlich behandelt wurden.

Zu Messzeitpunkt t3 fehlen fast zwei Drittel der Angaben der Bezugspersonen der Experimentalgruppe (68,3 % für ‚Hilfe‘ bis zu 74,6 % für ‚Geheimnisse‘). Bezüglich der vier Themen ‚Gefühle‘, ‚Berührungen‘, ‚Geheimnisse‘, ‚Nein-Sagen‘, ‚Hilfe‘ und ‚Gefahrensituationen‘ gaben die Bezugspersonen mehrheitlich (17,5 % für ‚Geheimnisse‘ bis 25,4 % für ‚Nein-Sagen‘) an, mit ihren Kindern über diese Themen gesprochen zu haben. Die meisten Bezugspersonen, die die Fragen beantworteten (17,5 %), sprachen mit ihren Kindern auch etwa ein halbes Jahr nach Beendigung des Präventionstrainings nicht über das Thema ‚Sexualität‘. 11,1 % der Bezugspersonen gaben hierzu an, dass sie mit ihren Kindern Sexualität lediglich oberflächlich thematisiert haben. Die anderen sechs Themen wurden mehrheitlich intensiv oder sehr intensiv besprochen.

Besprochene Themen durch Lehrpersonen

Von den elf Lehrpersonen wurden zu Messzeitpunkt t0 sieben Bögen ausgefüllt, davon fünf für die Experimentalgruppe und zwei für die Wartekontrollgruppe.

Basierend auf den Angaben der Lehrpersonen wurden mit der Gesamtgruppe zu Messzeitpunkt t0 die Themen ‚Hilfe‘ (54,5 %), ‚Gefahrensituationen‘ (45,5 %) und ‚Geheimnisse‘ (45,5 %) von rund der Hälfte der befragten Lehrpersonen nicht besprochen. Die übrigen Themen wurden jeweils von zwei bis sieben Lehrpersonen thematisiert. Am häufigsten wurde das Thema ‚Gefühle‘ mit den Kindern behandelt (63,6 %). Ein ähnliches Bild kann für die Experimentalgruppe gezeichnet werden.

Mit allen Kindern der Wartekontrollgruppe, zu denen eine Beurteilung vorliegt, wurden die Themen ‚Körperteile‘ und ‚Gefühle‘ besprochen, die übrigen sechs Themen nur mit einem Viertel bis zur Hälfte.

Sowohl von den Lehrpersonen der Experimentalgruppe als auch der Wartekontrollgruppe wurden die Themen meistens intensiv bis sehr intensiv behandelt (siehe Abbildung 12).

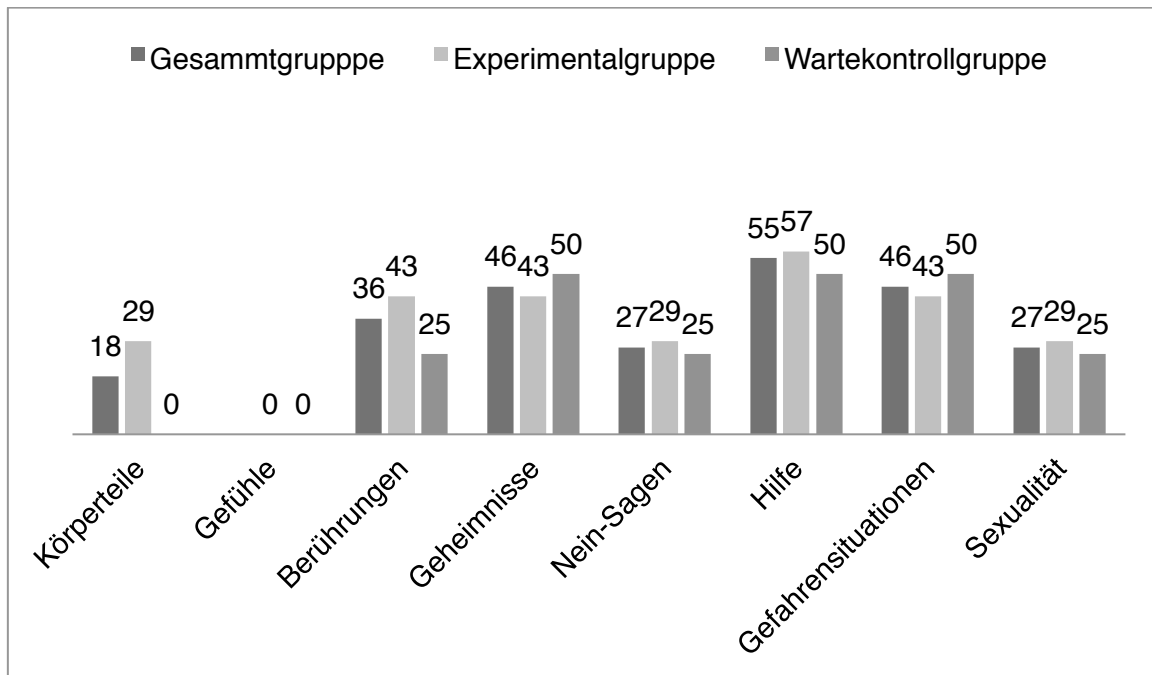


Abbildung 12. Themen, die zu MZP t0 nicht von den Lehrpersonen mit den Kindern besprochen wurden (Angaben gerundet in Prozent)

Zu Messzeitpunkt t2 antworteten vier der sieben Lehrpersonen der Experimentalgruppe. Zwei der Lehrpersonen (28,6 %) hatten zu Messzeitpunkt t2 die Themen ‚Gefahrensituationen‘ und ‚Sexualität‘ nicht behandelt, die anderen sechs Themen wurden von jeweils einer Lehrperson (14,3 %) nicht besprochen.

Von den vier Lehrpersonen der Wartekontrollgruppe machte lediglich eine Person Angaben zu den besprochenen Themen zu Messzeitpunkt t2. Die Themen ‚Körperteile‘, ‚Berührungen‘, ‚Geheimnisse‘, ‚Hilfe‘ sowie ‚Sexualität‘ hatte sie nicht behandelt. Meistens wurden die Themen sowohl von den Lehrpersonen der Experimentalgruppe als auch der Wartekontrollgruppe intensiv behandelt.

Zu Messzeitpunkt t3 liegen von den sieben Lehrpersonen der Experimentalgruppe Antworten von lediglich zwei Lehrpersonen vor. Jeweils eine Lehrperson hatte die acht Themen bis zu Messzeitpunkt t3 mit ihrer Klasse noch einmal aufgegriffen. Dies geschah bis auf das Thema ‚Gefahrensituationen‘ bezüglich aller acht Themen intensiv. Eine detaillierte Übersicht über die Angaben der Bezugspersonen ist in Anhang L aufgeführt.

6.5 Itemanalyse

Zur Sicherung der psychometrischen Qualität des Erhebungsinstruments zur Befragung der Kinder wurde eine (konformative) Itemanalyse durchgeführt. Der Fragebogen umfasst 22 Items zu Trainingsbaustein 1 (Bereich 1), 11 Items zu Trainingsbaustein 2 (Bereich 2), vier Items zu Trainingsbaustein 3 (Bereich 3) und drei Items zu Trainingsbaustein 4 und 5 (Bereich 4). Darüber hinaus wird der WIST-Fragebogen mit sechs Items zur Differenzierung zwischen ‚angemessenen‘ und ‚unangemessenen‘ Berührungen sowie sechs Items zu Sicherheitsstrategien angewendet (Bereich 5).

Itemanalyse Bereich 1 – ‚Körper‘

Bei Betrachtung der Itemanalyse aller Fragen zu Trainingsbaustein 1 zeigt sich anhand von Cronbachs Alpha eine akzeptable Reliabilität von $\alpha = .748$, die angesichts der Anzahl der Items optimierbar ist. Zudem sind die Kennwerte von 13 der Trennschärfekoeffizienten ungenügend. Neun Items weisen akzeptable Trennschärfen $r_{it} > .30$ auf. Der Schwierigkeitsindex liegt für vier Items in einem akzeptablen Bereich zwischen $P = .678$ und $P = .83$ und weist für die übrigen 18 Items einen äußerst hohen Wert auf, da diese Items von den meisten Probanden bereits zu Messzeitpunkt t_0 richtig beantwortet wurden. Die detaillierten statistischen Kennwerte sind Anhang M zu entnehmen.

Bei Selektion ausgewählter Items mit einem guten Schwierigkeitsindex und einer guten Trennschärfe lässt sich anhand von sechs Items des Bausteins 1 eine verbesserte Skala konstruieren, die das Benennen von Körperteilen erfasst. Darunter befinden sich weiterhin zwei Items, die mit einem Schwierigkeitsindex von $P = .95$ zu leicht sind, jedoch aus Gründen der inhaltlichen Vollständigkeit beibehalten werden. Die Reliabilität anhand von Cronbachs Alpha erweist sich mit $\alpha = .768$ als akzeptabel. Die Trennschärfekoeffizienten liegen mit Werten zwischen $r_{it} = .474$ und $r_{it} = .629$ in einem guten Bereich. Die detaillierten statistischen Kennwerte werden in Tabelle 25 dargestellt.

Tabelle 25
Itemanalyse Bereich 1, 6 ausgewählte Items (n=88)

	Schwierigkeits- index P	Korrigierte Item- Skala-Korrelation (Trennschärfe)
t0_1_2a Brust Mädchen benennen	0.77	.629
t0_1_2c Scheide Mädchen benennen	0.67	.585
t0_1_2e Po Mädchen benennen	0.95	.474
t0_1_3a Brust Jungen benennen	0.77	.495
t0_1_3c Penis Jungen benennen	0.83	.553
t0_1_3d Po Jungen benennen	0.95	.474

Zwar erweisen sich die statistischen Werte in Bereich 1 nicht durchweg als optimal, alle ausgewählten sechs Items werden dennoch in die weiteren Analysen einbezogen, da sie inhaltlich für ein möglichst vollständiges Bild bedeutsam sind.

Itemanalyse Bereich 2 – ‚Gefühle‘

Für Baustein 2 zeigt sich bei der Analyse der zehn⁹⁰ Items eine ungenügende Reliabilität von $\alpha = .503$. Der Schwierigkeitsindex ist für fünf Items gut, für vier Items zu leicht und für ein Item zu schwer. Die Trennschärfe liegt lediglich für zwei Items in einem akzeptablen Bereich über .30. In Anhang M ist die Itemanalyse für diesen Baustein zusammengefasst. Aufgrund der geringen Trennschärfeparameter und der wenigen Items mit einem guten Schwierigkeitsindex scheint es daher sinnvoll, eine Skala mit nur vier Items zu bilden, die lediglich das Erkennen der Gefühle bzw. die Rezeption der Gefühlsbezeichnungen (außer dem Gefühl ‚Freude‘) abdeckt. Tabelle 26 stellt die alternative Itemanalyse dar. Während sich die Trennschärfekoeffizienten in einem akzeptablen Bereich zwischen $r_{it} = .334$ und $r_{it} = .601$ befinden, weist der Schwierigkeitsindex lediglich für zwei Items einen guten Wert von $P = .72$ bzw. $P = .77$ auf, mit $\alpha = .681$ jedoch eine unzureichende Reliabilität.

Somit lässt sich aus den Items für Baustein 2 zwar keine Skala konstruieren, die das Konstrukt ‚Gefühle Erkennen und Benennen‘ statistisch sinnvoll abbildet, jedoch werden die vier ausgewählten Items des Bereichs ‚Gefühle Erkennen‘ (ohne das Item ‚fröhlich erkennen‘) aus inhaltlichen Gründen für die weiteren Analysen genutzt.

⁹⁰ In die Analyse wurden lediglich die zehn Items mit dem gleichen Messniveau und den gleichen Antwortmöglichkeiten mit einbezogen, *Item t0_4_1 t0 Anzahl genannter Gefühle* entfällt daher.

Tabelle 26

Itemanalyse Bereich 2. 4 ausgewählte Items (n=82)

	Schwierigkeits- index P	Korrigierte Item- Skala-Korrelation (Trennschärfe)
t0_4_3b ängstlich erkennen	0.72	.600
t0_4_3c wütend erkennen	0.93	.334
t0_4_3d traurig erkennen	0.93	.391
t0_4_3e komisches Gefühl erkennen	0.77	.601

Itemanalyse Bereich 3 – Berühren und Anfassen⁴

Für Bereich 3 lässt sich eine ungenügende Reliabilität von $\alpha = .223$ feststellen.⁹¹ Zudem erweisen sich die Trennschärfekoeffizienten zwischen $r_{it} = .24$ und $r_{it} = .166$ als nicht ausreichend, und der Schwierigkeitsindex zeigt bei zwei von drei Items mit $P = .988$ und $P = .906$ zu hohe Werte, sodass nur ein Item übrig bleiben würde. Somit lässt sich für diesen Bereich keine Skala konstruieren, die das Konstrukt ‚Berührungen‘ inhaltlich und statistisch sinnvoll abbildet. Tabelle 27 fasst die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 27

Itemanalyse Bereich 3, alle 3 Items (n=85)

	Schwierigkeits- index P	Korrigierte Item- Skala-Korrelation (Trennschärfe)
t0_5_2a Arzt anfassen	0.6	.112
t0_5_2b fremde Person anfassen	0.988	.240
t0_5_2c Schwimmlehrerin anfassen	0.906	.166

Itemanalyse Bereich 4 – ‚Geheimnisse‘

Für Bereich 4 erweist sich die Schwierigkeit der vier Items mit $P = .59$ bis $P = .817$ als gut, und auch die Trennschärfeparameter liegen mit Werten zwischen $r_{it} = .650$ und $r_{it} = .799$ in einem guten Bereich. Cronbachs Alpha ist mit $\alpha = .423$ jedoch inakzeptabel. Wie auch in

⁹¹ Ebenso wie in Baustein 2 wird der Item *Anzahl genannter richtiger Körperstellen* nicht in die Berechnung einbezogen, da sich hier die Antwortmöglichkeiten und das Messniveau von den anderen Items des Konstrukts absetzen.

Bereich 3 ist für Bereich 4 aufgrund der ermittelten Kennwerte keine Skalenbildung möglich. Tabelle 28 gibt einen Überblick über die Statistiken der Skala.

Tabelle 28
Itemanalyse Bereich 4, alle 4 Items (n=76)

	Schwierigkeits- index P	Korrigierte Item- Skala-Korrelation (Trennschärfe)
t0_6_1 Verhalten bei gutem Geheimnis	0.771	.650
t0_6_2 Verhalten bei schlechtem Geheimnis	0.59	.716
t0_6_3 Verhalten bei Bedrohung	0.82	.799
t0_6_4 Verhalten bei Angst	0.78	.792

Itemanalyse Bereich 5 – ‚Hilfe holen‘

Teil 5 des Fragebogens basiert auf dem WIST-Fragebogen von Wurtele (1990). Dieser gliedert sich in die *Differenzierung zwischen angemessenen und unangemessenen Berührungen* (Bereich A) sowie *Sicherheitsstrategien* (Bereich B und C).

Für die vorliegende Stichprobe ergibt die Skala *Differenzierung zwischen angemessenen und unangemessenen Berührungen* (Bereich A) lediglich eine unzureichende Reliabilität mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .501$ sowie bei vier von fünf Items geringe Trennschärfekoeffizienten von $r_{it} = .013$ bis $r_{it} = .294$. Für zwei Items liegen die Werte mit $r_{it} = .481$ und $r_{it} = 4.84$ in einem akzeptablen Bereich. Die drei Fallbeispiele zu angemessenen Berührungen weisen einen guten Schwierigkeitsindex von $P = .644$ bis $P = .78$ auf. Die Fallbeispiele zu unangemessenen Berührungen ergeben für die Stichprobe bereits zu Messzeitpunkt t0 vor der Intervention einen Schwierigkeitsindex von $P = .946$ bis $P = .989$. Damit ist die Schwierigkeit bei drei Items zu unangemessenen Berührungen nicht ausreichend. Die detaillierten statistischen Kennwerte sind Anhang M zu entnehmen.

Für die WIST-Skala zu *Sicherheitsstrategien* und *Handlungskompetenz* (Bereiche B und C) zeigen sich eine gute Reliabilität mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .808$ und für alle sechs Items mäßige bis gute Trennschärfekoeffizienten zwischen $r_{it} = .419$ und $r_{it} = .710$. Lediglich zwei Items scheinen mit einem Schwierigkeitsindex von $P = .841$ und $P = .878$ zu leicht zu sein. Bei den vier weiteren Items liegt der Schwierigkeitsindex zwischen

$P = .283$ und $P = .772$ und damit in einem guten Bereich. Die detaillierten statistischen Kennwerte werden in Tabelle 29 dargestellt.

Tabelle 29
Itemanalyse Bereich 5 B und C, alle 6 Items (n=84)

	Schwierigkeits- index P	Korrigierte Item- Skala-Korrelation (Trennschärfe)
t0_wist_3_b Reaktion Fallbeispiel 1 Unangemessene B.	0.84	.699
t0_wist_4_b Reaktion Fallbeispiel 2 Unangemessene B.	0.77	.664
t0_wist_5_b Reaktion Fallbeispiel 3 Unangemessene B.	0.88	.710
t0_wist_3_c Weitersagen Fallbeispiel 1 Unangemessene B.	0.36	.481
t0_wist_4_c Weitersagen Fallbeispiel 2 Unangemessene B.	0.28	.444
t0_wist_5_c Weitersagen Fallbeispiel 3 Unangemessene B.	0.30	.419

Neben den durch Wurtele vorgegebenen Skalen wurden die Skalen *angemessene Berührungen* (Bereich A, Fragen 1, 2 und 6) und *unangemessene Berührungen* (Bereich A, Fragen 3, 4 und 5) separat betrachtet sowie die Skalen *Sicherheitsstrategie* (Bereich B) und *Handlungskompetenz* (Bereich C) geprüft. Im Bereich der *angemessenen Berührungen* (Bereich A, Frage 1, 2 und 6) ergeben sich eine fragwürdige Reliabilität mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .630$ und mäßige bis gute Trennschärfekoeffizienten zwischen $r_{it} = .358$ und $r_{it} = .519$. In Anhang M sind die detaillierten statistischen Kennwerte zusammengefasst.

Für den Bereich *unangemessene Berührungen* (Bereich A, Fragen 3, 4 und 5) zeigen sich eine inakzeptable Reliabilität mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .482$ sowie bei zwei Items gute Trennschärfekoeffizienten mit $r_{it} = .496$ und $r_{it} = .564$ sowie ein ungenügender Trennschärfekoeffizient mit $r_{it} = -.024$. Die detaillierten statistischen Kennwerte sind Anhang M zu entnehmen.

Die Skala *Sicherheitsstrategie* (Bereich B) ergibt eine akzeptable Reliabilität mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .705$ sowie mäßige bis gute Trennschärfekoeffizienten zwischen $r_{it} = .487$ und $r_{it} = .605$. Die detaillierten statistischen Kennwerte werden im Anhang M dargestellt.

Für die Skala *Handlungskompetenz* (Bereich C) zeigen sich eine sehr gute Reliabilität mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .886$ sowie Trennschärfekoeffizienten zwischen $r_{it} = .755$

und $r_{it}=.789$. Im Anhang M werden die detaillierten statistischen Kennwerte zusammengefasst.

Zusammenfassend lässt sich für den Bereich 5 des Fragebogens feststellen, dass in dieser Befragung die statistischen Kennwerte der Itemanalyse im Bereich der *Differenzierung zwischen angemessenen und unangemessenen Berührungen* (Bereich A) als Basis einer tiefgehenden Analyse nicht ausreichen. Aus inhaltlichen Gründen erscheint es jedoch wenig sinnvoll, lediglich den Bereich der angemessenen Berührungen in die Analysen mit einzubeziehen. In den Bereichen *Sicherheitsstrategie und Handlungskompetenz* (Bereiche B und C) liegen akzeptable Ergebnisse vor. Für die weiteren statistischen Analysen werden daher aufgrund der Ergebnisse der Itemanalyse lediglich die Bereiche B und C der Skala verwendet. Hierbei kann davon ausgegangen werden, dass die befragten Kinder bereits vor Trainingsbeginn wussten, welche Berührungen unangemessen sind. Welche Handlungsstrategie sie in bzw. nach einer solchen Situation anwenden können, war ihnen jedoch noch unklar. Inwiefern sich dies durch das Training geändert hat, wird ein Teilaspekt der folgenden Analysen sein.

Da sowohl Bereich 3 als auch ein Teil von Bereich 5 des Fragebogens die Identifizierung von verbotenen (unangemessenen) und nicht verbotenen (angemessenen) Berührungen umfasst, wurde in einem ergänzenden Schritt überprüft, ob eine tragfähige Skala aus beiden inhaltlich übereinstimmenden Bereichen gebildet werden kann. Hierzu wurden zunächst die Items des Bereichs 3 rekodiert, um eine Übereinstimmung zwischen den Kodierungen beider Bereiche zu erzielen. Die Analyse aller neun Items ergibt ein schlechtes Cronbachs Alpha von $\alpha = .564$, wobei gute Schwierigkeitsindexe zwischen 0.3 und 0.495 ermittelt wurden. Die Trennschärfekoeffizienten sind schlecht, außer für zwei Items, hier befinden sie sich mit $r_{it} = .605$ und $r_{it} = .602$ in einem guten Bereich. Auch die Differenzierung zwischen verbotenen und nicht verbotenen Berührungen ergibt für den Bereich der verbotenen Berührungen bis auf zwei Items ($r_{it} = 3.18$ und $r_{it} = .384$) inakzeptable Trennschärfekoeffizienten sowie ein inakzeptables Cronbachs Alpha von $\alpha = .344$. Im Bereich der nicht verbotenen Berührungen hingegen liegen die Trennschärfekoeffizienten mit $r_{it} = .364$ bis $r_{it} = .709$ in einem mäßigen bis guten Bereich. Das Cronbachs Alpha von $\alpha = .761$ ist hier akzeptabel (siehe Anhang M).

Aus statistischen Gründen kann weder die gesamte Skala aller Items in die weiteren Analysen einbezogen werden noch die Skala lediglich mit dem Item verbotene Berührungen. Entsprechend wird aus inhaltlichen Gründen ebenfalls auf die Skala der angemessenen Berührungen verzichtet.

Neben den Bereichen B und C des fünften Teils des Fragebogens, die sich auf trainingsübergreifende Inhalte beziehen, wurde ergänzend jeweils eine Skala zu den Inhalten von Baustein 1 („Körperteile Benennen“) und Baustein 2 („Gefühle Erkennen“) in der Analyse berücksichtigt. Somit konnten die Tendenzen der deskriptiven Analyse zum Wissensstand der Kinder vor Trainingsbeginn durch die Itemanalyse bestätigt bzw. bekräftigt werden. Hypothesen, die sich nicht auf die genannten Skalenbereiche beziehen, werden von den statistischen Analysen ausgeschlossen.

Die Nummerierung für die Hypothesen aus Kapitel 5.3 wird im Folgenden aus Kohärenzgründen beibehalten.

6.6 Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe

Wie in Kapitel 5.7 beschrieben, werden die Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe mit einer statistischen Mittelwertanalyse berechnet und deren Signifikanz je nach Voraussetzung mit dem Mann-Whitney-U-Test bzw. dem t-Test überprüft (siehe Anhang G).

Die vollständige Darstellung der deskriptiven Werte befindet sich in Anhang N. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Überprüfung zu den Hypothesen 2, 3, 7, 8 und 9 auf Grundlage der Ergebnisse der Itemanalyse vorgestellt (siehe Kapitel 6.5).

Bereich 1

Hypothese 2: Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t2 signifikant mehr Körperteile korrekt benennen als Kinder, die nicht am Training teilgenommen haben.

H_0 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich „Körperteile Benennen“ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert der Wartekontrollgruppe.

$$\bar{\chi} EG \leq \bar{\chi} WKG$$

H_1 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich „Körperteile Benennen“ signifikant höher als der Mittelwert der Wartekontrollgruppe.

$$\bar{\chi} EG > \bar{\chi} WKG$$

Vor Beginn des Trainings unterscheiden sich die Experimentalgruppe und die Wartekontrollgruppe nicht signifikant in ihrem Ergebnis ($z(N = 92) = -.86, p = .392$).

Zu Messzeitpunkt t2 drei Wochen nach Beendigung des Trainings sind die Ergebnisse der Experimentalgruppe ($M = 5.93, SD = .26$) signifikant höher als die Ergebnisse der Wartekontrollgruppe ($M = 5.43, SD = 1.03$), ($z(N = 86) = -3.15, p = .002$). Somit wird die H_0 ab-

gelehnt und die H_1 wird angenommen.

Die Überprüfung der Daten auf Basis des imputierten Datensatzes ergibt ein sehr ähnliches Ergebnis (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30

Vergleich Originaldaten und imputierte Daten von Wissen in Bereich 1 zu MZP t0 und MZP t2

		Originaldaten		Imputierte Daten	
		t0	t2	t0	t2
Experimentalgruppe					
N	Gültig	63	58	63	63
	Fehlend	0	5	0	0
Mittelwert		4.79	5.93	4.79	5.89
Standardabweichung		1.598	.256	1.598	.256
Wartekontrollgruppe					
N	Gültig	29	28	29	29
	Fehlend	0	1	0	0
Mittelwert		5.14	5.43	5.14	5.45
Standardabweichung		1.246	1.034	1.246	k.A.
p (EG vs. WKG)		n.s.	.002	n.s.	.023

Abbildung 13 zeigt die Ergebnisse zum Wissen in Bereich 1 auf Basis der Originaldaten.

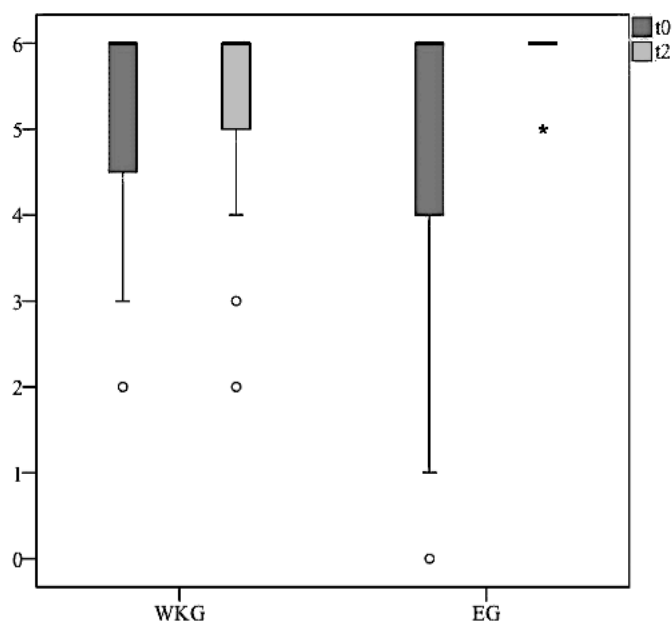


Abbildung 13. Wissen in Bereich 1. Vergleich EG und WKG zu MZP t0 und MZP t2

Bereich 2

Hypothese 3: **Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t2 signifikant mehr Gefühle korrekt erkennen als Kinder, die nicht am Training teilgenommen haben.**

H₀: Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Gefühle Erkennen‘ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert der Wartekontrollgruppe.

$$\bar{\chi} \text{ EG} \leq \bar{\chi} \text{ WKG}$$

H₁: Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Gefühle Erkennen‘ signifikant höher als der Mittelwert der Wartekontrollgruppe.

$$\bar{\chi} \text{ EG} > \bar{\chi} \text{ WKG}$$

Zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe ergibt der Mann-Whitney-U-Test keine signifikanten Unterschiede zu Messzeitpunkt t0, ($z(N = 85) = -.15, p = .878$). Zu Messzeitpunkt t2 hingegen erreicht die Experimentalgruppe ($M = 5.02, SD = .37$) signifikant bessere Ergebnisse als die Wartekontrollgruppe ($M = 3.64, SD = .73$), ($z(N = 87) = -3.00, p = .003$). Die H₀ wird abgelehnt und die H₁ wird angenommen.

Die Überprüfung der Daten auf Basis des imputierten Datensatzes ergibt ein sehr ähnliches Ergebnis (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31

Vergleich Originaldaten und imputierte Daten von Wissen in Bereich 2 zu MZP t0 und MZP t2

		Originaldaten		Imputierte Daten	
		t0	t2	t0	t2
Experimentalgruppe					
N	Gültig	63	59	63	63
	Fehlend	0	4	0	0
Mittelwert		3.24	5.02	3.24	3.94
Standardabweichung		1.160	.368	1.160	.368
Wartekontrollgruppe					
N	Gültig	22	28	29	29
	Fehlend	7	1	0	0
Mittelwert		3.36	3.64	3.41	3.65
Standardabweichung		.953	.731	k.A.	k.A.
<i>p</i> (EG vs. WKG)		n.s.	.003	n.s.	.01

Abbildung 14 zeigt die Ergebnisse zum Wissen in Bereich 2 auf Basis der Originaldaten.

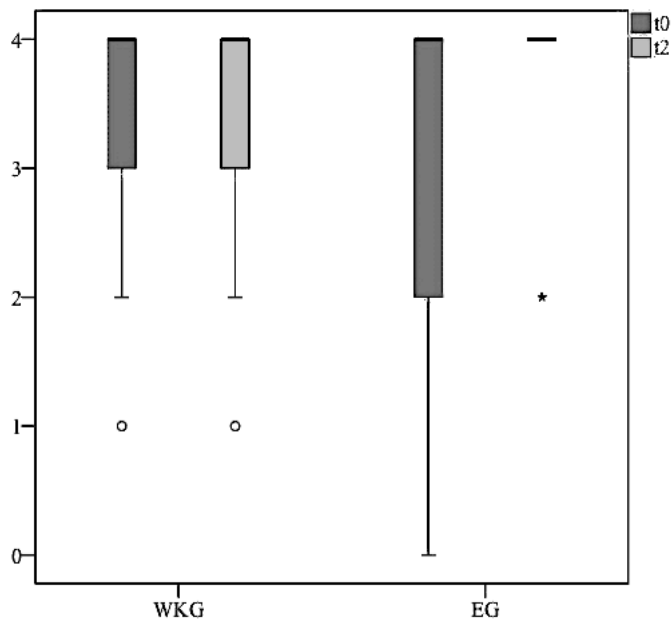


Abbildung 14. Wissen in Bereich 2. Vergleich zwischen EG und WKZ zu MZP t0 und MZP t2

Bereich 5

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 7 und 8 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5 B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5 C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t2 signifikant häufiger Sicherheitsstrategien benennen und zeigen eine größere theoretische Handlungskompetenz als Kinder, die nicht am Training teilgenommen haben.

H_0 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe in den Bereichen ‚Sicherheitsstrategien‘ und ‚Handlungskompetenz‘ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert der Wartekontrollgruppe.

$$\bar{\chi} \text{ EG} \leq \bar{\chi} \text{ WKG}$$

H_1 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe in den Bereichen ‚Sicherheitsstrategien‘ und ‚Handlungskompetenz‘ signifikant höher als der Mittelwert der Wartekontrollgruppe.

$$\bar{\chi} \text{ EG} > \bar{\chi} \text{ WKG}$$

Vor Beginn des Trainings unterscheiden sich die Experimentalgruppe und die Wartekontrollgruppe nicht signifikant in ihrem Ergebnis, ($z(N = 92) = -1.08, p = .28$). Zu Messzeitpunkt t2 drei Wochen nach Beendigung des Trainings sind die Ergebnisse der Experimentalgruppe ($M = 9.64, SD = 2.89$) jedoch signifikant höher als die Ergebnisse der Wartekon-

trollgruppe ($M = 7.57$, $SD = 3.57$), ($z(N = 86) = -2.57$, $p = .010$). Die beiden H_0 -Hypothesen werden abgelehnt und die H_1 wird angenommen.

Die Überprüfung der Daten auf Basis des imputierten Datensatzes ergibt ein sehr ähnliches Ergebnis (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32

Vergleich Originaldaten und imputierte Daten von Wissen in Bereich 5 zu MZP t0 und MZP t2

		Originaldaten		Imputierte Daten	
		t0	t2	t0	t2
Experimentalgruppe					
N	Gültig	63	58	63	63
	Fehlend	0	5	0	0
Mittelwert		6.30	9.64	6.30	9.56
Standardabweichung		3.216	2.894	3.216	2.894
Wartekontrollgruppe					
N	Gültig	29	28	29	29
	Fehlend	0	1	0	0
Mittelwert		7.38	7.57	7.38	7.69
Standardabweichung		3.858	3.574	k.A.	k.A.
p (EG vs. WKG)		n.s.	.010	n.s.	.02

Abbildung 15 zeigt die Ergebnisse zum Wissen in Bereich 5 auf Basis der Originaldaten.

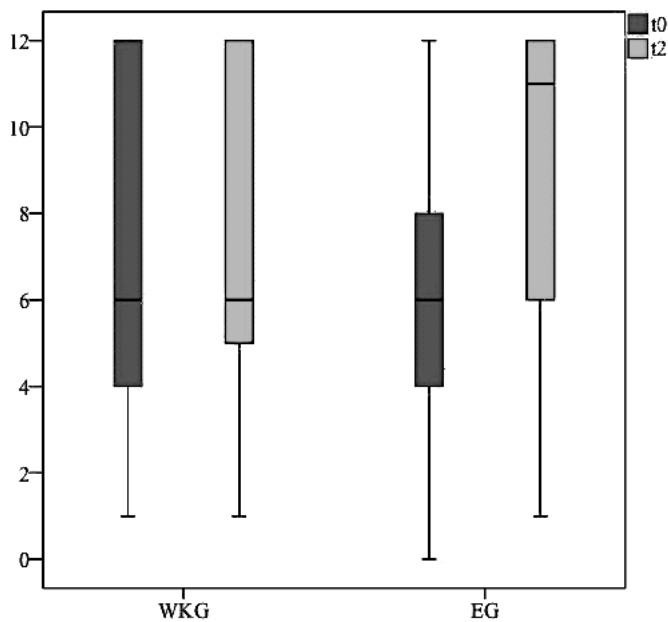


Abbildung 15. Wissen in Bereich 5. Vergleich zwischen EG und WKG zu MZP t0 und MZP t2

Bereich ‚Ängstlichkeit‘

Hypothese 9: **Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, weisen zu MZP t2 gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ (L) auf als Kinder, die nicht am Training teilgenommen haben.**

H_0 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ höher als der Mittelwert der Wartekontrollgruppe.

$$\bar{\chi} \text{ EG} > \bar{\chi} \text{ WKG}$$

H_1 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ gleich bzw. niedriger als der Mittelwert der Wartekontrollgruppe.

$$\bar{\chi} \text{ EG} \leq \bar{\chi} \text{ WKG}$$

Basierend auf den Angaben der Lehrpersonen weisen Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, drei Wochen nach dem Training (MZP t2) keine signifikant andere ‚Ängstlichkeit‘ auf als Kinder, die nicht am Training teilgenommen haben.

Vor Beginn des Trainings zu Messzeitpunkt t0 unterscheiden sich die Experimentalgruppe und die Wartekontrollgruppe signifikant in ihrem Ergebnis, ($t(28) = 2.55, p = .017$). Die Experimentalgruppe ($M = .77, SD = .19$) weist im Vergleich zur Wartekontrollgruppe ($M = .96, SD = .35$) signifikant niedrigere Werte auf der Ängstlichkeitsskala auf. Zu Messzeitpunkt t2 drei Wochen nach Beendigung des Trainings sind die Ergebnisse der Experimentalgruppe ($M = .79, SD = .20$) ebenfalls signifikant niedriger als die Ergebnisse der Wartekontrollgruppe ($M = .87, SD = .23$), ($t(80) = 2.55, p < .001$). Die H_1 wird angenom-

men.

Die Überprüfung der Daten auf Basis des imputierten Datensatzes ergibt ein sehr ähnliches Ergebnis (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33

Vergleich Originaldaten und imputierte Daten der Ängstlichkeit (L) zu MZP t0 und MZP t2

		Originaldaten		Imputierte Daten	
		t0	t2	t0	t2
Experimentalgruppe					
N	Gültig	62	52	63	63
	Fehlend	1	11	0	0
Mittelwert		.765	.789	.764	.783
Standardabweichung		.190	.197	k.A.	k.A.
Wartekontrollgruppe					
N	Gültig	24	24	29	29
	Fehlend	5	5	0	0
Mittelwert		.958	.866	.932	.851
Standardabweichung		.352	.226	k.A.	k.A.
<i>p</i> (EG vs. WKG)		.017	<.001	n.s.	n.s.

Abbildung 16 zeigt die Ergebnisse der Ängstlichkeit (L) auf Basis der Originaldaten.

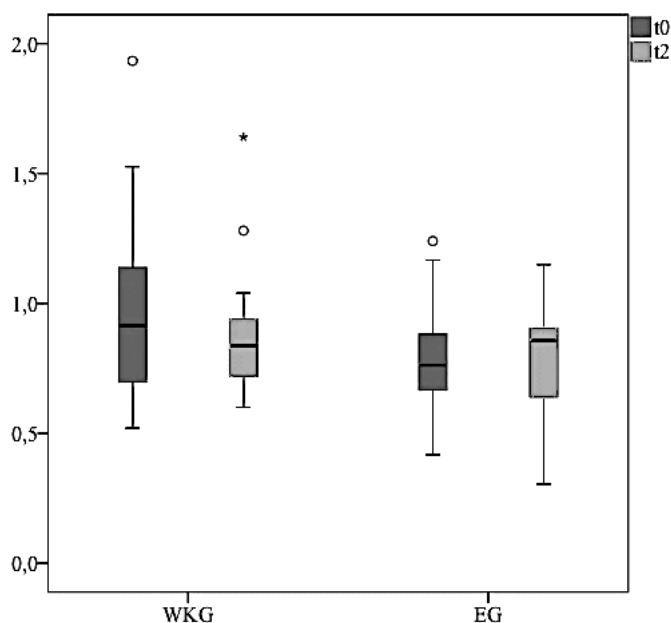


Abbildung 16. Ängstlichkeit (L). Vergleich zwischen EG und WKG zu MZP t0 und MZP t2

Hypothese 10: Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, weisen zu MZP t2 gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ (B) auf als Kinder, die nicht am Training teilgenommen haben.

H₀: Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ höher als der Mittelwert der Wartekontrollgruppe.

$$\bar{\chi} \text{ EG} > \bar{\chi} \text{ WKG}$$

H₁: Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ gleich bzw. niedriger als der Mittelwert der Wartekontrollgruppe.

$$\bar{\chi} \text{ EG} \leq \bar{\chi} \text{ WKG}$$

Basierend auf dem Urteil der Bezugspersonen unterscheidet sich die Ängstlichkeit der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, drei Wochen nach dem Training (MZP t2) nicht signifikant von der Ängstlichkeit der Kinder, die nicht am Training teilgenommen haben.

Weder vor Beginn des Trainings zu Messzeitpunkt t0, ($z(N = 78) = -1.81, p = .071$), noch zu Messzeitpunkt t2 drei Wochen nach Beendigung des Trainings, ($z(N = 72) = -1.46, p = .138$), wurde durch den Mann-Whitney-U-Test ein signifikanter Unterschied zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe ermittelt (siehe Abbildung 17; Tabelle 34). Die H₁ wird angenommen.

Tabelle 34
Ängstlichkeit (B). Vergleich EG und WKG zu MZP t0 und MZP t2

		Originaldaten	
		t0	t2
Experimentalgruppe			
N	Gültig	62	58
	Fehlend	1	5
Mittelwert		.995	.939
Standardabweichung		.320	.278
Wartekontrollgruppe			
N	Gültig	26	26
	Fehlend	3	3
Mittelwert		.883	1.04
Standardabweichung		.369	.261
p (EG vs. WKG)		n.s.	n.s.

Abbildung 17 zeigt die Ergebnisse der Ängstlichkeit (B) auf Basis der Originaldaten.

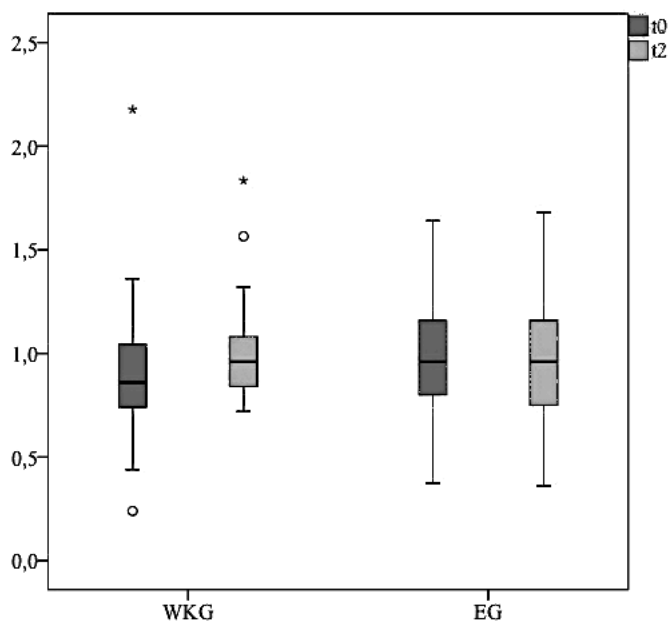


Abbildung 17. Ängstlichkeit (B). Vergleich zwischen EG und WKG zu MZP t0 und MZP t2

Insgesamt schätzten die Bezugspersonen ihre Kinder meistens ängstlicher ein als die Lehrpersonen, dies gilt jedoch nicht für die Kinder der Wartekontrollgruppe zu Messzeitpunkt t0.

6.7 Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe

Wie in Kapitel 5.7 beschrieben, dient zunächst eine statistische Mittelwertanalyse dazu, die Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe einzuschätzen (siehe auch Tabelle 44 als Überblick). Weiterführende Berechnungen, um Aussagen über Veränderungen im Verlauf der vier Messzeitpunkte treffen zu können, erfolgen für die Bereiche 1 und 2 mit dem Friedman-Test. Für den Bereiche 5 sowie ‚Ängstlichkeit‘ wird eine Kovarianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet.

Die Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe werden nach Bereichen unterteilt beschrieben.

Bereich 1

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 14, 15 und 16 zu Bereich 1 (Baustein 1) vorgestellt.

Hypothese 14: Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t1 signifikant mehr Körperteile korrekt benennen als zu MZP t0.

H₀: Zu MZP t1 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Körperteile Benennen‘ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi} \text{ t1(EG)} \leq \bar{\chi} \text{ t0(EG)}$$

H₁: Zu MZP t1 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Körperteile Benennen‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi} \text{ t1(EG)} > \bar{\chi} \text{ t0(EG)}$$

Innerhalb der Experimentalgruppe steigt der arithmetische Mittelwert im Bereich 1 von $M = 4.85$ ($SD = 1.54$; $Spanne = 0 - 6$) zu Messzeitpunkt t0 nach dem Training auf $M = 5.97$ ($SD = .18$; $Spanne = 5 - 6$) zu Messzeitpunkt t1. Die Ergebnisse zeigen eine leichte Steigerung der Experimentalgruppe im Bereich 1 von Messzeitpunkt t0 gegenüber Messzeitpunkt t1, die jedoch signifikant ist, $t(61) = -5.864$, $p = <.001$, $n = 62$. Die H₀ wird abgelehnt und die H₁ wird angenommen.

Die Überprüfung der Daten auf Basis des imputierten Datensatzes ergibt ein sehr ähnliches Ergebnis (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35

Gegenüberstellung Originaldaten mit imputierten Daten des Bereichs 1 zu MZP t0 und t1

	Originaldaten	Imputierte Daten kombiniert
<i>M</i> Wissen MZP t0	4.85	4.79
<i>M</i> Wissen MZP t1	5.97	5.96
<i>T</i>	-5.864	k.A.
<i>df</i>	61	k.A.
<i>p</i>	<.001	<.001
<i>N</i>	62	63

Hypothese 15: Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t2 signifikant mehr Körperteile korrekt benennen als zu MZP t0.

H₀: Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Körperteile Benennen‘ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi} \text{ t2(EG)} \leq \bar{\chi} \text{ t0(EG)}$$

H₁: Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Körperteile Benennen‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi} \text{ t2(EG)} > \bar{\chi} \text{ t0(EG)}$$

Der arithmetische Mittelwert liegt zu Messzeitpunkt t0 bei $M = 4.97$ ($SD = 1.46$; $Spanne = 0 - 6$) und steigert sich zu Messzeitpunkt t2 auf $M = 5.93$ ($SD = .26$; $Spanne = 5 - 6$).

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Steigerung der Experimentalgruppe im Bereich 1 von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t2, $t(57) = -5.247$, $p < .001$, $n = 58$. Die H_0 wird abgelehnt und die H_1 wird angenommen.

Die Überprüfung der Daten auf Basis des imputierten Datensatzes ergibt ein sehr ähnliches Ergebnis (siehe Tabelle 36).

Tabelle 36

Gegenüberstellung Originaldaten mit imputierten Daten des Bereichs 1 zu MZP t0 und MZP t2

	Originaldaten	Imputierte Daten kombiniert
<i>M</i> Wissen MZP t0	4.97	4.79
<i>M</i> Wissen MZP t2	5.93	5.93
<i>T</i>	-5.841	k.A.
<i>df</i>	57	k.A.
<i>p</i>	<.001	<.001
<i>N</i>	58	63

Hypothese 16: Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t3 signifikant mehr Körperteile korrekt benennen als zu MZP t0.

H_0 : Zu MZP t3 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Körperteile Benennen‘ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{\text{t3(EG)}} \leq \bar{\chi}^{\text{t0(EG)}}$$

H_1 : Zu MZP t3 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Körperteile Benennen‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{\text{t3(EG)}} > \bar{\chi}^{\text{t0(EG)}}$$

Zu Messzeitpunkt t0 ist der arithmetische Mittelwert mit $M = 4.35$ ($SD = 1.74$; $Spanne = 0 - 6$) niedriger als zu Messzeitpunkt t3 mit $M = 6.00$ ($SD = 0.00$; $Spanne = 6 - 6$).

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Steigerung der Experimentalgruppe im Bereich 1 von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t3, $t(30) = -5,257$, $p < .001$, $n = 31$. Die H_0 wird abgelehnt und die H_1 wird angenommen.

Insgesamt bleibt das Ergebnis im Follow-up (MZP t1, t2 und t3) zu den Messzeitpunkten in etwa identisch, wenngleich zu Messzeitpunkt t3 der höchste Mittelwert mit der geringsten Standardabweichung erhoben wurde. Die Analyse des Wissens der Kinder im Bereich 1 über die vier Messzeitpunkte zeigte eine signifikante Veränderung, $\chi^2(3) = 45.92$ $p < .001$ (siehe Tabelle 37).

Tabelle 37

Ergebnis des Friedman-Tests für Bereich 1

N	28
Chi-Quadrat	45.917
df	3
Asymptotische Signifikanz	<.001

In Abbildung 18 wird der Wissensstand der Kinder der Experimentalgruppe zum Themenbereich 1 zu den vier Messzeitpunkten t0, t1, t2 und t3 visualisiert.

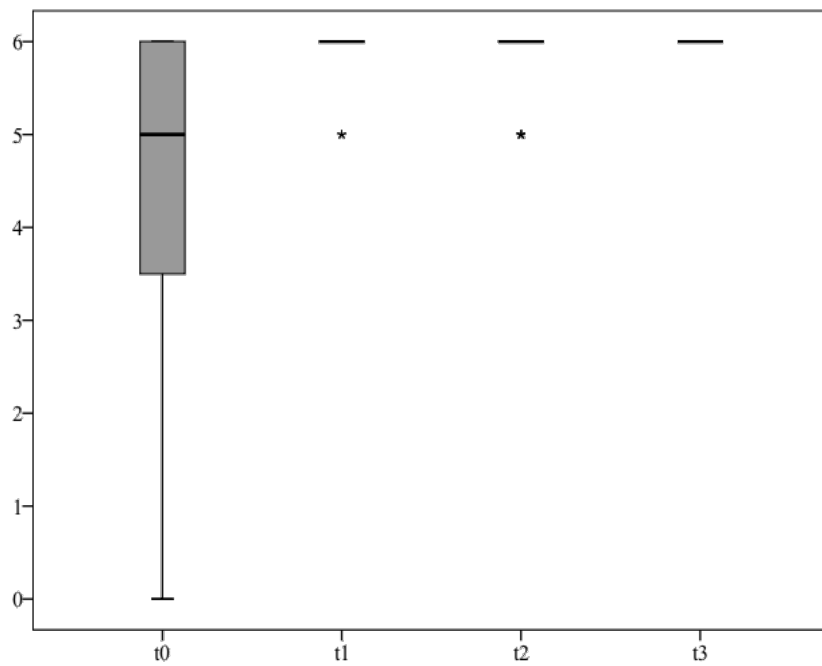


Abbildung 18. Bereich 1. Wissen zu MZP t0, MZP t1, MZP t2 und MZP t3

Der folgende Abschnitt stellt die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 17, 18 und 19 zu Bereich 2 (Baustein 2) dar.

Bereich 2

Hypothese 17: **Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t1 signifikant mehr Gefühle korrekt erkennen als zu MZP t0.**

H_0 : Zu MZP t1 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Gefühle Erkennen‘ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi} \text{ t1(EG)} \leq \bar{\chi} \text{ t0(EG)}$$

H_1 : Zu MZP t1 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Gefühle Erkennen‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{-} t1(EG) > \bar{\chi}^{-} t0(EG)$$

Innerhalb der Experimentalgruppe steigt der arithmetische Mittelwert im Bereich 2 von $M = 3.26$ ($SD = 1.16$; $Spanne = 0 - 4$) zu Messzeitpunkt t0 nach dem Training auf $M = 3.89$ ($SD = .45$; $Spanne = 2 - 4$) zu Messzeitpunkt t1. Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Steigerung der Experimentalgruppe im Bereich 2 von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t1, $t(61) = -4,818$, $p = <.001$, $n = 62$. Die H_0 wird abgelehnt und die H_1 wird angenommen.

Die Überprüfung der Daten auf Basis des imputierten Datensatzes ergibt ein sehr ähnliches Ergebnis (siehe Tabelle 38).

Tabelle 38

Gegenüberstellung Originaldaten mit imputierten Daten des Bereichs 2 zu MZP t0 und MZP t1

	Originaldaten	Imputierte Daten kombiniert
M Wissen MZP t0	3.26	3.24
M Wissen MZP t1	3.89	3.88
T	-4.818	k.A.
df	61	k.A.
p	<.001	<.001
N	62	63

Hypothese 18: Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t2 signifikant mehr Gefühle korrekt erkennen als zu MZP t0.

H_0 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Gefühle Erkennen‘ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{-} t2(EG) \leq \bar{\chi}^{-} t0(EG)$$

H_1 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Gefühle Erkennen‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{-} t2(EG) > \bar{\chi}^{-} t0(EG)$$

Der arithmetische Mittelwert beträgt zu Messzeitpunkt t2 5.02 ($SD = .37$; $Spanne = 2 - 4$) und liegt damit höher als zu Messzeitpunkt t0 mit 3.25 ($SD = 1.16$; $Spanne = 0 - 4$).

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Steigerung innerhalb der Experimentalgruppe im Bereich 2 von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t2, $t(58) = -4,207$, $p = <.001$, $n = 59$. Die H_0 wird abgelehnt und die H_1 wird angenommen.

Die Überprüfung der Daten auf Basis des imputierten Datensatzes ergibt ein sehr ähnliches Ergebnis (siehe Tabelle 39).

Tabelle 39 Gegenüberstellung Originaldaten mit imputierten Daten des Bereichs 2 zu MZP t0 und MZP t2

	Originaldaten	Imputierte Daten kombiniert
M Wissen MZP t0	3.25	3.24
M Wissen MZP t2	3.93	3.94
T	-5.864	k.A.
df	58	k.A.
p	<.001	<.001
N	62	63

Hypothese 19: Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t3 signifikant mehr Gefühle korrekt erkennen als zu MZP t0.

H₀: Zu MZP t3 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Gefühle Erkennen‘ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi} \text{ t3(EG)} \leq \bar{\chi} \text{ t0(EG)}$$

H₁: Zu MZP t3 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Gefühle Erkennen‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi} \text{ t3(EG)} > \bar{\chi} \text{ t0(EG)}$$

Der arithmetische Mittelwert beträgt zu Messzeitpunkt t3 bei 3.68 (*SD* = 0.91; *Spanne* = 2 – 4) und ist damit höher als zu Messzeitpunkt t0 mit 3.26 (*SD* = 1.18; *Spanne* = 0 – 4).

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Steigerung der Experimentalgruppe im Bereich 2 von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t3, $t(30) = -2,087$, $p = .045$, $n = 31$. Die H₀ wird abgelehnt und die H₁ wird angenommen.

Insgesamt deuten die Resultate für den Bereich 2 auf eine leichte Steigerung der Ergebnisse von Messzeitpunkt t0 über t1 und t2 hin. Zu Messzeitpunkt t3 ist im Vergleich zu t0 noch immer eine minimale Steigerung zu verzeichnen, wengleich das Ergebnis verglichen mit den Messzeitpunkten t1 und t2 geringer ausfällt.

Insgesamt zeigte die Analyse des Wissens der Kinder im Bereich 2 über die vier Messzeitpunkte eine signifikante Veränderung, $\chi^2(3) = 16.44$, $p < .001$ (Tabelle 40).

Tabelle 40 *Ergebnis des Friedman-Test Bereich 2*

N	29
Chi-Quadrat	16.440
df	3
Asymptotische Signifikanz	<.001

Abbildung 19 zeigt den Wissensstand der Kinder der Experimentalgruppe über Bereich 2. ‚Gefühle‘ zu den vier Messzeitpunkten t0, t1, t2 und t3.

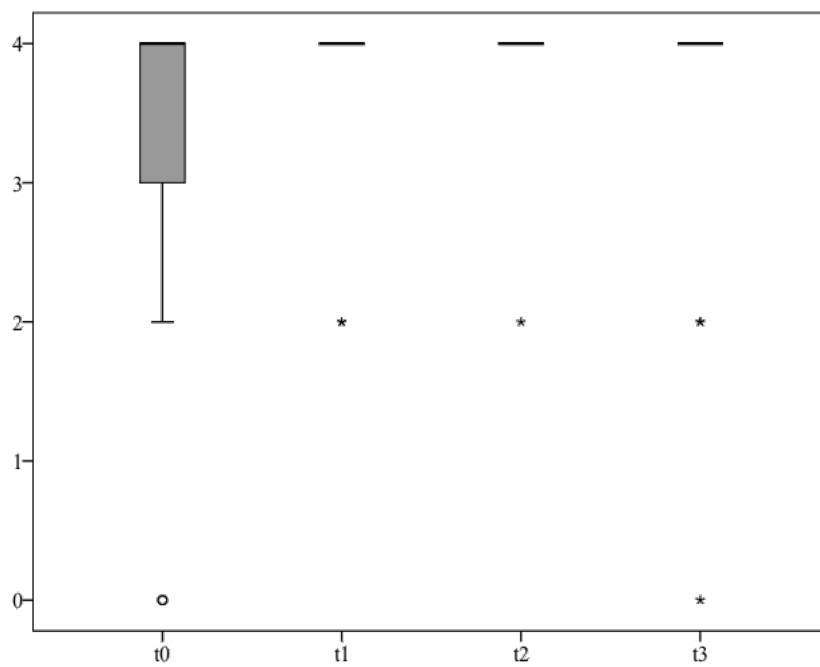


Abbildung 19. Bereich 2. Wissen zu MZP t0, MZP t1, MZP t2 und MZP t3

Nachstehend werden die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen zu Bereich 5 (Baustein 5) vorgestellt.

Bereich 5

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 29 und 32 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5 B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5 C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t1 für den Umgang mit einer verbotenen Berührung signifikant häufiger Sicherheitsstrategien korrekt benennen und weisen für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung eine signifikant höhere theoretische Handlungskompetenz auf als zu MZP t0.

H₀: Zu MZP t1 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe in den Bereichen ‚Umgang mit einer verbotenen Berührung‘ und ‚Benennen von Sicherheitsstrategien‘ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{-} t1(EG) \leq \bar{\chi}^{-} t0(EG)$$

H₁: Zu MZP t1 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe in den Bereichen ‚Umgang mit einer verbotenen Berührung‘ und ‚Benennen von Sicherheitsstrategien‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{-} t1(EG) > \bar{\chi}^{-} t0(EG)$$

Innerhalb der Experimentalgruppe steigt der arithmetische Mittelwert im Bereich 5 von $M = 6.27$ ($SD = 3.24$; $Spanne = 0 - 12$) zu Messzeitpunkt t0 nach dem Training auf $M = 9.35$ ($SD = 2.81$; $Spanne = 3 - 12$) zu Messzeitpunkt t1.

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Steigerung der Experimentalgruppe im Bereich 5 von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t1, $t(61) = -8,727$, $p = < .001$, $n = 62$. Die H₀ wird abgelehnt und die H₁ wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 30 und 33 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5 B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5 C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t2 für den Umgang mit einer verbotenen Berührung signifikant häufiger Sicherheitsstrategien korrekt benennen und weisen für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung eine signifikant höhere theoretische Handlungskompetenz auf als zu MZP t0.

H₀: Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe in den Bereichen ‚Umgang mit einer verbotenen Berührung‘ und ‚Benennen von Sicherheitsstrategien‘ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{-} t2(EG) \leq \bar{\chi}^{-} t0(EG)$$

H₁: Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe in den Bereichen ‚Umgang mit einer verbotenen Berührung‘ und ‚Benennen von Sicherheitsstrategien‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{-} t2(EG) > \bar{\chi}^{-} t0(EG)$$

Im Vergleich zu Messzeitpunkt t0 mit einem Mittelwert von $M = 6.30$ ($SD = 3.22$; $Spanne = 0 - 12$) steigt der arithmetische Mittelwert zum Follow-up-Messzeitpunkt t2 auf $M = 9.64$ ($SD = 2.89$; $Spanne = 1 - 12$).

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Steigerung der Experimentalgruppe im Bereich 5 von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t2, $t(57) = -8.794$, $p = < .001$, $n = 58$. Die H_0 wird abgelehnt und die H_1 wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 31 und 34 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5 B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5 C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, können zu MZP t3 für den Umgang mit einer verbotenen Berührung signifikant häufiger Sicherheitsstrategien korrekt benennen und weisen für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung eine signifikant höhere theoretische Handlungskompetenz auf als zu MZP t0.

H_0 : Zu MZP t3 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe in den Bereichen ‚Umgang mit einer verbotenen Berührung‘ und ‚Benennen von Sicherheitsstrategien‘ gleich hoch bzw. niedriger als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{\text{t3(EG)}} \leq \bar{\chi}^{\text{t0(EG)}}$$

H_1 : Zu MZP t3 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe in den Bereichen ‚Umgang mit einer verbotenen Berührung‘ und ‚Benennen von Sicherheitsstrategien‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{\text{t3(EG)}} > \bar{\chi}^{\text{t0(EG)}}$$

Der arithmetische Mittelwert liegt zu Messzeitpunkt t3 bei $M = 10.35$ ($SD = 2.17$; *Spanne* = 4 – 12) und damit höher als zu Messzeitpunkt t0 mit $M = 6.30$ ($SD = 3.22$; *Spanne* = 0 – 12).

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Steigerung der Experimentalgruppe im Bereich 5 von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t3, $t(30) = -8,869$, $p = < .001$. Die H_0 wird abgelehnt und die H_1 wird angenommen.

Auf Basis der Ergebnisse lässt sich eine Steigerung der Ergebnisse von Messzeitpunkt t0 über t1 und t2 bis zu t3 feststellen und damit über die vier Messzeitpunkte hinweg eine signifikante Veränderung. Der starke Zeit-Effekt ($F(3, 78) = 10.30$, $p < .001$, $\eta^2 = .284$) erwies sich als signifikant.

Abbildung 20 fasst den Wissensstand der Kinder zu Bereich 5 über die vier Messzeitpunkte hinweg zusammen.

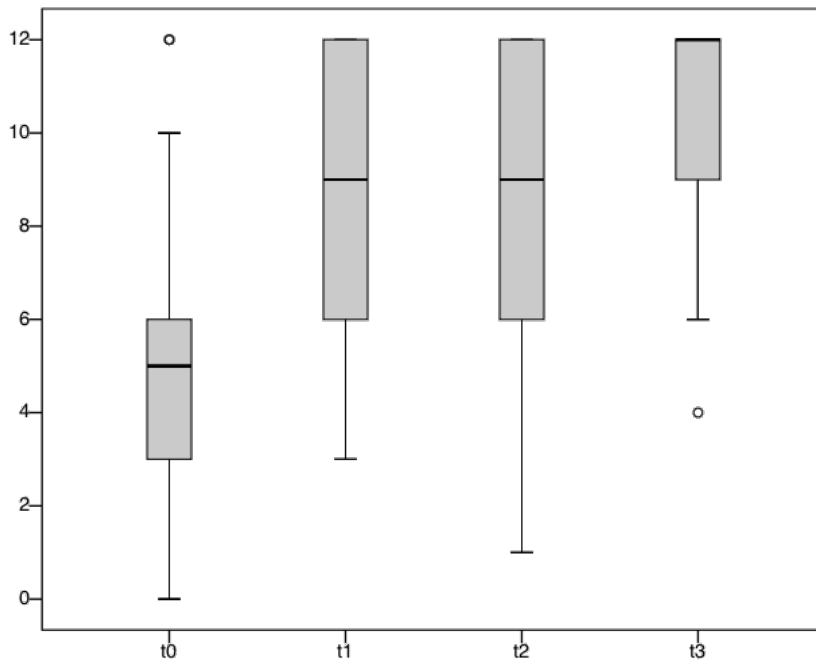


Abbildung 20. Bereich 5. Wissen zu MZP t0, MZP t1, MZP t2 und MZP t3

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 35 bis 38 zur Ängstlichkeit vorgestellt.

Bereich ‚Ängstlichkeit‘

Hypothese 35: Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, weisen zu MZP t2 (L) gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ auf als zu MZP t0.

H_0 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^2(t2(EG)) > \bar{\chi}^2(t0(EG))$$

H_1 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ gleich bzw. niedriger als zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^2(t2(EG)) \leq \bar{\chi}^2(t0(EG))$$

Basierend auf den Angaben der Lehrpersonen steigt der arithmetische Mittelwert der Experimentalgruppe innerhalb der Originaldaten von Messzeitpunkt t0 mit $M = 0.771$ ($SD = .195$; $Spanne = .42 - 1.24$) auf $M = 0.790$ ($SD = .198$; $Spanne = .30 - 1.15$) zu Messzeitpunkt t2.

Die Ergebnisse zeigen eine nicht signifikante Steigerung der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t2, $t(56) = -.626$, $p = .534$, $n = 57$. Die H_0 wird abgelehnt.

Die Überprüfung der Daten auf Basis des imputierten Datensatzes ergibt ein sehr ähnliches Ergebnis (siehe Tabelle 41).

Tabelle 41 Gegenüberstellung Originaldaten mit imputierten Daten der Ängstlichkeit (L) zu MZP t0 und MZP t2

	Originaldaten	Imputierte Daten kombiniert
M Ängstlichkeit (L) MZP t0	0.771	0.766
M Ängstlichkeit (L) MZP t2	0.790	0.789
T	-.626	k.A.
df	56	k.A.
p	.534	.422
N	57	63

Hypothese 36: Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, weisen zu MZP t3 (L) gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ auf als zu MZP t0.

H₀: Zu MZP t3 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{\text{t3(EG)}} > \bar{\chi}^{\text{t0(EG)}}$$

H₁: Zu MZP t3 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ gleich bzw. niedriger als zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^{\text{t3(EG)}} \leq \bar{\chi}^{\text{t0(EG)}}$$

Ermittelt auf Basis der Einschätzung der Lehrpersonen beträgt der arithmetische Mittelwert zu Messzeitpunkt t0 $M = 0.841$ ($SD = .204$; *Spanne* = .42 – 1.24) und zu Messzeitpunkt t3 $M = 0.895$ ($SD = .20117$; *Spanne* = .44 – 1.26).

Die Ergebnisse zeigen eine nicht signifikante Steigerung der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t3, $t(32) = -1.967$, $p = .058$, $n = 33$. Die H₀ wird abgelehnt und die H₁ angenommen.

Auf Basis der Erhebung der Einschätzung der Lehrpersonen lässt sich eine Steigerung der Ergebnisse von Messzeitpunkt t0 über t2 bis zu t3 feststellen, die jedoch nicht signifikant ist.

Der starke Zeit-Effekt ($F(2, 49) = 1.11, p = .323, \eta^2 = .034$) erwies sich als nicht signifikant.

Abbildung 21 zeigt die Ängstlichkeit der Kinder der Experimentalgruppe zu den vier Messzeitpunkten t0, t1, t2 und t3 auf Basis der Beurteilung der Lehrpersonen der Kinder.

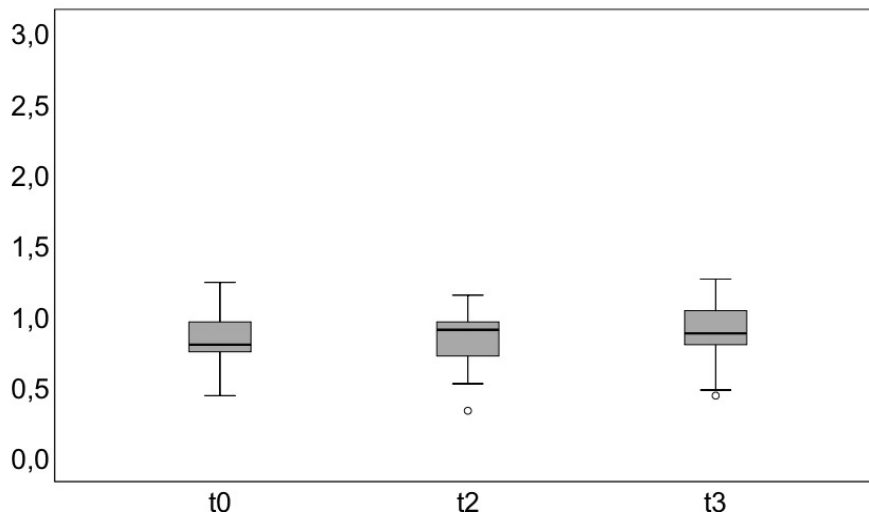


Abbildung 21. Ängstlichkeit (L) zu MZP t0, MZP t2 und MZP t3

Hypothese 37: Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, weisen zu MZP t2 (B) gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ auf als zu MZP t0.

H_0 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^2(t2(EG)) > \bar{\chi}^2(t0(EG))$$

H_1 : Zu MZP t2 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ gleich bzw. niedriger als zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^2(t2(EG)) \leq \bar{\chi}^2(t0(EG))$$

Im Vergleich dazu beträgt der arithmetische Mittelwert der Einschätzungen der Bezugspersonen zu Messzeitpunkt t0 $M = 0.991$ ($SD = .290$; *Spanne* = .36 – 1.83) und zu Messzeitpunkt t2 $M = 0.9612$ ($SD = .2790$; *Spanne* = .36 – 1.68).

Die Ergebnisse zeigen eine Verringerung im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t2, die jedoch nicht signifikant ist, $t(41) = .835$, $p = .409$, $n = 42$. Die H_0 wird abgelehnt und die H_1 wird angenommen.

Hypothese 38: Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, weisen zu MZP t3 (B) gleich hohe oder niedrigere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ auf als zu MZP t0.

H_0 : Zu MZP t3 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ signifikant höher als der Mittelwert zu MZP t0.

$$\bar{\chi}^2(t3(EG)) > \bar{\chi}^2(t0(EG))$$

H₁: Zu MZP t3 ist der Mittelwert der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ gleich bzw. niedriger als zu MZP t0.

$$\bar{\chi}_{t3(EG)} \leq \bar{\chi}_{t0(EG)}$$

Der arithmetische Mittelwert der Einschätzung der Bezugspersonen liegt zu Messzeitpunkt t0 bei $M = 0.936$ ($SD = .195$; $Spanne = .36 - 1.83$) und zu Messzeitpunkt t3 bei $M = 0.930$ ($SD = .253$; $Spanne = .28 - 1.36$).

Die Ergebnisse zeigen keine signifikante Verringerung der Experimentalgruppe im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t3, $t(21) = .149$, $p = .883$, $n = 22$.

Die H₀ wird abgelehnt und die H₁ wird angenommen.

Basierend auf den Einschätzungen der Bezugspersonen vermindern sich die Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ über die drei Messzeitpunkte hinweg, jedoch nicht signifikant.

Das partielle Eta-Quadrat ergab einen kleinen Zeit-Effekt, welcher sich zudem nicht als signifikant erwies, $F(2, 38) = .031$, $p = .348$, $\eta^2 = .054$.

Abbildung 22 zeigt die Ängstlichkeit der Kinder der Experimentalgruppe zu den vier Messzeitpunkten t0, t1, t2 und t3 auf Basis der Beurteilung der Bezugspersonen der Kinder.

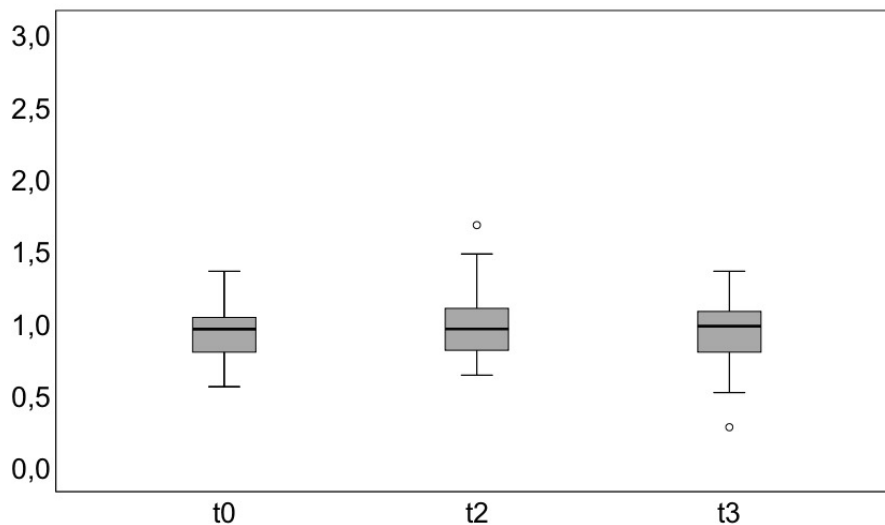


Abbildung 22. Ängstlichkeit (B) zu MZP t0, MZP t2 und MZP t3

Zur Übersicht über den Verlauf über die vier Messzeitpunkte hinweg fasst Tabelle 42 die deskriptive Statistik des Bereichs 1, Bereichs 2, Bereichs 5 sowie der Ängstlichkeit der Kinder Basis der Beurteilung der Lehrpersonen und Bezugspersonen.

Tabelle 42 Zusammenfassende deskriptive Statistik zu MZP t0, MZP t1, MZP t2 und MZP t3

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Spanne</i>
Bereich 1				
t0	63	4.79	1.598	0 – 6
t1	62	.598	.178	5 – 6
t2	58	.593	.256	5 – 6
t3	31	6.00	.000	6 – 6
Bereich 2				
t0	63	3.24	1.160	0 – 4
t1	62	3.89	.447	2 – 4
t2	59	3.93	.365	2 – 4
t3	31	3.68	.909	0 – 4
Bereich 5				
t0	63	6.30	3.216	0 – 12
t1	62	9.35	2.806	3 – 12
t2	58	9.64	2.894	1 – 12
t3	31	10.35	2.169	4 – 12
Ängstlichkeit (L)				
t0	62	.765	.289	.42 – 1.83
t2	58	.789	.197	.30 – 1.15
t3	33	.895	.201	.44 – 1.26
Ängstlichkeit (B)				
t0	52	.995	.320	.36 – 1.83
t2	46	.939	.278	.36 – 1.68
t3	24	.926	.242	.28 – 1.36

6.8 Effekte auf das Wissen zu Messzeitpunkt t2

Die in Kapitel 5.7 beschriebenen Voraussetzungen für die Durchführung eines multiplen linearen Regressionsmodells für Bereich 5 wurden geprüft und als erfüllt angenommen bzw. ggf. angepasst (siehe Anhang H). Da die Werteverteilungen der Bereiche 1 und 2 den Voraussetzungen nicht entsprechen, wird für diese beiden Bereiche eine logistische Regression durchgeführt. Vor der Berechnung der Regressionen werden zunächst biva-

riate Korrelationen zwischen den einzelnen potenziellen Prädiktoren und dem Wissen des entsprechenden Bereichs zu Messzeitpunkt t0 gerechnet.

Bereich 1

Hypothese 39: Das Wissen der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t0 hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ (Bereich 1) zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des Wissens der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t0 auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Wissens der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t0 auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0 und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 58) = .302, p = .021$ (siehe Tabelle 43). Die H₀ wird abgelehnt und die H₁ wird angenommen.

Hypothese 41: Das Alter der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des Alters der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Alters der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 58) = -.017, p = .897$ (siehe Tabelle 43). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 43: Das Geschlecht der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des Geschlechts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Geschlechts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 58) = .028$, $p = .833$ (siehe Tabelle 43). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 45: Der IQ-Wert der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des IQ-Werts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des IQ-Werts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem IQ-Wert der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 55) = .154$, $p = .260$ (siehe Tabelle 43). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 47: Die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt der Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt der Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Beeinträchtigung der Kinder in den Funktionsbereichen, die auf der Beurteilung der Lehrpersonen basiert, und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s(N = 56) = -.281, p = .036$ (siehe Tabelle 43). Die H_0 wird abgelehnt und die H_1 wird angenommen.

Hypothese 51: Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

H_0 : Es besteht kein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H_1 : Es besteht ein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Die Spearman-Korrelation ergab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Funktionsniveau der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s(N = 58) = -.243, p = .066$ (siehe Tabelle 43). Die H_0 wird angenommen.

Hypothese 52: Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2

H_0 : Es besteht kein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H_1 : Es besteht ein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Funktionsniveau der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s(N = 49) = .012, p = .937$ (siehe Tabelle 43). Die H_0 wird angenommen.

Hypothese 55: Die kommunikative Kompetenz der Kinder (L), die am Präventions-training teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der kommunikativen Kompetenz der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 58) = -.012, p = .927$ (siehe Tabelle 43). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 57: Die kommunikative Kompetenz der Kinder (B), die am Präventions-training teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der kommunikativen Kompetenz der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 49) = -.118, p = .419$ (Tabelle 43). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 59: Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (L), die am Präventions-training teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des Schweregrads des Hörverlusts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Schweregrads des Hörverlusts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des Hörverlusts der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 54) = .081$ $p = .562$ (siehe Tabelle 43). Die H_0 wird angenommen.

Hypothese 63: Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (L), die am Präventivtraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

H_0 : Es besteht kein signifikanter Effekt des Versorgungsalters der Kinder mit Hörhilfen auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H_1 : Es besteht ein signifikanter Effekt des Versorgungsalters der Kinder mit Hörhilfen auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Körperteile Benennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Versorgungsalter mit Hörhilfen und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 44) = .051$, $p = .741$ (siehe Tabelle 43). Die H_0 wird angenommen.

Tabelle 43
Korrelationen nach Spearman zwischen dem Wissen zu MZP t2 im Bereich 1 und möglichen Einflussfaktoren

	Originaldaten			Imputierte Daten		
	r_s	p	N	r_s	p	N
Wissen zu Messzeitpunkt t0	.302	.021	58	.330	.071	63
Alter	-.017	.897	58	.032	.857	63
Geschlecht	.028	.833	58	.051	.758	63
IQ-Wert	.154	.260	55	.129	.471	63
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-.281	.036	56	-.254	.065	60
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.243	.066	58	-.220	.116	63
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	.012	.937	49	-.086	.590	52
Kommunikative Kompetenz (L)	-.012	.927	58	.002	.987	63
Kommunikative Kompetenz (B)	-.118	.419	49	-.062	.697	52
Schweregrad des Hörverlusts (L)	-.081	.562	54	-.089	.557	63
Versorgungsalter mit Hörhilfen (L)	.051	.741	44	.050	.771	63

Ergänzend zu den Spearman-Korrelationen wurde sowohl auf Basis des Originaldatensatzes als auch mit imputierten Daten eine schrittweise logistische Regression gerechnet, durch welche keine signifikanten Prädiktoren des Wissensstandes der Kinder zu Messzeitpunkt t2 für Bereich 1 ermittelt werden konnten. Die genauen Werte der Faktoren der überprüften Prädiktoren, der Vorhersagekraft, die Odds Ratio und Konfidenzintervalle können den Tabellen im Anhang N entnommen werden.

Bereich 2

Hypothese 72: Das Wissen der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ (Bereich 2) zu MZP t0 hat einen signifikanten Effekt auf ihr Wissen bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des Wissens der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t0 auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Wissens der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t0 auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0 und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 59) = -.40$, $p = .765$ (siehe Tabelle 43). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 74: Das Alter der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des Alters der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Alters der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 59) = .007$, $p = .961$ (siehe Tabelle 44). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 76: Das Geschlecht der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des Geschlechts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Geschlechts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 59) = .204$, $p = .121$ (siehe Tabelle 44). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 78: Der IQ-Wert der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des IQ-Werts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des IQ-Werts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem IQ-Wert der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 56) = .012$, $p = .931$ (siehe Tabelle 44). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 80: Die Beeinträchtigung der Kinder in den Funktionsbereichen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt der Beeinträchtigung der Kinder in den Funktionsbereichen auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt der Beeinträchtigung der Kinder in den Funktionsbereichen auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu

MZP t2.

$r_s \neq 0$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Beeinträchtigung in Funktionsbereichen der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 56) = .134$, $p = .324$ (siehe Tabelle 44). Die H_0 wird angenommen.

Hypothese 84: Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

H_0 : Es besteht kein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$r_s = 0$

H_1 : Es besteht ein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$r_s \neq 0$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Funktionsniveau der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 59) = .089$, $p = .502$ (siehe Tabelle 44). Die H_0 wird angenommen.

Hypothese 86: Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

H_0 : Es besteht kein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$r_s = 0$

H_1 : Es besteht ein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$r_s \neq 0$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Funktionsniveau der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 49) = .145$, $p = .320$ (siehe Tabelle 44). Die H_0 wird angenommen.

Hypothese 88: Die kommunikative Kompetenz der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der kommunikativen Kompetenz der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 59) = -.144, p = .277$ (siehe Tabelle 44). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 90: Die kommunikative Kompetenz der Kinder (B), die am Präventions-training teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der kommunikativen Kompetenz der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 49) = .041, p = .778$ (siehe Tabelle 44). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 92: Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (L), die am Präventions-training teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt der des Schweregrads des Hörverlusts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Schweregrads des Hörverlusts der Kinder auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des Hörverlusts der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 55) = .058, p = .674$ (siehe Tabelle 44). Die H₀ wird angenommen.

Hypothese 96: **Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.**

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des Versorgungsalters der Kinder mit Hörhilfen auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Versorgungsalters der Kinder mit Hörhilfen auf das Wissen der Kinder bezüglich des ‚Gefühle Erkennens‘ zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Versorgung der Kinder mit Hörhilfen und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 45) = -.132, p = .389$ (siehe Tabelle 44). Die H₀ wird angenommen.

Tabelle 44 *Korrelationen nach Spearman zwischen dem Wissen zu MZP t2 im Bereich 2 und möglichen Einflussfaktoren*

	Originaldaten			Imputierte Daten		
	r_s	p	N	r_s	p	N
Wissen zu Messzeitpunkt t0	.007	.961	59	-.039	.819	63
Alter	-.088	.507	59	-.062	.751	63
Geschlecht	.204	.121	59	.077	.645	63
IQ-Wert	.012	.931	56	-.057	.753	63
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	.134	.324	56	.060	.695	60
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	.089	.502	59	-.016	.917	63
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	.145	.320	49	-.016	.928	52
Kommunikative Kompetenz (L)	-.144	.277	59	-.028	.860	63
Kommunikative Kompetenz (B)	.041	.778	49	.017	.914	52
Schweregrad des Hörverlusts (L)	.058	.674	55	-.009	.957	63
Versorgungsalter mit Hörhilfen (L)	-.132	.389	45	-.109	.561	63

Ergänzend zu den Spearman-Korrelationen wurde eine schrittweise logistische Regression gerechnet. Durch diese wurden die Ergebnisse der Spearman-Korrelationen bestätigt: Es konnten keine signifikanten Prädiktoren des Wissensstandes der Kinder zu Messzeitpunkt t2 für Bereich 2 ermittelt werden. Die genauen Werte der Faktoren der überprüften Prädiktoren, der Vorhersagekraft, die Odds Ratio und Konfidenzintervalle können den Tabellen im Anhang N entnommen werden.

Bereich 5

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 135 und 136 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Das Wissen über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung (Bereich 5B) zu MZP t0 sowie die theoretische Handlungskompetenz für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t0 der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung (Bereich 5B) sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

H_0 : Es besteht kein signifikanter Effekt des Wissens der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t0 sowie der theoretischen Handlungskompetenz für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t0 auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H_1 : Es besteht ein signifikanter Effekt des Wissens der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t0 sowie der theoretischen Handlungskompetenz für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t0 auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0 und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s(N = 58) = .551$, $p = <.001$ (siehe Tabelle 45). Die H_0 wird abgelehnt und die H_1 wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 137 und 138 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Das Alter der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Um-

gang mit einer verbotenen Berührung sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des Alters der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Alters der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 58) = .140$, $p = .294$ (siehe Tabelle 45). Die H₀ wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 139 und 140 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Das Geschlecht der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des Geschlechts der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Geschlechts der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 58) = -.018, p = .895$ (siehe Tabelle 45). Die H_0 wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 141 und 142 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Der IQ-Wert der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

H_0 : Es besteht kein signifikanter Effekt des IQ-Werts der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H_1 : Es besteht ein signifikanter Effekt des IQ-Werts der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem IQ-Wert der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 55) = .229, p = .093$ (siehe Tabelle 45).⁹² Die H_0 wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 143 und 144 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Die Beeinträchtigung der Kinder in den Funktionsbereichen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung so-

⁹² Für den imputierten Datensatz zeigte sich bei der Berechnung der Korrelation zwischen dem IQ-Wert der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2 ein signifikanter Zusammenhang: $r (N = 63) = .253, p = .045$.

wie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt der Beeinträchtigung der Kinder in den Funktionsbereichen auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt der Beeinträchtigung der Kinder in den Funktionsbereichen auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Beeinträchtigung in den Funktionsbereichen der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 56) = -.140$ ($p = .302$; siehe Tabelle 45). Die H₀ wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 147 und 148 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5 B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5 C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Funktionsniveau der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2 $r_s (N = 58) = -.003, p = .982$ (siehe Tabelle 45). Die H_0 wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 149 und 150 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

H_0 : Es besteht kein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H_1 : Es besteht ein signifikanter Effekt des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Funktionsniveau der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2 $r_s (N = 49) = -.011, p = .943$ (siehe Tabelle 45). Die H_0 wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 151 und 152 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Die kommunikative Kompetenz der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung sowie auf die the-

oretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der kommunikativen Kompetenz der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 58) = .063$, $p = .639$ (siehe Tabelle 45). Die H₀ wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 153 und 154 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Die kommunikative Kompetenz der Kinder (B), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt der kommunikativen Kompetenz der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der kommunikativen Kompetenz der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 49) = -.092, p = .528$ (siehe Tabelle 45). Die H_0 wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 155 und 156 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5 B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

H_0 : Es besteht kein signifikanter Effekt des Schweregrads des Hörverlusts der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H_1 : Es besteht ein signifikanter Effekt des Schweregrads des Hörverlusts der Kinder auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des Hörverlusts der Kinder und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 41) = .047, p = .769$ (siehe Tabelle 45). Die H_0 wird angenommen.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 159 und 160 werden nachfolgend kombiniert betrachtet, um die Interdependenz der Frage nach Sicherheitsstrategien (Bereich 5 B) und der Frage nach Handlungskompetenz (Bereich 5C) angemessen zu berücksichtigen (siehe Kapitel 6.5). Die Gesamtthese lautet folglich:

Das Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen (L), die am Präventionstraining teilgenommen haben, hat einen signifikanten Effekt auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

H₀: Es besteht kein signifikanter Effekt des Versorgungsalters der Kinder mit Hörhilfen auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s = 0$$

H₁: Es besteht ein signifikanter Effekt des Versorgungsalters der Kinder mit Hörhilfen auf das Wissen der Kinder über Sicherheitsstrategien im Umgang mit einer verbotenen Berührung zu MZP t2 sowie auf die theoretische Handlungskompetenz der Kinder für das Verhalten bei einer verbotenen Berührung zu MZP t2.

$$r_s \neq 0$$

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Versorgungsalter der Kinder mit Hörhilfen und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 44) = .206$, $p = .179$ (siehe Tabelle 45). Die H₀ wird angenommen.

Tabelle 45 Korrelationen nach Spearman zwischen dem Wissen zu MZP t2 im Bereich 5 und möglichen Einflussfaktoren

	Originaldaten			Imputierte Daten		
	r_s	p	N	r_s	p	N
Wissen zu Messzeitpunkt t0	.538	<.001	58	.535	<.001	63
Alter	.139	.298	58	.154	.250	63
Geschlecht	-.018	.895	58	.042	.747	63
IQ-Wert	.229	.093	55	.255	.059	63
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-.140	.302	56	-.128	.848	63
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.003	.982	58	-.020	.880	63
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	-.011	.943	49	-.025	.863	52
Kommunikative Kompetenz (L)	.063	.639	58	.020	.879	63
Kommunikative Kompetenz (B)	-.092	.528	49	-.079	.583	52
Schweregrad des Hörverlusts (L)	.047	.769	41	-.023	.861	63
Versorgungsalter mit Hörhilfen (L)	.206	.179	44	.227	.216	63

Ergänzend zu den bivariaten Korrelationen wurde ein Regressionsmodell gerechnet. Aus zahlreichen Kombinationsmöglichkeiten der einzelnen Variablen ergab lediglich der Faktor ‚Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0‘ einen signifikanten positiven Effekt ($p < .001$). Mit diesem einen Faktor wurde eine Güte von .291 (angepasstes R-Quadrat) erreicht. Mit

dem Modell wird also 29 % der Varianz erklärt. Der standardisierte Regressionskoeffizient für das Wissen zu Messzeitpunkt t0 betrug $\beta = .55$.

Der nicht standardisierte Regressionskoeffizient B zeigt die Veränderung der abhängigen Variable an. Steigt das Wissen zu Messzeitpunkt t0 in Bereich 5 um eine Einheit (eine Punktzahl), so ist das Wissen zu Messzeitpunkt t2 in Bereich 5 (abhängige Variable, gemessen in Punktzahlen) um .55 erhöht. Dies bedeutet, dass bei einer Steigerung von einem Punkt zu Messzeitpunkt t0 davon ausgegangen werden kann, dass das Outcome zu Messzeitpunkt t2 um .51 Punkte ansteigt. Entsprechend gilt umgekehrt: Sinkt das Wissen zu Messzeitpunkt t0 um eine Einheit, so verringert sich das Wissen zu Messzeitpunkt t2 vergleichsweise um .51 Punkte (siehe Tabelle 46).

Tabelle 46 *Ergebnis des Regressionsmodells (Angepasstes R-Quadrat = .29 für den Originaldatensatz bzw. .27 für den imputierten Datensatz) mit Regressionskoeffizienten B mit Angabe des 95% Konfidenzintervalls (95 %-CI), standardisierten Regressionskoeffizienten Beta und p-Wert p*

	Originaldatensatz			Imputierter Datensatz		
	B [95%-CI]	Beta	p	B [95%-CI]	Beta	p
Konstante	6.423 [4.970, 7.877]		<.001	6.357[4.796, 7.919]		<.001
Wissen zu MZP t0	.508 [.302, .714]	.551	<.001	.518 [.300, .735]	.536	<.001

7 Diskussion der Ergebnisse

Im Fokus der Diskussion der Ergebnisse stehen die Antworten auf die Fragen nach der Effektivität des Präventionstrainings in Hinblick auf den angestrebten Zuwachs von deklarativem Wissen sowie die angestrebte Reduktion oder nicht erhöhte Ängstlichkeit der Kinder. Hierfür wurden differenzierte Daten erhoben und analysiert, um erstens Hypothesen hinsichtlich der Durchführungsintegrität des Präventionstrainings zu überprüfen. Zweitens werden die ermittelten Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe hinsichtlich des Wissenszuwachses der Kinder und deren Ängstlichkeit reflektiert. Drittens werden die untersuchten Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe über vier Messzeitpunkte diskutiert sowie viertens die getesteten Effekte auf das Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t2. In einem weiteren Schritt werden die Zusammenhänge zwischen den erzielten Ergebnissen der Kinder im Verlauf des Präventionstrainings und den untersuchten Einflussfaktoren anknüpfend an die Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 6 herausgearbeitet.

7.1 Diskussion vor dem Hintergrund der eigenen Hypothesen

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse hinsichtlich der Hypothesen zur Durchführungsintegrität des Präventionstrainings reflektiert.

7.1.1 Durchführungsintegrität

Die Ergebnisse zeigen, dass die Durchführungsintegrität⁹³ gemessen mit dem Trainerinnenfragebogen bei 99,2 % liegt. Es kann eine sehr hohe Adhärenz über alle Trainings berichtet werden, da die Trainings wie im Manual beschrieben durchgeführt wurden. Damit ist hier ein signifikanter Beitrag zur Erhöhung der internen Validität geleistet worden. Zudem kann eine hohe Zufriedenheitsrate aus Perspektive der Trainerin verzeichnet werden.

Auf eine Differenzierung zwischen Experimentalgruppe und Wartekontrollgruppe unter diesem Aspekt wurde verzichtet, da für alle Trainings ein homogenes Bild konstatiert werden kann. Die Daten der Trainings der Wartekontrollgruppe wurden mit einbezogen, um ein möglichst detailgenaues Bild zu der Frage zu erhalten, auf welche Weise das Training in der Präventionspraxis umsetzbar ist und ob eventuell Differenzierungen vorgenommen werden müssen. Die Ergebnisse bestätigen, dass sich die zeitliche Struktur im Ablauf der einzelnen Bausteine sowie deren Aufbau als praktikabel und gelungen erwiesen haben.

⁹³ Grundsätzlich kann die Tatsache, dass die Durchführungsintegrität in der vorliegenden Studie mit beurteilt wurde, als positives Gütekriterium gewertet werden.

Eine Ausnahme bilden sicherlich die Lieder zu den Themen ‚Gefühle‘ und ‚Geheimnisse‘. Sie wurden aufgrund der Textmenge und der Fülle an Liedern im Gesamtkontext des Trainings sowie vor dem Hintergrund der Lernvoraussetzungen der Kinder als unangemessen erachtet. Für Kinder mit Hörbehinderung sollten daher das ‚Gefühle-Lied‘ und das ‚Geheimnis-Lied‘ vor dem Hintergrund der jeweiligen Gruppenzusammensetzung und den Lernvoraussetzungen der Kinder individuell abgewogen werden. Für die Skala der allgemeinen Beurteilung des Trainings konnte eine gute interne Konsistenz erreicht werden ($\alpha = .862$), sodass von einem qualitativ guten Messinstrument ausgegangen werden kann und die Ergebnisse entsprechend verlässlich interpretiert werden können.

Es sei an dieser Stelle kritisch angemerkt, dass die Durchführungsintegrität aufgrund von ökonomischen Aspekten lediglich im Selbsturteil durch die Trainerin erhoben wurde. Nach Weck et al. (2011) ist die Korrelation zwischen Fremd- und Selbsturteil jedoch nur sehr gering und eine direkte Erfassung durch Fremdbeurteilung sollte bei der Erfassung der Durchführungsintegrität das Selbsturteil ergänzen. Diese war aus zeitlichen, organisatorischen und ethisch-moralischen Gründen leider nicht realisierbar. Hilfreich wäre eine Fremdbeurteilung auch hinsichtlich der Einschätzung der wechselnden Bedingungen des Settings. Allgemein ist eine Untersuchung im realen Setting eingeschränkt hinsichtlich der Möglichkeiten, Bedingungen wie den Störschall im Klassenraum kontrollieren zu können. Wann welches Kind inwieweit aufmerksam am Präventionstraining teilgenommen hat, lässt sich anhand des Bogens zur Durchführungsintegrität nicht nachverfolgen.

Prävention sexuellen Missbrauchs ist ein sehr sensibles Thema, bei welchem es ethisch-moralisch fragwürdig wäre, Trainings mit Kindern für eine spätere Analyse aufzuzeichnen.

7.1.2 Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe

Die Skalen, die der Erhebung der Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe zugrunde liegen, weisen eine unterschiedliche interne Konsistenz auf: die Skala zur Überprüfung des Bereich 1 eine akzeptable ($\alpha = .768$), die Skala für Bereich 2 eine fragwürdige ($\alpha = .681$), für Bereich 5 eine gute ($\alpha = .808$) und die Skala zur Überprüfung der Ängstlichkeit fragwürdige ($\alpha = .655$ für die Beurteilung durch die Lehrpersonen und $\alpha = .602$ für die Beurteilung durch die Bezugspersonen der Kinder). Somit ist bei der Interpretation der Ergebnisse des Bereichs 2 sowie der Ängstlichkeit der Kinder bei den Gruppenvergleichen als auch innerhalb der Experimentalgruppe (siehe Kapitel 7.1.3) und bei der Erhebung möglicher Effekte auf das Wissen zu Messzeitpunkt t2 (siehe Kapitel 7.1.4) Vorsicht geboten.

Die Erhebung der Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontroll-

gruppe in den Bereichen 1, 2 und 5 sowie zum Bereich ‚Ängstlichkeit‘ erfolgte zu den Messzeitpunkten t0 und t2. Der Vergleich zu Messzeitpunkt t0 zeigte in den Wissensbereichen 1, ($z(N=92) = -.86, p = .392$), 2 ($z(N=85) = -.15, p = .878$) und 5 ($z(N=92) = -1.08, p = .28$) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe, wobei die Experimentalgruppe jedoch schlechtere Startwerte im Bereich Wissen aufweist als die Wartekontrollgruppe. Zu Messzeitpunkt t2 konnte jedoch für Bereich 1 ($z(N=86) = -3.15, p = .002$), Bereich 2 ($z(N=87) = -3.00, p = .003$) sowie Bereich 5 ($z(N=86) = -2.57, p = .010$) ein signifikanter Wissenszuwachs verzeichnet werden. Diese Ergebnisse belegen eindeutig, dass die erwünschte Folge ‚Wissenszuwachs‘ durch das Präventionstraining eingetreten ist.

Da die Ängstlichkeit der Kinder sowohl von den Bezugspersonen als auch von den Lehrpersonen beurteilt wurde, wurde dieser Bereich auch getrennt analysiert.

Basierend auf den Angaben der Lehrpersonen weisen Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, zu Messzeitpunkt t0 signifikant höhere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ auf als die Kinder, die nicht am Präventionstraining teilgenommen haben, $t(28) = 2.55, p = .017$. Man könnte annehmen, dass die Lehrpersonen über das Nachdenken der Ängste der Kinder eine kritischere Haltung gegenüber der Ängste der Kinder einnehmen. Im Gegensatz dazu nehmen Eltern eine eher positive Haltung ein.

Zu Messzeitpunkt t2 sind die Ergebnisse der Experimentalgruppe jedoch signifikant niedriger als jene der Wartekontrollgruppe ($t(80) = 2.55, p < .001$), wobei die Werte innerhalb der Wartekontrollgruppe sanken (von $M = .96, SD = .35$ zu Messzeitpunkt t0 auf $M = .87, SD = .23$ zu Messzeitpunkt t2). Innerhalb der Experimentalgruppe war lediglich ein minimaler Anstieg hinsichtlich der Ängstlichkeit zu verzeichnen, von $M = .77, SD = .19$ auf $M = .79, SD = .20$.

Entgegen den Ergebnissen aus der Befragung der Lehrpersonen unterscheidet sich die Ängstlichkeit der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, basierend auf dem Urteil der Bezugspersonen weder zu Messzeitpunkt t0 ($z(n=78) = -1.81, p = .071$) noch zu Messzeitpunkt t2 ($z(n=72) = -1.46, p = .138$) signifikant von der Ängstlichkeit der Kinder, die nicht am Training teilgenommen haben.

Obwohl die Bewertung der Ängstlichkeit der Kinder durch die Lehrpersonen und Bezugspersonen unterschiedlich ausfällt und Widersprüche bestehen (siehe Kapitel 7.1.3), ist die unerwünschte Folge des Präventionstraining ‚erhöhte Ängstlichkeit‘ nicht eingetreten.

Dass die Bewertungen durch die Bezugspersonen und Lehrpersonen divergiert ist ein bekanntes Ergebnis aus psychologischen Untersuchungen (siehe z.B. Benesch, Görtz-

Dorten, Breuer & Döpfner 2013 oder Walter & Döpfner 2006). Neben der Tatsache, dass Lehrpersonen und Bezugspersonen Kinder in unterschiedlichen sozialen Kontexten erleben, könnten die divergierenden Urteile auch ein Resultat der unterschiedlichen Stichproben der beurteilten Kinder sein, was auf den Umgang mit den fehlenden Werten zurückzuführen ist. Standardmäßig wurde der paarweise Fallausschluss als Methode gewählt, um entsprechende Berechnungen durchzuführen. Ergänzend dazu wurden diese Berechnungen auf Basis eines multipel imputierten Datensatzes verglichen (siehe Kapitel 5.6).

7.1.3 Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe

Veränderungen innerhalb der Experimentalgruppe konnten über vier Messzeitpunkte (t0, t1, t2 und t3) hinweg analysiert werden.

In Bereich 1 zum Thema ‚Körperteile Benennen‘ bleibt das Ergebnis der Kinder im Follow-up (MZP t1, t2 und t3) zu den drei Messzeitpunkten in etwa identisch hoch im Vergleich zu Messzeitpunkt t0. Über die vier Messzeitpunkte zeigte sich eine signifikante Veränderung, $\chi^2(3) = 45.92 p < .001$.

Obwohl das Wissen der Kinder in Bereich 2 zum Thema ‚Gefühle Benennen‘ zu Messzeitpunkt t3 aufgrund des zeitlichen Abstandes zwischen den beiden Messzeitpunkten erwartungsgemäß leicht geringer ist als zu Messzeitpunkt t2 oder t1, zeigt auch die Analyse in diesem Wissensbereich eine signifikante Veränderung über die vier Messzeitpunkte hinweg, $\chi^2(3) = 16.44 p < .001$.

Diese Tendenz bestätigen auch die Ergebnisse in Bereich 5 zum Thema ‚Umgang mit einer verbotenen Berührung‘ und ‚Verhalten bei einer verbotenen Berührung‘. Dort konnte eine Steigerung der Ergebnisse von Messzeitpunkt t0 über t1 und t2 bis zu t3 festgestellt werden und damit über die vier Messzeitpunkte hinweg eine signifikante Veränderung, $F(3, 78) = 10.30, p < .001, \eta^2 = .284$.

Die Ergebnisse der drei Bereiche belegen eindeutig, dass die erwünschte Folge ‚Wissenszuwachs‘ eingetreten ist.

Der verzeichnete Wissenszuwachs von Messzeitpunkt t0 zu Messzeitpunkt t3 kann eventuell darauf zurückzuführen sein, dass die Kinder ihre STARK-Bücher als Erinnerungshilfe und Gesprächsanlass mit ihren Lehrpersonen und Bezugspersonen nach Abschluss des Trainings behalten durften. Ob die Kinder ihre STARK-Bücher selbst noch einmal anschauten, wurde nicht überprüft. Die Hoffnung, dass die STARK-Bücher von vielen als Gesprächsanlass genutzt werden, hat sich nicht bestätigt. Obwohl die Befragung der Lehrpersonen und Bezugspersonen zu den Messzeitpunkten t2 und t3 lediglich eine geringe

Rücklaufquote ergab, zeichnet sich aus den Daten eine klare Tendenz ab: Die als relevant für die Prävention sexuellen Missbrauchs angesehenen Themen werden sowohl innerhalb der Familie als auch des Klassenverbandes selten besprochen (max. ein Drittel der Bezugspersonen und Lehrpersonen sprachen mit ihren Kindern bzw. Schülerinnen und Schülern nach Abschluss des Präventionstrainings über die Inhalte; siehe Kapitel 6.4). Weder die STARK-Bücher der Kinder, noch die Anwesenheit der Lehrpersonen im Training oder das Bewusstmachen der Themen durch die Beantwortung der Befragungen führte bei den wenigsten Lehrpersonen und Bezugspersonen dazu, dass sie mit ihren Kindern bzw. Schülerinnen und Schülern über die im Präventionstraining behandelten Themen sprachen.

Hinsichtlich der unerwünschten Folge ‚Ängstlichkeit‘ widersprechen sich die Ergebnisse, die auf Basis der Urteile der Lehrpersonen sowie Bezugspersonen ermittelt wurden, wenngleich beide Ergebnisse über die vier Messzeitpunkte betrachtet nicht signifikant sind und einen starken, jedoch nicht signifikanten Zeit-Effekt ergaben, $F(2, 49) = 1.11, p = .323, \eta^2 = .034$ der Lehrpersonen bzw. $(F(2, 38) = .031, p = .348, \eta^2 = .054$ der Bezugspersonen. Um die Frage der Ängstlichkeit der Kinder näher zu beantworten und die Ergebnisse der quantitativen Befragung der Lehrpersonen und Bezugspersonen einordnen zu können, würden sich qualitative Interviews mit den Kindern selbst anbieten.

7.1.4 Effekte auf das Wissen zu Messzeitpunkt t2

Die Untersuchung der Frage, ob ein Zusammenhang zwischen dem Wissen in Bereich 1, Bereich 2 oder Bereich 5 zu Messzeitpunkt t2 und den Variablen Wissen des jeweiligen Bereichs zu Messzeitpunkt t0, Alter, Geschlecht, IQ-Wert, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen, psychosoziales Funktionsniveau, kommunikative Kompetenz des Kindes, Schweregrad des Hörverlusts sowie Versorgungsalter mit Hörhilfen besteht, ergab in den wenigsten Fällen ein signifikantes Ergebnis.⁹⁴

Zu dem Wissen in Bereich 1 zu Messzeitpunkt t2 zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang mit dem Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0 ($r_s(N = 58) = .302, p = .021$). Neben dem Vorwissen der Kinder wirkte sich auch die Beeinträchtigung der Kinder Funktionsbe-

⁹⁴ Dabei lagen der Überprüfung möglicher Effekte durch die Beeinträchtigung in Funktionsbereichen ($\alpha = .550$ der Einschätzung durch die Lehrpersonen der Kinder sowie $\alpha = .705$ der Einschätzung durch die Bezugspersonen der Kinder) und der kommunikativen Kompetenz der Kinder ($\alpha = .879$ der Einschätzung durch die Lehrpersonen sowie $\alpha = .758$ durch die Bezugspersonen der Kinder) bis auf die Beurteilung der Funktionsbereiche durch die Lehrpersonen Skalen mit einer akzeptablen bis guten internen Konsistenz zugrunde (siehe Kapitel 5.4.2).

reichen (L) signifikant auf das Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t2 aus, $r_s (N = 56) = -.281$ $p = .036$. Die anschließend durchgeführte schrittweise logistische Regression ergab jedoch keine signifikanten Prädiktoren für das Wissen der Kinder in Bereich 1 zu Messzeitpunkt t2.

Während für Bereich 2 keine signifikanten Prädiktoren des Wissensstandes der Kinder zu Messzeitpunkt t2 für Bereich 2 ermittelt werden konnten, zeigte sich in Bereich 5 ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0 und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r (N = 58) = .551$, $p = <.001$. Dies bedeutet, dass sich das Vorwissen der Kinder positiv auf ihr Lernoutcome auswirkt. Je mehr ein Kind vor der Teilnahme am Präventionstraining über den Körper weiß, desto mehr weiß es nach Abschluss des Trainings, da es auf seinem Vorwissen aufbauen kann. Mit dem anschließenden linearen Regressionsmodell mit dem Faktor Wissen zu Messzeitpunkt t0 konnten 29 % der Varianz erklärt werden.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass lediglich wenige Effekte auf das Wissen zu Messzeitpunkt t2 bestehen, sodass davon ausgegangen werden kann, dass für den Erfolg des Präventionstrainings das Alter, das Geschlecht, der IQ-Wert, die Beeinträchtigung in Funktionsbereichen, das psychosoziale Funktionsniveau, die kommunikative Kompetenz des Kindes, der Schweregrad des Hörverlusts sowie das Versorgungsalter mit Hörhilfen keine entscheidenden Faktoren darstellen. Auch wenn das Vorwissen der Kinder zu den entsprechenden Themenbereichen in lediglich zwei der drei untersuchten Skalen einen Zusammenhang zum Wissen zu Messzeitpunkt t2 aufwies, liegt die Vermutung nahe, dass insbesondere Kinder mit einem bestimmten Vorwissen eher vom Präventionstraining profitieren als Kinder, die mit einem geringen oder keinem Vorwissen in das Präventionstraining starten.

7.2 Diskussion vor dem Hintergrund der Forschungslage

Die Forschungslage im Themenkomplex Prävention sexuellen Missbrauchs an Kindern mit Hörbehinderung ist sehr dünn. Es fehlen vor allem evidenzbasierte Untersuchungen und Evaluationsstudien, die speziell die Möglichkeiten der Prävention für diese vulnerable Zielgruppe reflektieren und analysieren (siehe Kapitel 3.3). Die vorliegende Arbeit widmet sich dem Desiderat eines evidenzbasierten und evaluierten Präventionsprogramms für Kinder mit Hörbehinderung und versteht sich somit als wichtigen Beitrag, um diese eklatante Forschungslücke zu schließen.

Betrachtet man den aktuellen Forschungsstand zur kindzentrierten Präventionsarbeit (siehe Kapitel 3.3), so entsprechen die Ergebnisse der Evaluation im Allgemeinen den dort explizierten Ausführungen. Im Kern wurde in den bisherigen Evaluationsstudien die Effektivität der kindzentrierten Präventionsmaßnahmen bestätigt (Berrick & Barth, 1992; Davis & Gildycz, 2000; Heidotting et al., 1994; Rispens et al., 1997; Topping & Barron, 2009). Diese Aussage konnte auch in der hier vorgelegten Studie affirmiert werden (siehe Kapitel 6.6 und 6.7).

Hinsichtlich des Körperwissens der befragten Kinder mit Hörbehinderung im Vergleich zu Kindern ohne Behinderung wurden etwas geringere Wissensbestände ermittelt. Beispielsweise befragten Brilleslijper-Kater und Baartman (2000) 63 Kinder in den Niederlanden zwischen zwei und sechs Jahren (32 Mädchen und 31 Jungen) zu ihrem Wissen zu den Themen ‚Körper‘ und ‚Sexualität‘. Den Kindern wurden 15 Abbildungen gezeigt, die sie erklären bzw. benennen sollten. 94 % der Kinder konnten die Brust eines Mädchen und eines Jungen auf den Bildern korrekt bezeichnen, 95 % den Penis und 78 % die Scheide. Wie in Kapitel 6.3.1 erläutert, konnten im Vergleich dazu vor der Durchführung des Präventionstrainings fast alle Kinder Mund und Hand (98,9 % bzw. 97,8 %), gefolgt von Po (95,7 %), Brust (77,2 %) und Scheide (66,3 %) auf einer realistischen Mädchenzeichnung erkennen. Bei den Körperteilen auf der Abbildung des Jungen benannten alle Kinder die Hand korrekt (100 %), die meisten Kinder den Mund (98,9 %), gefolgt von Po (95,7 %), Penis (79,3 %) und Brust (76,1 %). So stimmen die Ergebnisse beider Studien dahingehend überein, dass für Kinder Geschlechtsteile schwieriger zu benennen sind als andere Körperteile. Hinsichtlich möglicher geschlechtsspezifischer Unterschiede konnten bis auf ein Item keine signifikanten Differenzen festgestellt werden. Mädchen erkannten den Penis des Jungen auf der Zeichnung signifikant schlechter als die Jungen ($p = .045$).

Der Forschungslage entsprechend konnten die befragten Kinder mit Hörbehinderung Gefühle leichter erkennen als benennen (siehe Kapitel 4.4 und 6.3). Jedoch ergab der Vergleich des Wissens innerhalb der Experimentalgruppe über vier Messzeitpunkte hinweg einen Wissensrückgang von Messzeitpunkt t2 zu Messzeitpunkt t3 (siehe Kapitel 6.7). Auch wenn diese Tendenz in den anderen Bereichen nicht festgestellt werden konnte (siehe Kapitel 6.7), könnte dieses Ergebnis ein Indiz dafür sein, dass der Abstand zwischen Messzeitpunkt t2 und Messzeitpunkt t3 zu groß war, als dass die Kinder ihr erworbenes Wissen zu Messzeitpunkt t3 vollständig abrufen konnten, ohne dass zuvor eine erneute angemessene Wiederholung der Inhalte erfolgte (siehe kritische Bemerkungen in Kapitel 6.4). Gleichzeitig unterstreicht die Tendenz in Bereich 2 die Notwendigkeit, dass

die Themen wiederholt besprochen werden, damit das Wissen auch langfristig und nachhaltig gespeichert werden kann (siehe Kapitel 3.3 und 5.2.1).

In einer chinesischen Stichprobe aus 51 Schülerinnen und Schülern mit Hörbehinderung zwischen zehn und 16 Jahren, die kein Präventionstraining durchlaufen hatten, beantworteten etwa die Hälfte die Fragen zu sexuellem Missbrauch korrekt. Beispielsweise gaben 45,1 % der Befragten an, dass eine Missbrauchstat einem Erwachsenen mitgeteilt werden sollte, bis diese Person hilft, 52,9% der Befragten bejahten die Frage, ob sie eine Berührung verweigern dürften, wenn sie diese nicht mögen und 39,2% der Befragten bejahten, dass ein Kind einem Erwachsenen mitteilen sollte, wenn eine erwachsene Person seinen Intimbereich angefasst hat und ihm gedroht hat, das Geheimnis nicht zu verraten (Yu et al. 2017). Ein ähnliches Ergebnis ergab die Befragung zu Messzeitpunkt t0 der vorliegenden Studie. Etwas mehr als die Hälfte (42,3 %) der befragten Kinder ($N = 92$) gaben zum Messzeitpunkt t0 an, eine Missbrauchstat weiter zu erzählen (siehe Kapitel 6.3). Zwischen den Antworten der Mädchen und Jungen konnte lediglich bezüglich eines Items ein signifikanter Unterschied zu Messzeitpunkt t0 festgestellt werden: Signifikant mehr Jungen gaben nicht an, bei einer Bedrohung Hilfe zu holen oder diese weiterzusagen ($p = .041$; siehe Kapitel 6.3.1). Diese aktuellen Studienbeispiele unterstreichen das große Wissensdefizit vieler Kinder mit Hörbehinderung in Themen, die als relevant für die Prävention sexuellen Missbrauchs betrachtet werden. Gleichzeitig sprechen die Ergebnisse für die Etablierung qualitativ hochwertiger und spezieller Präventionsprogramme für Kinder mit Hörbehinderung. Dass diese unter Berücksichtigung der Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung effektiv sein können, konnte in der vorliegenden Arbeit bewiesen werden.

In den Ausführungen zu den Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung (siehe Kapitel 3.2) wurde deutlich, dass die sprachliche bzw. kommunikative Kompetenz von Kindern (mit Hörbehinderung) unter anderem ausschlaggebend ist für den Erwerb bzw. den Austausch von Wissen. Demzufolge schien es naheliegend, dass das Ergebnis des Kommunikativen Kompetenz Indikators (KKI) der Kinder einen Effekt auf das Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t2 hat. Diese Annahme konnte jedoch nicht bestätigt werden (siehe Kapitel 6.8). Eine mögliche Erklärung dafür könnte die sprachliche Kompetenz der Trainerin liefern, die eine flexible Anpassung an die sprachlichen Bedürfnisse der Kinder ermöglichte. Zudem wurden die Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung (siehe Kapitel 3.2) bei der Konzeption des Präventionstrainings sowie bei der Konzeption der Evaluationsinstrumente berücksichtigt, um sprachliche Barrieren möglichst gering zu

halten. Das Ergebnis unterstreicht noch einmal die Wichtigkeit und Wirksamkeit von spezifischen Programmen und Angeboten für Kinder mit Hörbehinderung.

Die Prädiktoren für eine erhöhte Ängstlichkeit schienen für Kinder mit Hörbehinderung gegeben (siehe Kapitel 3.2 und 5.2.2), es konnte jedoch kein signifikanter Anstieg im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ verzeichnet werden. Dieses Ergebnis kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass im hier konzipierten Präventionstraining gezielt Strategien zur Problemlösung erarbeitet werden (siehe Kapitel 4.4). Indem diese Strategien auf eine Handlungsstärke der Kinder abzielen, können sie implizit als die Ängstlichkeit reduzierende Strategien gelten (siehe Kapitel 5.2.2).

7.3 Limitationen der Untersuchung

Die vorliegende Studie versteht sich als ein erster Schritt auf dem Weg zu evidenzbasierter Präventionsarbeit mit Kindern mit Hörbehinderung.

Unter Beachtung der spezifischen Lernvoraussetzungen von Kindern mit (Hör-) Behinderung wurde ein Messinstrument entwickelt, um den Wissensstand der Kinder zu erheben. Da dieser Interviewleitfaden im Zuge des SeMB-Projekts konzipiert wurde, wurde dieser auch unter Berücksichtigung der Lernvoraussetzungen von Kindern mit körperlicher und geistiger Behinderung entwickelt. Es kann insgesamt positiv hervorgehoben werden, dass das Erhebungsinstrument für eine breite Zielgruppe verwendet werden kann.

Mit Ausnahme des Kommunikativen Kompetenz Indikators und des SON-Rs wurde die Untersuchung ohne speziell für die Gruppe von Kindern mit Hörbehinderung validierte Evaluationsinstrumente durchgeführt. In der Folge mussten einige Items und inhaltliche Aspekte wie das Thema ‚Geheimnisse‘ aus dem eigens konzipierten Fragebogen von der Skalenbildung ausgeschlossen werden und konnten nicht in inferenzstatistische Berechnungen mit einbezogen werden. Aufgrund der eingeschränkten Möglichkeiten, Kinder mit Hörbehinderung zu befragen, die den Einschlusskriterien der Stichprobe entsprechen, sowie durch logistische und organisatorische Einschränkungen konnte keine Pilottestung mit Kindern mit Hörbehinderung für den Interviewleitfaden durchgeführt werden. Hieraus resultiert die Überlegung, dass angesichts der Ergebnisse der Itemanalyse der Fragebogen für die Kinder gekürzt bzw. modifiziert werden könnte, um z.B. das Wissen zum Thema ‚Geheimnisse‘ in anderer Weise abzufragen.

Grundsätzlich ist anzunehmen, dass eventuell individueller Lernzuwachs in anderen Bereichen des Präventionstrainings erzielt wurde, bzw. dass Kinder in einer Weise hiervon

profitierten, die durch die verwendete Testbatterie nicht oder nur in Ansätzen abgebildet werden kann. Die Klärung der Frage, inwieweit den Kindern nach Teilnahme an dem Präventionstraining ein Transfer ihres theoretisch erworbenen Wissens in echten Gefahrensituationen gelingt, bedürfte einer Folgeuntersuchung, etwa anhand von In Situ-Experimenten, wie es z.B. Egemo-Helm et al. (2007) oder Lumley, Miltenberger, Long, Rapp und Roberts (1998) versucht haben.

Zum Teil wurden standardisierte Erhebungsinstrumente in modifizierter Form genutzt. So wurde z.B. der What If Situation-Test ins Deutsche übersetzt und mit Vignetten ergänzt oder der FBB-ANZ für die Eltern der Kinder auf Anraten der Lehrpersonen in leichte Sprache übersetzt. Dies könnte die Vergleichbarkeit zwischen dem Fragebogen für die Lehrpersonen und dem Fragebogen für die Bezugspersonen der Kinder beeinträchtigt haben, wenngleich dieselben Inhalte im gleichen Umfang abgefragt wurden. Der FBB-ANZ, mittels derer die Ängstlichkeit der Kinder durch die Lehrpersonen und Bezugspersonen erhoben wird, weist lediglich eine unzureichende bzw. fragwürdige Reliabilität auf, sodass die Ergebnisse unter besonderem Vorbehalt interpretiert werden müssen.

Zudem wurde die Befragung der Kinder in DGS oder mit Lautsprache begleitenden Gebärdensprache durchgeführt, sodass hier streng genommen die geforderte Standardisierung des Erhebungsinstruments nicht gegeben ist. Dabei ist Standardisierung die *conditio sine qua non*, um eine Vergleichbarkeit zwischen den Outcomes zu erreichen.

Im Rahmen einer Folgestudie könnten neben den Kindern selbst auch deren Bezugspersonen und deren Lehrpersonen zu einer möglichen Verhaltensveränderung der Kinder befragt werden. Ziel könnte es sein, nicht nur – wie bei dieser Studie – die Einschätzung der Ängstlichkeit zu erfassen, sondern eher den Bereich ‚Selbstwert‘ (Rudolph, Schütz, & Schröder-Abé, 2016; Schütz & Sellin, 2006). Ein positives und stabiles Selbstwertgefühl gilt als ein Teil von Resilienz und somit als ein Schutzfaktor auf individueller Ebene (Kindler, 2015; Pfeffer & Storck, 2018).

Die sprachliche Kompetenz – sowohl die der Kinder als auch die der Trainerin – ist der zentrale Faktor, damit eine fundierte sprachliche Interaktion zwischen Kindern und Trainerin sowie zwischen den Kindern möglich ist und Wissen vermittelt werden kann. Da bislang kein standardisiertes (ökonomisches) Messinstrument vorliegt, um die (laut- und gebärdensprachliche) sprachliche Kompetenz bzw. Sprachproduktion von Kindern mit Hörbehinderung zu erfassen, konnte dieser wichtige Aspekt in der vorliegenden Untersuchung nicht aus-

reichend berücksichtigt werden. Eine gewünschte Folgestudie setzt die Entwicklung eines standardisierten Messinstruments voraus, das am ehesten als Ergebnis einer interdisziplinären Forschungsgruppe denkbar ist.

In der Praxis war davon auszugehen, dass es bei allen Messzeitpunkten aufgrund von zeitlichen Engpässen (z.B. aufgrund von schulischen Verpflichtungen aller Beteiligten) zu leichten Verschiebungen der Erhebungen (von maximal einer Woche) kommen konnte. Im Rahmen von Studien mit Erhebungen über längere Zeiträume sind derartige Verschiebungen nahezu die Regel. Diese Verschiebungen wurden entsprechend von Anfang an eingeplant, sodass hier keine Beeinträchtigung der Validität der Ergebnisse anzunehmen ist.

Eine Limitation der vorliegenden Untersuchung besteht in der teils hohen Anzahl fehlender Werte, aufgrund derer einige Hypothesen nicht überprüft werden konnten. Trotz Formulierung in leichter Sprache scheinen für manche Bezugspersonen Barrieren zu bestehen, Fragebögen auszufüllen. Andere Erklärungen könnten lauten, dass grundlegende Vorbehalte gegenüber der Forschung bestehen und die angeführten Argumente zur Wichtigkeit der Teilnahme nicht überzeugend kommuniziert wurden, sodass die Sinnhaftigkeit der Partizipation nicht apparent, der Aufwand zu hoch und letztendlich die Motivation zu gering war, um repetitiv an der Befragung teilzunehmen. Durch genauere Erläuterungen zum Forschungshintergrund und zur Wichtigkeit der Erhebung zu verschiedenen Messzeitpunkten hätten eventuell in persönlichen Gesprächen aufgelöst werden können.

Aus organisatorischen Gründen konnten zu Messzeitpunkt t3 nicht mehr alle Klassen befragt werden, da sich einige Klassen innerhalb der vergangenen 27 Wochen aufgelöst hatten.

Durch die multiple Imputation einiger Daten wurde der Versuch unternommen, aussagekräftigere Ergebnisse zu erzielen. Jedoch sind mit multipler Imputation in SPSS einige komplexe Berechnungen nicht durchführbar, wie eine Kovarianzanalyse mit Messwiederholung, welche zur Überprüfung der Unterschiede innerhalb der Experimentalgruppe über die vier Messzeitpunkte hinweg mit den originalen Daten erstellt wurde. Konnten jedoch Daten imputiert und mit jenem imputierten Datensatz gerechnet werden, wurden durchweg die Ergebnisse der Untersuchung auf Basis des Originaldatensatzes bestätigt, d.h. die Berechnungen auf Basis des imputierten Datensatzes führten zum gleichen Ergebnis wie die Berechnungen auf der Grundlage des Originaldatensatzes.

Als Ergänzung zu der quantitativen Erhebung wäre in einer Folgestudie die Anwendung qualitativer Methoden sinnvoll, z.B. die Durchführung von qualitativen Einzelinterviews mit den teilnehmenden Kindern. Durch diese Erhebungsweise könnte individueller nach dem Wissensstand und der Haltung der Kinder und deren Begründungen bzw. Herleitungen für bestimmte Antworten gefragt und der Lernzuwachs noch genauer erfasst werden.

Die Zusammensetzung der Stichprobe erfolgte möglichst randomisiert, wobei dies aus organisatorischen Gründen (z.B. terminlichen Absprachen zwischen Trainerin und Schule) nicht durchweg realisiert werden konnte. Wäre die Zusammensetzung der Stichprobe und die Differenzierung in Experimentalgruppe und Wartekontrollgruppe nicht aus organisatorischen Gründen vorgenommen worden, wäre eine noch höhere Evidenzstufe der Evaluationsstudie erreicht und das gewünschte $n = 46$ (siehe Abbildung 1) pro Gruppe eventuell auch für die Wartekontrollgruppe ($n = 29$) nicht erreicht worden.

Im Zuge der Berechnungen von Effektstärken (siehe Kapitel 6.7) wurde auf die Größe Eta-Quadrat (η^2) zurückgegriffen, die eine Aussage über den durch den Faktor aufgeklärten Varianzanteil an der Gesamtvarianz erlaubt. Allerdings wird das Effektstärkemaß η^2 an einigen Stellen auch kontrovers diskutiert, da ihm eine Überschätzung des Anteils aufgeklärter Varianz unterstellt wird (Döring & Bortz, 2016, S. 818; Rasch et al., 2010, S. 79).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung musste die Berechnung per SPSS Statistics Version 23.0 (IBM Cooperation 2015) standardmäßig begrenzt werden. Die verwendeten varianzanalytischen Verfahren zur Auswertung der messwiederholten, geschachtelten, hierarchischen Daten können jedoch kritisch betrachtet werden. Zum einen sind einige Anwendungsvoraussetzungen verletzt, beispielsweise die Annahme unabhängiger Fehlerterme, welche ungenaue Schätzungen und eventuell progressive Entscheidungen zugunsten der H_1 nach sich ziehen. Zum anderen vernachlässigen varianzanalytische Verfahren die hierarchische Datenstruktur, wodurch möglicherweise wichtige Faktoren ignoriert werden, hier z.B. die Einflussnahme der Trainerin auf die einzelnen Versuchspersonen (Kinder). Um auf diese beiden Kritikpunkte zu reagieren, könnten in einer Folgestudie Mehrebenenanalysen („mixed models“) durchgeführt werden, um auf jeder Ebene (Kind, Klasse, Schule, Eltern), auf der Daten erhoben wurden, multiple regressionsanalytische Schätzungen vorzunehmen. Die geschätzten Regressionsparameter der höheren Ebene würden dann auf den niedrigeren Ebenen integriert, und damit würden Informationen von allen Ebenen in ein Modell überführt. So wäre es möglich, Aufschluss über die Datenstruktur unter Berücksichtigung der hierarchischen Informationen zu erhalten.

7.4 Inhaltliche Konsequenzen für das Präventionstraining

Die positiven Auswertungen des Trainerinnen-Fragbogens zur Durchführungsintegrität (siehe Kapitel 6.1) sowie die ausnahmslose Zufriedenheit der teilnehmenden Kinder mit dem Präventionstraining (siehe Tabelle 27) deuten darauf hin, dass das Konzept des Präventionstrainings in seiner Grundstruktur praktikabel und erfolgreich implementiert werden kann. Die Analyse des Bereichs D zur Eignung der Übungen für Kinder mit Hörbehinderung zeigt, dass die integrierten Lieder um das ‚Gefühle-Lied‘ und das ‚Geheimnis-Lied‘ reduziert werden sollten, wie es auch in den für die vorliegende Evaluation durchgeführten Trainings gehandhabt wurde. Die Liedfülle allgemein und insbesondere der Textumfang dieser beiden Lieder entsprechen offenbar nicht den Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung (siehe Kapitel 3.2). Insgesamt konnte jedoch nach Durchführung des Präventionstrainings ein signifikanter Wissenszuwachs der Kinder im Vergleich zu dem Status vor dem Präventionstraining (siehe Kapitel 6.6) festgestellt werden. Gleiches ergab der Vergleich zwischen den Kindern, die am Präventionstraining teilgenommen haben und den Kindern, die an keinem Präventionstraining teilgenommen haben (siehe Kapitel 6.7).

Neben der eher methodischen Modifikation für das Präventionstraining bezüglich des Umgangs mit dem ‚Gefühle-Lied‘ und dem ‚Geheimnis-Lied‘ deuten die Ergebnisse der Erhebung des Wissensstands der Kinder zu Messzeitpunkt t0 (siehe Kapitel 6.3) auf optionalen Veränderungsbedarf.

Fast alle Kinder können Körperteile erkennen, Gefühle sind bekannt (bis auf das ‚komi-sche Gefühl‘) und die meisten Kinder wissen, was eine verbotene Berührung ist oder wie sie sich bei einem ‚schlechten‘ Geheimnis, Angst und Bedrohung verhalten sollen. Da das Vorwissen insbesondere in den Bereichen ‚Körperteile Erkennen‘ und ‚Gefühle Erkennen‘ sowie hinsichtlich der Differenzierung, was ‚angemessene‘ und ‚unangemessene‘ Berührungen sind und was eine angemessene Reaktion auf ein ‚schlechtes‘ Geheimnis, Angst und Bedrohung wäre, verhältnismäßig ausgeprägt war, könnte angenommen werden, es sei eine Option, die Behandlung dieser Themenbereiche zu reduzieren. In Korrelation zur Einschätzung der Trainerin würde allerdings hierfür lediglich das Thema ‚Gefühle‘ infrage kommen, um mit reduzierter Zeit und verringertem Input besprochen zu werden. Auch die Aussagen der Lehrpersonen hinsichtlich der besprochenen Themen unterstützen diese Überlegung, da das Thema ‚Gefühle‘ verhältnismäßig häufig erarbeitet wird.

8 Fazit und Perspektiven

Obwohl Studien darauf hinweisen, dass Menschen mit Hörbehinderung einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, in ihrem Leben von sexuellem Missbrauch betroffen zu werden, existiert bis dato in Deutschland kein einziges evaluiertes Präventionsprogramm, das sich speziell an Kinder mit Hörbehinderung richtet, um diesem leidvollen Phänomen präventiv entgegenzuwirken. Somit besteht zweifellos das Desiderat evaluierter Präventionsprogramme für Kinder mit Hörbehinderung. Die hier vorgelegte Arbeit versteht sich als ein erster wichtiger Schritt, diese Forschungslücke zu schließen, indem zum ersten Mal für den deutschsprachigen Raum ein evidenzbasiertes Präventionsprogramm für diese Zielgruppe konzipiert und evaluiert wurde.

Anknüpfend an das SeMB-Forschungsprojekt, das sich mit der Prävention sexuellen Missbrauchs an Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen Zugängen widmete, wurde im Zuge der hier vorgelegten Untersuchung die Konzeption des Präventionstrainings „STARK mit SAM“ für Kinder mit Hörbehinderung spezifiziert. Um das Präventionstraining mit und für Kinder mit Hörbehinderung zu evaluieren, wurde die im Rahmen des SeMB-Projekts erhobene Stichprobe von $n=46$ auf $N=93$ Kinder mit Hörbehinderung vergrößert. Zudem wurde ein zusätzlicher Messzeitpunkt t_3 erhoben, sodass Langzeiteffekte des Trainings (bis zu 27 Wochen nach der Teilnahme am Präventionstraining) über vier Messzeitpunkte hinweg gemessen werden konnten.

Die initialen forschungsleitenden Fragen konnten im Zuge der Untersuchung beantwortet werden.

(1) Welche methodisch-didaktischen und inhaltlichen Aspekte sollte ein Präventionstraining für Kinder mit Hörbehinderung umfassen, um möglichst hohe Effektivität in Hinblick auf den Zuwachs von Wissen sicherzustellen?

Um ein möglichst effektives Präventionstraining zu konzipieren, wurden Forschungsergebnisse aus den drei Bereichen ‚sexueller Missbrauch‘, ‚Lernvoraussetzungen von Kindern mit Hörbehinderung‘ sowie ‚kindzentrierte Präventionsprogramme‘ systematisch zusammengetragen.

Anknüpfend an die Forschungsergebnisse zu den Risikofaktoren, zu den Täterinnen und Tätern sowie zu Disclosure-Dynamiken wurden die Kerninhalte und Prinzipien des Präventionstrainings determiniert. Auf Basis der analysierten Risikofaktoren liegt es nahe, dass Kinder mit Hörbehinderung Souveränität erlangen müssen, über ihren Körper und Gefühle zu sprechen (z.B. das Benennen von Körperteilen und Gefühlen), um eine kom-

munikative Basis zwischen ihnen und ihren Bezugspersonen zu ermöglichen. Zugleich müssen sie ihre Rechte kennen (z.B. das Recht auf ‚Nein Sagen‘) und diesbezüglich aufgeklärt werden. Darüber hinaus sollten Kindern Regeln vermittelt werden, die Berührungen durch andere Personen klar kategorisieren (z.B. dass das Anfassen an Po, Penis, Scheide oder Brust durch eine erwachsene Person generell verboten ist), um ihnen so mehr Sicherheit im Umgang mit Berührungen zu vermitteln (z.B. auch gegenüber Peers). In diesem Zusammenhang scheint das Benennen von möglichen Hilfspersonen entscheidend, denn aus den vorliegenden Studienergebnissen kann abgeleitet werden, dass das Wissen um kompetente Hilfspersonen im Disclosure-Prozess unterstützend wirkt und diesen teils überhaupt erst ermöglicht.

Die Forschungslage zum Profil der Täterinnen und Tätern bedeutet für die Konzeption des Präventionstrainings, dass sexuelle Missbrauchstaten aller Gruppen von Täterinnen und Tätern thematisiert und im Rahmen des Trainings anhand von fiktiven Personen veranschaulicht werden sollten. Zudem sind die Grooming-Strategien der Täterinnen und Täter aufzugreifen und entsprechende Verhaltensregeln abzuleiten (z.B. ‚Geschenke sind nicht geheim‘ und ‚Angst machen ist verboten‘). Ziel soll es sein zu vermitteln, dass solche Vorkommnisse die Kinder ihren individuell ausgewählten Hilfspersonen mitteilen können und dürfen.

Neben der Aufklärung und Stärkung der Kinder – vor allem durch die Vermittlung von Wissen – sollte das Präventionstraining einen Beitrag zur Enttabuisierung und Entmythisierung des Themas in der Gesellschaft leisten und eine auch kindgerechte Kommunikation über sexuellen Missbrauch im weiteren Sinne fördern. Um über das Training hinaus mit dem Ziel der Prävention für Gesprächsanlässe bzw. eine Gesprächsunterstützung zu sorgen, wird während des Trainings ein Lapbook erstellt, in welchem die Kerninhalte der einzelnen Bausteine niederschwellig und angepasst an die Lernvoraussetzungen der Kinder festgehalten werden. Hier ist z.B. der Einsatz von (Gebärden-)Bildern oder wenig Schriftsprache geplant. Das Lapbook kann von den Kindern einzeln und untereinander sowie von Bezugspersonen gemeinsam mit den Kindern längerfristig genutzt werden, um nachhaltige Effekte zu gewährleisten.

Im Ergebnis besteht das Präventionstraining aus fünf Bausteinen zu den Themen ‚Körper‘, ‚Gefühle‘, ‚Berühren und Anfassen‘, ‚Geheimnisse und Geschenke‘ sowie einem abschließenden sechsten Baustein, der die Kerninhalte der vorherigen fünf Bausteine wiederholend vertieft.

In Anlehnung an Forschungsergebnisse von Studien zu den Lernvoraussetzungen der Kinder sowie zur Effektivität von Präventionsprogrammen wurden die methodische und die materielle Umsetzung des Präventionstrainings bestimmt.

Kinder mit Hörbehinderung werden in der Regel in einer lautsprachlich geprägten, hörenden Majorität sozialisiert. Eine Folge der qualitativen und quantitativen kommunikativen Einschränkung in der Interaktion zwischen hörenden Eltern und ihrem hörbehinderten Kind besteht im Bereich der sowohl gezielten als auch informellen Informationsvermittlung. In Bezug auf die Trainingsentwicklung der beschriebenen Untersuchungen erscheint daher die Kontextualisierung von Informationen als eine *conditio sine qua non*.

Die Sozialisationsbedingungen hörbehinderter Kinder sind eng verknüpft mit deren sprachlicher und kommunikativer Kompetenz. Ausgehend von den recherchierten Erkenntnissen aus empirischen Untersuchungen unterliegt die Konzeption des Trainings zwei Prinzipien: 1. Das Training als auch die Erhebungen werden in Anbetracht der kommunikativen Diversität und Besonderheiten in leichter bzw. gut verständlicher Sprache in LUG durchgeführt, um eine möglichst große Vergleichbarkeit zu erzielen. In Einzelfällen geschieht dies mittels DGS, wenn dies die von den Kindern präferierte sprachliche Modalität darstellt. 2. Die Methoden und Instruktionen beider Bereiche werden an die sprachlichen Voraussetzungen der Kinder angepasst. Das Training enthält keine obligatorischen Texte zum Lesen oder Aufforderungen zum Schreiben. Sprachliche Informationen werden stets durch Visualisierungen unterstützt (Bilder und Filme).

Da die Förderung sprachlicher und kommunikativer Kompetenzen eine der Schlüsselaufgaben in der pädagogischen Praxis darstellt, soll auch das Präventionstraining „STARK mit SAM“ einen Beitrag dazu leisten. Hierfür werden zwei Ansätze verfolgt: Der Wortschatz der Kinder wird in den durch die sechs Bausteine des Trainings behandelten Bereichen ‚Körper‘, ‚Gefühle‘, ‚Berührungen‘, ‚Geheimnisse‘ und ‚Hilfe holen‘ erweitert. Parallel wird die kommunikative Kompetenz der Kinder durch Rollenspiele (z.B. um Hilfe fragen und Hilfe anbieten) trainiert, sodass beide Ansätze unmittelbar korrespondieren.

Angesichts der erhöhten Rate exekutiver Dysfunktionen bei Kindern mit Hörbehinderung wird bei der Konzeption der Trainingsbausteine darauf geachtet, dass einerseits die zu speichernde Informationsmenge möglichst gering gehalten wird, dass andererseits jedoch gleichzeitig alle relevanten Aspekte berücksichtigt werden. Durch die Verwendung möglichst kurzer Sätze sowie Bilder, mittels derer die Informationen zudem visuell dargeboten werden, soll das Aufnehmen neuer Informationen ebenfalls erleichtert werden.

Die Bausteine des Präventionstrainings sind zudem aus mehreren relativ kurzen und kurzweiligen Übungen aufgebaut, um die Konzentration der Kinder aufrecht zu erhalten und ihre Aufmerksamkeitsspanne möglichst nicht auszureizen. Die zu behandelnden Inhalte sollen durch unterschiedliche mediale Zugänge und Handlungen wiederholt und somit gefestigt werden (z.B. durch Bilder, Videos, Nachspielen oder Lieder). Wenn Beispielszenarien besprochen werden, werden neben dem Darstellen aller sprachlichen Informationen durch Bilder diese (teilweise) nachgespielt, um das Hineinversetzen in die Situation bzw. die Gefühls- und Gedankenwelt der Figuren zu erleichtern. Das Wiederholen der prägnanten Bausteinregeln verfolgt das Ziel, dass die Kinder die Kernbotschaft der jeweiligen Bausteine verstehen und annehmen. Darüber hinaus werden die Inhalte eines Bausteins zu Beginn des Trainings zum nächsten Baustein noch einmal wiederholt.

Neben Problemen im exekutiven Bereich weisen Kinder mit Hörbehinderung vielfach Probleme in ihrer sozial-emotionalen Entwicklung auf. Daher könnte die Kompetenz ‚Hilfe holen für sich selbst und andere‘ erschwert sein. Vor diesem Hintergrund erscheint es als *conditio sine qua non*, diese Fähigkeit im Zuge von Rollenspielen einzuüben und die Kinder so oft wie möglich an die Wichtigkeit des Hilfe-Holens für sich und andere zu erinnern. Auch in der Konzeption von „STARK mit SAM“ sollten relevante Aspekte der sozial-emotionalen Entwicklung mit aufgegriffen und ein Beitrag zu deren Förderung geleistet werden. Daher wurde das Präventionstraining vor dem Hintergrund des Empowerment-Ansatzes sowie mit dem Anspruch konzipiert, die Resilienz der Kinder zu fördern sowie prosoziales Verhalten zu unterstützen. Um das Selbstwertgefühl der Kinder zu stärken, wird beispielsweise innerhalb jedes Bausteins das ‚STARK-Lied‘ gesungen. Ziel ist es, die Kinder durch das Lied sowie durch die Übung ‚Das kann ich gut‘ in Baustein 1 und allgemein durch die Vermittlung von Rechten (z.B. ‚Ich kann Hilfe holen.‘) in ihrer Handlungsfähigkeit zu stärken. Ziel ist, dass die Kinder nach Abschluss des Trainings nicht nur über mehr spezifisches Wissen verfügen, sondern auch über den Mut, ihr neu generiertes Wissen anzuwenden (siehe Kapitel 5.3). Entsprechend wird dieses Ziel als Konstrukt unter dem Begriff ‚Wissenszuwachs‘ geführt und überprüft. Zu diesem Zweck wurde neben den Interviews zur Überprüfung des deklarativen Wissens der Kinder der ‚DISYPS-II Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher‘ (FBB-ANZ; Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl 2008) in das Forschungsdesign aufgenommen.

Baustein 2 des Präventionstrainings ist dem Thema ‚Gefühle‘ gewidmet. Hier wird auf den Förderbedarf im Bereich ‚Emotionen Benennen und Zuordnen‘ eingegangen (siehe Kapitel 3.1.5 zur Begründung der Auswahl der Inhalte im Kontext Prävention sexuellen Missbrauchs). Unter Beachtung des oben dargestellten evidenzbasierten Resümées wurde die Auswahl der Gefühle ‚Freude‘, ‚Trauer‘, ‚Wut‘ und ‚Angst‘ sowie als Sammelbegriff für am-

bivalente und komplexe Gefühle, die im Zuge sexuellen Missbrauchs auftreten können, auf das ‚komische Gefühl‘ beschränkt.

Zusammenfassend ist ein großes Augenmerk auf die visuelle Aufmerksamkeit von Kindern mit Hörbehinderung zu legen. Außerdem sollten Inhalte angemessen wiederholt und parallel visuell fixiert werden, damit für Kinder mit Hörbehinderung eine optimale Grundlage geschaffen wird, dem Projektgeschehen aktiv zu folgen.

Dabei ist die visuelle Darstellung der Lerninhalte zwar notwendig, jedoch sollte aufgrund der begünstigten visuellen Ablenkbarkeit von Kindern mit Hörbehinderung ein möglichst reizarmes Design (detailarme Bilder) bevorzugt werden. Auch ist grundsätzlich die verkürzte Aufmerksamkeitsspanne zu bedenken. Daher sollten die Bildergeschichten bzw. Videos so kurz gehalten werden, dass hier keine Überforderung eintritt.

(2) Welche Effektivität kann für das konzipierte Präventionstraining in Hinblick auf den Zuwachs von Wissen festgestellt werden?

Zu den zentralen Ergebnissen der Evaluation zählt, dass zwischen der Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe zu Messzeitpunkt t2 ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Wissens der Kinder verzeichnet werden kann: Die Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, wissen im Vergleich zu den Kindern, die nicht am Präventionstraining teilgenommen haben, signifikant mehr über die Themen ‚Körper‘, ‚Gefühle‘ und ‚Handlungsstrategien‘ für den Umgang mit verbotenen Berührungen.

Der Vergleich zu Messzeitpunkt t0 zeigte in den Wissensbereichen 1, ($z(N=92) = -.86, p = .392$), 2 ($z(N=85) = -.15, p = .878$) und 5 ($z(N=92) = -1.08, p = .28$) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Experimentalgruppe und der Wartekontrollgruppe, wobei die Experimentalgruppe jedoch schlechtere Startwerte im Bereich Wissen aufweist als die Wartekontrollgruppe. Zu Messzeitpunkt t2 konnte jedoch für Bereich 1 ($z(N=86) = -3.15, p = .002$), Bereich 2 ($z(N=87) = -3.00, p = .003$) sowie Bereich 5 ($z(N=86) = -2.57, p = .010$) ein signifikanter Wissenszuwachs verzeichnet werden. Diese Ergebnisse belegen eindeutig, dass die erwünschte Folge ‚Wissenszuwachs‘ durch das Präventionstraining eingetreten ist.

Berechnungen innerhalb der Experimentalgruppe bestätigen einen eindeutigen Effekt für das Training bezüglich des Wissenszuwachses der Kinder.

Auch innerhalb der Experimentalgruppe konnte über die erhobenen vier Messzeitpunkte hinweg bis zu 27 Wochen nach Beendigung des Präventionstrainings ein signifikanter

Wissenszuwachs verzeichnet werden. In Bereich 1 zum Thema ‚Körperteile Benennen‘ bleibt das Ergebnis der Kinder im Follow-up (MZP t1, t2 und t3) zu den drei Messzeitpunkten in etwa identisch hoch im Vergleich zu Messzeitpunkt t0. Über die vier Messzeitpunkte zeigte sich eine signifikante Veränderung, $\chi^2(3) = 45.92$ $p < .001$.

Obwohl das Wissen der Kinder in Bereich 2 zum Thema ‚Gefühle Benennen‘ zu Messzeitpunkt t3 aufgrund des zeitlichen Abstandes zwischen den beiden Messzeitpunkten erwartungsgemäß leicht geringer ist als zu Messzeitpunkt t2 oder t1, zeigt auch die Analyse in diesem Wissensbereich eine signifikante Veränderung über die vier Messzeitpunkte hinweg, $\chi^2(3) = 16.44$ $p < .001$.

Diese Tendenz bestätigen auch die Ergebnisse in Bereich 5 zum Thema ‚Umgang mit einer verbotenen Berührung‘ und ‚Verhalten bei einer verbotenen Berührung‘. Dort konnte eine Steigerung der Ergebnisse von Messzeitpunkt t0 über t1 und t2 bis zu t3 festgestellt werden und damit über die vier Messzeitpunkte hinweg eine signifikante Veränderung, $F(3, 78) = 10.30$, $p < .001$, $\eta^2 = .284$.

Die Ergebnisse der drei Bereiche belegen eindeutig, dass die erwünschte Folge ‚Wissenszuwachs‘ eingetreten ist.

Hierbei muss bedacht werden, dass die positiven Veränderungen auf der Wissensskala keine Rückschlüsse bezüglich einer konkreten Veränderung auf Handlungsebene zulassen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Aufklärung über präventionsrelevante Inhalte und die Reduzierung der Hemmschwelle, über Sexualität und Grenzüberschreitungen zu sprechen, gegenüber den Risikofaktoren, die sexuellen Missbrauch ermöglichen können, relevante Schutzfaktoren darstellen.

(3) Welche Faktoren beeinflussen die Testergebnisse der Kinder im Zusammenhang mit dem Präventionstraining?

Um diese Forschungsfrage zu beantworten wurden pro Bereich mögliche Effekte auf das Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t2 überprüft. Weder das Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0, noch das Alter der Kinder, das Geschlecht der Kinder, der IQ-Wert der Kinder, die Beeinträchtigung der Kinder in Funktionsbereichen, das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder, die kommunikativen Kompetenz der Kinder, der Schweregrad des Hörverlusts der Kinder oder deren Versorgungsalter mit Hörhilfen hatte einen Effekt auf das Wissen der Kinder nach Beendigung des Trainings.

Für den Bereich 1 ‚Körperteile Benennen‘ und den Bereich 2 ‚Gefühle Erkennen‘ zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0 und dem Wissen zu Messzeitpunkt t2, $r_s (N = 58) = .302$, $p = .021$ bzw. $r_s (N = 59) = -.40$, $p = .765$. Als Faktor innerhalb des Regressionsmodells für den Bereich 5 zum Thema ‚Umgang mit einer verbotenen Berührung‘ und ‚Verhalten bei einer verbotenen Berührung‘ ergab aus zahlreichen Kombinationsmöglichkeiten der einzelnen Variablen lediglich der Faktor ‚Wissen der Kinder zu Messzeitpunkt t0‘ einen signifikanten positiven Effekt ($p < .001$). Mit diesem einen Faktor wurde eine Güte von .291 (angepasstes R-Quadrat) erreicht. Mit dem Modell wird also 29 % der Varianz erklärt. Der standardisierte Regressionskoeffizient für das Wissen zu Messzeitpunkt t0 betrug $\beta = .55$.

Da in den drei Bereichen jeweils ein Zeiteffekt festgestellt werden konnte, kann davon ausgegangen werden, dass allein die Teilnahme an „STARK mit SAM“ zu einem signifikanten Wissenszuwachs der Kinder geführt hat.

(4) Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Ängstlichkeit der Kinder als unerwünschte Folge und ihrer Teilnahme am Präventionstraining?

Die Ängstlichkeit der Kinder wurde von ihren Bezugspersonen und ihren Lehrpersonen beurteilt.

Da die Ängstlichkeit der Kinder sowohl von den Bezugspersonen als auch von den Lehrpersonen beurteilt wurde, wurde dieser Bereich auch getrennt analysiert.

Basierend auf den Angaben der Lehrpersonen weisen Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, zu Messzeitpunkt t0 signifikant höhere Werte im Bereich ‚Ängstlichkeit‘ auf als die Kinder, die nicht am Präventionstraining teilgenommen haben, $t(28) = 2.55$, $p = .017$. Zu Messzeitpunkt t2 sind die Ergebnisse der Experimentalgruppe jedoch signifikant niedriger als jene der Wartekontrollgruppe ($t(80) = 2.55$, $p < .001$), wobei die Werte innerhalb der Wartekontrollgruppe sanken, von $M = .96$, $SD = .35$ zu Messzeitpunkt t0 auf $M = .87$, $SD = .23$ zu Messzeitpunkt t2. Innerhalb der Experimentalgruppe war lediglich ein minimaler Anstieg hinsichtlich der Ängstlichkeit zu verzeichnen, von $M = .77$, $SD = .19$ auf $M = .79$, $SD = .20$.

Entgegen den Ergebnissen aus der Befragung der Lehrpersonen unterscheidet sich die Ängstlichkeit der Kinder, die am Präventionstraining teilgenommen haben, basierend auf dem Urteil der Bezugspersonen weder zu Messzeitpunkt t0 ($z(n = 78) = -1.81$, $p = .071$) noch zu Messzeitpunkt t2 ($z(n = 72) = -1.46$, $p = .138$) signifikant von der Ängstlichkeit der Kinder, die nicht am Training teilgenommen haben.

Auch innerhalb der Experimentalgruppe widersprechen sich die Ergebnisse, die auf Basis

der Urteile der Lehrpersonen sowie Bezugspersonen ermittelt wurden, wenngleich beide Ergebnisse über die vier Messzeitpunkte betrachtet nicht signifikant sind, $F(2, 49) = 1.11, p = .323, \eta^2 = .034$ der Lehrpersonen bzw. $(F(2, 38) = .031, p = .348, \eta^2 = .054$ der Bezugspersonen.

Obwohl die Bewertung der Ängstlichkeit der Kinder durch die Lehrpersonen und Bezugspersonen unterschiedlich ausfällt und Widersprüche bestehen (siehe Kapitel 7.1.3), ist die unerwünschte Folge des Präventionstrainings ‚erhöhte Ängstlichkeit‘ nicht eingetreten.

Sowohl im Vergleich zwischen Experimentalgruppe und Wartekontrollgruppe als auch innerhalb der Experimentalgruppe über vier Messzeitpunkte hinweg konnte kein signifikanter Anstieg der Ängstlichkeit der Kinder verzeichnet werden. Unterstrichen wird dieses Ergebnis durch die durchweg positive Beurteilung von „STARK mit SAM“ durch die teilnehmenden Kinder.

Evidenzbasierte und evaluierte Präventionsprogramme für Kinder mit Hörbehinderung sind notwendig. Eine elementare Voraussetzung für eine qualitativ hohe Evaluation bilden jedoch validierte Messinstrumente, welche für diese Zielgruppe bislang nicht ausreichend verfügbar sind. Aus diesem Grund wurde für die hier vorgelegte Untersuchung ein eigener Fragebogen konzipiert sowie der „What If Situation“-Test von Wurtele modifiziert. In zukünftigen Forschungsarbeiten könnten die verwendeten Messinstrumente weiter modifiziert, angepasst und validiert werden, um eine Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung in der Präventionsforschung sowie der praktischen präventiven Arbeit zu erzielen.

Die quantitativen Erhebungen könnten durch qualitative Untersuchungen ergänzt werden. Es könnten beispielsweise Interviews mit den teilnehmenden Kindern, ihren Lehrpersonen und Bezugspersonen durchgeführt werden, um ergänzende Informationen zu erhalten, die bei der Einordnung der quantitativ erhobenen Daten unterstützen können.

Die Qualität der Untersuchung könnte zudem durch Videoaufnahmen der Trainerin, während sie das Präventionstraining durchführt, profitieren. Anhand der Videodokumentation könnten die Kommunikation der Trainerin sowie ihre Implementierung der Manualanweisungen genauer überprüft und die Ergebnisse in die Evaluation mit einbezogen werden.

Generell gilt, dass kindzentrierte Präventionsprogramme einen zentralen und wichtigen, jedoch lediglich einen Teil multiperspektivisch angelegter Präventionsarbeit ausmachen. Wie aus der deutschlandweiten SeMB-Online-Umfrage, an der unter anderem Mitarbeitende von Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation teilnahmen, bekannt ist, sind Schutzkonzepte und die Qualifizierung des schulinternen Personals bislang unzureichend. Der Themenkomplex Sexualität und Prävention sexuellen Miss-

brauchs muss mit obligatorischen Inhalten in die Ausbildung pädagogischer Fachkräften fest integriert werden, sodass schulkonzeptionelle Arbeit erfolgt und relevante Inhalte mit den Kindern systematisch besprochen werden. Schließlich konnte in der hier vorgelegten Untersuchung festgestellt werden, dass die Besprechung der Themen ‚Körperteile‘, ‚Gefühle‘, ‚Berührungen‘, ‚Geheimnisse‘, ‚Nein-Sagen‘, ‚Hilfe‘, ‚Gefahrensituationen‘ und ‚Sexualität‘ für die präventive Arbeit durchaus auch vonseiten der Befragten als relevant angesehen werden. In der Praxis wurden die Themen jedoch weder von den Bezugspersonen noch von den Lehrpersonen intensiv bzw. hinreichend intensiv erarbeitet. Allein dieses Teilergebnis der hier durchgeführten Erhebung deutet auf einen eklatanten Wissensbedarf seitens der Kinder hin, der durch ein geeignetes Präventionstraining gedeckt werden muss.

Kampagnen wie „Schule gegen sexuelle Gewalt“ des UBSKM haben einen hohen Aufforderungscharakter, sich mit dem gesellschaftlich sensitiven Themenkomplex professionell zu beschäftigen. Kampagnen wie diese müssen dringend auch Förderschulen als zentralem Sozialisationsort von Kindern mit Hörbehinderung erreichen, damit dort langfristig und nachhaltig Präventionsprogramme implementiert werden. Auch im Rahmen der Beschulung durch Inklusion muss das Recht hörbehinderter Kinder auf die Teilnahme an geeigneten Präventionsprogrammen verwirklicht sein.

Das Ziel, Kinder mit Hörbehinderung effektiv vor sexuellem Missbrauch zu schützen, kann nur über einen multiperspektivisch gelebten Präventionsansatz verfolgt werden.

Literaturverzeichnis

- Adams, K. & Markham, R. (1991). Recognition of affective facial expressions by children and adolescents with and without mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 96(1), 21-28.
- Alexander, P.A., Schallert, D.L. & Reynolds, R.E. (2009). What is learning anyway? A topographical perspective considered. *Educational Psychologist* 44(3), 176-192.
- Allison, P. (2015). Imputation by predictive mean matching: Promise & peril. Zugriff unter: <https://statisticalhorizons.com/predictive-mean-matching>, abgerufen am 11.07.2018.
- Allroggen, M. (2015). Sexuelle Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen. In: J.M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues & H. Liebhardt (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich (S.383-3)*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Allroggen, M., Rau, T., Spröber, N. & Fegert, J.M. (2012). Sexuelle Gewalt unter Jugendlichen. Erscheinungsformen und Prävalenz. *Nervenheilkunde*, 31, 19-22.
- Amann, G. & Wipplinger, R. (2005a). Prävention von sexuellem Missbrauch – Ein Überblick. In: G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch (S.733-756)*. Tübingen: dgvt.
- Amann, G. & Wipplinger, R. (2005b). Sexueller Missbrauch: Begriffe und Definitionen. In: G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch: Ein Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch (S.24-26)*. Tübingen: dgvt.
- Amann, G. & Wipplinger, R. (2005c). *Sexueller Missbrauch: Ein Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. Tübingen: dgvt.
- Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G. & Hagemann, D. (2006). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- American Academy of Audiology (2010). *Diagnosis, treatment and management of children and adults with central auditory processing disorder*. Reston, VA: American Academy of Audiology.
- Anagnostaki, L., Wright, M.J. & Bouchier-Sutton, A.J. (2010). The semantics of secrecy: Young children's classification of secret content. *The Journal of Genetic Psychology*, 171(4), 279-299.
- Anagnostaki, L., Wright, M.J. & Papathanasiou, A. (2013). Secrets and disclosures: How young children handle secrets. *The Journal of Genetic Psychology*, 174(3), 316-314.
- Anderson, M.L. & Kobek Pezzarossi, C.M. (2012). Is it abuse? Deaf female undergraduates' labeling of partner violence. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(2), 273-186.
- Anderson, M.L. & Leigh, I.W. (2011). Intimate partner violence against deaf female college students. *Violence Against Women*, 17(7), 822-834.
- Anderson, D. & Reilly, J. (2002). The MacArthur communicative development inventory: Normative data for American sign language. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 7(2), 83-106.
- Antia, Shirin D., Kreimeyer, K.H., Metz, K.K. & Spolsky, S. (2011). Peer interactions of deaf and hard-of-hearing children. In: P. Nathan, M. Marschark & P.E. Spencer (Hrsg.). *The Oxford handbook of deaf studies, language, and education, Vol. 1 (S.173-187)*. New York: Oxford University Press.

- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden*. Wiesbaden: Springer.
- Baker, C. & Cokely, D. (1980). *American sign language: A teacher's resource text on grammar and culture*. Silver Spring, Md.: TJ Publishers.
- Balogh, R. (2001). Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(3), 194-201.
- Bange, D. & Deegener, G. (1992). *Sexueller Mißbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen*. Weinheim: Beltz.
- Bange, D. (2002). Definitionen und Begriffe. In: D. Bange & W. Körner (Hrsg.). *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch* (S.47-52). Göttingen: Hogrefe.
- Bange, D. (2004). Definition und Häufigkeit von sexuellem Missbrauch. In: W. Körner & A. Lenz (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch: Band 1: Grundlagen und Konzepte* (S.29-37). Göttingen: Hogrefe.
- Bange, D. (2015). Gefährdungslagen und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen in Bezug auf sexuellen Kindesmissbrauch. In: J.M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues & H. Liebhardt (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (S. 103-108). Berlin: Springer.
- Bange, D. & Deegener, G. (1996). *Sexueller Mißbrauch an Kindern*. Weinheim: Beltz.
- Barger, E., Wacker, J., Macy, R. & Parish, S. (2009). Sexual assault prevention for women with intellectual disabilities: A critical review of the evidence. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(7), 249-262.
- Barker, D.H., Quittner, A.L., Fink, N.E., Eisenberg, L.S., Tobey, E.A., & Niparko, J.K. (2009). Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language, attention, and parent-child communication. *Development and Psychopathology*, 21(2), 373-392.
- Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. & Brähler, E. (2011). *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Baumann, H.-D. L. (2004). Audism: Exploring the metaphysics of oppression. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9(2), 239-246.
- Baumann, H.-D. L. & Murray, J. M. (2009). Reframing: From hearing loss to deaf gain. *Deaf Studies Digital Journal*, 1, 1-10.
- Baumann, H.-D. L. & Murray, J. M. (2014). Deaf Studies in the 21st Century: "Deaf-gain" and the future of human diversity. In: M. Marschark & P.E. Spencer (Hrsg.), *The Oxford handbook of Deaf Studies, language, and education* (S. 210-225). New York: Oxford University Press.
- Baurmann, M.C. (1983). *Sexualität, Gewalt und psychische Folgen. Eine Längsschnittuntersuchung bei Opfern sexueller Gewalt und sexuellen Normverletzungen anhand von angezeigten Sexualkontakten*. Wiesbaden: o.V.
- Beaulieu, M. & McQuiller Williams, L.P., Judy L. (2017). Intimate partner violence in a U.S. college sample: Do auditory status and gender predict victimization? *Psychology*, 8, 387-411.
- Beauftragte der Bundesregierung für Belange behinderter Menschen (2014). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Belange behinderter Menschen.

- Becker, C. (2009). Narrative competences of deaf children in German sign language. *Sign Language & Linguistics*, 12(2), 113-160.
- Becker, C. & Krausmann, B. (2016). Das Unterrichtsfach Deutsche Gebärdensprache in deutschen Schulen – Aktueller Stand. *Das Zeichen*, 30, 252-267.
- Becker, C. & von Meyenn, A. (2012). Phonologie: Der Aufbau gebärdensprachlicher Zeichen. In: H. Eichmann, M. Hansen & J. Heßmann (Hrsg.). *Handbuch Deutsche Gebärdensprache* (S. 31-59). Hamburg: Signum.
- Beer, J., Kronenberger, W.G. & Pisoni, D.B. (2011). Executive function in everyday life: implications for young cochlear implant users. *Cochlear Implants International*, 12 Suppl 1, 89-91.
- Beer, J., Kronenberger, W.G., Castellanos, I., Colson, B.G., Henning, S.C. & Pisoni, D.B. (2014). Executive functioning skills in preschool-age children with cochlear implants. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 57(4), S. 1521-1534.
- Belhadj Kouider, E. & Petermann, F. (2015). Gemeinsame Risikofaktoren von depressiver und ängstlicher Symptomatik im Kindes- und Jugendalter. Ein systematisches Review aus transdiagnostischer Perspektive. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 83, 321-333.
- Bellmann, J. & Müller, T. (2011a). *Wissen, was wirkt. Kritik evidenzbasierter Pädagogik*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bellmann, J. & Müller, T. (2011b). Evidenzbasierte Pädagogik – ein Déjà-vu? Einleitende Bemerkungen zur Kritik eines Paradigmas. In: J. Bellmann & T. Müller (Hrsg.). *Wissen, was wirkt. Kritik evidenzbasierter Pädagogik* (S. 9-32). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bender, R., Lange, S. & Ziegler, A. (2007). Multiples Testen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132(1), e26-e29.
- Benesch, C., Görtz-Dorten, A., Breuer, D. & Döpfner, M. (2013). Erfassung aggressionsauslösender und -aufrechterhaltender Faktoren bei Kindern mit oppositionellen und aggressiven Verhaltensstörungen im Eltern-, Lehrer- und Selbsturteil. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42(4), 269-279.
- Berliner Fachrunde gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen und Jungen (2008). *„Edel sei das Opfer – hilflos und gut?“ – Dokumentation des Symposiums am 25. Juni 2007*. Berlin: Wildwasser Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen e.V..
- Berrick, J.D. & Barth, R.P. (1992). Child sexual abuse prevention: Research review and recommendations. *Social Work Research and Abstracts*, 28, 6-15.
- Bevill, A.R. & Gast, D.L. (1998). Social safety for young children. A review of the literature on safety skills instruction. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18(4), 222-234.
- Bienstein, P., Verlinden, K. & Paschke, S. (in Druck). *Prävention sexuellen Missbrauchs an Kindern und Jugendlichen mit Behinderung – Ein Trainingsmanual zur Fortbildung von pädagogischen Fachkräften*. Göttingen: Hogrefe.
- Bienstein, P., Verlinden, K., Urbann, K., Paschke, S., Scharmanski, S., Nietzschmann, C., Scheliga, L. & Klimke, C. (2016). *Schlussbericht des Forschungsprojektes Vorbeugen und Handeln: Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen mit Behinderung*. Unveröffentlichter Projektbericht. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.

- Bienstein, P., Urbann, K. & Verlinden, K. (in Druck). *Prävention sexuellen Missbrauchs an Kindern und Jugendlichen mit Behinderung. Das Präventionstraining „STARK mit SAM“*. Göttingen: Hogrefe.
- Bildungsserver Berlin Brandenburg (o.J.). *Lapbook*. Ludwigsfelde-Struveshof: Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg. Zugriff unter: <http://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/themen/sprachbildung/lesecurriculum/lesen-im-unterricht/lesen-im-deutschunterricht/leseprozesse/lesen-lapbook/>, abgerufen am 11.07.2018.
- Binder, R. & McNeil, D. (1986). *Evaluation of a school-based sexual abuse prevention program: Cognitive and emotional effects*. Washington, DC: Paper presented at the 1986 Annual Meeting of the American Psychiatric Association.
- Bizer, S. & Karl, A.-K. (2002). *Entwicklung eines Wortschatztests für gehörlose Kinder im Grundschulalter in Gebärdens-, Schrift- und Lautsprache*. Dissertation. Universität Hamburg.
- Blumberg, E. J. (1991). The touch discrimination component of sexual abuse prevention training: Unanticipated positive consequences. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(1), 12-28.
- Blackorby, J. & Knokey, A.-M. (2006). *A national profile of students with hearing impairments in elementary and middle school: A special topic report from the special education elementary longitudinal study*. Menlo Park, CA: SRI International.
- Blamey, P.J. & Sarant, J.Z. (2011). Development of spoken language by deaf children. In: M. Marschark & P.E. Spencer (Hrsg.). *The Oxford handbook of deaf studies, language, and education, Vol. 1*. (S. 241-257). New York: Oxford University Press.
- Bloom, M., Fischer, J. & Orne, J.G. (2009). *Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional*. New York: Pearson.
- Booth, A., Sutton, A. & Papioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a successful literature review*. London: SAGE.
- Bornstein, H. (1974). Signed English: A manual approach to English language development. *Journal of Speech and hearing Disorders*, 39, 330-343.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Bottoms, B., Goodman, G.S., Schwartz-Kenney, B.M. & Thomas, S.N. (2002). Understanding children's use of secrecy in the context of eyewitness reports. *Law and Human Behavior*, 26(3), 285-313.
- Bowlby, J., Endres, M. & Ainsworth, M.D. (2010). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. München: Ernst Reinhardt.
- Bowi, U. & Kruse, J. (2007). *Abschlussbericht. Evaluation der Präventionsmaßnahme „Mein Körper gehört mir“ zur Vorbeugung des sexuellen Missbrauchs an Grundschulen der Landeshauptstadt Düsseldorf Januar 2006-Oktober 2007*. Düsseldorf: Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf.
- Braden, J.P., Kostrubala, C.E. & Reed, J. (1994). Why do deaf children score differentially on performance vs. motor-reduced nonverbal intelligence tests? *Journal of Psychological Assessment*, 12(4), 357-363.
- Brandl, S.Y., Vogelsang, V., Bäumer, E. & Schneider, N. (in Vorbereitung). Präventionsmaterialien - Dimensionen dialogischer Qualität von primärpräventiver Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: Dekker, A., Henningsen, A., Retkowski, A., Voß, H.-J. &

- Wazlawik, M. (Hrsg.). *Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in pädagogischen Kontexten. Aktuelle Forschungen und Reflexionen*. Berlin: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Braun, G. (1995). *Gegen sexuellen Mißbrauch an Mädchen und Jungen*. Köln: AJS.
- Braun, G. & Keller, M. (1989). *Ich sag NEIN: Arbeitsmaterialien gegen den sexuellen Mißbrauch an Mädchen und Jungen*. Mülheim: Verlag an der Ruhr.
- Briggs, F. (1991). Keeping ourselves safe: A personal safety curriculum examined. *SET*, 2. Wellington: New Zealand Council for Educational Research.
- Briggs, F. & Hawkins, R.M. (1994a). Follow-up data on the effectiveness of the New Zealand's national school based child protection program. *Child Abuse and Neglect*, 18, 635-643.
- Briggs, F. & Hawkins, R.M. (1994b). Follow-up study of children of 5–8 years using child protection programs in Australia and New Zealand. *Early Child Development and Care*, 100, 111-117.
- Brilleslijper-Kater, S.N. & Baartman, H.E.M. (2000). What do young children know about sex? Research on the sexual knowledge of children between the ages of 2 and 6 years. *Child Abuse Review*, 9, 166-182.
- British Society of Audiology (2011). *Auditory processing disorder*. Reading: British Society of Audiology.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium.
- Bundeskriminalamt. (2010). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2010 Bundesrepublik Deutschland (58)*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Bundesministerium des Innern (2017). *Bericht zur Polizeilichen Kriminalstatistik 2016*. Berlin: Bundesministerium des Innern.
- Bundesministerium der Justiz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2012). *Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich*. Berlin: Die Bundesregierung.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2016). *Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in pädagogischen Kontexten. Forschung zu Prävention und Schutzkonzepten*. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Bundschuh, C. (2010). *Sexualisierte Gewalt gegen Kinder in Institutionen. Nationaler und internationaler Forschungsstand*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Burger, T. & Schmidt-Haupt, I. (2008). „Hörgeschädigt plus X“ – alles wie schon immer oder neue Herausforderungen für die Schule für Hörgeschädigte? *Hörgeschädigten-Pädagogik*, 6, 226-230.
- Burgsmüller, C. & Tilmann, B. (2010). *Abschlussbericht über die bisherigen Mitteilungen über sexueller Ausbeutung von Schülern und Schülerinnen an der Odenwaldschule im Zeitraum 1960 bis 2010*. Wiesbaden. Zugriff unter: http://www.anstageslicht.de/fileadmin/user_upload/Geschichten/Missbrauch_-_eine_unendliche_Geschichte_auch_in_Deutschland/OSO_Abschlussbericht2010.pdf, abgerufen am 11.07.2018.
- Burton, D. (2002). A social learning theory comparison of the sexual victimization of adolescent sexual offenders and nonsexual offending male delinquents. *Child Abuse & Neglect*, 26(9), 893-907.

- Calgary Sexual Assault Centre (1983). *Who do you tell*. Calgary: Calgary Sexual Assault Centre.
- Carey-Sargeant, C.L. & Brown, P.M. (2005). Reciprocal utterances during interactions between deaf toddlers and their hearing mothers. *Deafness & Education International*, 7(2), 77-97.
- Casper, R. (1999). Characteristics of children who experience positive or negative reactions to sexual abuse programs. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7(4), 97-113.
- Castellanos, I., Kronenberger, W.G., Beer, J., Colson, B.G., Henning, S.C., Ditmars, A. & Pisoni, D.B. (2015). Concept formation skills in long-term cochlear implant users. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 20(1), 27-40.
- Cawthon, S. (2011). Test item linguistic complexity and assessments for deaf students. *American Annals of the Deaf*, 156(3), 255-269.
- Ching, T.Y., Dillon, H., Marnane, V., Hou, S., Day, J., Seeto, M., Crowe, K., Street, L., Thomson, J., Van Buynder, P., Zhang, V., Wong, A., Burns, L., Flynn, C., Cupples, L., Cowan, R.S., Leigh, G., Sjahalam-King, J. & Yeh, A. (2013). Outcomes of early- and late-identified children at 3 years of age: Findings from a prospective population-based study. *Ear and Hearing*, 34(5), 535-552.
- Chodan, W., Häbler, F. & Reis, O. (2014). Programme zur Prävention von sexuellem Missbrauch von Menschen mit geistiger Behinderung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63, 82-98.
- Chodan, W., Häbler, F. & Reis, O. (2017). A randomized controlled trial on the effectiveness of a sexual abuse prevention programme for girls with intellectual disabilities: study protocol. *Translational Developmental Psychiatry*, 5(1), 1407192.
- Chodan, W., Reis, O. & Häbler, F. (2015). Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung. In: J.M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues & H. Liebhardt (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (S. 407-420). Berlin: Springer.
- Chomsky, N. (1957). *Syntactic Structures*. Mouton: The Hague.
- Church, P. (1983). *Good-Touch/ Bad-Touch Program*. O.O.: O.V.
- Clark, D., Hauser, P.C., Miller, P., Kargin, T., Rathmann, C., Guldenoglu, B., Kubus, O., Spurgeon, E. & Israel, E. (2016). The importance of early sign language acquisition for deaf readers. *Reading & Writing Quarterly*, 32(2), 127-151.
- Cokely, D. (1990). The effectiveness of three means of communication in the college classroom. *Sign Language Studies*, 69, 415-442.
- Coe, R. (1999). *Manifesto for evidence-based education*. Zugriff unter: www.cem.org/attachments/ebe/manifesto-for-ebe.pdf, abgerufen am 11.07.2018.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Collings, S.J. (1997). Development, reliability, and validity of the child sexual abuse myth scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(5), 665-674.
- Committee for Children (1985/2001). *Talking about touching. A personal safety curriculum*. Seattle, WA: Committee for Children.
- Conte, J.R., Rosen, C. & Saperstein, L. (1985). An evaluation of a program to prevent the sexual victimization of young children. *Child Abuse & Neglect*, 9(3), 319-328.

- Conway, C.M., Pisoni, D.B., Anaya, E.M., Karpicke, J. & Henning, S.C. (2011). Implicit sequence learning in deaf children with cochlear implants. *Developmental Science*, 14(1), 69-82.
- Cook, T.D. & Payne, M.R. (2002). Objecting to the objections to using random assignment in educational research. In: F.B. Mosteller, R. (Hrsg.). *Evidence matters. Randomized trials in education research*. (S. 155-178). Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- Cooper, S. (1991). *New strategies for free children: A child abuse prevention for elementary schoolchildren*. Columbus, OH: The National Assault Prevention Centre.
- Corbin, A. (1997). *Die sexuelle Gewalt in der Geschichte*. Frankfurt/M.: Wagenbach Klaus GmbH.
- Cormier, K., Schembri, A. Vinson, D. & Orfanidou, E. (2012). First language acquisition differs from second language acquisition in prelingually deaf signers: Evidence from sensitivity to grammaticality judgement in British sign language. *Cognition*, 124(1), 50-65.
- Cox, A.D. (1998). Preventing child abuse: A review of community-based projects II: Issues arising from reviews and future trends directions. *Child Abuse Review*, 7, 30-43.
- Crosse, S.B., Kaye, E. & Ratnofsky, A.C. (1992). *A report on the maltreatment of children with disabilities*. Washington D.C.: National Center on Child Abuse and Neglect.
- Crossmaker, M. (1991). Behind locked doors – Institutional sexual abuse. *Sexuality and Disability*, 9(3), 201-219.
- Curry, M.A., Renker, P., Robinson-Whelen, S., Hughes, R.B., Swank, P., Oswald, M. & Powers, L.E. (2011). Facilitators and barriers to disclosing abuse among women with disabilities. *Violence and Victims*, 26(4), 430-444.
- Dahlgren, S., Dahlgren Sandberg, A. & Hjelmquist, E. (2003). The non-specificity of theory of mind deficits: Evidence from children with communicative disabilities. *European Journal of Cognitive Psychology*, 15(1), 129-155.
- Dahlgren, S., Dahlgren Sandberg, A. & Larsson, M. (2010). Theory of mind in children with severe speech and physical impairments. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 617-624.
- 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.
- Damrow, M.K. (2006). *Sexueller Kindesmissbrauch. Eine Studie zu Präventionskonzepten, Resilienz und erfolgreicher Intervention*. Weinheim und München: Juventa.
- Daro, D. (1994). Prevention of child sexual abuse. *The Future of Children Journal*, 4(2), 198-223.
- Davis, K. & Gildycz, C.A. (2000). Child sexual abuse prevention programs: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 257-265.
- Davis, J.L. & Petretic-Jackson, P. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 291-328.
- Day [Spencer], P. (1986). Deaf children's expressions of communicative intentions. *Journal of Communication Disorders*, 19, 367-385.
- Deegener, G. (1995). *Sexueller Mißbrauch: Die Täter*. Weinheim: Psychologie Verlag Union.

- DeMarni Cromer, L. & Goldsmith, R.E. (2010). Child sexual abuse myths: Attitudes, beliefs, and individual differences. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(6), 618-647.
- Denham, S. A. & Couchoud, E. A. (1990). Young preschoolers' understanding of emotions. *Child Study Journal*, 20(3), 171-192.
- de Santana, C.C.V.P.; de Souza, W.C. & Feitosa, M.A.G. (2014). Recognition of facial emotional expressions and its correlation with cognitive abilities in children with Down syndrome. *Psychology & Neuroscience*, 7(2), 73-81.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (2015). *Leitlinie Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie*. Göttingen: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2013). *ICD-10-WHO*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Dietzel, A. (2002). „Sexuelle Gewalt gegen gehörlose Mädchen und Jungen“ Möglichkeiten der präventiven Arbeit an der Gehörlosenschule. Dissertation, Universität zu Köln.
- Dietzel, A. (2004). *Gehörlos – sprachlos – missbraucht*. Hamburg: Dr. Kovač.
- Diller, G. & Grasner, P. (2009). Zur Rolle des Arbeitsgedächtnisses im Sprachlernprozess von Kindern mit Cochlea-Implantat. *Zeitschrift für Audiologie*, 48(1), 6-14.
- Dobosh, P.K. (1999). *The use of the Trauma Symptom Inventory with deaf individuals who have experienced sexual abuse and assault*. Unveröffentlichte Dissertation, Gallaudet University, Washington, DC.
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G. (2008). *DISYPS-II Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DMS-IV für Kinder und Jugendliche – II*. Bern: Huber.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Downer, A. (1986). Evaluation of „Talking About Touching“. Seattle: Committee for Children.
- Drechsler, R. (2007). Exekutive Funktionen. Übersicht und Taxonomie. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 18, 233-248.
- Durkin, K. & Jeffery, L. (2000). The salience of the uniform in young children's perception of police status. *Legal and Criminological Psychology*, 5, 47-55.
- Dyck, M.J. (2012). The ability to understand the experience of other people: Development and validation of the emotion recognition scales. *Australian Psychologist*, 47, 49-57.
- Dyck, M.J. & Denver, E. (2003). Can the emotion recognition ability of deaf children be enhanced? A pilot study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(3), 348-356.
- Dye, M.W.G., Hauser, P. & Bavelier, D. (2008). Visual attention in deaf children and adults: Implications for learning environments. In: M. Marschark & P. Hauser (Hrsg.). *Deaf Cognition* (S. 250-263). New York: Oxford University Press.
- Echterhoff, W. (2014). Wissenserwerb. In: M.A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (S. 1675). Bern: Hogrefe.

- Egemo-Helm, K.R., Miltenberger, R.G., Knudson, P., Finstrom, N., Jostad, C. & Johnson, B. (2007). An evaluation of *in situ* training to teach sexual abuse prevention skills to women with mental retardation. *Behavioral Interventions*, 22(2), 99-119.
- Egli-Alge, M. (2010). *Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter mit besonderer Berücksichtigung Minderbegabter*. In: P. Briken, A. Spehr, G. Romer & W. Berner (Hrsg.), *Sexuell grenzverletzende Kinder und Jugendliche* (S. 210-224). Lengerich: Pabst.
- Eitner, J. (2008). *Zur Psychologie und Soziologie von Menschen mit Hörschädigung*. Median: Heidelberg.
- Elliott, M. (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse & Neglect*, 19(5), 579-594.
- Enders, C K. (2010). *Applied missing data analysis*. New York, London: Guilford Press.
- Enders, U. (2001). *Zart war ich, bitter war's: Handbuch gegen sexuellen Missbrauch*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Epkins, C.C. & Heckler, D.R. (2011). Integrating etiological models of social anxiety and depression in youth: Evidence for acumulative interpersonal risk model. *Clinical Child and Family Psychology review*, 14, 329-376.
- Erdoğan, A. (2011). Characteristic features of perpetrators of sexual abuse on children and adolescents in four different regions of Turkey. *Anadolu Psikiyatri Dergisi Anatolian Journal of Psychiatry*, 12(1), 55-61.
- Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Empowerment bei Kindern und Jugendlichen – die Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen und persönlicher Autonomie für die subjektive Gesundheit. *Gesundheitswesen*, 70(12), 721-729.
- Fachberatungsstelle Zartbitter (o.J.). *Für Menschen mit Hörbehinderung*. Münster: Fachberatungsstelle Münster. Zugriff unter: www.muenster.org/zartbitter/cms/beratung/fuer-hoergeschaedigte-menschen, abgerufen am 04.06.2017.
- Fagan, M.K., Pisoni, D.B., Horn, D.L. & Dillon, C.M. (2007). Neuropsychological correlates of vocabulary, reading, and working memory in deaf children with Cochlear implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(4), 461-471.
- Falkman, K.W., Dahlgren Sandberg, A. & Hjelmquist, E. (2005). Theory of mind in children with severe speech and physical impairment (SSPI): A longitudinal study. *International Journal of Disability, Development and Education*, 52(2), 139-157.
- Fegert, J.M. (1991). Glaubensbekenntnis und Gruppenjargon: Streitpunkte und Standpunkte zur Diskussion um "Sexuellen Missbrauch". In: D. Janshen (Hrsg.), *Sexuelle Gewalt: Die allgegenwärtige Menschenrechtsverletzung* (S. 47-85). Frankfurt am Main: Zweitausendeins.
- Fegert, J.M. (2001). *Begutachtung sexuelle missbrauchter Kinder. Fachliche Standards im juristischen Verfahren*. Neuwied: Luchterhand.
- Fegert, J.M., Hoffmann, U., Spröber, N. & Liebhardt, H. (2013). Child sexual abuse. Epidemiology, clinical diagnostics, therapy, and prevention. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(2), 199-207.
- Fegert, J.M., Rassenhofer, M., Schneider, T., Seitz, A. & Spröber, N. (2013). *Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Feldmann, H. (2006). *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes*. Stuttgart: Georg Thieme.

- Fergusson, D.M., McLeod, G.F. & Horwood, L.J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse and Neglect*, 37(9), 664-674.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS*. Los Angeles: Sage.
- Figueras, B., Edwards, L. & Langdon, D. (2008). Executive function and language in deaf children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13(3), 362-377.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (2007). Commentary: Prevention of sexual abuse through educational programs directed towards children. *Pediatrics*, 120, 640-645.
- Finkelhor D. & Dziuba-Leatherman, J. (1995). Victimization prevention programs: A national survey of children's exposure and reactions. *Child Abuse & Neglect*, 19, 129-139.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, J.A. & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factor. *Child Abuse and Neglect*, 14, 19-28.
- Finkelhor, D. & Strapko, N. (1992). Sexual abuse prevention education: A reviews of evaluation studies. In: D.J. Willis, E.W. Holden & M. Rosenberg (Hrsg.), *Prevention of child maltreatment: Developmental and ecological perspectives* (S. 150-167). New York: John Wiley & Sons.
- Fisseni, H.-J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Fontes, L.A. (2005). *Child abuse and culture: Working with diverse families*. New York: Guilford Press.
- Förderverein Kinderschutzportal e.V. (2018). *Präventionsthemen*. Warendorf: Förderverein Kinderschutzportal e.V. Zugriff unter: <http://www.schulische-praevention.de/medien/praeventionsmaterialien/auswahl-von-material/>, abgerufen am 11.07.2018.
- Francavillo, G.S.R. (2009). *Sexuality education, sexual communication, rape myth acceptance, and sexual assault experience among deaf and hard of hearing college students*. Dissertation, University of Maryland, USA.
- Freisthler, B., Merritt, D.H. & Lascala, E.A. (2006). Understanding the ecology of child maltreatment: A review off he literature and directions for future research. *Child maltreatment*, 11(3), 263-280.
- Fries, S., Herzer, A., Meyer, C.-L., Murach, S. & Schmitz, H. (2013). Stell dir vor, es gibt Hilfe – und keine geht hin. *Das Zeichen*, 95, 442-449.
- Fries, S. & Schröttle, M. (2014). *Diskriminierung- und Gewalterfahrungen im Leben gehörloser Frauen*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Fryer Jr, G.E., Kraizer, S.K. & Miyoshi, T. (1987). Measuring actual reduction of risk to child abuse: A new approach. *Child Abuse & Neglect*, 11(2), 173-179.
- Galea, J., Butler, J., Iacono, T. & Leighton, D. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(4), 350-365.
- Gannon, T.A. & Rose, M.R. (2008). Female child sexual offenders: Towards integrating theory and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 13 (6), 442-461.
- Garbarino, J. (1987). Children's response to a sexual abuse prevention program: A study of the spiderman comic. *Child Abuse and Neglect*, 11, 143-148.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung*. Zugriff unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1352/HilfsM-RL_2016-11-24_iK-2017-02-17.pdf, abgerufen am 08.05.2017.
- Gerkens, G. & Deutscher Gehörlosenbund (1996). *Gehörlose Frauen 95. Dokumentation einer bundesweiten Fragebogenaktion zur Situation gehörloser Frauen in Deutschland*. Kiel: Deutscher Gehörlosen-Bund e.V.
- Gigerenzer, G. (2014). Kognition. In: M.A. Wirtz (Hrsg.). *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (S. 886). Bern: Hogrefe.
- Gibbs, L.E. & Gambrill, E. (2002). Evidence-based practice: Counterarguments to objections. *Research on Social Work Practice, 12*, 452-476.
- Gibson L.E. & Leitenberg, H. (2000). Child sexual abuse prevention programs: Do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect, 24*, 1115-1125.
- Glickman, N.S., Gulati, S. (2003). *Mental health care of deaf people: A culturally affirmative approach*. London: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Gonzalez, A., Quintana, I., Barajas, C. & Linero, M.J. (2007). The role of age and oral lexical competence in false belief understanding by children and adolescents with hearing loss. *Volta Review, 107*(2), 123-129.
- Gordon, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports, 98*(2), 107-109.
- Goss, R.N. (1970). Language used by mothers of deaf children and mothers of hearing children. *American Annals of the Deaf, 115*, 93-99.
- Gotthardt-Pfeiff, U. (1991). *Gehörlosigkeit in Ehe und Familie*. Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag.
- Gray, C., Hosie, J., Russell, P., Scott, C. & Hunter, N. (2007). Attribution of emotions to story characters by severely and profoundly deaf children. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 19*(2), 145-159.
- Greenberg, M.T.C., Rosemary & Kusché, Carol. (1984). Early intervention using simultaneous communication with deaf infants: The effect on communication development. *Child Development, 55*, 607-616.
- Grimm, C. & Montgomery, B. (1980). *Red flag, green flag people: A personal safety program for children*. Facilitator's program guide. Fargo, ND: Rape & Abuse Crisis Center.
- Große, K.-D. (2003). *Das Bildungswesen für Hörbehinderte in der Bundesrepublik Deutschland: Daten und Fakten zu Realitäten und Erfordernissen*. Heidelberg: Winter (Edition S).
- Gross, T.F. (2004). The perception of four basic emotions in human and nonhuman faces by children with autism and other developmental disabilities. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*(5), 469-480.
- Gründer, M. (2009). *Äpfel schmecken besser als Angst*. Berlin: Lit Verlag.
- Grünke, M. (2003). *Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen in Schulen für Lernbehinderte : Eine Evaluation dreier Programme zur Steigerung der psychischen Widerstandsfähigkeit*. Lengerich: Pabst.
- Guardino, C. & Cannon, J.E. (2015). Theory, research, and practice for students who are deaf and hard of hearing with disabilities: Addressing the challenges from birth to postsecondary education. *American Annals of the Deaf, 160*(4), 347-355.

- Gudjons, H. (2012). *Pädagogisches Grundwissen*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Günther, K.-B.; Hänel-Faulhaber, B. & Hennies, J. (2009). Bilinguale Frühförderung hochgradig hörgeschädigter Kinder – Entwicklungstheoretische Grundlagen und frühe pädagogische Bildungspraxis. *Frühförderung Interdisziplinär*, 4, 179-186.
- Gustason, G. (1990). Signing exact English. In: H. Bornstein (Hrsg.). *Manual communication. Implications for education* (S. 108-127). Washington, D.C.: Gallaudet University Press.
- Gutman, V. (2002). *Ethics in mental health and deafness*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Guy, R., Nicholson, J., Pannu, S.S. & Holden, R. (2003). A clinical evaluation of ophthalmic assessment in children with sensori-neural deafness. *Child Care Health Development*, 29(5), 377-384.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Vist, G.E., Liberati, A. & Schünemann, H.J. (2008). Going from evidence to recommendations. *The British Medical Journal*, 336, 1049.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Jaeschke, R., Helfand, M., Liberati, A., Vist, G.E. & Schünemann, H.J. (2008). Incorporating contions of resources use into grading recommendations. *The British Medical Journal*, 336, 1170.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P. & Schünemann, H.J. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *The British Medical Journal*, 336, 924.
- Hagermoser, L.M., & Collier-Meek, M.A. (2017). Treatment integrity: Evidence-based interventions in applied settings. In: L.A. Theodore (Hrsg.), *Handbook of evidence-based interventions for children and adolescents*. New York: Springer Puplicing Company.
- Hagermoser Sanetti, L.M. & DiGennaro Reed, F.D. (2012). Barriers to implementing treatment integrity procedures in school psychology research: Survey of treatment Outcome Researchers. *Assessment for Effective Intervention*, 37(2), 195-202.
- Hänel, B. (2005). *Der Erwerb der Deutschen Gebärdensprache als Erstsprache: Die frühkindliche Sprachentwicklung von Subjekt- und Objektverbkongruenz in DGS*. Tübingen: Gunter Narr.
- Hänel-Faulhaber, B. (2012). Gebärdenspracherwerb: Natürliches Sprachenlernen Gehörloser Kinder. In: H. Eichmann; M. Hansen & J. Heßmann. *Handbuch Deutsche Gebärdensprache. Sprachwissenschaftliche und anwedungsbezogene Perspektiven*. (S. 293-310). Hamburg: Signum.
- Harbour, R. & Miller, J. (2001). A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *The British Medical Journal*, 323(7308), 334-336.
- Harris, M.S., Kronenberger, W.G., Gao, S., Hoen, H.M., Miyamoto, R.T., Pisoni, D.B. (2013). Verbal short-term memory development and spoken language outcomes in deaf children with cochlear implants. *Ear Hear*, 34(2), 179-192.
- Hartwig, L. (1990). *Sexuelle Gewalterfahrungen von Mädchen. Konfliktlagen und Konzepte mädchenorientierter Heimerziehung*. Weinheim: Juventa.
- Harvey, P., Forehand, R., Brown, C. & Holmes, T. (1988). The prevention of sexual abuse: Examination of the effectiveness of a program with kindergarten-age children. *Behavior Therapy*, 19, 429-435.
- Hasselhorn, M. & Gold, A. (2009). *Pädagogische Psychologie: Erfolgreiches Lehren und Lernen*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Haug, T. (o.J.). *Sign language assessment instruments*. Zugriff unter: www.signlang-assessment.info, abgerufen am 11.07.2018.
- Haug, T. (2011). *Adaption and evaluation of a German sign language test. A computer-based receptive skills tests for deaf children aged 4-8 years old*. Hamburg: Hamburg University Press.
- Haug, T. & Hintermair, M. (2003). Ermittlung des Bedarfs von Gebärdensprachtests für gehörlose Kinder. Ergebnisse einer Pilotstudie. *Das Zeichen*, 64, 220-229.
- Haug, T. & Mann, W. (2008). Adapting tests of sign language assessment for other sign languages: A review of linguistic, cultural, and psychometric problems. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13, 343-361.
- Haug-Schnabel, G. & Bensel, J. (2017). *Grundlagen der Entwicklungspsychologie: Die ersten 10 Jahre*. Freiburg: Herder.
- Hauser, P.C. & Marschark, M. (2008). What we know and what we don't know about cognition and deaf learners. In: M. Marschark & P. C. Hauser. *Deaf cognition: Foundations and outcomes*. New York: Oxford University Press, 439-458.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaemser, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 8(17), 287-294.
- Hawker, K., Ramirez-Inscoe, J., Bishop, D.V.M., Twomney, T., O'Donoghue, G. & Moore, D.R. (2008). Disproportionate language impairment in children using cochlear implants. *Ear and Hearing*, 29(3), 467-471.
- Hayashino, D. ., Wurtele, S.K. & Klebe, K.J. (1995). Child molesters an examination of cognitive factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 106-116.
- Hazzard, A., Kleemeier, C. & Webb, C. (1990). Teacher versus expert presentations of sexual abuse prevention programs. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 23-36.
- Hazzard, A., Webb, C., Kleemeier, C., Angert, L. & Pohl, J. (1991). Child sexual abuse prevention: Evaluation and one-year follow-up. *Child Abuse & Neglect*, 15(1-2), 123-138.
- Hébert, M., Lavoie, F., Piché, C. & Poitras, M. (2001). Proximate effects of a child sexual abuse prevention program in elementary school children. *Child Abuse & Neglect*, 25, 505-522.
- Heidotting, T., Keiffer, S. & Wegener Soled, S. (1994). *A quantitative synthesis of child sexual abuse prevention programs*. Proceedings from annual meeting of the American Educational Research Association, New Orleans.
- Heinecke, S. (2001). *Wissen macht frei: Sozial- und sexualpädagogische Unterstützung für gehörlose junge Frauen auf dem Weg zur weiblichen Selbstbestimmung*. Diplomarbeit, Fachhochschule Potsdam.
- Heinecke-Müller, M. (2014). Wissen. In: M.A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (S. 1673). Bern: Hogrefe.
- Helming, E., Kindler, H., Langmeyer, A., Mayer, M., Mosser, P., Entleitner, C., Schutter, S. & Wolff, M. (2011). *Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Hensley, B.H. & Soled, S.W. (1993). *Retention of second graders' knowledge and skills one year after a brief primary sexual abuse prevention program*. Cincinnati, OH: University of Cincinnati, College of Education.
- Herrmann, B. & Deutscher Gehörlosenbund e.V. (2011). *Mein Kind. Ein Ratgeber für Eltern mit einem hörbehinderten Kind*. Berlin: Deutscher Gehörlosenbund e.V.

- Herschelmann, M. (2009). Prävention sexueller Gewalt an Mädchen und Jungen in Grundschulen - Erfahrungen und Empfehlungen aus zehn Jahren praktischer Arbeit. *BZgA-Forum*, 3, o.S.
- Hershkowitz, I., Lanes, O. & Lamb, M. E. (2007). Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse and Neglect*, 31(2), 111-123.
- Herzog, W. (2011). Eingeklammerte Praxis - ausgeklammerte Profession. eine Kritik der evidenzbasierten Pädagogik. In J. Bellmann & T. Müller (Hrsg.), *Wissen, was wirkt. Kritik evidenzbasierter Pädagogik* (S. 123-145). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heynen, S. (2000). *Vergewaltigt. Die Bedeutung subjektiver Theorien für Bewältigungsprozesse nach einer Vergewaltigung*. Weinheim: Juventa.
- Hilgard, E.R. & Bower, G.H. (1966). *Theory of learning*. New York: Appleton-Century-Crofts (deutsch 1970: Theorien des Lernens I. Stuttgart: Klett-Cotta).
- Hillenbrand, C., Hennemann, T., Hens, S. & Hövel, D. (2015). „Lubo aus dem All!“ – 1. und 2. Klasse. München: Reinhardt.
- Hintermair, M. (2003). Identitätsprozesse von (hörgeschädigten) Kindern in der frühen Kindheit. *Hörgeschädigte Kinder – Erwachsene Hörgeschädigte*, 40(1), 5-9.
- Hintermair, M. (2004). Frühe Interaktion, Bindungsentwicklung und Hörschädigung. *Dfgsforum*, 12, 37-53.
- Hintermair, M. (2006a). Elterliches Belastungserleben, elterliche Ressourcen und psychische Entwicklung hörgeschädigter Kinder. *Vierteljahreszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 75, 25-39.
- Hintermair, M. (2006b). 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.
- Hintermair, M. (2006c). Sozial-emotionale Probleme hörgeschädigter Kinder - Erste Ergebnisse mit der deutschen Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-D). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 49-61.
- Hintermair, M. (2008). Zur psychischen Entwicklung hörgeschädigter Kinder. Die Bedeutung von Sprache, Kognition und Emotion. *Hörgeschädigtenpädagogik*, 62, 138-148.
- Hintermair, M. (2011). Kommunikative Beziehungen sind nicht alles! – Aber ohne kommunikative Beziehungen ist alles nichts! – Über die Bedeutsamkeit einer guten kommunikativen Beziehung zwischen Eltern und ihrem gehörlosem/schwerhörigen Kind. In: B. Herrmann & Deutscher Gehörlosenbund e.V. (Hrsg.), *Mein Kind – Ein Ratgeber für Eltern mit einem hörbehinderten Kind* (S. 42-49). Berlin: Deutscher Gehörlosenbund e.V.
- Hintermair, M., Krieger, L. & Mayr, T. (2011). Positive Entwicklung, Resilienz und Kommunikation hörgeschädigter Kinder im Kindergartenalter. Eine Studie mit dem Beobachtungsbogen PERIK. *Frühförderung interdisziplinär*, 30, 82-93.
- Hintermair, M. (2012). Der Kommunikative-Kompetenz-Indikator (KKI) als Screening bei hörgeschädigten Kindern und Jugendlichen. Eine zusammenfassende Analyse vorliegender empirischer Befunde. *HörgeschädigtenPädagogik*, 66, 226-231.
- Hintermair, M. (2013). Executive functions and behavioral problems in deaf and hard-of-hearing students at general and special schools. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18(3), 344-359.

- Hintermair, M., Knoors, H. & Marschark, M. (2014). Gehörlose und schwerhörige Schüler unterrichten. Heidelberg: Median.
- Hintermair, M. & Korneffel, D. (2013). Exekutive Funktionen, kommunikative Kompetenz und Verhaltensauffälligkeiten bei integriert beschulten hörgeschädigten Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41, 347-359.
- Hintermair, M., Schenk, A. & Sarimski, K. (2011). Exekutive Funktionen, kommunikative Kompetenz und Verhaltensauffälligkeiten bei hörgeschädigten Kindern. Eine explorative Studie mit Schülern einer schulischen Einrichtung für Hörschädigte. *Empirische Sonderpädagogik*, 2, 83-104.
- Hintermair, M. & Wiegand, E. (2011). Sozial-emotionale Auffälligkeiten bei Kindern mit einer einseitigen Hörschädigung. *Zeitschrift für Audiologie*, 50, 130-137.
- Hofmann, K. & Hennies, J. (2015). Bimodal-bilinguale Frühförderung: Ein Modell zur Evaluation von Input, Sprachnutzung und Kompetenz (EvLSK). *Hörgeschädigtenpädagogik*, 4, 138-144.
- Hofmann, R., Wehrstedt, M. & Stark, A. (2003). „Missbrauchsmythen“ – Unrealistische Überzeugungen zu sexuellem Kindesmissbrauch und ihre mögliche Bedeutung für Aussagen von professionellen Zeugen in der Hauptverhandlung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 86(1), 44-58.
- Holder, H.B. & Kirkpatrick, S.W. (2001). Interpretation of emotion from facial expressions in children with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 24(3), 170-177.
- Holzinger, D. (o.J.). *Chancen Hörgeschädigter auf eine erfolgreiche schulische Entwicklung*. Zugriff unter: https://www.barmherzige-brueder.at/dl/mNnrJKJLolonJqx4KJK/Barmherzige_Br_der___Cheers-Studie.pdf, abgerufen am 16.01.2018.
- Holzinger, D., Fellingner, J., Hunger, B. & Beitel, C. (2007). Gebärden in Familie und Schule. *Das Zeichen*, 77, 444-453.
- Hossipe, R. (2014). Cronbachs Alpha. In: M.A. Wirtz (Hrsg.). *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (S. 343). Bern: Hogrefe.
- Huber, W., Jäger, L., Willmes-von Hinckeldey, K., Grote, K., Louis-Nouvelné, U., Sieprath, H. & Werth, I. (1998). *Zwischenbericht über die Entwicklung eines vomputergestützten Testverfahrens zur Einschätzung der beruflichen Fähigkeiten Gehörloser*. Aachen: Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen.
- Hughes, K., Bellis, M.A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., McCoy, E., Mikton, C., Shakespeare, T. & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 379(9826), 1621-1629.
- Hurrelmann, K. & Bauer, U. (2015). *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Weinheim: Beltz.
- Irish, L., Kobayashi, I., Douglas, L. & Delahanty, D.L. (2010). Longterm physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 450-461.
- Izard, C.E. (1991). *Psychology of Emotions*. Berlin: Springer Science & Business Media.
- Jacobs, J. E. & Hashima, P. Y. (1995). Children's perceptions of the risk of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 19(12), 1443-1456.

- Jemtå, L., Fugl-Meyer, K.S. & Oberg, K. (2008). On intimacy, sexual activities and exposure to sexual abuse among children and adolescents with mobility impairment. *Acta Paediatrica*, 97(5), 641-646.
- Jiménez-Romero, M.S. (2015). The influence of cochlear implants on behaviour problems in deaf children. *Psicothema*, 27(3), 229-234.
- Job, J. (2004). Factors involved in the ineffective dissemination of sexuality information to individuals who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf*, 149(3), 264-273.
- Jones, C., Stalkert, K., Franklin, A., Fry, D., Camerin, A. & Taylor, J. (2017). Enablers of help-seeking for deaf and disabled children following abuse and barriers to protection: a qualitative study. *Child & Family Social Work*, 22, 762-771.
- Johnson, R.E., Liddell, S.K. & Erting, C.J. (1989). *Unlocking the curriculum: Principles for achieving access in deaf education*. Washington, D.C.: Gallaudet Institute Working Paper.
- Joseph, J.M., Swayer, R. & Desmond, S. (1995). Sexual knowledge, behavior and sources of information among deaf and hard of hearing college students. *American Annals of the Deaf*, 140(4), 338-345.
- Jud, A. (2015). Begriffe und Definitionen. In: J.M. Fegert, Hoffmann, U., König, E., Niehues, J., Liebhardt, H. (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (S. 138-144). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Jud, A., Rassenhofer, M., Witt, A., Münzer, A. & Fegert, Jörg M. (2016). *Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch*. Berlin: Unabhängiger für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- Kasari, C., Freeman, S.F. & Hughes, M.A. (2001). Emotion recognition by children with Down Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 106(1), 59-72.
- Kaufman, K.L., Hilliker, D.R. & Daleiden, E.L. (1996). Subgroup differences in the modus operandi of adolescent sexual offenders. *Child Maltreatment*, 1(1), 17-24.
- Kaul, T. (1997). Absehen und Möglichkeiten der mediengestützten Förderung. In: H.H. Frehrichs, K.-B. Günther & J.M.H. Neppert (Hrsg.). *Perspektiven in der Schwerhörigenpädagogik* (S. 145-160). Heidelberg: Groos.
- Kaul, T., Griebel, R. & Klinner, L. (2016). Einführung des Studiengangs „Deutsche Gebärdensprache als Unterrichtsfach“ an der Universität zu Köln. *Das Zeichen*, 30, 96-99.
- Kaul, T. & Niehaus, M. (2013). *Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Hörschädigung in unterschiedlichen Lebenslagen in Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Kavemann, B. (1996). Entwicklungen der Diskussion über sexuellen Missbrauch – Widersprüche und Positionen. In: Präventionsbüro Petze (Hrsg.). *Nur keine Panik! Schulische Prävention von sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Beiträge zur LehrerInnenfortbildung*. Kiel: Notruf und Beratung für vergewaltigte Mädchen und Frauen, 9-25.
- Kavemann, B. (2015). Der Widerspruch zwischen gesprochenem Recht und erlebter Gerechtigkeit, wenn Kinder Opfer von sexualisierter Gewalt werden – Anforderungen an die Rechtspraxis und das Hilfesystem. In: J.M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues & H. Liebhardt (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein*

- Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (S. 75-78). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kavemann, B. & Löhstöter, I. (1984). *Väter als Täter*. Reinbek: Rowohlt.
- Keilmann, A., Limberger, A. & Mann, W.J. (2007). Psychological and physical well-being in hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71(11), 1747-1752.
- Kenning, M., Gallmeier, T., Jackson, T. & Plemons, S. (1987). *Evaluation of child sexual abuse prevention programs: A summary of two studies*. Vortrag auf dem Kongress "Third National Conference on Family Violence", University of New Hampshire.
- Kenny, M.C., Capri, V., Thakkar, R.R., Ryan, E.E. & Runyon, M.K. (2008). Child sexual abuse: From prevention to self-protection. *Child Abuse Review*, 17, 36-54.
- Kenny, M.C., Wurtele, S.K. & Alonso, L. (2012). Evaluation of a personal safety program with Latino preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 368-385.
- Kiemel, K.B. & Bogat, G.A. (1991). *Assessing preschoolers' fears following a sexual abuse education program*. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, San Francisco. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED342472.pdf>, abgerufen am 08.05.2015.
- Kiese-Himmel, C. & Nickisch, A. (2014). Sind AVWS mit und ohne Sprachentwicklungsstörung testdiagnostisch trennbar? *Laryngo-Rhino-Otologie* 93 (01), 30-34.
- Kim, S., Harris, P. L. & Warneken, F. (2014). Is it okay to tell? Children's judgements about information disclosure. *British Journal of Developmental Psychology*, 32(3), 291-304.
- Kinderschutz Schweiz (2006). *Mein Körper gehört mir*. Bern: Kinderschutz Schweiz.
- Kinderschutz-Zentrum Oldenburg (1997). *Ich bin ich, du bist du und das sind wir*. Oldenburg: Kinderschutzzentrum Oldenburg.
- Kindler, H. & Schmidt-Ndasi, D. (2011). *Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention und Intervention im Fall sexueller Gewalt gegen Kinder. Expertise im Rahmen des Projekts „Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen“*. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Kindler, H. (2015). Prävention von sexuellem Missbrauch sexueller Missbrauch Prävention-Möglichkeiten und Grenzen. In: J. M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, J. & H. Liebhardt (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (S. 351-362). Berlin: Springer.
- King, G., Honaker, J., Joseph, A. & Scheve, K. (2001). Analyzing incomplete political science data: An alternative algorithm for multiple imputation. *American Political Science Review*, 95(1), 49-69.
- Kißgen, R. (2000). Zum Problem der „Theory-of-Mind“ bei Menschen mit autistischen Störungen. *Autismus-Heft*, 50, 27-31.
- Kißgen, R., Drechsler, J., Fleck, S., Lechmann, C. & Roland, S. (2006). Autismus, Theory of Mind und figurative Sprache. *Behindertenpädagogik*, 45(2), 123-152.
- Klauer, K.J. & Marx, E. (2007). *Keiner ist so schlau wie ich*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Klemm, K. (2015). *Inklusion in Deutschland*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Kluge, F. (2012). *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. Berlin: De Gruyter.

- Kluwin, T.N., Stinson, M.S. & Colarossi, G.M. (2002). Social processes and outcomes of in-school contact between deaf and hearing peers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 7(3), 200-213.
- Knors, H. & Marschark, M. (2014). *Teaching deaf learners. Psychological and developmental foundations*. New York: Oxford University Press.
- Knors, H. & Vervloed, M. P. J. (2011). Educational programming for deaf children with multiple disabilities: Accommodating special needs. In: Marschark, M. & P.E. Spencer (Hrsg.). *The Oxford handbook of deaf studies, language, and education, Volume 1* (S. 82-94). New York: Oxford University Press.
- Kolko, D.J., Moser, J.T. & Hughes, J. (1989). Classroom training in sexual victimization awareness and prevention skills: An extension of the Red Flag/Green Flag Program. *Journal of Family Violence*, 4, 25-45.
- Kolko, D.J., Moser, J.T., Litz, J. & Hughes, J. (1987) Promoting awareness and prevention of child sexual victimization using the Red Flag/Green Flag Program: An evaluation with follow-up. *Journal of Family Violence*, 2, 11-35.
- König, A. (2011). *Sexuelle Übergriffe durch Kinder und Jugendliche*. Essen: Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen.
- Kouwenberg, M., Rieffe, C., Theunissen, S. C. P. M. & de Rooij, M. (2012). Peer victimization experienced by children and adolescents who are deaf or hard of hearing. *Plos One*, 7(12), e52174, 1-10.
- Kraizer, S. (1981). *Children need to know personal training program (Safe Child Program)*. New York: Health Educations Systems.
- Kral, A., & Sharma, A. (2011). Developmental neuroplasticity after cochlear implantation. *Trends in Neurosciences*, 35(2), 111-222.
- Kronenberger, W. G., Beer, J., Castellanos, I., Pisoni, D.B. & Miyamoto, R.T. (2014). Neurocognitive risk in children with cochlear implants. *Journal of the American Medical Association - Otolaryngol Head & Neck Surgery*, 140(7), 608-615.
- Kühlein, T. & Forster, J. (2007). Welche Evidenz braucht der Arzt? In: R. Kunz; G. Ollenschläger; H. Raspe; G. Jonitz & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.). *Lehrbuch Evidenz-basierte Medizin in Klinik und Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kullik, A. & Petermann, F. (2012). Die Rolle der Emotionsregulation für die Genese von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 165-175.
- Kusché, C.A., Greenberg, M.T. & Garfield, T.S. (1983). Nonverbal intelligence and verbal achievement in deaf adolescents: An examination of heredity and environment. *American Annals of the Deaf*, 128(4), 458-466.
- Kushalnagar, P., Topolski, T. D., Schick, B., Edwards, T.C., Skalicky, A.M. & Patrick, D.L. (2011). Mode of communication, perceived level of understanding, and perceived quality of life in youth who are deaf or hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16(4), 512-523.
- Küster, L. (2014). *Evaluation der SeMB-Trainingsmaterialien zur Vorbeugung sexuellen Missbrauchs an Kindern & Jugendlichen mit Behinderung*. Bachelorarbeit, Universität zu Köln.
- Kvam, M.H. (2004). Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse and Neglect*, 28(3), 241-251.
- Ladd, P. (2008). *Was ist Deafhood? Gehörlosenkultur im Aufbruch*. Seedorf: Signum.

- Lau, J.Y. & Viding, E.M. (2007). Anxiety-related biases in children's avoidant responses to a masked angry face. *Behavior Research and Therapy*, 45(7), 1639-1645.
- Leclerc, B., Proulx, J. & McKibben, A. (2005). Modus operandi of sexual offenders working or doing voluntary work with children and adolescents. *Journal of Sexual Aggression*, 11(2), 187-195.
- Lederberg, A.R., Prezbindowski, A.K. & Spencer, P.E. (2000). Word-learning skills of deaf preschoolers: The development of novel mapping and rapid word-learning. *Child Development*, 71(6), 571-1585.
- Lederberg, A.R., Schick, B. & Spencer, P.E. (2013). Language and literacy development of deaf and hard-of-hearing children: Successes and challenges. *Developmental Psychology*, 49(1), 15-30.
- Lee, Y.K. & Tang, C.S. (1998). Evaluation of a sexual abuse prevention program for female Chinese adolescents with mild mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 103(2), 105-116.
- Lehmann, M. & Lang, F. (2010). Begriffsdebatte „Sexueller Missbrauch“ oder „Sexuelle Gewalt“. *Report Psychologie*, 35, 401.
- Leigh, I.W. (2002). Ethical problems in deaf mental health services: A practitioner's experience. In: V. Gutman (Hrsg.), *Ethics in mental health and deafness* (S.1-10). Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Leigh, I.W., Maxwell-McCaw, D., Bat-Chava, Y. & Christiansen, J.B. (2009). Correlates of psychosocial adjustment in deaf adolescents with and without cochlear implants: A preliminary investigation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 14(2), 244-259.
- Lemaigre, C., Taylor, E. & Gittoes, C. (2017). Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 70, 39-52.
- Lenz, K. & Adler, M. (2010). *Geschlechterverhältnisse. Einführung in die sozialwissenschaftliche Geschlechterforschung (Band 1)*. Weinheim: Juventa.
- Leonhardt, A. (2010). *Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik*. München Basel: Reinhardt UTB.
- Lewis, C.F., & Stanley, C.R. (2000). Woman accused of sexual offenses. *Behavioral Science & the Law*, 18(1), 73-81.
- Liehardt, H. (2015). Beschwerdesysteme als integraler Bestandteil eines institutionellen Qualitätsmanagements. In J. M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, & H. Liehardt (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (S. 299-306). Berlin.
- Lohaus, A. & Schorsch Falls, S. (2005). Kritische Reflektionen zu Präventionsansätzen zum sexuellen Missbrauch. In: G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch: Ein Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch* (S. 757-773). Tübingen: dgvt.
- Lomas, G.I.J. & Harold A. (2012). Overlooked and unheard: Abuse of children who are deaf or hard of hearing and their experience with CPS and foster care. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 20(4), 376-383.
- London, K., Bruck, M., Wright, D.B. & Ceci, S.J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory*, 16(1), 29-47.

- Ludlow, A., Heaton, P., Rosset, D., Hills, P. & Deruelle, C. (2010). Emotion recognition in children with profound and severe deafness: Do they have a deficit in perceptual processing? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(9), 923-928.
- Lumley, V.A., Miltenberger, R.G., Long, E.S., Rapp, J.T. & Roberts, J.A. (1998). Evaluation of a sexual abuse prevention program for adults with mental retardation. *Journal Of Applied Behavior Analysis*, 31, 91-101.
- Lund, E. & Ross, S. (2016). Peer victimization in students who are deaf and hard of hearing: Exploring educational placement. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 50(2), 20-44.
- Lyssenko, L., Rottmann, N. & Benge, J. (2010). Resilienzforschung: Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(10), 1067-1072.
- Lyxell, B. (1989). *Beyond lips: Components of speechreading skill*. Dissertation, University of Umea, Sweden.
- McAlpine, C., Singh, N.N., Kendall, K.A. & Ellis, C.R. (1992). Recognition of facial expressions of emotion by persons with mental retardation. A matched comparison study. *Beviour Modification*, 16(4), 543-558.
- MacIntyre, D. & Carr, A. (1999). The effects of child sexual abuse. *Journal of Child Centred Practice*, 6(1), 87-126.
- MacIntyre, D. & Carr, A. (2000). Prevention of child sexual abuse: Implications of programme evaluation research. *Child Abuse Review*, 9, 183-199.
- MacIntyre, D. & Lawlor, M. (1991). *The Stay Safe Programme*. Dublin: Department of Health, Child Abuse Programme.
- MacMillan, H. L., MacMillan, J. H., Offord, D. R., Griffith, L. & MacMillan, A. (1994). Primary prevention of child sexual abuse: A critical review. Part II. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(5), 857-876.
- Madak, P.R. & Berg, D.H. (1992). The prevention of sexual abuse: An evaluation of „Thinking About Touching.“ *Canadian Journal of Counseling*, 26(1), 29-40.
- Maller, S.J. & Braden, J.P. (2011). Intellectual assessment of deaf people: A critical review of core concepts and issues. In M. Marc & P. Spencer (Hrsg.) *The Oxford handbook of deaf studies, language, and education. Volume 2* (S. 473-485). New York: Oxford University Press.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657.
- Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and Anxiety*, 27, 631-642.
- Markman, T.M., Quittner, A.L., Eisenberg, L.S., Tobey, E.A., Thal, D., Niparko, J.K. & Wang, N.Y. (2011). Language development after cochlear implantation: An epigenetic model. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 3(4), 388-404.
- Marmor, G.S. & Petitto, L. (1979). Simultaneous communication in the classroom: How well is English grammar represented? *Sign Language Studies*, 1023(1), 99-136.
- Marschark, M. (2000). Education and development of deaf children - or is it development and education? In: P. E. Spencer, C. J. Erting, & M. Marschark (Hrsg.). *The deaf child in the family and at school* (S. 275-291). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Marschark, M. (2006). Intellectual functioning of deaf adults and children: Answers and questions. *European Journal of Cognitive Psychology*, 18(1), 70-89.

- Marschark, M., Convertino, C., McEvoy, C. & Masteller, A. (2004). Organization and use of the mental lexicon by deaf and hearing individuals. *American Annals of the Deaf*, 149(1), 51-61.
- Marschark, M., Green, V., Hindmarsh, G. & Walker, S. (2000). Understanding theory of mind in children who are deaf. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(8), 1067-1073.
- Marschark, M. & Hauser, P.C. (2012). *How deaf children learn*. New York: Oxford University Press.
- Marschark, M. & Knoors, H. (2012). Sprache, Kognition und Lernen – Herausforderungen an die Inklusion gehörloser und schwerhöriger Kinder. In M. Hintermair (Hrsg.). *Inklusion und Ausgeschlossenheit im Kontext besonderer Wahrnehmungsbedingungen*. (S. 129-176). Heidelberg: Median-Verlag.
- Marschark M. & Lee C.-M. (2014). Navigating two languages in the classroom. In: M. Marschark, G. Tang & H. Knoors (Hrsg.). *Bilingualism and Bilingual Deaf Education* (S. 213-241). New York, NY: Oxford University Press.
- Martin, D.S., Craft, A. & Sheng, Z.N. (2001). The impact of cognitive strategy instruction on deaf learners: An international comparative study. *American Annals of the Deaf*, 146(4), 366-378.
- Martin, K., Verduzco Baker, L., Torres, J. & Luke, K. (2011). Privates, pee-pees, and coochies: Gender and genital labeling for/with young children. *Feminism & Psychology*, 21(3), 420-430.
- Martin, S.L., Ray, N., Sotres-Alvarez, D., Kupper, L.L., Moracco, K.E., Dickens, P.A., Scandlin, D. & Gizlice, Z. (2006). Physical and sexual assault of women with disabilities. *Violence Against Women*, 12(9), 823-837.
- Martinez, L.B. (2012). *Access to justice: Case monitoring by the Philippine deaf resource center (2006-2011)*. Manila: Philippine Deaf Resource Center.
- Mason, T.C. (2010). Does knowledge of dating violence keep deaf college students at Gallaudet University out of abusive relationships? *Journal of the American Deafness & Rehabilitation Association*, 43(2), 74-91.
- Matthews, J.T. & Reich, C.F. (1993). Constraints on Communication in Classrooms for the Deaf. *American Annals of the Deaf*, 138(1), 14-18.
- Mayberry, R.I. (2010). Early language acquisition and adult language ability: What sign language reveals about the critical period for language. In: M. Marschark & P. E. Spencer (Hrsg.). *The Oxford handbook of deaf studies, language, and education*. New York: Oxford University Press, 181-291.
- Mayberry, R.I. & Lock, E. (2003). Age constraints on first versus second language acquisition: Evidence for linguistic plasticity and epigenesis. *Brain and Language*, 87(3), 369-384.
- Mazurek Melnyk, B., Alpert-Gillis, L., Fischbeck Feinstein, N., Crean, N.F., Johnson, J., Fairbanks, E., Small, L., Rubenstein, J., Slota, M. & Corbo-Richert, B. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, 113(6), 597-607.
- McCrone, W.P. (2002). Law and ethics in mental health and deafness. In: V. Gutman (Hrsg.), *Ethics in mental health and deafness* (S. 38-51). Washington, DC: Gallaudet University Press.

- McNeece, A. & Thyer, B.A. (2004). Evidence-based practice and social work. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1(1), 7-25.
- Meadow, K.P., Greenberg, M.T., Erting, C. & Carmichael, H. (1981). Interactions of deaf mothers and deaf preschool children: Comparisons with three other groups of deaf and hearing dyads. *American Annals of the Deaf*, 126(4), 454-468.
- Meadow-Orlans, K.P. (1997). Effects of mother and infant hearing status on interactions at twelve and eighteen months. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2(1), 26-36.
- Mertens, D.M. (1996). Breaking the silence about sexual abuse of deaf youth. *American Annals of the Deaf*, 141(5), 352-358.
- Mertens, D.M. & McLaughlin, J.A. (2004). *Research and evaluation methods in special education*. Thousand Oaks: Corwin.
- Meyer, H. (2010). *Leitfaden Unterrichtsvorbereitung*. Berlin: Cornelsen Skriptor.
- Michel, M., Riedel, S. & Häußler-Sczegan, M. (2003). *Lebenswelten behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen. Eine Studie des Instituts für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin der Universität Leipzig*. Dresden: Staatsministerium für Soziales.
- Miller-Perrin, C., Wurtele, S.K. & Kondrick, P. (1990). Sexually abused and nonabused children's conceptions of personal body safety. *Child Abuse & Neglect*, 14, 99-112.
- Miltenberger, R.G., Roberts, J.A., Ellingson, S., Galensky, T., Rapp, J.T., Long, E.S. & Lumley, V.A. (1999). Training and generalization of sexual abuse prevention skills for women with mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32(3), 385-388.
- Miltenberger, R. & Thiesse-Duffy, F. (1988). Evaluation of home-based programs for teaching personal safety skills to children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21(1), 81-87.
- Miltenberger, R.G., Thiesse-Duffy, E., Suda, K.T., Kozak, C. & Bruellman, J. (1990). Teaching prevention skills to children: The use of multiple measures to evaluate parent versus expert instruction. *Child and Family Behavior Therapy*, 12(4), 65-87.
- Ministerium für Schule, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen (1999/2011). *Richtlinien für die Sexualerziehung in Nordrhein-Westfalen*. Frechen: Ritterbach.
- Mitchell, R.E. & Karchmer, M.A. (2004). When parents are deaf versus hard of hearing: Patterns of sign use and school placement of deaf and hard-of-hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9(2), 133-152.
- Moeller, M.P., Tomblin, J.B., Yoshinago-Itano, C., McDonald Connor, C. & Jerger, S. (2007). Current state of knowledge: Language and literacy of children with hearing impairment. *Ear and Hearing*, 28(6), 740-753.
- Mosser, P. (2012). *Sexuell grenzverletzende Kinder - Praxisansätze und ihre empirischen Grundlagen*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Mousley, K. & Kelly, R.R. (1998). Problem-solving strategies for teaching mathematics to deaf students. *American Annals of the Deaf*, 143(4), 325-336.
- Müller, S., Friedrich, M. & Lautenbacher, S. (2014). Executive Dysfunktion. In: M.A. Wirtz (Hrsg.). *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (S. 509). Bern: Hogrefe Verlag.
- Müller, A.R. & Röder, M. (2014). Ängstlichkeit als Korrelat kindlichen Wissens über Handlungsstrategien in Situationen mit Fremden. *Empirische Pädagogik*, 28(3), 229-245.

- Muskens, M., Bogaerts, S., van Casteren, M. & Labrijn, S. (2011) Adult female sexual offending: A comparison between co-offenders and solo offenders in a Dutch sample. *Journal of Sexual Aggression, 17* (1), 46-60.
- Myklebust, H.E. (1960). *The psychology of deafness*. New York: Grune & Stratton.
- National Film Board of Canada (1984). *Feeling Yes, Feeling No Series (Film)*. Ottawa: National Film Board of Canada.
- Nemerofsky, A., Carran, D. & Rosenberg, L. (1994). Age variation in performance among preschool children in a sexual abuse prevention program. *Journal of Child Sexual Abuse, 3*, 85-102.
- Netzwerk leichte Sprache (2013). *Die Regeln für leichte Sprache*. Münster: Netzwerk für leichte Sprache.
- Nickisch, A., Gross, M., Schonweiler, R., Berger, R., am Zehnhoff-Dinnesen, A & Ptok, M. (2015). Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS): Zusammenfassung und aktualisierter Überblick, *HNO 63*(6), 434-438.
- Nicholas, J.G. & Geers, A.E. (2005). The Process and early outcomes of cochlear implantation by three years of age. In: P.E. Spencer & M. Marschark (Hrsg.). *Advances in the spoken language development of deaf and hard-of-hearing Children* (S. 271-297). New York: Oxford University Press.
- Nußbeck, S. (2007). Evidenzbasierte Praxis – ein Konzept für sonderpädagogisches Handeln? *Sonderpädagogik, 37*(2/3), 146-155.
- Nußbeck, S. (2013). Zur Bedeutung evidenzbasierter Praxis. In: P. Bienstein, P. & J. Rojahn, *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 251-264). Göttingen: Hogrefe.
- Obinna, J., Krueger, S., Osterbaan, C., Sadusky, J.M. & DeVore, W. (2005). *Understanding the needs of the victims of sexual assault in the deaf community*. Washington, D. C.: Council on Crime and Justice.
- O'Day, B. (1983). *Preventing sexual abuse of persons with disabilities – A curriculum for hearing impaired, physical disabled, blind and mentally retarded*. Santa Cruz, CA: CA Network.
- Odom, S.L., Brantlinger, E., Gersten, R., Horner, R.H., Thompson, B. & Harris, K.R. (2005). Research in special education: Scientific methods and evidence-based practices. *Exceptional children, 71*(2), 137-148.
- Oldfield, D., Hays, B.J. & Megel, M.E (1996). Evaluation of the effectiveness of Project Trust: an elementary school-based victimization prevention strategy. *Child Abuse & Neglect, 20*(9), 821-832.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2007). *Evidence in Education: Linking Research and Policy*. Paris: OECD Publishing.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L. & Violato, C. (2011) A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology, 135*(1), 17-36.
- Paras, M.L., Murad, M.H., Chen, L.P., Goranson, E.N., Sattler, A.L., Colbenson, K.M., Elamin, M.B., Seime, R.J., Prokop, L.J. & Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 302*(5), 550-561.
- Perepletchikova, F. (2011). On the topic of treatment integrity. *Clinical Psychology, 18*(2), 148-153.

- Perepletchikova, F., Treat, T.A. & Kazdin, A.E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 829-841.
- Peskin, J. & Ardino, V. (2003). Representing the mental world in children's social behavior: Playing hide-and-seek and keeping a secret. *Social Development, 12*(4), 496-512.
- Petermann, F. (2010). *SET 5-10. Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Petermann, U. & Nitkowski, D. (2016). *Emotionstraining in der Schule. Ein Programm zur Förderung der emotionalen Kompetenz*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2008). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Peterson, C.C. (2016). Empathy and theory of mind in deaf and hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 21*(2), 141-147.
- Pfeffer, S. & Storck, C. (2018). *Resilienzförderprogramm und Prävention sexualisierter Gewalt in Kitas. Das „ReSi“-Förderprogramm*. Göttingen: Hogrefe.
- Plummer, C.A. (2001). Prevention of child sexual abuse: A survey of 87 programs. *Violence & Victims, 16*(5), 575-588.
- Poche, C., Yoder, P. & Miltenberger, R. (1988). Teaching self-protection to children using television techniques. *Journal of Applied Behavior Analysis, 21*(3), 253-261.
- Pohl, J. & Hazzard, A. (1990) Reactions of children, parents, and teachers to child sexual abuse prevention programs. *Education, 110* (1990), 337-344.
- Polat, F. (2003). Factors affecting psychosocial adjustment of deaf students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 8*(3), 325-339.
- Pollard, R.Q., Sutter, E. & Cerulli, C. (2014). Intimate partner violence reported by two samples of deaf adults via a computerized American sign language survey. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(5), 948-965.
- Powers, L.E.H., Rosemary B. & Lund, Emily, M. (2009). *Interpersonal violence and women with disabilities: A research update*. Pennsylvania: National Online Resource Center on Violence Against Women.
- Präventionsbüro Petze (2001). *Echt Klasse! Ab Klassenstufe 1-4*. Kiel: Präventionsbüro Petze.
- Präventionsbüro Petze (2005). *Echt Stark! Für Förderschulen und Behindertenhilfe*. Kiel: Präventionsbüro Petze.
- Pyers, J.E. & Senghas, A. (2009). Language promotes false-belief understanding. Evidence from learners of a new sign language. *Psychological Science, 20*(7), 805-812.
- Qi, S. & Mitchell, R.E. (2002). Large-scale academic achievement testing of deaf and hard-of-hearing students: Past, present, and future. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 17*(1), 1-18.
- Raithel, J., Dollinger, B. & Hörmann, G. (2009). *Einführung in die Pädagogik*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ramirez-Inscoe, J. & Moore, D.R. (2011). Processes that influence communicative impairments in deaf children using cochlear implants. *Ear Hear, 32*(6), 690-698.
- Rammel, G. (1991a). Lautsprachbegleitende oder lautsprachunterstützende Gebärden? *Das Zeichen, 16*, 203-206.
- Rammel, G. (1991b). Statement zur Thematik: Lautsprachbegleitende Gebärden in der Erziehung und Bildung gehörloser Kinder. *Das Zeichen, 17*, 333-335.

- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2010). *Quantitative Methoden 2*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ratto, R. & Bogat, B.A. (1990). An evaluation of a preschool curriculum to educate children in the prevention of sexual abuse. *Journal of Community Psychology*, 18, 289-297.
- Rommel, E. & Peters, K. (2008). Theory of mind and language in children with cochlear implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 14(2), 218-236.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO: Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV*. München: Huber.
- Rettenbach, R., Diller, G. & Sireteanu, R. (1999). Do deaf people see better? Texture segmentation and visual search compensate in adult but not in juvenile subjects. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 11(5), 560-583.
- Rhys-Jones, S.L. & Ellis, H.D. (2000). Theory of mind: Deaf and hearing children's comprehension of picture stories and judgements of social situations. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 5(3), 248-265.
- Ridgeway, S.M. (1993). Abuse and deaf children: Some factors to consider. *Child Abuse Review*, 2, 166-173.
- Rieffe, C. (2012). Awareness and regulation of emotions in deaf children. *British Journal of Developmental Psychology*, 30(4), 477-492.
- Rispens, J., Aleman, A. & Goudena, P.P. (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: A meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 21(10), 975-987.
- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2012). Das Konzept der Resilienz und Resilienzförderung. In: K. Fröhlich-Gildhoff, J. Becker & S. Fischer (Hrsg.), *Gestärkt von Anfang an. Resilienzförderung in der Kita* (S. 9-29). Weinheim: Beltz.
- Rönnerberg, J., Samuelsson, S. & Lyxell, B. (1998). Conceptual constraints in sentence-based lipreading in the hearing-impaired. In: R. Campbell, B. Dodd & D. Burnham (Hrsg.). *Hearing by the Eye II: Advances in the Psychology of Speechreading and auditory-visual speech* (S. 143-153). East Sussex, U.K.: Psychology Press.
- Rossmar, M. (2005). *Sexueller Missbrauch bei hörgeschädigten Menschen – Wie erleben und verarbeiten hörgeschädigte Menschen Erfahrungen sexuellen Missbrauchs?* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität zu Köln.
- Rost, D. H. (2013). *Interpretation und Bewertung pädagogisch-psychologischer Studien. Eine Einführung*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Rotteveel, L.J., Snik, A F., Vermeulen, A.M., Cremers, C.W. & Mylanus, E.A. (2008). Speech perception in congenitally, pre-lingually and post-lingually deaf children expressed in an equivalent hearing loss value. *Clinical Otolaryngology*, 33(6), 560-569.
- Rubin, D.B. (1987). *Multiple imputation for nonresponse in surveys*. New York: John Wiley & Sons.
- Rudolph, A., Schütz, A. & Schröder-Abé, M. (2016). Selbstkonzept, Selbstwert und Selbstwertregulation. In: S. Herpertz, F. Caspar & K. Lieb (Hrsg.). *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (S. 207-226). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Ruffin, C.V., Kronenberger, W.G., Colson, B.G., Henning, S.C. & Pisoni, D.B. (2013). Long-term speech and language outcomes in prelingually deaf children, adolescents and young adults who received cochlear implants in childhood. *Audiology & Neurology*, 18(5), 289-296.

- Sachs-Ericsson, N., Cromer, K., Hernandez, A., & Kendall-Tackett, K. (2009). A review of childhood abuse, health, and pain-related problems: The role of psychiatric disorders and current life stress. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 170-188.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *The British Medical Journal*, 312(13), 71-72.
- Sandkühler, H.J. (2011). Kritik der Evidenz. In: J. Bellmann & T. Müller (Hrsg.). *Wissen, was wirkt. Kritik evidenzbasierter Pädagogik*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 33-56.
- Sarant, J. & Garrard, P. (2014). Parenting stress in parents of children with cochlear implants: Relationships among parent stress, child language, and unilateral versus bilateral implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 19(1), 85-106.
- Sarchet, T., Marschark, M., Borgna, G., Convertino, C., Sapere, P. & Dirmyer, R. (2014). Vocabulary knowledge of deaf and hearing postsecondary students. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 27(2), 161-178.
- Saxton, M., McNeff, E., Powers, L., Curry, M.A., Limont, M. & Benson, J. (2006). We're all little John Waynes: A study of disabled men's experience of abuse by personal assistants. *Journal of Rehabilitation*, 72(4), 3-13.
- Schaarschmidt, M. (2013). Cochlea-Implantate: Wenn Hörgeräte nicht mehr helfen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(14), 36-39.
- Scharmanski, S., Urbann, K. & Bienstein, P. (2016). Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen mit Hörbehinderung. Teil III: Ergebnisse der SeMB-Online-Befragung zur Häufigkeit und Prävention sexuellen Missbrauchs im schulischen Kontext. *Das Zeichen*, 103, 188-193.
- Schein, J.D. (1987). The demography of deafness. In: J. E. Nash & P. C. Higgins (Hrsg.), *Understanding deafness socially* (S. 3-27). New York: Charles C Thomas.
- Schick, B. (2011). The development of American sign language and manually coded English systems. In: *The Oxford handbook of deaf studies, language, and education (Band 1)* (S. 229-240). New York: Oxford University Press.
- Schick, B., de Villiers, P., de Villiers, J. & Hoffmeister, R. (2007). Language and theory of mind: A study of deaf children. *Child Development*, 78(2), 376-396.
- Schmid, C., Eisner, M. & Averdijk, M. (2012). *Sexuelle Übergriffe an Kindern und Jugendlichen in der Schweiz*. Zürich: UBS Optimus Foundation.
- Schröttle, M., Hornberg, C., Glammeier, S., Sellach, B., Kavemann, B., Puhe, H. & Zinsmeister, J. (2012). *Lebenssituation und Belastungen von Frauen und Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schröttle, M., Vogt, K. & Rosemeier, J. (2015). *Daphne Projekt: „Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen“*. *Nationaler Bericht Deutschland*. http://women-disabilities-violence.humanrights.at/sites/default/files/reports/ws3_empirischer_bericht_deutschland.pdf abgerufen am 10.02.2016.
- Schuhrke, B. & Arnold, J. (2009). Kinder und Jugendliche mit problematischem sexuellen Verhalten in (teil-)stationären Hilfen zur Erziehung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 186-214.
- Schütz, A. (2014). Selbstwert. In M.A. Wirtz (Hrsg.). *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. (S. 1526). Bern: Hogrefe Verlag.

- Schütz, A. & Sellin, I. (2006). *Die multidimensionale Selbstwertkala (MSWS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwandt, T. (2009). Toward a practical theory of evidence for evaluation. In: S.J. Donaldson (Hrsg.), *What counts as credible evidence in applied research and contemporary evaluation practice* (S.197-212). Los Angeles: Sage.
- Seattle Institute for Child Advocacy (1985). *Talking About Touching*. Seattle: Seattle Institute for Child Advocacy.
- Sebald, A. M. (2008). Child abuse and deafness: An overview. *American Annals of the Deaf*, 153(4), 376-383.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2012). *Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz. Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2001 bis 2010*. Dokumentation Nr 196.
- Seto, M.C. & Lalumière, M. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575.
- Shaver, D.M., Marschark, M., Newman, L. & Marder, C. (2014). Who is where? Characteristics of deaf and hard-of-hearing students in regular and special schools. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 19(2), 203-219.
- Sidera, F., Amadó, A. & Martínez, L. (2017). Influences on facial emotion recognition in deaf children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(2), 164-177.
- Singleton, J.L. & Supalla, S.J. (2011). Assessing children's proficiency of natural signed languages. In: M. Marschark & P. E. Spencer (Hrsg.). *The Oxford handbook of deaf studies, language, and education. Vol. 1* (S. 306-321). New York, NY: Oxford University Press, 306-321.
- Singer, N. (1996). Evaluation of a self-protection group for clients living in a residential group home. *The British Journal of Development Disabilities*, 42(82), 54-62.
- Sisco, F.H. & Anderson, R.J. (1980). Deaf children's performance on the WISC-R relative to hearing status of parents and child-rearing experiences. *American Annals of the Deaf*, 125(7), 923-930.
- Slavin, R.E. (2002). Evidence-based education policies: Transforming educational practice and research. *Educational Researcher*, 31(7), 15-21.
- Smallbone, S.W. & Wortley, R.K. (2001). Child sexual abuse: Offender characteristics and modus operandi. *Trends & issues in crime and criminal justice*, 193, o.S.
- Smith, D.W., Letourneau, E. J., Saunders, N.E., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S. & Best, C.L. (2000). Delay in disclosure of childhood rape: Results from a national survey. *Child Abuse & Neglect*, 24(2), 273-287.
- Sobsey, D. (1994). Crime prevention and personal safety skills. In M. Agran; N.E. Marchard-Martella & R.C. Martella (Hrsg.). *Health and safety: skills for independent living* (S. 193-214). Baltimore: Paul H Brookes.
- Spehr, A., Yoon, D. & Briken, P. (2010). Sexuell auffällige Minderjährige. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 23(2), 139-154.
- Spencer, P.E., Bodner-Johnson, B. & Gutfreund, M. (1992). Interacting with infants with a hearing loss: What can we learn from mothers who are deaf? *Journal of Early Intervention*, 16, 64-78.
- Spencer, P.E. & Marschark, M. (2010). *Evidence-based practice in educating deaf and hard-of-hearing students*. Oxford: Oxford University Press.

- Spencer Greeley, C. (2012). The evolution of the child maltreatment literature. *Pediatrics*, 130(2), 347-348.
- Speyermann, C. (2007). Evaluation des Präventionsprojektes „Mein Körper gehört mir!“. Bern: Kinderschutz Schweiz.
- Stanzione, C. & Schick, B. (2014). Environmental language factors in theory of mind development: Evidence from children who are deaf/hard-of-hearing or who have specific language impairment. *Topics in Language Disorders*, 34(4), 296-312.
- Stark, W. (2014). Empowerment. In: M.A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (S. 451). Bern: Hogrefe Verlag.
- Stermac, L. E. & Segal, Z.V. (1989). Adult sexual contact with children: An examination of cognitive factors. *Behavior Therapy*, 20(4), 573-584.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M.H., Euser, E.M. & Bakerman-Kranenburg, M.J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Streppel, M., Walger, M., von Wedel, H. & Gaber, E. (2006). *Hörstörungen und Tinnitus*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Sullivan, P.M. & Knutson, J.F. (1998). Maltreatment and behavioral characteristics of youth who are deaf and hard-of-hearing. *Sexuality and Disability*, 16(4), 295-319.
- Sullivan, P.M. & Knutson, J.F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257-1273.
- Sullivan, P.M., Vernon, M. & Scanlan, J.M. (1987). Sexual abuse of deaf youth. *American Annals of the Deaf*, 132(4), 256-262.
- Svirsky, M.A., Teoh, S.W. & Neuburger, H. (2004). Development of language and speech perception in congenitally, profoundly deaf children as a function of age at cochlear implantation. *Audiology and Neurotology*, 9(4), 224-233.
- Sylvester, L. (1996). Talking About Touching: Personal safety curricula (1996 editions) preschool to Grade 3. Curriculum evaluation summary. Seattle, WA: Committee for Children.
- Synovitz, L.B. (1999). Using puppetry in a coordinated school health program. *Journal of School Health*, 69(4), 145-147.
- Szagan, G. (2001). Language acquisition in young German-speaking children with cochlear implants: Individual differences and implications for conceptions of a “sensitive phase”. *Audiology & Neuro Otology*, 6, 288-297.
- Szagan, G. (2007). Wunderwerk Cochlea-Implantat? *Das Zeichen*, 75, 110-121.
- Taal, M. & Edelaar, M. (1997). Positive and negative effects of a child sexual abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect*, 21(4), 399-410.
- Tabachnik, B.G. & Fidell, L.S. (2014). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn & Bacon.
- Tang, C.S. (2002). Childhood experience of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. *Child Abuse & Neglect*, 26, 23-37.
- Tang, C.S. & Lee, Y.K. (1999). Knowledge on sexual abuse and self-protection skills: A study on female Chinese adolescents with mild mental retardation. *Child Abuse & Neglect* 23(3), 269-279.
- Tellegen, P.J., Laros, J.A. & Petermann, F. (2012). *Snijders-Oomen Nonverbaler Intelligenztest (SON-R 6-40)*. Göttingen: Hogrefe.
- Teuber, H. (1995). Hörgeschädigt, hörbehindert, gehörlos oder taub? *Das Zeichen*, 31, 40-43.

- Theaterpädagogische Werkstatt Osnabrück (1994). *Mein Körper gehört mir*. Osnabrück: Theaterpädagogische Werkstatt.
- Theodore, L.A. (2017). *Handbook of evidence-based interventions for children and adolescents*. New York: Springer Publishing Company.
- Theunert, H. (2003). Mädchen haben sich halt total daran gewöhnt, dass sie Nebenrollen spielen. In: G. Mühlen-Achs & B. Schorb. *Geschlecht und Medien*. Reihe Medienpädagogik, Band 7 (S. 119-138). München: KoPäd.
- Ticoll, M. (1994). *Violence and people with disabilities: A review of the literature*. Ministry of Supply and Services Canada: The Roeher Institute.
- Tippelt, R. & Reich-Claassen, J. (2010). Stichwort: „Evidenzbasierung“. *DIE – Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, 4, 22-23.
- Topping, K.J. & Barron, I.G. (2009). School-based child sexual abuse prevention programs: A review of effectiveness. *Review of Educational Research*, 79(1), 431-463.
- Towne, L. & Hilton, M. (2004). *Implementing randomized field trials in education. Report of a workshop*. Washington D.C.: The National Academies Press.
- Trafimow, D. & Marks, M. (2015). Editorial. *Basic and Applied Social Psychology*, 37(1), 1-2.
- Tsui, C.-M. (2008). A review of evaluation of sexual abuse prevention training programmes for people with mental handicap. *The British Journal of Development Disabilities*, 54(107), 137-140.
- Tutty, L.M. (1997). Child sexual abuse prevention programs: Evaluating ‘Who do you Tell’. *Child Abuse & Neglect*, 21(9), 869-881.
- Ullherr, A.-K. & Ludwig, K. (2014a). Die Lautsprachentwicklung hörgeschädigter Kinder im deutschen Sprachraum – eine systematische Übersichtsarbeit (Teil I). *Hörgeschädigtenpädagogik*, 3, 98-104.
- Ullherr, A.-K.; Ludwig, K. (2014b). Die Lautsprachentwicklung hörgeschädigter Kinder im deutschen Sprachraum – eine systematische Übersichtsarbeit (Teil II). *Hörgeschädigtenpädagogik*, 4, 138-142.
- Ullherr, A.-K., & Ludwig, K. (2014c). Die Lautsprachentwicklung hörgeschädigter Kinder im deutschen Sprachraum – eine systematische Übersichtsarbeit (Teil III). *Hörgeschädigtenpädagogik*, 5, 182-185.
- Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (2011). *Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann*. Berlin: Unabhängige Beauftragte des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (2013). *Handbuch Schutzkonzepte sexueller Missbrauch. Befragungen zum Umsetzungsstand der Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ – Bericht mit Praxisbeispielen zum Monitoring 2012–2013*. Berlin: Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (2017). *Pressemitteilung Nr. 32 vom 24.04.2017. Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2016: Rörig: „Fallzahlen bestätigen, dass sexuelle Gewalt für viele Kinder in Deutschland grausamer Alltag ist. Bund und Länder müssen dauerhaft mehr in den Kampf gegen Kindesmissbrauch investieren!“*. Berlin: Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs. Zugriff unter: <https://beauftragter-missbrauch.de/presse->

- service/pressemitteilungen/detail/news/roerig-zur-polizeiliche-kriminalstatistik-pks-2016-fallzahlen-bestaetigen-dass-sexuelle-gewalt-f/, abgerufen am 03.08.2017.
- United Nations (1989). *Konvention über die Rechte des Kindes*. Köln: UNICEF.
- Urban, D., Mayerl, J. & Wahl, A. (2016). *Imputation oder Nicht-Imputation? eine Anleitung für die Regressionspraxis mit SPSS*. Schriftenreihe des Instituts für Sozialwissenschaften (44). Universität Stuttgart. Abteilung für Soziologie und empirische Sozialforschung.
- Urbann, K., Verlinden, K. & Bienstein, P. (2015). Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen mit Hörbehinderung. Teil I: Eine Einführung. *Das Zeichen*, 99, 36-46.
- Vaccari, C. & Marschark, M. (1997). Communication between parents and deaf children: Implications for social-emotional development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 793-801.
- van den Broek, J. (1993). *Verschwiegene Not: sexueller Mißbrauch an Jungen*. Zürich: Kreuz.
- van Eldik, T., Treffers, D.A., Veerman, J.W. & Verhulst, F.C. (2004). Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. *American Annals of the Deaf*, 148(5), 390-395.
- Vandiver, D.M. & Walker, J.T. (2002). Female sex offenders: An overview and analysis of 40 cases. *Criminal Justice Review*, 27(2), 284-300.
- Vasey, M.W., El-Hag, N. & Daleiden, E.L. (1996). Anxiety and the processing of emotionally threatening stimuli: Distinctive patterns of selective attention among high- and low-test-anxious children. *Child Development*, 67(3), 1173-1185.
- Vernon, M. (2005). Fifty years of research on the intelligence of deaf and hard-of-hearing children: A review of literature and discussion of implications. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(1), 225-231.
- Volbert, R. (2000). Sexual knowledge of preschool children. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 12(1-2), 5-26.
- Walter, A. von (1997). Sexueller Mißbrauch an hörgeschädigten Kindern. *Das Zeichen*, 42, 550-560.
- Walter, A. von (2001). *Hörschädigung und sexuelle Gewalt*. Köln: Mebes & Noack.
- Vygotsky, L.S. (1987). Interaction between learning and development. In M. Gauvain & M. Cole (Hrsg.). *Readings on the development of children* (S. 34-40). New York: Scientific American Books.
- Walter, D. & Döpfner, M. (2006). Die Behandlung von Jugendlichen mit Leistungsstörungen mit dem SELBST-Programm – Kurzzeiteffekte. *Verhaltenstherapie*, 16, 257-265.
- Waltz J., Addis, M.E., Körner, K. & Jacobson, N.S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Wanzeck-Sielert, C. (2005). *Abschlussbericht zur Evaluation der Wanderausstellung „Echt klasse: Ja zum Nein – Spielstationen zum Starksein“ zur Prävention von sexuellem Missbrauch für Mädchen und Jungen, Eltern und Lehrkräften*. Unveröffentlichtes Skript. Universität Flensburg.
- Ward, T., Fon, C., Hudson, S. M. & McCormack, J. (1998). A descriptive model of dysfunctional cognitions in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(1), 129-155.

- Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior, 5*(5), 491-507.
- Warden, D., Moran, E., Gillies, J., Mayes, G. & MacLeod, L. (1997). An evaluation of a children's safety training programme. *Educational Psychology, 39*, 433-448.
- Washburn, A.O. & Anthony, D.A. (1974). Seeing essential English: A sign system of English. *Journal of the Academy of Rehabilitation Audiology, 7*(1), 18-25.
- Watson, M., Bain, B. & Houghton, S. (1992). A preliminary study in teaching self-protective skills to children with moderate and severe mental retardation. *The Journal of Special Education, 26*(2), 181-194.
- Watson, A.J. & Valtin, R. (1997). Secrecy in middle childhood. *International Journal of Behavioural Development, 21*(3), 431-452.
- Wauters, L.N. & Knoors, H. (2008). Social integration of deaf children in inclusive settings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 13*(1), 21-36.
- Weck, F., Bohn, C. & Ginzburg, D.M. & Stangier, U. (2011). Treatment integrity: Implementation, assessment, evaluation, and correlations with outcome. *Verhaltenstherapie, 21*, 99-107.
- Weiss, J.A., Cappadocia, M.C., MacMullin, J.A., Vecili, M. & Lunsy, Y. (2012). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. *Autism, 16*(3), 261-274.
- Westcott, H.L. (1993). *Abuse of children and adults with disabilities*. National Society for the Prevention of Cruelty to Children: London.
- White, I.R., Royston, P. & Wood, A.M. (2010). Multiple imputation using chained equations: Issues and guidance for practice. *Statistics in Medicine, 30*, 377-399.
- Wiefferink, C.H., Rieffe, C., Ketelaar, L., De Raeve, L. & Frijns, J.H.M. (2013). Emotion understanding in deaf children with a cochlear implant. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 18*(2), 175-186.
- Wienholz, S., Seidel, A., Michel, M. & Müller, M. (2013). *Jugendsexualität und Behinderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Williams, K.R., Wishart, J.G., Pitcairn, T.K. & Willis, D.S. (2005). Emotion recognition by children with Down syndrome: Investigation of specific impairments and error patterns. *American Journal of Mental Retardation, 110*(5), 378-392.
- Wilson, C.; Powell, M.; Raju, S. & Romeo, R. (2004). Secrecy and suggestibility: Are children's memories for secrets less suggestible than other memories? *Applied Cognitive Psychology, 18*(3), 251-261.
- Wirtz, M.A. (2014). Konstrukt. In: M. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (S. 871). Bern: Hogrefe Verlag.
- Wishart, J.G., Cebula, K.R., Willis, D.S. & Pitcairn, T.K. (2007). Understanding of facial expressions of emotion by children with intellectual disabilities of differing aetiology. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*(7), 551-563.
- Wisotzki, K.H. (1994). *Grundriß der Hörgeschädigtenpädagogik*. Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftlichen Verlag.
- Witrock, M. (1992). Sexueller Mißbrauch an Kindern. *Sonderpädagogik 22*(3), 164-170.
- Woodward, M.F. & Barber, C.G. (1960). Phoneme perception in lipreading. *Journal of Speech and Hearing Research, 3*, 212-222.

- Woolfe, T., Herman, R., Roy, P. & Woll, B. (2010). Early vocabulary development in deaf native signers: A British sign language adaptation of the communicative development inventories. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 322-331.
- Woolston, C. (2015). Psychology journal bans P values. *Nature. International weekly journal of science*, 519(7514), 9.
- World Health Organization (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2003). *Weltbericht. Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung*. Kopenhagen: WHO.
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194.
- Wurtele, S.K. (1986). *Teaching young children personal body safety: The behavioral skills training program*. Colorado Springs, CO: SK Wurtele.
- Wurtele, S.K. (1987). School-based sexual abuse prevention programs: A review. *Child Abuse & Neglect*, 11, 483-495.
- Wurtele, S.K. (1990). Teaching personal safety skills to four-year-old children: A behavioral approach. *Behavior Therapy*, 21, 25-32.
- Wurtele, S.K. (2007). *The Body Safety Training Program: A personal safety program for parents to teach their children*. Colorado Springs, CO: SK Wurtele.
- Wurtele, S.K., Currier, L.L., Gillispie, E.I. & Franklin, C.F. (1991). The efficacy of a parent-implemented program for teaching preschoolers personal safety skills. *Behavior Therapy*, 22, 69-83.
- Wurtele, S.K., Gillispie, E.I., Currier, L.L. & Franklin, C.F. (1992). A comparison of teachers vs. parents as instructors of a personal safety program for pre-schoolers. *Child Abuse & Neglect*, 16, 127-137.
- Wurtele S.K., Hughes, J. & Owens, J. (1998). An examination of the reliability of the 'What If Situations' Test: A Brief Report. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7(1), 41-52.
- Wurtele, S.K., Kast, L.C. & Melzer, A.M. (1992). Sexual abuse prevention education for young children: A comparison of teachers and parents as instructors. *Child Abuse & Neglect*, 16, 865-876.
- Wurtele, S.K., Kast, L.C., Miller-Perrin, C.L. & Kondrick, P.A. (1989). Comparison of programs for teaching personal safety skills to preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 505-511.
- Wurtele, S.K. & Miller-Perrin, C.L. (1987). An evaluation of side effects associated with participation in a child sexual abuse prevention program. *Journal of School Health*, 57(6), 228-231.
- Wurtele, S.K. & Owens, J.S. (1997). Teaching personal safety skills to young children: An investigation of age and gender across five studies. *Child Abuse & Neglect*, 21, 805-814.
- Young, A. & Hunt, R. (2011). *Research with d/Deaf people*. London: NIHR School for Social Care Research.
- Yu, B., Chen, J., Jin, Y., Zhang, W., Feng, Y. & Xiaoxia, Z. (2017). The knowledge and skills related to sexual abuse prevention among Chinese children with hearing loss in Beijing. *Disability & Health Journal*, 10(2), 344-349.

- Zahnert, T. (2011). The differential diagnosis of hearing loss. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(25), 433-443.
- Zemp, A. (1997). *Tabuisierte Not. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung*. Dissertation. Zürich: Zentralstelle der Studentenschaft.
- Zemp, A., Pircher, E. & Neubauer, E.C. (2005). Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. In: G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch: Ein Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch* (S. 825-843). Tübingen: dgvt.
- Zinnecker, J., Behnken, I., Maschke, S. & Stecher, L. (2003). *Null Zoff & Voll Busy: Die erste Jugendgeneration des neuen Jahrhunderts*. Wiesbaden: Springer.
- Ziv, M., Most, T. & Cohen, S. (2013). Understanding of emotions and false beliefs among hearing children versus deaf children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18(2), 161-174.
- Zwi, K., Woolfenden, S., Wheeler, D., O'Brien, T., Tait, P. & Williams, K. (2007). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *The Campbell Systematic Reviews*, 5.
- Zwiebel, A. (1987). More on the effects of early manual communication on the cognitive development of deaf children. *American Annals of the Deaf*, 132(1), 16-20.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Optimaler Stichprobenumfang (Ausgabe G*Power; F tests - ANOVA: Messwiederholung, Innersubjektfaktoren)	139
Abbildung 2. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 im Bereich 'Körperteile Benennen' (Angaben in Prozent)	176
Abbildung 3. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 im Bereich 'Körperteile erkennen' (Angaben in Prozent)	176
Abbildung 4. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 in den Bereichen 'Gefühle Erkennen' und 'Gefühle Benennen' (Angaben in Prozent)	177
Abbildung 5. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 im Bereich 3 (Angaben in Prozent) ..	178
Abbildung 6. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 im Bereich 4 (Angaben in Prozent) ..	179
Abbildung 7. Wissensstand der Kinder zu MZP t0 im Bereich 5 'Fallbeispiele zu angemessenen Berührungen' (Angaben in Prozent)	180
Abbildung 8. Wissenssand der Kinder zu MZP t0 im Bereich 5 'Fallbesispiele zu unangemessenen Berührungen'	181
Abbildung 9. Angabe der Kinder zu MZP t0 bezüglich ihrer Reaktion auf unangemessene Berührungen (Angaben in Prozent)	182
Abbildung 10. Angabe der Kinder zu MZP t0 bezüglich der Startegie 'Weitersagen' (Angaben in Prozent)	182
Abbildung 11. Themen, die zu MZP t0 nicht von den Bezugspersonen mit den Kindern besprochen wurden (Angaben gerundet in Prozent)	185
Abbildung 12. Themen, die zu MZP t0 nicht von den Lehrpersonen mit den Kindern besprochen wurden (Angaben gerundet in Prozent)	187
Abbildung 13. Wissen in Bereich 1. Vergleich EG und WKG zu MZP t0 und MZP t2	195
Abbildung 14. Wissen in Bereich 2. Vergleich zwischen EG und WKZ zu MZP t0 und MZP t2	197
Abbildung 15. Wissen in Bereich 5. Vergleich zwischen EG und WKG zu MZP t0 und MZP t2	199
Abbildung 16. Ängstlichkeit (L). Vergleich zwischen EG und WKG zu MZP t0 und MZP t2	200
Abbildung 17. Ängstlichkeit (B). Vergleich zwischen EG und WKG zu MZP t0 und MZP t2	202
Abbildung 18. Bereich 1. Wissen zu MZP t0, MZP t1, MZP t2 und MZP t3	205
Abbildung 19. Bereich 2. Wissen zu MZP t0, MZP t1, MZP t2 und MZP t3	208
Abbildung 20. Bereich 5. Wissen zu MZP t0, MZP t1, MZP t2 und MZP t3	211
Abbildung 21. Ängstlichkeit (L) zu MZP t0, MZP t2 und MZP t3	213
Abbildung 22. Ängstlichkeit (B) zu MZP t0, MZP t2 und MZP t3	214

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Klassifizierung von Hörschädigungen.....	22
Tabelle 2. Beschreibung der Evidenzlevel.....	30
Tabelle 3. Untersuchungsdesign	107
Tabelle 4. Fehlende Werte der Befragung der Kinder zu MZP t0, t1, t2, t3.....	142
Tabelle 5. Fehlende Werte des Bereichs Ängstlichkeit (L, B) zu MZP t0, t2, t3	143
Tabelle 6. Fehlende Werte der Variablen Alter, Geschlecht, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen, psychosozialem Funktionsniveau, Kommunikativer Kompetenz (L, B), Schweregrad des Hörverlusts (L, B) und Versorgungsalter mit Hörhilfen (L, B)	144
Tabelle 7. Fehlende Werte der durch Lehrpersonen und Bezugspersonen besprochene Themen zu MZP t0, t2, t3	145
Tabelle 8. Durchführung der Bausteine (Angabe in Prozent)	155
Tabelle 9. Durchschnittliche Bewertung des Trainings durch Trainerin.....	158
Tabelle 10. Verteilung der Kinder (Gesamtstichprobe/EG/WKG).....	158
Tabelle 11. Geschlechterverteilung	159
Tabelle 12. Ergebnisse der Intelligenzdiagnostik	160
Tabelle 13. Beeinträchtigung in Funktionsbereichen.....	161
Tabelle 14. Psychosoziales Funktionsniveau (Gesamtgruppe).....	162
Tabelle 15. Art des Hörverlusts der Kinder.....	164
Tabelle 16. Versorgung mit Hörhilfen (Gesamtgruppe)	165
Tabelle 17. Versorgungsalter mit Hörhilfen	166
Tabelle 18. Deskriptive Übersicht der Variablen Alter, IQ, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L, B), Psychosoziales Funktionsniveau (L, B), Kommunikative Kompetenz (L, B), Versorgungsalter mit Hörhilfen (L, B)	167
Tabelle 19. Kommunikation des Kindes im Wohnumfeld	169
Tabelle 20. Familienmitglieder mit einer Hörbehinderung	170
Tabelle 21. Bevorzugte Kommunikationsform	171
Tabelle 22. Ergebnisse des SET-Subtests „Handlungssequenzen, Bereich Sprachverständnis“	173
Tabelle 23. Teilnahme an Trainingstagen	174
Tabelle 24. Hat dir das Training mit SAM gefallen? (Antworten der Kinder)	174
Tabelle 25. Itemanalyse Bereich 1, 6 ausgewählte Items (n=88).....	189
Tabelle 26. Itemanalyse Bereich 2. 4 ausgewählte Items (n=82).....	190
Tabelle 27. Itemanalyse Bereich 3, alle 3 Items (n=85)	190
Tabelle 28. Itemanalyse Bereich 4, alle 4 Items (n=76)	191
Tabelle 29. Itemanalyse Bereich 5 B und C, alle 6 Items (n=84)	192
Tabelle 30. Vergleich Originaldaten und imputierte Daten von Wissen in Bereich 1 zu MZP t0 und MZP t2	195
Tabelle 31. Vergleich Originaldaten und imputierte Daten von Wissen in Bereich 2 zu MZP t0 und MZP t2	197
Tabelle 32. Vergleich Originaldaten und imputierte Daten von Wissen in Bereich 5 zu MZP t0 und MZP t2	198
Tabelle 33. Vergleich Originaldaten und imputierte Daten der Ängstlichkeit (L) zu MZP t0 und MZP t2	200
Tabelle 34. Ängstlichkeit (B). Vergleich EG und WKG zu MZP t0 und MZP t2	201
Tabelle 35. Gegenüberstellung Originaldaten mit imputierten Daten des Bereich 1 zu MZP t0 und t1	203
Tabelle 36. Gegenüberstellung Originaldaten mit imputierten Daten des Bereich 1 zu MZP t0 und MZP t2	204
Tabelle 37. Ergebnis des Friedman-Tests für Bereich 1	205

Tabelle 38. Gegenüberstellung Originaldaten mit imputierten Daten des Bereich 2 zu MZP t0 und MZP t1	206
Tabelle 39. Gegenüberstellung Originaldaten mit imputierten Daten des Bereich 2 zu MZP t0 und MZP t2	207
Tabelle 40. Ergebnis des Friedman-Test Bereich 2	208
Tabelle 41. Gegenüberstellung Originaldaten mit imputierten Daten der Ängstlichkeit (L) zu MZP t0 und MZP t2.....	212
Tabelle 42. Zusammenfassende deskriptive Statistik zu MZP t0, MZP t1, MZP t2 und MZP t3.....	215
Tabelle 43. Korrelationen nach Spearman zwischen dem Wissen zu MZP t2 im Bereich 1 und möglichen Einflussfaktoren.....	220
Tabelle 44. Korrelationen nach Spearman zwischen dem Wissen zu MZP t2 im Bereich 2 und möglichen Einflussfaktoren.....	225
Tabelle 45. Korrelationen nach Spearman zwischen dem Wissen zu MZP t2 im Bereich 5 und möglichen Einflussfaktoren.....	233
Tabelle 46. Ergebnis des Regressionsmodells (Angepasstes R-Quadrat = .29 für den Originaldatensatz bzw. .27 für den imputierten Datensatz) mit Regressionskoeffizienten B mit Angabe des 95% Konfidenzintervalls (95 %-CI), standardisierten Regressionskoeffizienten Beta und p-Wert p.....	234

Anhang

Anhang A

Tabelle A

Systematische Übersicht mit Studien zu sexuellem Missbrauch an Menschen mit Hörbehinderung (basierend auf Recherchen in den Datenbanken ERIC, MEDLINE, PSYNDEX und PsychINFO mit den Schlagworten deaf AND sexual abuse/violence)

Autor & Titel	Jahr	Stichprobe	Erhebungsinstrumente	Zentrale Ergebnisse
Sexueller Missbrauch an Menschen mit Hörbehinderung⁹⁵				
<i>Anmerkung.</i> Aus Studien werden lediglich die im Kontext dieser Arbeit relevanten Stichproben (Menschen mit Hörbehinderung) bzw. die Ergebnisse (bezüglich sexuellem Missbrauch) aufgeführt.				
Jones et al. <i>Enablers of help-seeking for deaf and disabled children following abuse and barriers to protection: a qualitative study</i>	2017	N = 10 Menschen mit (Hör-)Behinderung, die von (sexuellem) Missbrauch in ihrer Kindheit betroffen waren (n=7 mit Hörbehinderung) 3 Kinder (zwischen 12 und 13 Jahren), 2 zwischen 18 und 25,	Qualitative Interviews	2 der 13 Disclosures resultierten in konstruktiven Handlungen (Ende der Missbrauchstat, Schutz des Kindes). 3 Disclosures erfolgten gegenüber Lehrerinnen. Negativ für Disclosure: Einsamkeit, Isoliertheit Positiv für Disclosure: Bezugspersonen werden auf Hinweiszeichen aufmerksam, Vorhandensein von unterstützendem Netzwerk, Unterstützung bei Weitervermittlung (z.B. Beratungsstelle, Dolmetschdienst)

⁹⁵ Skinner (1991). *Child abuse and the deaf clinical population: Reported prevalence and associated factors*. Ist leider nicht über Fernleihe beziehbar.

5 < 25 Jahre;

m = 3, f = 7

Yu, Chen, Jin, Zhang, Feng & Zhao <i>The knowledge and skills related to sexual abuse prevention among Chinese children with hearing loss in Beijing</i>	2017	<i>N</i> = 51 Schülerinnen und Schüler (30 m, 21 w) mit Hörbehinderung Alter Spanne = 10 - 16 <i>M</i> = 12.2, <i>SD</i> = 1.8	Schriftliche Fragebogenbefragung auf Basis vorheriger chinesischer Befragungen zu sexuellem Kindesmissbrauch (Chen et al. 2012), ‚Personal Safety Questionnaire‘ (Wurtele 1992) und ‚What if situation test‘ (Wurtele, Hughes, Owens 1998)	Insgesamt erreichten die Befragten mit Hörbehinderung schlechtere Ergebnisse (<i>Mean</i> = 5.08, <i>SD</i> = 2.53) im Vergleich zu einer hörenden Stichprobe einer anderen Studie (<i>Mean</i> = 7.12, <i>SD</i> = 2.00). Etwa die Hälfte der Kinder beantwortet die Fragen zu sexuellem Missbrauch korrekt, z.B. 45,1 % der Befragten gaben an, dass eine Missbrauchstat einem Erwachsenen mitgeteilt werden sollte, bis diese Person hilft (75,4 % einer hörenden Stichprobe einer anderen Studie gaben dies an). 52,9 % der Befragten bejahten die Frage, ob sie eine Berührung verweigern dürften, wenn sie diese nicht mögen (91,8 % der hörenden Befragten einer anderen Schule bejahten diese Frage). 39,2 % der Befragten bejahten, dass ein Kind einem Erwachsenen mitteilen sollte, wenn eine erwachsene Person seinen Intimbereich angefasst hat und ihm gedroht hat, das Geheimnis nicht zu verraten (siehe 57,3 % einer hörenden Stichprobe einer anderen Studie).
Scharmanski, Urbann & Bienstein <i>Sexueller Missbrauch an Kindern</i>	2016	<i>N</i> = 143 Mitarbeiterinnen von Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und	Online-Fragebogenerhebung (demografische Informationen, Angaben zum Vorkommen und der Häufigkeit von gesicherten Fällen bzw. Verdachtsfällen von sexuellem	Ungefähr ein Viertel (26,7 %, <i>n</i> = 36) der teilnehmenden Personen gab an, dass ihnen innerhalb der letzten drei Jahre mindestens ein gesicherter Fall sexuellen Missbrauchs im Schulalltag bekannt geworden war.

und Jugendlichen mit Hörbehinderung. Teil III: Ergebnisse der SeMB-Online-Befragung zur Häufigkeit und Prävention sexuellen Missbrauchs im schulischen Kontext

Kommunikation in Deutschland

Im Mittel seit ca. 13 Jahren ($M = 12.86$, $SD = 9.37$) an der aktuellen Schule tätig.

Von den Befragten betreuten Schülerinnen waren 5 bis 24 Jahre alt ($M = 11.84$, $SD = 3.73$).

Missbrauch innerhalb der letzten drei Jahre; Erhebung von Schutzkonzepten)

Über 40% (43,4%, $n = 56$) der Mitarbeiterinnen berichteten von mindestens einem vermuteten Fall innerhalb der letzten drei Jahre.

Über alle präventiven Strukturen auf der Ebene der Schülerinnen und Schüler gaben 64,9 % ($n = 48$) der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, dass ihnen der Implementierungsgrad nicht bekannt sei. Lediglich in 2,7 % ($n = 2$) der Fälle wurde angegeben, dass Maßnahmen und Angebote in Bezug zur Schülerinnen- und Schülerschaft vorhanden seien; 13,5 % ($n = 10$) der teilnehmenden Personen gaben an, dass die erfragten Strukturen in Planung seien. In 18,9 % ($n = 14$) war eine Umsetzung weder vorhanden noch geplant.

Auf der Ebene der Mitarbeiterinnen waren im Mittel 35,1 % ($n = 26$) der Maßnahmen, z. B. Fortbildungsveranstaltungen, in Planung und zu lediglich 13,5 % ($n = 10$) vorhanden. In knapp einem Viertel der Fälle waren die gefragten Angebote nicht vorhanden bzw. nicht geplant oder der Implementierungsgrad war nicht bekannt (jeweils 25,7 %, $n = 19$).

Präventive Strukturen auf der Ebene der Institution (Schule) waren über alle abgefragten Konzepte in über der Hälfte der Fälle in Planung (55,4 %, $n = 41$), zu 17,6 % ($n = 13$) bereits vorhanden und zu 13,5 % ($n = 10$) weder geplant noch vorhanden. Weitere 13,5 % ($n = 10$) der teilnehmenden Personen berichteten, dass ihnen die Umsetzung der erfragten Konzepte unbekannt sei.

Fries ⁹⁶ & Schröttle	2014	<i>n</i> = 10 von Gewalt betroffene gehörlose Frauen Sprachliche Identität: DGS Alter Spanne = 27-64	Sekundäranalyse und vertiefende weitere Untersuchung; Qualitative Interviews in <i>Deutscher Gebärdensprache</i> ; leitfadengestütztes Interview (innovative Erhebungsmethode)	Deutschlandweite Befragung, aber kaum TN aus den neuen Bundesländern; 10 der 12 befragten Frauen haben sexuelle Gewalt in ihrer Kindheit und Jugend erfahren.
Schröttle et al.	2012	u.a. <i>N</i> = 83 gehörlose/ stark hörbehinderte Frauen Alter Spanne = 16-65	retrospektiv; strukturiertes Interview (auf DGS mit gehörlosen Frauen)	52 % der gehörlosen Frauen berichten, retrospektiv in Kindheit und Jugend sexuellen Missbrauch erlebt zu haben; auffällig häufig in Einrichtungen/Internaten/Schulen. Zwei Fünftel der gehörlosen Frauen (39 %) fühlten sich als Kind in der eigenen Familie weniger stark oder gar nicht angenommen (Anteil doppelt so hoch wie der des Bevölkerungsdurchschnitts mit 19 %). 43 % sind von sexueller Gewalt im Erwachsenenleben betroffen. Täter/innen sexueller Gewalt an gehörlosen Frauen im Erwachsenenleben sind zu 19 % der eigene Partner.
Martinez	2012	<i>N</i> = 346 gemeldete Fälle von Gewalterfahrungen gehörloser Men-	Deskriptive Analyse der gemeldeten Fälle	Vulnerabilität der gehörlosen Population (insbesondere von Kindern und Frauen) wird deutlich Gehörlose Menschen sind u.a. von sexueller Gewalt

⁹⁶ Fries forscht aktuell zu „Kommunikation und Gewalt: Risikofaktoren, Gewaltfolgen und Ressourcen im Leben gehörloser Frauen“ (Promotionsvorhaben)

<i>Deaf Resource Center (2006-2012)</i>		schen		betroffen.
				Problem: Unzureichender Zugang für Betroffene zu Hilfesystemen
Anderson & Leigh <i>Intimate partner violence against deaf female college students</i>	2011	N = 100 (91 gehörlose, 9 schwerhörige Frauen des Gallaudet College, die sich im vergangenen Jahr in Partnerschaften befanden) Alter <i>Spanne = 18-25</i>	Online-Fragebogen (demografische Daten; Revised Conflict Tactics Scales (CTS2))	61 der befragten Frauen gaben an, im vergangenen Jahr sexuell missbräuchliche Handlungen erlebt zu haben. Durchschnittlich widerfahren den Frauen 8,51 sexuell missbräuchliche Verhaltensweisen. Prozentsatz der Frauen, die im vergangenen Jahr mindestens eine sexuelle Viktimisierung erlebt hat: 27,8 % (hörend n = 3060) vs. 61 % (gehörlos) Abgeleitete Risikofaktoren: Mangel an zugänglichen Ressourcen und Diensten, um Gewalttaten zu melden; Informationsdefizit bezüglich Gewalt.
Wienholz, Seidel, Michel & Müller <i>Jugendsexualität und Behinderung: Ergebnisse einer Befragung an Förderschulen in Sachsen</i>	2013	N = 104, davon n = 73 Schüler/innen von Schulen mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation Alter <i>Spanne = 12-18 Jahre</i>	Grundlage: Fragebogen der Studie zur Jugendsexualität der BZgA	Sexuelle Gewalt behandelt als Unterrichtsthema und Informationsbedarf im Vergleich: Mädchen: 25,6 % vs. 53,1 %; Jungen: 26,2 % vs. 30,6 %. Generell schätzen Jungen ihren Informationsbedarf weniger hoch ein als Mädchen. 65,9 % der Jungen, 42,9 % der Mädchen geben an, kein Problem zu haben über Sex zu sprechen. Hörbehinderte Jugendliche bilden die größte Gruppe, welche nicht gerne über Sex spricht (18,2 % Jungen; 21,4 % Mädchen). 53,1 % der Mädchen und 30,6 % der Jungen möchte

mehr über sexuelle Gewalt erfahren.

15 von 73 Jugendlichen haben angegeben, schon einmal gegen ihren Willen Sex oder Zärtlichkeiten von einem Jungen oder Mann erfahren zu haben (6 keine Angabe).

Täter stammte meist aus dem nahen sozialen Umfeld.

Francavillo	2009	<i>N</i> = 360 College „Undergraduate“ Studierende 81 % gehörlos, 19% schwerhörig weiblich <i>n</i> = 210 männlich <i>n</i> = 150	Online-Fragebogenerhebung, inkl. folgender Skalen: Sexual Communication Survey (Hanson & Gildycz 1993); Rape Myth Acceptance Scale (Burt 1980); Sexual Experience Survey (Koss & Oros 1982)	40 % bewerten ihren sexualpädagogischen Grundschulunterricht als nicht ausreichend, 41 % ihren sexualpädagogischen High-School-Unterricht als umfassend und 48 % ihre Aufklärung am College. 56 % der Befragten denken, dass Personen einen nicht geschehenen Missbrauch melden, um mehr Aufmerksamkeit zu erhalten. 32 % der Befragten gehen davon aus, dass eine „healthy“ Person erfolgreich sexuellem Missbrauch widerstehen bzw. sich wehren kann. 31 % der Befragten denken, dass Personen „are just asking for trouble“, wenn sie leicht bekleidet in der Öffentlichkeit auftreten. 35 % der Befragten schätzen, dass ca. die Hälfte aller Personen, die eine Missbrauchstat melden, den/die vermeintliche Täter/in zurückerobern möchten oder wütend sind und deshalb lügen. 32 % der Befragten gehen davon aus, dass ca. die Hälfte aller gemeldeten Missbrauchsfälle nicht passiert sind und nur gemeldet werden, um den eigenen Ruf zu
-------------	------	--	---	--

schützen.

13 % bis 48 % der befragten Personen gaben an, dass ihnen eine missbräuchliche Tat widerfahren sei (je nach Art des Missbrauchs; genaue Angaben fehlen in der Veröffentlichung).

20 % der Personen, die angegeben hatten, dass ihnen eine offiziell als missbräuchlich eingestufte Tat widerfahren sei, schätzten diese nicht als Missbrauch ein.

Sebald	2008	Review	<p>Beschriebene Risikofaktoren bezüglich Kindern mit Hörbehinderung nach Glickman & Gulati 2003; Ridgeway 1993:</p> <ul style="list-style-type: none">• Spracharmut• Kein/wenig Kontakt zu Erwachsenen und anderen Kindern mit Hörbehinderung• Familienkonflikte bezüglich Kommunikation und Bildungsoptionen• Keine Deaf Peer Group• Keine „Deaf awareness“• Wenig oder unangemessener Einbezug der Eltern <p>National Child Traumatic Stress Network (2006) resümiert: wenig Studien bezüglich Kindern mit Hörbehinderung; Einzelstudien können nicht generalisiert werden.</p> <p>Gutman (2002): Wenig ausreichend qualifiziertes Personal in Bezug auf sexuellen Missbrauch und Hörbehinderung; mangelnde kommunikative Kompetenz.</p> <p>Ethische Schwierigkeiten, die aus Gehörlosengemeinschaft resultieren (Leigh 2002; McCrone 2002): Ge-</p>
--------	------	--------	---

Child abuse and deafness: An overview.

währleistung von Anonymität innerhalb der Gehörlosengemeinschaft, Zugang zu Informationen über Gebärdensprachdolmetschende; taube Psychologinnen, die zu derselben sozialen Gruppe gehören wie ihre Klientinnen.

Im Jahre 1994 arbeiteten das National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN) und das Forschungsinstitut Westat zusammen, um sexuellen Missbrauch an Kindern mit Behinderung zu erforschen. Ergebnisse: Kinder mit Behinderung sind um 1,8-mal häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen als Kinder ohne Behinderung (3,5 Kinder pro 1.000). Problem: Kinder mit Hörbehinderung werden lediglich als solche gemeldet, wenn die Hörbehinderung nicht durch eine Hörhilfe korrigiert wurde. Daher sind mit einer Hörhilfe versorgte Kinder mit Hörbehinderung häufig unter der Kategorie der Sprachverzögerungen zu finden (Dobosh 1999).

Forderungen nach Finkelhor, Hotaling, Lewis & Smith 1990; Freisthier, Merritt & Lascala 2006; Glickman & Gulati 2003; Westcott 1991:

- Schulen sollen sexualpädagogische Angebote ermöglichen, die von Erwachsenen durchgeführt werden, mit denen die Kinder barrierefrei kommunizieren können.
- Eltern und Lehrerinnen sollen Kinder empowern.
- Erwachsene sollen Kinder befähigen, eigenständige Denkerinnen zu werden.
- Kinder sollen über eine ausreichende Sprachkompetenz verfügen.
- Kinder sollen auf entsprechende Rollenvorbilder

zurückgreifen können, mit denen sie barrierefrei kommunizieren können.

Obinna, Krueger, Osterbaan, Sadusky, DeVore	2005	N = 76 (51 gehörlose Menschen, 15 hörende Menschen, die mit gehörlosen Menschen zusammenarbeiten, 10 Personen der Polizei)	halbstrukturierte, offene Interviews Textanalysen	Hörende Mitarbeitende aus dem Gehörlosenbereich empfinden sexuellen Missbrauch als präsent Problem; manche ermutigen gehörlose Menschen, sich an Polizei zu wenden, fordern jedoch auch mehr Sensibilität für Bedarfe der Gehörlosengemeinschaft, um angemesseneren Umgang zu erzielen.
<i>Understanding the Needs of the Victims of Sexual Assault in the Deaf Community</i>				Intimität der Gehörlosengemeinschaft wird als Barriere für Disclosure angesehen.
				Betroffene gehörlose Menschen empfanden Angst, Wut, Schock, Enttäuschung, Scham und Selbstverurteilung für Missbrauchstaten.
				Familienmitglieder werden ja nach Hörstatus als Stütze oder nicht als Stütze angesehen.
				Betroffene sehen Polizei als Hilfeort an, haben jedoch unterschiedliche Erfahrungen gemacht (negativ, da Polizei nicht sensibel mit Missbrauchstat umgegangen ist).
				Seitens der Polizei gibt es Ansätze, um Umgang mit gehörlosen Menschen zu verbessern: Anweisungen für Dolmetscherinnen und Dolmetscher oder Training zum Umgang mit gehörlosen Menschen
Rossmar <i>Sexueller Missbrauch bei höre-</i>	2005	N = 7 Menschen mit Hörbehinderung, die sexuel-	Qualitative Interviews, narrative Methode	Analyse durch Grounded Theory <ul style="list-style-type: none">Die Befragten konnten die Taten nicht einordnen

schädigten Menschen – Wie erleben und verarbeiten hörgeschädigte Menschen Erfahrungen sexuellen Missbrauchs?

len Missbrauch erfahren haben

6 weiblich, 1 männlich

Spanne = 24-ca. 40 Jahre

(Unwissenheit darüber, was sexueller Missbrauch ist).

- Die Befragten hatten ambivalente Gefühle während und nach dem Missbrauch.
- Missbrauch fand auch durch Mitschüler an Schule und Internat statt oder auf dem Schulweg durch bekannte und fremde Personen.
- Zwei der interviewten Personen wurden von ihren Eltern missbraucht.
- „Entspannte Kommunikation“ mit Täter und liebevolle Art des Täters.
- Zwei der interviewten Personen berichten, dass der Täter mehrere Opfer gleichzeitig hatte.
- Betroffene Personen schildern, dass sie Angst hatten, ihnen würde niemand glauben, sie wussten nicht, wie sie die Taten ausdrücken sollten, sie empfanden Scham oder Schuld; sie wussten nicht, an wen sie sich wenden können.
- Die meisten betroffenen Personen erfuhren in ihrem Umfeld Ignoranz.
- Die Täter bedrohten die betroffenen Personen (u.a. damit, dass ihnen in der Gehörlosengemeinschaft niemand glauben würde).
- Die betroffenen Personen spalteten das Geschehene ab und lenken sich durch z.B. viel Sport, Lesen oder Drogen ab; andere zogen sich zurück; vielen schildern psychosomatische Probleme.
- Drei der betroffenen Personen haben negative Erfahrungen mit Therapien gemacht.

Die betroffenen Personen kritisieren die fehlenden Hilfemaßnahmen, die für Menschen mit Hörbehinderung

Job	2004		Review	<p>geeignet sind.</p> <p>Risikofaktoren bzw. Barrieren in der Aufklärung: Taube Menschen haben nicht denselben Zugang zu Informationen wie hörende Menschen; kommunikative Barrieren innerhalb der Familie sowie mit der Umwelt; nicht ausreichende bzw. adäquate Aufklärung in der Schule, Fehlinformationen durch Peers</p> <p>7 „Mythconceptions“:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menschen mit Behinderung sind asexuell. 2. Menschen mit Behinderung sollen in einem Umfeld leben, das ihre Sexualität einschränkt, um sie und andere zu schützen. 3. Menschen mit Behinderung sollten keine sexuelle Bildung erhalten, da diese unnagemessenes Verhalten unterstützen würde. 4. Menschen mit Behinderung sollten sterilisiert werden, da sie sonst Kinder gebären würden, die ebenfalls behindert sind. 5. Menschen mit Behinderung unterscheiden sich sexuell von Menschen ohne Behinderung und neigen eher dazu, ungewöhnliches sexuelles Verhalten zu entwickeln. 6. Menschen mit Behinderung verfügen über einen übermäßigen Sexualtrieb, der auch gefährlich sein kann, sodass Kinder vor ihnen geschützt werden müssen. 7. Menschen mit Behinderung können nicht von sexueller Beratung profitieren.
Kvam	2004	EG N = 302 gehörlose Erwach-	retrospektiv, postalisch	n = 134 (45,8 % gehörlose Frauen, 42,4 % gehörlose Männer) gaben an, sexuellen Missbrauch erlebt zu ha-

Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway.

sene des ‚Norwegian Deaf Registers‘ (Gehörlosigkeit vor dem 9. Lebensjahr erworben)

KG $N = 1833$ hörende Personen

Alter

Spanne = 18-65

adaptierte Version des Selbstbeurteilungsfragebogens des ‚National Institute of Public Health‘ (Tambs, 1994)

- Vereinfachte Sprache
- Weniger Fragen (z.B. bzgl. Drogen)
- 53 Items (34 generelle Fragen für alle, 10 für Personen mit Missbrauchserfahrungen, 9 für Details)
- aufbereitet in schriftlicher Form und als Gebärdensprachvideo

ben; öfter als hörende an ($\chi^2 = 27.5, p = .01$).

Meistens wurden Missbrauchstaten sechs Mal oder häufiger erlebt.

Gehörlose Mädchen und Jungen sind im Vergleich zu hörender KG signifikant häufiger von Hands-on-Taten betroffen ($\chi^2 = 36.7, p < .01$; $\chi^2 = 52.2, p < .01$).

Von Missbrauch betroffene gehörlose Menschen haben am häufigsten Hands-on-Taten erlebt (39,6 % der Frauen, 32,8 % der Männer); meistens in Kombination mit Hands-off-Taten.

Betroffene gehörlose Menschen waren bei der ersten Hands-on-Missbrauchstat zwischen drei und 15 Jahren alt ($mean = 11.1$).

50,9 % der betroffenen gehörlosen Menschen berichteten, dass sie im Internatskontext sexuell missbraucht wurden.

Tatorte: 15,4 % im Zuhause der gehörlosen betroffenen Person; 15,4 % im Zuhause des/der Täter/in; 2,9 % im Bus/Auto; 15,4 % an anderen Orten wie Hütte, Wald oder Camp

Mehr als die Hälfte der gehörlosen Betroffenen gaben an, dass der/die Täter/in sie überredet oder gelockt hatte, bei Missbrauchstaten mitzumachen (z.B. mit Geschenken oder Alkohol); mehr als jede/r vierte gehörlose Betroffene berichtete, dass der/die Täter/in Gewalt

anwandte; einige hatten zudem das Gefühl, dass der/die Täter/in eine Machtposition dazu ausnutzte (leider keine genaue Zahlenangabe in Studie vorhanden). 13% gaben an, freiwillig bei der Missbrauchstat mitgemacht zu haben.

49,9 % ($n = 50$) der von Hands-on-Taten gehörlose Betroffene beschrieben Missbrauch als schrecklich, 24,8 % als sehr unangenehm, 13,8 % als unangenehm und 15,5 % als OK/machte mir nichts aus.

49 % der gehörlosen Betroffenen erzählten niemanden vom sexuellen Missbrauch; 10,8 % erzählten jemanden davon, der/die glaube ihm/ihr jedoch nicht; 5,9% ($n = 6$) berichteten der Schule bzw. anderen Anlaufstellen; 10,8 % ($n = 11$) Eltern; 9,8 % ($n = 10$) Gleichaltrigen oder Geschwistern; 13,7 % ($n = 14$) gegenüber erwachsenen Bezugspersonen, die nicht ihre Eltern waren.

Alter der Täter/innen lag zwischen 9 und 70 Jahren ($M = 28$).

57% wurden von älteren Schüler/innen oder Mitarbeiter/innen der Schule; 18,7 % von einem Familienmitglied missbraucht; keine/r von einem/r Unbekannten.

41 % wurden von einem oder mehreren gehörlosen Täter/innen missbraucht; 44 % von einer oder mehreren hörenden Personen; 15 % sowohl von gehörlosen als auch von hörenden Täter/innen.

65,4 % der von Hands-on-Taten gehörlosen Betroffene-

nen gaben an, von einem männlichen Täter missbraucht worden zu sein, 25 % von mehr als einem männlichen, 4,8 % von einer weiblichen Täterin und 4,8 % von sowohl einem Täter als auch einer Täterin.

14,5% der gehörlosen Jungen und 5,1 % der gehörlosen Mädchen wurden von einer Täterin missbraucht; 5,1 % der gehörlosen Mädchen und 2,9 % der gehörlosen Jungen sowohl von einer Täterin als auch von einem Täter missbraucht.

29,6 % der nicht missbrauchten gehörlosen Menschen, 37,5 % der gehörlosen Menschen, die missbräuchliches „erotic kissing“ erlebt haben, 51,4 % der gehörlosen Menschen, deren Genitalien missbräuchlich angefasst wurden, und 64,1 % der gehörlosen Menschen, die gegen ihren Willen Geschlechtsverkehr erfahren haben, gaben an, von Missbrauch an anderen zu wissen.

Gehörlose Kinder sind von sexuellem Missbrauch betroffen.

Die interviewten Lehrer/innen kommen mit den Symptomen und Folgen sexueller Gewalt in Berührung.

21 der 23 befragten Lehrer/innen berichten über sexuelle Gewalt gegen einen/eine oder mehrere Schüler/innen.

Dietzel	2002	N = 23	Qualitative Erhebung zum Thema sexualisierte Gewalt; Interview mit Lehrerinnen (u.a. persönlicher Wissensstand; Umsetzung im Unterricht; Fortbildungen besucht; Wünsche; Probleme, etc.)	Gehörlose Kinder sind von sexuellem Missbrauch betroffen.
<i>Sexuelle Gewalt gegen gehörlose Mädchen und Jungen“ Möglichkeiten der präventiven Arbeit an der Gehörlosenschule.</i>		Lehrer/innen, die an einer Schule mit dem FSP HK unterrichten		Die interviewten Lehrer/innen kommen mit den Symptomen und Folgen sexueller Gewalt in Berührung.
Heinecke	2001	N = 5	Leitfadeninterview	4 Interviewpartnerinnen häufig von sexuellen und körperlichen Übergriffen gehörloser Jungen, insbesondere an den Brüsten und einmal in der Schamgegend, ausgesetzt.
<i>Wissen macht frei: Sozial- und sexualpädagogische</i>		21-30 Jahre		

*Unterstützung für
gehörlose junge
Frauen auf dem
Weg zur weibli-
chen Selbstbe-
stimmung*

In allen Fällen griffen die Lehrer/innen und Erzie-
her/innen nicht ein und redeten auch nicht darüber.

Viele gehörlose Mädchen halfen den anderen gehörlo-
sen Mädchen bei sexuellen Übergriffen auch nicht, da
sie diese Situation als normal empfanden und sie selbst
auch Opfer sexueller Übergriffe wurden.

Interviewpartnerinnen ist bis heute nicht bewusst, dass
ihnen sexuelle Gewalt angetan wurde.

In Schulen und Internaten wurde kaum über sexuelle
Gewalt und entsprechende Hilfemöglichkeiten infor-
miert.

Von Walter

2001

Tagungsband

Menschen, die mit Menschen mit Hörbehinderung zu-
sammenarbeiten beschreiben sexuellen Missbrauch als
Problem von erheblicher Bedeutung (kein Einzelfall).

*Hörschädigung
und sexuelle Ge-
walt*

Thematik unter Menschen mit Hörbehinderung sowie
Einrichtungen ist Tabu.

Mögliche Risikofaktoren:

Aufklärungs- und Informationsdefizit hörbehinderter
Menschen → Projekte und Angebote für Betroffene
richten sich nicht an Menschen mit Hörbehinderung

Nicht ausreichende Qualifikation von Pädagoginnen
des Hörbehindertenbereichs in den Feldern Prävention
und Intervention

Hemmungen, sich hörenden Personen anzuvertrauen.
Bedenken, dass sich diese nicht ausreichend mit der
Kultur, den sozialen und kommunikativen Bedingungen
von Menschen mit Hörbehinderung auskennen bzw.

sensibel damit umgehen

Sullivan & Knutson	2000	<i>N</i> = 50.278 Kinder der Schulen von Omaha und Nebraska während des Schuljahres 1994-95	Unterschiedliche statistische Analysen auf Basis von Schul-, Polizei und zwei weiteren Datenbanken, die Daten über die Kinder und Jugendlichen führen	Bei Kindern und Jugendlichen mit Hörbehinderung Risiko für sexuellen Missbrauch 1,2-fach erhöht.
<i>Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study.</i>		Alter		
		Spanne = 0-21		
		51,4 % männlich 48,6 % weiblich		
Sullivan & Knutson	1998		Review	Kinder mit Hörbehinderung tragen höheres Risiko, sexuellen Missbrauch zu erfahren; insbesondere Jungen im Vergleich zur Allgemeingesellschaft.
<i>Maltreatment and Behavioral Characteristics of Youth Who Are Deaf and Hard-of-Hearing</i>				Risikofaktoren: Kommunikative Schwierigkeiten zwischen betroffener Person und seiner Umwelt; unzureichende räumliche und institutionelle Rahmenbedingungen; nicht ausreichende Sexualaufklärung und -pädagogik.
von Walter	1997		Review-Artikel	Die Autorin skizziert den aktuellen Forschungsstand (u.a. zur Prävalenz und Risikofaktoren) zu sexuellem Missbrauch und leitet daraus Forderungen für die pädagogische Praxis ab (Prävention als fakultative Aufgabe von pädagogischen Einrichtungen, Beratungsstellen für Menschen mit Hörbehinderung sollen sich mit Missbrauchsproblematik auseinandersetzen, Beratungsstellen für Betroffene sollen sich für Menschen mit Hörbehinderung öffnen, Verankerung des Themas in pädago-
<i>Sexueller Missbrauch an hörgeschädigten Kindern</i>				

gische Ausbildung).

In Anlehnung an Braun & Keller (1989) werden präventive Inhalte formuliert sowie Regeln für den Umgang in einer Disclosure-Situation aufgestellt.

Gerkens & Deutscher Gehörlosen-Bund	1996	N= 1240 weibliche Mitglieder des Deutschen Gehörlosenbundes	eigens konzipierter Fragebogen, der schriftlich von den befragten Frauen ausgefüllt wurde	118 gehörlose Frauen wurden in jungen Jahren als Kind, Mädchen oder junge Frau hauptsächlich im Familienkreis vom Vater, Großvater, Onkel, Bruder und/oder Cousin missbraucht oder vergewaltigt.
<i>Gehörlose Frauen 95. Dokumentation einer bundesweiten Fragebogenaktion zur Situation gehörloser Frauen in Deutschland.</i>		(genaue Altersspanne unbekannt; von unter 20 bis über 70; 2/3 zwischen 21 und 50)		222 Frauen machten keine Angabe (obwohl sie den Fragebogen sonst quasi komplett ausgefüllt haben und Anmerkungen gemacht haben).
				In 23 Fällen fing der Missbrauch durch den Vater im Alter der Betroffenen von überwiegend 7 bis 8 Jahren an und über einen Zeitraum von 5-8 Jahren (zwischenzeitlich auch von anderen männlichen Familienangehörigen missbraucht).
				Nur ein Drittel der missbrauchten bzw. vergewaltigten Frauen geben an, dass sie über dieses Ereignis gesprochen haben und das erst nach mehreren Jahren, einige sogar nach 10-15 Jahren.
<i>Breaking the silence about sexual abuse of deaf youth</i>	1996	14 Beobachtungen in unterschiedlichen Settings; 42 Interviews mit Angestellten; 10 Interviews mit Schü-	Qualitative Erhebung: Beobachtungen, Interviews, Analyse der Akten	Theorien in Köpfen: 1. ‚Blame the victim‘ sexueller Missbrauch entsteht aufgrund von fehlendem Wissen, unangemessenem Verhalten etc. 2. ‚Blame the system‘ nicht ausreichende Aufsicht der Schüler/innen;

ler/innen; Interviews mit (Kon)Rektor/-innen; Beobachtungsbogen für Angestellte; Akteneinsicht

- Betreuungsschlüssel
3. ‚Blame the culture‘
Missbrauch gängig in Gehörlosenkultur; ‚Anschwärzen‘ Tabu
 4. ‚Denial or „It’s not my job“‘
Tabuisierung/Ignorieren der Thematik; kein Übernehmen von Verantwortung
 5. ‚Inadequate Enforcement or Staff Skills‘
Unzureichende (Gebärdensprach)kompetenz der Angestellten/Unzureichende (unklare) Umsetzung des ‚Student Code of Conduct‘
 6. ‚One (or More) Bad Apple(s)‘
die Verantwortung liegt allein bei den Tätern
 7. ‚Empowering Students‘
immer und überall
 8. ‚Power Inequities‘
Verhindern das Melden eines Falles/ Fehlende Transparenz/ Zäher Informationsfluss

Die Theorien führen zum Verstecken/Verschweigen der Tat. Der Ruf der Schule und der Schutz der Täter stehen über dem Aufdecken/Ändern der schulischen Verhältnisse.

Joseph, Swayer & Desmond	1995	N = 134 College Studierenden	selbst konzipierter Fragebogen zu sexueller Gesundheit, sexuellem Verhalten und Informationsquellen zu sexueller Gesundheit (76 Items)	23 % der Studierenden gaben an, Sex gegen ihren Willen gehabt zu haben (dies entspricht 31 % der Frauen und 3 % der Männer).
<i>Sexual knowledge, behavior and sources of information among deaf and hard of hearing college</i>				

students

Ridgeway	1993	N = 3 Frauen, die sich beim ‚National Centre for Mental Health and Deafness‘ gemeldet hatten, nachdem sie sexuell missbraucht wurden.	Einzelfallbeschreibungen	<p>1. Frau (28):</p> <ul style="list-style-type: none">• Zu Hause und in der Schule (Integration) isoliert• Von ihrem Vater sexuell und körperlich misshandelt• ‚Trouble child‘• Wurde von jungen Männern zu einem One Night Stand gezwungen und wurde schwanger• Sie wollte sich ihrer Mutter mitteilen, jedoch beherrschte sie keine BSL <p>→ Betonung der Kommunikationsproblematik</p> <p>2. Frau (27):</p> <ul style="list-style-type: none">• Zwischen 15 und 24 von ihrem Stiefvater missbraucht• Ebenfalls von Großvater missbraucht• Sie akzeptierte, dass dies so ist.• Von Mutter überbehütet → geringes Selbstbewusstsein und soziale Kompetenz; Abhängigkeit von Mutter• Wut und Traurigkeit, um Passiertes auszudrücken• Niemand in der Familie konnte mit ihr ausreichend kommunizieren, keine Unterstützung außerhalb der Familie <p>3. Frau (35):</p> <ul style="list-style-type: none">• Zwischen 10 und 15 Jahren von ihrem Onkel sexuell missbraucht• Essstörungen, Depression und Selbstverletzung als Hinweise auf Missbrauch• In ihrer ländlichen Umgebung gab es niemanden, der ihren kommunikativen Bedürfnisse entsprechen konnte.
----------	------	---	--------------------------	---

Sullivan, Vernon, & Scanlan 1987

Sexual abuse of deaf youth.

Review

50 % der gehörlosen Kinder eines Internats missbraucht (Swan 1987; Fragebogenerhebung)

75 der 150 Schüler/innen eines anderen Internats für gehörlose Kinder gaben an, sexuellen Missbrauch erfahren zu haben (Polizeiinterviews)

37 (11,1 %) der 322 „Freshmen“ sind von sexuellem Missbrauch betroffen (schriftliche Fragebogenerhebung)

Die Autoren gehen bezüglich gehörlosen Kindern und Jugendlichen von einer Betroffenheit von 50 bis 54% aus.

Tatorte: Busse (allgemein Schultransport), Badezimmern, Betten; sexueller Missbrauch an Kindern an allgemeinen Schulen geschieht eher zu Hause, an Kindern in Internaten eher auf dem Schulgelände

Problematiken: gehörlose Kinder sind nicht genügend über Dynamik und Hilfemöglichkeiten von sexuellem Missbrauch aufgeklärt; die pädagogischen Bezugspersonen nicht ausreichend informiert; die Kommunikation zwischen Kind und Erwachsenen ist eingeschränkt.

Autoren fordern entsprechende präventive Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen, um Risikofaktoren zu minimieren.

Gewalterfahrungen von Menschen mit Hörbehinderung

Aus den folgenden Studien werden lediglich die im erweiterten Kontext dieser Arbeit relevanten Stichproben bzw. die Ergebnisse aufgeführt.

Lund & Ross	2016	N = 45	12-Item Pacific Rim Bullying questionnaire	Fast vier Fünftel berichteten in den vergangenen zwei Monaten über betroffene Gleichaltrige.
<i>Peer Victimization in Students who are Deaf and Hard of Hearing: Exploring Educational Placement</i>		Hörhilfen: Keine = 20% Hörgerät = 56% CI = 22% Beides = 2%		Fast 90 % berichteten, dass sie im selben Zeitraum selbst von Peer-Viktimisierung betroffen waren.
				Die am häufigsten berichteten Arten von Peer-Viktimisierung waren verbale und relationale Aggression.
				Schülerinnen und Schüler, die ein Gehörlosen-Campus besuchten, berichteten häufiger von Viktimisierung als diejenigen, die an Magnetprogrammen teilnahmen, die sich in allgemeinbildenden Schulen befanden.
				Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit von evidenzbasierten Programmen, die Peer-Viktimisierung von gehörlosen und schwerhörigen Menschen adressieren.
Fries & Schröttle	2014	n = 76 Gehörlose, in DGS befragte Frauen	qualitative Interviews	57 % der gehörlosen Frauen haben mindestens eine Situation sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend durch Kinder, Jugendliche oder Erwachsene erlebt (5% keine Angabe).
<i>Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen im Leben gehörloser Frauen</i>		21 - 65 Jahre		37 % der gehörlosen Frauen haben mindestens eine Situation durch Erwachsene erlebt (11 - 15% keine Angabe).
		Davon : 28 % 21 - 35 Jahre; 42 %		40 % der gehörlosen Frauen haben mindestens eine Situation durch Kinder/Jugendliche erlebt (11 - 15%

36 - 50 Jahre;
30 % 51 - 65 Jahre

keine Angabe).

47 % der Frauen gaben an, dass Täter und Täterinnen aus der Schule, Ausbildung, Arbeit oder einer Einrichtung stammte; 12 % nannten jemand Unbekanntes als Täter bzw. Täterin, alle anderen Angaben bezogen sich auf bekannte Personen (Familie, Freunde und Freundinnen etc.).

64 % der Täter und Täterinnen gehörlose Menschen

60 % der Betroffenen erlebten wiederholte Handlungen.

Gewaltbetroffenheit gehörloser Frauen ab dem 16. Lebensjahr: 83 % haben psychische Gewalt erlebt, 78 % von körperlicher Gewalt betroffen, 46 % von strafrechtliche relevanter sexueller Gewalt im Sinne erzwungener sexueller Handlungen, 87 % berichteten über sexuelle Belästigung

43 % haben Probleme, über sexuelle Erfahrungen/Probleme zu reden

Täter/Täterinnen bei sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend ($n = 43$):

12 % unbekannt

35 % jemand flüchtig Bekanntes

9 % Partner/in

23 % jemand aus der Familie

19 % = Freund/in/Bekannte/Nachbarschaft

47 % jemand aus der Schule, Ausbildung, Arbeit, Einrichtung

23 % Sonder- und Förderschulen

2 % gesundheitliche Versorgung

26 % Personen in Einrichtungen, Angeboten, Diensten der Behindertenhilfe (inkl. Sonder- und Förderschule)

2 % keine Angabe

Etwa drei Viertel (74 %) der gehörlosen Frauen waren in Einrichtungen psychischer Gewalt, psychisch verletzenden Handlungen und körperlicher Gewalt ausgesetzt.

Anderson & Kobek Pezzarossi	2014	<i>N</i> = 97 weibliche Studierende mit Hörbehinderung der Gallaudet Universität Alter Spanne = 18 - 25 Jahre <i>M</i> = 20.86 Partner/in: 69,1 % taub, 22,1 % schwerhörig,	Schriftliche Fragebogenerhebung: Demografische Daten, Victimization Subscales der Revised Conflict Tactics Scale	Hörstatus des Partners/der Partnerin stellt keine signifikanten Unterschiede in der Prävalenz psychischer Aggression, physischer Übergriffe oder Verletzungen dar. Prävalenz der sexuellen Nötigung variiert signifikant auf der Grundlage des Partnerhörstatus. Frauen mit gehörlosen Partnern berichteten 6,6-mal häufiger von sexuellem Zwang im Vergleich zu Frauen mit hörenden Partnern, während Frauen mit schwerhörigen Partnern 4,6-mal häufiger davon berichteten. Die Ergebnisse der körperlichen Gewalt betragen bei gehörlosen Partnern 73,8 % und bei hörenden Partnern 76,9 %. Prävalenzraten von Gewalt in Beziehungen mit kompa-
--------------------------------	------	---	--	--

8,7 % hörend

tiblen und inkompatiblen Hörstatus waren nahezu identisch.

Ausnahme: Sexuelle Nötigung (55,6 % der Gehörlosen- oder Schwerhörigen-Beziehungen, 36 % der inkompatiblen Beziehungen)

Bei näherer Betrachtung hinsichtlich der Schwere der sexuellen Gewalt wurde festgestellt, dass eine geringfügige sexueller Nötigung bei den kompatiblen Paaren signifikant höher war, während die schwere sexuelle Nötigung bei inkompatiblen Paaren höher war.

→Die Hypothese, dass die Gewalt in Hörend/Gehörlosen-Beziehungen höher ist als in Gehörlosenbeziehungen, die auf früheren Untersuchungen beruht, wurde von den aktuellen Ergebnissen nicht unterstützt.

<p>Beaulieu, McQuiller Williams & Porter</p> <p><i>A comparison of deaf college students' and hard of hearing college students' experiences and risk factors of psychological and physical abuse</i></p>	<p>2014</p>	<p><i>n</i> = 222 (<i>n</i> = 170 Gehörlos, <i>n</i> = 52 Schwerhörig, <i>n</i> = 104 männlich, <i>n</i> = 118 weiblich) Alter: <i>n</i> = 96 Studierende < 21 Jahre; <i>n</i> = 126 Studierende > 21 Jahre</p>	<p>Fragebogen mit Fragen in Bezug auf psychischen und physischen Missbrauch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 Items beurteilten psychologischen Missbrauch (z.B. Beleidigungen und Drohungen) - 7 Items beurteilten körperlichen Missbrauch (z.B. Klauen, Treten, Ersticken, Schlagen) 	<p>Psychischer Missbrauch: 136 Studenten (61,3%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Von diesen erlebten 61,7 % ein- bis zweimal ein Missbrauchereignis, während 38,3 % dreimal oder mehr ein Missbrauchereignis erlebte. • 63,5 % (<i>n</i> = 31) der Schwerhörigen erlebte einen psychologischen Missbrauch durch ihren Partner. • 61,6 % (<i>n</i> = 113) der Gehörlosen erlebte einen psychologischen Missbrauch durch ihren Partner. • Studenten, die außerhalb des Campus lebten, hatten ein größeres Risiko, psychischen Missbrauch zu erleben, als diejenigen, die auf dem Campus lebten. <p>88 Studierende (39,6 %) haben im letzten Schuljahr einen körperlichen Missbrauch durch ihren Partner er-</p>
--	-------------	---	--	--

fahren.

- Davon erlebten 52,7 ein- bis zweimal, 47,3 % dreimal oder mehr einen Vorfall von körperlichem Missbrauch.
- 53,8 % ($n = 28$) der schwerhörigen und 35,3 % der gehörlosen Studenten erlebten einen körperlichen Missbrauch.
- 50/104 (48 %) Männern berichteten von körperlichem Missbrauch.
- 38/118 (32 %) Frauen berichteten von körperlichem Missbrauch.
- Männliche Studenten und schwerhörige Studenten waren eher physischem Missbrauch ausgesetzt.

Schwerhörige Menschen können mit anderen Problemen konfrontiert sein als gehörlose Menschen, da gehörlose Menschen eher Unterstützung durch die Gehörlosengemeinschaft (Gehörlosenkultur und Primärsprache) erhalten können.

<p>Pollard, Sutter & Cerulli</p> <p><i>Intimate Partner Violence Reported by Two Samples of Deaf Adults via a Computerized American Sign Language Survey</i></p>	<p>2014</p> <p>EG $n = 226$ gehörlose Gallaudet Studierende</p> <p>KG $n = 308$</p>	<p>Fragebogenerhebung auf Gebärdensprache inkl. (6 Fragen bezüglich Gewalterfahrungen in der Partnerschaft)</p> <p>Vergleichsstichprobe über Telefonbefragung</p>	<p>27 % der Befragten der EG gaben an, sich jemals in einer missbräuchlichen Partnerschaft befunden zu haben.</p> <p>11 % der Befragten der EG gaben an, aktuell körperliche Gewalt durch ihren Partner zu erleben.</p> <p>91 % der Frauen der EG gaben an, im vergangenen Jahr psychische Gewalt durch ihren Partner erlebt zu haben.</p> <p>61 % der Frauen der EG gaben an, im vergangenen Jahr durch ihren Partner zu Sex gezwungen worden zu</p>
--	---	---	---

sein.

61 % der Frauen der EG gaben an, im vergangenen Jahr physische Gewalt durch ihren Partner erfahren zu haben.

Schrötle et al. <i>Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigung und Behinderung in Deutschland</i>	2012	u.a. <i>n</i> = 83 gehörlose/ stark hörbehinderte Frauen Alter Spanne = 16-65	retrospektiv; strukturiertes Interview (auf DGS mit gehörlosen Frauen)	Über 40 % der gehörlosen Frauen haben körperliche Partnergewalt (bezogen auf aktuelle und/oder frühere Beziehungspartner) erfahren. Mögliche Risikofaktoren: Zusammenhang mit Geschlechterbeziehungen und Gewaltverhältnissen in der Gehörlosengemeinschaft; Isolation gegenüber Hörenden; eingeschränkte Unterstützungsmöglichkeiten für gehörlose Frauen aufgrund der Kommunikationsbarrieren. Drei Viertel der gehörlosen Frauen (75 %) haben körperliche Gewalt seit dem 16. Lebensjahr erlebt und 84 % psychische Übergriffe und psychisch verletzende Handlungen. 46 % der gehörlosen Frauen gaben an, in ihrer Kindheit bzw. Jugend mindestens eine körperlich gewaltvolle Situation durch Kinder und Jugendliche erlebt zu haben.
Lomas & Johnson <i>Overlooked and Unheard: Abuse of Children Who Are Deaf or Hard of Hearing and Their</i>	2012		Review	Risikofaktoren für Missbrauch: <ul style="list-style-type: none">• limitierte Kommunikations- und Sprachkompetenzen (erschwert es, Missbrauch zu verstehen und diesen mitzuteilen bzw. dass andere eine Mitteilung verstehen)• soziale Isolation und dessen Folgen• Unaufgeklärtheit der Eltern und des pädagogischen

*Experience With
CPS and Foster
Care*

- Personals → klären Kinder nicht auf
- Gewohnheit, Erwachsenen zu gehorchen
- Mythen und Unaufgeklärtheit bezüglich sexuellen Missbrauchs

→ Forderung, diese in Schutzfaktoren umzuwandeln

<p>Anderson & Kobek Pezzarossi</p> <p><i>Is it abuse? Deaf female undergraduates' labeling of partner violence</i></p>	<p>2011</p>	<p><i>N</i> = 97 Studierende mit Hörbehinderung der Gallaudet Universität</p> <p>Alter</p> <p><i>Spanne</i> = 18 - 25</p> <p><i>M</i> = 20.86</p>	<p>Schriftliche Fragebogenerhebung: demografische Daten, Victimization Subscales der Revised Conflict Tactics Scales (Straus, Hamby & Warren 2003) und eine Frage bezüglich der Bezeichnung von Gewalt</p>	<p>Psychische Gewalt: von <i>n</i> = 84 (87,5 %) der Befragten erlebt; <i>n</i> = 69 (82,1 %) ordnen diese Taten nicht als Missbrauch ein.</p> <p>Physische Gewalt: von <i>n</i> = 38 (39,6 %) der Befragten erlebt; <i>n</i> = 22 (57,9 %) ordnen diese Taten nicht als Missbrauch ein.</p> <p>Erzwungener Sex: von <i>n</i> = 55 (56,7 %) der Befragten erlebt; <i>n</i> = 43 (78,2 %) ordnen diese Taten nicht als Missbrauch ein.</p>
<p>Anderson & Leigh</p> <p><i>Intimate partner violence against deaf female college students</i></p>	<p>2011</p>	<p><i>n</i> = 100</p> <p>(81 gehörlose, 9 schwerhörige Frauen des Gallaudet College, die sich im vergangenen Jahr in Partnerschaften befanden)</p> <p>Alter <i>Spanne</i> = 18 - 25</p>	<p>Online-Fragebogen (demografische Daten; Revised Conflict Tactics Scales (CTS2))</p>	<p>22 der befragten Frauen wurden im vergangenen Jahr von ihrem Partner verletzt, 52 körperlich und 91 psychisch bedroht.</p> <p>Durchschnittlich widerfahren den Frauen</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20,65 psychisch-aggressive Verhaltensweisen • 7,76 Beleidigungen.

<p>Mason</p> <p><i>Does Knowledge of Dating Violence Keep Deaf College Students at Gallaudet University Out of Abusive Relationships?</i></p>	<p>2010</p>	<p><i>N</i> = 226 hörbehinderte Studierende der Gallaudet Universität (<i>n</i> = 127 weiblich, <i>n</i> = 92 männlich; Alter <i>Spanne</i> = 18 - 29)</p>	<p>Schriftlicher 20-Item-Fragebogen plus demografische Fragen (Dating Violence Quiz des Atlantic County Women's Center; Kurzversion des ; Woman Abuse Screening Tool; HITS Skala)</p>	<p>Die Befragten beantworteten 71 - 96 % der Wissensfragen korrekt (außer bezüglich Verhaftungen).</p> <p><i>n</i> = 185 beantworteten die Fragen bezüglich intimen Beziehungen; davon gaben 16,2 % an, sich aktuell in einer missbräuchlichen Beziehung zu befinden. 26,78 % gaben an, in der Vergangenheit in einer missbräuchlichen Beziehung gewesen zu sein. Es scheint einen Zusammenhang zu geben zwischen Konfliktlöseverhalten und Erfahrungen mit missbräuchlichen Beziehungen.</p>
<p>Powers, Hughes & Lund</p> <p><i>Interpersonal Violence and Women With Disabilities: A Research Update</i></p>	<p>2009</p>	<p>Review</p>	<p>allgemeine Darstellung der Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Behinderung.</p> <p>Taube Frauen benötigen spezielle Begleitung und Beratung, die ihren sprachlichen und kulturellen Bedürfnissen entspricht.</p>	
<p>Sullivan & Knutson</p> <p><i>Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study.</i></p>	<p>2000</p>	<p><i>N</i> = 50.278 Kinder der Schulen von Omaha und Nebraska während des Schuljahres 1994-95</p> <p>Alter <i>Spanne</i></p>	<p>Unterschiedliche statistische Analysen auf Basis von Schul-, Polizei und zwei weiteren Datenbanken, die Daten über die Kinder und Jugendlichen führen</p>	<p>Bei Kindern und Jugendlichen mit Hörbehinderung Risiko für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vernachlässigung 2,3-fach erhöht • körperlichen Missbrauch 3,8-fach erhöht • psychischen Missbrauch 2,0-fach erhöht

ne = 0 - 21

51,4 % männlich
48,6% weiblich

Ridgeway	1993	N = 3	3 Fallstudien (Sheila, Wendy, Rachel)	Sheila wurde von ihrem Onkel im Alter von 10 - 15 Jahren sexuell missbraucht. Wendy wurde von ihrem Vater sexuell und körperlich misshandelt. Rachel wurde im Alter von 15-24 von ihrem Stiefvater sexuell missbraucht. <ul style="list-style-type: none">• In allen Fällen konnte keines der Familienmitglieder effektiv mit der gehörlosen Person kommunizieren.• Betroffene Person war isoliert.• Kontakte zu Hörenden waren begrenzt.
<i>Abuse and deaf children: Some factors to consider.</i>				
Gotthardt-Pfeiff	1991	N = 108 (54 Paare, mind. 1 der beiden Lebenspartner vor 6. Lebensjahr erblaubt, mind. 1 Partner unter 50)	persönlich durchgeführte Interviews auf Gebärdensprache (offene Fragen)	Beendigung eines Streits mit Schlägen oder körperlichen Grobheiten: 14 %, m = 11, w = 4
<i>Gehörlosigkeit in Ehe und Familie: Beziehungs- und Umgangsformen kommunikativ Behinderter</i>				
		Alter Spanne = 21 - 59		

Anhang B

Tabelle B

Übersicht evaluierter Präventionsprogramme für Kinder im Grundschulalter

Programm (Name, Autor, Jahr, Land)	Kerninhalte und Fertigkeiten	Dauer	Methoden	Evaluiert von
Internationale Programme				
Behavioral Skills Training / Body Safety Training Wurtele 1986, 2007 USA	<ul style="list-style-type: none"> • Körperteile („Mein Körper gehört mir“) • angemessenes und unangemessenes Berühren • Hilfe holen 	10 Einheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Szenische Spiele • Nachahmungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hensley & Soled (1993) • Kenny et al. (2012) • Lee & Tang (1998) • Wurtele & Owens (1997) • Wurtele, Gillispie et al. (1992) • Wurtele, Kast et al. (1992)
Child Assault Prevention Program (CAPP) Cooper 1991 USA	<ul style="list-style-type: none"> • Durchsetzungsvermögen üben • Kommunikation mit Erwachsenen unterstützen • Hilfe holen 	2-3 Tage (a 25-45 min)	<ul style="list-style-type: none"> • Rollenspiele • Gruppendiskussionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Blumberg 1991 • frz. Version: Hébert et al. 2001
Good Touch Bad Touch Program Church (1983)	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheitsregeln („Body Safety Rules“) und das 	3-4Stunden	<ul style="list-style-type: none"> • Rollenspiele • Videos 	Harvey et al. (1988)

USA	<ul style="list-style-type: none"> Recht der Kinder auf diese Regeln Nein Sagen Gute, schlechte und verwirrende Berührungen Missbrauch ist niemals die Schuld des Kindes Hilfe holen 		<ul style="list-style-type: none"> Geschichten, Arbeitsblätter, Malbücher 	
Feeling Yes, Feeling No National Film Board of Canada (1984) Kanada	<ul style="list-style-type: none"> Umgang mit Berührungen (Handlungsstrategien) Körperteile („Mein Körper gehört mir“) Selbstsicherheit Selbstbewusstsein Selbstwertgefühl Schutz vor Missbrauch Hilfe holen 	15-18 Unterrichtsstunden	Drei Videosequenzen als Basis für die didaktische Aufbereitung (Rollenspiele und Gruppendiskussionen)	<ul style="list-style-type: none"> Pohl & Hazard (1990) Hazzard et al. (1991)
Keeping Ourselves Safe Briggs (1991) Neuseeland	<ul style="list-style-type: none"> Körperteile („Mein Körper gehört mir“) Nein sagen Selbstbewusstsein Selbstschutz Hilfe holen 	4-8 Einheiten (jeweils 30-60 min)	<ul style="list-style-type: none"> Geschichten Rollenspiele Differenziertes Material Fragerunden Aktive Übungen 	Briggs & Hawkins (1996a,b)
Red Flag Green Flag Grimm & Montgomery (1980) USA	<ul style="list-style-type: none"> Körperteile Unsere Sinne Berührungen „Red Flag“ Personen Sicherheit („Body Safety“) Differenzierung zwischen ‚gut‘ und ‚böse‘ Nein sagen 	2 Einheiten (jeweils 45 min)	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsbuch Diskussionen Fragrunden 	<ul style="list-style-type: none"> Kolko et al. (1987/ 1989) Kenny et al. (2008) Miltenberger & Duffy (1988)

Safe Child Program	<ul style="list-style-type: none"> • Helferinnen und Helfer • Für sich selbst einstehen • Entscheidungshilfen für schwierige Situationen • Regeln für das Verhalten gegenüber unbekanntem Personen: 1. eine Armlänge Abstand halten, 2. nicht mit fremden Personen sprechen, 3. nichts von fremden Personen annehmen, 4. nicht mit fremden Personen mitgehen. • Hilfe holen 	5 - 10 Einheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Videos • Spiele • Rollenspiele • Aktive Übungen • Materialien für zu Hause 	Fryer et al. (1987)
Kraizer 1981 (updated 1994)				
USA				
Stay Safe	<ul style="list-style-type: none"> • Sich sicher und unsicher fühlen • Freundschaft und Mobbing • Berührungen • Geheimnisse und Weitersagen • Fremde Personen 	9 Einheiten (jeweils 30 min)	<ul style="list-style-type: none"> • Videos • Rollenspiel • Geschichten • Gedichte • Audiobeispiele • Malen/ Zeichnen • Arbeitsheft • Arbeitsblätter • Diskussionen • Spiele • Gruppenarbeit • Differenziertes Material 	MacIntyre & Carr (1999)
MacIntyre & Lawlor (1991/2016)				
Irland				
Talking About Touching	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheitsregeln („Body Safety Rules“) • Durchsetzungsvermögen • angemessene und unange- 	15 Einheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Bildkarten • Poster • Videos • Lieder 	<ul style="list-style-type: none"> • Sylvester (1996) • Madak & Berg (1992)
Seattle Institute for Child Advocacy (1985)				

USA	<ul style="list-style-type: none"> • messene Berührungen • Informationen über Missbrauch 		<ul style="list-style-type: none"> • Geschichten 	<ul style="list-style-type: none"> • Jacobs & Hashima (1995)
Who do you tell Calgary Sexual Assault Centre (1983)	<ul style="list-style-type: none"> • Körperteile • Informationen zu sexuellem Missbrauch 	8x45 min	<ul style="list-style-type: none"> • Geschichten • Lieder • Videos 	Tutty (1997)
Kanada	<ul style="list-style-type: none"> • Durchsetzungsvermögen • Hilfspersonen • Selbstschutz 		<ul style="list-style-type: none"> • Rollenspiel 	
Programme aus dem deutschsprachigen Raum				
Echt Klasse! Präventionsbüro Petze (2001)	<ul style="list-style-type: none"> • Mein Körper gehört mir • Gefühle • Berührungen • Geheimnisse • Nein-Sagen • Hilfe holen • Handlungsmöglichkeiten 	1-3 Wochen	<ul style="list-style-type: none"> • Ausstellung • Mitmach-Parcours • Materialien zum Nachbereiten (Arbeitsblätter) 	Wanzeck-Sielert (2005)
Ich bin ich, du bist du und das sind wir! Kinderschutz-Zentrum Oldenburg (1997)	<ul style="list-style-type: none"> • Erste Erfahrungen • Selbstwahrnehmung • Lebenskompetenz • Gefühle • Berührungen • Nein-/Ja-Sagen • Kinderrechte • Geheimnisse • Kinderkummer • Sexuelle Gewalt • Hilfe holen 	4-6 Wochen (à 4 Stunden pro Woche)	<ul style="list-style-type: none"> • Bilderbücher • Musikhören • Spiele • Geschichten • Rollenspiele • Interaktionstraining • Diskussionen • Arbeitsblätter • Basteln • Comics 	Herschelmann 2009

Mein Körper gehört mir Kinderschutz Schweiz (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Rechte • Handlungsmöglichkeiten • „Mein Körper gehört mir“ • Gefühle • Berührungen • Geheimnisse • Nein- Sagen • Hilfe holen 	10 Stunden	<ul style="list-style-type: none"> • Wanderausstellung • Mitmach-Parcours 	Speyermann 2007
Mein Körper gehört mir! Theaterpädagogische Werkstatt Osnabrück (o.J.)	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühle • Selbstbestimmtheit • Nein-Sagen • Missbrauch erkennen • Handlungsmöglichkeiten • Vertrauensperson • Strategien 	9 Stunden (3 x 45 min pro Woche)	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktives Theater- projekt • Lieder • Materialien zur Nachbereitung 	Bowi & Kruse 2007

Anhang C

Tabelle C1

Übersicht Baustein 1: Körper, Durchführungsdauer 180 Minuten

Einheit	Zeit in min	Regeln und Ziele
Begrüßung und Kennenlernspiel	15	Ziele:
Gruppenregeln für die gemeinsame Zeit	5	Die Kinder erhalten einen Überblick über das Training.
SAM stellt sich vor	10	
STARK-Buch: Einführung	15	Gruppe und Trainer/in lernen sich kennen.
Das kann ich gut	10	Es werden Voraussetzungen für eine angenehme Lernatmosphäre geschaffen.
STARK-Lied: Einführung	10	
(Pause)		
Das Körper-Puzzle	15	Die Kinder nehmen ihre persönlichen Stärken wahr.
Körper-Lied: Einführung	10	
Der Körper. Die Körper von Junge, Mädchen, Mann und Frau	15	Die Kinder erkennen und benennen anhand von Abbildungen die Körperteile Hand, Mund, Brust, Penis, Scheide, Po und ordnen diese geschlechtsbezogen zu.
Körperteile zeigen und benennen		
<ul style="list-style-type: none"> • SAM zeigt und • Angelspiel oder • Memory-Spiel oder • Körper-Würfel-Spiel 	10 + 15	
STARK-Buch: Der Körper	20	
Frage-Box: Einführung	5	Die Kinder erfahren, dass das Sprechen über den Körper selbstverständlich und unaufge-regt sein kann.
Abschluss von Baustein 1	15	

Tabelle C2

Übersicht Baustein 2: Gefühle, Durchführungsdauer 180 Minuten

Einheit	Zeit in min	Regeln und Ziele
Begrüßung und Wiederholung der Inhalte aus Baustein 1	15	Ziele: Die Kinder benennen Beispiele aus ihrem Alltag für ‚Freude‘, ‚Trauer‘, ‚Wut‘ und ‚Angst‘.
Das Gefühl ‚Freude‘	20	
Freudentanz	5	
Das Gefühl ‚Trauer‘	20	Die Kinder identifizieren fröhliche, traurige, wütende und ängstliche Gesichter.
Bewegungsspiel	5	
Das Gefühl ‚Wut‘	20	Die Kinder stellen ‚Freude‘, ‚Trauer‘, ‚Wut‘ und ‚Angst‘ mimisch und gestisch dar.
Wutrakete	5	
(Pause)		Die Kinder lernen, dass es auch Gefühle gibt, die schwierig zu beschreiben sind: das ‚komische Gefühl‘.
Das Gefühl ‚Angst‘	20	
Wimmelbild	10	
Das ‚komische‘ Gefühl	10	
Gefühle-Lied: Einführung	10	
STARK-Buch: Gefühle-Rad	10	
Gefühle-Würfel-Spiel	15	
Abschluss von Baustein 2	15	

Tabelle C3

Übersicht Baustein 3: Berühren und Anfassen, Durchführungsdauer 180 Minuten

Einheit	Zeit in min	Regeln & Ziele
Begrüßung und Wiederholung der Inhalte aus Baustein 2	20	Regeln: „Niemand darf meinen Po/Penis/Scheide/Brust anfassen – außer bei der Pflege zum Waschen und beim Arzt zum Untersuchen und ich selbst!“
Die Berührungsreise	15	
Penis, Scheide, Po, Brust – Verbotene Berührungen?!	20	
Bausteinvideo: Anfassen	10	
Schöne, blöde und verbotene Berührungen (Pause)	35	„Ich sage ‚nein‘, wenn mich jemand an meinem/meiner Po/Penis/Scheide/Brust anfasst!“
Lola wehrt sich. Wir sagen „nein“.	15	„Ich sage ‚nein‘, wenn meine Ampel gelb/rot ist.“
Bausteinvideo: Sag „nein“ und „geh weg“!	5	
STARK-Buch: Sag „nein“ und „geh weg!“ Nein-Lied: Einführung	15 5	„Ich gehe weg, wenn meine Ampel gelb/rot ist.“
Wie sagen Elif, Ali, SAM und Tom „nein“?	15	Ziele: Die Kinder können verschiedene Situationen mit Berührungen den Farben der Ampel zuordnen.
STARK-Buch: Meine Berührungen	15	
Abschluss von Baustein 3	10	Die Kinder erfahren, dass es Berührungen gibt, die sie individuell und subjektiv als schön oder blöd empfinden. Die Kinder lernen, dass es Körperstellen gibt, an denen sie niemand berühren darf – außer in Ausnahmesituationen wie beim Arzt oder bei der Pflege und ihnen selbst. Die Kinder lernen verschiedene Strategien des „Nein“-Äußerns kennen und üben diese ein.

Tabelle C4

Übersicht Baustein 4: Geheimnisse und Geschenke, Durchführungsdauer 180 Minuten

Einheit	Zeit in min	Regeln und Ziele
Begrüßung und Wiederholung der Inhalte aus Baustein 3	25	Regeln: „Angst machen ist verboten!“
Der Geheimniskoffer	5	„Ein schlechtes
Gute Geheimnisse	15	Geheimnis sage ich
Schlechte Geheimnisse	15	weiter!“
Was ist ein gutes, was ein schlechtes Geheimnis?	20	„Geschenke sind nicht geheim! Wenn ich ein Geschenk bekomme, sage ich es weiter.“
Bausteinvideo: Angst machen ist verboten	5	
(Pause)		Ziele:
Das mache ich, wenn...	15	Die Kinder können zwischen guten und schlechten Geheimnissen unterscheiden.
Geheimnis-Lied: Einführung	10	
Bausteinvideo: Weitersagen ist erlaubt	10	
Das „Pssst“- oder „Weitersagen“-Spiel	15	Die Kinder ordnen gute und schlechte Geheimnisse den Farben der Ampel zu.
STARK-Buch: Geheimnisse	15	
Geschenke sind nicht geheim!	10	
Bausteinvideo: Geschenke sind nicht geheim!	5	Die Kinder nennen Beispiele für gute und schlechte Geheimnisse.
STARK-Buch: Geschenke	5	
Abschluss von Baustein 4	10	Die Kinder lernen, dass sie schlechte Geheimnisse weitersagen dürfen und können.
		Die Kinder lernen, dass Geschenke nicht geheim sind.
		Die Kinder lernen, dass etwas Verbotenes trotz Geschenk verboten bleibt und sie dies weitersagen können und dürfen.

Tabelle C5

Übersicht über Baustein B5: Hilfe holen, Durchführungsdauer 180 Minuten

Einheit	Zeit in min	Regeln und Ziele
Begrüßung und Wiederholung der Inhalte aus Baustein 4	30	Regeln:
Hilfe holen. Das ist stark.	10	„Wenn meine Ampel gelb/rot ist, hole ich Hilfe bei Erwachsenen.“
STARK-Buch: Meine Helfer/innen	25	
Bausteinvideo: Hilfe für mich	5	„Wenn mir eine Person nicht zuhört, mache weiter mit Hilfe Holen.“
Hilfe-Lied: Einführung	10	
(Pause)		
Bausteinvideo: Hilfe für andere	5	„Wenn ein Freund Hilfe braucht, hole ich Hilfe.“
SAM fragt um Hilfe	40	Ziele:
SAM fragt immer weiter	30	Die Kinder benennen ihre persönlichen Helfer/innen.
Bausteinvideo: Weiterfragen, bis jemand hilft	5	
Elifs Anruf bei der Kummer-Nummer	10	Die Kinder lernen, dass sie für sich und andere Hilfe holen können und dürfen.
Abschluss von Baustein 5	10	Die Kinder lernen, dass sie so lange nach Hilfe fragen sollen, bis ihnen eine Person hilft.
		Die Kinder lernen die Kummer-Nummer als Hilfe-Möglichkeit kennen.

Tabelle C6

Übersicht über Baustein 6: STARKE Kinder, Durchführungsdauer: 160 Minuten

Einheit	Zeit in min	Regeln und Ziele
Begrüßung und Einführung in Baustein 6	15	Ziele: Die Kinder verfestigen das Erlernte.
Wiederholung der Inhalte aus Baustein 1	25	
Wiederholung der Inhalte aus Baustein 2	25	Sie sind stolz auf das, was sie an den Trainingstagen geleistet haben.
Wiederholung der Inhalte aus Baustein 3	25	
Wiederholung der Inhalte aus Baustein 4	15	
Wiederholung der Inhalte aus Baustein 5	15	
Bausteinvideo: STARKE Kinder	10	
Abschluss von Baustein 6	30	

Anmerkung. Es bleibt genügend Zeit für die Wiederholung der Lieblingsübungen und -Lieder der Kinder.

Anhang D

Interviewleitfaden zur Befragung der Kinder



Interviewleitfaden für Kinder – Handbuch

Vor der Testdurchführung

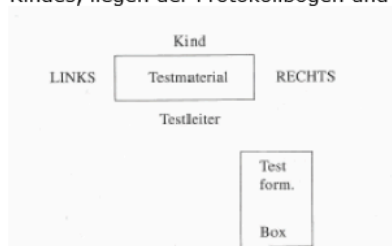
Bevor der Test das erste Mal durchgeführt wird, ist es wichtig, dass sich der/die Testleiter/in mit dem Material, den Anweisungen und der Bewertung der Items vertraut macht.

Die Anweisungen müssen so genau wie möglich befolgt werden, sollte es jedoch unumgänglich sein davon abzuweichen, muss damit gerechnet werden, dass das Testergebnis dadurch beeinflusst werden kann.

Testvorgabe

Der/Die Testleiter/in sitzt dem Kind am Tisch gegenüber, wobei die Höhe des Tisches und des Stuhles an die Größe des Kindes angepasst sein sollten. Das Kind muss gut auf den Tisch sehen und beobachten können, was der/die Testleiter/in macht. Der/Die Testleiter/in sollte möglichst dem Licht zugewandt sitzen.

Auf dem Tisch liegt neben einer großen anthrazit-farbenen Unterlage nur das Material, das vom Kind gebraucht wird. Auf einem anderen Tisch (oder Stuhl), am besten außerhalb der Reichweite des Kindes, liegen der Protokollbogen und das Testmaterial, das der/die Testleiter/in benötigt.



Beim Vorlegen des Materials sowie beim Geben von Instruktionen muss der/die Testleiter/in stets darauf achten, dem Kind nicht die Sicht auf das Material zu nehmen. Zudem ist darauf zu achten, dass das Material in der vergebenen Reihenfolge vor das Kind gelegt wird. Die Richtungsangaben beziehen sich immer auf die Perspektive des/der Testleiters/in. Alle Abbildungen zeigen zu dem Kind.

Vorbereitung

Vor der Untersuchung nimmt sich der/die Testleiter/in Zeit, das Kind mit der Situation vertraut zu machen und einen Rapport herzustellen. Das Kind soll nicht den Eindruck bekommen, dass es seine Leistungen unter Beweis stellen muss, sondern dass es ein Spiel spielen darf.

Instruktion

Die verbalen Anweisungen sollen mimisch und gestisch unterstützt werden. Entsprechende Hinweise finden Sie in *kursiv* neben den verbalen Instruktionen. Die Instruktionen sind in leichter Sprache verfasst und **erlauben keine weiteren Erklärungen**. Es ist wichtig, dass nicht mehr Informationen gegeben werden als vorgesehen. Antwortet das Kind nicht direkt, wartet die fragende Person ca. 5-10 Sekunden, bevor sie die Frage wiederholt. Bleibt eine Antwort des Kindes **auch nach zweimaliger Wiederholung** aus, geht der/die Testleiter/in zur nächsten Frage über und vermerkt die Aufgabe auf dem Bogen als nicht richtig.

Das „Stempelbild“

Die Datenerhebung wird in Kombination mit einem Stempelbild durchgeführt. Vor Beginn der Erhebung, vor dem WIST-Teil sowie nach Abschluss des gesamten Interviews darf das Kind jeweils 2 Stempel auf sein Bild setzen.

Das Stempelbild soll eine spielerische Situation/Atmosphäre herstellen, um die Motivation der Kinder zu fördern und aufrechtzuerhalten.

Der/die Testleiter/in verweist zusätzlich auf das Stempelbild, um das Kind zu motivieren („Schau mal, gleich darfst du noch einmal stempeln“, „Toll, jetzt darfst du wieder stempeln“, bzw. nonverbal durch „Daumen hoch“-Geste etc.).

Allgemeine Anmerkungen zur Durchführung

- **WICHTIG:** Die Reihenfolge, in der Bilder vor das Kind gelegt sollen oder in der einzelne Fragen gestellt werden, muss unbedingt beachtet werden! **Richtungsangaben beziehen sich immer auf die Perspektive des Testleiters/der Testleiterin** (z.B. von rechts nach links aus Perspektive des Testleiters/der Testleiterin)
- Der Testleiter/die Testleiterin sollte das Kind nach jeder bearbeiteten Aufgabe loben, unabhängig davon, ob die Aufgabe richtig oder falsch gelöst wurde. („Super gemacht!“, „Toll!“, „Daumen hoch“-Geste etc.)
- Sollte das Kind im Bereich seiner Motorik so stark beeinträchtigt sein, dass Zeige-Gesten oder die **eindeutige** Auswahl von Bildern **und Karten** nicht möglich sind, so kann das Interview mit dem Kind nicht durchgeführt werden.
- **WICHTIG:** Sollte sich ein Kind im Laufe des Interviews der Testleiterin/dem Testleiter ggü. offenbaren, so reagiert er/sie ruhig und gelassen und sagt z.B. „Gut, dass du mir das gesagt hast. Das ist ganz mutig! Du kannst deiner Lehrerin davon erzählen. Sollen wir das zusammen machen?“. Nach der Durchführung des Interviews, notiert der/die Testleiter/in die Offenbarung auf dem Disclosure-Protokollbogen und informiert die/den Lehrer/in. Diese/r soll dem Kind ein offenes Gesprächsangebot machen.

Teil 1: Der Körper

Übung A: WAS IST DAS?

Testmaterialien:

--

Ziel der Aufgabe ist die Überprüfung, ob das Kind über aktive Sprachproduktion verfügt. Ob diese Sprachproduktion richtig oder falsch ist, ist hier nicht relevant.

Instruktion:

*Nach jeder Frage antwortet das Kind. Dann geht der/die Testleiterin zur nächsten Frage über. In der Lösungstabelle wird festgehalten, ob das Kind über Sprachproduktion verfügt. Sollte die gegebene Antwort von der Antwortvorgabe abweichen, ist **jedoch ein verständliches Wort**, so ist dies mit „ja“ zu werten. Die gegebene Antwort sollte in diesem Fall in der rechten Spalte unter „Abweichende Antwort“ vermerkt werden (z.B. „Lehne“ statt „Stuhl“).*

z.B.:

„WAS IST DAS?“

Der/Die Testleiterin zeigt auf den Stuhl.

Wichtig:

Wenn sich das Kind bei mindestens einer Frage sprachlich geäußert hat und der/die Testleiter/in mindestens einmal „ja“ ankreuzen konnte, werden mit diesem Kind die Aufgaben 2, 3 durchgeführt. Sollte „nein“ angekreuzt worden sein, entfallen diese Aufgaben.



Übung B: WO IST DIE TÜR?

Ziel ist das Einüben des Antwortformates. Das Kind soll lernen, auf die gestellten Fragen mit Zeige-Gesten zu antworten. Die Aufgaben werden nicht in der Analyse berücksichtigt.

Testmaterialien:

„WO IST DIE TÜR? ZEIGE MIT DEINEM FINGER AUF DIE TÜR.“ *Fragende Geste mit hochgezogenen Schultern und fragendem Gesichtsausdruck*

- Zeigt das Kind Ja/Nein (egal, ob auf Tür oder nicht)
- Wenn Nein: Instruktion beginnt von vorne
- Wenn nur verbale Antwort ohne Zeigen (z.B. „Da hinten“) sagt der/die Testleiter/in: „ZEIGE MIT DEINEM FINGER AUF DIE TÜR.“ und Wiederholung der Aufgabe
- Wenn das Kind nicht zeigt, werden Aufgaben 1, 4 trotzdem begonnen. Bleibt Zeige-Geste aus, wird dies vermerkt (siehe Protokollbogen).

Im Folgenden werden dem Kind nackte Bilder von Jungen und Mädchen vorgelegt. Der Testleiter/Die Testleiterin leitet diesen Teil des Interviews mit folgenden Worten ein: „DAS HAST DU GANZ TOLL GEMACHT. JETZT MACHEN WIR ETWAS ANDERES. ICH MÖCHTE MIT DIR ÜBER BILDER VON NACKTEN JUNGEN UND MÄDCHEN SPRECHEN. DAS IST ETWAS KOMISCH, ABER ICH MÖCHTE WISSEN, WAS DU DARÜBER WEIßT.“

Aufgabe 1: WO IST DER JUNGE/DAS MÄDCHEN?

Testmaterialien:

- Bild Nr. 4: Mädchen nackt vorne
- Bild Nr. 6: Junge nackt vorne

Ziel der Aufgabe ist die Diskrimination von Junge und Mädchen.

Instruktion:

Der/Die Testleiter/in legt die Bilder vor das Kind. Reihenfolge von rechts nach links: 4, 6. Alle Abbildungen zeigen zu dem Kind.

Aufgabe 2: Mädchen - WAS IST DAS?

Ziel der Aufgabe ist das aktive Benennen von Körperteilen jeweils beim Jungen und beim Mädchen. **WICHTIG:** Für diese Aufgabe muss das Kind aktiv sprechen können. Ist dies nicht der Fall, wird das entsprechende Feld angekreuzt.

- Testmaterialien:**
- Bild Nr. 4: Mädchen nackt vorne
 - Bild Nr. 5: Mädchen nackt hinten

Instruktion:

Das Kind soll bei dieser Aufgabe aktiv Körperteile benennen. Die Lösung wird in Tabelle (siehe Protokollbogen) festgehalten. Ist die Antwort falsch oder unsicher, ist diese Antwort in der Spalte „abweichende Antwort“ festzuhalten. Welche Synonyme als richtig gewertet werden, ist dem Katalog richtiger Antworten zu entnehmen. Abweichende Antworten werden in der rechten Spalte festgehalten. Zudem korrigiert der/die Testleiter/in, indem sie das richtige Wort nennt: „OK, das ist richtig. Ich nenne das Penis.“

Der/Die Testleiter/in legt die Bilder vor das Kind. Reihenfolge von rechts nach links: 4,5. Alle Abbildungen zeigen zum Kind.

- | | |
|----------------|---|
| „WAS IST DAS?“ | <i>Der/Die Testleiter/in zeigt auf die Brust des Mädchens. Der/Die Testleiter/in schaut das Kind auffordernd und fragend an.</i> |
| „WAS IST DAS?“ | <i>Der/Die Testleiter/in zeigt auf den Mund des Mädchens. Der/Die Testleiter/in schaut das Kind auffordernd und fragend an.</i> |
| „WAS IST DAS?“ | <i>Der/Die Testleiter/in zeigt auf die Scheide des Mädchens. Der/Die Testleiter/in schaut das Kind auffordernd und fragend an.</i> |
| „WAS IST DAS?“ | <i>Der/Die Testleiter/in zeigt auf den Po des Mädchens. Der/Die Testleiter/in schaut das Kind auffordernd und fragend an.</i> |
| „WAS IST DAS?“ | <i>Der/Die Testleiter/in zeigt auf die Hand des Mädchens. Der/Die Testleiter/in schaut das Kind auffordernd und fragend an.</i> |

Übung 2: Der/Die Testleiter/in mischt die Smiley-Karten und legt sie in folgender Reihenfolge von rechts nach links erneut vor das Kind: 2, 3, 1.

- | | |
|---------------------------|--|
| „WO IST „MAG ICH“?“ | <i>Fragende Geste mit hochgezogenen Schultern und fragendem Gesichtsausdruck</i> |
| „WO IST „MAG ICH NICHT“?“ | <i>Fragende Geste mit hochgezogenen Schultern und fragendem Gesichtsausdruck</i> |
| „WO IST „MIT EGAL“?“ | <i>Fragende Geste mit hochgezogenen Schultern und fragendem Gesichtsausdruck</i> |
- Wenn Kind **richtige Antwort** gibt, weiter zu Übung 3.
 - Wenn Kind eine **falsche Antwort** zeigt erfolgt Korrektur durch den/die Testleiter/in. Dann fordert Testleiter/in das Kind auf, ebenfalls auf die Karte zu zeigen: „WO IST „XY“?“. Anschließend Wiederholung Übung 2. Wenn dann immer noch falsch, weiter zu Übung 3.
 - Wenn **nur verbale oder motorische Antwort** ohne Zeigen, sagt der/die Testleiter/in: „WELCHE KARTE PASST DAZU?“ und Wiederholung der Übung 2. Wenn dann immer noch falsch, weiter zu Übung 3.

Übung 3: Der/Die Testleiter/in legt das Pizza-Bild vor das Kind. Dann legt er/sie die Smileys vor das Kind. Reihenfolge von rechts nach links aus Perspektive des/der Testleiters/in: 1, 2, 3 unter die Pizza. Alle Abbildungen zeigen zu dem Kind.

„GUCK MAL, ICH HABE HIER EIN BEISPIEL FÜR DICH.“
„ICH MAG PIZZA.“

Der/Die Testleiter/in zeigt erst auf das Pizza-Bild, dann auf den lachenden Smiley.

- „MAGST DU PIZZA?“
- Der/Die Testleiter/in schaut das Kind auffordernd an.*
- Wenn Kind **richtige Antwort** gibt, weiter zu Aufgabe 1.
 - Wenn Kind eine **falsche Antwort** (=Zeige-Geste stimmt NICHT mit evtl. sprachlich geäußelter Antwort überein) zeigt, erfolgt Korrektur durch den/die Testleiter/in. Dann fordert Testleiter/in das Kind auf, ebenfalls auf die Karte zu zeigen: „WO IST „XY“?“. Anschließend Wiederholung Übung 3. Wenn dann immer noch falsch, weiter zu Aufgabe 1.
 - Wenn **nur verbale oder motorische Antwort** ohne Zeigen, sagt der/die Testleiter/in: „WELCHE KARTE PASST DAZU?“ und Wiederholung der Übung 3. Wenn dann immer noch falsch, weiter zu Aufgabe 1.

Aufgabe 1:

Der/Die Testleiter/in liest die Fragen vor. Das Kind beantwortet die Fragen durch Zeigen auf die Smiley-Karten. Die Karten werden von rechts nach links vor das Kind gelegt: 1,2,3. Alle Abbildungen zeigen zu dem Kind.

„HAT DIR DAS TRAINING MIT SAM GEFALLEN?“

Der/Die Testleiter/in schaut das Kind auffordernd an.

Aufgabe 2:

„WAS HAT DIR AM TRAINING AM MEISTEN SPASS GEMACHT?“

Der/Die Testleiter/in schaut das Kind auffordernd an.

Anhang E

Tabelle E

Übersicht der Befragung zu den Trainingsbausteinen

Bereich	Evaluationsitems	Itemanzahl	Beispielitems	Kodierung
1	t0_1_1a	22	Wo ist das Mädchen/der Junge?	0 = falsch, 1 = richtig, 9 = zeigt nicht, 99 = nicht ausgefüllt
	t0_1_1b			
	t0_1_1c			
	t0_1_2a		Was ist das? (Benennen von Körperteilen bei Mädchen - Produktion)	
	t0_1_2a_ant			
	t0_1_2b			
	t0_1_2b_ant			
	t0_1_2c			
	t0_1_2c_ant			
	t0_1_2e			
	t0_1_2e_ant			
	t0_1_2f			
	t0_1_2f_ant			
	t0_1_3a		Wo ist Körperteil xy? (Erkennen von Körperteilen -- Rezeption)	
t0_1_3a_ant				
t0_1_3b				
t0_1_3b_ant				
2	t0_4_1	11	Welche Gefühle kennst du? (offene Frage)	0 = falsch, 1 = richtig, 99 = nicht durchgeführt
	t0_4_2a			
	t0_4_2b			
	t0_4_2c		Wie fühlt sich SAM? (Benennen von Gefühlen - Produktion)	
	t0_4_2d			
	t0_4_2e			
3	t0_5_1	4	Wo ist Anfassen verboten? (offene Frage)	1 = ja, 2 = nein, 3 = weiß nicht, 9 = zeigt nicht, 99 = nicht durchgeführt
	t0_5_2a			
	t0_5_2b		Darf dich ein Arzt/eine fremde Person/deine Schwimmlehrerin am Penis/deiner Scheide anfassen?	
	t0_5_2c			
4	t0_6_1	4	Was tust du, wenn du ein gutes/schlechtes Geheimnis hast/du bedroht wirst/dir jemand Angst	1 = weiter sagen, 2 = Hilfe holen, 3 = nicht weiter sagen, 4 = mit der
	t0_6_2			
	t0_6_3			
	t0_6_4			

macht?

Katze spielen,
9 = zeigt nicht,
99 = nicht
durchgeführt

Anhang F

F1

Fragebogen für Lehrpersonen (EG und WKG) zu MZP t0 zu klassenbezogenen Informationen

Fragebogen für Lehrkräfte_t0_EG_WKG



Heutiges Datum: _____

*Herzlichen Dank, dass Sie unser Projekt unterstützen.
Zu Beginn möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf stellen.*

1. Bitte geben Sie Ihren Namen an: _____
2. Bitte geben Sie den Namen Ihrer Schule an: _____
3. Bitte geben Sie Ihr Alter an. _____ Jahre
4. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.
 - männlich
 - weiblich
5. Über wie viele Jahre Berufserfahrung als Sonderschullehrer/in verfügen Sie ungefähr?
_____ Jahre
6. Wie lange unterrichten Sie bereits an der aktuellen Schule?
_____ Jahre

*Nachfolgend bitten wir Sie anzugeben, **ob, wie intensiv und wann** Sie die genannten Themen bereits mit Ihren Schüler/innen im Unterricht besprochen haben.*

	Thema:	Ob und wann haben Sie die Themen besprochen?				Wie intensiv haben Sie die genannten Themen besprochen?			keine Angabe
		nicht besprochen	innerhalb der letzten 6 Monate	innerhalb der letzten 6 bis 12 Monate	länger als 12 Monate zurücklegend	oberflächlich	intensiv	sehr intensiv	
7.	Körperteile (inkl. Geschlechtsteile)								
8.	Gefühle								
9.	Gute/ schlechte Berührungen								
10.	Gute/ schlechte Geheimnisse								
11.	„Nein“-Sagen								
12.	Helferpersonen								
13.	Strategien in Gefahrensituationen								
14.	Sexualität								

15. Allgemeine Anmerkungen, Kommentare:

16. Wenn Sie Interesse an weiteren Angeboten des „SeMB-Projektes“ der Universität zu Köln oder an einer Zusendung des Abschlussberichtes haben, können Sie nachfolgend Ihre E-Mail-Adresse angeben. Eine Version des Abschlussberichtes werden wir auf jeden Fall Ihrer Schulleitung zukommen lassen.

Ihre E-Mail: _____

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme.
Ihr SeMB-Team der Universität zu Köln.**

F2

Fragebogen für Lehrpersonen (EG und WKG) zur Beurteilung der Kinder zu MZP t0



Beurteilung Kinder_Lehrkräfte_t0_EG_WKG

Heutiges Datum: _____

Name Ihrer Schule: _____

Ihr Name: _____

Nachfolgend möchten wir Ihnen zu jedem Ihrer Schüler/innen, die an unserem Projekt teilnehmen, einige Fragen stellen.

1. Name des Schülers/ der Schülerin: _____

2. Geburtsdatum des Schülers/ der Schülerin: _____

3. Wie lange kennen Sie den Schüler/die Schülerin bereits?

_____ Jahre

4. Wie viele Stunden pro Woche sehen Sie den Schüler/die Schülerin im Durchschnitt?

_____ Stunden pro Woche

5. Geschlecht des Schüler/ der Schülerin:

- weiblich
- männlich

**Die folgenden Items beziehen sich nur auf Schüler/innen mit einer Hörschädigung:
Ansonsten weiter mit Frage 11!**

6. Schweregrad des Hörverlustes:

- geringgradige Schwerhörigkeit (26-40 dB)
- mittelgradige Schwerhörigkeit (41-60 dB)
- hochgradige Schwerhörigkeit (61-80 dB)
- Hörreste oder Taubheit (81 dB oder mehr)

7. Hörhilfen des Schülers/der Schülerin:

- Hörgeräte:
 - einseitig
 - beidseitig
 - keine
- CI:
 - einseitig
 - beidseitig
 - keine
- keine

8. Ab welchem Alter wurde der/die Schüler/in mit Hörhilfen versorgt: _____

9. Was ist die Kommunikationsform im Wohnumfeld des Schülers/der Schülerin?



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Zentrum für Diagnostik und Förderung



10. Gibt es noch andere Familienmitglieder mit einer Hörschädigung?

- Ja. Wer? _____
 Nein

Die folgenden Items beziehen sich nun wieder auf alle Schüler/innen!

11. Bitte beurteilen Sie nachfolgend das **psychosoziale Funktionsniveau** des Schülers/der Schülers/in innerhalb des letzten Jahres (nach Remschmidt, Schmidt, & Poustka, 2006). Bitte setzen Sie nur **ein** Kreuz.

Die Beurteilung sollte auf folgenden Bereichen basieren:

Inwieweit kann das Kind...

- ...relative harmonische Beziehungen mit Eltern, Geschwistern, Lehrern und anderen Erwachsenen aufrechterhalten,
- ...tragfähige Beziehungen zu Gleichaltrigen herstellen,
- ...sich in alters- und sozial angemessener Weise sauber und in Ordnung halten,
- ...zumutbare Arbeiten im Haushalt verrichten,
- ...ohne Probleme das Haus verlassen,
- ...mit den schulischen Anforderungen dem Alter und den gegebenen intellektuellen Fähigkeiten entsprechend zurechtkommen,
- ...sich bei verschiedenen Freizeitaktivitäten engagieren.

<input type="checkbox"/>	Herausragende/gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen: Gute zwischenmenschliche Beziehungen mit Familie, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie; kann sich mit allen üblichen Situationen effektiv auseinandersetzen und verfügt über ein gutes Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen.
<input type="checkbox"/>	Mäßige soziale Funktionen, aber mit vorübergehenden oder geringen Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen .
<input type="checkbox"/>	Leichte soziale Beeinträchtigung: Adäquates Funktionsniveau in dem meisten Bereichen, aber leichte Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen .
<input type="checkbox"/>	Mäßige soziale Beeinträchtigung: Mäßige Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen .
<input type="checkbox"/>	Ernsthafte soziale Beeinträchtigungen in mindestens ein oder zwei Bereichen .
<input type="checkbox"/>	Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen .
<input type="checkbox"/>	Funktionsunfähig in dem meisten Bereichen: Benötigt ständige Aufsicht oder Betreuung zur basalen Alltagsbewältigung; ist nicht in der Lage, für sich selbst zu sorgen.
<input type="checkbox"/>	Schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Manchmal unfähig für eine minimale Körperhygiene zu sorgen, oder braucht zeitweise strenge Beaufsichtigung um Gefahrensituationen für sich selbst oder andere zu verhüten, oder schwere Beeinträchtigung in allen Bereichen der Kommunikation.
<input type="checkbox"/>	Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Ständige Unfähigkeit für die eigene Körperhygiene zu sorgen oder ständige Gefahr, sich selbst oder andere zu verletzen oder völliges Fehlen von Kommunikation.
<input type="checkbox"/>	Nicht einschätzbar

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung das zutreffende Feld an.

Wenn nicht bekannt, bitte „gar nicht“ ankreuzen.

(FBB-ANZ, Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer/-innen und Erzieher/-innen; Döpfner & Görtz-Dorten, 2008)

		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
22.	Leidet regelmäßig sehr stark, wenn sie/er sich von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) trennen muss, z.B. um in die Schule zu gehen. Reagiert dann mit Angst oder schreit oder bricht in Wut aus oder wirkt unglücklich oder weigert sich zu gehen.				
23.	Ist in unrealistischer und anhaltender Weise besorgt, dass sie/er die Eltern (bzw. andere Bezugspersonen) verlieren oder dass ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte.				
24.	Ist in unrealistischer und anhaltender Weise besorgt, dass sie/er von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) getrennt werden könnte (z.B. indem sie/er gekidnappt wird oder in ein Krankenhaus muss).				
25.	Weigert sich oder zeigt starke Abneigung, aus Angst vor Trennung von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) in die Schule oder an einem anderen Ort zu gehen.				
26.	Weigert sich oder zeigt eine starke Abneigung, schlafen zu gehen, ohne dass ein Elternteil (bzw. eine andere Bezugsperson) in der Nähe ist.				
27.	Steht nachts häufig auf, um die Anwesenheit der Eltern (bzw. anderer Bezugspersonen) zu überprüfen oder um bei ihnen zu schlafen.				
28.	Weigert sich oder zeigt eine starke Abneigung, auswärts zu schlafen.				
29.	Hat eine anhaltende und unangemessene Angst oder Abneigung, alleine zu sein oder ohne die Eltern (bzw. andere Bezugspersonen) tagsüber zu Hause zu sein.				
30.	Hat nachts wiederholt Alpträume, bei denen es um Trennungserlebnisse geht (z.B. verlorenzugehen).				
31.	Klagt wiederholt über körperliche Beschwerden (z.B. Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen), wenn sie/er sich von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) trennen muss.				
32.	Hat eine ausgeprägte und anhaltende Angst, in Leistungssituationen zu versagen (z.B. in der Schule, bei Klassenarbeiten, wenn sie/er in der Klasse aufgerufen wird).				
33.	Hat eine anhaltende und ausgeprägte Angst, wenn sie/er mit fremden oder weniger vertrauten Gleichaltrigen zusammen ist, und versucht, diese Situationen zu vermeiden.				
34.	Hat eine anhaltende und für das Alter ungewöhnliche Angst, wenn sie/er mit fremden oder wenig vertrauten Erwachsenen zusammen ist, und versucht, diese Situationen zu vermeiden.				
35.	Wirkt fremden Gleichaltrigen oder Erwachsenen gegenüber befangen oder verlegen.				
36.	Macht sich übertriebene Sorgen darüber, ob ihr/sein Verhalten Fremden gegenüber angemessen ist.				

		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
37.	Hat wenig Kontakt zu Gleichaltrigen.				
38.	Leidet stark in neuen oder in unvermeidbaren sozialen Situationen, weint dann oder ist unglücklich oder spricht nicht oder zieht sich zurück.				
Bitte beantworten Sie abschließend noch die folgenden 8 Fragen.					
39.	Ist unbekümmert und sorglos.				
40.	Blickt vertrauensvoll in die Zukunft.				
41.	Ist für ihr/sein Alter selbstständig.				
42.	Hat Vertrauen in ihre/seine Leistungen.				
43.	Fühlt sich wohl an belebten Orten.				
44.	Fühlt sich wohl in Gesellschaft von Fremden.				
45.	Fühlt sich in einer Gruppe Gleichaltriger wohl.				
46.	Hat Freunde.				

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme.
 Ihr SeMB-Team der Universität zu Köln.**



Datum von heute: _____

Ihr Name: _____

Wir möchten Ihnen ein paar Fragen über Ihr Kind stellen.

1. Name Ihres Kindes: _____
2. Geschlecht Ihres Kindes:
 - weiblich
 - männlich
3. Wo wohnt Ihr Kind:
 - mit mir zu Hause
 - in einem Heim
 - woanders (nicht zu Hause mit mir, nicht in einem Heim)
4. Ich bin von meinem Kind:
 - der leibliche Vater/die leibliche Mutter
 - ich habe mein Kind adoptiert
 - das Kind lebt bei mir zur Pflege
 - ich bin _____ für das Kind

**Hat Ihr Kind eine Hörschädigung?
Dann beantworten Sie die folgenden Fragen.
Wenn Ihr Kind keine Hörschädigung hat, machen Sie bitte mit Frage 10 weiter.**

5. Der Schweregrad des Hörverlustes meines Kindes ist :
 - geringgradige Schwerhörigkeit (26-40 dB)
 - mittelgradige Schwerhörigkeit (41-60 dB)
 - hochgradige Schwerhörigkeit (61-80 dB)
 - Hörreste oder Taubheit (81 dB oder mehr)
6. Mein Kind hat ein:
 - Hörgerät:
 - einseitig
 - beidseitig
 - keine
 - CI:
 - einseitig
 - beidseitig
 - keine
 - keine Hörhilfe
7. Wie alt war Ihr Kind, als es eine Hörhilfe bekam? _____
8. Wie wird dort, wo das Kind lebt, miteinander geredet (mit Lautsprache, mit Gebärden)?

9. Gibt es noch andere Familienmitglieder mit einer Hörschädigung?
 - Ja. Wer? _____
 - Nein

Die folgenden Fragen sind nun wieder für alle!

10. Was kann Ihr Kind im Vergleich zu anderen Kindern?

Lesen Sie sich die Fragen durch. Denken Sie dabei an Ihr Kind.
Ordnen Sie Ihr Kind dann einer der Spalten in der Tabelle zu.

- Kann mein Kind eine gute Beziehung ohne viel Streit mit Eltern, Geschwistern, Lehrern und anderen Erwachsenen haben?
- Kann mein Kind gut mit anderen Kindern befreundet sein?
- Kann mein Kind sich sauber und in Ordnung halten, wie andere Kinder in dem Alter?
Zum Beispiel: Zähne putzen, auf die Toilette gehen.
- Kann mein Kind im Haus helfen und kleine Aufgaben übernehmen?
Zum Beispiel: Müll wegbringen, Spülmaschine einräumen.
- Kann mein Kind selbstständig aus dem Haus gehen und alleine zurechtkommen?
- Kann mein Kind mit den Aufgaben in der Schule zurechtkommen?
- Kann mein Kind an Dingen außerhalb der Schule mitmachen?
Zum Beispiel: Fußball-Verein, Sport-Clubs, Musik-Schule.

Ordnen Sie Ihr Kind nun einer der Spalten zu.
Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz in der Tabelle.

<input type="checkbox"/>	0 Mein Kind kann alles von den aufgezählten Dingen: Es versteht sich gut mit der Familie und anderen Kindern. Es versteht sich auch gut mit Erwachsenen außerhalb der Familie. Mein Kind kommt überall gut klar. Es hat keine Probleme in der Schule. Mein Kind hat Hobbys und unternimmt nachmittags was.
<input type="checkbox"/>	1 Mein Kind kann die meisten von den aufgezählten Dingen. Nur manchmal gibt es ein paar kleine Probleme. Die sind aber nicht so schlimm.
<input type="checkbox"/>	2 Mein Kind kann einige der aufgezählten Dinge. Es hat leichte Probleme in einem oder zwei der genannten Dinge.
<input type="checkbox"/>	3 Mein Kind kann schon einige der aufgezählten Dinge. Aber es hat Probleme in einem oder zwei oder mehr der genannten Dinge.
<input type="checkbox"/>	4 Mein Kind kann nur einige der aufgezählten Dinge. Es hat größere Probleme in einem oder zwei oder mehr der genannten Dinge.
<input type="checkbox"/>	5 Mein Kind kann kaum welche der aufgezählten Dinge. Es hat größere Probleme in den meisten genannten Dingen.
<input type="checkbox"/>	6 Mein Kind kann keine der aufgezählten Dinge alleine. Es hat braucht ständige Hilfe und Betreuung im Alltag. Es ist nicht in der Lage, für sich selbst zu sorgen.
<input type="checkbox"/>	7 Mein Kind kann keine der aufgezählten Dinge alleine. Es kann sich nicht selber waschen. Es braucht immer ganz viel Hilfe und Begleitung, um sich nicht zu verletzen. Mein Kind kann kaum mit anderen Menschen sprechen und sagen, was es möchte.
<input type="checkbox"/>	8 Mein Kind braucht überall Hilfe. Es kann sich nicht selber waschen. Es braucht immer ganz viel Hilfe und Begleitung. Man muss immer aufpassen, dass es sich oder andere nicht verletzt. Es kann gar nicht mit anderen Menschen sprechen.
<input type="checkbox"/>	9 Ich weiß nicht, was ich ankreuzen soll. Ich weiß nicht, in welche Spalte ich mein Kind einsortieren soll.

11. Wie schwer war es für Sie, sich für eine Spalte zu entscheiden?

sehr schwer	ein bisschen schwer	ein bisschen leicht	sehr leicht	ich weiß nicht

12. Wie tritt Ihr Kind mit anderen Menschen in Kontakt? Wie sagt Ihr Kind, was es möchte?
 (Sie können mehrere Kreuze machen)

- Es spricht
 - Deutsch
 - eine andere Sprache
- Es hat eine Sprech- und Rede-Hilfe (wie zum Beispiel einen kleinen Sprechcomputer wie den Power Talker)
- Es hat eine andere Sprechhilfe (wie zum Beispiel der Big Mac, Gototalk 20)
- Es hat eine Sprechhilfe, ohne Batterien, nur Bilder und Fotos
- Es spricht selber mit seinem Körper (mit dem Gesicht, den Händen usw.)
- Es spricht ganz anders. Wie denn? _____

13. Falls Ihr Kind über Gebärden redet, über welche Form macht es das?

- Keine Kommunikation mit Gebärden
- Deutsche Gebärdensprache (DGS)
- Andere Gebärdensprache
- Lautsprachebegleitende Gebärden (LBG)
- Lautsprachunterstützende Gebärden (LUG)
- Gebärdenunterstützte Kommunikation (GUK)

14. Wie teilt Ihr Kind am **liebsten** mit, was es möchte?

- Lautsprache
 - Deutsch
 - Andere Sprache
- Elektronische Kommunikationshilfe (z.B. Power Talker, Big Mac, Gotalk 20)
- Nicht-elektronische Kommunikationshilfe (z.B. Bildkarten)
- Deutsche Gebärdensprache (DGS)
- Andere Gebärdensprache
- Lautsprachebegleitende Gebärden (LBG)
- Lautsprachunterstützende Gebärden (LUG)
- Gebärdenunterstützte Kommunikation (GUK)
- Körpereigene Kommunikationsform (außer Gebärden, z.B. Mimik, Gestik)
- Sonstige. Welche? _____

15. **Wie gut** kann sich das Kind in seiner liebsten Art, mitteilen?

nicht gut	eher nicht gut	eher gut	gut	ich weiß nicht

Bitte überlegen Sie: Wie gut Ihr Kind diese Dinge? Es ist egal, ob Ihr Kind lautsprachlich, gebärdensprachlich oder in einer Mischform kommuniziert.

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft genau zu
16. Mein Kind kann mir zu Dingen, die es beschäftigen, etwas sagen .					
17. Mein Kind kann auf andere Menschen zugehen und mit ihnen sprechen .					
18. Mein Kind kann Dinge, die ich ihm erkläre, verstehen .					
19. Mein Kind kann sich anderen Menschen (auch Menschen außerhalb der Familie) mitteilen .					

20. Bitte schätzen Sie ein: Wie schwer fallen Ihrem Kind die Dinge aus der Liste?
Bitte geben Sie immer eine Zahl an: Zwischen **0 (kann mein Kind prima ohne Hilfe)** und **4 (kann mein Kind nicht alleine und braucht dabei immer Hilfe)**.

Schweregrad	0= kann mein Kind sehr gut alles alleine ohne Hilfe von anderen	1= kann mein Kind fast alles alleine , braucht manchmal ein klein bisschen Hilfe von anderen Menschen	2= kann mein Kind noch nicht alleine , braucht öfters Hilfe von anderen Menschen	3= kann mein Kind kaum alleine , es braucht immer Hilfe von anderen Menschen	4= kann mein Kind gar nicht alleine , es braucht hier immer sehr viel Hilfe von anderen Menschen	9= Ich weiß es nicht
Funktionsbereich						
Mit dem Körper: Greifen, gehen, mit den Armen und Händen Dinge heben, klettern, aufstehen etc.						
Mit dem Kopf arbeiten: Probleme lösen, konzentriert sein, Lernen und Hausaufgaben machen, neue Dinge verstehen						
Hören						
Sehen						
Sich mit anderen Kindern und Erwachsenen verstehen: spielen ohne Ärger zu haben, mit Kindern verabreden, brav sein, sich an Regeln halten, keine Angst haben vor anderen						
Mit anderen Menschen in Kontakt treten: andere Menschen ansprechen, zuhören, so sprechen, dass andere ihn verstehen						

**Stimmt der Satz? Kreuzen Sie jetzt bitte für jeden Satz ein Feld an.
Wenn Sie es nicht wissen, kreuzen Sie bitte „Stimmt gar nicht“ an.**

		Stimmt das?			
		Stimmt gar nicht	Stimmt ein bisschen	Stimmt meistens	Stimmt total
21.	Mein Kind ist sehr traurig, wenn es sich von den Eltern (oder anderen lieben Menschen) trennen muss, zum Beispiel um in die Schule zu gehen. Es ist dann ängstlich oder schreit oder ist wütend oder will nicht gehen.				
22.	Mein Kind ist sehr oft ohne Grund ängstlich und voller Sorge, dass es die Eltern oder andere liebe Menschen verlieren könnte oder dass ihnen etwas Schlimmes passiert (zum Beispiel ein Unfall).				
23.	Mein Kind ist sehr oft ohne Grund ängstlich, dass es von den Eltern oder anderen lieben Menschen getrennt werden könnte (zum Beispiel, indem es gekidnappt wird oder in ein Krankenhaus muss).				
24.	Mein Kind möchte nicht, aus Angst vor Trennung von den Eltern oder anderen lieben Menschen, in die Schule oder woanders hin gehen.				
25.	Mein Kind möchte ganz oft nur dann abends ins Bett gehen, wenn einer der Eltern oder ein anderer lieber Mensch in der Nähe ist.				
26.	Mein Kind steht nachts oft auf, um zu schauen, ob die Eltern oder andere Leute da sind oder versucht bei den Eltern zu schlafen.				
27.	Mein Kind möchte nie woanders übernachten.				
28.	Mein Kind hat eine große Angst davor, alleine zu sein oder ohne die Eltern (oder andere Erwachsene) tagsüber zu Hause zu sein.				
29.	Mein Kind hat nachts immer wieder schlechte Träume vom Getrennt-Werden. Zum Beispiel träumt es davon: Mein Kind geht verloren. Oder jemand Liebes stirbt.				
30.	Mein Kind erzählt immer wieder, dass es ihm schlecht geht, wenn es von den Eltern oder anderen lieben Menschen getrennt werden soll. Zum Beispiel, sagt es dann, dass ihm schlecht ist, dass es Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen hat.				

		Stimmt das?			
		Stimmt gar nicht	Stimmt ein bisschen	Stimmt meistens	Stimmt total
31.	Mein Kind hat große Angst, etwas falsch zu machen (zum Beispiel in der Schule, bei Klassenarbeiten, wenn sie/er in der Klasse aufgerufen wird).				
32.	Mein Kind hat große Angst, wenn es mit fremden Kindern zusammen ist, und versucht immer, diesen Situationen aus dem Weg zu gehen.				
33.	Mein Kind hat eine für sein Alter nicht normale Angst, wenn es mit fremden Erwachsenen zusammen ist, und versucht immer, diesen Situationen aus dem Weg zu gehen.				
34.	Mein Kind ist fremden Kindern oder Erwachsenen gegenüber immer ganz verlegen und ist dann immer sehr ruhig.				
35.	Mein Kind macht sich große Sorgen ohne Grund darüber, ob es alles richtig macht, wenn es mit Fremden zusammen ist.				
36.	Mein Kind hat nur wenige Freunde und Freundinnen.				
37.	Wenn mein Kind neue Menschen kennenlernt, weint es oder ist unglücklich oder spricht nicht oder zieht sich zurück.				
38.	Mein Kind hat große Angst vor manchen Tieren (zum Beispiel vor Hunden, Spinnen oder Mäusen).				
39.	Mein Kind hat große Angst auf hohe Sachen zu klettern, hat große Angst vor Stürmen oder vor Wasser.				
40.	Mein Kind hat große Angst vor lauten Geräuschen (zum Beispiel Knallen oder Donner).				
41.	Mein Kind hat ohne Grund große Angst vor Blut, Verletzungen oder Spritzen.				
42.	Mein Kind hat große Angst vor Fahrstühlen oder anderen kleinen, engen Räumen.				
43.	Mein Kind hat große Angst vor Menschenmengen oder Angst, vor großen Plätzen oder Angst davor, im Bus oder im Zug zu fahren.				

		Stimmt das?			
		Stimmt gar nicht	Stimmt ein bisschen	Stimmt meistens	Stimmt total
44.	Mein Kind hat auch große Ängste vor diesen Sachen hier Bitte beschreiben Sie hier noch andere Dinge, vor denen Ihr Kind Angst hat :				
Bitte beantworten Sie noch die 8 Fragen.					
45.	Mein Kind ist immer fröhlich und ohne Sorgen.				
46.	Mein Kind schaut ganz fröhlich und glücklich in die Zukunft.				
47.	Mein Kind ist für sein Alter selbstständig. Es kann schon vieles ganz alleine machen.				
48.	Mein Kind weiß was es alles kann und traut sich schon was zu.				
49.	Mein Kind fühlt sich wohl an Orten mit vielen Menschen.				
50.	Mein Kind fühlt sich wohl, wenn es etwas mit fremden Leuten unternimmt.				
51.	Mein Kind ist gerne mit anderen Kindern zusammen.				
52.	Mein Kind hat Freunde.				

Bitte kreuzen Sie an:
 Haben Sie mit Ihrem Kind schon über die Themen geredet? **WIE GENAU** haben Sie mit Ihrem Kind schon über die Themen geredet?
WANN haben Sie mit Ihrem Kind schon über die Themen geredet?

	Thema:	Ob und wann haben Sie über die Themen geredet?				Wie intensiv haben Sie über die Themen geredet?			keine Angabe
		nicht besprochen	innerhalb der letzten 6 Monate	innerhalb der letzten 6 bis 12 Monate	länger als 12 Monate zurückliegend	oberflächlich	intensiv	sehr intensiv	
53.	Körperteile (auch über Penis und Scheide)								
54.	Gefühle								
55.	Gute/ schlechte Berührungen								
56.	Gute/ schlechte Geheimnisse								
57.	„Nein“-Sagen								
58.	Wer kann mir helfen?								
59.	Was mache ich in Gefahren-Situationen?								
60.	Sexualität								

61. Kommentare, Ihre Meinung:

62. Sie möchten mehr über das Projekt wissen? Dann schreiben Sie bitte hier Ihre E-Mail-Adresse auf.

Ihre E-Mail-Adresse: _____

**Vielen Dank,
 dass Sie diesen langen Fragebogen ausgefüllt haben.**

Ihr SeMB-Team der Universität zu Köln.



Universität zu Köln
 Humanwissenschaftliche Fakultät
 Zentrum für Diagnostik und Förderung





Heutiges Datum: _____

Name Ihrer Schule: _____

Ihr Name: _____

*Herzlichen Dank, dass Sie unser Projekt erneut unterstützen. Nachfolgend bitten wir Sie anzugeben, **ob** und **wie intensiv** Sie die genannten Themen seit Beginn des Trainings „STARK mit SAM“ mit Ihren Schüler/innen im Unterricht besprochen haben.*

	Thema:	Haben Sie die Themen besprochen?		Wie intensiv haben Sie die genannten Themen besprochen?			keine Angabe
		nicht besprochen	besprochen	oberflächlich	intensiv	sehr intensiv	
1.	Körperteile (inkl. Geschlechtsteile)						
2.	Gefühle						
3.	Gute/ schlechte Berührungen						
4.	Gute/ schlechte Geheimnisse						
5.	„Nein“-Sagen						
6.	Helferpersonen						
7.	Strategien in Gefahren-situationen						
8.	Sexualität						

9. Allgemeine Anmerkungen, Kommentare:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Ihr SeMB-Team der Universität zu Köln.



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Zentrum für Diagnostik und Förderung





Heutiges Datum: _____

Name Ihrer Schule: _____

Ihr Name: _____

*Herzlichen Dank, dass Sie unser Projekt erneut unterstützen. Nachfolgend bitten wir Sie anzugeben, **ob** und **wie intensiv** Sie die genannten Themen seit dem ersten Fragebogen mit Ihren Schüler/innen im Unterricht besprochen haben.*

	Thema:	Haben Sie die Themen besprochen?		Wie intensiv haben Sie die genannten Themen besprochen?			keine Angabe
		nicht besprochen	besprochen	oberflächlich	intensiv	sehr intensiv	
1.	Körperteile (inkl. Geschlechtsteile)						
2.	Gefühle						
3.	Gute/ schlechte Berührungen						
4.	Gute/ schlechte Geheimnisse						
5.	„Nein“-Sagen						
6.	Helferpersonen						
7.	Strategien in Gefahrensituationen						
8.	Sexualität						

9. Allgemeine Anmerkungen, Kommentare:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Ihr SeMB-Team der Universität zu Köln.



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Zentrum für Diagnostik und Förderung





Heutiges Datum: _____

Name Ihrer Schule: _____

Ihr Name: _____

Nachfolgend möchten wir Ihnen erneut zu jedem Ihrer Schüler/innen, die an unserem Projekt teilnehmen, einige Fragen stellen.

1. Name des Schülers/ der Schülerin: _____

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung das zutreffende Feld an. Wenn nicht bekannt, bitte „gar nicht“ ankreuzen.

(FBB-ANZ, Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer/-innen und Erzieher/-innen; Döpfner & Görtz-Dorten, 2008)

		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
2.	Leidet regelmäßig sehr stark, wenn sie/er sich von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) trennen muss, z.B. um in die Schule zu gehen. Reagiert dann mit Angst oder schreit oder bricht in Wut aus oder wirkt unglücklich oder weigert sich zu gehen.				
3.	Ist in unrealistischer und anhaltender Weise besorgt, dass sie/er die Eltern (bzw. andere Bezugspersonen) verlieren oder dass ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte.				
4.	Ist in unrealistischer und anhaltender Weise besorgt, dass sie/er von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) getrennt werden könnte (z.B. indem sie/er gekidnappt wird oder in ein Krankenhaus muss).				
5.	Weigert sich oder zeigt starke Abneigung, aus Angst vor Trennung von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) in die Schule oder an einem anderen Ort zu gehen.				
6.	Weigert sich oder zeigt eine starke Abneigung, schlafen zu gehen, ohne dass ein Elternteil (bzw. eine andere Bezugsperson) in der Nähe ist.				
7.	Steht nachts häufig auf, um die Anwesenheit der Eltern (bzw. anderer Bezugspersonen) zu überprüfen oder um bei ihnen zu schlafen.				
8.	Weigert sich oder zeigt eine starke Abneigung, auswärts zu schlafen.				
9.	Hat eine anhaltende und unangemessene Angst oder Abneigung, alleine zu sein oder ohne die Eltern (bzw. andere Bezugspersonen) tagsüber zu Hause zu sein.				
10.	Hat nachts wiederholt Alpträume, bei denen es um Trennungserlebnisse geht (z.B. verlorenzugehen).				
11.	Klagt wiederholt über körperliche Beschwerden (z.B. Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen), wenn sie/er sich von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) trennen muss.				



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Zentrum für Diagnostik und Förderung



		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
12.	Hat eine ausgeprägte und anhaltende Angst, in Leistungssituationen zu versagen (z.B. in der Schule, bei Klassenarbeiten, wenn sie/er in der Klasse aufgerufen wird).				
13.	Hat eine anhaltende und ausgeprägte Angst, wenn sie/er mit fremden oder weniger vertrauten Gleichaltrigen zusammen ist, und versucht, diese Situationen zu vermeiden.				
14.	Hat eine anhaltende und für das Alter ungewöhnliche Angst, wenn sie/er mit fremden oder wenig vertrauten Erwachsenen zusammen ist, und versucht, diese Situationen zu vermeiden.				
15.	Wirkt fremden Gleichaltrigen oder Erwachsenen gegenüber befangen oder verlegen.				
16.	Macht sich übertriebene Sorgen darüber, ob ihr/sein Verhalten Fremden gegenüber angemessen ist.				
17.	Hat wenig Kontakt zu Gleichaltrigen.				
18.	Leidet stark in neuen oder in unvermeidbaren sozialen Situationen, weint dann oder ist unglücklich oder spricht nicht oder zieht sich zurück.				
Bitte beantworten Sie abschließend noch die folgenden 8 Fragen.					
19.	Ist unbekümmert und sorglos.				
20.	Blickt vertrauensvoll in die Zukunft.				
21.	Ist für ihr/sein Alter selbstständig.				
22.	Hat Vertrauen in ihre/seine Leistungen.				
23.	Fühlt sich wohl an belebten Orten.				
24.	Fühlt sich wohl in Gesellschaft von Fremden.				
25.	Fühlt sich in einer Gruppe Gleichaltriger wohl.				
26.	Hat Freunde.				

27. Allgemeine Anmerkungen, Kommentare:

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme.
Ihr SeMB-Team der Universität zu Köln.**



Datum von heute: _____

Ihr Name: _____

Wir möchten Ihnen noch einmal ein paar Fragen über Ihr Kind stellen.

1. Name Ihres Kindes: _____

Stimmt der Satz? Kreuzen Sie jetzt bitte für jeden Satz ein Feld an. Wenn Sie es nicht wissen, kreuzen Sie bitte „Stimmt gar nicht“ an.

		Stimmt das?			
		Stimmt gar nicht	Stimmt ein bisschen	Stimmt meistens	Stimmt total
2.	Mein Kind ist sehr traurig, wenn es sich von den Eltern (oder anderen lieben Menschen) trennen muss, zum Beispiel um in die Schule zu gehen. Es ist dann ängstlich oder schreit oder ist wütend oder will nicht gehen.				
3.	Mein Kind ist sehr oft ohne Grund ängstlich und voller Sorge, dass es die Eltern oder andere liebe Menschen verlieren könnte oder dass ihnen etwas Schlimmes passiert (zum Beispiel ein Unfall).				
4.	Mein Kind ist sehr oft ohne Grund ängstlich, dass es von den Eltern oder anderen lieben Menschen getrennt werden könnte (zum Beispiel, indem es gekidnappt wird oder in ein Krankenhaus muss).				
5.	Mein Kind möchte nicht, aus Angst vor Trennung von den Eltern oder anderen lieben Menschen, in die Schule oder woanders hin gehen.				
6.	Mein Kind möchte ganz oft nur dann abends ins Bett gehen, wenn einer der Eltern oder ein anderer lieber Mensch in der Nähe ist.				
7.	Mein Kind steht nachts oft auf, um zu schauen, ob die Eltern oder andere Leute da sind oder versucht bei den Eltern zu schlafen.				
8.	Mein Kind möchte nie woanders übernachten.				
9.	Mein Kind hat eine große Angst davor, alleine zu sein oder ohne die Eltern (oder andere Erwachsene) tagsüber zu Hause zu sein.				
10.	Mein Kind hat nachts immer wieder schlechte Träume				



		Stimmt das?			
		Stimmt gar nicht	Stimmt ein bisschen	Stimmt meistens	Stimmt total
	vom Getrennt-Werden. Zum Beispiel träumt es davon: Mein Kind geht verloren. Oder jemand Liebes stirbt.				
11.	Mein Kind erzählt immer wieder, dass es ihm schlecht geht, wenn es von den Eltern oder anderen lieben Menschen getrennt werden soll. Zum Beispiel, sagt es dann, dass ihm schlecht ist, dass es Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen hat.				
12.	Mein Kind hat große Angst, etwas falsch zu machen (zum Beispiel in der Schule, bei Klassenarbeiten, wenn sie/er in der Klasse aufgerufen wird).				
13.	Mein Kind hat große Angst, wenn es mit fremden Kindern zusammen ist, und versucht immer, diesen Situationen aus dem Weg zu gehen.				
14.	Mein Kind hat eine für sein Alter nicht normale Angst, wenn es mit fremden Erwachsenen zusammen ist, und versucht immer, diesen Situationen aus dem Weg zu gehen.				
15.	Mein Kind ist fremden Kindern oder Erwachsenen gegenüber immer ganz verlegen und ist dann immer sehr ruhig.				
16.	Mein Kind macht sich große Sorgen ohne Grund darüber, ob es alles richtig macht, wenn es mit Fremden zusammen ist.				
17.	Mein Kind hat nur wenige Freunde und Freundinnen.				
18.	Wenn mein Kind neue Menschen kennenlernt, weint es oder ist unglücklich oder spricht nicht oder zieht sich zurück.				
19.	Mein Kind hat große Angst vor manchen Tieren (zum Beispiel vor Hunden, Spinnen oder Mäusen).				
20.	Mein Kind hat große Angst auf hohe Sachen zu klettern, hat große Angst vor Stürmen oder vor Wasser.				
21.	Mein Kind hat große Angst vor lauten Geräuschen (zum Beispiel Knallen oder Donner).				
22.	Mein Kind hat ohne Grund große Angst vor Blut, Verletzungen oder Spritzen.				

		Stimmt das?			
		Stimmt gar nicht	Stimmt ein bisschen	Stimmt meistens	Stimmt total
23.	Mein Kind hat große Angst vor Fahrstühlen oder anderen kleinen, engen Räumen.				
24.	Mein Kind hat große Angst vor Menschenmengen oder Angst, vor großen Plätzen oder Angst davor, im Bus oder im Zug zu fahren.				
25.	Mein Kind hat auch große Ängste vor diesen Sachen hier Bitte beschreiben Sie hier noch andere Dinge, vor denen Ihr Kind Angst hat :				
Bitte beantworten Sie noch die 8 Fragen.					
26.	Mein Kind ist immer fröhlich und ohne Sorgen.				
27.	Mein Kind schaut ganz fröhlich und glücklich in die Zukunft.				
28.	Mein Kind ist für sein Alter selbstständig. Es kann schon vieles ganz alleine machen.				
29.	Mein Kind weiß, was es alles kann und traut sich schon was zu.				
30.	Mein Kind fühlt sich wohl an Orten mit vielen Menschen.				
31.	Mein Kind fühlt sich wohl, wenn es etwas mit fremden Leuten unternimmt.				
32.	Mein Kind ist gerne mit anderen Kindern zusammen.				
33.	Mein Kind hat Freunde.				

Haben Sie mit Ihrem Kind seit dem Training „STARK mit SAM“ über die Themen geredet? Wenn **JA, WANN** haben Sie mit Ihrem Kind schon über die Themen geredet?

	Thema:	Haben Sie die Themen besprochen?		Wie intensiv haben Sie die genannten Themen besprochen?			keine Angabe
		nicht besprochen	besprochen	oberflächlich	intensiv	sehr intensiv	
34.	Körperteile (auch über Penis und Scheide)						
35.	Gefühle						
36.	Gute/ schlechte Berührungen						
37.	Gute/ schlechte Geheimnisse						
38.	„Nein“-Sagen						
39.	Wer kann mir helfen?						
40.	Was mache ich in Gefahren-Situationen?						
41.	Sexualität						

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme.
 Ihr SeMB-Team der Universität zu Köln.**



Trainer/innen-Fragebogen

Name des/der Trainer/in: _____

Nummer und Datum des Trainings: _____

Ort der Durchführung: _____

Gruppe (EG vs. WKG): Experimentalgruppe
 Wartekontrollgruppe

Setting: Wohngruppe
 Schule

Schwerpunkt: HK
 kmE
 gE

Anzahl Kinder in Trainingsgruppe (geplant): _____

Wurde Training mit einer Assistenz durchgeführt? ja
 nein

Fragebogen zur Beurteilung der Durchführungsintegrität: STARK mit SAM!

Bitte geben Sie nach Durchführung des gesamten Trainings an, ob die einzelnen Bausteine und Übungen durchgeführt, die vorgesehenen Materialien eingesetzt wurden und ob Sie die vorgesehenen Elemente für die Trainingsgruppe für geeignet halten.

Baustein 1: Mein Körper

A) Durchführung

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie den vorgesehenen Baustein in dem Training durchgeführt haben (0 = „Gar nicht“, 1 = „Teilweise“ oder 2 = „Ganz“). Falls Sie den Baustein „Gar nicht“ oder nur „Teilweise“ durchführen konnten, kreuzen Sie bitte an, warum: „Keine Zeit“, „Motivation/ Interesse der Kinder gering“, „wg. Entwicklungsstand der Kinder nicht durchführbar“ oder „sonstiges“ (Mehrfachnennungen möglich).

Grund	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	
Baustein 1									
Mein Körper									

B) Übungen und Elemente des Bausteins

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Übungen inkl. der Materialien und der Reihenfolge, wie im Manual vorgegeben, durchgeführt haben.

Grund Baustein 1	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwick- lungsstand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwick- lungsstand	sonstiges		
EINFÜHRUNG/KENNELERNEN										
Kennenlern- spiel										
SAMs Geschichte										
Stark-Buch: Gestaltung Covers										
Das kann ich gut										
Stark-Lied										
KÖRPER										
Körper-Puzzle als Gruppenübung										
Körper-Puzzle als Einzelübung										
Körper-Lied										
Besprechung der Körper- Präsentation										
Option 1: Angelspiel										
Option 2: Memory										
Option 3: Körper-Würfel- Spiel										
Option 4: Sam zeigt										
Körper-Lied										
Stark-Buch: Körper einkleben und Körper- Wörter sammeln										
Stark-Lied										

Haben Sie Übungen oder Lieder wiederholt, die über die Instruktion im Manual hinausgehen?

Name der Übung bzw. des Lieds	Anzahl der zusätzlichen Wiederholungen

C) Allgemeine Anmerkungen zu diesem Baustein

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu diesem Baustein.

1. Schätzen Sie ein, inwieweit Sie die Lernziele dieses Bausteins bei den Kindern der Trainingsgruppe erreichen konnten?

- bei allen Kindern (100%)
- bei einem größten Teil der Kinder (ca. ¾)
- weder noch (bei ungefähr der Hälfte der Kinder, ca. ½)
- nur bei einem kleinen Teil (ca. ¼)
- nein, bei keinem Kind (0%)

2. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Durchführung dieses Bausteins?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weder noch
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

3. Name der Kinder, die bei der Durchführung des Bausteins nicht anwesend waren:

D. Eignung der Übungen und Elemente. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die Übungen und Elemente in der aktuellen Form des Bausteins für die Trainingsgruppe für geeignet halten. Wenn Sie die Übungen für (sehr) ungeeignet halten, geben Sie bitte an warum und welche Verbesserungsvorschläge Sie haben (Stichworte!).

Grund Baustein 1	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
EINFÜHRUNG/KENNELNERNEN							
Kennenlernspiel							
SAMs Geschichte							
Stark-Buch: Gestaltung Covers							
Das kann ich gut							
Stark-Lied							
KÖRPER							
Körper-Puzzle als Gruppenübung							
Körper-Puzzle als Einzelübung							
Körper-Lied							
Besprechung der Körper-Präsentation							
Option 1: Angelspiel							
Option 2: Memory							
Option 3: Körper-Würfel-Spiel							

Grund	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Baustein 1							
Option 4: SAM zeigt							
Körper-Lied							
Stark-Buch: Körper einkleben und Körper-Wörter sammeln							
Stark-Lied							

Baustein 2: Gefühle

A) Durchführung

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie den vorgesehenen Baustein in dem Training durchgeführt haben (0 = „Gar nicht“, 1 = „Teilweise“ oder 2 = „Ganz“). Falls Sie den Baustein „Gar nicht“ oder nur „Teilweise“ durchführen konnten, kreuzen Sie bitte an, warum: „Keine Zeit“, „Motivation/ Interesse der Kinder gering“, „wg. Entwicklungsstand der Kinder nicht durchführbar“ oder „sonstiges“ (Mehrfachnennungen möglich).

Grund	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungsstand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungsstand	sonstiges	
Baustein 2									
Gefühle									

B) Übungen und Elemente des Bausteins

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Übungen inkl. der Materialien und der Reihenfolge, wie im Manual vorgegeben, durchgeführt haben.

Grund	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungsstand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungsstand	sonstiges		
Baustein 2										
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 1										
Körper-Lied										

Grund	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwick- lungsstand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwick- lungsstand	sonstiges		
Baustein 2										
Option 1: Angelspiel										
Option 2: Memory										
Option 3: Körper-Würfel- Spiel										
Option 4: Sam zeigt										
FREUDE										
SAMs Beispiel von Freude										
Auf welchem Bild ist SAM fröhlich?										
Beispiele der Kinder für Freude										
Kinder stellen Freude mimisch dar										
Foto von „fröhlichen“ Kindern										
<i>Optional: Wimmelbild klein AB</i>										
<i>Optional: Wimmelbild Projektion</i>										
Freudentanz										
TRAUER										
SAMs Beispiel von Trauer										
Auf welchem Bild ist SAM traurig?										
Beispiele der Kinder für Trauer										
Kinder stellen Trauer mimisch dar										
Foto von „traurigen“ Kindern										
<i>Optional: Wimmelbild klein AB</i>										

Grund Baustein 2	0 = Gar nicht				1 = Teilweise				2 = Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwick- lungsstand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwick- lungsstand	sonstiges		
<i>Optional: Wimmelbild Projektion</i>										
Bewegungsspiel										
WUT										
SAMs Beispiel von Wut										
Auf welchem Bild ist SAM wütend?										
Beispiele der Kinder für Wut										
Kinder stellen Wut mimisch dar										
Foto von „wütenden“ Kindern										
<i>Optional: Wimmelbild klein AB</i>										
<i>Optional: Wimmelbild Projektion</i>										
Wutrakete										
ANGST										
SAMs Beispiel von Angst										
Auf welchem Bild ist SAM ängstlich?										
Beispiele der Kinder für Angst										
Kinder stellen Angst mimisch dar										
Foto von „ängstlichen“ Kindern										
<i>Optional: Wimmelbild klein AB</i>										
<i>Optional: Wimmelbild Projektion</i>										
Komisches Gefühl										
Gefühle-Lied										

Grund	0 = Gar nicht				1 = Teilweise				2 = Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungsstand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungsstand	sonstiges		
Baustein 2										
Auf welchem Bild fühlt sich SAM komisch?										
<i>Optional: Wimmelbild groß AB</i>										
<i>Optional: Wimmelbild groß Projektion</i>										
Gefühle-Lied										
Stark-Buch: Gefühle-Rad										
Gefühle-Würfel-Spiel										
Stark-Lied										

Haben Sie Übungen oder Lieder wiederholt, die über die Instruktion im Manual hinausgehen?

Name der Übung bzw. des Lieds	Anzahl der zusätzlichen Wiederholungen

C) Allgemeine Anmerkung zu diesem Baustein?
Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu diesem Baustein.

- Schätzen Sie ein, inwieweit Sie die Lernziele dieses Bausteins bei den Kindern der Trainingsgruppe erreichen konnten.**
 - bei allen Kindern (100%)
 - bei einem größten Teil der Kinder (ca. ¾)
 - weder noch (bei ungefähr der Hälfte der Kinder, ca. ½)
 - nur bei einem kleinen Teil (ca. ¼)
 - nein, bei keinem Kind (0%)
- Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Durchführung dieses Bausteins?**
 - sehr zufrieden

- zufrieden
- weder noch
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

3. Name der Kinder, die bei der Durchführung des Bausteins nicht anwesend waren:

D.) Eignung der Übungen und Elemente. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die Übungen und Elemente in der aktuellen Form des Bausteins für die Trainingsgruppe für geeignet halten. Wenn Sie die Übungen für (sehr) ungeeignet halten, geben Sie bitte an warum und welche Verbesserungsvorschläge Sie haben (Stichworte!).

Grund	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Baustein 2							
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 1							
Körper-Lied							
Option 1: Angelspiel							
Option 2: Memory							
Option 3: SAM zeigt							
FREUDE							
SAMs Beispiel von Freude							
Auf welchem Bild ist SAM fröhlich?							
Beispiele der Kinder für Freude							
Kinder stellen Freude mimisch dar							
Foto von „fröhlichen“ Kindern							

Grund	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Baustein 2							
<i>Optional: Wimmelbild klein AB</i>							
<i>Optional: Wimmelbild Projektion</i>							
Freudentanz							
TRAUER							
SAMs Beispiel von Trauer							
Auf welchem Bild ist SAM traurig?							
Beispiele der Kinder für Trauer							
Kinder stellen Trauer mimisch dar							
Foto von „traurigen“ Kindern							
<i>Optional: Wimmelbild klein AB</i>							
<i>Optional: Wimmelbild Projektion</i>							
Bewegungsspiel							
WUT							
SAMs Beispiel von Wut							
Auf welchem Bild ist SAM wütend?							

Grund Baustein 2	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Beispiele der Kinder für Wut							
Kinder stellen Wut mimisch dar							
Foto von „wütenden“ Kindern							
<i>Optional: Wimmelbild klein AB</i>							
<i>Optional: Wimmelbild Projektion</i>							
Wutrakete							
ANGST							
SAMs Beispiel von Angst							
Auf welchem Bild ist SAM ängstlich?							
Beispiele der Kinder für Angst							
Kinder stellen Angst mimisch dar							
Foto von „ängstlichen“ Kindern							
<i>Optional: Wimmelbild klein AB</i>							
<i>Optional: Wimmelbild Projektion</i>							
Komisches Gefühl							

Grund	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Baustein 2							
Gefühle-Lied							
Auf welchem Bild fühlt sich SAM komisch?							
<i>Optional: Wimmelbild groß AB</i>							
<i>Optional: Wimmelbild groß Projektion</i>							
Gefühle-Lied							
Stark-Buch: Gefühle-Rad							
Optional: Gefühle-Würfel-Spiel							
Stark-Lied							

Baustein 3: Berühren und Anfassen

A) Durchführung

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie den vorgesehenen Baustein in dem Training durchgeführt haben (0 = „Gar nicht“, 1 = „Teilweise“ oder 2 = „Ganz“). Falls Sie den Baustein „Gar nicht“ oder nur „Teilweise“ durchführen konnten, kreuzen Sie bitte an, warum: „Keine Zeit“, „Motivation/ Interesse der Kinder gering“, „wg Entwicklungsstand der Kinder nicht durchführbar“ oder „sonstiges“ (Mehrfachnennungen möglich).

Grund	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	
Baustein 3									
Berühren und Anfassen									

B) Übungen und Elemente des Bausteins

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Übungen inkl. der Materialien und der Reihenfolge, wie im Manual vorgegeben, durchgeführt haben.

Grund	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges		
Baustein 3										
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 2										
Gefühle-Würfel-Spiel										
Besprechen der Gruppen-Fotos aus BS 2										
BERÜHREN/ANFASSEN										
Berührungsreise										
Verbotene Berührungen und Ausnahme(n)										
Video Polizist: Verbotene Berührungen										
Stark-Buch: Meine Berührungen										
Option 1: Zuordnen von Berührungssituationen an der Ampel in der Gruppe										

Option 2: Zuordnen von Berührungssitu- ationen an der Ampel am Platz „in klein“																				
NEIN																				
Lola wehrt sich. Wir sagen „nein“.																				
Video Polizist: sag „nein“!																				
Nein-Lied																				
Wie sagen Elif, Ali, Sam und Tom „nein“?																				
Nein-Lied																				
Stark-Buch: Ampel und Sprechblasen																				
Optional: Burgspiel																				
Stark-Lied																				

Haben Sie Übungen oder Lieder wiederholt, die über die Instruktion im Manual hinausgehen?

Name der Übung bzw. des Lieds	Anzahl der zusätzlichen Wiederholungen

C) Allgemeine Anmerkung zu diesem Baustein?

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu diesem Baustein.

1. Schätzen Sie ein, inwieweit Sie die Lernziele dieses Bausteins bei den Kindern der Trainingsgruppe erreichen konnten.

- bei allen Kindern (100%)
- bei einem größten Teil der Kinder (ca. ¾)
- weder noch (bei ungefähr der Hälfte der Kinder, ca. ½)
- nur bei einem kleinen Teil (ca. ¼)
- nein, bei keinem Kind (0%)

2. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Durchführung dieses Bausteins?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weder noch
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

3. Name der Kinder, die bei der Durchführung des Bausteins nicht anwesend waren:

D. Eignung der Übungen und Elemente. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die Übungen und Elemente in der aktuellen Form des Bausteins für die Trainingsgruppe für geeignet halten. Wenn Sie die Übungen für (sehr) ungeeignet halten, geben Sie bitte an warum und welche Verbesserungsvorschläge Sie haben (Stichworte!).

Grund	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Baustein 3							
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 2							
Gefühle-Würfel-Spiel							
Besprechen der Gruppen-Fotos aus BS 2							
BERÜHREN/ANFASSEN							
Berührungsreise							
Verbotene Berührungen und Ausnahme(n)							
Video Polizist: Verbotene Berührungen							
Stark-Buch: Meine Berührungen							
Option 1: Zuordnen von Berührungssituationen an der Ampel							

Grund Baustein 3	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Option 2: Zuordnen von Berührungssituationen an der Ampel am Platz „in klein“							
NEIN							
Lola wehrt sich. Wir sagen „nein“.							
Video Polizist: sag „nein“!							

Baustein 4: Geheimnisse und Geschenke

A) Durchführung

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie den vorgesehenen Baustein in dem Training durchgeführt haben (0 = „Gar nicht“, 1 = „Teilweise“ oder 2 = „Ganz“). Falls Sie den Baustein „Gar nicht“ oder nur „Teilweise“ durchführen konnten, kreuzen Sie bitte an, warum: „Keine Zeit“, „Motivation/ Interesse der Kinder gering“, „wg Entwicklungsstand der Kinder nicht durchführbar“ oder „sonstiges“ (Mehrfachnennungen möglich).

Grund Baustein 4	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	
Geheimnisse und Geschenke									

B) Übungen und Elemente des Bausteins

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Übungen inkl. der Materialien und der Reihenfolge, wie im Manual vorgegeben, durchgeführt haben.

Grund Baustein 4	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges		
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 1										
Option 1: SAM zeigt										
Option 2: Angelspiel										
Option 3: Körper-Würfel-Spiel										
Option 4: Memory										
Körper-Lied										
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 2										
Gefühle-Würfel-Spiel										
Gefühle-Lied										
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 3										
Verbotene Berührungen										
6 Beispiele auf Ampel verorten										
Video Polizist: Anfassen auf der										

Grund	0= Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwick- lungsstand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwick- lungsstand	sonstiges		
Baustein 4										
Ampel										
Nein-Lied										
GEHEIMNISSE										
Gute Geheimnisse – Einführung										
Schlechte Geheimnisse - Einführung										
Geheimnisse auf der Ampel zuordnen										
Video Polizist: Angst machen										
Weitersagen/ Pssst zuordnen										
Geheimnis-Lied										
Video Polizist: Sag es weiter										
Spiel: „Pssst“ oder „Weitersagen“										
Option 1: Stark-Buch: Weitersagen- blase einkleben & Geheimnisse OHNE Ampel am Platz										
Option 2: Stark-Buch: Weitersagen- blase einkleben & Geheimnisse MIT Ampel am Platz										
Geheimnis-Lied										
GESCHENKE										
Geschenke sind nie geheim!										
Video-Polizist: Geschenke										
Stark-Lied										

Haben Sie Übungen oder Lieder wiederholt, die über die Instruktion im Manual hinausgehen?

Name der Übung bzw. des Lieds	Anzahl der zusätzlichen Wiederholungen

C) Allgemeine Anmerkung zu diesem Baustein?

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu diesem Baustein.

1. Schätzen Sie ein, inwieweit Sie die Lernziele dieses Bausteins bei den Kindern der Trainingsgruppe erreichen konnten.

- bei allen Kindern (100%)
- bei einem größten Teil der Kinder (ca. ¾)
- weder noch (bei ungefähr der Hälfte der Kinder, ca. ½)
- nur bei einem kleinen Teil (ca. ¼)
- nein, bei keinem Kind (0%)

2. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Durchführung dieses Bausteins?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weder noch
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

3. Name der Kinder, die bei der Durchführung des Bausteins nicht anwesend waren:

D. Eignung der Übungen und Elemente. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die Übungen und Elemente in der aktuellen Form des Bausteins für die Trainingsgruppe für geeignet halten. Wenn Sie die Übungen für (sehr) ungeeignet halten, geben Sie bitte an warum und welche Verbesserungsvorschläge Sie haben (Stichworte!).

Grund	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Baustein 4							
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 1							
Option 1: Angelspiel							
Option 2: Memory							
Option 3: Körper-Würfel-Spiel							
Option 4: SAM zeigt							
Körper-Lied							
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 2							
Gefühle-Würfel-Spiel							
Gefühle-Lied							
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 3							
Verbotene Berührungen							
6 Beispiele auf Ampel verorten							
Video Polizist: Anfassen auf der Ampel							
Nein-Lied							

Grund	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Baustein 4							
GEHEIMNISSE							
Gute Geheimnisse – Einführung							
Schlechte Geheimnisse - Einführung							
Geheimnisse auf der Ampel zuordnen							
Video Polizist: Angst machen							
Weitersagen/ Pssst zuordnen							
Geheimnis-Lied							
Video Polizist: Sag es weiter							
Spiel: „Pssst“ oder „Weitersagen“							
Option 1: Stark-Buch: Weitersagenblase einkleben & Geheimnisse OHNE Ampel am Platz							
Option 2: Stark-Buch: Weitersagenblase einkleben & Geheimnisse MIT Ampel am Platz							
Geheimnis-Lied							
GESCHENKE							

Grund	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Baustein 4							
Geschenke sind nie geheim!							
Video-Polizist: Geschenke							
Stark-Lied							

Baustein 5: Hilfe holen

A) Durchführung

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie den vorgesehenen Baustein in dem Training durchgeführt haben (0 = „Gar nicht“, 1 = „Teilweise“ oder 2 = „Ganz“). Falls Sie den Baustein „Gar nicht“ oder nur „Teilweise“ durchführen konnten, kreuzen Sie bitte an, warum: „Keine Zeit“, „Motivation/ Interesse der Kinder gering“, „wg Entwicklungsstand der Kinder nicht durchführbar“ oder „sonstiges“ (Mehrfachnennungen möglich).

Grund	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	
Baustein 5									
Hilfe holen									

B) Übungen und Elemente des Bausteins

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Übungen inkl. der Materialien und der Reihenfolge, wie im Manual vorgegeben, durchgeführt haben.

Grund	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges		
Baustein 5										
Was mache ich mit einem guten/schlechten Geheimnis?										
Fortsetzung Beispiel Tom – Wer kann Tom helfen?										
Starkbuch: Helfer-Blume										
<i>Optional: Audiobeispiel „Nummer gegen Kummer“ oder Chatbeispiel</i>										
Video Polizist: Hilfe holen										
Hilfe-Lied										
Wenn ein Freund Hilfe braucht, hol Hilfe										
Rollenspiel: Sam fragt um Hilfe										
Sam fragt immer weiter										

Grund	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwick- lungsstand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwick- lungsstand	sonstiges		
Baustein 5										
Polizist-Video: Ich frage weiter!										
Hilfe-Lied										
Stark-Lied										

Haben Sie Übungen oder Lieder wiederholt, die über die Instruktion im Manual hinausgehen?

Name der Übung bzw. des Lieds	Anzahl der zusätzlichen Wiederholungen

C) Allgemeine Anmerkung zu diesem Baustein?

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu diesem Baustein.

1. Schätzen Sie ein, inwieweit Sie die Lernziele dieses Bausteins bei den Kindern der Trainingsgruppe erreichen konnten.

- bei allen Kindern (100%)
- bei einem größten Teil der Kinder (ca. ¾)
- weder noch (bei ungefähr der Hälfte der Kinder, ca. ½)
- nur bei einem kleinen Teil (ca. ¼)
- nein, bei keinem Kind (0%)

2. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Durchführung dieses Bausteins?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weder noch
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

3. Name der Kinder, die bei der Durchführung des Bausteins nicht anwesend waren:

D. Eignung der Übungen und Elemente. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die Übungen und Elemente in der aktuellen Form des Bausteins für die Trainingsgruppe für geeignet halten. Wenn Sie die Übungen für (sehr) ungeeignet halten, geben Sie bitte an warum und welche Verbesserungsvorschläge Sie haben (Stichworte!).

Grund	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Baustein 5							
Was mache ich mit einem guten/schlechten Geheimnis?							
Fortsetzung Beispiel Tom – Wer kann Tom helfen?							
Starkbuch: Helfer-Blume							
Optional: Audiobeispiel „Nummer gegen Kummer“ oder Chatbeispiel							
Video Polizist: Hilfe holen							
Hilfe-Lied							
Wenn ein Freund Hilfe braucht, hol Hilfe							
Rollenspiel: Sam fragt um Hilfe							
Sam fragt immer weiter							
Polizist-Video: Ich frage weiter!							
Hilfe-Lied							
Stark-Lied							

Baustein 6: Abschluss

A) Durchführung

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie den vorgesehenen Baustein in dem Training durchgeführt haben (0 = „Gar nicht“, 1 = „Teilweise“ oder 2 = „Ganz“). Falls Sie den Baustein „Gar nicht“ oder nur „Teilweise“ durchführen konnten, kreuzen Sie bitte an, warum: „Keine Zeit“, „Motivation/ Interesse der Kinder gering“, „wg Entwicklungsstand der Kinder nicht durchführbar“ oder „sonstiges“ (Mehrfachnennungen möglich).

Grund	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	
Baustein 6									
Abschluss									

B) Übungen und Elemente des Bausteins

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Übungen inkl. der Materialien und der Reihenfolge, wie im Manual vorgegeben, durchgeführt haben.

Grund	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges		
Baustein 6										
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 1										
Option 1: Angelspiel										
Option 2: Memory										
Option 3: Körper-Würfel- Spiel										
Option 4: SAM zeigt										
Körper-Lied										
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 2										
Gruppen Fotos Gefühle										
Gefühle-Lied										
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 3										
SAM fragt										
Nein-Lied										
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 4										

Grund Baustein 6	0=Gar nicht				1= Teilweise				2=Ganz	Anmerkung
	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges	Keine Zeit	Motivation/ Interesse	Entwicklungs- stand	sonstiges		
SAM fragt										
Geheimnis-Lied										
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 5										
Rollenspiel '„nein“ sagen und weggehen'										
Hilfe-Lied										
Polizist-Video: Abschluss										
Stark-Lied										

Haben Sie Übungen oder Lieder wiederholt, die über die Instruktion im Manual hinausgehen?

Name der Übung bzw. des Lieds	Anzahl der zusätzlichen Wiederholungen

C) Allgemeine Anmerkung zu diesem Baustein?
Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu diesem Baustein.

1. Schätzen Sie ein, inwieweit Sie die Lernziele dieses Bausteins bei den Kindern der Trainingsgruppe erreichen konnten.

- bei allen Kindern (100%)
- bei einem größten Teil der Kinder (ca. ¾)
- weder noch (bei ungefähr der Hälfte der Kinder, ca. ½)
- nur bei einem kleinen Teil (ca. ¼)
- nein, bei keinem Kind (0%)

2. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Durchführung dieses Bausteins?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weder noch
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

3. Name der Kinder, die bei der Durchführung des Bausteins nicht anwesend waren:

D. Eignung der Übungen und Elemente. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die Übungen und Elemente in der aktuellen Form des Bausteins für die Trainingsgruppe für geeignet halten. Wenn Sie die Übungen für (sehr) ungeeignet halten, geben Sie bitte an warum und welche Verbesserungsvorschläge Sie haben (Stichworte!).

Grund	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Baustein 6							
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 1							
Option 1: Angelspiel							
Option 2: Memory							
Option 3: Körper-Würfel-Spiel							
Option 4: SAM zeigt							
Körper-Lied							
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 2							
Gruppen Fotos Gefühle							
Gefühle-Lied							
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 3							

Grund	Wie geeignet sind Übungen in der jetzigen Form?					Grund für Nicht-Eignung (Stichworte)	Verbesserungsvorschläge (Stichworte)
	Sehr geeignet	geeignet	Weder noch	ungeeignet	Sehr ungeeignet		
Baustein 6							
SAM fragt							
Nein-Lied							
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 4							
SAM fragt							
Geheimnis-Lied							
WIEDERHOLUNG BAUSTEIN 5							
Rollenspiel „nein“ sagen und weggehen‘							
Hilfe-Lied							
Polizist-Video: Abschluss							
Stark-Lied							

**Fragebogen zur allgemeinen Bewertung des gesamten Trainings
(auszufüllen NACH dem Training)**

Bitte geben Sie nachfolgend an, wie stark Sie den Aussagen zustimmen (1= „stimme gar nicht zu“ bis 5= „stimme voll zu“).

	1= stimme gar nicht zu	2= stimme eher nicht zu	3= weder noch	4= stimme eher zu	5= stimme voll zu
1. Die Inhalte der einzelnen Bausteine konnte ich gut strukturiert und verständlich vermitteln.					
2. Die Lernziele der einzelnen Bausteine konnte ich transparent machen.					
3. Die Lernziele konnte ich mit den teilnehmenden Kindern erreichen.					
4. Ich konnte angemessene Gelegenheiten für Fragen einräumen.					
5. Die teilnehmenden Kinder stellten viele Fragen.					
6. Beispiele und Veranschaulichungen konnte ich angemessen einsetzen.					
7. Die vorgesehenen Medien konnte ich angemessen einsetzen.					
8. Die vorgesehenen Arbeitsmaterialien (Stark-Buch etc.) konnte ich gut strukturiert und verständlich einsetzen.					
9. Ich konnte die aktive Mitarbeit fördern.					
10. Die teilnehmenden Kinder waren motiviert.					
11. Die teilnehmenden Kinder haben aktiv mitgearbeitet.					
12. Ich war an einem Lernzuwachs der teilnehmenden Kinder interessiert.					
13. Die teilnehmenden Kinder konnten in diesem Durchgang des Trainings viel lernen.					
14. Die teilnehmenden Kinder waren an den Inhalten des Trainings interessiert.					
15. Das Tempo der Fortbildung war angemessen.					
16. Die Arbeitsatmosphäre war sehr angenehm.					
17. Ich bin mit meinem Engagement im Rahmen des Trainings zufrieden.					
18. Mit der zeitlichen Struktur des Trainings bin ich zufrieden.					
19. Die Organisation des Trainings war gut (z.B. Absprachen mit Lehrkräften).					
20. Mit der Durchführung des Trainings bin ich insgesamt zufrieden.					

21. Sonstige Anmerkungen zu dem Training:

Anhang G

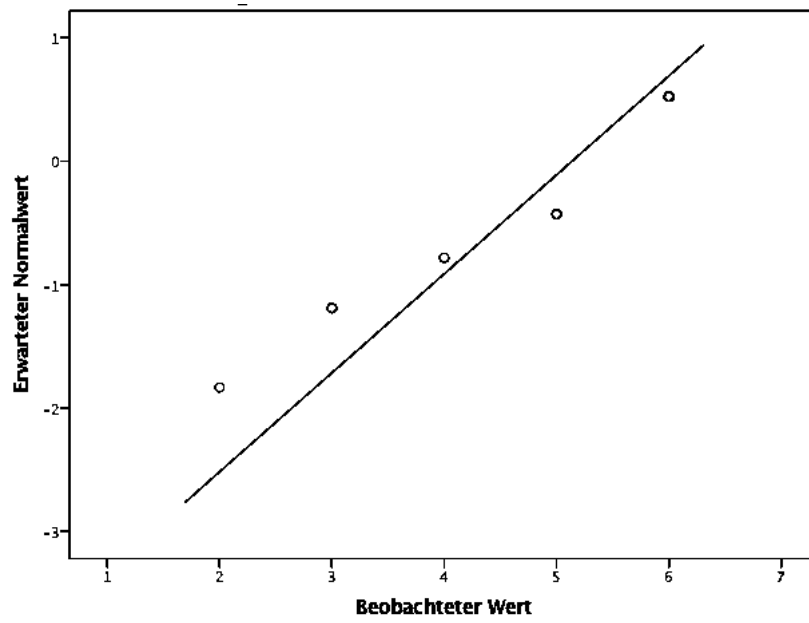


Abbildung G1. Q-Q-Diagramm zu Überprüfung der Normalverteilung WKG, Baustein 1

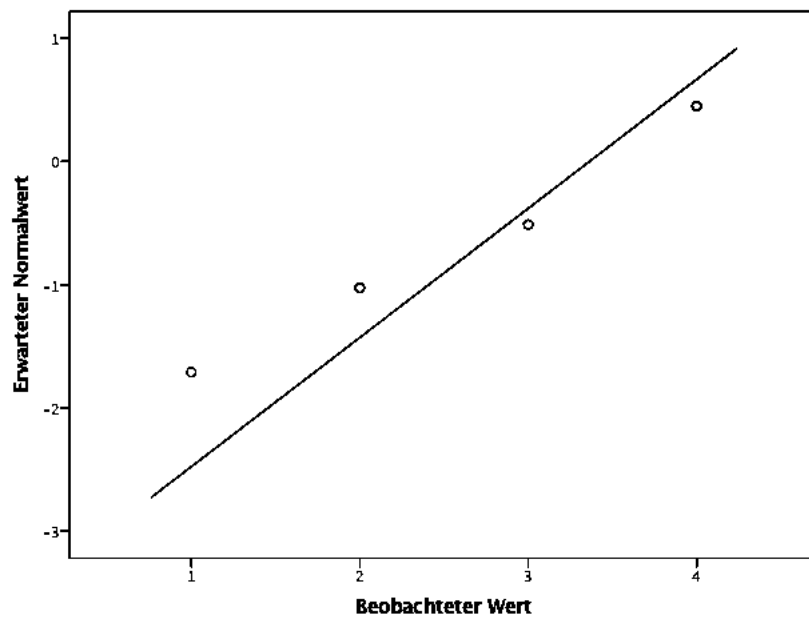


Abbildung G2. Q-Q-Diagramm zu Überprüfung der Normalverteilung WKG, Baustein 2

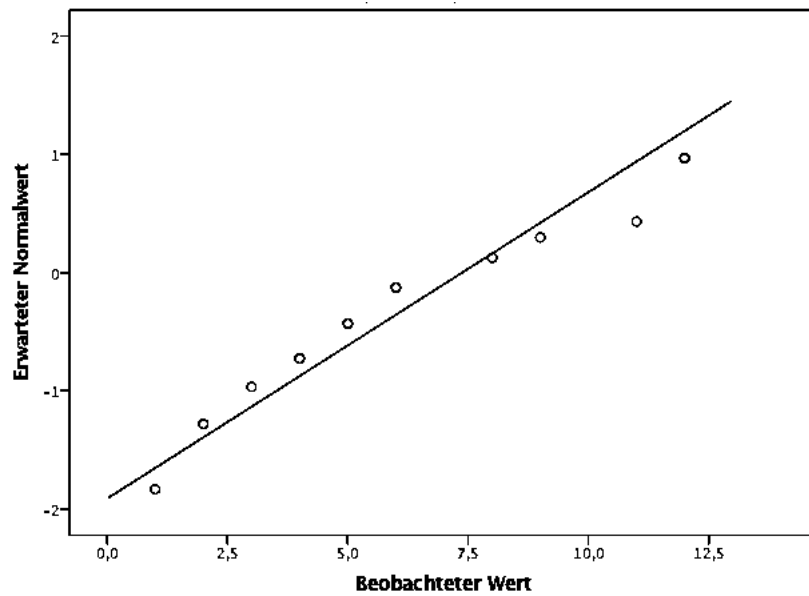


Abbildung G3. Q-Q-Diagramm zu Überprüfung der Normalverteilung WKG, Baustein 5

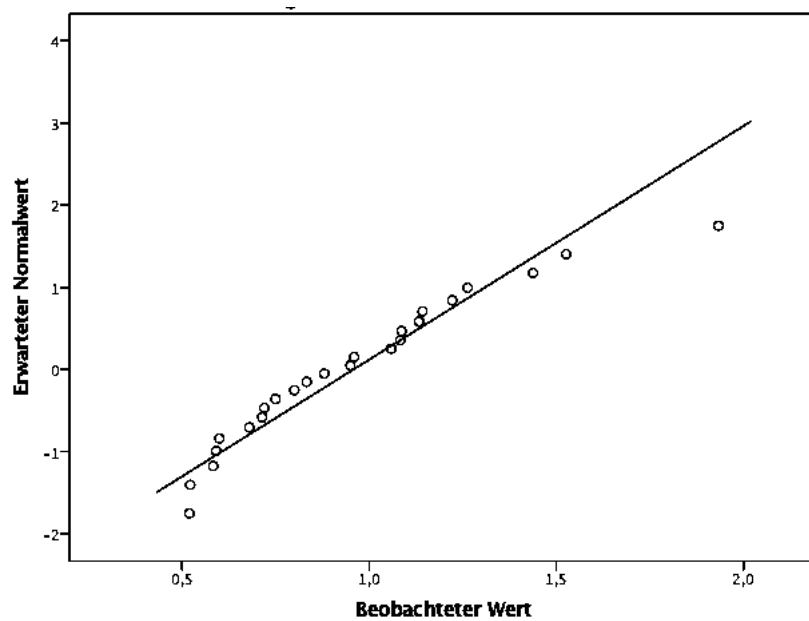


Abbildung G4. Q-Q-Diagramm zu Überprüfung der Normalverteilung WKG, Ängstlichkeit (L)

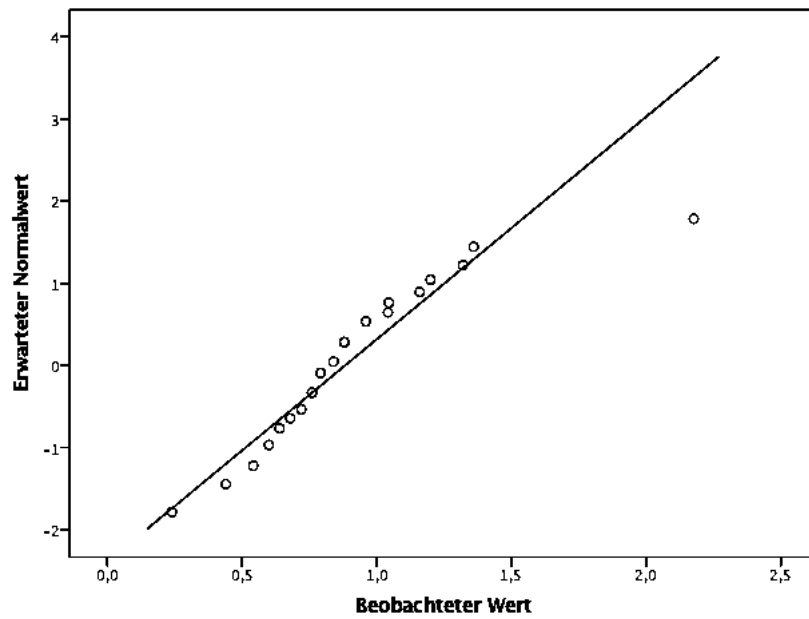


Abbildung G5. Q-Q-Diagramm zu Überprüfung der Normalverteilung WKG, Ängstlichkeit (B)

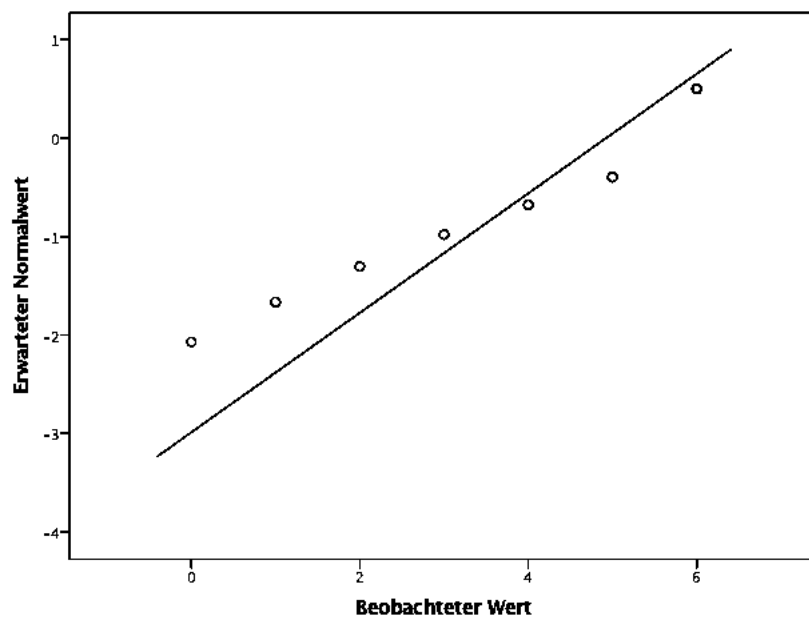


Abbildung G6. Q-Q-Diagramm zu Überprüfung der Normalverteilung EG, Bereich 1

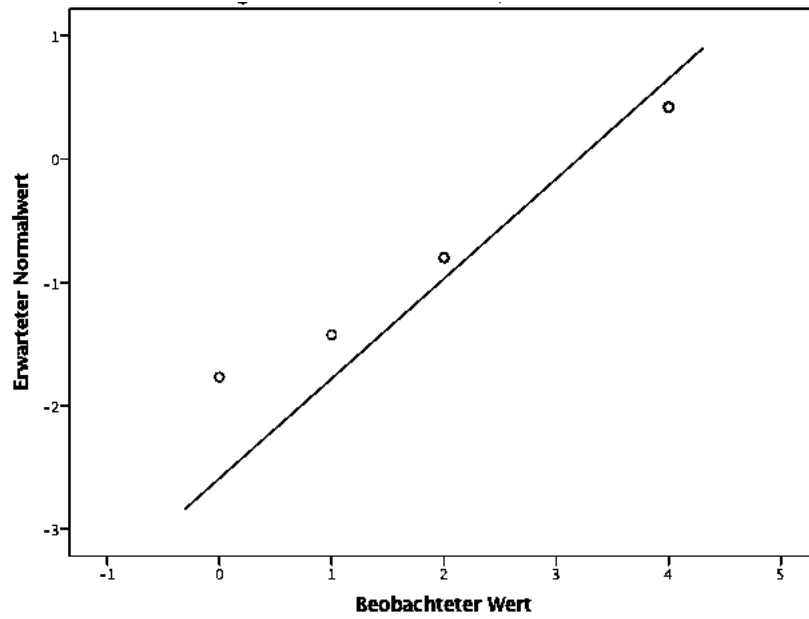


Abbildung G7. Q-Q-Diagramm zu Überprüfung der Normalverteilung EG, Bereich 2

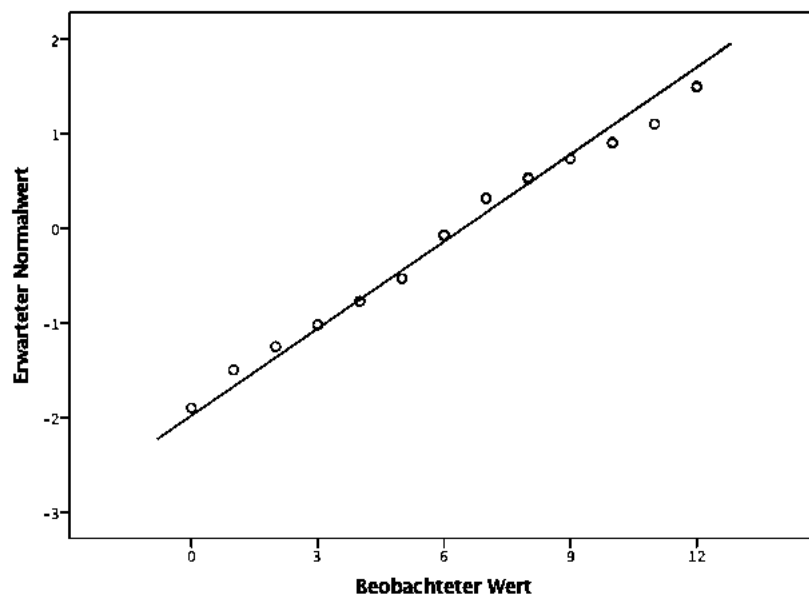


Abbildung G8. Q-Q-Diagramm zu Überprüfung der Normalverteilung EG, Bereich 5

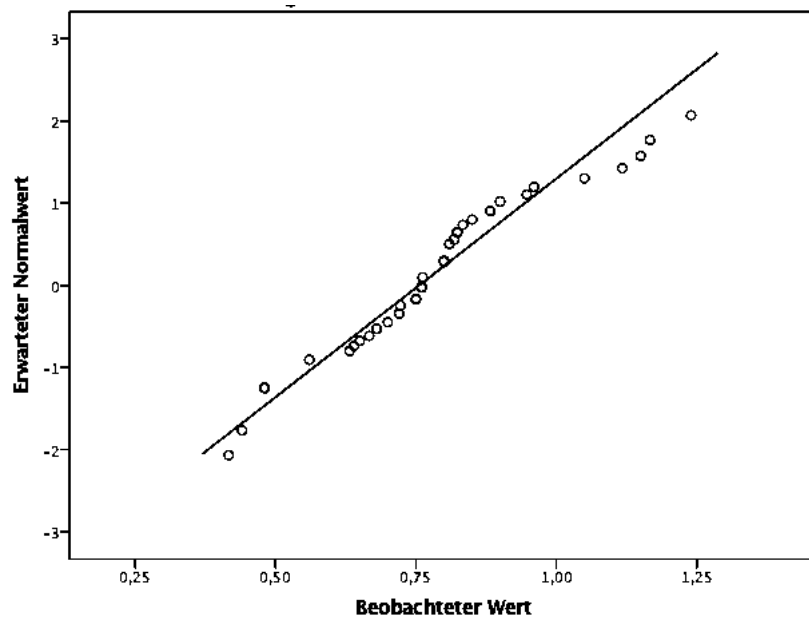


Abbildung G9. Q-Q-Diagramm zu Überprüfung der Normalverteilung EG, Ängstlichkeit (L)

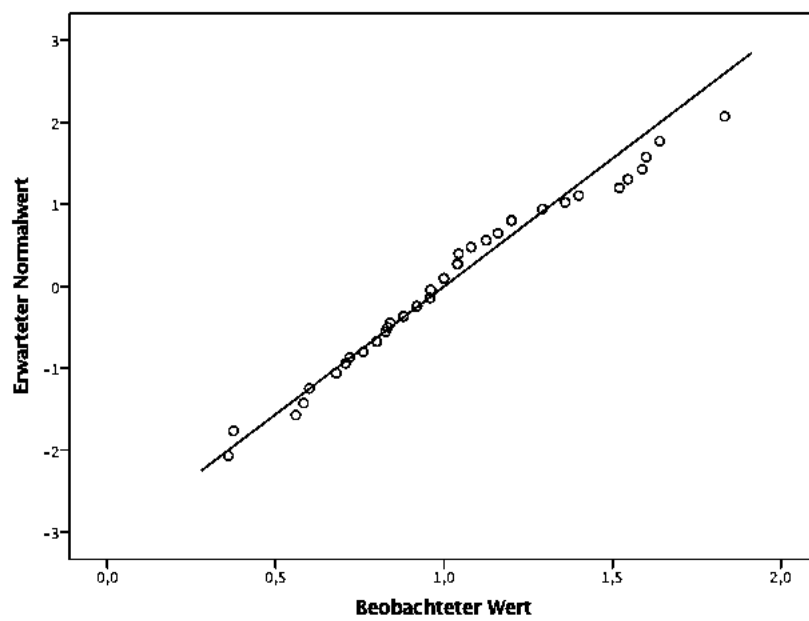


Abbildung G10. Q-Q-Diagramm zu Überprüfung der Normalverteilung EG, Ängstlichkeit (B)

Tabelle G11

Überprüfung der Normalverteilung der WKG mit Shapiro-Wilk-Test

	Statistik	df	<i>p</i>
t0 Bereich 1	.718	29	.000
t0 Bereich 2	.696	22	.000
t0 Bereich 5	.877	29	.003
t0 Ängstlichkeit (L)	.928	24	.087
t0 Ängstlichkeit (B)	.873	26	.004

Tabelle G12

Überprüfung der Normalverteilung der EG mit Shapiro-Wilk-Test

	Statistik	df	<i>p</i>
t0 Bereich 1	.796	28	.000
t0 Bereich 2	.658	29	.000
t0 Bereich 5	.941	28	.120
t0 Ängstlichkeit (L)	.967	33	.390
t0 Ängstlichkeit (B)	.982	20	.958

Anhang H

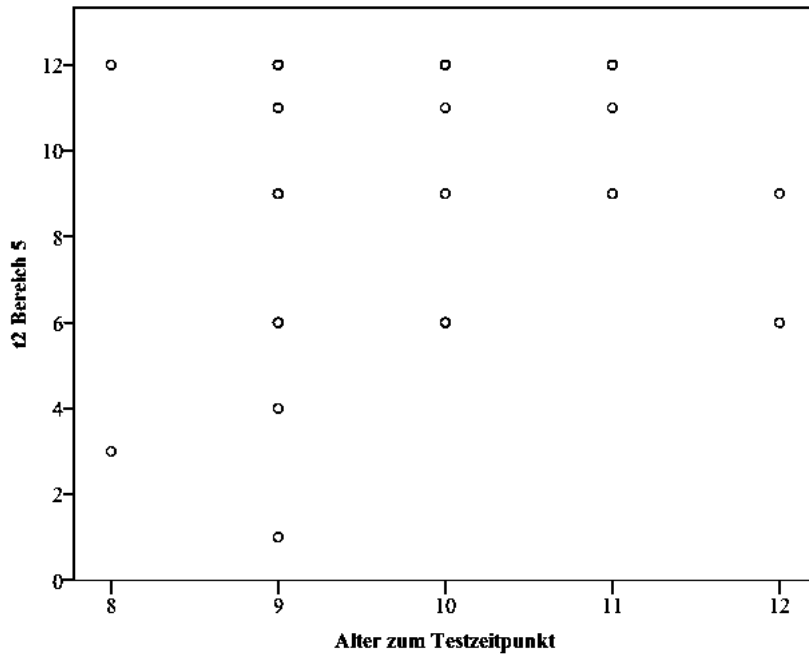


Abbildung H1. Streudiagramm Wissen in Bereich 5 zu MZP t2 und Alter zum Testzeitpunkt

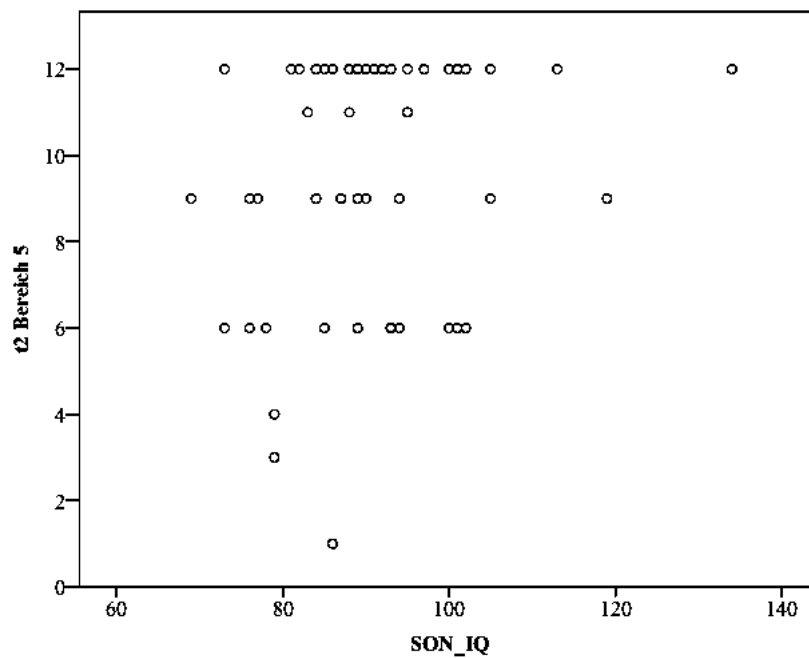


Abbildung H2. Streudiagramm Wissen in Bereich 5 zu MZP t2 und IQ-Wert

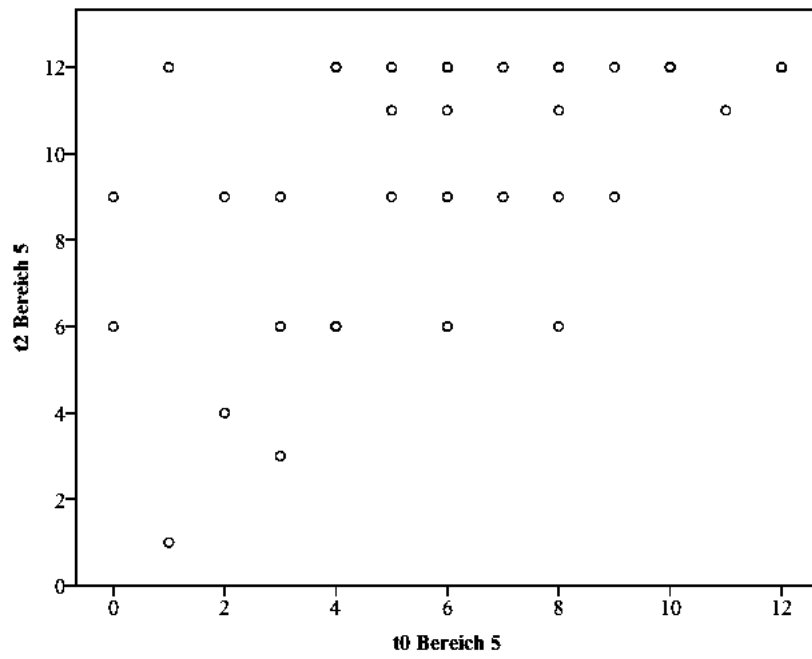


Abbildung H3. Streudiagramm Wissen in Bereich 5 zu MZP t2 und Wissen zu MZP t0

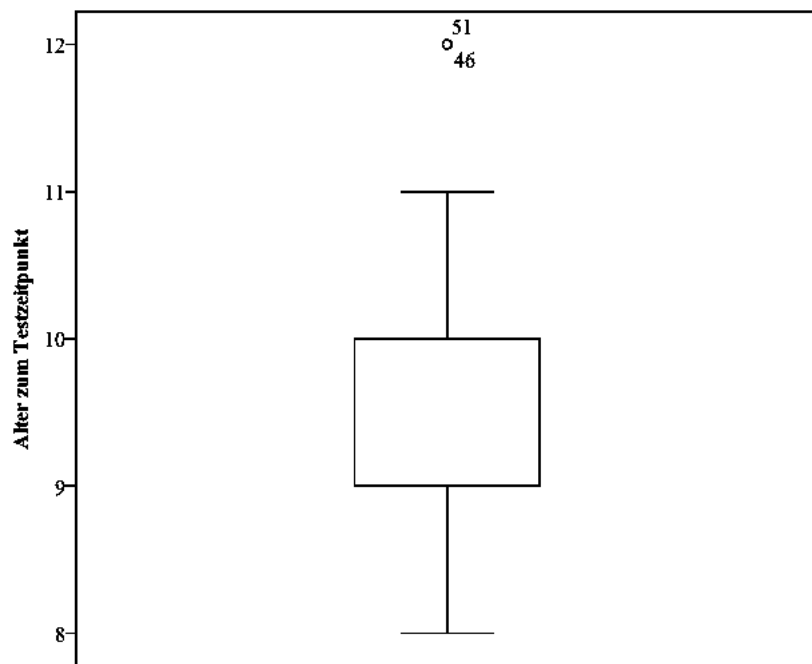


Abbildung H4. Boxplot Alter zum Testzeitpunkt

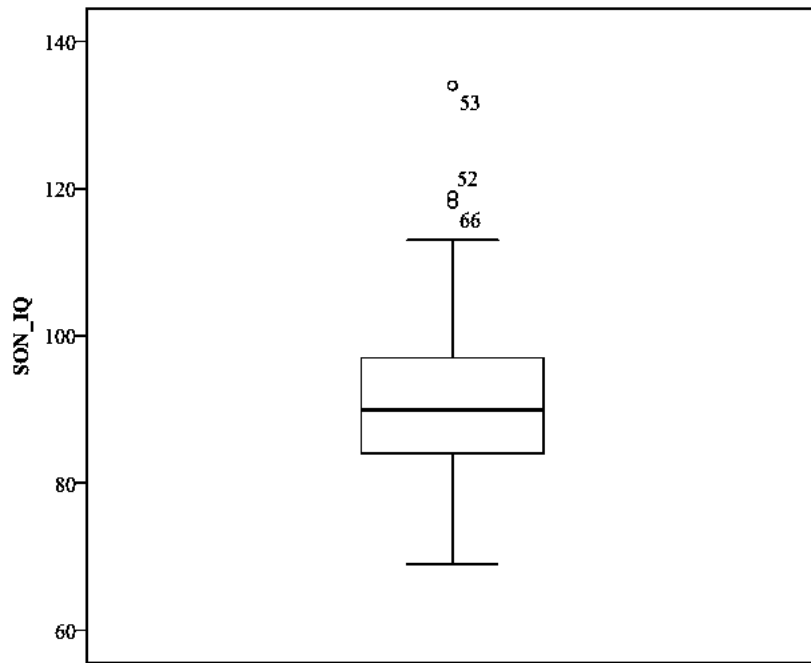


Abbildung H5. Boxplot IQ-Werte

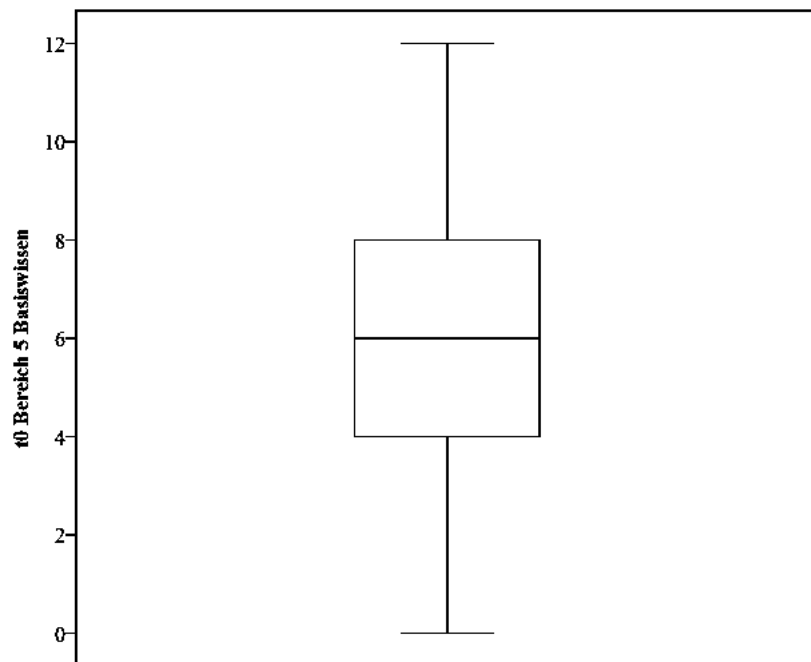


Abbildung H6. Boxplot Wissen zu MZP t0

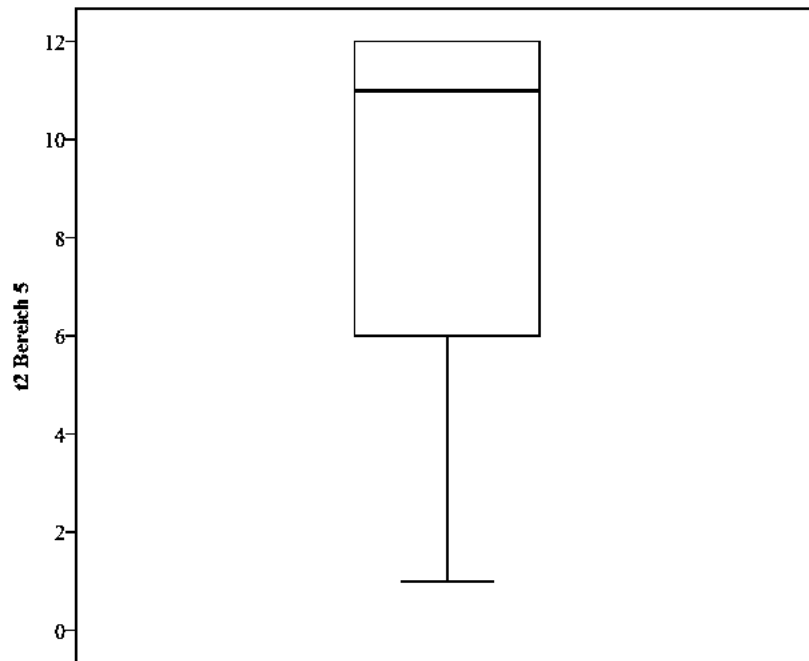


Abbildung H7. Boxplot Wissen zu MZP t2

Tabelle H8

Tabelle Korrelationen möglicher Einflussfaktoren

		Alter zum Testzeitpunkt	IQ-Werte	Bereich 5 Basiswissen
Alter zum Testzeitpunkt	Korrelation nach Pearson	1	-.077	-.042
	Signifikanz (2-seitig)		.567	.744
	N	63	58	63
IQ-Werte	Korrelation nach Pearson	-.077	1	.160
	Signifikanz (2-seitig)	.567		.229
	N	58	58	58
Bereich 5 Basiswissen	Korrelation nach Pearson	-.042	.160	1
	Signifikanz (2-seitig)	.744	.229	
	N	63	58	63

Tabelle H9

Lineares Regressionsmodell Bereich 5. Aufgenommen/Entfernte Variablen^a

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	SON_IQ, Bereich 5 Basiswissen, Kommunikative Kompetenz (B), Kommunikative Kompetenz (L), Funktionsniveau (L) ^b		Einschluss
2		Kommunikative Einschätzung (B)	Rückwärts (Kriterium: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluss $\geq ,100$).
3		Kommunikative Kompetenz (L)	Rückwärts (Kriterium: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluss $\geq ,100$).
4		Funktionsniveau (L)	Rückwärts (Kriterium: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluss $\geq ,100$).

Anmerkungen.

a. Abhängige Variable: t2 Bereich 5

b. Toleranz = .000 erreichte Grenzwert.

Tabelle H10

Lineares Regressionsmodell Bereich 5. Modellzusammenfassung^e

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	.643 ^a	.413	.336	2.459	
2	.643 ^b	.413	.353	2.428	
3	.641 ^c	.411	.367	2.401	
4	.637 ^d	.405	.376	2.383	1.986

Anmerkungen.

a. Einflussvariablen: (Konstante), SON_IQ, Bereich 5 Basiswissen, Kommunikative Kompetenz (B), Kommunikative Kompetenz (L), Funktionsniveau

b. Einflussvariablen: (Konstante), SON_IQ, Bereich 5 Basiswissen, Kommunikative Kompetenz (L), Funktionsniveau

c. Einflussvariablen: (Konstante), SON_IQ, Bereich 5 Basiswissen, Funktionsniveau

d. Einflussvariablen: (Konstante), SON_IQ, Bereich 5 Basiswissen

e. Abhängige Variable: t2 Bereich 5.

Tabelle H11

Lineares Regressionsmodell Bereich 5. Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	95,0% Konfidenzintervalle für B		Kollinearitätsstatistik		
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Untergrenze	Obergrenze	Toleranz	VIF	
	(Konstante)	1.667	4.513							
	Bereich 5 Basiswissen	.537	.115	.582	4.654	.000	.304	.771	.988	1.013
1	KKI (L)	-.051	.151	-.043	-.336	.739	-.356	.255	.936	1.069
	KKI (B)	-.016	.134	-.016	-.117	.908	-.286	.255	.864	1.157
	Funktionsniveau (L)	-.090	.135	-.090	-.666	.509	-.363	.183	.840	1.190
	SON_IQ	.064	.032	.259	2.037	.049	.000	.128	.954	1.048
	(Konstante)	1.385	3.765		.368	.715	-6.231	9.002		
	Bereich 5 Basiswissen	.539	.113	.583	4.749	.000	.309	.768	.997	1.003
2	KKI (L)	-.052	.148	-.045	-.353	.726	-.352	.248	.945	1.058
	Funktionsniveau (L)	-.085	.126	-.085	-.673	.505	-.340	.170	.937	1.067
	SON_IQ SON_IQ	.065	.031	.261	2.084	.044	.002	.127	.963	1.039
	(Konstante)	.627	3.060		.205	.839	-5.557	6.811		
	Bereich 5 Basiswissen	.538	.112	.582	4.795	.000	.311	.765	.998	1.002
3	Funktionsniveau (L)	-.076	.122	-.077	-.624	.536	-.324	.171	.973	1.028
	SON_IQ SON_IQ	.063	.030	.256	2.081	.044	.002	.125	.974	1.026
4	(Konstante)	-.002	2.867		-.001	1.000	-5.792	5.789		

Bereich 5 Basiswissen	.535	.111	.579	4.808	.000	.310	.759	1.000	1.000
SON_IQ	.066	.030	.268	2.225	.032	.006	.127	1.000	1.000

a. Abhängige Variable: t2_WIST_B_C t2 Bereich 5

Tabelle H12

Lineares Regressionsmodell Bereich 5. Kollinearitätsdiagnose^a

Modell	Dimension	Eigenwert	Konditionsindex	Varianzanteile					
				(Konstante)	Bereich 5 Basiswissen	KKI (L)	KKI (B)	Funktionsniveau (L)	SON_IQ
1	1	5.523	1.000	.00	.01	.00	.00	.01	.00
	2	.263	4.582	.00	.02	.00	.01	.75	.00
	3	.163	5.817	.00	.93	.01	.01	.00	.00
	4	.027	14.189	.00	.02	.13	.72	.04	.11
	5	.018	17.415	.01	.00	.72	.00	.01	.36
	6	.005	32.757	.99	.03	.14	.26	.20	.52
2	1	4.579	1.000	.00	.01	.00		.01	.00
	2	.248	4.295	.00	.08	.00		.84	.00
	3	.148	5.563	.00	.90	.02		.03	.01
	4	.018	15.858	.01	.00	.73		.01	.37
	5	.007	26.488	.98	.02	.24		.11	.62
3	1	3.627	1.000	.00	.01			.02	.00

	2	.237	3.910	.00	.17		.82	.00
	3	.128	5.332	.02	.80		.10	.03
	4	.008	21.625	.98	.02		.07	.96
	1	2.858	1.000	.00	.02			.00
4	2	.134	4.616	.02	.96			.02
	3	.008	18.548	.98	.02			.98

Anmkerung. a. Abhängige Variable: t2_WIST_B_C t2 Bereich 5.

Tabelle H13

Lineares Regressionsmodell Bereich 5. Fallweise Diagnose^a

Fallnummer	Standardisierte Residuen	t2 Bereich 5	Nicht standardisierter vorhergesagter Wert	Nicht standardisierte Residuen
8	2.274	12	6.58	5.420
11	-2.202	1	6.25	-5.248

a. Abhängige Variable: t2_WIST_B_C t2 Bereich 5

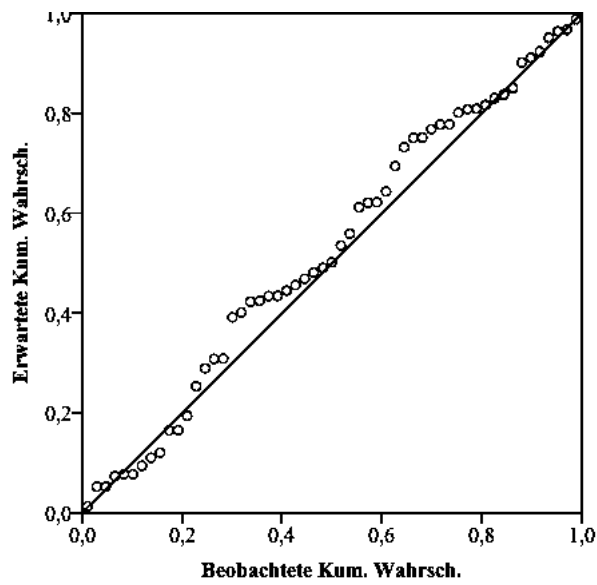


Abbildung H14. P-P-Diagramm, abhängige Variable: t2 Bereich 5

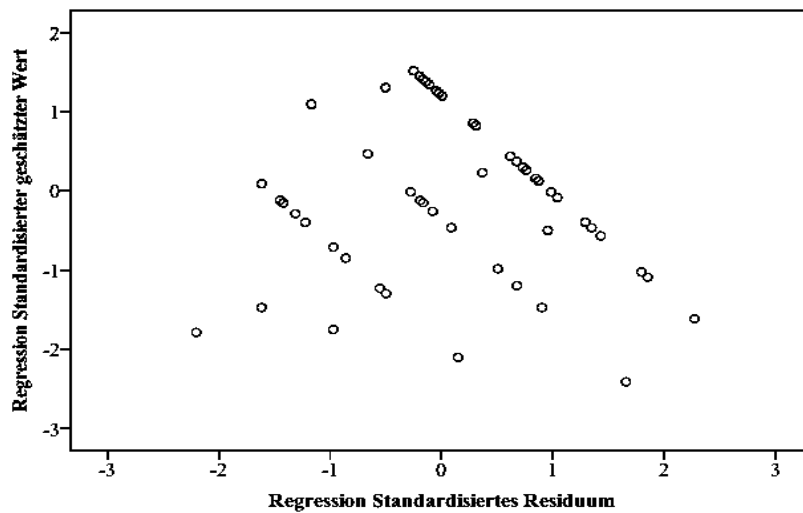


Abbildung H15. Streudiagramm, abhängige Variable: t2 Bereich 5

Anhang I

Tabelle I1

Durchführung der einzelnen Übungen, Baustein 1

	gar nicht		teilweise		ganz	
	H	%	H	%	H	%
B1_B01.1 Kennenlernspiel	0	0	0	0	11	100
B1_B02.1 SAMs Geschichte	0	0	0	0	11	100
B1_B03.1 STARK-Buch: Cover	0	0	0	0	11	100
B1_B04.1 Das kann ich gut	0	0	0	0	11	100
B1_B05.1 STARK-Lied	1	9,1	0	0	10	90,9
B1_B06.1 Option 1: Körper-Puzzle Gruppenübung	11	100	0	0	0	0
B1_B07.1 Option 2: Körper-Puzzle Einzelübung	0	0	0	0	11	100
B1_B08.1 Körper-Lied	1	9,1	0	0	10	90,9
B1_B09.1 Körper-Präsentation	0	0	0	0	11	100
B1_B10.1 Option 1: Angelspiel	0	0	0	0	0	0
B1_B11.1 Option 2: Memory	1	9,1	0	0	10	90,9
B1_B12.1 Option 3: Körperwürfel	0	0	0	0	0	0
B1_B13.1 Option 4: SAM zeigt	10	90,9	0	0	1	9,1
B1_B14.1 Körper-Lied	2	18,2	0	0	9	81,8
B1_B15.1 STARK-Buch: Körper	0	0	0	0	11	100
B1_B16.1 STARK-Lied	1	9,1	0	0	10	90,9

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle I2
Durchführung der einzelnen Übungen, Baustein 2

	gar nicht		teilweise		ganz	
	H	%	H	%	H	%
B2_B01.1 Körper-Lied	1	9,1	0	0	10	90,9
B2_B02.1 Option 1: Angelspiel	0	0	0	0	0	0
B2_B03.1 Option 2: Memory	10	90,9	0	0	1	9,1
B2_B04.1 Option 3: Körperwürfel	0	0	0	0	0	0
B2_B05.1 Option 4: SAM zeigt	1	9,1	0	0	10	90,9
B2_B06.1 SAM fröhlich	1	9,1	0	0	10	90,9
B2_B07.1 Fröhlich Erkennen	0	0	0	0	11	100
B2_B08.1 Beispiele fröhlich	1	9,1	1	9,1	9	81,8
B2_B09.1 Fröhlich Darstellen	0	0	0	0	11	100
B2_B10.1 Fröhlich Foto	1	9,1	1	9,1	9	81,8
B2_B11.1 Freudentanz	0	0	0	0	11	100
B2_B12.1 SAM traurig	1	9,1	0	0	10	90,9
B2_B13.1 Traurig Erkennen	0	0	0	0	11	100
B2_B14.1 Beispiele traurig	0	0	1	9,1	10	90,9
B2_B15.1 Traurig Darstellen	0	0	0	0	11	100
B2_B16.1 Traurig Foto	0	0	1	9,1	10	90,9
B2_B17.1 Bewegungsspiel	0	0	0	0	11	100
B2_B18.1 SAM wütend	0	0	1	9,1	10	90,9
B2_B19.1 Wütend Erkennen	0	0	0	0	11	100
B2_B20.1 Beispiele wütend	0	0	1	9,1	10	90,9
B2_B21.1 Wütend Darstellen	0	0	0	0	11	100
B2_B22.1 Wütend Foto	1	9,1	0	0	10	90,9
B2_B23.1 Wutrakete	0	0	0	0	11	100
B2_B24.1 SAM ängstlich	1	9,1	0	0	10	90,9

B2_B25.1	0	0	0	0	11	100
Ängstlich Erkennen						
B2_B26.1	0	0	1	9,1	10	90,9
Beispiele ängstlich						
B2_B27.1	0	0	0	0	11	100
Ängstlich Darstellen						
B2_B28.1	1	9,1	0	0	10	90,9
Ängstlich Foto						
B2_B29.1	11	100	0	0	0	0
Gefühle-Lied						
B2_B30.1	0	0	0	0	11	100
SAM komisch						
B2_B31.1	11	100	0	0	0	0
Gefühle-Lied						
B2_B32.1	0	0	0	0	11	100
STARK-Buch Gefühle						
B2_B34.1	1	9,1	0	0	10	90,9
STARK-Lied						

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle I3

Durchführung der einzelnen Übungen, Baustein 3

	gar nicht		teilweise		ganz	
	H	%	H	%	H	%
B3_B01.1 Gefühle-Würfel	3	27,3	0	0	8	72,7
B3_B02.1 Fotos besprechen (Baustein 2)	1	9,1	0	0	10	90,9
B3_B03.1 Berührungsreise	0	0	0	0	11	100
B3_B04.1 Verbotene Berührungen	0	0	0	0	11	100
B3_B05.1 Video: Verbotene Berührungen	0	0	0	0	11	100
B3_B06.1 STARK-Buch: Berührungen	0	0	0	0	11	100
B3_B07.1 Option 1: Zuordnen in der Gruppe	0	0	0	0	11	100
B3_B08.1 Option 2: Zuordnen am Platz	11	100	0	0	0	0
B3_B09.1 Nein-Sagen	0	0	0	0	11	100
B3_B10.1 Video: Nein	0	0	0	0	11	100
B3_B11.1 Nein-Lied	0	0	0	0	11	100
B3_B12.1 Nein-Beispiele	0	0	0	0	11	100
B3_B13.1 Nein-Lied	0	0	0	0	11	100
B3_B14.1 STARK-Buch: Nein	0	0	0	0	11	100
B3_B15.1 Optional: Burgspiel	4	36,4	0	0	7	63,6
B3_B16.1 STARK-Lied	0	0	0	0	11	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle I4
Durchführung der einzelnen Übungen, Baustein 4

	gar nicht		teilweise		ganz	
	H	%	H	%	H	%
B3_B01.1 Gefühle-Würfel	3	27,3	0	0	8	72,7
B3_B02.1 Fotos besprechen (Baustein 2)	1	9,1	0	0	10	90,9
B3_B03.1 Berührungsreise	0	0	0	0	11	100
B3_B04.1 Verbotene Berührungen	0	0	0	0	11	100
B3_B05.1 Video: Verbotene Berührungen	0	0	0	0	11	100
B3_B06.1 STARK-Buch: Berührungen	0	0	0	0	11	100
B3_B07.1 Option 1: Zuordnen in der Gruppe	0	0	0	0	11	100
B3_B08.1 Option 2: Zuordnen am Platz	11	100	0	0	0	0
B3_B09.1 Nein-Sagen	0	0	0	0	11	100
B3_B10.1 Video: Nein	0	0	0	0	11	100
B3_B11.1 Nein-Lied	0	0	0	0	11	100
B3_B12.1 Nein-Beispiele	0	0	0	0	11	100
B3_B13.1 Nein-Lied	0	0	0	0	11	100
B3_B14.1 STARK-Buch: Nein	0	0	0	0	11	100
B3_B15.1 Optional: Burgspiel	4	36,4	0	0	7	63,6
B3_B16.1 STARK-Lied	0	0	0	0	11	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle 15
Durchführung der einzelnen Übungen, Baustein 5

	gar nicht		teilweise		ganz	
	H	%	H	%	H	%
B5_B01.1 Geheimnis Wdh.	0	0	0	0	11	100
B5_B02.1 Fortsetzung Tom	0	0	0	0	11	100
B5_B03.1 STARK-Buch: Helferblume	0	0	0	0	11	100
B5_B04.1 Video: Hilfe	0	0	0	0	11	100
B5_B05.1 Hilfe-Lied	2	18,2	0	0	9	81,8
B5_B06.1 Video: Hilfe für Freunde	0	0	0	0	11	100
B5_B07.1 Rollenspiel	0	0	0	0	11	100
B5_B08.1 SAM fragt immer weiter	0	0	0	0	11	100
B5_B09.1 Video: Weiterfragen	0	0	0	0	11	100
B5_B10.1 Hilfe-Lied	3	27,3	0	0	8	72,7
B5_B11.1 STARK-Lied	1	9,1	0	0	10	90,9

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle I6
Durchführung der einzelnen Übungen, Baustein6

	gar nicht		teilweise		ganz	
	H	%	H	%	H	%
BS6_B01.1	11	100	0	0	0	0
Option 1: Angelspiel						
BS6_B02.1	11	100	0	0	0	0
Option 2: Memory						
BS6_B03.1	11	100	0	0	0	0
Option 3: Körperwürfel						
BS6_B04.1	0	0	0	0	11	100
Option 4: SAM zeigt						
BS6_B05.1	2	18,2	1	9,1	8	72,7
Körper-Lied						
BS6_B06.1	1	9,1	0	0	10	90,9
Fotos besprechen (Baustein 2)						
BS6_B07.1	11	100	0	0	0	0
Gefühle-Lied						
BS6_B08.1	0	0	0	0	11	100
SAM fragt I						
BS6_B09.1	2	18,2	0	0	9	81,8
Nein-Lied						
BS6_B10.1	0	0	0	0	11	100
SAM fragt II						
BS6_B11.1	11	100	0	0	0	0
Geheimnis-Lied						
BS6_B12.1	0	0	0	0	11	100
Rollenspiel						
BS6_B13.1	2	18,2	0	0	9	81,8
Hilfe-Lied						
BS6_B14.1	0	0	0	0	11	100
Video: Abschluss						
BS6_B15.1	1	9,1	0	0	10	90,9
STARK-Lied						

Anmerkung. H = Häufigkeit. % = Angabe in Prozent.

Tabelle 17
Erreichen der Lernziele 1

	Gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Modus	SD	Varianz
B1 _ C01 Baustein 1	11	0	3.3	4.00	4	.467	.218
B2 _ C 01 Baustein 2	11	0	3.45	4.00	4	.688	.473
B3 _ C 01 Baustein 3	11	0	3.64	4.00	4	.505	.255
B4 _ C 01 Baustein 4	11	0	3.55	4.00	4	.522	.273
B5 _ C 01 Baustein 5	11	0	3.09	3.00	3	.302	.091
B6 _ C 01 Baustein 6	11	0	3.64	4.00	4	.505	.255

Tabelle 18
Erreichen der Lernziele 2

	0% erreicht		ca. ¼ erreicht		ca. ½ erreicht		¾ erreicht		100% erreicht	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
B1 _ C 01 Baustein 1	0	0	0	0	0	0	3	27,3	8	72,7
B2 _ C 01 Baustein 2	0	0	0	0	1	9,1	4	36,4	6	54,5
B3 _ C 01 Baustein 3	0	0	0	0	0	0	4	36,4	7	63,6
B4 _ C 01 Baustein 4	0	0	0	0	0	0	5	45,5	6	54,5
B5 _ C 01 Baustein 5	0	0	0	0	0	0	10	90,9	1	9,1
B6 _ C 01 Baustein 6	0	0	0	0	0	0	4	36,4	7	63,6

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle I9
Zufriedenheit 1

	Gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Modus	SD	Varianz
B1_C02 Baustein 1	11	0	3.09	3.00	3	.302	.091
B2_C02 Baustein 2	11	0	3.00	3.00	3	<.001	<.001
B3_C02 Baustein 3	11	0	3.55	4.00	4	.522	.273
B4_C02 Baustein 4	11	0	3.00	3.00	3	<.001	<.001
B5_C02 Baustein 5	11	0	3.18	3.00	3	.405	.164
B6_C02 Baustein 6	11	0	3.45	3.00	3	.522	.273

Tabelle I10
Zufriedenheit 2

	sehr unzufrieden		unzufrieden		weder noch		zufrieden		sehr zufrieden	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
B1_C02 Baustein 1	0	0	0	0	0	0	10	90,9	1	9,1
B2_C02 Baustein 2	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B3_C02 Baustein 3	0	0	0	0	0	0	5	45,5	6	54,5
B4_C02 Baustein 4	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B5_C02 Baustein 5	0	0	0	0	0	0	4	36,4	7	63,6
B6_C02 Baustein 6	0	0	0	0	0	0	6	54,5	5	45,5

Anmerkung. L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen, H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle I11
Eignung der Übungen, Baustein 1

	sehr ungeeignet		ungeeignet		weder noch		geeignet		sehr geeignet		nicht ausgefüllt	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
B1_D01.1 Kennenlernspiel	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B1_D02.1 SAMs Geschichte	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B1_D03.1 STARK-Buch: Cover	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B1_D04.1 Das kann ich gut	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B1_D05.1 STARK-Lied	1	9,1	0	0	0	0	0	0	10	9,1	0	0
B1_D06.1 Option 1: Körper-Puzzle Gruppenübung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
B1_D07.1 Option 2: Körper-Puzzle Einzelübung	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B1_D08.1 Körper-Lied	1	9,1	0	0	0	0	0	0	10	9,1	0	0
B1_D09.1 Körper-Präsentation	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	9,1	0	0
B1_D10.1 Option 1: Angelspiel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B1_D11.1 Option 2: Memory	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	9,1	0	0
B1_D12.1 Option 3: Körperwürfel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
B1_B13.1 Option 4: SAM zeigt	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9,1	0	0

B1_D14.1 Körper-Lied	1	9,1	1	9,1	0	0	0	0	9	81,8	0	0
B1_D15.1 STARK-Buch: Körper	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B1_D16.1 STARK-Lied	1	9,1	0	0	0	0	0	0	10	90,9	0	0

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent

Tabelle I12
Eignung der Übungen, Baustein 2

	sehr ungeeignet		ungeeignet		weder noch		geeignet		sehr geeignet		nicht ausgefüllt	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
B2_D01.1 Körper-Lied	1	9,1	0	0	0	0	1	9,1	9	81,8	0	0
B2_D02.1 Option 1: Angenspiel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
B2_D03.1 Option 2: Memory	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
B2_D04.1 Option 3: Körperwürfel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
B2_D05.1 Option 4: SAM zeigt	0	0	0	0	0	0	2	18,2	8	72,7	1	9,1
B2_D06.1 SAM fröhlich	0	0	0	0	1	9,1	0	0	10	90,9	0	0
B2_D07.1 Fröhlich Erkennen	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
B2_D08.1 Beispiele fröhlich	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B2_D09.1 Fröhlich Darstellen	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B2_D10.1 Fröhlich Foto	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
B2_D11.1 Freudentanz	0	0	0	0	1	9,1	0	0	10	90,9	0	0
B2_D12.1 SAM traurig	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
B2_D13.1 Traurig Erkennen	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
B2_D14.1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0

Beispiele traurig

B2_D15.1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
Traurig Darstellen												
B2_D16.1	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
Traurig Foto												
B2_D17.1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
Bewegungsspiel												
B2_D18.1	0	0	0	0	1	9,1	0	0	10	90,9	0	0
SAM wütend												
B2_D19.1	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
Wütend Erkennen												
B2_D20.1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
Beispiele wütend												
B2_D21.1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
Wütend Darstellen												
B2_D22.1	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
Wütend Foto												
B2_D23.1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
Wutrakete												
B2_D24.1	0	0	0	0	1	9,1	0	0	10	90,9	0	0
SAM ängstlich												
B2_D25.1	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
Ängstlich Erkennen												
B2_D26.1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
Beispiele ängstlich												
B2_D27.1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
Ängstlich Darstellen												
B2_D28.1	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
Ängstlich Foto												
B2_D29.1	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gefühle-Lied												
B2_D30.1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0

SAM komisch

B2_D31.1 Gefühle-Lied	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B2_D32.1 STARK-Buch Gefühle	0	0	0	0	1	9,1	0	0	10	90,9	0	0
B2_D34.1 STARK-Lied	1	9,1	0	0	0	0	0	0	10	90,9	0	0
<i>Anmerkung.</i>	H = Häufigkeit,				% = Angabe				in		Prozent.	

Tabelle I13
Eignung der Übungen, Baustein 3

	sehr ungeeignet		ungeeignet		weder noch		geeignet		sehr geeignet		nicht ausgefüllt	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
B3_D01.1 Gefühle-Würfel	1	9,1	0	0	1	9,1	0	0	9	81,8	0	0
B3_D02.1 Fotos besprechen (Baustein 2)	0	0	0	0	0	0	0	0	9	81,8	2	18,2
B3_D03.1 Berührungsreise	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B3_D04.1 Verbotene Berührungen	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B3_D05.1 Video: Verbotene Berührungen	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B3_D06.1 STARK-Buch: Berührungen	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B3_D07.1 Option 1: Zuordnen in der Gruppe	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B3_D08.1 Option 2: Zuordnen am Platz	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B3_D09.1 Nein-Sagen	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B3_D10.1 Video: Nein	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B3_D11.1 Nein-Lied	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B3_D12.1 Nein-Beispiele	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B3_D13.1 Nein-Lied	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0

B3_D14.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
STARK-Buch: Nein													
B3_D15.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	63,6	4	36,4
Optional: Burgspiel													
B3_D16.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
STARK-Lied													

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle I14
Eignung der Übungen, Baustein 4

	sehr ungeeignet		ungeeignet		weder noch		geeignet		sehr geeignet		nicht ausgefüllt	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
B4_D01.1 Option 1: SAM zeigt	0	0	0	0	0	0	5	45,5	4	36,4	2	18,2
B4_D02.1 Option 2: Angelspiel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
B4_D03.1 Option 3: Körperwürfel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
B4_D04.1 Option 4: Memory	0	0	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8
B4_D05.1 Körper-Lied	1	9,1	0	0	0	0	1	9,1	8	72,7	1	9,1
B4_D06.1 Gefühle-Würfel	0	0	0	0	1	9,1	0	0	10	90,9	0	0
B4_D07.1 Gefühle-Lied	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B4_D08.1 Verbotene Berührungen	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
B4_D09.1 Beispiele Ampel	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
B4_D10.1 Video: Verbotene Berührungen	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B4_D11.1 Ampel	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B4_D12.1 Nein-Lied	1	9,1	0	0	0	0	0	0	10	90,9	0	0
B4_D13.1 Gute Geheimnisse Einführung	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0

B4_D14.1													
Schlechte Geheimnisse Einführung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B4_D15.1													
Geheimnisse auf der Ampel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B4_D16.1													
Video: Angst Machen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B4_D17.1													
Weitersagen/Pssst Zuordnen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B4_D18.1													
Geheimnis-Lied	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B4_D19.1													
Video: Weitersagen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B4_D20.1													
Weitersagen/Pssst Spiel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B4_D21.1													
Option 1: STARK-Buch Weitersagen ohne Ampel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B4_D22.1													
Option 2: STARK-Buch Weitersagen mit Ampel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
B4_D23.1													
Geheimnis-Lied	11	100											
B4_D24.1													
Geschenke	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B4_D25.1													
Video: Geschenke	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B4_D26.1													
STARK-Lied	1	9,1	0	0	0	0	0	0	0	10	90,9	0	0

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle I15
Eignung der Übungen, Baustein 5

	sehr ungeeignet		ungeeignet		weder noch		geeignet		sehr geeignet		nicht ausgefüllt	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
B5_D01.1 Geheimnis Wdh.	0		0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B5_D02.1 Fortsetzung Tom	0		0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B5_D03.1 STARK-Buch: Helferblume	0		0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B5_D04.1 Video: Hilfe	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B5_D05.1 Hilfe-Lied	2	18,2	0	0	0	0	2	18,2	6	54,5	1	9,1
B5_D06.1 Hilfe für Freunde	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
B5_D07.1 Rollenspiel	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B5_D08.1 SAM fragt immer weiter	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B5_D09.1 Video: Weiterfragen	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
B5_D10.1 Hilfe-Lied	2	18,2	0	0	0	0	2	18,2	6	54,5	1	9,1
B5_D11.1 STARK-Lied	0	0	0	0	0	0	0	0	10	90,9	1	9,1

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle I16

Eignung der Übungen, Baustein 6

	sehr ungeeignet		ungeeignet		weder noch		geeignet		sehr geeignet		nicht ausgefüllt	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
BS6_D01.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
Option 1: Angelspiel												
BS6_D02.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
Option 2: Memory												
BS6_D03.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
Option 3: Körperwürfel												
BS6_D04.1	0	0	0	0	1	9,1	7	63,6	2	18,2	1	9,1
Option 4: SAM zeigt												
BS6_D05.1	2	18,2	0	0	0	0	4	36,4	4	36,4	1	9,1
Körper-Lied												
BS6_D06.1	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
Fotos besprechen (Baustein 2)												
BS6_D07.1	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gefühle-Lied												
BS6_D08.1	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8	0	0
SAM fragt I												
BS6_D09.1	1	9,1	0	0	0	0	0	0	9	81,8	0	0
Nein-Lied												
BS6_D10.1	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8	0	0
SAM fragt II												
BS6_D11.1	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Geheimnis-Lied												
BS6_D12.1	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
Rollenspiel												
BS6_D13.1	2	18,2	0	0	0	0	0	0	8	72,7	1	9,1
Hilfe-Lied												
BS6_D14.1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
Video: Abschluss												

BS6_D15.1 STARK-Lied	1	9,1	0	0	0	0	0	0	0	9	81,8	1	9,1
-------------------------	---	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	------	---	-----

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle I17

Allgemeine Bewertung des Trainings 1

	Gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Modus	SD	Varianz
AllBew1							
Gute Vermittlung der Bausteine	11	0	4.18	4.00	4	.405	.164
AllBew2							
Transparenz der Lernziele	11	0	4.18	4.00	4	.405	.164
AllBew3							
Lernzeile erreicht	11	0	4.27	4.00	4	.467	.218
AllBew4							
Raum für Fragen vorhanden	11	0	4.82	5.00	5	.405	.164
AllBew5							
Viele Fragen durch Kinder	11	0	4.55	5.00	5	.688	.473
AllBew6							
Guter Einsatz von Beispielen	11	0	4.27	4.00	4	.467	.218
AllBew7							
Guter Einsatz von Medien	11	0	4.64	5.00	5	.505	.255
AllBew8							
Guter Einsatz von Materialien	11	0	4.27	4.00	4	.467	.218
AllBew9							
Förderung der aktiven Mitarbeit erfolgreich	11	0	4.18	4.00	4	.405	.164
AllBew10							
Motivation der Kinder vorhanden	11	0	4.27	4.00	4	.467	.218
AllBew11							
Aktive Mitarbeit der Kinder vorhanden	11	0	4.36	4.00	4	.505	.255
AllBew12							
eigenes Interesse am Lernzuwachs der Kinder vorhanden	11	0	4.91	5.00	5	.302	.091
AllBew13							
Lernzuwachs der Kinder vorhanden	11	0	4.09	4.00	4	.302	.091
AllBew14							
Interesse der Kinder vorhanden	11	0	4.09	4.00	4	.302	.091
AllBew15							
gutes Tempo des Trainings	11	0	4.27	4.00	4	.467	.218
AllBew16							
gute Arbeitsatmosphäre	11	0	4.64	5.00	5	.505	.255
AllBew17							
Zufriedenheit mit eigenem	11	0	4.27	4.00	4	.467	.218

nem Engagement

AllBew18 zeitliche Struktur des Trainings	11	0	4.64	5.00	5	.505	.255
AllBew19 Gute Organisation des Trainings	11	0	4.64	5.00	5	.505	.255
AllBew20 Durchführung insgesamt zufrieden	11	0	4.82	5.00	5	.405	.164

Tabelle I18
Allgemeine Bewertung des Trainings 2

	nicht zugestimmt		eher zugestimmt		weder noch zugestimmt		eher zugestimmt		voll zugestimmt	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
AllBew1 Gute Vermittlung der Bausteine	0	0	0	0	0	0	9	8,8	2	18,2
AllBew2 Transparenz der Lernziele	0	0	0	0	0	0	9	8,8	2	18,2
AllBew3 Lernzeile erreicht	0	0	0	0	0	0	8	72,7	3	27,3
AllBew4 Raum für Fragen vorhanden	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8
AllBew5 Viele Fragen durch Kinder	0	0	0	0	1	9,1	3	27,3	7	63,6
AllBew6 Guter Einsatz von Beispielen	0	0	0	0	0	0	8	72,7	3	27,3
AllBew7 Guter Einsatz von Medien	0	0	0	0	0	0	4	36,4	7	63,6
AllBew8 Guter Einsatz von Materialien	0	0	0	0	0	0	8	72,7	3	27,3
AllBew9 Förderung der aktiven Mitarbeit erfolgreich	0	0	0	0	0	0	9	81,8	2	18,2
AllBew10 Motivation der Kinder vorhanden	0	0	0	0	0	0	8	72,7	3	27,3
AllBew11 Aktive Mitarbeit der	0	0	0	0	0	0	7	63,6	4	36,4

Kinder vorhanden

AllBew12

eigenes Interesse am Lernzuwachs der Kinder vorhan- den	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9
--	---	---	---	---	---	---	---	-----	----	------

AllBew13

Lernzuwachs der Kinder vorhanden	0	0	0	0	0	0	10	90,9	1	9,1
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	----	------	---	-----

AllBew14

Interesse der Kin- der vorhanden	0	0	0	0	0	0	10	90,9	1	9,1
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	----	------	---	-----

AllBew15

gutes Tempo des Trainings	0	0	0	0	0	0	8	72,7	3	27,3
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------	---	------

AllBew16

gute Arbeitsat- mosphäre	0	0	0	0	0	0	4	36,4	7	63,6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------	---	------

AllBew17

Zufriedenheit mit eigenem Engage- ment	0	0	0	0	0	0	8	72,7	3	27,3
--	---	---	---	---	---	---	---	------	---	------

AllBew18

zeitliche Struktur des Trainings	0	0	0	0	0	0	4	36,4	7	63,6
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------	---	------

AllBew19

Gute Organisation des Trainings	0	0	0	0	1	9,1	1	9,1	9	81,8
------------------------------------	---	---	---	---	---	-----	---	-----	---	------

AllBew20

Durchführung ins- gesamt zufrieden	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------	---	------

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Anhang J

Tabelle J1
Psychosoziales Funktionsniveau 2

	Gesamtgruppe				Experimentalgruppe				Wartekontrollgruppe			
	Lehrpersonen		Bezugspersonen		Lehrpersonen		Bezugspersonen		Lehrpersonen		Bezugspersonen	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
Herausragende. gute Funktionen in allen Bereichen	15	16,3	28	30,4	11	17,5	22	34,9	4	13,8	6	20,7
Mäßige Funktionen	19	20,7	17	18,5	12	19,0	8	12,7	7	24,1	9	31,0
Leichte Beeinträchtigung	13	14,1	5	5,4	11	17,5	4	6,3	2	6,9	1	3,4
Mäßige Beeinträchtigung	13	14,1	14	15,2	12	19,0	8	12,7	1	3,4	6	20,7
Ernsthafte Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	14	15,2	8	8,7	6	9,5	6	9,5	8	27,6	2	6,9
Ernsthafte und durchgängige Beeinträchtigung in den meisten Bereichen	5	5,4	2	2,2	3	4,8	2	3,2	2	6,9	1	3,4
Funktionsunfähig in den meisten Bereichen	4	4,3	3	3,3	4	6,3	2	3,2	0	0	0	0
Schwere und durchgängige Beeinträchtigung	3	3,3	0	0	3	4,8	0	0	0	0	0	0
Tiefe und durchgängige Beeinträchtigung	1	1,1	0	0	1	1,6	0	0	0	0	0	0
Fehlend	5	5,4	15	16,3	0	0	11	17,5	5	17,2	4	13,8
Gesamt	92	100	92	100	63	100	63	100	29	100	29	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle J2

Versorgung mit Hörhilfen, Experimentalgruppe

		Lehrpersonen						Bezugspersonen					
		Hörgeräte		CI		keine		Hörgeräte		CI		keine	
		H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
	keine	17	27.0	28	44.4	5	7.9	17	27.0	27	42.9	3	4.8
Gültig	einseitig	8	12.7	3	4.8	0	0	7	11.1	5	7.9	0	0
	beidseitig	29	46.0	17	27.0	0	0	23	36.5	15	23.8	0	0
Fehlend		9	14.3	15	23.8	58	92.1	16	25.4	16	25.4	60	95.2
Gesamt		63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle J3

Versorgung mit Hörhilfen, Wartekontrollgruppe

		Lehrpersonen						Bezugspersonen					
		Hörgeräte		CI		keine		Hörgeräte		CI		keine	
		H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
	keine	2	6.9	9	31.0	3	10.3	1	3.4	11	37.9	3	10.3
Gültig	einseitig	8	27.6	5	17.2	0	0	7	24.1	7	24.1	0	0
	beidseitig	7	24.1	3	10.3	0	0	11	37.9	2	6.9	0	0
Fehlend		12	41.4	12	41.4	26	89.7	10	34.5	9	31.0	26	89.7
Gesamt		29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100

Tabelle J4
Versorgung mit Hörhilfen, U-Test und t-Test (EG vs. WKG)

U-Test				t-Test			
Lehrpersonen		Bezugspersonen		Lehrpersonen		Bezugspersonen	
Hörgeräte	CI	Hörgeräte	CI	Hörgeräte	CI	Hörgeräte	CI
.010	.312	.005	.365	.730	.602	.046	.344

Tabelle J5
Kompetenz in bevorzugter Kommunikationsform

		Gesamtgruppe				Experimentalgruppe				Wartekontrollgruppe			
		L		B		L		B		L		B	
		H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
Gültig	nicht gut	1	1.1	0	0	1	1.6	0	0	0	0	0	0
	eher nicht gut	16	17.4	2	2.2	10	15.9	2	3.2	6	20.7	0	0
	eher gut	33	35.9	23	25.0	27	42.9	15	23.8	6	20.7	8	27.6
	gut	37	40.2	52	56.5	25	39.7	36	57.1	12	41.4	16	55.2
Fehlend		5	5.4	15	16.3	0	0	10	15.9	5	17.2	5	17.2
Gesamt		92	100	92	100	63	100	63	100	29	100	29	100

Anmerkung. L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen, H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle J6

Kompetenz in bevorzugter Kommunikationsform, U-Test und t-Test (EG vs. WKG)

U-Test		t-Test	
L	B	L	B
.736	.730	.818	.224

Anmerkung. L = Lehrpersonen, B = Bezugspersonen.

Anhang K

Tabelle K1

Bereich 1 Wissen der Gesamtgruppe (N = 92), Mädchen und Jungen zu MZP t0

		Gesamtgruppe		Mädchen		Jungen		<i>p</i>
		H	%	H	%	H	%	
t0_1_1a Wo ist das Mädchen	nein	0	0	0	0	0	0	<.999
	ja	92	100	42	100	50	100	
t0_1_1b Wo ist der Junge	nein	0	0	0	0	0	0	<.999
	ja	92	100	42	100	50	100	
t0_1_2a Brust Mädchen be- nennen	falsch	20	21,7	7	17,1	13	26,0	.309
	richtig	71	77,2	34	82,9	37	74,0	
	fehlend	1	1,1					
t0_1_2b Mund Mädchen be- nennen	falsch	1	1,1	1	2,4	0	0	.275
	richtig	91	98,9	41	97,6	0	0	
t0_1_2c Scheide benennen	falsch	29	31,5	13	32,5	16	32,0	.960
	richtig	61	66,3	27	67,5	34	68,0	
	fehlend	2	2,2					
t0_1_2e Po Mädchen benen- nen	falsch	4	4,3	3	7,1	1	2,0	.231
	richtig	88	95,7	39	92,9	49	98,0	
t0_1_2f Hand Mädchen be- nennen	falsch	1	1,1	0	0	1	2,0	.365
	richtig	90	97,8	41	100	49	98	
	fehlend	1	1,1					
t0_1_3a Brust Jungen be- nennen	falsch	20	21,7	9	22,5	11	22	.955
	richtig	70	76,1	31	77,5	39	78,0	
	fehlend	2	2,2					
t0_1_3b Mund Jungen be- nennen	falsch	1	1,1	0	0	1	2,0	3.59
	richtig	91	98,9	42	100	24	98,0	
t0_1_3c Penis Jungen be- nennen	falsch	15	16,3	10	26,3	5	10,0	.045
	richtig	73	79,3	28	73,7	45	90,0	
	fehlend	4	4,3					

t0_1_3d Po Jungen benennen	falsch	4	4,3	3	7,1	1	2,0	
	richtig	88	95,7	39	92,9	49	98,0	
t0_1_3e Hand Jungen benennen	falsch	0	0	0	0	0	0	.231
	richtig	92	100	42	100	50	100	
t0_1_4a Mund Jungen erkennen	falsch	0	0	0	0	0	0	<.999
	richtig	91	98,9	41	100	50	100	
	fehlend	1	1,1					
t0_1_4b Mund Mädchen erkennen	falsch	0	0	0	0	0	0	<.999
	richtig	91	98,9	42	100	49	100	
	fehlend	1	1,1					
t0_1_4c Penis erkennen	falsch	5	5,4	1	2,4	4	8,0	.239
	richtig	87	94,6					
t0_1_4d Hand Jungen erkennen	falsch	0	0	0	0	0	0	<.999
	richtig	90	97,8	41	100	49	100	
	fehlend	2	2,2					
t0_1_4e Hand Mädchen erkennen	falsch	1	1,1	0	0	1	2,0	.360
	richtig	89	96,7	41	100	48	100	
	fehlend	2	2,2					
t0_1_4f Scheide erkennen	falsch	5	5,4	3	7,3	2	4,0	.492
	richtig	86	93,5	38	92,7	48	96,0	
	fehlend	1	1,1					
t0_1_4g Brust Junge erkennen	falsch	1	1,1	0	0	1	2,0	.359
	richtig	91	98,9	42	100	49	98,0	
t0_1_4h Brust Mädchen erkennen	falsch	1	1,1	0	0	1	2,0	.359
	richtig	91	98,9	42	100	49	98,0	
t0_1_4i Po Junge erkennen	falsch	1	1,1	1	2,4	0	0	.275
	richtig	91	98,9	41	97,6	50	100	
t0_1_4j Po Mädchen erkennen	falsch	1	1,1	1	2,4	0	0	.275
	richtig	91	98,9	41	97,6	50	100	

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle K2

Bereich 2 Wissen der Gesamtgruppe (N = 92), Mädchen und Jungen zu MZP t0

		Gesamtgruppe		Mädchen		Jungen		<i>p</i>
		H	%	H	%	H	%	
t0_4_2a Freude benennen	falsch	25	27,2	11	30,6	14	29,2	.891
	richtig	59	64,1	25	69,4	34	70,8	
	fehlend	8	8,7					
t0_4_2b Trauer benennen	falsch	13	14,1	3	8,1	10	20,8	.108
	richtig	72	78,3	34	91,9	38	79,2	
	fehlend	7	7,6					
t0_4_2c Wut benennen	falsch	8	8,7	3	8,1	5	10,4	.719
	richtig	77	83,7	34	91,9	43	89,6	
	fehlend	7	7,6					
t0_4_2d Angst benennen	falsch	35	38,0	14	38,9	21	44,7	.599
	richtig	48	52,2	22	61,1	26	55,3	
	fehlend	9	9,8					
t0_4_2e komisches Gefühl benennen	falsch	75	81,5	31	86,1	44	91,7	.418
	richtig	9	9,8	5	13,9	4	8,3	
	fehlend	8	8,7					
t0_4_3a Freude erkennen	falsch	1	1,1	1	2,7	0	0	.260
	richtig	83	90,2	36	97,3	47	100	
	fehlend	8	8,7					
t0_4_3b Angst erkennen	falsch	25	27,2	11	29,7	14	29,2	.955
	richtig	60	65,2	26	70,3	34	70,8	
	fehlend	7	7,6					
t0_4_3c Wut erkennen	falsch	6	6,5	3	8,1	3	6,4	.762
	richtig	78	84,8	34	91,9	44	93,6	
	fehlend	8	8,7					
t0_4_3d Trauer erkennen	falsch	6	6,5	4	10,8	2	4,4	.274
	richtig	76	82,6	33	89,2	43	95,6	
	fehlend	10	10,9					
t0_4_3e komisches Gefühl erkennen	falsch	20	21,7	11	29,7	9	19,1	.261
	richtig	64	69,6	26	70,3	38	80,9	
	fehlend	8	8,7					

Tabelle K3

Bereich 3 Wissen der Gesamtgruppe (N = 92), Mädchen und Jungen zu MZP t0

		Gesamtgruppe		Mädchen		Jungen		<i>p</i>
		H	%	H	%	H	%	
t0_5_1 Anzahl Körperstellen	0	4	4,3					.151
	1	6	6,5					
	2	24	26,1					
	3	51	55,4					
	fehlend	7	7,6					
t0_5_2a Arzt anfassen	ja/weiß nicht	58	63,0	16	43,2	18	37,5	.594
	nein	27	29,3	21	56,8	30	62,5	
	fehlend	7	7,6					
t0_5_2b fremde Person anfassen	ja/weiß nicht	1	1,1	0	0	3	6,3	.124
	nein	84	91,3	37	100	45	93,8	
	fehlend	7	7,6					
t0_5_2c Schwimmlehrerin anfassen	ja/weiß nicht	12	13,0	6	16,2	6	12,5	.628
	nein	73	79,3	31	83,8	42	87,5	
	fehlend	7	7,6					

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle K4

Bereich 4 Wissen der Gesamtgruppe (N = 92), Mädchen und Jungen zu MZP t0

		Gesamtgruppe		Mädchen		Jungen		<i>p</i>
		H	%	H	%	H	%	
t0_6_1 Verhalten bei gutem Ge- heimnis	weilersagen	17	20,0	5	13,5	12	25,0	.101
	nicht wei- tersagen mit der Kat- ze spielen	64	75,3	29	78,4	35	72,9	
	fehlend	2	2,4	2	5,4	0	0	
		1	2,4					
t0_6_2 Verhalten bei schlechtem Geheimnis	weilersagen	30	35,5	13	35,1	17	35,4	.955
	Hilfe holen	19	22,4	9	24,3	10	20,8	
	nicht wei- tersagen mit der Kat- ze spielen	32	37,6	12	32,4	20	41,7	
	fehlend	2	2,4	2	5,4	0	0	
t0_6_3 Verhalten bei Bedrohung	weilersagen	10	11,8	6	16,2	4	8,3	.041
	Hilfe holen	57	67,1	27	73,0	30	62,5	
	nicht wei- tersagen mit der Kat- ze spielen	10	11,8	2	5,4	8	16,7	
	fehlend	5	5,9	0	0	5	10,4	
t0_6_4 Verhalten bei Angst	weilersagen	10	11,9	6	16,2	4	8,5	.435
	Hilfe holen	54	64,3	23	62,2	31	66,0	
	nicht wei- tersagen mit der Kat- ze spielen	4	4,8	1	2,7	3	6,4	
	fehlend	14	16,7	6	16,2	8	17,0	
	fehlend	2	2,4					

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent, P = Personen.

Tabelle K5

Bereich 5 Wissen der Gesamtgruppe zu MZP t0, WIST A, N = 92

		Gesamtgruppe		Mädchen		Jungen		p
		H	%	H	%	H	%	
t0_wist_1_a	Nein oder	20	21,7	7	16,7	13	26,5	.260
Angemessen	Weiß nicht	71	77,2	35	83,3	36	73,5	
Fallbeispiel 1	ja							
	Fehlend	1	1,1					
t0_wist_2_a	Nein oder	23	25,0	13	31,0	10	20,0	.229
Angemessen	Weiß nicht	69	75,0	29	69,0	40	80,0	
Fallbeispiel 2	ja							
t0_wist_6_a	Nein oder	32	34,8	14	33,3	18	37,5	.682
Angemessen	Weiß nicht	58	63,0	28	66,7	30	62,5	
Fallbeispiel 3	ja							
	Fehlend	2	2,2					
t0_wist_3_a	Ja oder Weiß	1	1,1	1	2,4	0	0	.275
Fallbeispiel 1	nicht							
Unangemessen	Nein	91	98,9	41	97,6	50	100	
t0_wist_4_a	Ja oder Weiß	5	5,4	1	2,4	4	8,0	.239
Fallbeispiel 2	nicht							
Unangemessen	Nein	87	94,6	41	97,6	46	92,0	
t0_wist_5_a	Ja oder Weiß	2	2,2	1	2,4	1	2,0	.901
Fallbeispiel 3	nicht							
Unangemessen	Nein	90	97,8	41	97,6	49	98,0	

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle K6

Bereich 5 Wissen der Gesamtgruppe (N = 92), Mädchen und Jungen zu MZP t0, WIST B

		Gesamtgruppe		Mädchen		Jungen		<i>p</i>
		H	%	H	%	H	%	
t0_wist_3_b								
Reaktion Fall- beispiel 1	weigert sich nicht	9	9,8	6	15,4	3	6,1	.623
Unangemessen	weigert sich zögerlich	10	10,9	3	7,7	7	14,3	
	lässt sich nicht auf Sit. ein	69	75	30	76,9	39	79,6	
	Fehlend	4	4,3					
t0_wist_4_b								
Reaktion Fallbeispiel 2	weigert sich nicht	14	15,2	8	20,0	6	12,0	.809
Unangemessen	weigert sich zögerlich	13	14,1	4	10,0	9	18,0	
	lässt sich nicht auf Sit. ein	63	68,5	28	70,0	35	70,0	
	Fehlend	2	2,2					
t0_wist_5_b								
Reaktion Fall- beispiel 3 Un- angemessen	weigert sich nicht	5	5,4	2	5,1	3	6,4	.086
	weigert sich zögerlich	11	12	2	5,1	9	19,1	
	lässt sich nicht auf Sit. ein	70	76,1	35	89,7	35	74,5	
	Fehlend	6	6,5					

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle K7

Bereich 5 Wissen der Gesamtgruppe zu MZP t0, WIST C, N = 92

		Gesamtgruppe		Mädchen		Jungen		<i>p</i>
		H	%	H	%	H	%	
t0_wist_3_c	keinem	53	57,6	22	52,4	31	62,0	.687
Weitersagen								
Fallbeispiel 1	1 Person	12	13,0	9	21,4	3	6,0	
Unangemessen	2 oder mehr	27	29,3	11	26,2	16	32,0	
t0_wist_4_c	keinem	62	67,4	27	64,3	35	70,0	.887
Weitersagen								
Fallbeispiel 2	1 Person	8	8,7	7	16,7	1	2,0	
Unangemessen	2 oder mehr	22	23,9	8	19,0	14	28,0	
t0_wist_5_c	keinem	58	63	25	59,5	33	67,3	.695
Weitersagen								
Fallbeispiel 3	1 Person	11	12	8	19,0	3	6,1	
Unangemessen	2 oder mehr	22	23,9	9	21,4	13	26,5	
	Fehlend	1	1,1					

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Anhang L

Tabelle L1

Besprochene Themen, MZP t0, Bezugspersonen, Gesamtgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	20	21,7	8	8,7	21	22,8	20	21,7	8	8,7	9	9,8	5	5,4	35	38,0
innerhalb der letzten 6 Monate	29	31,5	36	39,1	23	25,0	25	27,2	31	33,7	33	35,9	38	41,3	17	18,5
innerhalb der letzten 6-12 Monate	9	9,8	15	16,3	14	15,2	9	9,8	10	10,9	6	6,5	7	7,6	10	10,9
länger als 12 Monate	12	13,0	7	7,6	7	7,6	6	6,5	12	13,0	12	13,0	13	14,1	6	6,5
keine Angabe	22	23,9	26	28,3	27	29,3	32	34,8	31	33,7	32	34,8	29	31,5	24	26,1
Gesamt	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L2

Besprochene Themen, MZP t0, Bezugspersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	12	19,0	6	9,5	12	19,0	12	19,0	6	9,5	9	14,3	5	7,9	21	33,3
innerhalb der letzten 6 Monate	18	28,6	18	28,6	13	20,6	13	20,6	16	25,4	14	22,2	19	30,2	12	19,0
innerhalb der letzten 6-12 Monate	7	11,1	13	20,6	12	19,0	8	12,7	9	14,3	6	9,5	6	9,5	6	9,5
länger als 12 Monate	8	12,7	6	9,5	5	7,9	4	6,3	9	14,3	9	14,3	10	15,9	4	6,3
keine Angabe	18	28,6	20	31,7	21	33,3	26	41,3	23	36,5	25	39,7	23	36,5	20	31,7
Gesamt	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L3

Besprochene Themen, MZP t0, Bezugspersonen, Wartekontrollgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	8	27,6	2	6,9	9	31,0	8	27,6	2	6,9	0	0	0	0	14	48,3
innerhalb der letzten 6 Monate	11	37,9	18	62,1	10	34,5	12	41,4	15	51,7	19	65,5	19	65,5	5	17,2
innerhalb der letzten 6-12 Monate	2	6,9	2	6,9	2	6,9	1	3,4	1	3,4	0	0	1	3,4	4	13,8
länger als 12 Monate	4	13,8	1	3,4	2	6,9	2	6,9	3	10,3	3	10,3	3	10,3	2	6,9
keine Angabe	4	13,8	6	20,7	6	20,7	6	20,7	8	27,6	7	24,1	6	20,7	4	13,8
Gesamt	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L4

Intensität der Besprechung, MZP t0, Bezugspersonen, Gesamtgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	24	26,1	10	10,9	18	14,1	13	14,1	12	13	10	10,9	13	14,1	16	17,4
intensiv	18	19,6	39	42,4	21	21,7	20	21,7	26	28,3	25	27,2	25	27,2	15	16,3
sehr intensiv	5	5,4	5	5,4	6	6,5	6	6,5	14	15,2	13	14,1	19	20,7	4	4,3
keine Angabe	45	48,9	38	41,3	47	57,6	53	57,6	40	43,5	44	47,8	35	38,0	57	62,0
Gesamt	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L5

Intensität der Besprechung, MZP t0, Bezugspersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	16	25,4	7	11,1	13	20,6	9	14,3	10	15,9	5	7,9	8	12,7	9	14,3
intensiv	13	20,6	25	39,7	13	20,6	13	20,6	17	27,0	16	25,4	16	25,4	12	19,0
sehr intensiv	2	3,2	3	4,8	3	4,8	3	4,8	7	11,1	7	11,1	11	17,5	1	1,6
keine Angabe	32	50,8	28	44,4	34	54,0	38	60,3	29	46,0	35	55,6	28	44,4	41	65,1
Gesamt	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L6

Intensität der Besprechung, MZP t0, Bezugspersonen, Wartekontrollgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	8	27,6	3	10,3	5	17,2	4	13,8	2	6,9	5	17,2	5	17,2	7	24,1
intensiv	5	17,2	14	48,3	8	27,6	7	24,1	9	31,0	9	31,0	9	31,0	3	10,3
sehr intensiv	3	10,3	2	6,9	3	10,3	3	10,3	7	24,1	6	20,7	8	27,6	3	10,3
keine Angabe	13	44,8	10	34,5	13	44,8	15	51,7	11	37,9	9	31,0	7	24,1	16	55,2
Gesamt	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L7

Besprochene Themen, MZP t2, Bezugspersonen, Gesamtgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	17	18,5	11	12,0	17	18,5	16	12,0	11	12,0	10	10,9	13	14,1	28	30,4
besprochen	37	40,2	41	44,6	39	42,4	39	42,4	39	42,4	40	43,5	37	40,2	26	28,3
keine Angabe	38	41,3	40	43,5	36	39,1	42	45,7	42	45,7	42	45,7	42	45,7	38	41,3
Gesamt	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L8

Besprochene Themen, MZP t2, Bezugspersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	9	14,3	5	7,9	8	12,7	8	12,7	5	7,9	4	6,3	6	9,5	13	20,6
besprochen	23	36,5	27	42,9	26	41,3	23	36,5	25	39,7	25	39,7	23	36,5	18	28,6
keine Angabe	31	49,2	31	49,2	29	46,0	32	50,8	33	52,4	34	54,0	34	54,0	32	50,8
Gesamt	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L9

Besprochene Themen, MZP t2, Bezugspersonen, Wartekontrollgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	8	27,6	6	20,7	9	31,0	8	27,6	6	20,7	6	20,7	7	24,1	15	51,7
besprochen	14	48,3	14	48,3	13	44,8	15	51,7	14	48,3	15	51,7	14	48,3	8	27,6
keine Angabe	7	24,1	9	31,0	7	24,1	6	20,7	9	31,0	8	27,6	8	27,6	6	20,7
Gesamt	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L10

Intensität der Besprechung, MZP t2, Bezugspersonen, Gesamtgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	16	17,4	15	16,3	11	12,0	9	9,8	5	5,4	4	4,3	4	4,3	18	19,6
intensiv	15	16,3	19	20,7	20	21,7	21	22,8	24	26,1	24	26,1	23	25,0	7	7,6
sehr intensiv	5	5,4	8	8,7	6	6,5	6	6,5	12	13,0	13	14,1	12	13,0	3	3,3
keine Angabe	56	60,9	50	54,3	55	59,8	56	60,9	51	55,4	51	55,4	53	57,6	64	69,6
Gesamt	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L11

Intensität der Besprechung, MZP t2, Bezugspersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	8	12,7	8	12,7	6	9,5	6	12,7	1	1,6	2	3,2	4	6,3	13	20,6
intensiv	11	17,5	13	20,6	14	22,2	14	19,0	17	27,0	16	25,4	15	23,8	4	6,3
sehr intensiv	3	4,8	4	6,3	3	4,8	3	4,8	7	11,1	7	11,1	5	7,9	1	1,6
keine Angabe	41	65,1	38	60,3	40	63,5	40	63,5	38	60,3	38	60,3	39	61,9	45	71,4
Gesamt	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L12

Intensität der Besprechung, MZP t2, Bezugspersonen, Wartekontrollgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	8	27,6	7	24,1	5	17,2	1	3,4	4	13,8	2	6,9	0	0	5	17,2
intensiv	4	13,8	6	20,7	6	20,7	9	31,0	7	24,1	8	27,6	8	27,6	3	10,3
sehr intensiv	2	6,9	4	13,8	3	10,3	3	10,3	5	17,2	6	20,7	7	24,1	2	6,9
keine Angabe	15	51,7	12	41,4	15	51,7	16	55,2	13	44,8	13	44,8	14	48,3	19	65,5
Gesamt	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L13

Besprochene Themen, MZP t3, Bezugspersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	6	9,5	4	6,3	4	6,3	5	7,9	2	3,2	5	7,9	4	6,3	11	17,5
besprochen	13	20,6	15	23,8	15	23,8	11	17,5	16	25,4	15	23,8	15	23,8	8	12,7
keine Angabe	44	69,8	44	69,8	44	69,8	47	74,6	45	71,4	43	68,3	44	69,8	44	69,8
Gesamt	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L14

Intensität der Besprechung, MZP t3, Bezugspersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	8	12,7	5	7,9	8	12,7	5	7,9	3	4,8	4	6,3	5	7,9	7	11,1
intensiv	3	4,8	7	11,1	5	7,9	7	11,1	8	12,7	8	12,7	6	9,5	4	6,3
sehr intensiv	2	3,2	3	4,8	4	6,3	2	3,2	7	11,1	4	6,3	5	7,9	1	1,6
keine Angabe	50	79,4	48	76,2	46	73,0	49	77,8	45	71,4	47	74,6	47	74,6	51	81,0
Gesamt	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L15

Besprochene Themen, MZP t0, Lehrpersonen, Gesamtgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	2	18,2	0	0	4	36,4	5	45,5	3	27,3	6	54,5	5	45,5	3	27,3
innerhalb der letzten 6 Monate	2	18,2	4	36,4	1	9,1	1	9,1	3	27,3	0	0	0	0	2	18,2
innerhalb der letzten 6-12 Monate	0	0	3	27,3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9,1	1	9,1
länger als 12 Monate	3	27,3	0	0	2	18,2	1	9,1	1	9,1	1	9,1	1	9,1	1	9,1
keine Angabe	4	36,4	4	36,4	4	36,4	4	36,4	4	36,4	4	36,4	4	36,4	4	36,4
Gesamt	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100

Tabelle L16

Besprochene Themen, MZP t0, Lehrpersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	2	28,6	0	0	3	42,9	3	42,9	2	28,6	4	57,1	3	42,9	2	28,6
innerhalb der letzten 6 Monate	1	14,3	3	42,9	1	14,3	1	14,3	2	28,6	0	0	0	0	1	14,3
innerhalb der letzten 6-12 Monate	0	0	2	28,6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14,3	1	14,3
länger als 12 Monate	2	28,6	0	0	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3
keine Angabe	2	28,6	2	28,6	2	28,6	2	28,6	2	28,6	2	28,6	2	28,6	2	28,6
Gesamt	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L17

Besprochene Themen, MZP t0, Lehrpersonen, Wartekontrollgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	0	0	0	0	1	25,0	2	50,0	1	25,0	2	50,0	2	50,0	1	25,0
innerhalb der letzten 6 Monate	1	25,0	1	25,0	0	0	0	0	1	25,0	0	0	0	0	1	25,0
innerhalb der letzten 6-12 Monate	0	0	1	25,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
länger als 12 Monate	1	25,0	0	0	1	25,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
keine Angabe	2	50,0	2	50,0	2	50,0	2	50,0	2	50,0	2	50,0	2	50,0	2	50,0
Gesamt	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L18

Intensität, MZP t0, Lehrpersonen, Gesamtgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	0	0	0	0	0	0	1	9,1	2	18,2	1	9,1	1	9,1	1	9,1
intensiv	3	27,3	5	45,5	3	27,3	1	9,1	0	0	0	0	1	9,1	0	0
sehr intensiv	3	27,3	2	18,2	0	0	0	0	2	18,2	0	0	0	0	3	27,3
keine Angabe	5	45,5	4	36,4	8	72,7	0	0	7	63,6	10	90,9	9	81,8	7	63,6
Gesamt	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L19

Intensität, MZP t0, Lehrpersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	0	0	0	0	0	0	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3
intensiv	2	28,6	4	57,1	2	28,6	1	14,3	0	0	0	0	1	14,3	0	0
sehr intensiv	2	28,6	1	14,3	0	0	0	0	2	28,6	0	0	0	0	2	28,6
keine Angabe	3	42,9	2	28,6	5	71,4	5	71,4	4	57,1	6	85,7	5	71,4	4	57,1
Gesamt	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L20

Intensität, MZP t0, Lehrpersonen, Wartekontrollgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
intensiv	1	25,0	1	25,0	1	25,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sehr intensiv	1	25,0	1	25,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25,0
keine Angabe	2	50,0	2	50,0	3	75,0	4	100	3	75,0	4	100	4	100	3	75,0
Gesamt	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L21

Besprochene Themen, MZP t2, Lehrpersonen, Gesamtgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	2	18,2	1	9,1	2	18,2	2	18,2	1	9,1	2	18,2	2	18,2	3	27,3
besprochen	3	27,3	4	36,4	3	27,3	3	27,3	4	36,4	3	27,3	3	27,3	2	18,2
keine Angabe	6	54,5	6	54,5	6	54,5	6	54,5	6	54,5	6	54,5	6	54,5	6	54,5
Gesamt	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L22

Besprochene Themen, MZP t2, Lehrpersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	2	28,6	2	28,6
besprochen	3	42,9	3	42,9	3	42,9	3	42,9	3	42,9	3	42,9	2	28,6	2	28,6
keine Angabe	3	42,9	3	42,9	3	42,9	3	42,9	3	42,9	3	42,9	3	42,9	3	42,9
Gesamt	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L23

Besprochene Themen, MZP t2, Lehrpersonen, Wartekontrollgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	1	25,0	0	0	1	25,0	1	25,0	0	0	1	25,0	0	0	1	25,0
besprochen	0	0	1	25,0	0	0	0	0	1	25,0	0	0	1	25,0	0	0
keine Angabe	3	75,0	3	75,0	3	75,0	3	75,0	3	75,0	3	75,0	3	75,0	3	75,0
Gesamt	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L24

Intensität der Besprechung, MZP t2, Lehrpersonen, Gesamtgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	1	9,1	2	18,2	0	0	0	0	0	0	1	9,1	2	18,2	1	9,1
intensiv	0	0	2	18,2	2	18,2	3	27,3	4	36,4	2	18,2	1	9,1	1	9,1
sehr intensiv	2	18,2	0	0	1	9,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
keine Angabe	8	72,7	7	63,6	8	72,2	8	72,2	7	63,6	8	72,2	8	72,2	9	81,8
Gesamt	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L25

Intensität der Besprechung, MZP t2, Lehrpersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	1	14,3	1	14,3	0	0	0	0	0	0	1	14,3	1	14,3	1	14,3
intensiv	0	0	2	28,6	2	28,6	3	42,9	3	42,9	2	28,6	1	14,3	1	14,3
sehr intensiv	2	28,6	0	0	1	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
keine Angabe	4	57,1	4	57,1	4	57,1	4	57,1	4	57,1	4	57,1	5	71,4	5	71,4
Gesamt	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L26

Intensität der Besprechung, MZP t2, Lehrpersonen, Wartekontrollgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25,0	0	0
intensiv	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25,0	0	0	0	0	0	0
sehr intensiv	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
keine Angabe	4	100	4	100	4	100	4	100	3	75,0	4	100	3	75,0	4	100
Gesamt	4	100	4	100	4	100	4	100	4	10	4	100	4	10	4	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L27

Besprochene Themen, MZP t3, Lehrpersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahrensituationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
nicht besprochen	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3
besprochen	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3
keine Angabe	5	71,4	5	71,4	5	71,4	5	71,4	5	71,4	5	71,4	5	71,4	5	71,4
Gesamt	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Tabelle L28

Intensität t3 Lehrpersonen, Experimentalgruppe

	Körperteile		Gefühle		Berührungen		Geheimnisse		Nein-Sagen		Hilfe		Gefahren-situationen		Sexualität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
oberflächlich	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14,3	0	0
intensiv	1	14,3	1	14,3	2	28,6	2	28,6	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3
sehr intensiv	1	14,3	1	14,3	0	0	0	0	1	14,3	1	14,3	0	0	1	14,3
keine Angabe	5	71,4	5	71,4	5	71,4	5	71,4	5	71,4	5	71,4	5	71,4	5	71,4
Gesamt	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100

Anmerkung. H = Häufigkeit, % = Angabe in Prozent.

Anhang M

Tabelle M1
Itemanalyse Bereich 1, alle 22 Items (n = 85)

	Schwierig- keitsindex <i>P</i>	Korrigierte Item- Skala- Korrelation (Trennschärfe)	Cronbachs Al- pha
t0_1_1a Wo ist das Mädchen	1.00	0.000	.748
t0_1_1b Wo ist der Junge	1.00	0.000	
t0_1_2a Brust Mädchen benennen	0.78	.637	
t0_1_2b Mund Mädchen benennen	0.99	.417	
t0_1_2c Scheide benennen	0.68	.588	
t0_1_2e Po Mädchen benennen	0.96	.500	
t0_1_2f Hand Mädchen benennen	0.99	-.011	
t0_1_3a Brust Junge benennen	0.78	.573	
t0_1_3b Mund Junge benennen	0.99	.000	
t0_1_3c Penis benennen	0.83	.482	
t0_1_3d Po Junge benennen	0.96	.500	
t0_1_3e Hand Junge benennen	1.00	.000	
t0_1_4a Mund Junge erkennen	1.00	0.000	
t0_1_4b Mund Mädchen erkennen	1.00	.000	
t0_1_4c Penis erkennen	0.946	.364	
t0_1_4d Hand Junge erkennen	1.00	.000	
t0_1_4e Hand Mädchen erkennen	0.989	.231	
t0_1_4f Scheide erkennen	0.945	.500	
t0_1_4g Brust Junge erkennen	0.989	.110	
t0_1_4h Brust Mädchen erkennen	0.989	.110	
t0_1_4i Po Junge erkennen	0.989	.170	
t0_1_4j Po Mädchen erkennen	0.989	.170	

TabelleM2

Itemanalyse Bereich 2, alle 10 Items (n = 79)

	Schwierig- keitsindex <i>P</i>	Korrigierte Item-Skala- Korrelation (Trennschärfe)	Cronbachs Alpha
t0_4_2a fröhlich benennen	0.702	.190	.503
t0_4_2b traurig benennen	0.847	.223	
t0_4_2c wütend benennen	0.906	.190	
t0_4_2d ängstlich benennen	0.578	.140	
t0_4_2e komisches Gefühl benennen	0.107	.151	
t0_4_3a fröhlich erkennen	0.988	-.036	
t0_4_3b ängstlich erkennen	0.706	.351	
t0_4_3c wütend erkennen	0.929	.284	
t0_4_3d traurig erkennen	0.927	.284	
t0_4_3e komisches Gefühl erkennen	0.762	.321	

Tabelle M3

Itemanalyse Bereich 5 A, alle 6 Items (n = 89)

	Schwierig- keitsindex <i>P</i>	Korrigierte Item- Skala-Korrelation (Trennschärfe)	Cronbachs Alpha
t0_wist_1_a Fallbeispiel 1 Angemessen	0.78	.294	.504
t0_wist_2_a Fallbeispiel 2 Angemessen	0.75	.484	
t0_wist_3_a Fallbeispiel 1 Unangemessen	0.989	.013	
t0_wist_4_a Fallbeispiel 2 Unangemessen	0.946	.088	
t0_wist_5_a Fallbeispiel 3 Unangemessen	0.978	.116	
t0_wist_6_a Fallbeispiel 3 Angemessen	0.644	.481	

Tabelle M4

Itemanalyse Bereich 5 A, angemessene Berührungen, 3 Items (n=89)

	Schwierigkeitsindex <i>P</i>	Korrigierte Item-Skala-Korrelation (Trennschärfe)	Cronbachs Alpha
t0_wist_1_a Fallbeispiel 1 Angemessen	0.78	.358	
t0_wist_2_a Fallbeispiel 2 Angemessen	0.75	.449	.630
t0_wist_6_a Fallbeispiel 3 Angemessen	0.644	.519	

Tabelle M5

Itemanalyse Bereich 5 A, unangemessene Berührungen, 3 Items (n=92)

	Schwierigkeitsindex <i>P</i>	Korrigierte Item-Skala-Korrelation (Trennschärfe)	Cronbachs Alpha
t0_wist_3_a Fallbeispiel 1 Unangemessen	0.989	-.024	
t0_wist_4_a Fallbeispiel 2 Unangemessen	0.946	.496	.482
t0_wist_5_a Fallbeispiel 3 Unangemessen	0.978	.564	

Tabelle M6

Itemanalyse Bereich 5 B, Sicherheitsstrategie, 3 Items (n=85)

	Schwierigkeitsindex <i>P</i>	Korrigierte Item-Skala-Korrelation (Trennschärfe)	Cronbachs Alpha
t0_wist_3_b Reaktion Fallbeispiel 1 Unangemessen	0.841	.605	
t0_wist_4_b Reaktion Fallbeispiel 2 Unangemessen	0.772	.487	.705
t0_wist_5_b Reaktion Fallbeispiel 3 Unangemessen	0.878	.502	

Tabelle M7

Itemanalyse Bereich 5 C, Handlungskompetenz, 3 Items (n=91)

	Schwierigkeitsindex <i>P</i>	Korrigierte Item-Skala-Korrelation (Trennschärfe)	Cronbachs Alpha
t0_wist_3_c Weitersagen FB 1 Unangemessen	0.359	.755	
t0_wist_4_c Weitersagen FB 2 Unangemessen	0.283	.788	.886
t0_wist_5_c Weitersagen FB 3 Unangemessen	0.302	.789	

Anmerkung. *FB* = Fallbeispiel

Tabelle M8

Itemanalyse Bereich 3 und Bereich 5A, Verbotene und nicht verbotene Berührungen, 9 Items (n=82)

	Schwierig- keitsindex <i>P</i>	Korrigierte Item- Skala- Korrelation (Trennschärfe)	Cronbachs Alpha
t0_wist_1_a Fallbeispiel 1 Angemessen	0.390	.319	
t0_wist_2_a Fallbeispiel 2 Angemessen	0.375	.471	
t0_wist_3_a Fallbeispiel 1 Unangemessen	0.495	-.032	
t0_wist_4_a Fallbeispiel 2 Unangemessen	0.473	.132	
t0_wist_5_a Fallbeispiel 3 Unangemessen	0.489	.125	.564
t0_wist_6_a Fallbeispiel 3 Angemessen	0.322	.605	
t0_5_2a_r2 Arzt anfassen	0.3	.602	
t0_5_2b_r2 fremde Person anfassen	0.482	-.098	
t0_5_2c_r2 Schwimmlehrerin anfassen	0.429	-.056	

Tabelle M9

Itemanalyse Bereich 3 und Bereich 5A, Verbotene Berührungen, 5 Items (n = 85)

	Schwierig- keitsindex <i>P</i>	Korrigierte Item- Skala- Korrelation (Trennschärfe)	Cronbachs Alpha
t0_wist_3_a Fallbeispiel 1 Unangemessen	0.495	-.049	
t0_wist_4_a Fallbeispiel 2 Unangemessen	0.473	.318	
t0_wist_5_a Fallbeispiel 3 Unangemessen	0.489	.384	.344
t0_5_2b_r2 fremde Person anfassen	0.482	.034	
t0_5_2c_r2 Schwimmlehrerin anfassen	0.429	.207	

Tabelle M10

Itemanalyse Bereich 3 und Bereich 5A, nicht verbotene Berührungen, 4 Items (n = 82)

	Schwierig- keitsindex <i>P</i>	Korrigierte Item- Skala- Korrelation (Trennschärfe)	Cronbachs Alpha
t0_wist_1_a Fallbeispiel 1 Angemessen	0.390	.364	.761
t0_wist_2_a Fallbeispiel 2 Angemessen	0.375	.513	
t0_wist_6_a Fallbeispiel 3 Angemessen	0.322	.709	
t0_5_2a_r2 Arzt anfassen	0.3	.670	

Anhang N

Tabelle N1

Modellzusammenfassung Bereich 1 (in Anlehnung an SPSS-Ausgabe)

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	10.578a	.127	.353
2	10.601b	.127	.352
3	10.612b	.127	.351
4	10.652b	.126	.348
5	10.715b	.124	.344
6	10.884b	.120	.331
7	11.061b	.115	.319
8	11.908c	.093	.257
9	12.303d	.082	.227
10	12.474d	.077	.215
11	13.866d	.039	.108
12	15.213e	.000	.000

Anmerkungen. a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 10. weil die Parameterschätzer sich um weniger als .001 änderten; b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 9. weil die Parameterschätzer sich um weniger als .001 änderten; c. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 8. weil die Parameterschätzer sich um weniger als .001 änderten; d. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 7. weil die Parameterschätzer sich um weniger als .001 änderten; e. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5. weil die Parameterschätzer sich um weniger als .001 änderten.

Tabelle N2

Klassifizierungstabelle^a. Modell Bereich 1 (in Anlehnung an SPSS-Ausgabe)

		Beobachtet	Vorhergesagt		
			t2 Bereich 1	6	Prozentsatz der Richtigen
Schritt 1	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1
Schritt 2	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1
Schritt 3	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1
Schritt 4	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1
Schritt 5	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1
Schritt 6	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1
Schritt 7	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1
Schritt 8	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1
Schritt 9	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1
Schritt 10	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1
Schritt 11	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1
Schritt 12	t2 Bereich 1	5	0	2	0
		6	0	32	100
					94,1

Anmerkung. a. Der Trennwert lautet .500.

Tabelle N3

Variablen in der Gleichung. Modell Bereich 1 (in Anlehnung an SPSS-Ausgabe), N = 45

	Regressions- koeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Bereich 1 Basiswissen	.319	.938	.116	1	.734	1.376	.219	8.648
Alter	1.389	2.008	.478	1	.489	4.009	.078	205.431
Geschlecht	.510	2.165	.055	1	.814	1.665	.024	115.951
IQ-Wert	.113	.220	.263	1	.608	1.119	.728	1.721
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-1.265	3.833	.109	1	.741	.282	.000	516.895
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.712	1.675	.180	1	.671	.491	.018	13.085
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	1.346	1.846	.532	1	.466	3.843	.103	143.339
KKI (L)	.542	.929	.340	1	.560	1.719	.278	10.617
KKI (B)	.228	.829	.076	1	.783	1.256	.248	6.371
Schweregrad des Hörverlustes	-.494	3.016	.027	1	.870	.610	.002	225.359
Versorgungsalter mit Hörhilfen	-.152	.969	.025	1	.875	.859	.129	5.737
Konstante	-29.561	47.107	.394	1	.530	.000		

	Bereich 1 Basiswissen	.237	.759	.097	1	.755	1.267	.286	5.610
	Alter	1.342	1.964	.467	1	.495	3.826	.081	179.791
	Geschlecht	.424	2.037	.043	1	.835	1.527	.028	82.840
	IQ-Wert	.096	.162	.350	1	.554	1.101	.801	1.513
Schritt 2 ^a	Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-1.287	3.923	.108	1	.743	.276	.000	603.325
	Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.597	1.424	.175	1	.675	.551	.034	8.978
	Psychosoziales Funktionsniveau (B)	1.223	1.590	.592	1	.442	3.398	.151	76.727
	KKI (L)	.446	.578	.596	1	.440	1.563	.503	4.854
	KKI (B)	.198	.789	.063	1	.802	1.219	.260	5.723
	Schweregrad des Hörverlustes	-.243	2.434	.010	1	.920	.784	.007	92.588
	Konstante	-26.637	38.649	.475	1	.491	.000		
Schritt 3 ^a	Bereich 1 Basiswissen	.179	.495	.131	1	.717	1.197	.453	3.159
	Alter	1.255	1.685	.554	1	.457	3.507	.129	95.414
	Geschlecht	.405	2.024	.040	1	.841	1.500	.028	79.296
	IQ-Wert	.096	.161	.350	1	.554	1.100	.802	1.510

	Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-1.465	3.565	.169	1	.681	.231	.000	249.936
	Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.537	1.265	.180	1	.671	.584	.049	6.968
	Psychosoziales Funktionsniveau (B)	1.296	1.463	.785	1	.376	3.655	.208	64.349
	KKI (L)	.442	.565	.612	1	.434	1.557	.514	4.715
	KKI (B)	.162	.696	.054	1	.816	1.176	.300	4.603
	Konstante	-25.635	35.906	.510	1	.475	.000		
	Bereich 1 Basiswissen	.206	.473	.190	1	.663	1.229	.487	3.103
	Alter	1.188	1.557	.583	1	.445	3.282	.155	69.392
	IQ-Wert	.097	.165	.347	1	.556	1.102	.798	1.522
Schritt 4 ^a	Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-1.289	3.319	.151	1	.698	.276	.000	184.233
	Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.521	1.271	.168	1	.682	.594	.049	7.175
	Psychosoziales Funktionsniveau (B)	1.246	1.417	.773	1	.379	3.476	.216	55.919
	KKI (L)	.438	.558	.616	1	.433	1.550	.519	4.632
	KKI (B)	.172	.715	.058	1	.810	1.188	.292	4.826
	Konstante	-25.075	35.337	.504	1	.478	.000		

Schritt 5 ^a	Bereich 1 Basiswissen	.189	.465	.165	1	.685	1.208	.486	3.003
	Alter	1.119	1.553	.519	1	.471	3.060	.146	64.246
	IQ-Wert	.086	.158	.298	1	.585	1.090	.799	1.487
	Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-1.532	3.270	.220	1	.639	.216	.000	131.164
	Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.361	1.098	.108	1	.742	.697	.081	5.992
	Psychosoziales Funktionsniveau (B)	1.067	1.180	.818	1	.366	2.906	.288	29.325
	KKI (L)	.401	.534	.565	1	.452	1.493	.525	4.249
	Konstante	-19.867	26.607	.558	1	.455	.000		
Schritt 6 ^a	Alter	1.500	1.406	1.138	1	.286	4.480	.285	70.497
	IQ-Wert	.107	.177	.366	1	.545	1.113	.787	1.573
	Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-1.473	3.363	.192	1	.661	.229	.000	166.876
	Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.478	1.231	.151	1	.698	.620	.056	6.921
	Psychosoziales Funktionsniveau (B)	1.097	1.151	.909	1	.340	2.996	.314	28.611
	KKI (L)	.433	.550	.620	1	.431	1.541	.525	4.526
	Konstante	-24.671	29.167	.715	1	.398	.000		

Schritt 7 ^a	Alter	1.633	1.473	1.229	1	.268	5.118	.285	91.840
	IQ-Wert	.149	.179	.696	1	.404	1.161	.817	1.649
	Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.984	.858	1.317	1	.251	.374	.070	2.007
	Psychosoziales Funktionsniveau (B)	1.057	1.231	.738	1	.390	2.879	.258	32.125
	KKI (L)	.465	.578	.648	1	.421	1.593	.513	4.947
	Konstante	-31.089	30.642	1.029	1	.310	.000		
Schritt 8 ^a	Alter	1.416	1.380	1.052	1	.305	4.120	.275	61.634
	IQ-Wert	.058	.090	.420	1	.517	1.060	.889	1.264
	Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.642	.564	1.296	1	.255	.526	.174	1.590
	Psychosoziales Funktionsniveau (B)	.490	.793	.381	1	.537	1.632	.345	7.728
	Konstante	-14.384	15.380	.875	1	.350	.000		
Schritt 9 ^a	Alter	1.541	1.321	1.360	1	.244	4.669	.350	62.223
	SON_IQ	.032	.077	.166	1	.684	1.032	.887	1.201
	Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.411	.378	1.181	1	.277	.663	.316	1.392
	Konstante	-13.177	14.398	.838	1	.360	.000		

	Alter	1.474	1.266	1.355	1	.244	4.367	.365	52.213
Schritt 10 ^a	Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-.433	.367	1.390	1	.238	.648	.316	1.332
	Konstante	-9.731	11.204	.754	1	.385	.000		
Schritt 11 ^a	Alter	1.158	1.076	1.157	1	.282	3.183	.386	26.252
	Konstante	-8.011	9.770	.672	1	.412	.000		
Schritt 12 ^a	Konstante	2.773	.729	14.470	1	<.001	16.000		

Anmerkung. a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: t0 Bereich 1 Basiswissen, Alter, Geschlecht, IQ-Wert, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L), Psychosoziales Funktionsniveau (L), Psychosoziales Funktionsniveau (B), KKI (L), KKI (B), Schweregrad des Hörverlusts (L), Versorgungsalter mit Hörhilfen (L).

Tabelle N4

Modellzusammenfassung Bereich 2 (in Anlehnung an SPSS-Ausgabe)

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	.000 ^a	.233	1.000
2	.000 ^a	.233	1.000
3	.000 ^a	.233	1.000
4	.000 ^a	.233	1.000
5	.000 ^a	.233	1.000
6	.000 ^a	.233	1.000
7	.000 ^a	.233	1.000
8	.000 ^a	.233	1.000

Anmerkung. a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 20 weil die Höchstzahl der Iterationen erreicht wurde. Endlösung kann nicht gefunden werden.

Tabelle N5

Klassifizierungstabelle^a. Modell Bereich 2 (in Anlehnung an SPSS-Ausgabe)

		Vorhergesagt			Prozentsatz der Richtigen
Beobachtet		t2 Bereich 2	2	4	
Schritt 1	t2 Bereich 2	2	1	0	100
		4	0	33	100
	Gesamtprozentsatz				100
Schritt 2	t2 Bereich 2	2	1	0	100
		4	0	33	100
	Gesamtprozentsatz				100
Schritt 3	t2 Bereich 2	2	1	0	100
		4	0	33	100
	Gesamtprozentsatz				100
Schritt 4	t2 Bereich 2	2	1	0	100
		4	0	33	100
	Gesamtprozentsatz				100
Schritt 5	t2 Bereich 2	2	1	0	100
		4	0	33	100
	Gesamtprozentsatz				100
Schritt 6	t2 Bereich 2	2	1	0	100
		4	0	33	100
	Gesamtprozentsatz				100
Schritt 7	t2 Bereich 2	2	1	0	100
		4	0	33	100
	Gesamtprozentsatz				100
Schritt 8	t2 Bereich 2	2	1	0	100
		4	0	33	100
	Gesamtprozentsatz				100

Anmerkung. a. Der Trennwert lautet .500.

Tabelle N6

Variablen in der Gleichung. Modell Bereich 2 (in Anlehnung an SPSS-Ausgabe), N = 34

	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 ^a								
Bereich 2 Basiswissen	-11.599	13730.806	.000	1	.999	.000	.000	
Alter	-5.692	13375.647	.000	1	>.999	,003	.000	
Geschlecht	12.638	34722.933	.000	1	>.999	307992.625	.000	
IQ-Wert	.043	1271.097	.000	1	>.999	1.044	.000	
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-12.520	27757.550	.000	1	>.999	.000	.000	
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-6.535	6461.364	.000	1	.999	.001	.000	
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	13.193	9792.993	.000	1	.999	536673.367	.000	
KKI (L)	1.398	3582.232	.000	1	>.999	4.047	.000	

KKI (B)	.357	13597.735	.000	1	>.999	1.429	.000
Schweregrad des Hörverlustes (L)	1.062	9188.822	.000	1	.999	1279130.96 6	.000
Versorgungsalter mit Hörhilfen (L)	-1.942	6392.753	.000	1	>.999	.143	.000
Konstante	46.604	440535.126	.000	1	>.999	1736413232 0000000000 0.000	

Schritt 2^a

Bereich 2 Basiswissen	-11.905	7182.212	.000	1	.999	.000	.000
Alter	-5.989	8938.384	.000	1	.999	.003	.000
Geschlecht	13.400	15868.392	.000	1	.999	659869.688	.000
IQ-Wert	.018	997.574	.000	1	>.999	1.018	.000
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-12.944	21494.940	.000	1	>.999	.000	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-6.530	6523.007	.000	1	.999	.001	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	13.042	8946.981	.000	1	.999	461426.060	.000

KKI (L)	1.428	3445.177	.000	1	>.999	4.172	.000
Schweregrad des Hörverlustes (L)	14.025	9276.989	.000	1	.999	1233631.208	.000
Versorgungsalter mit Hörhilfen (L)	-2.068	3689.379	.000	1	>.999	.126	.000
Konstante	57.949	177697.972	.000	1	>.999	1468924027 0000000000 000000.000	.000

Schritt 3^a

t0 Bereich 2 Basiswissen	-11,880	7247,388	.000	1	.999	.000	.000
Alter	-6.007	9851.153	.000	1	1.000	.002	.000
Geschlecht	13.330	15796.141	.000	1	.999	615617.295	.000
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-13.177	15625.676	.000	1	.999	.000	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-6.514	6145.264	.000	1	.999	.001	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	13.050	8699.162	.000	1	.999	465155.108	.000
KKI (L)	1.397	3442.293	.000	1	>.999	4.041	.000

Konstante	62.477	167743.920	.000	1	>.999	1359166609 0000000000 0000000000	
-----------	--------	------------	------	---	-------	--	--

Schritt 5^a

t0 Bereich 2 Basiswissen	-11.455	14928.919	.000	1	.999	.000	.000
Alter	-7.226	15776.671	.000	1	>.999	.001	.000
Geschlecht	9.036	37593.619	.000	1	>.999	8404.140	.000
Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L)	-8.134	27234.351	.000	1	>.999	.000	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-9.182	9610.863	.000	1	.999	.000	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	10.359	10713.029	.000	1	.999	31529.629	.000
Schweregrad des Hörverlustes (L)	14.156	20722.694	.000	1	.999	1405679.07 5	.000
Konstante	98.546	128538.697	.000	1	.999	6.283E+42	

Schritt 6^a

Bereich 2 Basiswissen	-11.313	8039.681	.000	1	.999	.000	.000
--------------------------	---------	----------	------	---	------	------	------

Alter	-5.358	11718.133	.000	1	>.999	.005	.000
Geschlecht	11.724	17428.469	.000	1	.999	123445.152	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-11.847	3404.311	.000	1	.997	.000	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	8.208	4912.272	.000	1	.999	3671.444	.000
Schweregrad des Hörverlustes (L)	12.162	8362.733	.000	1	.999	191426.139	.000
Konstante	80.556	110244.612	.000	1	.999	9664277634 0000010000 0000000000	.000

Schritt 7

Bereich 2 Basiswissen	-12.751	6309.733	.000	1	.998	.000	.000
Geschlecht	8.477	12557.270	.000	1	.999	4803.312	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-11.825	3347.086	.000	1	.997	.000	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	8.752	4368.673	.000	1	.998	6321.676	.000
Schweregrad des Hörverlustes (L)	14.092	6354.834	.000	1	.998	1319139.90 5	.000

Konstante	32.068	26335.070	.000	1	.999	8455696701 0000.000	
Schritt 8^a							
Bereich 2 Basiswissen	-13.605	4838.612	.000	1	.998	.000	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (L)	-11.962	3085.205	.000	1	.997	.000	.000
Psychosoziales Funktionsniveau (B)	9.980	4014.600	.000	1	.998	21586.635	.000
Schweregrad des Hörverlustes (L)	18.001	4824.555	.000	1	.997	65709151.1 70	.000
Konstante	36.725	20163.804	.000	1	.999	8901404017 000000.000	

Anmerkung. a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: t0 Bereich 1 Basiswissen, Alter, Geschlecht, IQ-Wert, Beeinträchtigung in Funktionsbereichen (L), Psychosoziales Funktionsniveau (L), Psychosoziales Funktionsniveau (B), KKI (L), KKI (B), Schweregrad des Hörverlusts (L), Versorgungsalter mit Hörhilfen (L).