

Zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern

Eine empirische Untersuchung zu den kognitiven, motorischen, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern

Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
an der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg in der Schweiz

Genehmigt von der Philosophischen Fakultät auf Antrag
der Privatdozentin Dr. Dagmar Orthmann Bless (1. Gutachterin) und
der Professorin Dr. Ingeborg Hedderich (2. Gutachterin)

Freiburg, den 16.04.2018
Prof. Dr. Bernadette Charlier Pasquier (Dekanin)

Hellfritz, Karina-Linnéa
Minden (Deutschland)
2018

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Theoretische Grundlagen der Kindesentwicklung	10
2.1	Grundannahmen zur Entwicklung	10
2.2	Bedeutung von Anlage und Umwelt	11
3	Kindliche Entwicklung und elterlicher Einfluss	17
3.1	Einfluss der elterlichen Gene	17
3.2	Einfluss der elterlichen Performanz	20
3.2.1	Erziehungsfähigkeit und Erziehungsverhalten	21
3.2.2	Einflüsse auf das Erziehungsverhalten	24
4	Elternschaft bei intellektueller Beeinträchtigung	29
4.1	Intellektuelle Beeinträchtigung	29
4.1.1	Definition und Klassifikation	31
4.1.2	Prävalenz	33
4.1.3	Genetische und biologische Grundlagen	35
4.1.4	Gesundheitliche Faktoren	37
4.1.5	Zugehörige Merkmale	39
4.2	Forschungsüberblick zu Elternschaft von Menschen mit ID	40
4.2.1	Prävalenz von Elternschaft bei ID	41
4.2.2	Auswirkungen der ID auf Elternschaft	43
4.2.3	Weitere empirische Befunde zu Elternschaft bei ID	48
4.2.4	Schlussfolgerung	50
5	Kindliche Entwicklung und elterliche ID	51
5.1	Auswirkungen elterlicher ID auf kindliche Entwicklung	51
5.2	Forschungsüberblick zur Entwicklung der Kinder von Eltern mit ID	53
5.2.1	Studien zur Entwicklung von Kindern von Eltern mit ID	54
5.2.2	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	61
6	Fragestellungen und Hypothesen	63
7	Methodisches Vorgehen	66
7.1	Untersuchungsdesign, Stichprobengewinnung und Datenerhebung	66
7.2	Erhebungsinstrumente	69
7.3	Methoden der Datenanalyse	80
8	Ergebnisse	84
8.1	Beschreibung der Stichprobe	84
8.2	Darstellung der Lebenssituationen der Familien	88
8.3	Merkmale der untersuchten Mütter	93

8.3.1	Kognitive und adaptive Kompetenzen	93
8.3.2	Anamnese des Gesundheitszustandes	99
8.3.3	Subjektiv wahrgenommene Gesundheit	100
8.3.4	Persönliches Wohlbefinden	101
8.3.5	Familiäre Risikofaktoren	102
8.4	Gesundheitliche Situation der Kinder	105
8.5	Persönliches Wohlbefinden der Kinder	108
8.6	Kompetenzentwicklung der Kinder	109
8.6.1	Motorische Kompetenzen	110
8.6.2	Kognitive Kompetenzen	112
8.6.3	Sprachliche Kompetenzen	122
8.6.4	Adaptive Kompetenzen	125
8.6.5	Zusammenfassende Leistungsverteilung untersuchter Kompetenzen	138
8.6.6	Vergleich kognitiver und adaptiver Kompetenzen	141
8.6.7	Zusammenhänge zwischen kognitiven und adaptiven Kompetenzen	142
8.7	Gesundheit, Wohlbefinden und Kompetenzentwicklung der Kinder	143
8.8	Zusammenhänge zwischen kindlicher Entwicklung und mütterlicher ID	145
8.8.1	Zusammenhänge mit den kognitiven Kompetenzen der Mütter	146
8.8.2	Zusammenhänge mit den adaptiven Kompetenzen der Mütter	149
8.8.3	Zusammenhänge mit der mütterlichen Gesundheit	152
8.8.4	Zusammenhänge mit familiären Risikofaktoren	154
8.9	Mütterliche ID und Unterschiede in der kindlichen Entwicklung	157
8.10	Elterliche Performanz	160
8.10.1	Qualität der häuslichen Umgebung	161
8.10.2	Befriedigung kindlicher Bedürfnisse	164
8.10.3	Zusammenhänge zwischen den Aspekten elterlicher Performanz	166
8.11	Zusammenhänge zwischen kindlicher Entwicklung und elterlicher Performanz	167
8.11.1	Zusammenhänge mit der Qualität häuslicher Umgebung	167
8.11.2	Zusammenhänge mit der Bedürfnisbefriedigung	168
8.12	Elterliche Performanz und Unterschiede in der kindlichen Entwicklung	168
8.13	Prädiktoren für die Kompetenzentwicklung der Kinder	170
9	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	180
10	Kritische Reflexion der Studie	204
11	Schlussfolgerungen und Ausblick	207
12	Zusammenfassung	210

Abbildungsverzeichnis	213
Tabellenverzeichnis	215
Literaturverzeichnis	218
Anhang	245
Lebenslauf	276
Ehrenwörtliche Erklärung	279

Danksagung

Zuerst gebührt mein herzlicher Dank Frau PD Dr. Dagmar Orthmann Bless, die meine Doktorarbeit betreut und begutachtet hat, für ihre wissenschaftliche und methodische Unterstützung, für die hilfreichen Anregungen, zielführenden Diskussionen und die konstruktive Kritik während der gesamten Bearbeitungsphase dieser Dissertation.

Meinen Kolleginnen Verena Hofmann und Chantal Hinni möchte ich für die Beratung bei statistischen Fragen und für die Unterstützung beim Layout danken.

Einen großen Dank spreche ich allen Fachpersonen der *Begleiteten Elternschaft* für die hilfreiche Unterstützung und angenehme Zusammenarbeit aus.

Ausdrücklich möchte ich mich bei den Kindern und Eltern bedanken, die so zahlreich an der Untersuchung teilgenommen haben. Ohne diese Familien wäre die Studie nicht umsetzbar gewesen.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden für die liebevolle Stärkung, Motivation, Geduld und die sorgfältigen Korrekturen. Jedem Einzelnen gilt mein besonderer Dank!

Mein innigster Dank gilt meinem Lebenspartner, Marc Eickenbusch, für die unermüdliche Geduld, den starken emotionalen Rückhalt und die liebevolle Unterstützung während der ganzen Jahre. Mit der Wertschätzung meiner Arbeit und den gewissenhaften Korrekturen hat er einen wichtigen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit geleistet.

1 Einleitung

Jedes Kind hat das Recht auf die bestmöglichen Entwicklungsbedingungen und die Entfaltung seiner Persönlichkeit (UN-Kinderrechtskonvention, Unicef, 1989). Für eine optimale Ausgestaltung entscheidender Merkmale wie Kognition, Sprache, Motorik, Sozialverhalten, Temperament und emotionale Stabilität sind bei der Entwicklung von Kindern sowohl die genetische Veranlagung als auch die soziale und familiäre Umwelt entscheidend (Eggers, 2004, S. 699; Myers, 2005). Die Eltern nehmen somit aufgrund der Weitergabe ihrer Gene und aufgrund der Umwelt, welche sie für das Kind bereitstellen, eine wesentliche Rolle ein. Die Bedeutung des genetischen Einflusses und des elterlichen Erziehungsverhaltens auf die kindliche Entwicklung ist in der Forschung bereits vielfach repliziert worden (Myers, 2005). Diese beiden Einflussfaktoren führen dazu, dass jedes Kind unter anderen Bedingungen aufwächst, denn zum einen unterscheidet sich bei jedem Kind die genetische Ausstattung und zum anderen sind auch die Lebenssituationen und Umwelten, in welchen Kinder aufwachsen, nie identisch. Hinzu kommt, dass diese beiden Faktoren miteinander interagieren und die kindliche Entwicklung in Interaktion mit diesen stattfindet (Trautner, 2003, S. 101ff.; Bjorklund & Schneider, 2006, S. 772f.; Bundschuh, 2008, S. 94f.). Von diesen beiden Faktoren ist demnach maßgeblich abhängig, wie die kindliche Entwicklung verläuft.

Es stellt sich nun die Frage, wie die kindliche Entwicklung beeinflusst wird, wenn ein Merkmal der Eltern vorliegt, welches sowohl einen direkten Einfluss über die elterlichen Gene als auch über das elterliche Erziehungsverhalten nehmen kann. Es kann angenommen werden, dass eine intellektuelle Beeinträchtigung der Eltern solch ein Merkmal darstellt und sich daraus besondere Bedingungen für die Kinder und ihre Entwicklung ergeben. Bei Kindern von Eltern mit intellektuellen Beeinträchtigungen besteht aufgrund von Vererbung ein erhöhtes Risiko, selbst intellektuelle Beeinträchtigungen aufzuweisen (Burack, Hodapp, & Zigler, 1998; von Gontard, 2013; Reed & Reed, 1965; Tymchuk, Andron, & Unger, 1987). Außerdem muss in Betracht gezogen werden, dass Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten entstehen und bei diesen Eltern die Erziehungsfähigkeit eingeschränkt sein kann (Aunos, Feldman, & Goupil, 2008; Feldman, Leger, & Walton-Allen, 1997; Pixa-Kettner, Bargfrede, & Blanken, 1996). Denn Elternschaft umfasst neben Versorgungsleistungen auch komplexe Aufgabenbereiche, die ein gewisses Maß an kognitiver Leistungsfähigkeit erfordern und dieser Personengruppe nachgewiesenermaßen Schwierigkeiten bereiten (Sarimski, 2003). Folglich ist anzunehmen, dass es durch die intellektuelle Beeinträchtigung der Eltern zu einer

Überforderung bei der Ausübung der elterlichen Tätigkeit kommt, weshalb negative Einflüsse auf die kindliche Entwicklung entstehen können. So kann die intellektuelle Beeinträchtigung der Eltern für die Entwicklung des Kindes als Risikokonstellation angesehen werden. Bisher findet diese aber, im Gegensatz zu anderen Risiken (Meysen, Schönecker, & Kindler, 2009; Ziegenhain & Fegert, 2007), keine Beachtung in Forschungen zu Kindeswohlgefährdungen. Dabei haben intellektuell beeinträchtigte Menschen, wie alle Menschen, das Recht auf die freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit, wozu auch Partnerschaft, Sexualität und Elternschaft gehören. Dieses Recht auf eine selbstbestimmte Entscheidung hinsichtlich Elternschaft ist für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen inzwischen gesetzlich verankert und wird von dem Grundgesetz (Art. 6) und der UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 23) geschützt. Dies führt dazu, dass Kinder von Eltern mit intellektuellen Beeinträchtigungen regelmäßig und zunehmend geboren werden (Orthmann Bless, 2012, 2013). Aus diesem Umstand begründet sich vorliegendes Forschungsinteresse.

Das aktuelle Problem besteht darin, dass nur wenige Studien existieren, die explizit die Situation dieser Kinder untersuchen. So ist bis heute nicht hinreichend bekannt, wie die Entwicklung dieser Kinder verläuft, wie viele Kinder sich gesund und altersgerecht entwickeln und welchen Einfluss die elterliche intellektuelle Beeinträchtigung auf verschiedene Entwicklungsbereiche der Kinder nimmt. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen den Merkmalen der elterlichen intellektuellen Beeinträchtigung und der kindlichen Entwicklung liegen keine eindeutigen Erkenntnisse vor. Ebenso fehlen empirische Belege, ob zwischen der elterlichen Performanz und der kindlichen Entwicklung signifikante Zusammenhänge bestehen. Es bedarf demnach dringend Grundlagenforschung zu dieser Thematik. Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist eine genaue Analyse der Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern, bei welcher, neben der aktuellen Lebenssituation, sowohl die wesentlichen Entwicklungsbereiche der Kinder, als auch die Faktoren, über welche die intellektuelle Beeinträchtigung der Eltern auf die kindliche Entwicklung Einfluss nimmt, untersucht werden. Hierbei geht es um das Ermitteln von bedeutsamen Zusammenhängen. Darüber hinaus soll diese Arbeit einen Beitrag zur Identifizierung potenzieller prädiktiver Variablen für die Entwicklung dieser Kinder leisten.

Aus der dargestellten Problemstellung begründet sich das Hauptinteresse dieser Arbeit und der zentrale Untersuchungsgegenstand lässt sich wie folgt formulieren: Wie entwickeln sich Kinder von Eltern mit intellektuellen Beeinträchtigungen im Vergleich zur

Norm und über welche Faktoren nimmt die intellektuelle Beeinträchtigung der Eltern Einfluss auf die kindliche Entwicklung? Diese Hauptforschungsfrage wird anhand von ausführlichen deskriptiven Daten und sieben Fragestellungen, zu denen jeweils mehrere Hypothesen formuliert werden, bearbeitet. Im Rahmen der Analyse werden die Lebenssituation, die Gesundheit und das persönliche Wohlbefinden der Kinder erhoben. Die wesentlichen Entwicklungsbereiche werden im Vergleich zur Norm untersucht und mögliche Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Wohlbefinden und Kompetenzentwicklung der Kinder betrachtet. Ebenso werden die Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der elterlichen intellektuellen Beeinträchtigung und den kindlichen Kompetenzen sowie die Zusammenhänge zwischen der elterlichen Performanz und den kindlichen Kompetenzen analysiert. Auch die Frage nach Faktoren, welche einen prädiktiven Wert für die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern haben, wird hier untersucht. Für die Untersuchung dieser Aspekte und Fragestellungen gliedert sich die Arbeit wie folgt:

Nach dem aktuellen Kapitel 1, das eine Einleitung zu dem Thema kindlicher Entwicklung und Elternschaft bei intellektueller Beeinträchtigung gibt, werden in Kapitel 2 zentrale theoretische Grundlagen der Kindesentwicklung betrachtet. Hier werden die Grundannahmen der Entwicklung und die Bedeutung von Anlage und Umwelt für die kindliche Entwicklung beschrieben, dadurch werden die wesentlichen konzeptionellen Grundannahmen der Studie deutlich. In Kapitel 3 wird der elterliche Einfluss auf die kindliche Entwicklung thematisiert; dies beinhaltet den Einfluss der elterlichen Gene und der elterlichen Performanz. Auch Faktoren, welche Auswirkungen auf die elterliche Performanz haben, finden hier Beachtung. Um den Einfluss elterlicher intellektueller Beeinträchtigung auf die kindliche Entwicklung untersuchen zu können, muss die Personengruppe intellektuell beeinträchtigter Menschen genauer betrachtet werden. Dies leistet Kapitel 4, in welchem sich mit der Definition, Klassifikation, Prävalenz, den genetischen und biologischen Grundlagen sowie gesundheitlichen Faktoren von „Intellektueller Beeinträchtigung“ auseinandergesetzt wird. Um die theoretische Basis, welche durch die Auseinandersetzung mit den vorangegangenen Themen geschaffen wurde, durch eine empirische Grundlage zu erweitern, wird in diesem Kapitel auch der aktuelle internationale Forschungsstand zu Elternschaft von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen präsentiert. Dies beinhaltet empirische Befunde zu der Prävalenz von Elternschaft bei intellektueller Beeinträchtigung und zu Auswirkungen der intellektuellen Beeinträchtigung auf Elternschaft. Auf der Grundlage des theoretischen Wissens, der Grundannahmen zu elterlichen Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung und der

aus der Sichtung des Forschungsstandes gewonnenen empirischen Erkenntnissen zu Elternschaft von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen wird in Kapitel 5 das theoretische Rahmenmodell dieser Arbeit vorgestellt. Das Modell verdeutlicht, von welchen Einflussfaktoren und Einflusspfaden aus theoretischer und empirischer Sicht auf die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern ausgegangen werden kann. Das Modell bildet die Grundlage für die weitere empirische Untersuchung dieser Arbeit. Da das zentrale Augenmerk auf der Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern liegt, wird entsprechend in Kapitel 5 der aktuelle internationale Forschungsstand zu diesem Themenbereich analysiert. Auf der Grundlage der zentralen theoretischen Annahmen zur kindlichen Entwicklung und aus den Befunden zu der kindlichen Entwicklung unter den Bedingungen einer intellektuellen Beeinträchtigung der Eltern werden in Kapitel 6 die sich daraus ergebenden Fragestellungen formuliert und die dazugehörigen Hypothesen abgeleitet. Um diese Hypothesen empirisch zu überprüfen, wird das in Kapitel 7 dargelegte methodische Vorgehen gewählt. Das Untersuchungsdesign, die Stichprobengewinnung und die Datenerhebung werden hier ebenso beschrieben wie die zur Anwendung kommenden Erhebungsinstrumente und die Methoden der Datenanalyse. Die Darstellung der gewonnenen zentralen deskriptiven Befunde und der Ergebnisse der Hypothesenprüfung erfolgt in Kapitel 8. Hier wird deutlich, dass sich die Untersuchung, neben der detaillierten deskriptiven Darstellung der kindlichen Kompetenzen, auf die Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der elterlichen intellektuellen Beeinträchtigung und der kindlichen Entwicklung sowie auf die Zusammenhänge zwischen der elterlichen Performanz und der kindlichen Kompetenzentwicklung konzentriert. Das Kapitel 9 widmet sich der Zusammenfassung und Diskussion zentraler Befunde und ordnet diese in den theoretischen Rahmen sowie in den aktuellen Stand der Forschung ein. Das anschließende Kapitel 10 beinhaltet eine kritische Reflexion der Studie und diskutiert Limitationen. Die Schlussfolgerungen in Kapitel 11 betrachten die Relevanz der Befunde hinsichtlich der formulierten Fragestellungen. Ebenso gilt es, im Rahmen des dort vorgenommenen Ausblicks Implikationen für zukünftige Forschung zu benennen und auch die praktische Relevanz der Arbeit zu verdeutlichen.

2 Theoretische Grundlagen der Kindesentwicklung

Im Zentrum der Studie steht die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Um Entwicklungsprozesse von Kindern und Jugendlichen zu erklären, sind Erkenntnisse über Einflussfaktoren auf die Entwicklung notwendig. Welches Verständnis von Entwicklung dieser Arbeit zugrunde gelegt und auf welche Grundannahmen der Entwicklung sich dabei gestützt wird, soll vorab skizziert werden. Es wird davon abgesehen, grundlegende Aspekte der kindlichen Entwicklung in verschiedenen Fähigkeits- und Funktionsbereichen im Einzelnen theoretisch zu beschreiben und auf interindividuelle Unterschiede hinsichtlich der Entwicklung einzugehen, da es sich dabei um Grundlagenwissen handelt, welches in zahlreichen Grundlagenwerken der Entwicklungspsychologie nachzulesen ist (z. B. Pinquart, Schwarzer, & Zimmermann, 2011; Schneider & Lindenberger, 2012; Siegler, Eisenberg, DeLoache, & Saffran, 2016). Anstelle dessen werden aktuelle theoretische und empirische Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie und Verhaltensgenetik vorgestellt und die Bedeutung von Anlage und Umwelt für die kindliche Entwicklung am Beispiel der Intelligenz betrachtet.

2.1 Grundannahmen zur Entwicklung

Entwicklung wird dadurch ausgelöst, dass Menschen im Laufe ihres Lebens verschiedenen Anforderungen entsprechen müssen, die biologisch, soziokulturell und behavioral angeregt sind (Pinquart et al., 2011, S. 25f.). Die moderne Entwicklungspsychologie bezeichnet die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen als geordnete und nachhaltige Veränderung, die vorwärts- und rückwärts gerichtet, qualitativ und quantitativ, universell und interindividuell unterschiedlich sein kann (Schwarzer, 2015, S. 16). Der aktuelle Entwicklungsbegriff versteht die Entwicklung als multifaktorielles Geschehen, berücksichtigt die Erklärung von Entwicklungsunterschieden und bezieht die Wechselwirkungen zwischen der Person und ihrer Umwelt mit ein. Dabei werden Entwicklungsprozesse von biologischen, sozialen und psychischen Faktoren beeinflusst und beinhalten Reifung, Lernen und Selbststeuerung (Montada, 2002, zitiert nach Petermann & Esser, 2010, S. 10f.). Diese Einflüsse wirken während der Entwicklung ständig zusammen und beeinflussen sich gegenseitig (Pinquart et al., 2011, S. 25f.). Das bedeutet, die Entwicklung des Menschen wird von einer Vielzahl endogener *und* exogener Entwicklungsfaktoren gesteuert, die in vielfältiger Art und Weise miteinander kovariieren und interagieren können (Trautner, 2003, S. 103).

Die Betrachtung der aktuellen Grundannahmen der Entwicklung zeigt, dass heute in der Entwicklungspsychologie Modelle bevorzugt werden, die die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen als das Ergebnis der stetigen Interaktion einer Vielzahl von Faktoren beschreiben, von der Genetik bis hin zu kulturellen Aspekten, und dies über einen langen Zeitraum hinweg (Bjorklund & Pellegrini, 2000, 2002; Bjorklund & Schneider, 2006, S. 772; Gottlieb, 2000; Sameroff & Suomi, 1996). Auch in der vorliegenden Untersuchung wird die kindliche Entwicklung aus einer Entwicklungsperspektive heraus betrachtet, welche die dynamische Interaktion von genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen berücksichtigt. Es wird von interaktionistischen Prozessen ausgegangen, die zwischen Mensch und Umwelt stattfinden. Demnach wird die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nicht als ein isolierter Prozess verstanden, sondern Mensch und Umwelt bilden ein Gesamtsystem, sie stehen im ständigen Austausch, beeinflussen sich gegenseitig und sind beide aktiv und in Veränderung begriffen (Bundschuh, 2008, S. 94f.; Montada, Lindenberg, & Schneider, 2012, S. 34f.).

2.2 Bedeutung von Anlage und Umwelt

Die grundlegende Frage zur Kindesentwicklung richtet sich auf das Zusammenspiel von Anlage und Umwelt bei der Gestaltung von Entwicklungsprozessen. Anlage beinhaltet dabei die biologische Grundausstattung, insbesondere die Gene, welche durch die Eltern vererbt werden. Dieses genetische Erbe beeinflusst alles, was den Menschen persönlich kennzeichnet, wie beispielsweise die äußere Erscheinung, die Persönlichkeit, die Intelligenz, die geistige Gesundheit oder auch bestimmte Vorlieben oder Einstellungen. Demgegenüber bezieht sich die Umwelt auf das breite Spektrum materieller und sozialer Umgebungen, welche die Entwicklung beeinflussen. So entsteht jedes Persönlichkeitsmerkmal des Menschen durch das gemeinsame Wirken von Anlage und Umwelt (Siegler et al., 2016, S. 8f.). Dieses enge und ständige Zusammenwirken von Genen und Umwelt ist hoch komplex und wird bis in die Gegenwart erforscht und diskutiert (z. B.: Lenz, 2012; Sameroff, 2010). Um die Diskussion der Wechselwirkungen zwischen den genetischen Faktoren und den Umweltfaktoren zu vereinfachen, werden diese im Folgenden anhand des Modells der Vererbungs- und Umwelteinflüsse nach Siegler et al. (2016, S. 79ff.) skizziert.

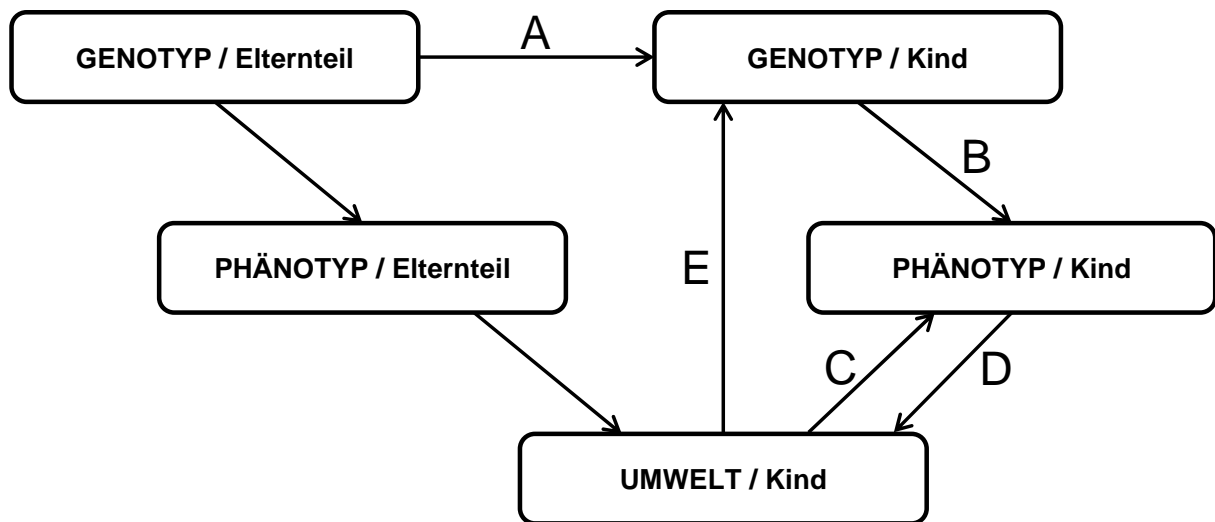


Abbildung 1. Zusammenspiel von Genen und Umwelt bei der kindlichen Entwicklung

Abbildung 1 zeigt die drei zentralen Elemente des Modells. Diese sind: der Genotyp – das genetische Material, das ein Individuum erbt; der Phänotyp – die beobachtbare Ausprägung (Exprimierung) des Genotyps, das beinhaltet das Erscheinungsbild des Menschen, also sowohl die körperlichen Merkmale als auch das Verhalten, und die Umwelt – alle Aspekte (auch pränatale Erfahrungen) des Individuums und seiner Umgebung, die nicht die Gene selbst betreffen. Diese drei Elemente sind an fünf Beziehungen beteiligt, welche grundlegend für die Entwicklung jedes Kindes sind: (A) am genetischen Beitrag der Eltern zum Genotyp des Kindes, (B) am Beitrag des Genotyps des Kindes zu seinem Phänotyp, (C) am Beitrag der Umwelt des Kindes zu seinem Phänotyp, (D) am Einfluss des Phänotyps des Kindes auf seine Umgebung und (E) am Einfluss der Umwelt auf den Genotyp des Kindes (Siegler et al., 2016, S. 79f.). Die einzelnen Beziehungen werden nachfolgend kurz erläutert:

(A) Genotyp der Eltern – Genotyp des Kindes: Die erste Beziehung zwischen dem elterlichen Genotyp und dem Genotyp des Kindes betrifft die Vererbung des genetischen Materials (Chromosomen und Gene) von den Eltern auf ihre Kinder (ebd., S. 80). Auf diese Beziehung wird in Kapitel 3.1 noch einmal genauer eingegangen.

(B) Genotyp des Kindes – Phänotyp des Kindes: Die zweite Beziehung ist die Beziehung zwischen dem Genotyp und dem Phänotyp eines Individuums. Hier geht es, genau wie bei der ersten Beziehung, hauptsächlich um die Untersuchung des genetischen Beitrages zum Phänotyp. Dabei steht die grundlegende Feststellung im Mittelpunkt, dass, obwohl jede Zelle im menschlichen Körper Kopien aller Gene enthält, welche von den Eltern geerbt wurden, nur einige dieser Gene zur Ausprägung kommen. Auf eine detaillierte Ausführung zu der genauen Genexpression oder der Ausprägung der Gene

bei Entwicklungsveränderungen wird hier verzichtet (genauer s. Siegler et al., 2016, S. 84ff.).

(C) Umwelt des Kindes – Phänotyp des Kindes: Die dritte Beziehung des Modells betrifft den Einfluss der Umwelt auf den Phänotyp des Kindes. Umwelt impliziert dabei alles, was nicht im genetischen Material selbst enthalten ist. Abbildung 1 zeigt, dass beobachtbare Eigenschaften des Kindes aus der Wechselbeziehung von Umweltfaktoren und der genetischen Ausstattung des Kindes resultieren. Aufgrund der ständigen Wechselwirkung zwischen Genotyp und Umwelt wird sich ein bestimmter Genotyp in verschiedenen Umwelten auch unterschiedlich entwickeln. Hier sind auch die elterlichen Beiträge zur Kindesentwicklung wichtig, denn die Beziehung der Eltern zum Kind und die Art und Weise ihres Umganges mit dem Kind sind bedeutsame Aspekte der kindlichen Umwelt. Dies beinhaltet beispielsweise die allgemeine häusliche Umgebung, welche die Eltern bereitstellen, die Erfahrungen, die sie dem Kind ermöglichen, die Ermutigung, die das Kind für bestimmte Verhaltensweisen und Aktivitäten erfährt sowie Einstellungen und Haltungen (Siegler et al., 2016, S. 86f.). Nicht außer Acht gelassen werden darf die Erkenntnis, dass die Umwelt, welche die Eltern ihren Kindern anbieten, teilweise abhängig ist von ihrer eigenen genetischen Ausstattung. Denn ebenso wie das Verhalten der Eltern gegenüber ihren Kindern genetischen Einflüssen unterliegt, sind auch Vorlieben, Aktivitäten und Ressourcen, welche Kinder durch ihre Eltern kennenlernen, durch genetische Einflüsse determiniert (Plomin & Bergmann, 1991; Siegler et al., 2016, S. 87).

(D) Phänotyp des Kindes – Umwelt des Kindes: Die vierte Beziehung des Modells verweist auf das „aktive Kind“, also das Kind als eine Quelle seiner eigenen Entwicklung. Forschungen bestätigen, dass Kinder nicht nur passive Rezipienten einer vorgegebenen Umwelt sind, sondern in zweifacher Weise aktive Gestalter ihrer eigenen Umwelt sind. So erzeugen sie durch ihr Wesen und ihr Verhalten aktiv bestimmte Reaktionen bei ihren Mitmenschen (Scarr, 1992; Scarr & McCartney, 1983; Siegler et al., 2016, S. 88). Belegt ist, dass das Ausmaß, in welchem Eltern und Kinder in ihren Beziehungen wechselseitig aufeinander reagieren, größtenteils eine Funktion der genetisch beeinflussten Verhaltenseigenschaften des Kindes ist, also des Verhaltens, welches die Kinder bei ihren Eltern auslösen (Deater-Deckard & O’Connor, 2000; Siegler et al., 2016, S. 88). Die zweite Art, wie Kinder ihre eigene Umwelt mitkonstruieren, findet sich in der aktiven Auswahl von Umgebungen und Erfahrungen, die ihren Begabungen, Interessen und Persönlichkeitseigenschaften entsprechen (Scarr, 1992; Siegler et al., 2016, S. 88). Einige sehr kleine Kinder entwickeln stark ausgeprägtes Interesse an bestimmten Arten

von Gegenständen oder Aktivitäten, die nicht auf elterliches Ermutigen zurückgehen (DeLoache, Simcock, & Macari, 2007; Siegler et al., 2016, S. 88). Mit zunehmendem Alter spielen Kinder eine immer aktivere Rolle bei der Auswahl ihrer Umgebung. Je mehr Autonomie sie gewinnen, desto mehr wählen sie Aspekte ihrer Umwelt, die zu ihrem Temperament und ihren Fähigkeiten passen (Siegler et al., 2016, S. 88).

(E) Umwelt des Kindes – Genotyp des Kindes: Die fünfte Beziehung des Modells basiert auf den Forschungserkenntnissen, dass der Genotyp nicht von Geburt an determiniert ist. Die Struktur der DNA ist zwar weitgehend festgelegt (Ausnahmen sind Mutationen), aber unter dem Einfluss der Umwelt können epigenetische Mechanismen das Funktionieren der Gene verändern und andere Ausprägungen stabilisieren, die zum Teil auch an die nächste Generation vererbt werden können (ebd.).

Die hier vereinfacht dargestellten fünf Arten von Wechselwirkungen zwischen Genen und Umwelt bilden das komplexe Zusammenspiel zwischen genetischen Kräften und Umweltkräften bei der Entwicklung ab und verdeutlichen die enormen Herausforderungen, die sich bei der Erforschung der individuellen Entwicklung von Kindern stellen (ebd., S. 89, 94).

Bedeutung von Anlage und Umwelt am Beispiel der Intelligenz

Die Frage, wie Variationen im Verhalten und in der Entwicklung aus der Interaktion genetischer und umweltbedingter Faktoren entstehen, wird nachfolgend am Beispiel der Intelligenz skizziert.

Merkmale wie die Intelligenz sind polygenetisch, sie werden demnach durch eine Kombination vieler Gene beeinflusst. Des Weiteren sind sie multifaktoriell, also von einer Vielzahl genetischer und umweltbedingter Faktoren beeinflusst, dabei sind die Quellen der interindividuellen Variationen vielfältig. Die Verhaltensgenetik versucht, die Beiträge von Genetik und Umwelt zu den beobachteten Unterschieden innerhalb einer Population von Menschen zu trennen (ebd., S. 89). Als Primärdaten für verhaltensgenetische Studien dienen zumeist Korrelationsmuster für Menschen mit divergenten genetischen Beziehungen (Eltern, Kinder, eineiige Zwillinge, Geschwister, Adoptivgeschwister etc.) (Bjorklund & Schneider, 2006, S. 795). Die Befunde dieser Familienuntersuchungen hinsichtlich der Intelligenz von Kindern und Jugendlichen bestätigen sowohl genetische als auch umweltbedingte Einflüsse. Studien belegen, dass Korrelationen zwischen IQ-Werten mit zunehmend engerer genetischer Beziehung zwischen Menschen ansteigen (Bouchard & McGue, 1981; Plomin & Petrill, 1997). So beträgt die mittlere Korrelation

zwischen biologischen Geschwistern, welche etwa 50 % ihrer Gene gemeinsam haben, in etwa .50. Für eineiige Zwillinge beträgt die entsprechende Korrelation ca. .86. Diese Korrelation verringert sich nur geringfügig, wenn diese Zwillinge getrennt aufgewachsen sind (.77) (Bjorklund & Schneider, 2006, S. 795). Das bedeutet, der genetische Einfluss zeigt sich in den durchgehend höheren Korrelationen bei höheren Graden genetischer Ähnlichkeit. Eineiige Zwillinge sind demnach einander ähnlicher als gleichgeschlechtliche zweieiige Zwillinge. Demgegenüber lassen sich Umwelteinflüsse dadurch feststellen, dass die Intelligenz eineiiger Zwillinge nicht identisch ist. Es bestehen weitere Belege für die Beeinflussung durch die Umwelt darin, dass sich gemeinsam aufgewachsene eineiige Zwillinge ähnlicher sind als eineiige Zwillinge, die getrennt aufwuchsen (Siegler et al., 2016, S. 90). Weitere Belege liefern Untersuchungen mit Adoptivgeschwistern, so beträgt die Korrelation zwischen Adoptivgeschwistern, die über keine gemeinsamen Gene verfügen, aber gemeinsam aufgewachsen sind, etwa .33 (Bjorklund & Schneider, 2006, S. 795; Bouchard, Lykken, McGue, Segal, & Tellegen, 1990; Plomin & Petrill, 1997). Neuere Studien (Davis, Haworth, & Plomin, 2009; Haworth, Wright, Luciano, Martin, de Geus, & Plomin, 2010) bestätigen, dass bei Zwillingen mit zunehmendem Alter der Grad, in dem die Varianz der Intelligenz durch die genetische Ähnlichkeit erklärt werden kann, zunimmt. Studien mit ein- und zweieiigen Zwillingspaaren zeigen, dass die Korrelation der IQs eineiiger Zwillinge mit zunehmendem Alter anstieg, während sie bei zweieiigen Zwillingen mit dem Alter abnahm. Diese Unterschiede im Korrelationsmuster bestehen sowohl zwischen der Kindheit und der Adoleszenz als auch zwischen der Adoleszenz und dem frühen Erwachsenenalter (Davis et al., 2009; Haworth et al., 2010; Siegler et al., 2016, S. 90). Das Ergebnismuster von Untersuchungen mit Kindern und deren biologischen Eltern bzw. Adoptiveltern zeigt deutlich auf, dass ein zunehmender Einfluss der genetischen Faktoren auf die kognitiven Kompetenzen im Verlauf der Kindheit besteht (Bjorklund & Schneider, 2006, S. 796; Plomin, Fulker, Corley, & DeFries, 1997). Dieses Muster, die Zunahme der genetischen Einflüsse bei zunehmendem Alter, passt zu der Annahme (Beziehung C im Modell, Abbildung 1), dass Menschen sich ihre Umwelt aktiv konstruieren (McGue, Bouchard, Iacono, & Lykken, 1993; Scarr & McCartney, 1983; Siegler et al., 2016, S. 90). Mit zunehmendem Alter der Kinder verringert sich der elterliche Einfluss auf ihre Aktivitäten und die Heranwachsenden steuern ihre Erfahrungen zunehmend selbst. Für dieses Muster können durchaus Erfahrungen richtungsweisend sein, die Heranwachsende aufgrund ihrer Erziehung gemacht haben, sofern diese Errungenschaften die Leistungen in Intelligenztests und die entsprechenden IQ-Maße beeinflussen. Kleinkinder können auf die Umstände und

Entwicklungsmöglichkeiten ihrer Erziehung nur geringfügig Einfluss nehmen, während ältere Kinder und junge Erwachsene im Hinblick auf ihre eigenen Erfahrungen mehr Einfluss haben. Möglicherweise bleibt der IQ eineiiger Zwillinge bis ins Erwachsenenalter ähnlich, da sie sich aufgrund ihrer gemeinsamen genetischen Prädispositionen ähnliche intellektuelle Anregungen suchen, wohingegen sich zweieiige Zwillinge zunehmend unähnlicher entwickeln, da sie sich jeweils andere Erfahrungen aussuchen (Scarr & McCartney, 1983, Siegler et al., 2016, S. 90).

Um innerhalb der Anlage-Umwelt-Thematik das Ausmaß, in welchem die Gene zu den unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen beitragen, zu quantifizieren und um abzuschätzen, welche Variabilitätsanteile eines Merkmals sich auf genetische und welche sich auf umweltbedingte Faktoren zurückführen lassen, werden aus Korrelationen Erblichkeitsschätzungen berechnet. Dieser statistisch geschätzte Wert gibt an, welcher Anteil der gemessenen Varianz eines bestimmten Persönlichkeitsmerkmals zwischen den Individuen einer bestimmten Population genetischen Unterschieden dieser Individuen zugeschrieben werden kann. Dabei ist es wichtig, dass der Erblichkeitsindex für das einzelne Individuum nichts über die relativen Beiträge genetischer und umweltbedingter Faktoren zur Entwicklung aussagen kann. Anstelle dessen ist die Erblichkeit ein statistisches Maß dafür, in welchem Umfang die beobachtete Variabilität innerhalb einer bestimmten Population von Menschen auf die Unterschiede ihrer Gene zurückgeht (Siegler et al., 2016, S. 90f.). Der Erblichkeitsindex für Intelligenz liegt nach allgemeinen Annahmen bei etwa 50 % (Bouchard, 2004; Plomin, 1990). Das heißt, dass in einer untersuchten Population etwa 50 % der IQ-Ausprägungsvarianz auf genetische Unterschiede zwischen den Mitgliedern dieser Gruppe zurückgehen. Damit ist jedoch nicht für jeden Menschen festgelegt, dass genau 50 % der Intelligenzausprägung bei jedem Einzelnen auf die genetische Ausstattung und die anderen 50 % auf die Erfahrung zurückzuführen sind. Dieser Erblichkeitswert zeigt also auf, dass der Beitrag der Umwelt zur Intelligenzvariation innerhalb einer Population ebenfalls 50 % ausmacht (Siegler et al., 2016, S. 91).

Diese kurze Darstellung der Anlage-Umwelt-Thematik am Beispiel der Intelligenz verdeutlicht, dass jede Untersuchung des genetischen Beitrags zum Verhalten und zu der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zugleich eine Untersuchung von Umwelteinflüssen ist und umgekehrt. Denn die Abschätzung der Erblichkeit führt automatisch auch zur Abschätzung derjenigen Varianzanteile, die nicht der Anlage zugeordnet werden können. Dass die Erblichkeit den Wert 50 % selten übersteigt, weist auf einen großen Einfluss von Umweltfaktoren hin (ebd., S. 93, 284ff.).

3 Kindliche Entwicklung und elterlicher Einfluss

Innerhalb der kindlichen Umwelt sind es vor allem die Eltern, die maßgeblich Einfluss auf die kindliche Entwicklung nehmen. Dieser Einfluss besteht zum einen aufgrund ihrer Gene und zum anderen aufgrund ihrer elterlichen Performanz, also durch ihr Erziehungsverhalten und ihre Erziehungsfähigkeit. Nachfolgend werden der genetische Beitrag zur Kindesentwicklung und der Einfluss der elterlichen Performanz auf die kindliche Entwicklung erläutert. Wieder sollen die Einflussfaktoren theoretisch begründet und beispielhaft anhand empirischer Befunde zu der intellektuellen Entwicklung der Kinder beschrieben werden.

3.1 Einfluss der elterlichen Gene

Jeder Mensch besitzt insgesamt 46 Chromosomen, dabei handelt es sich um 23 Chromosomenpaare (Siegler et al., 2016, S. 80). Auf den Chromosomen befinden sich Gene (funktionale Einheiten), welche die biologische Grundlage für die Ausprägung von Merkmalen darstellen. Gene können in verschiedenen Variationen vorkommen (Allelen). In jeder Körperzelle sind, mit Ausnahme der beiden Geschlechtschromosomen, von jedem Gen zwei Allele vorhanden (Pinquart et al., 2011, S. 26). Kinder bekommen von jedem Elternteil jeweils ein Element eines jeden Chromosomenpaares vererbt. Jedes Kind besitzt demnach zwei Kopien von jedem Gen, eines auf dem vom Vater und eines auf dem von der Mutter geerbten Chromosom. Kinder haben also die Hälfte ihrer Gene mit jedem ihrer Elternteile gemeinsam (Siegler et al., 2016, S. 80). Da bei der Zeugung die Gene von Mutter und Vater gemischt werden, entsteht die individuelle Genetik eines Menschen; jeder einzelne Mensch, mit Ausnahme eineiiger Zwillinge, ist genetisch einzigartig (Schwarzer, 2015, S. 17).

Gene stellen sicher, dass Menschen sich in bestimmter Weise gleichen, sowohl auf der Ebene der Spezies als auch auf individueller Ebene in Form von Familienähnlichkeiten (Siegler et al., 2016, S. 81). Dabei wird der Großteil menschlicher Eigenschaften und Persönlichkeitsmerkmale nicht von einem einzelnen Gen, sondern polygen, also von einer größeren Zahl verschiedener Gene bestimmt. Ein und dasselbe Genpaar kann auch pleiotrop für verschiedene Merkmale gleichzeitig verantwortlich sein. Wesentliche Wesenszüge des Menschen wie Intelligenz, Emotionalität oder auch die Körpergröße sind nicht dichotom verteilte Merkmale. So sind die meisten Menschen nicht entweder völlig unbegabt oder extrem hochbegabt, vielmehr verteilen sich die Intelligenz- und

Fähigkeitsgrade über ein weites Spektrum, wobei die meisten Individuen einen mittleren (durchschnittlichen) Grad aufweisen. Auch wenn in einigen Fällen ein einzelner spezifischer Gendefekt dazu führen kann, dass eine intellektuelle oder körperliche Retardierung eintritt, hängt doch der Großteil der intellektuellen Möglichkeiten bei Menschen von zahlreichen Genen ab, welche die divergierenden Voraussetzungen unterschiedlicher Begabungen beeinflussen. Wie sich die genetischen Veranlagungen im Endeffekt entfalten, liegt, wie bei allen Genwirkungen, zum einen daran, inwieweit sich die polygenen DNA-Informationen über die Transkription und Translation bis hin zur Genexpression im Individuum realisieren, wobei auch hier Umweltfaktoren im Spiel sind. Zum anderen hängt vor allem die psychische und geistige Entwicklung auch entscheidend von den spezifischen Umwelteinflüssen ab, denen der werdende Organismus in den jeweiligen Phasen seiner Entwicklung ausgesetzt ist (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 60, 63).

Bezogen auf die Frage des genetischen Einflusses der Eltern und die genetische Veranlagung von allgemeinen kognitiven Fähigkeiten (allgemeine Intelligenz) und von grundlegenden Persönlichkeitsmerkmalen kann, wie bereits dargestellt, aufgrund von Studien zur Schätzung der Erbllichkeit (Zwillings- und Adoptionsstudien) davon ausgegangen werden, dass diese für die Intelligenz bei ungefähr 50 % liegt (Grigorenko, 2000). Unklar ist, welche Gene diesen genetischen Anteil ausmachen. Angenommen wird, dass viele verschiedene Gene an diesem hoch komplexen Merkmal der Intelligenz mitwirken. Es handelt sich demnach um eine polygene Steuerung, wodurch das Auffinden einzelner Gene erschwert ist. Bei anderen Persönlichkeitsmerkmalen, wie beispielsweise Pessimismus, ist es der Forschung bereits gelungen, Zusammenhänge zu spezifischen Genen festzustellen (Schwarzer, 2015, S. 18.). Auch auf grundlegende Persönlichkeitseigenschaften nehmen die elterlichen Gene Einfluss. So legen Studien, welche Erbllichkeitsschätzungen für die Dimensionen des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit (*Big-Five-Model*) vorgenommen haben, für alle fünf Persönlichkeitsdimensionen (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit) des Modells eine Erbllichkeit von ca. 50 % nahe (Weber & Ramm-sayer, 2012, S. 78f.). Des Weiteren wurden genetische Einflüsse bei etlichen psychischen Eigenschaften und Verhaltensweisen festgestellt, wie beispielsweise Alkoholismus, Ängstlichkeit, Fröhlichkeit, Aggression, Leseschwäche und Motivation (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 67). Die Forschungen, welche diese genetischen Zusammenhänge zwischen psychischen Merkmalen und ihrer genetischen Verankerung auszumachen versuchen, dauern an (Schwarzer, 2015, S. 18).

Der Einfluss elterlicher Gene beinhaltet nicht nur die Vererbung von psychischen Merkmalen, denn auch eine Vielzahl von genetisch bedingten Krankheiten und Störungen können von den Eltern an ihre Kinder weitergegeben werden. Eine Vielzahl an Krankheiten weisen einfache Mendel'sche (dominant-rezessive) Vererbungsmuster auf. Bei vielen schwerwiegenden genetischen Störungen wird das Krankheitsbild nur bei Individuen mit zwei rezessiven Allelen ausgeprägt (Siegler et al., 2016, S. 82). Bis heute konnten bereits mehr als 2850 Krankheiten identifiziert werden, welche über rezessive Gene übertragen werden (Lander, 2011). Dazu zählen beispielsweise die Stoffwechselstörung Phenylketonurie, welche oft im Zusammenhang mit der Interaktion von Genotyp und Umwelt diskutiert wird (genauer s. Siegler et al., 2016, S. 82), die Sichelzellenanämie, das Tay-Sachs-Syndrom, eine schwere geistige Behinderung, sowie die Mukoviszidose, um nur einige der Störungen zu nennen. Beispiele für Krankheiten, welche von einem dominanten Gen verursacht werden, sind beispielsweise Chorea Huntington oder Neurofibromatose. Zu bedenken gilt, dass, auch wenn eine Krankheit nur durch ein einzelnes Gen verursacht wird, nicht dieses ein Gen für alle Symptome der Krankheit verantwortlich ist. Das einzelne Gen gibt im Körper nur den Anstoß für eine Reihe von Ereignissen, beispielsweise das Ein- und Ausschalten spezieller Gene, welche dann Auswirkungen auf viele verschiedene Bereiche der weiteren Entwicklung des betroffenen Menschen nehmen. Daneben gibt es aber auch polygenetische Vererbung, so sind viele der häufigen Krankheiten und Störungsbilder des Menschen auf eine Kombinationswirkung mehrerer Gene zurückzuführen, welche zudem oft auch noch mit Umweltfaktoren zusammenhängen. Hier sind beispielhaft Herzerkrankungen, Diabetes Typ-1 und Typ-2 und Asthma zu nennen. Aber auch bei der Entstehung von psychiatrischen Störungen wie Schizophrenie und Verhaltensstörungen, wie dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, wird angenommen, dass mehrere Gene beteiligt sind. Des Weiteren gibt es geschlechtsgebundene Vererbung, die impliziert, dass manche Krankheiten, die von einem einzelnen Gen verursacht werden, auf dem X-Chromosom weitergegeben werden und somit bei Männern weit häufiger auftreten. Eine geschlechtsgebundene Störung ist beispielsweise das Syndrom des Fragilen X-Chromosoms, die verbreitetste vererbte Form der geistigen Behinderung (Siegler et al., 2016, S. 82). Auch aufgrund von Fehlern bei der Bildung der Keimzelle während der Meiose kann es zu genetischen Störungen kommen, so kommt es beispielsweise zum Down-Syndrom, welches durch überzähliges Chromosomenmaterial verursacht wird. Inzwischen ist erwiesen, dass die Wahrscheinlichkeit eines solchen Fehlers bei der Zellteilung mit dem Alter der Eltern, insbesondere der Mutter, deutlich steigt (De Souza, Albermann, & Morris, 2009; Hurler,

2012; Siegler et al., 2016, S. 82). Ähnlich wie genetische Störungen durch zusätzliche oder fehlende Chromosomen entstehen, kann es auch passieren, dass aus zusätzlichen, fehlenden oder anomalen Genen genetische Störungen entstehen, ein Beispiel ist das Williams-Syndrom. Ebenso können viele Störungen auf Defekte in Regulatorgenen zurückgeführt werden, welche die Expression anderer Gene steuern. Des Weiteren gibt es, zusätzlich zu den bekannten genetisch verursachten Krankheiten, viele Syndrome, bei denen das Vererbungsmuster auf genetische Ursachen schließen lässt, welche jedoch aktuell noch nicht identifiziert werden konnten. Dies gilt beispielsweise für das Spektrum der autistischen Störungen (Siegler et al., 2016, S. 82f.)

Die vorangegangenen Ausführungen des Einflusses der elterlichen Gene zeigen, dass die Intelligenz, beurteilte Persönlichkeitseigenschaften (*Big Five*) und teilweise auch Einstellungen und Werthaltungen substanziell genetisch beeinflusst sind. Erwähnt sei hier noch, dass Temperamentsfaktoren nicht stärker genetisch beeinflusst sind als viele andere Eigenschaften. Dieser Einfluss ist prinzipiell alters- und kulturabhängig (Asendorpf, 2005, S. 342).

3.2 Einfluss der elterlichen Performanz

Viele der Erfahrungen, die Kinder und Jugendliche machen, nehmen über die elterliche Performanz Einfluss auf die kindliche Entwicklung. Das bedeutet, sie werden direkt – über das elterliche Verhalten – oder indirekt – über die Gestaltung und Beschaffenheit der Umwelt – von ihren Eltern vermittelt und gesteuert. Die Entwicklung der Kinder wird also ganz wesentlich durch die elterliche Performanz ihrer Eltern bestimmt und gefördert (Ziegenhain, 2008; Walter, Minne, & Borutta, 2011, S. 11). Wird im Folgenden von elterlicher Performanz als Überbegriff gesprochen, sind damit das elterliche Verhalten und die Erziehungsfähigkeit gemeint.

Zahlreiche Forschungsarbeiten stellen heraus, dass die elterliche Performanz einen bedeutenden Einfluss auf die entscheidenden Entwicklungsbereiche von Kindern und Jugendlichen nimmt. Viele Studien belegen die Zusammenhänge zwischen der Qualität der elterlichen Performanz und einer günstigen Entwicklung der Kinder (Asisi, 2015; Bornstein & Bradley, 2003; Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington, & Bornstein, 2000; Myers, 2005; Rauh, 2008; Reichle & Gloger-Tippelt, 2007; Walter et al., 2011). Die Erziehungsfähigkeit der Eltern stellt demzufolge einen zentralen Aspekt der gesundheitsrelevanten und entwicklungsfördernden elterlichen Performanz dar (Walter et al., 2011, S. 18).

3.2.1 Erziehungsfähigkeit und Erziehungsverhalten

Elterliche Erziehungsfähigkeit bedeutet nach Dettenborn und Walter (2016) „an den Bedürfnissen und Fähigkeiten eines Kindes orientierte Erziehungsziele und Einstellung auf der Grundlage angemessener Erziehungskennntnisse ausbilden und unter Einsatz ausreichender persönlicher Kompetenzen in der Interaktion mit dem Kind in kindeswohldienliches Erziehungsverhalten umsetzen zu können“ (Dettenborn & Walter, 2016, S. 121). Zum Erziehungsverhalten werden alle Handlungen und Unterlassungen des Erziehenden gezählt, die eine Wirkung auf die Entwicklung des Kindes haben. Ein Erziehungsverhalten, welches dem Kindeswohl dient, orientiert sich immer am Entwicklungsstand des Kindes. Es befriedigt die jeweils aus dem aktuellen Entwicklungsstand entstehenden kindlichen Grundbedürfnisse und fördert die kindlichen Kompetenzen. Kindeswohldienlich ist ein Erziehungsverhalten mit großer Wahrscheinlichkeit dann, wenn es durch folgende Kriterien definiert ist:

- Orientierung am Kind, das bedeutet, dem Kind ausreichend Zeit und Aufmerksamkeit zu schenken und seine Sicht zu respektieren
- Zuneigung und emotionale Wärme geben
- klare und erklärbare Regeln setzen, ebenso aber auch Autonomie fördernde Handlungsspielräume schaffen
- entwicklungsgerechte Anregungen anbieten (Walter et al., 2011, S. 20).

Studien, welche die zentralen Dimensionen elterlichen Erziehungsverhaltens untersuchen, stellen vor allem die Dimensionen „Zuwendung und Wärme versus Zurückweisung und Kälte“ und das „Ausmaß an Lenkung und Kontrolle“ als maßgeblich heraus (Maccoby & Martin, 1983; Walter et al., 2011, S. 20). Je nach Ausprägung des elterlichen Verhaltens bezüglich jeder dieser Dimensionen können unterschiedliche Erziehungsstile bestimmt werden, welche eine Typisierung von aufeinander bezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen darstellen (genauer s. Baumrind, 1996; Walter et al., 2011, S. 20).

Insgesamt ist es möglich, vier Funktionsbereiche zu unterscheiden, in welchen Kinder auf die Fürsorge und Betreuung durch ihre Eltern angewiesen sind (Hoghughi, 2004; Petermann & Petermann, 2006; Walter et al., 2011, S. 11). Dazu zählen die körperliche Gesundheit und Entwicklung, die psychische, kognitive und die sozial-emotionale Entwicklung. Bei Kleinkindern stehen die Befriedigung der physischen Grundbedürfnisse und das Bedürfnis nach emotionaler und sozialer Nähe im Mittelpunkt (Grossmann & Grossmann, 2004; Soliday, 2004; Walter et al., 2011, S. 11).

Bei älteren Kindern werden Erziehungs- und Bildungsaspekte für die elterliche Unterstützung immer wichtiger (Schneewind & Berkic, 2007; Walter et al., 2011, S. 11). Anforderungen an die elterliche Performanz sind nach Maccoby (1999, 2002) und Ziegenhain (2008) somit das Sicherstellen der körperlichen Versorgung, das Herstellen einer stabilen und vertrauensvollen Beziehung, das Vermitteln von Regeln und Werten sowie das Anbieten altersangemessener Lernmöglichkeiten (Walter et al., 2011, S. 11f.). Hinsichtlich der Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse sind Kinder abhängig davon, dass ihre existenziellen physiologischen Grundbedürfnisse adäquat gestillt werden und sie sind essenziell auf die körperliche Pflege und Hygiene, auf gute und ausreichende Ernährung und auf die Pflege bei Krankheiten durch die Eltern angewiesen (Walter et al., 2011, S. 28). Bezüglich der Befriedigung der universellen Basisbedürfnisse von Kindern haben Eltern vor allem in den frühen Entwicklungsphasen eine zentrale Funktion, so dass die Art und Weise, wie Eltern diese leisten, unmittelbar ihre Erziehungskompetenzen betrifft (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005, S. 49). Des Weiteren muss das Bedürfnis der Kinder nach emotionaler Nähe und liebevoller Fürsorge befriedigt werden, ebenso wie das Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz durch beständige Bindungspersonen. Das Fehlen der angemessenen Bedürfnisbefriedigung durch die Eltern kann von Vernachlässigungserscheinungen bis hin zu Schädigungen der Gehirnstrukturen führen, da die Ausbildung der Gehirnstrukturen auch in einem hohen Maße umweltabhängig ist (Dichgans, 1994; Klein, 2008, S. 111; Spitzer, 2002; Vester, 1978). Hinsichtlich der Erziehungs- und Bildungsaspekte zeigen Forschungen, dass die Qualität der häuslichen Umgebung eine der wichtigsten Determinanten frühkindlicher Entwicklungsergebnisse ist (Berger, Peter, & Spieß, 2010, S. 28). Die Qualität häuslicher Umgebung betrifft viele verschiedene Aspekte des häuslichen Lebens von Kindern, und das Sicherstellen dieser in angemessener Art und Weise ist Teil der elterlichen Erziehungskompetenzen. Zu der häuslichen Qualität zählen Aspekte wie beispielsweise die emotionale und verbale Reaktivität der Mutter, die Vermeidung von Einschränkungen und Bestrafungen, die Organisation der materiellen und zeitlichen Umwelt, die Bereitstellung angemessener Spielmaterialien, die mütterliche Beteiligung an dem Kind und das Schaffen vielfältiger Anregungen im Alltag (Siegler et al., 2016, S. 285f.).

Einfluss der elterlichen Performanz (Qualität der häuslichen Umgebung) am Beispiel der Intelligenz

Zahlreiche Forschungsarbeiten über Zusammenhänge zwischen der Qualität der häuslichen Umgebung und der intellektuellen Entwicklung von Kindern haben moderate

Korrelationen (.30–.60) nachgewiesen (gemessen mit *HOME Inventory*, Caldwell & Bradley, 2003; Bjorklund & Schneider, 2006, S. 802). So belegen Studien bezüglich der kognitiven Entwicklung der Kinder, dass während der gesamten Kindheit ihre IQ-Werte und ihre Rechen- und Leseleistungen positiv mit der Qualität der häuslichen Umgebung korrelieren (Bradley et al. 2001a; Siegler et al., 2016, S. 285). Insgesamt ergibt sich, dass Kinder von Müttern, welche emotional und verbal stärker auf die Kinder eingehen, mehr Spielzeug bereitstellen und allgemein intensiver mit den Kindern interagieren, später vergleichsweise intelligenter sind, als Kinder von Müttern, die in den frühen Entwicklungsphasen eine weniger stimulierende Umgebung hatten (Bradley & Caldwell, 1976; Bjorklund & Schneider, 2006, S. 802). Weitere Forschungsarbeiten, bei welchen die *HOME-Skala* zum Einsatz kam, bestätigen, dass Merkmale der Mutter-Kind-Interaktion innerhalb der beiden ersten Lebensjahre prädiktiv für die schulischen Leistungen der Kinder im Alter von 11 Jahren sind (Bradley, 1989; Bjorklund & Schneider, 2006, S. 802). Die Studien zeigen, dass die Qualität der häuslichen Umgebung von Familien mit sechs Monate alten Kindern positiv mit dem IQ der Kinder im Alter von vier Jahren korreliert. Ebenso korreliert die Qualität der häuslichen Umgebung von 2-jährigen Kindern positiv mit den später gemessenen Intelligenz- und Schulleistungen der Kinder im Alter von elf Jahren (Olson, Bates, & Kaskie, 1992; Siegler et al., 2016, S. 285). Bleibt die Qualität der häuslichen Umgebung im Zeitverlauf relativ stabil, sind auch die IQ-Werte im Allgemeinen stabil. Findet jedoch eine Veränderung in der Qualität der häuslichen Umgebung statt, so verändern sich auch häufig die IQ-Werte in dieselbe Richtung (Bradley, 1989; Siegler et al., 2016, S. 285). Stabile Muster in der kindlichen Entwicklung sind also nur dann zu erwarten, wenn die Qualität ihrer häuslichen Umgebung ebenfalls stabil bleibt. Stellen permanente Veränderungen in der kindlichen Umwelt die Normalität dar, muss davon ausgegangen werden, dass der Verlauf der intellektuellen Entwicklung des Kindes starken Veränderungen unterworfen ist (Bradley, 1989; Bjorklund & Schneider, 2006, S. 802). Günstige Startbedingungen sind demnach nicht ausreichend für einen guten intellektuellen Entwicklungsverlauf des Kindes, mindestens ebenso wichtig ist die Stabilität der stützenden Umweltbedingungen. Zusammenfassend zeigt sich, dass die Beurteilung unterschiedlicher Aspekte der häuslichen Umgebung eines Kindes eine gute Vorhersage seiner gemessenen Intelligenz ermöglicht (Siegler et al., 2016, S. 285). Hierbei muss bedacht werden, dass dies nur für Kinder zutrifft, bei denen relativ vergleichbare Lebensbedingungen vorliegen. Allerdings darf, aufgrund der noch nicht endgültig erforschten Situation, nicht resümiert werden, dass eine häusliche Umgebung von höherer Qualität *immer* zu einem höheren IQ der

Kinder führt. Denn zum einen ist die Art der häuslichen intellektuellen Umwelt, welche durch die Eltern gestaltet wird, immer auch von ihrer genetischen Ausstattung determiniert. Zum anderen konzentrieren sich fast alle vorliegenden Untersuchungen, bei welchen die Qualität der häuslichen Umgebung (mit dem *HOME Inventory*) untersucht wurde, auf Familien, in denen die Kinder von ihren biologischen Eltern großgezogen wurden. Die beiden genannten Umstände können bedeuten, dass die genetische Ausstattung der Eltern sowohl auf die intellektuelle Qualität der häuslichen Umgebung als auch auf den IQ ihrer Kinder Einfluss nimmt. Demnach wäre es nicht die häusliche Umwelt als solche, die zu einem höheren oder niedrigeren IQ der Kinder führt (Siegler et al., 2016, S. 285f.). Zu dieser Sichtweise finden sich Befunde weniger Studien, in denen die Qualität der häuslichen Umgebung bei Adoptivfamilien untersucht wurde (ebenfalls mit dem *HOME Inventory*). So zeigt sich, dass die Korrelationen zwischen der Qualität der häuslichen Umgebung und den IQ-Werten bei den Studien mit Adoptivkindern niedriger waren als in den Studien mit Kindern, die bei ihren leiblichen Eltern großgeworden sind (Plomin et al., 1997; Siegler et al., 2016, S. 286).

Obwohl die Messwerte des *HOME Inventory* eindeutig mit den IQ-Werten der Kinder korrelieren, muss die Interpretation kausaler Zusammenhänge zwischen der kognitiven Entwicklung und der Qualität der häuslichen Umgebung demnach mit Vorsicht erfolgen (Siegler et al., 2016, S. 285f.).

3.2.2 Einflüsse auf das Erziehungsverhalten

Die elterliche Performanz wird von einer Reihe unterschiedlicher Determinanten beeinflusst. Nach Belsky (1984) sind es folgende drei Hauptbereiche, welche einen Einfluss auf das elterliche Verhalten nehmen: a) die elterliche Persönlichkeit, dies beinhaltet Persönlichkeitseigenschaften und das psychische Wohlbefinden der Eltern, b) die Merkmale des Kindes, also individuelle Eigenschaften des Kindes und c) der soziale Kontext (s. Abbildung 2). Hier ist der Kontext gemeint, in welchen die Eltern-Kind-Beziehung eingebettet ist, dies schließt besonders eheliche Beziehungen, soziale Netzwerke und arbeitsbezogene Erfahrungen der Eltern ein (Asisi, 2015, S. 25f; Belsky, 1984). Nachfolgendes Prozessmodell nach Belsky (1984) veranschaulicht die Determinanten des elterlichen Erziehungsverhaltens:

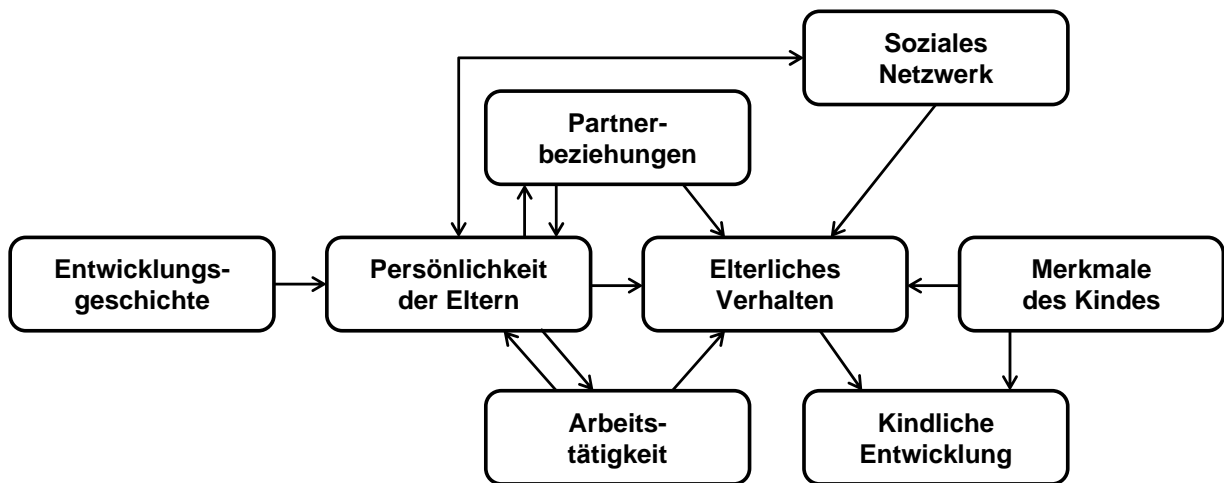


Abbildung 2. Prozessmodell der Determinanten des elterlichen Erziehungsverhaltens

Für die vorliegende Untersuchung sind vor allem die elterlichen Persönlichkeitseigenschaften und der soziale Kontext von Bedeutung, so dass diese nachfolgend skizziert werden.

Persönlichkeitseigenschaften der Eltern

Aufgrund von Forschungsergebnissen hinsichtlich der Frage, welche Art von Persönlichkeitseigenschaften von Eltern mit unterschiedlichen Qualitäten von Erziehungsverhalten einhergeht, kann gesagt werden, dass kognitive und motivationale Kompetenzen und eine gesunde sozial-emotionale Entwicklung der Kinder durch sensitives, aufmerksames, warmes, stimulierendes und nicht einschränkendes elterliches Verhalten unterstützt wird. Eine realistische und sensitive Einstellung der Eltern gegenüber den Fähigkeiten und Entwicklungsaufgaben ihrer Kinder führt zu einer positiven und altersadäquaten Entwicklung. Ein entwicklungsförderndes Verhalten der Eltern wird beispielsweise durch folgende Eigenschaften geprägt: eine reife Persönlichkeit, Empathie- und Adaptionfähigkeit, ein hohes Selbstwertgefühl, eine gute psychische und physische Gesundheit, ein hohes Wohlbefinden sowie positive Erfahrungen in der eigenen Kindheit (Asisi, 2015, S. 26ff.; Belsky, 1984, S. 84f.; Gerris, Dubas, Jannsens, & Vermulst, 2000, S. 153).

Sozialer Kontext

Auch hinsichtlich der sozialen Unterstützung kann davon ausgegangen werden, dass ein positiver Einfluss auf das psychische Wohlbefinden, die Gesundheit und die elterliche Performanz besteht, denn fehlende Unterstützung der Eltern kann nachgewiesenermaßen zu vermehrtem Stress und Belastungsreaktionen führen (Asisi, 2015, S. 27;

Belsky, 1984). Viele Studien belegen, dass soziale Unterstützung der Eltern im Allgemeinen mit besserem elterlichen Erziehungsverhalten und besseren Erziehungsergebnissen beim Kind verbunden ist (Cardoso, Padilla, & Sampson, 2010; Feldman, R. & Masalha, 2007; Siegler et al., 2016, S. 450). Nach Belsky (1984) gibt es drei Funktionen der Unterstützung: a) die emotionale Unterstützung, das beinhaltet liebevolle Fürsorge, interpersonelle Akzeptanz etc., b) die instrumentelle Begleitung, hier geht es um Hilfe bei alltäglichen Aufgaben und in der Kinderpflege, und c) die Unterstützung in sozialen Erwartungen, damit ist die Übereinstimmung in ideologischer Sichtweise hinsichtlich dessen, was adäquates Verhalten ist, gemeint. Soziale Unterstützung kann Elternschaft direkt, z. B. über Lob für eine gute Kindererziehung, oder indirekt, z. B. in Form von Liebe des Partners u. ä., beeinflussen. Der Einfluss des sozialen Kontextes (eheliche Beziehung, soziale Netzwerke und arbeitsbezogene Erfahrungen der Eltern) auf das Verhalten der Eltern ist unterschiedlich gewichtet. Die ehelichen Beziehungen stellen das Unterstützungssystem dar, welches sowohl in positiver als auch in negativer Art den größten Einfluss nehmen kann (Assis, 2015, S. 27ff.; Belsky, 1984).

Innerhalb des Modells wird angenommen, dass die eigene Entwicklungsgeschichte der Eltern, ihre eheliche Beziehung, ihre sozialen Netzwerke und ihre Berufstätigkeit, Auswirkungen auf ihre individuelle Persönlichkeit und ihr psychisches Wohlbefinden haben und somit Einfluss auf ihr elterliches Erziehungsverhalten nehmen. Dieses wiederum beeinflusst die Entwicklung ihres Kindes. Zusammenfassend lässt sich demnach festhalten, dass das elterliche Erziehungsverhalten multideterminiert ist; sowohl elterliche und kindliche Persönlichkeitseigenschaften als auch der soziale Kontext beeinflussen die Elternschaft nicht in identischer Art und Weise. Des Weiteren wirken die eigene Entwicklungsgeschichte und Persönlichkeit jedes Elternteils indirekt auf das elterliche Erziehungsverhalten, indem sie auf den breiteren Kontext der Eltern-Kind-Beziehung (eheliche Beziehungen, soziale Netze und Arbeitserfahrungen) Einfluss nehmen (Assis, 2015, S. 25f.; Gerris et al., 2000, S. 152; Graf, 2002, S. 41f.).

Anhand des Modells von Belsky (1984) wird auch deutlich, dass, wenn es zu negativen Ausprägungen bei den Determinanten des Erziehungsverhaltens kommt, psychosoziale Risikofaktoren innerhalb der Familie entstehen, welche sich sowohl direkt als auch indirekt ungünstig auf das Erziehungsverhalten und die kindliche Entwicklung auswirken können. Als risikoe erhöhende Aspekte des familiären Kontextes haben sich in zahlreichen Untersuchungen die Faktoren in nachfolgender Tabelle 1 herausgestellt:

Tabelle 1. Risikofaktoren des familiären Umfeldes

-
- andauernde Konflikte und gestörte Beziehungsmuster innerhalb der Familie
 - häufig wechselnde Bezugspersonen
 - psychische Störungen, schwere körperliche Erkrankungen/Behinderung der Eltern
 - elterliche Erziehungsprobleme
 - niedriger sozioökonomischer Status der Familie, Armut
 - schlechte Schulbildung der Eltern, Arbeitslosigkeit
 - kriminelles oder dissoziales Verhalten der Eltern
 - Großfamilie und beengter Wohnraum
 - alleinerziehender Elternteil, Abwesenheit des Vaters
 - uneheliche Geburt
 - Verlust der Eltern durch Trennung, Scheidung oder Tod
 - Berufstätigkeit der Mutter in den ersten 12 Lebensmonaten
 - geringer Altersabstand zum nächsten Geschwisterkind (weniger als 18 Monate)
 - Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörung eines Geschwisterkindes
 - geringes Alter der Mutter bei der Geburt
 - Unerwünschtheit und Ablehnung des Kindes
 - Unterbringung des Kindes außerhalb der Familie (Heim, Pflegefamilie etc.)
 - Gewalttätigkeit, körperlicher und/oder sexueller Missbrauch
-

(Deegener & Körner, 2008, S. 24f.; Egle, Hoffmann, & Steffens, 1997, S. 693; Lohaus, 2013, S. 242f.). Diese Faktoren stellen nachgewiesenermaßen Belastungen für Kinder dar, die sich negativ auf die körperliche und psychische Verfassung, die Entwicklung und ihre Kompetenzen auswirken können. Es besteht keine Zwangsläufigkeit einer negativen Auswirkung, vor allem, da es eine Reihe von Schutzfaktoren gibt, die positiv auf die kindliche Entwicklung wirken und den Risiken entgegenwirken können (detaillierte Auflistungen der Schutzfaktoren bei Deegener & Körner, 2008, S. 30f.; Lohaus, 2013, S. 243f.). Grundsätzlich ergeben sich viele Zusammenhänge und reziproke Beziehungen untereinander, viele Faktoren hängen zusammen und bedingen sich gegenseitig. Nachgewiesen ist, dass bei einer Kumulierung negativer Einflussfaktoren das Risiko deutlich erhöht ist. Die Gefährdung hinsichtlich der Entstehung von Entwicklungsstörungen ist umso höher, je mehr Risiko- und je weniger Schutzfaktoren vorliegen. Dabei ist neben der reinen Quantität, also der Anzahl der Faktoren auch die Qualität, also die Ausprägung und Intensität der Faktoren von Bedeutung (Lohaus, 2013, S. 245).

Einfluss familiärer Risikofaktoren auf die kindliche Entwicklung am Beispiel der Intelligenz

Betrachtet man im Rahmen familiärer Risikofaktoren beispielhaft die intellektuelle Entwicklung der Kinder, zeigt sich der Befund, dass der IQ eines Kindes tendenziell umso niedriger ist, je mehr Risiken seine Umwelt aufweist. Erforscht wurde, dass Kinder, deren Umwelt keinen einzigen Risikofaktor enthielt, einen durchschnittlichen IQ von 115 erreichen; der Durchschnitts-IQ der Kinder, bei denen sechs oder mehr Risiken nachgewiesen wurden, lag bei 85 (Sameroff, Seifer, Baldwin, & Baldwin, 1993; Siegler et al., 2016, S. 289). Studien bestätigen, dass die bloße Anzahl der Risiken in der Umwelt des Kindes ein besserer Prädiktor für den IQ des Kindes ist, als jeder einzelne Risikofaktor (Gassman-Pines & Yoshikawa, 2006; Guteman, Sameroff, & Cole, 2003; Sameroff et al., 1993). Untersuchungen mit Kindern aus sozial benachteiligten Milieus im Alter von vier und 13 Jahren, in welchen der IQ der Kinder ermittelt wurde und die häusliche Umgebung der Kinder im Hinblick auf Risikofaktoren analysiert wurde, zeigen, dass ein aggregierter Risiko-Score etwa 34 % der IQ-Varianz im Alter von vier Jahren und 37 % im Alter von 13 Jahren erklärt. Das bedeutet, dass Risikofaktoren des familiären Umfelds signifikant zur intellektuellen Entwicklung der Kinder beitrugen, auch nach der Kontrolle des sozioökonomischen Status und dem IQ-Wert der Mutter. Interessant sind auch die Resultate bezüglich der Stabilität von IQ-Werten bei Kindern. So korrelieren die IQ-Werte im Alter von vier Jahren hoch mit denen im Alter von 13 Jahren (.72). Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass das häusliche Risiko im Alter von vier Jahren hoch mit dem im Alter von 13 Jahren assoziiert ist (.76) (Sameroff et al., 1993; Bjorklund & Schneider 2006, S. 802). Das bedeutet, für die Risikofaktoren, die an den Messzeitpunkten im Alter von vier bzw. 13 Jahren in der Umwelt der Kinder vorhanden waren, ergab sich die gleiche Stabilität wie bei den jeweiligen IQ-Werten. Somit korreliert also die Anzahl der familiären Risikofaktoren in der Umgebung eines 4-jährigen Kindes demnach nicht nur hoch mit seinem IQ in diesem Alter, sondern es kann auch die zu erwartende Veränderung der Intelligenz für das Alter von 13 Jahren vorausgesagt werden (Sameroff et al., 1993; Siegler et al., 2016, S. 290). Daraus lässt sich schließen, dass familiäre Risikofaktoren sowohl unmittelbare als auch langfristige Auswirkungen auf die intellektuelle Entwicklung von Kindern haben. Es sei noch einmal erwähnt, dass der Einfluss der Gene dabei nicht ganz außer Acht gelassen werden kann, da beispielsweise Faktoren wie Ängstlichkeit, eine schlechte psychische Verfassung oder weitere Risikofaktoren auch biologisch von den Eltern an ihre Kinder vererbt werden können (Siegler et al., 2016, S. 290).

4 Elternschaft bei intellektueller Beeinträchtigung

Für die Beschäftigung mit dem Thema *Elternschaft bei intellektueller Beeinträchtigung* ist es wichtig, sich vorab mit den zentralen Aspekten intellektueller Beeinträchtigung auseinanderzusetzen. Nach diesen grundlegenden theoretischen Ausführungen sind empirische Erkenntnisse von Bedeutung, so dass anschließend ein Überblick über die Forschungen zu Elternschaft bei intellektueller Beeinträchtigung gegeben wird. Insbesondere werden hier Angaben zur Prävalenz sowie internationale Befunde über die Auswirkungen der intellektuellen Beeinträchtigung auf Elternschaft präsentiert.

4.1 Intellektuelle Beeinträchtigung

Die vorliegende Studie wirft sowohl die Frage nach der Definition und Klassifikation, nach epidemiologischen und ätiologischen Aspekten von intellektueller Beeinträchtigung als auch nach zugehörigen Faktoren und Merkmalen auf.

Bislang stellt „intellektuelle Beeinträchtigung“ kein einheitliches Konstrukt dar, umso wichtiger ist es im Folgenden, durch präzise Definition und Klassifikation eine Systematik herzustellen. Fragen der Definition und Klassifikation von intellektueller Beeinträchtigung spielen eine bedeutende Rolle, zum Beispiel für die epidemiologische Forschung, welche mit der Ermittlung von Prävalenzen und Inzidenzen eine wichtige Grundlage für die Planung von Behandlung und Fördermaßnahmen ist. Personengruppen definitorisch zu bestimmen ist die Voraussetzung, um angemessenen Unterstützungsbedarfs zu erfassen, ebenso ist dadurch eine Feinanalyse wichtiger Spezifika dieses Personenkreises möglich. Des Weiteren sind Definitionen und Klassifikationen für den wissenschaftlichen Kontext, zur wissenschaftlichen Verständigung und Auseinandersetzung, dringend erforderlich, denn nur bei klarer Verständigung sind erforderliche Abgrenzungen und vergleichende Aussagen möglich (Neuhäuser, 2008, S. 164; Neuhäuser & Steinhäuser, 2013; Nußbeck, 2008b, S. 5). Für eine umfassende Auseinandersetzung und der Personengruppe angemessenen Beschreibung von „intellektueller Beeinträchtigung“ liegen verschiedene internationale Definitionen und Klassifikationssysteme vor, an denen man sich orientieren kann. Die bekanntesten sind die Klassifikationssysteme *DSM-5* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, 2013), das Klassifikationssystem psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2016), bekannt unter *ICD-10* (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*) sowie das Konzept der *AAIDD* (*American Association on Intellectual*

and Developmental Disabilities, AAIDD, 2010). Der Ansatz der *AAIDD* bewegt sich in ähnlichen Bahnen wie das *DSM-5* und das *ICD-10*, die medizinischen Kategorien werden jedoch weniger betont, dafür wird der sozialen Dimension ein deutlicheres Gewicht verliehen und personenspezifische Aspekte stärker betrachtet. Konkret bedeutet das, dass es in dem Konzept der *AAIDD* im Rahmen der Beschreibung einer intellektuellen Beeinträchtigung in erster Linie um die Erfassung eines Unterstützungsbedarfes geht. In den medizinisch ausgerichteten Klassifikationssystemen *DSM-5* und *ICD-10* hingegen geht es schwerpunktmäßig um die Diagnostizierung einer intellektuellen Beeinträchtigung (Theunissen, 2016, S. 36ff.). Das Gemeinsame und Übergeordnete der Definitionen dieser drei Ansätze ist, dass alle intellektuelle Beeinträchtigung anhand eines Doppelkriteriums bestimmen. Das bedeutet, dass sie nicht nur eine IQ-bezogene Klassifikation von intellektueller Beeinträchtigung verwenden, sondern neben dem Intelligenzfaktor auch soziale Anpassungsleistungen berücksichtigen (Luckasson et al., 2002; Theunissen, 2016, S. 17; Wendeler, 1993).

In dieser Arbeit wird für die Definition und Klassifikation von intellektueller Beeinträchtigung der Fokus stärker auf die medizinischen Klassifikationssysteme (*DSM-5* und *ICD-10*) gelegt, da es in der vorliegenden Untersuchung weniger um die Ermittlung von personenbezogener, angemessener Unterstützung geht als um eine klare Definition, welche den Einsatz bestimmter Messinstrumente und eine gute Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht. Da eine intellektuelle Beeinträchtigung eines Menschen immer als Ergebnis des Zusammenwirkens von vielfältigen sozialen Faktoren und medizinisch beschreibbaren Störungen anzusehen ist, muss bedacht werden, dass die ausschließliche Verwendung der medizinisch ausgerichteten Definitionen und Klassifikationen den Personen in ihrer Komplexität, Einzigartigkeit und Würde nicht gerecht wird (Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 16ff.). Das „Wesen der geistigen Behinderung“ und Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als *den einen* Personenkreis zu beschreiben ist bei der heterogenen Gruppe mit den vielfältigen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungseinschränkungen, spezifischen Stärken und Schwächen, neurologischen Störungen und den damit verbundenen unterschiedlichen Auswirkungen kaum möglich (Nußbeck, 2008a, S. 3).

4.1.1 Definition und Klassifikation

Das Klassifikationssystem *DSM-5* definiert eine *Intellektuelle Beeinträchtigung* (*intellectual disability*) als „eine Störung, die während der frühen Entwicklungsphase beginnt und die sowohl intellektuelle als auch adaptive Funktionsdefizite in konzeptuellen, sozialen und alltagspraktischen Bereichen umfasst“ (Falkai & Wittchen, 2015, S. 43).

Nach dem *DSM-5* müssen die folgenden drei diagnostischen Kriterien erfüllt sein:

1) Defizite in der *intellektuellen Funktionsfähigkeit* (*intellectual functioning*): Defizite in diesem Bereich betreffen vor allem schlussfolgerndes, logisches, problemlösendes und abstraktes Denken, Planen und Urteilen, akademisches und experimentelles Lernen, Lernen aus Erfahrung oder Beobachtung. Um die intellektuelle Funktionsfähigkeit zu erfassen, werden neben einem klinischen Assessment und einem Intelligenztest ebenfalls soziale Einflussfaktoren (sozio-kultureller Hintergrund, Muttersprache) und zusätzliche kommunikative, motorische oder sensorische Beeinträchtigungen mit einbezogen.

2) Defizite in der *adaptiven Funktionsfähigkeit* (*adaptive functioning*): Hier geht es um die Erfassung von Beeinträchtigungen im:

- a) Konzeptionellen Bereich, bezogen auf sprachliche Fähigkeiten, Fertigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen, Urteilsfähigkeit, Wissen und Gedächtnisleistung;
- b) Sozialen Bereich, bezogen auf Kompetenzen wie Empathie, Erfassung und Beurteilung sozialer Situationen, zwischenmenschliche Kommunikation, Bildung und Pflege von Freundschaften u. a.;
- c) (Alltags-)praktischen Bereich, bezogen auf Selbstmanagement bzw. Selbstversorgung (persönliche Pflege), verantwortliches Arbeitsverhalten, Umgang mit Finanzen, Freizeitgestaltung oder Erfüllung bestimmter Pflichten.

Auch für die Erfassung der adaptiven Funktionsfähigkeit soll die entsprechende Diagnostik breit angelegt sein, dies beinhaltet Skalen zur Einschätzung der adaptiven Kompetenzen, anamnestische Gespräche und Informationen von nahen Bezugspersonen.

3) Wenngleich sich eine intellektuelle Beeinträchtigung nicht auf einen bestimmten Altersabschnitt beschränkt, legt die Definition fest, dass die Symptome während der Entwicklungsphase (bis zum 18. Lebensjahr) entstanden sein müssen (Falkai & Wittchen, 2015, S. 43; Theunissen, 2016, S. 41).

Eine intellektuelle Beeinträchtigung kann in unterschiedlichen graduellen Ausprägungen auftreten. Im Rahmen des *DSM-5* wird eine Graduierung der intellektuellen Beeinträchtigung nach den Schweregraden *leicht*, *mittel*, *schwer* und *extrem* vorgenommen (Macha & Petermann, 2017). Die Kriterien für geistige Behinderung haben im *DSM-5*

eine Neuerung erfahren, so wird die Diagnose einer intellektuellen Beeinträchtigung inzwischen nicht mehr nur auf der Basis eines IQ-Wertes unter 70 gestellt, sondern basierend auf einem umfassenden Assessment hinsichtlich der Einschätzung der Intelligenz und der drei Bereiche der adaptiven Funktionsfähigkeit. Dabei müssen die adaptiven Fähigkeiten mindestens in einem der drei Bereiche unter der durchschnittlichen Altersnorm liegen. Des Weiteren müssen die Defizite in den adaptiven Fähigkeiten einen direkten Bezug zu Defiziten der intellektuellen Funktionsfähigkeit aufweisen (APA, 2013; Theunissen, 2016, S. 42). Auch die Ableitung der Schweregrade erfolgt durch die qualitative Erfassung der bestehenden kognitiven, sozialen und alltagspraktischen Einschränkungen (Macha & Petermann, 2017).

Das Klassifikationssystem *ICD-10* versteht unter intellektueller Beeinträchtigung (in der *ICD-10* als Intelligenzminderung bezeichnet) „eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z. B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten“ (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2015, S. 308). Das *ICD-10* klassifiziert eine intellektuelle Beeinträchtigung weiterhin in Abhängigkeit vom vorliegenden Schweregrad, welche durch den Intelligenzquotienten definiert sind. Eine *leichte Intelligenzminderung* (IQ = 50–69) geht mit verzögertem Spracherwerb und einer verzögerten Selbstständigkeitsentwicklung einher, im Entwicklungsverlauf werden jedoch in den meisten Fällen genügend Kompetenzen der Alltagskommunikation und Unabhängigkeit in der Selbstversorgung hinsichtlich grundlegender häuslicher Tätigkeiten erlernt. Es bestehen gute Chancen, dass Fähigkeiten, welche für die selbstständige Ausübung einfacher Arbeitstätigkeiten qualifizieren, erlernt werden. Für die *mittelgradige Intelligenzminderung* (IQ = 35–49) ergibt sich, dass so ausgeprägte Entwicklungs- bzw. Sprachentwicklungsverzögerungen bestehen, dass zumeist eine lebenslange Betreuung notwendig ist. Bei angemessener Strukturierung und Betreuung gelingt es mittelgradig intelligenzgeminderten Erwachsenen basale praktische Tätigkeiten auszuüben. In den meisten Fällen sind die Betroffenen körperlich relativ aktiv und können sozial-kommunikative Fähigkeiten erlernen. Bei einer *schweren Intelligenzminderung* (IQ = 20–34) liegt in den meisten Fällen eine stark ausgeprägte Beeinträchtigung der Sprachentwicklung vor, so dass die sprachliche Kommunikation im Alltag nur erschwert oder gar nicht erfolgen kann. Zudem zeigen sich deutliche motorische Einschränkungen, welche eine intensive Betreuung erforderlich machen. Die *schwerste Intelligenzminderung* (IQ < 20) bedeutet, dass die Betroffenen kaum in der Lage sind, Aufforderungen zu verstehen oder zu befolgen. Die Bewegungsfähigkeit ist

stark eingeschränkt bis hin zur Immobilität. Eine Kommunikation kann nur noch rudimentär geführt werden und es ist eine ständige Betreuung vonnöten (Macha & Petermann, 2017).

Im wissenschaftlichen Kontext wird zumeist der Begriff *intellectual disability* (= ID) verwendet. Für eine bessere Lesbarkeit findet diese Abkürzung an vielen Stellen der vorliegenden Arbeit ebenfalls Anwendung. International bestehen einige Unterschiede hinsichtlich der exakten Definitionen und der Begrifflichkeit von intellektueller Beeinträchtigung (Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 18; Nußbeck, 2008b, S. 6). Beispielsweise muss bei epidemiologischen Ergebnissen aus dem englischen Schrifttum berücksichtigt werden, dass der Grenzbereich „Lernbehinderung“ (IQ zwischen 85 und 70) beispielsweise oft der *mental retardation* bzw. der *intellectual disability* zugeordnet wird, während im medizinischen Bereich die strengeren Klassifikationskriterien der *ICD-10* (Dilling et al., 2015) zugrunde gelegt werden und von geistiger Behinderung bei einem IQ von 70 und weniger gesprochen wird (Neuhäuser, 2008, S. 164). So können die Angaben zur Prävalenz von Menschen mit ID schwanken und sind vor diesem Hintergrund mit entsprechender Sorgfalt zu interpretieren. Für diese Arbeit gelten die Definitionskriterien der *ICD-10*, bei welchen es sich bei einem IQ < 70 um eine geistige Behinderung und bei einem IQ zwischen 70–85 um eine Lernbehinderung handelt, vorausgesetzt es liegen auch entsprechend der beschriebenen Kriterien Einschränkungen in den adaptiven Kompetenzen vor. Intellektuelle Beeinträchtigung (*intellectual disability*, ID) ist hier demnach als Überbegriff für beide soeben genannten Personengruppen zu verstehen.

4.1.2 Prävalenz

Die Angaben zur Prävalenz von intellektueller Beeinträchtigung schwanken in der Forschungsliteratur stark, was mit den bereits angesprochenen definitorischen und methodologischen Unterschieden zu begründen ist. Eine internationale Übersichtsarbeit (Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua, & Saxena, 2011) hat die gesamte epidemiologische Literatur zur Häufigkeit erfasst. Auf der Grundlage von insgesamt 52 Studien, publiziert zwischen 1980 und 2009, wurden mittels der Methode der Meta-Analyse die Prävalenzraten berechnet. Dies führt zu der Beantwortung der Frage, wie viele Personen aus einer beobachteten Gruppe zu einem definierten Zeitpunkt betroffen waren. Die Studie zeigt, dass, unabhängig vom Alter, die Gesamtprävalenz für geistige Behinderung 10.37/1000 Mitglieder der Bevölkerung betrifft. Dies entspricht kaum mehr als 1 % der Gesamtbevölkerung. In Ländern mit hohem Einkommen, wie Deutschland, ist diese

Rate mit 9.21/1000 wesentlich niedriger als in Ländern mit geringem Einkommen (16.41/1000) (Maulik et al., 2011; Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 18f.). Intellektuelle Beeinträchtigungen treten in niedrigen sozialen Schichten und in ländlichen Gebieten häufiger auf als in der Stadt und in höheren sozialen Schichten. Die Angaben zur Prävalenz intellektueller Beeinträchtigungen variieren auch in Abhängigkeit von dem soziokulturellen Niveau in den untersuchten Ländern. So berichtet eine groß angelegte Pilotstudie in verschiedenen Entwicklungsländern eine Prävalenzrate von 5–15 auf 1000 Kinder in einem Alter von 3–9 Jahren (Belmont, 1986, zitiert nach Eggers, 2004, S. 697). Der Prozentsatz intellektueller Beeinträchtigungen liegt in den ersten drei Lebensjahrzehnten höher als in den übrigen Lebensabschnitten, was durch die gegenüber der Durchschnittsbevölkerung höhere Sterblichkeit erklärt werden kann (Eggers, 2004, S. 697). So zeigt sich für das Kinder- und Jugendalter eine deutlich höhere Prävalenz (18.3/1000) als für das Erwachsenenalter (4.94/1000) bzw. in mit erwachsenen Probanden gemischten Populationen (5.04/1000) (Maulik et al., 2011; Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S.18f.).

Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Besonderheiten zeigen Forschungen, dass insgesamt die Diagnose beim männlichen Geschlecht häufiger gestellt wird als beim weiblichen Geschlecht. Dies betrifft sowohl die leichten Formen (durchschnittliches Verhältnis von männlich zu weiblich 1,6:1) als auch die schweren Formen (durchschnittliches Verhältnis von männlich zu weiblich 1,2:1) der intellektuellen Beeinträchtigung. Allerdings variieren die Angaben zu den Verhältnissen in verschiedenen Studien stark. Bei Erwachsenen variiert die Geschlechterrate von weiblich zu männlich zwischen 0.7 und 0.9, bei Kindern und Jugendlichen zwischen 0.4 und 1 (Maulik et al., 2011; Neuhäuser, & Steinhausen, 2013, S. 19). Mögliche Erklärungen für einige dieser Geschlechtsunterschiede sind geschlechtsgebundene genetische Faktoren und eine stärkere Vulnerabilität für plötzliche Gehirnerkrankungen beim männlichen Geschlecht (Falkai & Wittchen, 2015, S. 50).

Aufgrund der definitorischen Unterschiede schwanken auch die Prävalenzangaben zu den verschiedenen Ausprägungsgraden der ID in der internationalen Literatur. Im Rahmen des *DSM-5* wird die empirische Prävalenz der intellektuellen Beeinträchtigungen auf ca. 1 % geschätzt. Davon erfüllen etwa 85 % die Kriterien des leichten, ca. 10 % die Kriterien des mittelgradigen, etwa 3–4 % die Kriterien des schweren und etwa 1–2 % die Kriterien des extremen Grades (Falkai & Wittchen, 2015; Macha & Petermann, 2017). Weitere internationale Angaben zur Prävalenz schwanken für eine schwere geistige Behinderung ($IQ < 50$) zwischen 0,28 und 0,73 und für die leichte geistige

Behinderung (IQ 50–69) zwischen 0,39 und 5,76 (Häßler, 2011, S. 18). Angaben zur Prävalenz einer Lernbehinderung, welche gemäß internationaler Terminologie als leicht von der Norm nach unten abweichenden Intelligenz mit einem IQ zwischen 85 und 70 definiert wird (ebd., S. 14; Schäfer, 2008, S. 183), existieren nicht, in diesem Bereich der Intelligenz können Entwicklungen in die eine bzw. andere Richtung in sehr kurzer Zeit erfolgen. Demnach bilden statistische Aussagen die Tendenzen nur ungenügend ab (Häßler, 2011, S. 18). Allgemein wird angenommen, dass leichte intellektuelle Behinderungen doppelt so häufig sind wie schwere Oligophrenien (Eggers, 2004, S. 697). Für Deutschland lässt sich zusammenfassend konstatieren, dass es über die Gesamtzahl der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung derzeit keine zuverlässigen Angaben gibt (Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 18). Aktuell wird ein Anteil intellektuell beeinträchtigter Menschen von 0,99 % bis 1,2 % angenommen. Dabei gibt es auch hierzulande weitaus mehr Menschen mit mittleren und leichten Formen geistiger Behinderung als mit schweren (Theunissen, 2016, S. 40f.).

4.1.3 Genetische und biologische Grundlagen

Zwei-Gruppen-Hypothese

Die Zwei-Gruppen-Hypothese unterteilt geistige Behinderung in zwei Gruppen, wobei unterschieden wird zwischen leichter und schwerer Intelligenzminderung (Burack, 1990). Die Zwei-Gruppen-Hypothese besagt, dass die Gruppe der leichten Intelligenzminderung (IQ 50–70) das linke Ende der Gauß'schen IQ-Normalverteilung repräsentiert, deren Gipfel laut Definition bei einem IQ von 100 liegt. Die leichte geistige Behinderung wird über einen polygenen-multifaktoriellen Erbgang vermittelt und durch familiär-kulturelle Umweltfaktoren beeinflusst. Bei der Gruppe der schweren Intelligenzminderung ist eine organische Ursache nachweisbar. In Bezug auf die IQ-Normalverteilung verteilen sich hier die Werte nach einer zweiten Kurve mit einem Gipfel um einen IQ von 30 (von Gontard, 2013, S. 32). Von Bedeutung ist diese Unterteilung in eine schwere und leichte Form, da im Langzeitverlauf von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter der bedeutendste prognostische Faktor für die psycho-soziale Entwicklung und Adaption die Höhe des IQ im Kindesalter ist (Stein, Blum, & Barbaresi, 2011). Zu beachten gilt dabei, dass die Auswirkungen der Grundintelligenz durch vermittelnde Variablen wie Motivation, Selbstbestimmung, Grad der Ausbildung und komorbide körperliche und psychische Störungen moduliert werden (Stein et al., 2011; von Gontard, 2013, S. 32). Nachfolgend ist die Ätiologie beider Gruppen genauer beschrieben.

Ätiologie der leichten geistigen Behinderung

Bisher wurde bei der leichten geistigen Behinderung von einer multifaktoriellen, polygenen Vererbung ausgegangen. Dieses Modell postuliert, dass nicht ein umschriebenes Gen, sondern das Zusammenwirken von mehreren Genen und Umwelteinflüssen eine Rolle spielt. Ein Merkmal wird erst phänotypisch manifest, wenn die Zahl der Gene ausreichend ist und so eine bestimmte „Schwelle“ überschritten wird. Bei Verwandten ersten Grades ist das Wiederholungsrisiko am höchsten, mit abnehmendem Verwandtschaftsgrad nimmt das Risiko ab. Inzwischen hat sich gezeigt, dass auch die leichte geistige Behinderung als ätiologisch heterogen verstanden werden muss (von Gontard, 2013, S. 36). Die multifaktorielle, polygene Ätiologie der leichten geistigen Behinderung konnten Studien dadurch belegen, dass Geschwister von leicht geistig behinderten Probanden hoch signifikant häufiger auch eine Intelligenzminderung aufwiesen als Geschwister von schwer geistig Behinderten Probanden. Schwer behinderte Probanden hatten also seltener behinderte Geschwister; war dies dennoch der Fall, waren diese schwerer behindert als die Geschwister von den leicht behinderten Probanden. Die Eltern von den Probanden mit leichter geistiger Behinderung stammten aus einer niedrigen sozialen Schicht und wiesen häufig selber eine geistige Behinderung auf (Johnson, Ahern, & Johnson, 1976; von Gontard, 2013, S. 36). Bei den Menschen mit leichter Behinderung zeigten sich in einigen Studien weitergehende Einflüsse von sozioökonomischen Faktoren. So wurde nachgewiesen, dass Kinder mit einer leichten geistigen Behinderung aus einer niedrigeren sozialen Schicht stammten als schwer geistig behinderte Kinder (Strømme & Magnus, 2000; von Gontard, 2013, S. 36f.).

Neue Arbeiten belegen, dass sich die leichte geistige Behinderung nicht nur auf einen multifaktoriellen, polygenen Erbgang zurückführen lässt, da inzwischen in einem hohen Prozentsatz spezifische organische Faktoren nachgewiesen werden können (z. B. Strømme & Hagberg, 2000). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die leichte geistige Behinderung ätiologisch heterogen ist. Wie die klassische Zwei-Gruppen-Theorie postuliert, folgt ein Teil einem multifaktoriellen, polygenen Erbgang. Der größere Teil lässt, wie bei der schweren geistigen Behinderung, eine spezifische biologisch-organische Ätiologie erkennen (von Gontard, 2013, S. 36f.).

Ätiologie der schweren geistigen Behinderung

Die soziale Schichtzugehörigkeit nimmt wenig Einfluss auf die schwere geistige Behinderung, überwiegend wird sie durch umschriebene organische Faktoren bedingt (Ropers, 2010; von Gontard, 2013, S. 37).

Es dominieren pränatale Ursachen, perinatale und postnatale treten seltener auf. Speziell perinatale Komplikationen lassen sich oft nicht als Ursache der Behinderung ausmachen, sondern repräsentieren eine bereits bestehende Störung, welche mit einem erhöhten perinatalen Risiko einhergeht (von Gontard, 2013, S. 37). Studien mit Geschwistern von schwer geistig Behinderten belegen eine der Allgemeinbevölkerung entsprechende IQ-Verteilung. Lediglich im untersten IQ-Bereich zeigte sich ein zweiter, kleinerer Gipfel, welcher auf eine gemeinsame genetische Ätiologie hindeutet (Zigler & Hodapp, 1988). Weitere Untersuchungen bestätigen die entscheidende Bedeutung pränataler Faktoren bei der schweren geistigen Behinderung, es konnten 55 % der Fälle der schweren und 23 % der leichten geistigen Behinderung auf pränatale Faktoren zurückgeführt werden (Hagberg, Hagberg, Lewerth, & Lindberg, 1981; von Gontard, 2013, S. 37). Hinsichtlich der pränatalen Ursachen dominieren Trisomien, X-chromosomal gebundene Störungen, Stoffwechselstörungen (Häßler, 2011, S. 18) oder neurodegenerative und teratogene Syndrome wie das Fetale Alkoholsyndrom (Neuhäuser & Steinhäuser, 2013, S. 22). Als signifikante perinatale Risiken für eine geistige Behinderung erweisen sich ein Gestationsalter unter 32 Wochen, ein Geburtsgewicht unter 1500 Gramm, ein Kopfumfang unter der 3. Perzentile und Apgarwerte von 0–2 nach einer und nach fünf Minuten. Postnatal sind Umweltgifte, zerebrale Infektionen und Schädel-Hirn-Traumata durch Misshandlungen und Unfälle von Bedeutung (Häßler, 2011, S. 18). Auch neuere epidemiologische Studien weisen eine beträchtliche Anzahl an ätiologisch eindeutig zuzuordnenden Grundlagen der schweren geistigen Behinderung nach (Lundvall, Rajaei, Erlandson, & Kyllermann, 2012; von Gontard, 2013, S. 37f.).

4.1.4 Gesundheitliche Faktoren

Forschungen belegen, dass Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, sowohl somatisch als auch psychisch zu erkranken (z. B. Häßler, 2011, S. 21; Hudson & Chan, 2002; McGaw, Shaw, & Beckley, 2007).

Die Untersuchungen zeigen, dass die medizinische Komorbidität und die Prävalenzraten für psychische Störungen mindestens drei- bis viermal so hoch sind wie in der allgemeinen Bevölkerung. Durch die intellektuellen Einschränkungen können die Prognose und das Erscheinungsbild von zusätzlichen Diagnosen beeinflusst werden. Zu den am häufigsten auftretenden komorbiden psychischen Störungen und Entwicklungsstörungen zählen die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), depressive und bipolare Störungen, Angststörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, stereotype

Bewegungsstörungen (mit oder ohne selbstverletzendem Verhalten), Impulskontrollstörungen und schwere neurokognitive Störungen (Falkai & Wittchen, 2015, S. 51).

Problematisch in der Vergleichbarkeit diesbezüglicher Untersuchungen ist die unscharfe Abgrenzung von Verhaltensmerkmalen, Symptomen, Verhaltensauffälligkeiten und Diagnosen. Der Schweregrad der Intelligenzminderung und begleitende somatische Störungen haben Auswirkungen auf die Ausprägung einer Psychopathologie und somit auch auf die Prävalenz psychischer Störungen (Häßler, 2011, S. 21). Demnach beträgt z. B. die Prävalenz von Epilepsien in der Allgemeinbevölkerung 0,5–1 %, hingegen bei Menschen mit Intelligenzminderung schwankt sie zwischen 14,1 und 32 %. In der komorbiden Gruppe kommen dabei doppelt so häufig psychiatrische Störungen vor (Huber, 2005). Ein weiteres Beispiel sind koinzidente Hör- oder Sehstörungen, hier liegt die Prävalenz ebenfalls zwischen 10 und 15 %. Unabhängig von einer komorbiden Epilepsie zeigen sich bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ganz unterschiedlich verursachte Verhaltensstörungen, insbesondere auto- und fremdaggressives Verhalten, häufiger als bei nicht geistig behinderten Menschen (Häßler, 2011, S. 21). Ballinger, Ballinger, Reid und McQueen (1991) sprechen von aggressivem Verhalten bei 62 % und speziell selbstverletzendem Verhalten bei 25 % aller geistig behinderten Menschen. Andere Autoren berichten ein aggressives Verhalten bei 30–55 %, davon ist es ein selbstverletzendes Verhalten bei 10–20 % aller institutionalisierten Betroffenen (Baumeister, Todd, & Sevin, 1993). Auch eine englische Prävalenzstudie (Deb, Thomas, & Bright, 2001), in der 101 geistig behinderte Menschen im Alter von 16–64 Jahren untersucht wurden, liefert vergleichbare Zahlen. Neben anderen Verhaltensauffälligkeiten sind es hier 23 %, die fremdaggressives und 24 %, die selbstverletzendes Verhalten zeigen. Zudem wird deutlich, dass sowohl emotionale Störungen als auch Verhaltensauffälligkeiten im Entwicklungsverlauf eine hohe Stabilität aufweisen (Häßler, 2011, S. 21f.).

Bezüglich des reproduktiven Aspekts ist festzustellen, dass dieser mit zunehmendem Grad der Behinderung eine unbedeutendere Rolle spielt. Bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung ist die Fertilität eingeschränkt bis nicht vorhanden. Es gibt Hinweise aus der Forschung, dass bei Frauen, zumindest bezogen auf diejenigen mit einer starken Intelligenzminderung, die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft wesentlich geringer ist als in einer normal intelligenten Vergleichsgruppe (Häßler, 2011, S. 87; Huovinen, 1993).

4.1.5 Zugehörige Merkmale

Aktuelle Forschungen zeigen, dass es neben den gesundheitlichen Faktoren eine Vielzahl an Merkmalen gibt, die verstärkt bei Menschen mit ID zu beobachten sind. Auch finden sich bei Menschen mit ID überdurchschnittlich häufig herausfordernde und auffällige Verhaltensweisen (Došen, 1997; Irblich, 2003; Nußbeck, 2008b, S. 13; Sarimski, 2005; Stahl, 2002). So treten gehäuft Schwierigkeiten im sozialen Urteilen, in der Risikoeinschätzung, in der Verhaltenssteuerung, in der Emotionsregulation oder bei interpersonellen Beziehungen auf. Ebenso gibt es Probleme im Bereich der Motivation in der Schule oder am Arbeitsplatz. Die oft stark beeinträchtigten Kommunikationsfertigkeiten prädisponieren auffällige und aggressive Verhaltensweisen. Zudem kommt es aufgrund von häufig auftretender Leichtgläubigkeit zu Naivität in sozialen Situationen und leichter Beeinflussung durch andere Personen. Dies und die Unfähigkeit der Risikoeinschätzung können dazu führen, dass bei Menschen mit ID die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass sie von anderen Menschen viktimisiert oder betrogen werden, dass eine unbeabsichtigte Beteiligung an Straftaten erfolgt, falsche Geständnisse ausgesagt werden oder dass sie Opfer von körperlichem oder sexuellem Missbrauch werden (Falkai & Wittchen, 2015, S. 47f.; Häßler, 2011, S. 89). Dass Menschen mit ID häufig Opfer sexuellen Missbrauchs werden, zeigt beispielsweise eine Untersuchung von Zemp (2002). Von den behinderten Frauen und Männern im Alter von 18–78 Jahren, die in Institutionen lebten, gab der Großteil der Frauen und der Männer an, bereits sexuelle Gewalt erlebt zu haben. Nicht selten geschahen die Übergriffe durch das Pflegepersonal. Internationale Studien zeigen ähnliche Befunde. Der Anteil geistig behinderter Frauen, welche sexuell missbraucht wurden, liegt zwischen 25 und 63 %. Untersuchungen zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit eines sexuellen Missbrauchs in einer Einrichtung der Behindertenhilfe geringer ist als bei alleinlebenden oder gering betreuten intelligenzgeminderten Frauen. Die Täter sind in Abhängigkeit vom Umfeld zu suchen. In Einrichtungen der Behindertenhilfe sind die Täter in zwei Dritteln aller Fälle Mitbewohner, ansonsten handelt es sich bei den Tätern um Bekannte oder Familienangehörige (Gust, Wang, & Grot, 2003; Häßler, 2011, S. 89).

Auf der anderen Seite weisen Menschen mit einer geistigen Behinderung auch viele Risikofaktoren auf, selbst zum Täter von Sexualdelikten zu werden. Dazu gehören die einschlägigen Opfererfahrungen, eine hohe Impulsivität, häufig ein Mangel an (Opfer-) Empathie, eine geringe Aufklärungsrate zur Sexualität und nicht zuletzt ein geringes Angstniveau, welches als Hemmmechanismus fungieren könnte (Häßler, 2011, S. 89; Lindsay & Lees, 2003).

Hinsichtlich der Konsumprävalenz von legalen und illegalen Drogen von Menschen mit ID wurden bis heute kaum Untersuchungen durchgeführt. Die wenigen Studien belegen, dass der Alkoholmissbrauch bei Menschen mit ID genauso häufig vorkommt wie bei nicht intelligenzgeminderten Menschen bzw. sind die Raten für Alkohol- und/oder Drogengebrauch bzw. -missbrauch bei Menschen mit ID im Vergleich zu normal intelligenten Personen sogar niedriger (Clarke & Wilson, 1999). Die Studien schlussfolgern, dass Intelligenzminderung allein kein erhöhtes Risiko für einen missbräuchlichen Alkohol- und/oder Drogenkonsum bedeutet (Häßler, 2011, S. 89f.).

4.2 Forschungsüberblick zu Elternschaft von Menschen mit ID

Es existieren nur wenige empirische Untersuchungen zu Elternschaft unter den Bedingungen von ID. Erste Forschungen zu dem Thema wurden in den 1940er- und 1950er Jahren durchgeführt und finden seitdem hauptsächlich in Kanada, Australien, den USA, Großbritannien und Skandinavien statt. Begonnen haben die Forschungen mit einem inhaltlichen Fokus auf die Frage nach einer möglichen Vererbung der geistigen Behinderung an die Kinder (Reed & Reed, 1965). Im Anschluss daran rückten die Erziehungskompetenzen der Eltern in den Mittelpunkt der Forschungen (Dowdney & Skuse 1993). Daran anknüpfend konzentrierte sich die Forschung verstärkt auf Unterstützungsmöglichkeiten bzw. Trainingsprogramme für Menschen mit ID. In diesem Zusammenhang wurden zahlreiche Trainingsprogramme (Feldman, 1992), Modelle elterlicher Kompetenzen (McGaw & Sturmey, 1994) und Instrumente zu deren Erfassung entwickelt (McGaw, 1998). In den anschließenden Untersuchungen standen die rechtliche Situation von Eltern mit ID, ihre sozialen Netzwerke (Booth, Booth, & McConnell, 2005a, 2005b; Llewellyn & McConnell, 2002) sowie professionelle Hilfsangebote im Fokus (Pixa-Kettner & Rischer, 2013, S. 255). Auch die aktuellen Studien der letzten Jahre beschäftigen sich fast ausschließlich mit den genannten Themenbereichen. So werden auch derzeit flexible, gruppenbasierte Programme für Eltern mit ID entwickelt, mit dem Ziel, den sozialen Zusammenhang und das psychische Wohlbefinden von ihnen zu stärken (McConnell et al., 2016). Auch werden mögliche Assoziationen zwischen sozio-ökonomischer Benachteiligung, sozialer Unterstützung, elterlicher Gesundheit, Erziehungspraktiken und Kindeswohl von Familien mit ID untersucht (Wade, Llewellyn, & Matthews, 2011, 2015). Im Rahmen von gesundheitlichen Faktoren von Eltern mit ID sind weiterhin sehr allgemein die geistige und körperliche Gesundheit sowie das Wohlbefinden der Eltern von Interesse (Emerson et al., 2015), ebenso wie die Themen

Schwangerschaft und Geburt bei Frauen mit ID (Goldacre, Goldacre, & Gray, 2014; Llewellyn, 2012). Die Auseinandersetzungen mit rechtlichen Fragen, wie beispielsweise im Hinblick auf das Sorgerecht und Fremdplatzierungen der Kinder, bleiben aktuell (Aunos, Goupil, & Feldman, 2003; Mayes & Llewellyn, 2012).

Speziell mit Blick auf Deutschland zeigt sich, dass eine Fachdiskussion über Elternschaft von Menschen mit ID erst seit Anfang der 1990er Jahre geführt wird und die Anzahl an empirischen Untersuchungen sehr gering ist (Orthmann Bless & Hellfritz, 2016; Pixa-Kettner, 2007; Pixa-Kettner et al., 1996).

Auffallend bei der Sichtung des internationalen Forschungsstandes sind bestimmte methodische Charakteristika des Forschungsfeldes. So handelt es sich nur um sehr wenige Länder und kleine Forschungsgruppen, welche empirische Forschung zu dem Thema betreiben. Es zeigt sich, dass die Stichproben der Untersuchungen dabei zumeist sehr klein sind und oft nur einen gewissen Teil der Grundgesamtheit der Eltern mit ID und ihren Kindern repräsentieren, dabei handelt es sich häufig um sogenannte Inanspruchnahmepopulationen sozialer Dienste. Ein weiteres Merkmal der meisten Forschungen zu Elternschaft bei ID ist, dass diese fast ausschließlich auf Forschungen mit Müttern basieren (Feldman, 1998). Ebenso wird deutlich, dass die zugrunde liegenden Kriterien für ID – in den aktuelleren Studien bedeutet dies sowohl ein $IQ < 70$ als auch Einschränkungen in den adaptiven Kompetenzen (AAIDD, 2010; DSM-5, 2013) – oftmals nicht gemessen werden. Hierdurch liegen starke Einschränkungen bei der Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen und der Ergebnisse vor (Orthmann Bless, 2013; Orthmann Bless, Hellfritz, & Chevalley, 2015).

4.2.1 Prävalenz von Elternschaft bei ID

Untersuchungen zu der Prävalenz von Elternschaft bei Menschen mit ID sind selten (Lenz, Riesberg, Rothenberg, & Sprung, 2010, S. 28ff.) und schwierig durchzuführen (Mørch, Skår, & Andersgård, 1997). Die Gründe dafür sind vielfältig: Die Gruppe ist schwer zu erreichen, außerdem bestehen Variationen in der Definition von ID, da in verschiedenen Ländern unterschiedliche Klassifikationssysteme zur Anwendung kommen (Whitman & Accardo, 1990). Ein weiterer Faktor ist, dass nicht alle Eltern mit ID bei entsprechenden sozialen Diensten gemeldet sind und somit unbekannt bleiben (McGaw & Sturmey, 1993). Eine direkte Vergleichbarkeit der Prävalenzangaben ist demnach nicht immer gegeben. Die Angaben in der internationalen Literatur schwanken und die in den Studien angegebenen Maße für Inzidenz und Prävalenz variieren zum

Teil stark. So zeigen einige internationale Studien, dass der Anteil der Elternschaft bei intellektuell beeinträchtigten Menschen bei etwa 0,25–2 % liegt (Barker & Maralani, 1997; Lenz et al., 2010, S. 28; Mildon, Matthews, & Gavidia-Payne, 2003). Hierbei handelt es sich überwiegend um Elternteile mit leichter intellektueller Beeinträchtigung, welche insgesamt die Mehrzahl aller Personen mit intellektueller Beeinträchtigung darstellt. McGaw (2004, S. 214f.) fasst Studien unterschiedlicher Länder (USA, England, Australien, Neuseeland) zusammen und geht von einem Anteil zwischen 0,004 % und 1,7 % intellektuell beeinträchtigter Eltern an der Gesamtpopulation der Eltern über diese Länder hinweg aus (Barker & Maralani, 1997; Gooding, 2000; Holburn, Perkins, & Vietze, 2000; McConnell, Llewellyn, & Ferronato, 2000a; McGaw, 1998; Mirfin-Veitch, Bray, Williams, Clarkson, & Belton, 1999). Eine systematische Literaturrecherche von Orthmann Bless aus dem Jahre 2013 zum Forschungsstand hinsichtlich der Prävalenz von Elternschaft bei ID ergibt, dass die internationalen Angaben zu Prävalenzraten im Bereich von 2–3 % liegen und Inzidenzraten bei etwa ein bis zwei auf 1000 Geburten (Mørch et al., 1997; Orthmann Bless, 2013; Pixa-Kettner et al., 1996, 2007; Weiber, Berglund, Tengland, & Eklund, 2011; Willems, de Vries, Isarin, & Reinders, 2007). Die genannten Angaben beziehen sich derzeit noch auf Menschen mit ID, welche einen IQ < 70 aufweisen. Für aktuelle Prävalenzstudien müssen die Definitionskriterien für ID gemäß den Kriterien der *AAIDD* (2010) und des *DSM-5* (2013) angepasst werden und auch Einschränkungen in den adaptiven Kompetenzen als Kriterium einbezogen werden.

Der Blick auf Deutschland zeigt, dass Pixa-Kettner et al. (1996, 2007) aus dem Vergleich der beiden bereits erwähnten Studien (1996, 2007) die Vermutung von deutlich steigenden Inzidenzraten in der jüngeren Vergangenheit ableiten. Auf der Grundlage von bevölkerungsstatistischen Angaben schätzen die Autoren die Prävalenzrate von Elternschaft auf mindestens 1,4 %, bezogen auf Frauen mit ID in Deutschland (ebd.; Lenz et al., 2010, S. 28f.; Pixa-Kettner, 2009, 242ff.).

Insgesamt gilt es bei Studien zu Prävalenzangaben von Elternschaft bei ID zu beachten, dass die Forscher sich unterschiedlicher Datenquellen und Erhebungsstrategien bedienen, welche diverse methodische Probleme bergen. Oftmals handelt es sich um Schätzungen mit eingeschränkter Reliabilität. Bei schriftlichen Befragungen kommt es häufig zu sehr geringen Rücklaufquoten oder die Schwierigkeiten entstehen dadurch, dass die Hochrechnungen der Prävalenz und Inzidenz für ein ganzes Land auf der Grundlage sehr kleiner Stichproben erfolgen (Weiber et al., 2011). Auffallend ist zudem, dass in den vorliegenden Studien zur Inzidenz kaum Merkmale zur detaillierten

Beschreibung der Personengruppe erfasst werden. Auch fehlen generell Längsschnittstudien zur Entwicklung der Inzidenz über die Zeit hinweg (Orthmann Bless, 2013, S. 24f.). Weitere Ungenauigkeiten ergeben sich aus den bereits im Abschnitt 4.2 beschriebenen Problemen, welche generell bei Forschungen zu Elternschaft bei ID auftreten.

4.2.2 Auswirkungen der ID auf Elternschaft

Werden die Auswirkungen der ID auf Elternschaft betrachtet, müssen Forschungsergebnisse herangezogen werden, welche den spezifischen Merkmalen von ID Beachtung schenken. Wie bereits in Kapitel 4.1 deutlich wurde, handelt es sich dabei um kognitive Persönlichkeitsmerkmale, um gesundheitliche Faktoren und um bestimmte Merkmale des Familiensystems, insbesondere sind hier Risikofaktoren gemeint. Allerdings existieren kaum Studien, welche explizit einzelne Merkmale der ID und deren Einfluss auf Elternschaft untersuchen, so dass nachfolgend empirische Befunde aufgeführt sind, welche sich oftmals nur im weiteren Sinne mit diesen Spezifika auseinandersetzen.

Die Analyse des Forschungsstandes in Bezug auf elterliche Kompetenzen von Menschen mit ID zeigt, dass die Frage, inwieweit es Menschen mit ID gelingt, ihre elterlichen Aufgaben zum Wohl der Kinder zu erfüllen, in der Vergangenheit kontrovers diskutiert wurde (Accardo & Whitman, 1990; Floor, Baxter, Rosen, & Zisfein, 1975; Schilling, Schinke, Blythe, & Barth, 1982). Die konträren Ansichten begründen sich aus den divergierenden Kriterien der Definition und Beurteilung elterlicher Performanz. Es gibt Untersuchungen, in welchen die elterlichen Kompetenzen daran bemessen werden, ob eine adäquate physische Versorgung der Kinder erfolgt. Andere Studien dagegen nennen die Inanspruchnahme von Hilfesystemen als Kriterium. Aber auch die Bewertung der elterlichen Performanz auf der Basis der beobachteten kindlichen Entwicklungen im körperlichen, kognitiven und sozialen Bereich, stellt für einige Erhebungen ein Kriterium dar. Hierbei werden im Umkehrschluss kindliche Entwicklungsabweichungen als Zeichen elterlicher Inkompetenz bewertet (Dowdney & Skuse, 1993, S. 27).

Hinsichtlich des Einflusses der kognitiven Persönlichkeitsmerkmale von Menschen mit ID auf Elternschaft hat sich in den letzten Jahrzehnten gezeigt, dass die gemessene Intelligenz kein zuverlässiger Prädiktor für elterliche Kompetenzen darstellt (Booth & Booth, 2002; Dowdney & Skuse, 1993; Whitman, Graves, & Accardo, 1989). In der

Forschung zeigt sich eine allgemeine Übereinstimmung, dass über einem IQ-Wert von 60 keine systematische Beziehung zwischen IQ und elterlicher Performanz besteht (Andron & Tymchuk, 1987; Budd & Greenspan, 1984; Dowdney & Skuse, 1993; Feldman, 1986; Tymchuk, 1990; Tymchuk et al., 1987).

Schon seit vielen Jahren herrscht Einigkeit darüber, dass Verallgemeinerungen über die Erziehungsfähigkeiten von Frauen mit ID kaum gemacht werden können, sondern dass Stärken und Schwächen auf individueller Ebene betrachtet werden müssen (Budd & Greenspan, 1984) und nicht alleine auf IQ-Ebene argumentiert werden darf (Dowdney & Skuse, 1993). Zumal hinsichtlich einer intellektuellen Beeinträchtigung heutzutage nicht mehr nur die Einschränkungen im IQ bewertet werden, sondern auch in den adaptiven Kompetenzen, so dass es für die Zukunft wichtig ist, auch den Einfluss der Bereiche Kommunikation, Selbstversorgung, soziale Fähigkeiten, gesellschaftliche Teilhabe, Selbststeuerung, Gesundheit und Sicherheit miteinzubeziehen. Es gibt Hinweise, dass zumindest im Bereich der leichten bis mittelgradigen Intelligenzminderung die adaptiven Kompetenzen mehr Einfluss auf das elterliche Verhalten nehmen als der konkrete IQ (Pixa-Kettner & Sauer, 2015, S. 233; Rosenberg & McTate, 1982; Wise, 1997). Diesbezüglich mangelt es derzeit aber an aktuellen empirischen Befunden.

Konsequent zeigt sich in den empirischen Befunden die Tatsache, dass bei Eltern mit ID eine große Variabilität in Bezug auf die elterliche Performanz besteht. Das bedeutet, es gibt eine allgemeine Einigung in der Literatur, dass keine systematische Korrelation zwischen der elterlichen ID und der elterlichen Performanz *per se* besteht. International zeigen Befunde, dass einige Eltern mit ID eine angemessene Betreuung für ihr Kind gewährleisten können und adäquate Erziehungsfähigkeiten aufweisen (Budd & Greenspan, 1984; Dowdney & Skuse, 1993; Feldman, 1986; Willems et al., 2007). Hingegen gibt es auch einen Anteil an Eltern mit ID, welche vielfältige Unterstützung benötigen (Aunos et al., 2003; Aunos & Feldman, 2000; Aunos et al., 2008; Feldman, 1994; Hur 1997). Deutlich belegt ist inzwischen demnach, dass Eltern mit ID eine heterogene Gruppe darstellen, welche eine große Variabilität in der Erziehungsfähigkeit und den Lebensumständen zeigt. Allerdings weisen Forschungen einige Faktoren auf, die, neben den kognitiven Persönlichkeitsmerkmalen, verstärkt bei Eltern mit ID auftauchen und welche nachgewiesenermaßen ein Risiko für die Kinder (Kindeswohlgefährdung) darstellen. So hat die internationale Forschung erhebliche Defizite bei Eltern mit ID bei gesundheitlichen Faktoren festgestellt (Llewellyn, McConnell, & Mayes, 2003). Empirische Befunde belegen, dass Eltern bzw. Mütter mit ID im Vergleich zu der Normbevölkerung eine signifikant schlechtere körperliche und geistige Gesundheit aufweisen

(Aunos et al., 2008; Emerson et al., 2015; Llewellyn et al., 2003; McGaw et al., 2007). Auch im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind Auswirkungen der gesundheitlichen Faktoren von Müttern mit ID bestätigt (Llewellyn, 2012; Llewellyn & Hindmarsh, 2015). Empirische Befunde zu Schwangerschaften bei Frauen mit ID belegen eine signifikant höhere Rate von Präeklampsie bei Frauen mit ID als bei Frauen ohne ID. Auch Diabetes mellitus, Schwangerschaftsdiabetes und essenzielle Hypertonie wird häufiger bei Frauen mit ID festgestellt (McConnell, Mayes, & Llewellyn, 2008a, 2008b). Es zeigen sich auch signifikante Unterschiede bei der Geburt, so gebären Frauen mit ID öfter Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (< 2.500 Gramm) als Frauen ohne ID (Goldacre, Grey, & Goldacre, 2014; McConnell et al., 2008a, 2008b). Höglund, Lindgren und Larsson (2012a, b) vergleichen, basierend auf Daten aus Bevölkerungsregistern, alleinstehende Mütter mit ID ohne psychiatrische Diagnosen mit alleinstehenden Müttern ohne ID ebenfalls ohne psychiatrische Diagnosen. Es zeigt sich, dass ein höherer Anteil von Müttern mit ID jünger war, öfter übergewichtig und einen höheren Nikotinkonsum hatten als Frauen ohne ID. Perinatale Mortalität tritt bei den Säuglingen von Müttern mit ID mehr als viermal häufiger auf als bei Säuglingen, die von Müttern ohne ID geboren wurden. In multivariaten Analysen war die intellektuelle Behinderung der Mutter mit Frühgeburt, Kaiserschnitt, Totgeburt, perinataler Sterblichkeit, einem Apgar-Score < 7 (nach 5 min.) und der Entlassung aus dem Krankenhaus an einen anderen Ort als das eigentliche Zuhause verbunden (Höglund et al. 2012a, b). Eine weitere Schwierigkeit kann dadurch entstehen, dass sich Mütter mit ID nicht konsequent an ärztliche Ratschläge hinsichtlich ihrer Grunderkrankungen während der Schwangerschaft halten und dadurch die Auswirkungen auf das Kind entscheidend beeinflusst werden (z. B. Scherbaum & Haak, 2008).

Die Forschung hat bei Eltern mit ID auch erhebliche Defizite innerhalb der Familie und des Systems, in dem sie leben, festgestellt, wie beispielsweise in Bezug auf das soziale Eingebundensein (Feldman & Walton-Allen, 1997; Llewellyn & McConnell, 2002) und den sozioökonomischen Status (Feldman & Case, 1999; Feldman, Case, & Sparks, 1992; McGaw, 1998; Rosenberg & McTate, 1982). Hinsichtlich spezieller Merkmale des Familiensystems zeigen Forschungen, dass Eltern mit ID häufig in Armut und sozialer Isolation leben (Hindmarsh, Llewellyn, & Emerson, 2015; Llewellyn, McConnell, Cant, & Westbrook, 1999; Llewellyn & Hindmarsh, 2015). Angemerkt sei an dieser Stelle, dass die Tatsache, Eltern zu werden, das Risiko von sozioökonomischen Benachteiligungen und sozialer Isolation von Menschen mit ID noch erhöhen kann (Emerson, 2007;

Emerson, Robertson, Baines, & Hatton, 2014). Oftmals bestehen schwierige Beziehungen, unzureichende soziale Unterstützung (Feldman, Varghese, Ramsay, & Rajska, 2002; Llewellyn & McConnell, 2002; Willems et al., 2007) und erhöhte psychische Belastung, was sich entsprechend auf ihre Fähigkeit zur Bewältigung der Anforderungen an die Kindererziehung auswirkt (Baum, Gray, & Stevens, 2011; Edmonds, 2000). Des Weiteren sind Eltern mit ID oft selbst unter Schwierigkeiten aufgewachsen, mit viel Armut und Entbehrung (Baum et al., 2011; Booth & Booth, 1998; Edmonds, 2000), mit alleinerziehenden und arbeitslosen Eltern, in benachteiligten Vierteln, mit wenig sozialer Unterstützung und unter schlechten Bedingungen für die körperliche und geistige Gesundheit. Untersuchungen zeigen, dass Eltern mit ID oft Traumata in ihrer eigenen Kindheit erlebt haben und eigene Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen gemacht haben (Aunos et al., 2008; Emerson & Brigham, 2013; Feldman, McConnell, & Aunos, 2012; Llewellyn et al., 2003; McGaw, Scully, & Pritchard, 2010; McGaw et al., 2007). Bei Elternschaft mit ID werden als risikoerhöhende Faktoren des Familiensystems Erfahrungen der Eltern, wie emotionaler Missbrauch oder körperliche Vernachlässigung in der eigenen Kindheit sowie Faktoren, die mit einem männlichen Partner in Verbindung stehen, wie antisoziales Verhalten, kriminelle Aktivitäten, sexuelle Vergehen, häusliche Gewalt oder Drogenmissbrauch, identifiziert (McGaw et al., 2010). Diese negativen Ausprägungen der Merkmale des Familiensystems können erhöhten Stress und Belastungen zur Folge haben, die sich wiederum auf die Elternschaft auswirken. Studien haben bei Müttern mit ID ein hohes Maß an Stress bei der Bewältigung von Erziehungsaufgaben nachgewiesen (Aunos et al., 2008; Feldman, 2002; Feldman et al., 1997; Pixa-Kettner et al., 1996). Dieser nimmt zu, wenn die Kinder älter werden (Aunos et al., 2008). Insgesamt zeigt sich, dass negative Ausprägungen der Merkmale des Familiensystems, wie soziale Isolation, geringer sozio-ökonomischer Status u. a., als Stressoren wirken können. Studien, welche den Stress von Müttern mit ID untersucht haben, zeigen eine Beziehung zwischen diesem und der ehelichen Paarbeziehung sowie dem Alter, der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes (Feldman et al., 1997). Sterling (1998) betrachtete den Effekt des elterlichen Erziehungsstresses, die Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung und Depressionen auf die Erziehungsfähigkeit von Müttern mit ID. Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmerinnen mit einer höheren Punktzahl auf der Skala, welche Depressionen misst, deutlich weniger Unterstützung erhielten und bei dem *HOME Inventory* eine niedrigere Punktzahl erreichten. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Eltern, die stärker depressiv und sozial isoliert sind, schlechtere elterliche Performanz zeigen. Auch Feldman et al. (2002) haben bei Müttern mit ID ein hohes

Maß an Stress, gesellschaftlicher Isolation und ein großes Bedürfnis nach Unterstützung festgestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass ein gut funktionierendes soziales Unterstützungsnetzwerk die Auswirkungen von Stress abschwächen kann. Aunos et al. (2008) kommen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass sowohl eine signifikante Beziehung zwischen mütterlichem Stress und dem Erziehungsstil als auch dem kindlichen Problemverhalten besteht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein hohes Maß an mütterlichem Stress mit einem weniger positiven und mehr „feindlichen“ und inkonsistenten, ineffektiven Erziehungsstil und häufiger mit kindlichem Problemverhalten verbunden ist. Diese Beziehung nimmt direkt Einfluss. Die Beziehung zwischen dem elterlichen Stress und dem kindlichen Problemverhalten wird nicht durch den Erziehungsstil vermittelt, wie die Autoren vorerst annahmen. Sie gehen davon aus, dass die Beziehung zwischen mütterlichem Stress und kindlichem Problemverhalten reziprok ist. Diese Erkenntnisse hinsichtlich der sozialen Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand der Mutter sind mit früheren Forschungsergebnissen vergleichbar (Andron & Tymchuk, 1987; Booth & Booth, 1995, 2002; Feldman & Walton-Allen, 1997; Feldman et al., 2002; Llewellyn et al., 2002; Tymchuk, 1993). Auch eine aktuelle Untersuchung von Wade et al. (2015) zeigt, dass sich der Zugang zu sozialer Unterstützung und die elterliche psychische Gesundheit direkt auf die selbst berichteten Erziehungspraktiken auswirken kann und dass der Effekt der sozioökonomischen Benachteiligung auf Elternschaft und Erziehung durch die elterliche psychische Gesundheit und die soziale Unterstützung vermittelt wird.

Weitere Untersuchungen mit dem *HOME Inventory* bezüglich Fragen zur elterlichen Performanz deuten darauf hin, dass die Mütter im Allgemeinen angemessen auf ihre Kinder reagieren und die kindlichen Verhaltensweisen akzeptieren. Die Qualität der häuslichen Umgebung ist schlechter, wenn das Kind unter drei Jahre oder älter als sechs Jahre war. Auch zeigt sich, dass die emotionale Reaktionsfähigkeit, die Akzeptanz des Kindes und die Organisation der physischen Umgebung mit der angemessenen Bereitstellung von Lernmaterial bei den Müttern oft der Norm entsprechen. Niedrigere Werte zeigen die Mütter bei der aktiven Beteiligung an den kindlichen Lernprozessen und bei der Bereitstellung von abwechslungsreicher Anregung. Mit älteren Kindern scheinen die Mütter mehr Schwierigkeiten zu haben, eine angemessene akademische Stimulation, eine anregende Umgebung, die auch die Teilnahme anderer Familienmitglieder und eine Vaterfigur beinhaltet, zu bieten (Aunos et al., 2008). Keltner (1994) berichtet, dass Mütter mit einem IQ unter 75 signifikant niedrigere *HOME-Werte* erreichten als die einkommensschwache Vergleichsgruppe von Eltern mit einem $IQ \geq 85$. Gezeigt

hat sich auch, dass ein Zusammenhang zwischen der Qualität der häuslichen Umgebung und sozialer Unterstützung besteht. So beeinflusst die soziale Unterstützung die Art der häuslichen Umgebung, die Mütter für ihre Kinder zur Verfügung stellen. Mütter, die nicht genügend Unterstützung haben oder in benachteiligten Verhältnissen leben, stellen eine weniger anregende Lernumgebung für ihre Kinder bereit (Aunos et al., 2008; Wise, 1997). In Bezug auf eine angemessene Bedürfnisbefriedigung der Kinder durch die Eltern fand Tymchuk (1992), dass Vernachlässigung ein häufiges Vorkommnis war, vor allem wenn geeignete familiäre oder soziale Unterstützung fehlte. Tymchuk bezieht sich dabei auf Vernachlässigungen, welche aufgrund eines Mangels an Wissen der Eltern über die Gesundheit und Sicherheit von Kindern entstehen.

Die wenigen vorliegenden Befunde zum Erziehungsstil von Müttern mit ID zeigen, dass dieser weniger engagiert und sensibel ist, jedoch in höherem Maße restriktiv und überprotektiv, überdurchschnittlich häufig werden autoritäre Erziehungsmaßnahmen angewendet (Dowdney & Skuse, 1998; Feldman, Case, Town, & Betel, 1986; Pixa-Kettner & Sauer, 2015, S. 228).

4.2.3 Weitere empirische Befunde zu Elternschaft bei ID

Untersuchungen, die Misshandlungen und Missbrauch durch Eltern mit ID an ihren Kindern thematisieren, stellten fest, dass diese zumeist nicht absichtsvoll geschehen (McGaw & Newman, 2005). Kinder von Eltern mit ID sind eher durch Misshandlungen aufgrund „unbeabsichtigter Vernachlässigungen“, welche durch das mangelnde Wissen der Eltern entstehen, bedroht. Findet Missbrauch statt, so zumeist nicht durch die Mutter selber, sondern durch eine ihr bekannte Person (Booth & Booth, 1998; Tymchuk, 1992; Tymchuk & Andron, 1994). Dies passt zu den bereits angesprochenen empirischen Befunden, dass Frauen mit ID auch selber häufiger von Gewalt betroffen sind. So berichten Studien, dass Frauen mit ID vier bis zehnmal häufiger körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt und Totschlag von ihren Ehegatten oder Sexualpartnern erfahren als Frauen ohne ID (Sobsey, 2000; Wilson & Brewer, 1992). Angemerkt sei an dieser Stelle, dass bei Studien zu Missbrauch und Vernachlässigung die Befunde vorsichtig interpretiert werden müssen; die Studien konzentrieren sich oft auf Familien, die bereits bei Kinderschutzbehörden bekannt sind, dies muss nicht repräsentativ sein für die Gruppe der Eltern mit ID (James, 2004).

Studien über Gerichtsverfahren in Großbritannien, den USA und Australien zeigen, dass die Zahl der Eltern mit ID, welchen das Sorgerecht entzogen wird, im Vergleich zur

allgemeinen Bevölkerung sehr hoch ist (Booth et al., 2005b; McConnell, Llewellyn, & Ferronato, 2000b). Einige Forscher nehmen an, dass zwischen 40 % und 60 % der Kinder im Laufe ihrer Kindheit von ihren Eltern getrennt werden (Booth & Booth, 1998, Booth, 2000; Sanders, 2015, S. 166). Vertreten wird dabei die Auffassung, dass der Entzug des Sorgerechts entweder als Folge der elterlichen Inkompetenz angesehen werden kann, oder dass es auch an der fehlenden angemessenen und langfristigen Unterstützung liegen kann (Booth & Booth, 1994).

Inzwischen gibt es eindeutige empirische Beweise dafür, dass es mithilfe angemessener Unterweisung und Unterstützung möglich ist, dass Eltern mit ID Erziehungsfähigkeiten erlernen können (Feldman, 1994; Wade, Llewellyn, & Matthews, 2008). Diese Forschungen, die vor allem in den USA, England und Australien durchgeführt wurden, haben positive Ergebnisse in Bereichen wie der Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse, Gesundheitsversorgung der Kinder, Sicherheit im Haus und in der Eltern-Kind-Interaktion dokumentiert (Feldman, 1994, 2010; Llewellyn, 1990; Llewellyn, Traustadóttir, McConnell, & Sigurjónsdóttir, 2010; Tymchuk, 1992). Es zeigt sich, dass die Ausbildung von Kenntnissen und Fähigkeiten von Müttern mit ID in vielen Bereichen der Erziehung durch den Einsatz adäquater Methoden möglich ist (Baum et al., 2011; Booth & Booth, 1994; McGaw, 1998; McGaw, Ball, & Clark, 2002; Murphy, 1996).

Hinsichtlich der professionellen Unterstützung von Eltern mit ID zeigt die Sichtung der Fachliteratur, dass Forscher ein ausführliches *parenting assessment* vorschlagen, um eine systematische Erhebung sowohl der elterlichen Erziehungsfähigkeiten als auch der elterlichen Unterstützungsbedürfnisse zu ermöglichen. Das *Parent Assessment Manual (PAM)* (McGaw, 1998), welches auf dem *Parents Skills Model* (McGaw & Sturmey, 1994) basiert, ist ein umfassend ausgearbeitetes Instrumentarium für diesen Bereich. Es ermöglicht die präzise Beurteilung der elterlichen Kompetenzen und identifiziert, wo Interventionen im Einzelfall gezielt eingesetzt werden müssen (Pixa-Kettner & Sauer, 2015, S. 234ff.).

In Bezug auf die Wirksamkeit von Trainingsprogrammen zeigen Forschungen auch einige Grenzen der Erziehungsprogramme auf (Feldman, 1994; McGaw, 1993; McGaw & Newman, 2005; Wade, Mildon, & Matthews, 2007). Einige Einschränkungen zeigen sich insbesondere in Bezug auf die Aufrechterhaltung und Übertragbarkeit der erlernten Fähigkeiten, denn auch wenn das elterliche Wissen im Laufe eines Trainingsprogrammes zunimmt, heißt das nicht, dass es immer in der realen Alltagssituation angewendet werden kann (Tymchuk, 1991; Hur, 1997). Es profitieren demnach nicht alle Eltern mit ID gleichermaßen von diesen Interventionen (Feldman, 1994).

4.2.4 Schlussfolgerung

Die dargestellten Ergebnisse der Forschung zu Elternschaft bei ID lassen die Schlussfolgerung zu, dass es nicht ausschließlich die intellektuelle Beeinträchtigung der Eltern ist, welche zu Schwierigkeiten bei der Elternschaft führt. Auch die Erziehung der Kinder in benachteiligten Umständen und ohne ausreichende Unterstützung führt dazu, dass Eltern mit ID oft nicht alleine zurechtkommen und somit häufiger Unterstützung von sozialen Dienstleistungen in Anspruch nehmen müssen (Llewellyn & Hindmarsh, 2015). Es fehlen allerdings Studien, welche versuchen, die Wirkung der elterlichen ID auf die Elternschaft isoliert von kontextuellen Einflüssen und Risikofaktoren zu untersuchen. Hilfreich wären demnach Untersuchungen, welche den Einfluss der elterlichen ID auf die elterliche Performanz mithilfe von Studiendesigns untersuchen, welche die Effekte der Umweltfaktoren, die verstärkt bei Eltern mit ID auftreten, kontrollieren.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die dargestellten empirischen Befunde bei Eltern mit ID Einschränkungen hinsichtlich der elterlichen Performanz zeigen, welche sich aus dem Zusammenspiel der intellektuellen Beeinträchtigung einerseits und dem gehäuften Auftreten von weiteren Risikofaktoren für chronische und schwerwiegende Überforderungssituationen von Eltern andererseits ergeben (Orthmann Bless, Hellfritz, & Chevalley, 2015, S. 369). Unklar bleibt dabei, wie und vor allem welche Merkmale der elterlichen ID insbesondere Einfluss auf die elterliche Performanz nehmen und welche signifikanten Zusammenhänge im Speziellen bestehen. Insgesamt ist anzunehmen, dass die dargestellten Risikofaktoren, neben den genetischen Einflusskomponenten, Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung nehmen.

5 Kindliche Entwicklung und elterliche ID

Das nachfolgende Kapitel thematisiert die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern. Für eine theoretisch und empirisch fundierte Auseinandersetzung werden dafür zunächst ein Rahmenmodell sowie der internationale Forschungsstand vorgestellt.

5.1 Auswirkungen elterlicher ID auf kindliche Entwicklung

Die Analyse des Forschungsstandes zu *Elternschaft von Menschen mit ID* hat gezeigt, welche Aspekte, sowohl direkt als auch indirekt, auf die kindliche Entwicklung Einfluss nehmen können. Auf Grundlage der empirischen Erkenntnisse und der theoretischen Grundannahmen zu elterlichen Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung wurde von Orthmann Bless, Hellfritz und Chevalley (2015) das in Abbildung 3 dargestellte theoretische Rahmenmodell entwickelt:

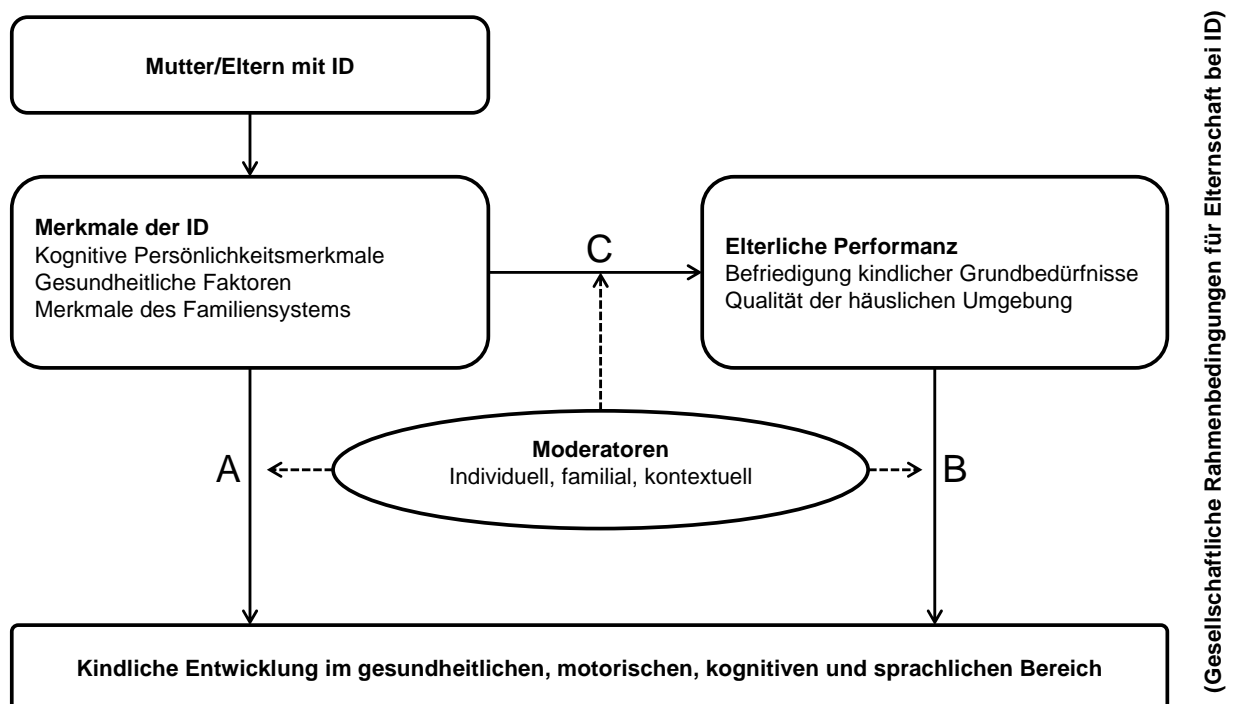


Abbildung 3. Auswirkungen der elterlichen ID auf die kindliche Entwicklung

Das Rahmenmodell zeigt auf der einen Seite, dass es die Merkmale der elterlichen ID sind, welche bestimmte Aspekte der kindlichen Entwicklung direkt beeinflussen, auch über hereditäre Prozesse. Auf der anderen Seite bestimmen elterliche Charakteristika

im Zusammenwirken mit kontextuellen Ressourcen das elterliche Verhalten, die elterliche Performanz. Diese ist somit ein zweiter wichtiger Einflussfaktor auf die kindliche Entwicklung (Orthmann Bless, Hellfritz, & Chevalley, 2015, S. 366). Betrachtet man die Merkmale elterlicher ID, zeigt das Modell die Faktoren, durch welche eine intellektuelle Beeinträchtigung entscheidend charakterisiert wird, diese ergeben sich aus den vorangegangenen theoretischen Ausführungen über intellektuelle Beeinträchtigungen (Kapitel 4.1) und den empirischen Befunden zu Elternschaft bei ID (Kapitel 4.2). Es handelt sich dabei um kognitive Persönlichkeitsmerkmale, gesundheitliche Faktoren und Merkmale des Familiensystems. Zu den kognitiven Persönlichkeitsmerkmalen zählen die Intelligenz und die adaptiven Kompetenzen, die gesundheitlichen Faktoren beinhalten den allgemeinen Gesundheitszustand sowie die subjektiv wahrgenommene körperliche und psychische Gesundheit. Die Merkmale des Familiensystems schließen hauptsächlich familiäre Risikofaktoren ein. Für die Aspekte elterlicher Performanz werden in dem Modell die Bedürfnisbefriedigung der Kinder und die Qualität der häuslichen Umgebung eingeschlossen, da sich diese als wichtige Faktoren herausgestellt haben.

Das vorliegende Modell zeigt die Einflussrichtungen und verdeutlicht, dass die Merkmale der elterlichen ID sowohl direkt bestimmte Aspekte der kindlichen Entwicklung als auch die elterliche Performanz beeinflussen können. Auch die Aspekte der elterlichen Performanz nehmen einen direkten Einfluss auf die kindliche Entwicklung, z. B. über die Bedürfnisbefriedigung der Kinder und die Qualität der häuslichen Umgebung. Das bedeutet, eine intellektuelle Beeinträchtigung der Eltern kann einen direkten Einfluss und einen indirekten Einfluss über die elterliche Performanz auf verschiedene Bereiche der kindlichen Entwicklung nehmen. Das Modell verdeutlicht zudem, dass von einem moderierenden Einfluss durch verschiedene individuelle, familiale und kontextuelle Faktoren ausgegangen wird. Für das Kind können das Alter, das Geschlecht und bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, wie etwa Selbstregulationskompetenzen, moderierende Faktoren darstellen. Auf Seiten der Eltern sind sowohl Persönlichkeitscharakteristika als auch Einstellungen moderierend wirksam, wie z. B. psychische Belastbarkeit oder die Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Familiäre Schutzfaktoren können die Stabilität der Paarbeziehung betreffen und kontextuelle Ressourcen beinhalten Unterstützungsmöglichkeiten (ebd., S. 369). Erwähnt sei an dieser Stelle, dass in der vorliegenden Studie der Einflusspfad C (s. Abbildung 3), der indirekte Einfluss sowie die Moderatoren keiner empirischen Überprüfung unterzogen werden. Diese Untersuchung konzentriert sich auf die direkten Einflusspfade der elterlichen ID und der elterlichen Performanz auf die kindliche Entwicklung (Pfad A und B im Modell, Abbildung 3).

5.2 Forschungsüberblick zur Entwicklung der Kinder von Eltern mit ID

Empirische Untersuchungen über die Kinder von Eltern mit ID sind im internationalen Raum selten, das mag an spezifischen Zugangsproblemen liegen (Faureholm, 2010) oder damit zu tun haben, dass es ein Forschungsbereich ist, der ethische, gesellschaftspolitische und soziale Aspekte berührt und hohe Anforderungen an die Forschenden stellt. Dies führt dazu, dass, trotz einiger Forschungen über Eltern mit ID, auffallend wenig über das Leben ihrer Kinder und der Entwicklung dieser bekannt ist. Eine systematische Recherche von Collings und Llewellyn (2012) identifizierte die wesentlichen Studien zwischen 1983 und 2011, welche Aspekte der kindlichen Entwicklung bzw. der Lebenslagen von Kindern von Eltern mit ID untersuchten. Deutlich wird, dass die Studien inhaltlich unterschiedliche Schwerpunkte legen. So zeigt sich, dass nur wenige Forschungen explizit die Assoziation zwischen der elterlichen ID und der kindlichen Entwicklung untersuchen (Aunos et al., 2008; Keltner, Wise, & Taylor, 1999; Mørch et al., 1997). Bei den anderen Studien handelt es sich um Forschungsarbeiten, welche Aspekte der kindlichen Entwicklung lediglich im Zusammenhang mit anderen Fragestellungen beschreiben. Das beinhaltet beispielsweise Untersuchungen, welche sich mit der Situation der Kinder im Rahmen von Gerichtsverfahren, Sorgerechtsentscheiden, Fremdplatzierung, Kindeswohl oder Missbrauch und Vernachlässigung durch die Eltern beschäftigen (Booth et al., 2005a; McConnell et al., 2000a, 2000b; McConnell, Llewellyn, & Ferronato, 2002). Einige Studien untersuchen die Wirksamkeit von Unterstützungsmaßnahmen für Kinder von Eltern mit ID (Ramey & Campbell, 1984) oder evaluieren Trainingsintervention für Mütter mit ID, welche durchgeführt werden, um die Frauen anzuleiten, wie sie beispielsweise die Sprachentwicklung ihrer Kinder fördern (Feldman, Sparks, & Case, 1993). Des Weiteren gibt es Forschungen, bei denen es sich um qualitative retrospektiv Studien handelt, die sich mit den Erfahrungen des Erwachsenwerdens mit einer Mutter mit ID auseinandersetzen (Wołowicz-Ruszkowska & McConnell, 2017).

Ebenso wie bei den Studien zu Elternschaft bei ID bestehen auch bei den Untersuchungen zu der Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern die gleichen methodischen Probleme. So fehlen auch hier oft exakte Intelligenzmessungen der Mütter oder es bestehen Uneinigkeiten in der Definition von ID. Ebenfalls umfassen die Studien vor allem Frauen, dabei gibt es eine hohe Anzahl von alleinstehenden Müttern. Die Stichproben sind sehr klein und oftmals handelt es sich hier um klinische Populationen oder um Hochrisikogruppen, welche bereits bei entsprechenden sozialen Diensten bekannt sind. Meist ist keine geeignete Vergleichsgruppe vorhanden, so dass für einige

Studien keine Repräsentativität angenommen werden kann.

Nachfolgend werden die internationalen Befunde zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern dargestellt. Dabei wird sowohl auf die Studien eingegangen, welche möglichst explizit die kindliche Entwicklung untersuchen, als auch auf die Studien, welche sekundär Aspekte der kindlichen Entwicklung untersucht haben. Einige der Studien wurden bereits bei den Forschungen zur Elternschaft bei ID erwähnt, hier werden sie erneut aufgeführt, wenn sie auch Befunde zur kindlichen Entwicklung liefern.

5.2.1 Studien zur Entwicklung von Kindern von Eltern mit ID

Empirische Studien, welche explizit und ausschließlich die Frage untersuchen, wie Kinder von Eltern mit ID sich im Vergleich zur Norm entwickeln und welche mit umfangreichen Daten die motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen dieser Kinder im Vergleich zur Norm auswerten, existieren nicht. So werden Erkenntnisse zur kindlichen Entwicklung in diesen Kompetenzen im Vergleich zur Norm nachfolgend nur separat aus den jeweiligen Studien ersichtlich, da immer nur einzelne Aspekte der kindlichen Entwicklung untersucht wurden.

Bereits in den frühen Forschungen wurden Entwicklungsverzögerungen bei den Kindern von Eltern mit ID festgestellt. Dabei stellte sich heraus, dass beispielsweise Probleme in der Sprache und Sprachverzögerungen ein Risikobereich für Kinder von Eltern mit ID sind (Feldman, Towns, Betel, Case, Rincover, & Rubino, 1985; Peterson, Robinson, & Littman, 1983). Laut den Autoren können Gründe dafür sein, dass Eltern mit ID weniger sprachliche Erklärungen und Äußerungen gegenüber ihren Kindern machen als Eltern ohne ID. Sie deuten darauf hin, dass der Mangel an dieser Art von verbaler Interaktion, von der angenommen wird, dass sie die Aufmerksamkeit und den Gebrauch der Sprache des Kindes anregt, zur Entwicklung von verbalen Defiziten beim Kind führt. Als Folge dieser Erkenntnis, welche auch durch die Erfahrung von Fachkräften auf dem Gebiet bestätigt ist, wurde dies stärker in Elterntrainings einbezogen. Doch während es viele erfolgreiche Versuche gab, Eltern mit ID neue Fähigkeiten zu vermitteln, indem konsequente und strukturierte Unterrichtsansätze eingesetzt wurden, waren dauerhafte Veränderungen in der Qualität der sprachlichen Stimulation schwer zu erreichen (Feldman, 1994; James, 2004). Weitere Untersuchungen liefern Nachweise der verspäteten Sprachentwicklung, besonders in der expressiven Sprache (Emerson & Brigham, 2014; Tymchuk & Andron, 1992). An dieser Stelle sei angemerkt, dass die bestehenden Untersuchungen über die sprachliche Entwicklung von Kindern von Eltern mit

ID verdeutlichen, dass es kaum detaillierte Erkenntnisse darüber gibt, welche Art von Problemen in der Sprache festgestellt wurden. Die Untersuchungen lassen keine spezifischen Aussagen darüber zu, wie das Ausmaß sprachlicher Defizite ist und welcher Art diese Defizite sind und ob sich diese von den sprachlichen Schwierigkeiten unterscheiden, welche Kinder von Eltern ohne ID aufweisen. Außerdem betreffen fast alle Untersuchungen nur die sprachlichen Kompetenzen von Kleinkindern und nachvollziehbar ist, dass Entwicklungsbesonderheiten im Bereich der Sprache in diesem Lebensalter besonders auffallen.

In Norwegen führten Mørch et al. (1997) eine landesweite Umfrage mit Fachkräften des öffentlichen Gesundheitswesens durch, um die Prävalenz von Kindern von Eltern mit ID zu bestimmen und die kindliche Entwicklung zu untersuchen. Insgesamt wurden 126 Kinder mit geistig behinderten Eltern identifiziert, mit einer Inzidenz von 27 Kindern pro Jahr und einer Prävalenz von etwa 430 Kindern unter 16 Jahren in einer Population von 4 Mio. Menschen mit einem Mittelwert von 1,05 Kindern pro Familie. Im Anschluss an die Umfrage wurden Aufzeichnungen von Pflegefachkräften des Gesundheitssystems untersucht, um die Ergebnisse von 65 Kindern von Eltern mit ID zu analysieren. Die Studie stellte fest, dass bei mehr als einem Drittel der Kinder eine Inobhutnahme erfolgte, bei zwei Dritteln geschah dies vor ihrem ersten Geburtstag. In 26 Fällen wurde Vernachlässigung aufgezeichnet, einschließlich schlechter Ernährung, mangelhafter Hygiene, ungenügender Anregung sowie die Unfähigkeit, das Verhalten der Kinder zu kontrollieren. Hinsichtlich Behinderungen und Krankheiten der Kinder ergab sich, dass ein großer Teil der Kinder (43,1 %) verschiedene Formen von kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen zeigten, angefangen von Schulschwierigkeiten und verschiedenen Arten von Lese- und Schreibproblemen (12 Kinder) bis hin zu schweren geistigen Behinderungen und Autismus (16 Kinder). Einige der Kinder litten an Epilepsie zusätzlich zur geistigen Behinderung (4,5 %). Für sieben der Kinder (10,8 %) gab es keine vertieften Informationen über ihre kognitiven Beeinträchtigungen. Bei acht (12,3 %) der Kinder wurden neben kognitiven Beeinträchtigungen somatische oder psychische Erkrankungen beobachtet (z. B. Asthma, Allergie, Enuresis). Die Gesamtzahl der Kinder, welche Probleme in allen untersuchten Bereichen zeigten, betrug 28. Keines der Kinder ohne intellektuelle Beeinträchtigung litt an einer Krankheit oder Missbildung. Zwischen 25 % und 68 % der Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung und nur 3 % bis 10 % der normal entwickelten Kinder hatten entwicklungsbedingte Probleme, wie zum Beispiel schwach entwickelte motorische oder sprachliche Fähigkeiten, Probleme in den Sinnesmodalitäten oder hinsichtlich der psychosozialen Verfassung. Es wurden keine

bedeutsamen Unterschiede gefunden hinsichtlich des Schweregrades der intellektuellen Beeinträchtigung zwischen Kindern, die mit ihren biologischen Eltern zusammenlebten und denen, die bei Pflege- oder Adoptiveltern wohnten.

In Kanada untersuchten Feldman und Walton-Allen (1997) die Assoziation zwischen Armut, elterlicher ID und der kindlichen Entwicklung. Die Studie verglich die Entwicklungs- und Verhaltensprofile von 27 Grundschulkindern von Müttern mit ID und 25 Kindern, deren Mütter einen durchschnittlichen IQ aufwiesen. Untersucht wurden die kindliche Intelligenz und das kindliche Verhalten, die häusliche Umgebung und die soziale Unterstützung der Mutter. Es zeigte sich, dass bei den Kindern von Müttern mit ID intellektuelle und akademische Benachteiligungen im Vergleich zu den Kindern der Vergleichsgruppe gefunden wurden. Mehr als 60 % der Kinder von Müttern mit ID hatten einen IQ unter 85 und über die Hälfte erhielt eine spezielle Förderung, verglichen mit 12 % der Vergleichsgruppe. Bei den Kindern von Müttern mit ID, welche einen durchschnittlichen IQ aufwiesen, traten oft Verhaltensstörungen auf, 25 % hatten sogar mehrere Verhaltensprobleme. Hingegen wiesen die Kinder der Vergleichsgruppe keine Verhaltensstörungen auf. Weiter zeigte sich, dass die Jungen ein signifikant höheres Risiko für schlechte Ergebnisse im Verhalten hatten als die Mädchen, allerdings gab es einen signifikanten Unterschied zwischen der Anzahl der Jungen (19) und Mädchen (8) in der Stichprobe, die dies erklären können. Jedoch stellte eine Post-hoc-Analyse mit einer gleichen Anzahl von zufällig ausgewählten Jungen und Mädchen fest, dass die geschlechtsspezifische Differenz in den Ergebnissen hinsichtlich des Verhaltens bestehen blieb.

In einer Studie in den USA beschreiben Keltner et al. (1999) die Entwicklung von 2-jährigen Kindern von 38 Müttern mit ID und 32 Müttern mit einem IQ über 85 unter Kontrolle der mit Armut konfundierten Effekte. Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede zwischen den kognitiven, sozialen, sprachlichen und motorischen Fähigkeiten der beiden Gruppen der Kinder. Entwicklungsverzögerungen traten bei 42 % der Kinder auf, deren Mütter eine ID hatten, verglichen mit 12 % der Kinder von Müttern mit einem durchschnittlichen IQ. Im Alter von zwei Jahren wiesen fast die Hälfte der Kinder von Müttern mit ID Entwicklungsbeeinträchtigungen auf. Hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung der Beeinträchtigungen beschreiben die Autoren, dass sich im ersten Lebensjahr der Kinder die Auffälligkeiten nur in seltenen Fällen manifestiert hatten, hingegen nahmen die Entwicklungsbeeinträchtigungen im zweiten Lebensjahr erheblich zu, insbesondere im Bereich der Sprache und der psychomotorischen Kompetenzen. In Bezug auf körperliche Entwicklungsaspekte stellten die Autoren fest, dass für Kinder von

Müttern mit ID die Inzidenz der Zerebralparese deutlich höher war als für die Kinder von Müttern ohne ID (Collings & Llewellyn, 2012; Keltner et al., 1999).

McConnell, Llewellyn, Mayes, Russo und Honey (2003) untersuchten den Entwicklungsstatus von 37 Kindern unter fünf Jahren, deren Eltern mit ID an einer australischen randomisierten kontrollierten Studie über Elternschaft teilnahmen. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil der Kinder mit Entwicklungsverzögerungen von mehr als drei Monaten im Vergleich zur Altersnorm in Bezug auf die intellektuelle Entwicklung bei 46 %, hinsichtlich der Kommunikation bei 57 %, in Bezug auf die motorische Entwicklung bei 54 % und bezüglich der sozialen Entwicklung bei 38 % lag. Ein weiterer auffälliger Befund war, dass fast die Hälfte der Kinder eine oder mehrere organische Beeinträchtigungen aufwiesen, wie beispielsweise Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Megalozephalie oder Epilepsie. Auch geburtsbedingte Komplikationen wurden festgestellt. Frühgeburtlichkeit trat in 28 % der Fälle auf und 22 % der Kinder hatten niedriges Geburtsgewicht. Es wurden keine Assoziationen zwischen der kindlichen Pathologie und dem IQ oder der allgemeinen Gesundheit ihrer Mütter oder zwischen vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen und der häuslichen Umgebung gefunden. Es zeigte sich keine Assoziation zwischen dem kindlichen Entwicklungsstatus und den Merkmalen der Mutter oder der häuslichen Umgebung. Ein signifikanter Zusammenhang wurde allerdings zwischen einer bestehenden organischen Symptomatik und Entwicklungsverzögerungen bei den Kindern gefunden. Dieser Befund deutet darauf hin, dass Kinder, bei denen Krankheiten vorliegen, besonders anfällig für Entwicklungsverzögerung sind, unabhängig vom elterlichen intellektuellen Profil oder der Stimulierung, die zu Hause angeboten wird.

Die Studie von McGaw et al. (2007) aus dem Vereinigten Königreich untersuchte bei 49 Eltern mit ID, welche bei entsprechenden sozialen Diensten bekannt waren, und 58 Kindern die Beziehung zwischen der elterlichen psychischen Gesundheit und Missbrauchserfahrungen in der eigenen Kindheit. Dabei wurde der Frage nach den Auswirkungen und Folgen der schlechten elterlichen Erfahrungen auf die Verhaltensweisen ihrer Kinder nachgegangen. Die meisten Eltern hatten während ihrer eigenen Kindheit Missbrauch oder Vernachlässigung erlebt, und fast die Hälfte wies irgendeine Form von Psychopathologie auf, in der Regel Depression oder Angst. 20 % der Kinder in der Studie wiesen intellektuelle Beeinträchtigungen auf. Für mehr als die Hälfte der Kinder wurden bereits Gefährdungsmeldungen hinsichtlich des Kindeswohls gemacht bzw. dauerten diese Verfahren zum Untersuchungszeitpunkt noch an. Kindeswohlgefährdungsmeldungen waren wahrscheinlicher, wenn Eltern einen emotionalen Missbrauch

in ihrer eigenen Kindheit erlebt hatten. Des Weiteren wurden bei den Kindern emotionale Störungen, Verhaltensstörungen, Angststörungen und akute Probleme identifiziert. Auch die Untersuchung aus Kanada von Aunos et al. (2008) betrachtete die Beziehung zwischen Verhaltensweisen von 32 Kindern im Alter von zwei bis 13 Jahren und dem psychischen Wohlbefinden der Mütter mit ID, welche Unterstützung erhielten. Die Studie beinhaltete eine gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen, obwohl sie nicht gleichmäßig über alle Altersgruppen verteilt waren. Mittels semistrukturierten Interviews wurden Aspekte zur mütterlichen Gesundheit, zur sozialen Unterstützung, zum elterlichen Erziehungsstress und Erziehungsstil, zur Qualität der häuslichen Umgebung und zum kindlichen Verhalten erhoben (Befunde s. Kapitel 4.2.2). Verhaltensauffälligkeiten traten bei schulpflichtigen Kindern häufiger auf als bei Vorschulkindern. Die Mehrheit der Kinder zeigte keine signifikanten Verhaltensprobleme, nur sechs (18 %) Kinder, vier Mädchen und zwei Jungen zeigten klinische Auffälligkeiten. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Verlässlichkeit der mütterlichen Berichte über das Verhalten des Kindes eingeschränkt sein kann, zumal es unmöglich ist zu bestimmen, ob das kindliche Problemverhalten den Erziehungsstress verursacht, was wiederum zu einer feindseligeren und ablehnenden Erziehung führt, oder ob gestresste Mütter größere Verhaltensstörungen bei ihren Kindern wahrnehmen. Des Weiteren deuten die Autoren, dass die Mütter mit ID größere Schwierigkeiten haben können, intellektuell anregende, fördernde Umgebungen für ihre Kinder zu schaffen, wenn sie älter werden, was zum Entstehen von Verhaltensproblemen beitragen kann.

Auch für die Forschungen zur kindlichen Entwicklung zeigt sich, was schon bei den Forschungen zu Elternschaft bei ID thematisiert wurde. So untersuchen nur wenige Studien den Einfluss der elterlichen ID auf die kindliche Entwicklung, indem sie versuchen, weitere nachteilige kontextuelle Einflussfaktoren zu kontrollieren.

Die Studie von Emerson und Brigham (2014), welche eine große repräsentative bevölkerungsbasierte Stichprobe von 46.025 Familien mit Eltern mit und ohne ID verwendet (in 588 Familien mit ID), versucht, die Wirkung der elterlichen ID auf die kindliche Entwicklung von kontextuellen Einflüssen (z. B. niedriger sozioökonomischer Status, soziale Isolation, Erziehungsprobleme) zu isolieren. Die Untersuchung basiert auf einer sekundären Analyse von vertraulichen Bedarfsanalysen, die im Rahmen von *Primary Care Trust (PCTs)* in England gesammelt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die elterliche ID mit einem erhöhten Risiko für Entwicklungsverzögerungen, Sprachverzögerungen und sprachlichen Problemen („*speech and language problems*“), kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und häufigen Unfällen und Verletzungen des Kindes verbunden ist. Die

elterliche ID war auch mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten einer Vielzahl von Umweltproblemen wie Armut, schlechtem Wohnraum und sozialer Isolation verbunden. Bei weiterführenden Analysen, bei denen kontextuelle Einflussfaktoren ausgeschlossen wurden, zeigte sich, dass sich das Risiko für schlechte Ergebnisse in jedem der vier untersuchten Bereiche der kindlichen Entwicklung (Entwicklungsverzögerung, Sprachprobleme, Verhaltensauffälligkeiten, Unfälle und Verletzungen) um mehr als 50 % reduzierte. Das bedeutet, dass das erhöhte Risiko für eine schlechte Entwicklung der Kinder zum großen Teil durch sozioökonomische Benachteiligung und eine geringe soziale Unterstützung der Mutterschaft erklärt werden konnte. Im endgültigen, vollständig angepassten Modell war die elterliche ID mit einem erhöhten Risiko für kindliche Entwicklungsverzögerungen und Sprachproblemen der Kinder assoziiert. Es gab keine bedeutenden Assoziationen zwischen der elterlichen ID und kindlichen Verhaltensproblemen oder häufigen Unfällen und Verletzungen (Emerson & Brigham, 2014).

Hindmarsh et al. (2015) untersuchten mithilfe bevölkerungsbezogener Daten den gesundheitlichen und sozialen Kontext von Müttern mit ID im Vergleich zu ihren Altersgenossen ohne ID und die Entwicklungsergebnisse ihrer neun Monate alten Säuglinge. Bei den Daten handelte es sich um eine sekundäre Analyse der ersten Erhebungswelle der britischen *Millennium Cohort Study*. Von den 18.198 Müttern wurden 74 (0,4 %) als Mütter mit ID eingestuft. Die Ergebnisse zeigen einen weitverbreiteten Nachteil in Bezug auf den gesellschaftlichen Kontext und eine schlechtere selbst berichtete körperliche Gesundheit der Mütter mit ID im Vergleich zu ihren Altersgenossen ohne ID. Die mütterliche psychische Gesundheit und die Entwicklungsergebnisse der neun Monate alten Säuglinge hingegen unterschieden sich zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant voneinander. Die Unterschiede in den Ergebnissen in Bezug auf die Geburt und die Säuglingsgesundheit unterschieden sich in dieser Studie nicht von denen bei Höglund et al. (2012a, b, Befunde s. Kapitel 4.2.2) und McConnell et al. (2003, 2008a, 2008b). Die Feststellung der verzögerten feinmotorischen Entwicklung steht im Einklang mit Keltner et al. (1999), die Autoren fanden ab dem zweiten Lebensjahr erhebliche Verzögerungen bei der psychomotorischen Entwicklung.

Powell und Brandeis (2017) untersuchen, ebenfalls basierend auf bevölkerungsbezogene Daten, das Verhalten und die kognitive Entwicklung von 3-jährigen Kindern von Müttern mit ID im Vergleich zu Kindern von Müttern ohne ID in den USA. Die Studie verwendet eine sekundäre Analyse der *Fragile Families Child and Wellbeing Study*, eine längsschnittliche Geburtskohortenstudie in den USA. Die Stichprobe umfasst Mütter mit ID ($n = 263$) und eine Vergleichsgruppe von Müttern ohne ID ($n = 1298$). Die

Ergebnisse zeigen, dass Kinder von Müttern mit ID schlechtere Ergebnisse im Verhalten und in der kognitiven Entwicklung aufweisen als Kinder von Müttern ohne ID. Die ID der Mütter war mit der Anwesenheit von ängstlichem, depressivem und zurückgezogenem Verhalten sowie einer verminderten kognitiven Entwicklung bei Kindern verbunden. Jedoch zeigen jedoch Kinder von Müttern mit intellektuellen Beeinträchtigungen kein erhöhtes Risiko für aggressives Verhalten, es sei denn, ihr Familieneinkommen lag unter 200 % der bundesweiten Armutsgrenze. Außerdem erleben Familien mit ID mehrere Erschwernisse hinsichtlich sozioökonomischer Faktoren, erhalten eine begrenzte soziale Unterstützung und verfügen über eine schlechte selbst berichtete Gesundheit.

Inzwischen ist bekannt, dass die deutlichsten Einflussfaktoren aus der häuslichen Umgebung auf die kognitive und sprachliche Entwicklung von Kindern die Qualität der stimulierenden Lernumgebung, der Anregungsgrad für Lernerfahrungen sowie die Qualität der sprachlichen Interaktion in der Familie sind (Bradley, Corwyn, Burchinal, McAdoo, & Coll, 2001a, 2001b; Heilig, 2014). Zudem ist anzunehmen, dass diese Aspekte den Eltern mit ID in der Umsetzung Schwierigkeiten bereiten, da hierfür vielfältige kognitive Prozesse erforderlich sind. Dennoch existieren kaum Studien, welche die elterliche Performanz und speziell den Einfluss der Qualität der häuslichen Umgebung von Eltern mit ID auf die kindliche Entwicklung untersuchen. Es gibt wenige Hinweise darauf, dass signifikante positive Korrelationen zwischen der Qualität der häuslichen Umgebung (gemessen mit *HOME Inventory*, Caldwell & Bradley, 1984) und der kognitiven Entwicklung von Kindern im Alter von zwei Jahren (gemessen mit den *Bayley-Scales*) von Eltern mit ID bestehen (Feldman & Walton-Allen, 1997; Feldman et al., 1985).

Forschungen, welche sich mit der Frage nach dem genetischen Risiko und der Vererbung von ID beschäftigten, zeigten hinsichtlich der Zusammenhänge der kognitiven Persönlichkeitsmerkmale der Eltern und der Kinder, dass für Kinder von Eltern mit ID eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für kognitive Einschränkungen im Vergleich zur Gesamtpopulation besteht. Studien konnten ein familiär gehäuftes Auftreten leichter Formen der ID (IQ 50–69) nachweisen. Es ist aber bekannt, dass Kinder von Eltern mit ID nicht zwingend kognitiv beeinträchtigt sind (Burack et al., 1998; von Gontard, 2013; Reed & Reed, 1965; Tymchuk et al., 1987). Ein erhöhtes genetisches Risiko ist nicht immer vorhanden und Aussagen darüber sind schwierig zu treffen, da sich das Gesamtniveau des genetischen Risikos als schwer zu quantifizieren erwiesen hat. Zusätzlich wird die Entwicklung des Kindes durch die dem Kind angebotene Qualität der Betreuung und die damit verbundenen Umweltfaktoren, z. B. die Qualität des sprachlichen Umfelds, beeinträchtigt (James, 2004).

5.2.2 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Sichtung des Forschungsstandes zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern zeigt ein uneinheitliches Bild und divergierende Befunde. Die Erkenntnisse, wie die Entwicklung dieser Kinder verläuft, wie viele Kinder sich gesund und altersgerecht entwickeln und welchen Einfluss die elterliche intellektuelle Beeinträchtigung auf verschiedene Entwicklungsbereiche und Kompetenzen der Kinder nimmt, sind nicht eindeutig. Es zeigt sich viel Variabilität in der Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern. Mehrheitlich zeigen die Forschungen, dass negative Einflüsse auf die kindliche Entwicklung anzunehmen sind, da sie schlechte Entwicklungsergebnisse nachweisen können (Mørch et al., 1997). Die Befunde hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen den Merkmalen elterlicher ID und der kindlichen Entwicklung sind nicht konvergent, da einige Studien diesbezüglich signifikante Zusammenhänge bestätigen (Keltner et al., 1999). Andere Studien hingegen finden keine statistisch signifikanten Korrelationen zwischen dem Entwicklungsstatus und den Merkmalen der Mütter (McConnell et al., 2003). Des Weiteren fehlen empirische Befunde hinsichtlich möglicher Zusammenhänge zwischen der elterlichen Performanz und der kindlichen Entwicklung.

Trotz divergierender Befunde lässt sich aufgrund des Forschungsstandes zusammenfassend konstatieren, dass die elterliche ID mit einem erhöhten Risiko von kindlichen Entwicklungsstörungen, vor allem in Bezug auf kognitive Fähigkeiten, Sprachverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten, verbunden ist (Emerson & Brigham, 2014; Feldman, McConnell, & Aunos, 2012; Keltner et al., 1999; Llewellyn & Hindmarsh, 2015; McConnell et al., 2003). Die Sichtung des Forschungsstandes zeigt, dass sich die Untersuchungen in erster Linie auf Kinder unter fünf Jahren beschränken (Bowling & Keltner, 1996; Feldman et al., 1993; Keltner, Finn, & Shearer, 1995; Keltner et al., 1999; McConnell et al., 2003). Nur wenige Studien berichten die Entwicklungsergebnisse für Kinder im schulpflichtigen Alter (Feldman & Walton-Allen, 1997; McGaw et al., 2007; Perkins, Holburn, Deaux, Flory, & Vietze, 2002). Das Wissen über langfristige Bildungsergebnisse hinsichtlich kindlicher Entwicklungsverläufe ist begrenzt.

Des Weiteren werden in fast allen Studien Geschlechterunterschiede vernachlässigt, nur wenige haben geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht (Aunos et al., 2008; Feldman & Walton-Allen, 1997; Perkins et al., 2002). Dabei zeigt sich wiederum kein einheitliches Bild. So stellten Feldman und Walton-Allen (1997) fest, dass Verhaltensstörungen bei Jungen häufiger waren als bei Mädchen. Aunos et al. (2008) hingegen fanden keinen Unterschied in den Verhaltensmustern der Geschlechter. Aufgrund

dieser begrenzten Information über geschlechtsspezifische Unterschiede in der kindlichen Entwicklung ist es aktuell nicht möglich, Schlussfolgerungen über die Wirkung des Geschlechts auf die kindliche Entwicklung zu ziehen. Hier besteht dringender Forschungsbedarf.

Festhalten lässt sich, dass die Befunde insgesamt zeigen, dass für Kinder intellektuell beeinträchtigter Eltern eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Entwicklungsrisiken besteht. Dabei können die Risiken entweder aus den kognitiven und gesundheitlichen Faktoren der Eltern direkt resultieren oder über die elterliche Performanz vermittelt werden. Zudem deuten die empirischen Befunde darauf hin, dass Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der elterlichen ID und der kindlichen Entwicklung bestehen. Allerdings wird aus den bisherigen Untersuchungen nicht deutlich, wie dieser Zusammenhang genau aussieht. Ebenso lassen die vorliegenden Studien keine Aussagen darüber zu, wie viele Kinder von Eltern sich im gesundheitlichen, kognitiven, motorischen und sprachlichen Bereich sowie in den adaptiven Kompetenzen altersgerecht entwickeln. Auch über das persönliche Wohlbefinden der Kinder von Eltern mit ID gibt es keine zuverlässigen Befunde. Der aktuelle Forschungsstand zeigt deutlich, dass die Situation der Kinder von Eltern mit ID bis heute nur unzureichend erforscht ist.

6 Fragestellungen und Hypothesen

Aus der Problemstellung, den theoretischen Vorüberlegungen und dem internationalen Forschungsstand ergeben sich folgende forschungsleitende Fragestellungen und Hypothesen:

Fragestellung 1:

Wie sind die motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen von Kindern intellektuell beeinträchtigter Mütter im Vergleich zur Norm ausgeprägt?

Hypothese 1a: Kinder von Müttern mit ID zeigen, im Vergleich mit der Norm, schwächere Leistungen in den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen.

Hypothese 1b: Bei älteren Kindern zeigen sich in den kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen stärkere Abweichungen von der Norm als bei jüngeren Kindern.

Fragestellung 2:

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Gesundheit, dem Wohlbefinden und den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder?

Gibt es signifikante Unterschiede in den untersuchten Kompetenzen zwischen gesunden Kindern und Kindern, die körperlich behindert, chronisch erkrankt sind oder Verhaltensauffälligkeiten aufweisen?

Hypothese 2a: Es gibt signifikante Zusammenhänge zwischen der gesundheitlichen Situation der Kinder und den untersuchten Kompetenzen.

Hypothese 2b: Kinder ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen zeigen höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen als Kinder mit gesundheitlichen Einschränkungen.

Hypothese 2c: Es zeigen sich signifikant positive Zusammenhänge zwischen dem persönlichen Wohlbefinden der Kinder und ihrer Kompetenzentwicklung.

Fragestellung 3:

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Merkmalen der mütterlichen ID und der gesundheitlichen, motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung sowie den adaptiven Kompetenzen der Kinder?

Hypothese 3a: Die kognitiven Kompetenzen der Mütter korrelieren signifikant positiv mit den kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder.

Hypothese 3b: Die adaptiven Kompetenzen der Mütter korrelieren signifikant positiv mit den kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder.

Hypothese 3c: Die physische und psychische Gesundheit der Mütter korreliert signifikant positiv mit der Gesundheit der Kinder und den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder.

Hypothese 3d: Das Auftreten von familiären Risikofaktoren korreliert signifikant negativ mit der Gesundheit der Kinder und den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder.

Fragestellung 4:

Gibt es signifikante Unterschiede zwischen der Entwicklung der Kinder von Müttern, bei denen die Merkmale der ID weniger stark ausgeprägt sind und der Entwicklung der Kinder von Müttern, bei denen diese stärker ausgeprägt sind?

Hypothese 4a: Kinder von Müttern mit höheren kognitiven und adaptiven Kompetenzen zeigen signifikant höhere Leistungen in den kognitiven und adaptiven Kompetenzen als Kinder von Müttern mit niedrigeren Werten in diesen Kompetenzen.

Hypothese 4b: Kinder von Müttern mit höheren Werten in der Gesundheit zeigen eine bessere Gesundheit und signifikant höhere Leistungen in den motorischen, kognitiven und adaptiven Kompetenzen als Kinder von Müttern mit niedrigeren Werten in der Gesundheit.

Hypothese 4c: Kinder von Müttern, bei denen keine familiären Risikofaktoren auftreten, zeigen eine bessere Gesundheit und signifikant höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen, als Kinder, bei denen ein oder mehrere Risikofaktoren bei der Mutter vorkommen.

Fragestellung 5:

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der elterlichen Performanz und der gesundheitlichen, motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung sowie den adaptiven Kompetenzen der Kinder?

Hypothese 5a: Die Qualität der häuslichen Umgebung korreliert signifikant positiv mit den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder.

Hypothese 5b: Die Befriedigung der kindlichen Grundbedürfnisse durch die Mutter korreliert signifikant positiv mit der Gesundheit und den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder.

Fragestellung 6:

Gibt es signifikante Unterschiede zwischen der Entwicklung der Kinder von Müttern, denen die elterliche Performanz besser gelingt und der Entwicklung der Kinder von Müttern, denen diese weniger gut gelingt?

Hypothese 6a: Kinder von Müttern, die höhere Werte in der Qualität der häuslichen Umgebung erreichen, zeigen signifikant höhere Leistungen in den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen als Kinder von Müttern mit niedrigeren Werten in der Qualität der häuslichen Umgebung.

Hypothese 6b: Kinder von Müttern, denen die Befriedigung der kindlichen Grundbedürfnisse gelingt, zeigen eine bessere Gesundheit und signifikant bessere Leistungen in den motorischen, sprachlichen, kognitiven und adaptiven Kompetenzen als Kinder von Müttern, denen die Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse nicht gelingt.

Fragestellung 7:

Wie stark sind die ermittelten Einflüsse der Merkmale mütterlicher ID und der elterlichen Performanz auf die hier untersuchten Kompetenzen der Kinder?

Hypothese 7: Zuvor identifizierte spezifische Merkmale mütterlicher ID und elterlicher Performanz können gesammelt sinnvoll und substanziell kindliche Entwicklung in den Bereichen Kognition, Sprache und Motorik sowie in den adaptiven Kompetenzen vorhersagen.

7 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen der Studie dargestellt. Begonnen wird mit dem Untersuchungsdesign, daraufhin werden die Stichprobengewinnung und die Datenerhebung erläutert sowie die zur Anwendung kommenden Erhebungsinstrumente beschrieben. Daran anschließend werden die Methoden der Datenanalyse vorgestellt.

7.1 Untersuchungsdesign, Stichprobengewinnung und Datenerhebung

Das Dissertationsprojekt ist Teil eines Schweizer Nationalfonds-Projektes (SNF-Projekt 1000_19149570/1, Projektleitung PD Dr. D. Orthmann Bless), welches im Zeitraum von 2014–2017 am Heilpädagogischen Institut der Universität Freiburg (Schweiz) durchgeführt wird. Das SNF-Projekt dient der Grundlagenforschung zum Themenbereich „Elternschaft unter den Bedingungen von intellektuellen Beeinträchtigungen“. Es umfasst die SEPIA-Studien (*Studies on Parents and Parenting with Intellectual Disability*), bei welchen es sich sowohl um die Querschnittsstudie SEPIA-D (durchgeführt in Deutschland, 2015) als auch um die Schweizer Längsschnittstudie SEPIA-CH (2014–2017) handelt. Das vorliegende Dissertationsprojekt ist Teil der SEPIA-D-Studie und hat zum Ziel, umfangreiche Daten zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern zu erheben und auszuwerten, um die in Kapitel 6 dargestellten Fragestellungen zu beantworten und eine erste grundlegende empirische Datenbasis für den deutschsprachigen Raum zu schaffen. Die Studie ist als hypothesenprüfende Querschnittsstudie an einer Inanspruchnahmepopulation mit einem Messzeitpunkt angelegt.

Die Stichprobe bilden intellektuell beeinträchtigte Eltern, welche zum Untersuchungszeitpunkt durch *Begleitete Elternschaft* in ambulanten oder stationären Strukturen in Deutschland Unterstützung erhalten, und ihre Kinder im Alter von 0–18 Jahren. *Begleitete Elternschaft* ist eine Hilfemaßnahme für geistig behinderte Menschen und ihre Kinder. Die maßgeblichen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Finanzierungsmöglichkeiten für die *Begleitete Elternschaft* ergeben sich aus dem Recht auf Elternschaft, welches sowohl in der UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 23) als auch im Grundgesetz (Art. 6) verankert ist, aus dem in § 1 SGB VIII verankerten Elternrecht auf Pflege und Erziehung der Kinder sowie aus dem Benachteiligungsverbot behinderter Eltern (Art. 3,3 Grundgesetz) und der Maßnahmen des Kinderschutzes des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 1666 BGB). Die Priorität von öffentlichen Hilfen vor der Trennung von Eltern

und Kind (§ 1666a BGB), verschiedene Eingliederungshilfen für Eltern mit geistiger Behinderung sowie Hilfen zur Erziehung und Sozialpädagogische Familienhilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB VIII) bilden weitere rechtliche Rahmenbedingungen für die *Begleitete Elternschaft* in Deutschland (Bargfrede, 2015, S. 293; Landesjugendamt des Landes Brandenburg, 2010, S. 3ff.; Vlasak, 2015, S. 114ff.). Die übergeordnete Zielstellung der *Begleiteten Elternschaft* besteht darin, den Familien eine dauerhafte und gemeinsame Lebensperspektive unter Sicherung des Kindeswohls zu ermöglichen (www.begleiteteelternschaft.de). Träger und Institutionen, welche *Begleitete Elternschaft* anbieten, organisieren sich deutschlandweit in der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) oder in der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). Die BAG ist ein Zusammenschluss von 33 verschiedenen gemeinnützigen Einrichtungen, Trägern und Projekten in zwölf Bundesländern Deutschlands (Stand Mai 2015, www.begleiteteelternschaft.de). Der Zugang zur Stichprobe erfolgt über die BAG und LAG. Aufgrund einer engen Zusammenarbeit mit der LAG liegt das Rekrutierungsgebiet für die Stichprobe vor allem in Berlin und Brandenburg. Aus den Angaben eines Protokolls der LAG vom 11./12.06.2015 (LAG, 2015) kann entnommen werden, dass zum Untersuchungszeitpunkt ca. 106 Familien mit geistig behinderten Eltern an 15 Standorten in Brandenburg und 134 Familien in Berlin im Rahmen *Begleiteter Elternschaft* Unterstützung erhalten. Als weitere Bundesländer werden aufgrund der geografischen Nähe Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Schleswig-Holstein hinzugenommen. Laut Angaben der angefragten Institutionen und pädagogischen Einrichtungen gibt es im Untersuchungszeitraum in Mecklenburg-Vorpommern 20 Plätze, in Hamburg elf Plätze und in Schleswig-Holstein sind es 23 Plätze für Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass zum Untersuchungszeitpunkt möglicherweise nicht alle verfügbaren Plätze belegt sind. Die verantwortlichen Fachpersonen der *Begleiteten Elternschaft* und die Mitarbeiter der Institutionen werden in enger Zusammenarbeit in den Monaten vor der Erhebung anhand von Informationsschreiben und Veranstaltungen informiert und in das Projekt eingeführt. Um dem Umstand gerecht zu werden, dass es sich bei Menschen mit ID um zu schützende Personen handelt, werden die Informationen und Einverständniserklärungen für die intellektuell beeinträchtigten Eltern in Anlehnung an die Vorgaben der *Leichten Sprache* verfasst (*Netzwerk Leichte Sprache*, 2015) und entsprechend ausgegeben (s. Anhang 1, 2, 3). Zudem wird die Anonymität der Daten zugesichert. Im Vorfeld führen die Fachpersonen mit den Klienten, die in ihrer jeweiligen Institution in den Strukturen der *Begleiteten Elternschaft* leben, Informations- und Aufklärungsgespräche über die Studie. Dabei wird versichert,

dass die Entscheidung zur Teilnahme auf Freiwilligkeit beruht. Als Zielgröße wird im Vorfeld der Untersuchung eine Gruppe von 100 Personen beschrieben. Um dieses Ziel zu erreichen, erfolgt eine Konzentration auf die Bundesländer, von denen umfangreiche Informationen bezüglich der Anzahl der Familien und der belegten Plätze vorliegen. Den Fachpersonen gelingt es, von einem Großteil der zum Untersuchungszeitpunkt in der *Begleiteten Elternschaft* lebenden Familien das Einverständnis zur Teilnahme einzuholen, so dass die Zielgröße von 100 überschritten wird. Das Kriterium für die Aufnahme in die Stichprobe ist die intellektuelle Beeinträchtigung der Mutter. Wie bereits in Kapitel 4.1–4.1.1 dargestellt, existiert aktuell ein Doppelkriterium für eine intellektuelle Beeinträchtigung, dies setzt sich aus einer Minderleistung in der Intelligenz sowie in den adaptiven Kompetenzen zusammen. Für die Aufnahme in diese Stichprobe werden einzig die IQ-Werte überprüft. Das Verfahren zur Bestimmung adaptiver Kompetenzen (*ABAS-II*, Harrison & Oakland, 2008) ist aufwendig, da es als Fremdbeurteilung durch die entsprechenden Betreuungspersonen angelegt ist. Aufgrund des hohen Aufwandes für die Betreuungspersonen kann die Beurteilung erst im Verlauf der Datenerhebung für alle Probandinnen erfolgen, so dass sich die adaptiven Kompetenzen als Einschlusskriterium als ungeeignet erweisen. Da es derzeit kein einfacheres und schnelleres Testverfahren gibt, welches die Leistungen im Bereich der adaptiven Kompetenzen zuverlässig misst, kann nicht auf ein anderes Instrument ausgewichen werden. Aus diesem Grund gilt für diese Studie somit die Einschränkung der Intelligenz der Mutter als Einschlusskriterium. Gemäß den Definitionskriterien (*DSM-5*, 2013; *AAIDD*, 2010) bedeutet dies, dass die Frauen IQ-Werte von zwei oder mehr Standardabweichungen unter dem Mittelwert aufweisen, inklusive der Berücksichtigung eines Messfehlers von fünf Punkten. Bei einem Test mit einer Standardabweichung von 15 und einem Mittelwert von 100 umfasst das einen Wert unter 75 (Falkai & Wittchen, 2015, S. 46). Es erfolgt eine exakte Kontrolle der Definitionskriterien für die geistige Behinderung mittels Intelligenztests (*WAIS-IV*, Petermann, 2014, genauer s. Kapitel 7.2). Für die Kinder besteht kein Aufnahmekriterium. Eine detaillierte Beschreibung der Stichprobenzusammensetzung und die Darstellung der Lebenssituationen erfolgt zu Beginn des Ergebnisteils.

Die Datenerhebung erfolgt von April bis Juni 2015 in den fünf deutschen Bundesländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Hamburg. Die teilnehmenden Familien werden in ihrem häuslichen Umfeld oder in Räumlichkeiten der *Begleiteten Elternschaft* in Einzelsituationen aufgesucht. Alle Tests mit Mutter und Kind werden von der Autorin selbst, der Projektleiterin und einer weiteren Projektmitarbeiterin

durchgeführt. Alle drei Testleiterinnen sind in den Verfahren geschult und können diese korrekt anwenden, so dass eine standardisierte Datenerhebung gewährleistet ist. Zu Beginn der Testsituation wird noch einmal das Einverständnis der Eltern eingeholt, die Ziele und das Vorgehen der Untersuchung werden in verständlicher Sprache erläutert.

7.2 Erhebungsinstrumente

Nachfolgend werden die in dieser Untersuchung zur Anwendung kommenden Erhebungsinstrumente vorgestellt, Tabelle 2 gibt einen Überblick. Dabei wird in die Verfahren unterteilt, die auf Ebene der Kinder, der Eltern, der Merkmale des Familiensystems und auf Ebene der elterlichen Performanz zum Einsatz kommen.

Tabelle 2. Übersicht über die Erhebungsinstrumente

Erfassungsbereich	Erhebungsinstrument
Kinder	
Gesundheitliche Situation	Dokumentationsbogen (angelehnt an BMG 2015; SGP 2011)
Entwicklung	<i>Bayley-III</i> (Reuner & Rosenkranz, 2014)
Intelligenz	<i>WPPSI-III</i> (Petermann, Ricken, Fritz, Schuck, & Preuss, 2014) <i>WISC-IV</i> (Petermann & Petermann, 2014)
Adaptive Kompetenzen	<i>ABAS-II</i> (Harrison & Oakland, 2008)
Persönliches Wohlbefinden	<i>PWI-SC</i> (Cummins & Lau, 2005a)
Eltern	
Gesundheitliche Situation	Dokumentationsbogen (Orthmann Bless, Hellfritz, & Slokar, 2015, unveröffentlicht)
Intelligenz	<i>WAIS-IV</i> (Petermann, 2014)
Adaptive Kompetenzen	<i>ABAS-II</i> (Harrison & Oakland, 2008)
Subjektiv wahrgenommene körperliche & psychische Gesundheit	<i>SF-12, Kurzversion des SF-36</i> (Morfeld, Kirchberger, & Bullinger, 2011)
Persönliches Wohlbefinden	<i>PWI-ID</i> (Cummins & Lau, 2005b)
Familiensystem	
Merkmale des Familiensystems (Risikofaktoren)	Fragebogen Merkmale des Familiensystems (Orthmann Bless, Hellfritz, & Slokar, 2015, unveröffentlicht)
Elterliche Performanz	
Qualität der häuslichen Umgebung	<i>HOME Inventory</i> (Caldwell & Bradley, 2003)
Befriedigung kindlicher Bedürfnisse	Dokumentationsbogen (angelehnt an Künster et al., 2013)

Hinsichtlich der Erhebungsinstrumente für die kindlichen Kompetenzen, sei hier noch erwähnt, dass es von besonderer Bedeutung für diese Studie ist, dass für die kindliche Entwicklung normierte Testverfahren eingesetzt werden, da das Untersuchungsdesign

keine Kontrollgruppe vorsieht und die Leistungen der Kinder in den untersuchten Kompetenzen somit anhand von Altersnormen gemessen werden. Auch bei den Instrumenten der anderen Ebenen handelt es sich fast ausschließlich um normierte Testverfahren. Als Hinweis gilt außerdem noch, dass die Forscherinnen es für einige Verfahren als nötig erachten, die Fragen in Anlehnung an die Vorgaben für Leichte Sprache zu formulieren, um in standardisierter und für die intellektuell beeinträchtigten Eltern verständlicher Weise die Daten zu erheben. Alle Verfahren, welche eigens für diese Untersuchung entwickelt oder ins Deutsche übersetzt bzw. in *Leichter Sprache* formuliert werden und bisher nicht öffentlich zugänglich sind, finden sich im Anhang dieser Arbeit.

Gesundheitliche Situation Kinder

Die körperliche Entwicklung und die gesundheitliche Situation der Kinder werden anhand zentraler Wachstumsdaten sowie mit der Erfassung von Behinderungen, (chronischen) Erkrankungen, psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten und weiteren gesundheitsbezogenen Aspekten erhoben (s. Anhang 4). Für die Auskünfte werden die Eltern oder Betreuungsfachpersonen herangezogen. Teilweise kann Einsicht in relevante Gesundheitsakten genommen werden. Für die Dokumentation der Gesundheit kommt ein standardisierter Fragebogen zum Einsatz, welcher in enger Anlehnung an die Gesundheitsuntersuchungen des deutschen *Bundeministeriums für Gesundheit* (BMG, 2015) und an Empfehlungen der *Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie* (SPG, 2011) entwickelt wurde. Hierbei handelt es sich nicht um ein normiertes Verfahren, es liegen keine Norm- und Vergleichswerte vor.

Entwicklung Kleinkinder

Für die Kleinkinder werden die *Bayley Scales of Infant and Toddler Development – III* (*Bayley-III*) in der deutschen Fassung von Reuner und Rosenkranz (2014) angewandt. Die *Bayley-III* Skalen sind ein Individualtest zur Untersuchung des Entwicklungsniveaus von Säuglingen und Kleinkindern im Altersbereich von 0 bis 42 Monaten. Die *Bayley-III* Skalen dienen zur Einschätzung des Entwicklungsniveaus in drei Bereichen: Kognition, Sprache und Motorik (ebd., S. 19). Die kognitive Skala umfasst Items zur Untersuchung der sensomotorischen Entwicklung, des Explorations- und Manipulationsverhaltens, der Objektbezogenheit, der Begriffsbildung, des Gedächtnisses und weitere Aspekte der kognitiven Verarbeitung. Die Untertests Sprache Rezeptiv und Sprache Expressiv bilden die Sprach-Skala. Der Untertest Sprache Rezeptiv beinhaltet Items zur Einschätzung der kindlichen Reaktion auf Zuwendung, Geräusche, Kommunikationsangebote,

die passive Wortschatzentwicklung, die rezeptive morphologische Sprachentwicklung, das Verstehen morphologischer Marker, soziales Referenzieren und das Verstehen von Tätigkeiten. Der Untertest Sprache Expressiv umfasst Items zur Einschätzung der präverbalen Kommunikation, die Entwicklung des aktiven Wortschatzes und die morphosyntaktische Entwicklung der aktiven Sprache. Die Motorik-Skala gliedert sich in die Untertests Feinmotorik und Grobmotorik. Feinmotorische Fähigkeiten in Zusammenhang mit Greifen, perzeptiv-motorischer Integration, Bewegungsplanung und Bewegungsgeschwindigkeit bilden den Untertest Feinmotorik. Die Items ermitteln das visuelle Verfolgen von Objekten, das Greifen, die Objektmanipulation, die Handfertigkeiten eines Kindes und dessen Reaktionen auf taktile Informationen. Der Untertest Grobmotorik misst die Bewegung der Extremitäten und des Rumpfes, die Entwicklung des Sich-Aufrichtens, der dynamischen Bewegung, der Balance und der Bewegungsplanung (Reuner & Rosenkranz, 2014, S. 10ff.; S. 21ff.). Die *Bayley-III* Skalen stellen unterschiedliche normbasierte Werte bereit, in dieser Arbeit werden im Ergebnisteil die Untertestwerte und die Skalenwerte berichtet. Untertestwerte können für alle fünf Untertests berechnet werden, abgeleitet von den Rohwerten der jeweiligen Untertests. Diese können Werte im Bereich von 1–19 annehmen, haben einen Mittelwert von $M = 10$ und eine Standardabweichung von $SD = 3$. Die Skalenwerte für die Sprach-Skala und die Motorik-Skala werden aus den Summen der Untertestwerte gebildet. Für den Untertest Kognition wird dem Untertestwert ein Skalenäquivalent zugeordnet. Aufgrund der bestehenden Normierung werden Skalenwerte und Skalenäquivalent dazu verwendet, die Leistung eines Kindes in den drei übergeordneten Bereichen Kognition, Sprache und Motorik miteinander zu vergleichen. Die Skalenwerte und das Skalenäquivalent liegen auf einer Skala von 40–160 mit einem Mittelwert von $M = 100$ und einer Standardabweichung von $SD = 15$. Ein Wert von 100 meint für jede der Gesamtskalen eine durchschnittliche Leistung in einer bestimmten Altersgruppe. Werte zwischen 85 und 115 befinden sich dementsprechend eine Standardabweichung unter bzw. über dem Mittelwert (ebd., S. 12f.; S. 84ff.). Die *Bayley-III* Skalen weisen aktuelle deutsche Normen (2014) auf (ebd., S. 29). Hinsichtlich der Gütekriterien wurden Studien zur Ermittlung der Reliabilitäts- und Validitätswerte des Tests durchgeführt. Der Nachweis der Konstruktvalidität erfolgt über Interkorrelationsstudien und Faktorenanalysen (ebd., S. 61ff.).

Kognitive Kompetenzen Vorschulkinder

Für die Vorschulkinder kommt die deutsche Version der *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – III (WPPSI-III)* (Petermann et al., 2014) zum Einsatz. Die

WPPSI-III ist ein umfangreiches Einzeltestverfahren zur Erfassung der kognitiven Kompetenzen von Kindern im Alter von 3;0 bis 7;2 Jahren. Um den Unterschieden in der kognitiven Entwicklung von Kindern im Vorschulalter gerecht zu werden, gibt es für die Altersbereiche 3;0 bis 3;11 und 4;0 bis 7;2 Jahre verschiedene Versionen (Petermann et al., 2014, S. 11). Mit beiden Versionen kann ein Gesamt-IQ als Maß für den kognitiven Entwicklungsstand des Kindes bestimmt werden. Neben der Zuordnung der Untertests in Handlungs- und Verbalteil (HT, VT) können weitere Differenzierungen erfolgen. Für beide Altersgruppen werden die sprachlichen Fähigkeiten mit einer Allgemeinen Sprachskala (AS) bestimmt. Für die Kinder der Altersgruppe 4;0 bis 7;2 Jahre können mit der Skala Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG) Aussagen über die Geschwindigkeit kognitiver Prozesse gemacht werden (ebd., S. 15). Die Untertests des Verbalteils ermitteln sprachliche Begriffsbildung, das sprachliche Schlussfolgern und Verständnis, das erworbene Wissen sowie die Fähigkeit zur Lenkung der Aufmerksamkeit auf verbale Stimuli. Der Handlungsteil setzt sich aus Untertests zusammen, welche fluides Denken, räumliche Verarbeitung, die Aufmerksamkeit für Details und visuell-motorische Integration erfassen. Anhand der Untertests der Verarbeitungsgeschwindigkeit wird die Geschwindigkeit der mentalen und grafomotorischen Verarbeitung gemessen. Die Ergebnisse der Allgemeinen Sprachskala fungieren als Indikator für den Sprachentwicklungsstand eines Kindes im Bereich der expressiven und rezeptiven Sprachkompetenz (ebd., S. 17). Für die Darstellung der Leistungen der Kinder der vorliegenden Studie erfolgt die Umwandlung der Rohwerte in Wertepunkte, dies ermöglicht es, erzielte Kennwerte miteinander zu vergleichen. Die alterskorrigierten standardisierten Werte ermöglichen es, dass die kognitiven Fähigkeiten eines Kindes mit den Leistungen anderer Kinder derselben Altersstufe verglichen werden können. Die standardisierten Werte ermöglichen die Beschreibung der Testergebnisse mit der höchsten Spezifität. Für die Skalenwerte (VT, HT, AS, VG) und den Gesamt-IQ erfolgt die Standardisierung in Form des Abweichungs-IQ bei einem Mittelwert von $M = 100$ und einer Standardabweichung von $SD = 15$ (ebd., S. 55ff.). Die deutschsprachige Version der *WPPSI-III* beinhaltet aktualisierte Normdaten aus dem Jahre 2009 (ebd., S. 30). Hinsichtlich der Gütekriterien wurden Studien zur Ermittlung der Reliabilitäts- und Validitätswerte des Tests durchgeführt (ebd.). Die Normierungsstichprobe weist für den Gesamt-IQ ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .95$ auf (ebd., S. 71). Der Nachweis der Konstruktvalidität wird durch eine Reihe von exploratorischen und konfirmatorischen faktorenanalytischen Studien und mit dem Vergleich von Stichproben mit klinisch auffälligen Kindern erbracht (ebd.). Aufgrund der Standardisierung ist die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität gewährleistet.

Kognitive Kompetenzen Schulkinder

Für die Schulkinder findet die deutsche Version der *Wechsler Intelligence Scale for Children – IV (WISC-IV)* (Petermann & Petermann, 2014) Anwendung. Die *WISC-IV* ist für den Altersbereich von 6;0 bis 16;11 Jahren entwickelt und stellt ein umfangreiches Einzeltestverfahren zur Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen dar (ebd., S. 11). Mit der *WISC-IV* kann ein Gesamtwert (Gesamt-IQ) als Maß für den kognitiven Entwicklungsstand eines Kindes ermittelt werden. Zudem können IQ-Werte für vier Indizes berechnet werden: Sprachverständnis (SV), Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken (WLD), Arbeitsgedächtnis (AG) und Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG) (ebd., S. 13). Der Index Sprachverständnis ermittelt die sprachliche Begriffsbildung, das sprachliche Schlussfolgern und das erworbene Wissen. Der Index Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken setzt sich aus Untertests zusammen, welche Wahrnehmungsorganisation und Logisches Denken messen. Hier wird besonders das fluide logische Denken erfasst. Der Index Arbeitsgedächtnis ermittelt Aufmerksamkeit, Konzentration und Arbeitsgedächtnis, und der Index Verarbeitungsgeschwindigkeit misst die Geschwindigkeit der mentalen und grafomotorischen Verarbeitung (ebd., S. 15). Die Auswertung und Testinterpretation für die *WISC-IV* erfolgt nach der gleichen Prozedur, wie dies soeben für die *WPPSI-III* beschrieben wurde. Normdaten für Deutschland liegen aus dem Jahre 2005/2006 vor (ebd., S. 27). Hinsichtlich der Gütekriterien gilt für die *WISC-IV* das Gleiche wie für die *WPPSI-III*. Die Normierungsstichprobe weist für den Gesamt-IQ ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .97$ auf (ebd., S. 57).

Die kognitiven Kompetenzen des anschließenden Altersbereichs (ab 16 Jahre) werden mit der deutschen Version der *Wechsler Intelligence Scale for Adults – IV (WAIS-IV)* (Petermann, 2014) untersucht. Da es sich dabei lediglich um eine Fallzahl von $n = 2$ Kinder handelt und das Instrument ebenfalls für die Eltern Anwendung findet, wird dieses bei den Verfahren für die Eltern beschrieben.

Die sprachlichen Kompetenzen werden bei den Vorschul- und Schulkindern nicht mit einem gesonderten Verfahren gemessen, da die verwendeten IQ-Tests (*WPPSI-III*, *WISC-IV*) Unterskalen zur Erfassung der sprachlichen Leistungen beinhalten.

Adaptive Kompetenzen Kinder

Die adaptiven Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen werden mithilfe des *Adaptive Behavior Assessment System (ABAS-II)* (Harrison & Oakland, 2008) erfasst. Das

ABAS-II ist ein Verfahren zum Messen von Alltagskompetenzen. Es stehen mehrere Versionen zur Verfügung, die in Abhängigkeit vom Alter bzw. von der Beurteilungsart und Beurteilungsperson eingesetzt werden. In dieser Untersuchung findet für die Kinder im Alter von 0–5 Jahren der Fragebogen für Eltern/Betreuungspersonen/Bezugspersonen (*Parent/Primary Caregiver Form, Ages 0–5*) Einsatz (übersetzt durch Hellfritz & Orthmann Bless, 2015, s. Anhang 5). Für die Kinder im Alter von 5–21 Jahren kommt der Elternfragebogen (*Parent Form, Ages 5–12*) zur Anwendung (übersetzt durch Dessemontet, Bless, & Morin, 2012). Das *ABAS-II* liefert sehr differenzierte Einschätzungen der Alltagskompetenzen in neun bzw. zehn Dimensionen. Diese Dimensionen können den drei Bereichen konzeptuelle adaptive Kompetenzen (KON), soziale adaptive Kompetenzen (SOZ) und praktische adaptive Kompetenzen (PR) zugeordnet werden. Die konzeptuellen adaptiven Kompetenzen umfassen Kommunikation, funktionelle (vor-) akademische¹ bzw. akademische Fähigkeiten und Selbststeuerung. Die sozialen adaptiven Kompetenzen sind aus den Dimensionen soziale Anpassung und Freizeitverhalten zusammengesetzt. Die praktischen adaptiven Kompetenzen beinhalten die Dimensionen Orientierung in der Gemeinschaft, Wohnen, Gesundheit und Sicherheit, Selbstfürsorge und Motorik². Das *ABAS-II* wird von nahen Bezugspersonen (Betreuungsfachpersonen) der Kinder bearbeitet. Die Items sind auf einer konkreten Verhaltensebene operationalisiert, dabei wird jeweils in standardisierter Weise beurteilt, wie oft das Kind eine Verhaltensweise korrekt und ohne Hilfe ausführt, und zwar dann, wenn diese Verhaltensweise angepasst und erforderlich ist (*ABAS II*, Harrison & Oakland, 2008). Neben Standardwerten für die einzelnen Dimensionen ($M = 10$, $SD = 3$) werden Mischwerte für die drei Bereiche (KON, SOZ, PR) sowie ein Gesamtwert (im Original: *General Adaptive Level* = GAL-Wert) bestimmt. Die Mischwerte für die drei Bereiche sowie der GAL-Wert als Gesamtmaß für die adaptiven Kompetenzen werden jeweils auf einer Normskala entsprechend der IQ-Skala ($M = 100$, $SD = 15$, Normbereich = 85–115) gemessen. Für alle *ABAS*-Versionen stehen entsprechende Normdaten zur Verfügung (Harrison & Oakland, 2008). Allerdings liegen keine deutschen Normdaten vor. Hinsichtlich der Gütekriterien gibt es Untersuchungen, welche die Reliabilität und Validität des Instrumentes bestätigen und es stehen Daten aus klinischen Studien zur Verfügung (ebd.).

¹ (vor-)akademische Fähigkeiten: 0- bis 5-Jährigen; akademische Fähigkeiten: 5- bis 21-Jährigen

² *Motorik* wird nur bei den 0- bis 5-Jährigen erhoben

Persönliches Wohlbefinden Kinder

Das kindliche Wohlbefinden wird mit einem standardisierten Fragebogen nach Cummins und Lau (2005a, *PWI-SC*) untersucht. Durchgeführt wird es in Interviewform bei Kindern ab acht Jahren, da davon ausgegangen wird, dass die dafür erforderliche Selbstreflexion erst ab diesem Alter gegeben ist. Das Instrument erfasst die subjektive Zufriedenheit des Kindes mit seiner derzeitigen Gesamtlebenssituation. Hierfür wird anhand mehrerer Unterskalen ein Gesamtwert für das subjektive persönliche Wohlbefinden der Kinder gebildet (*Personal Wellbeing Index*/Persönlicher Wohlbefindlichkeitsindex). Die Unterskalen untersuchen die Zufriedenheit mit dem eigenen Besitz, der Gesundheit, dem Sicherheitsempfinden, dem Erfolg beim Lernen, den Aktivitäten, die außerhalb von Zuhause stattfinden, dem Kontakt zu anderen Menschen und den persönlichen Zukunftserwartungen. Gemessen wird auf einer Skala von 1–100. Es stehen Norm- und Vergleichsdaten zu Verfügung (Cummins, Woerner, Weinberg, Collard, Hartley-Clark, & Horfiniak, 2013a, 2013b). Die Reliabilität, Validität und Sensitivität des *PWI-SC* wurde in einer Reihe von Studien mit umfangreicher Datensammlung in verschiedenen Ländern bestätigt (International Wellbeing Group, 2006; Schäfers, 2008, S. 115).

Kognitive Kompetenzen Eltern

Für die Eltern kommt die deutsche Version der *Wechsler Intelligence Scale for Adults – IV (WAIS-IV)* (Petermann, 2014) zum Einsatz. Die *WAIS-IV* ist ein umfangreiches Einzeltestverfahren zur Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten von Jugendlichen und Erwachsenen im Alter von 16;0 bis 89;11 Jahren (ebd., S. 13). Mithilfe der *WAIS-IV* kann ein Gesamt-IQ als Maß für den kognitiven Entwicklungsstand einer Person ermittelt werden. Zudem ist es möglich, für die folgenden vier Indizes entsprechende IQ-Werte zu berechnen: Sprachverständnis (SV), Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken (WLD), Arbeitsgedächtnis (AG) und Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG). Der Index Sprachverständnis ermittelt die sprachliche Begriffsbildung, das sprachliche Schlussfolgern sowie das erworbene Wissen. Der Index Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken erhebt Wahrnehmungsorganisation und logisches Denken. Im Index Arbeitsgedächtnis werden Aufmerksamkeit, Konzentration und Arbeitsgedächtnis gemessen und der Index Verarbeitungsgeschwindigkeit ermittelt die Geschwindigkeit der mentalen und der grafomotorischen Verarbeitung (ebd., S. 20). Die Auswertung und Testinterpretation für die *WAIS-IV* erfolgt nach der gleichen Prozedur, wie dies bereits für die *WPPSI-III* beschrieben wurde. Normdaten für Deutschland liegen aus dem Jahre 2012 vor (ebd., S. 13). Auch hinsichtlich der Gütekriterien gilt für die *WAIS-IV* das Gleiche wie für die

WPPSI-III und die *WISC-IV*. Die Normierungsstichprobe weist für den Gesamt-IQ ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .98$ auf (Petermann, 2014, S. 79).

Adaptive Kompetenzen Eltern

Die Adaptiven Kompetenzen der Eltern werden ebenfalls mithilfe des *Adaptive Behavior Assessment System (ABAS-II)* (Harrison & Oakland, 2008) erhoben. Dafür kommt die *Fremdbeurteilungsversion für Erwachsene (Adult Form, Ages 16–89)* zum Einsatz (übersetzt durch Orthmann Bless, 2013, unveröffentlicht). Dieser Bogen wird von nahen Betreuungsfachpersonen ausgefüllt. Hinsichtlich der Gütekriterien gilt für die eingesetzte Version bei den Eltern das Gleiche wie bereits bei dem *ABAS-II* für die Kinder dargestellt.

Gesundheit Eltern

Hinsichtlich der Gesundheit der Eltern werden verschiedene Befunde erhoben. Es werden zum einen Daten zur allgemeinen gesundheitlichen Situation der Eltern erfragt und zum anderen wird die subjektiv wahrgenommene physische und psychische Gesundheit der Eltern mittels normiertem Fragebogen erhoben.

Die gesundheitliche Situation der Eltern wird mit einem strukturierten Anamnesebogen (Orthmann Bless, Hellfritz, & Slokar, 2015, unveröffentlicht, s. Anhang 6) erhoben. Dieser ermöglicht die standardisierte Erfassung von Behinderungen, (chronischen) Erkrankungen, psychischen Erkrankungen und weiteren für die gesundheitsbezogene Anamnese bedeutsamen Aspekten. Die Informationen werden in Gesprächen mit den Eltern und den verantwortlichen Betreuungsfachpersonen eingeholt. Dieses Vorgehen ermöglicht keinen direkten Vergleich mit gesundheitsbezogenen Norm- oder Vergleichsdaten anderer Populationen.

Die subjektiv wahrgenommene physische und psychische Gesundheit der Eltern wird mit der deutschen Version des *Short Form-36 Health Survey (SF-12)*, Kurzversion des *SF-36*) von Morfeld et al., (2011) erhoben. Dabei handelt es sich um eine zwölf Items umfassende Kurzform, den *SF-12*. Erfasst werden acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit: die körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Die acht Subskalen lassen sich in zwei Grunddimensionen der subjektiven Gesundheit zuordnen: die körperliche und die psychische Gesundheit. Die Summenwerte der Körperlichen Summenskala und der Psychischen Summenskala stellen das Ergebnis des *SF-12* dar, diese können mit

alters- und geschlechtsentsprechenden Referenzgruppen in Bezug auf die entsprechende Vergleichsgruppe aus den vorliegenden bevölkerungsrepräsentativen Daten verglichen werden. Für Deutschland liegen Normdaten aus der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von 1994 vor (ebd., S. 95, 110f). Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die wesentlichen Anforderungen hinsichtlich der Objektivität vorliegen (ebd., S. 57). In den deutschen Studien mit dem *SF-12* zeigen sich befriedigende interne Konsistenzen der Summenskalen (ebd., S. 104). Test-Retest-Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Persönliches Wohlbefinden Eltern

Das persönliche Wohlbefinden der Eltern wird wie das Wohlbefinden der Kinder auch mit einem standardisierten Fragebogen nach Cummins und Lau (2005b) untersucht. Dafür wird die Version für Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung eingesetzt (*PWI-ID*). Diese Version entspricht inhaltlich der Version für die Kinder, auch die Durchführung und Auswertung sind identisch. Es liegen Normen für diese Version vor.

Angaben zu der familiären Lebenssituation

Für die Aufnahme der Angaben zu der familiären Lebenssituation kommt ein eigens entwickelter Fragebogen zu den Merkmalen des Familiensystems zum Einsatz, welcher ein umfangreiches Erfassen soziodemographischer Strukturdaten der Familien ermöglicht. Das Instrument ermittelt neben der Nationalität der Familien das Alter der Eltern zum Untersuchungszeitpunkt und das Alter der Mutter bei der Geburt der Kinder. Des Weiteren werden Angaben zu den Eltern und Kindern erhoben, welche den Familienstand, die Frage nach einem gesetzlichen Betreuer und das Sorgerecht der Eltern betreffen. Von Interesse sind außerdem die Anzahl der Kinder, die Wohnsituation der Familien und die Betreuungssituation der Kinder. Auch werden Daten dokumentiert, welche Auskunft über den beruflichen Werdegang der Eltern geben, wie die Frage nach einem Schulabschluss und der derzeitigen beruflichen und finanziellen Situation. Zudem sind die Bildungssituation des Kindes und das Erfassen möglicher therapeutischer Unterstützungsleistungen für die Familien wichtig (s. Anhang 7). Erhoben werden die Daten mittels Interviews mit den Eltern oder den jeweiligen Betreuungsfachpersonen bzw. Verantwortlichen der Institutionen, in welchen die Familien leben.

Familiäre Risikofaktoren

Im Rahmen der Merkmale des Familiensystems werden familiäre Belastungen und Risikofaktoren erhoben. Der Erhebung liegt ein standardisierter Fragebogen von Künster et al. (2013, *Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz*, Versionen *Rund um die Geburt, Klein- und Vorschulkinder*) zugrunde, welcher zu Teilen (Abschnitt C beider Versionen) auf Arbeiten von Kindler (2009) basiert. Der Fragebogen identifiziert empirisch belegte Risikofaktoren für Kindesvernachlässigung bzw. -misshandlung und Erziehungsschwierigkeiten bzw. Entwicklungsauffälligkeiten. In dieser Untersuchung dient er dazu, systematisch mögliche Risiken und soziale Belastungen in der Lebenssituation der Familien zu erkennen. Beispielhaft sind nachfolgend einige Items genannt:

- die Mutter ist sehr jung
- die Mutter hat mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter ≤ 20
- die Mutter ist alleinerziehend und sozial isoliert
- es gibt Hinweise auf schwere Konflikte oder Gewalt in der aktuellen Partnerschaft
- es gibt Hinweise auf Alkohol-/Drogenkonsum bei der Mutter oder deren Partner
- es gibt Hinweise auf psychische Erkrankungen bei der Mutter oder deren Partner
- die Familie lebt in Armut
- die Familie ist sozial isoliert und bekommt wenig Unterstützung von außen

Die Kodierung („Ja“ bzw. „Nein/Nicht bekannt“) der Kriterien erfolgt aufgrund von Gesprächen mit den Eltern oder Angaben der Betreuungsfachpersonen. Bei dem Verfahren handelt es sich nicht um ein normiertes Verfahren (s. Anhang 8, „Belastungen“).

Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse durch die Eltern

Im Rahmen der Erfassung der elterlichen Performanz wird die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse durch die Eltern erhoben. Hierfür wird ein standardisierter Fragebogen eingesetzt, welcher in enger Anlehnung an den bereits oben erwähnten Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz (Versionen *Rund um die Geburt, Klein- und Vorschulkinder*) von Künster et al. (2013) entwickelt wurde. Mit dem Fragebogen ist es möglich, nachfolgende Formen von Kindeswohlgefährdungen zu ermitteln:

- erzieherische Vernachlässigung
- (zahn-)medizinische Vernachlässigung
- emotionale Vernachlässigung (Verweigerung angemessener emotionaler Reaktionen, Ignorieren)
- körperliche Vernachlässigung (Ernährung, Hygiene, Obdach, Kleidung)

- unterlassene Aufsicht
- Aussetzung einer gewalttätigen Umgebung
- emotionale Misshandlung (Isolieren, Terrorisieren)
- körperliche Misshandlung
- sexueller Missbrauch (berührungsloser sexueller Missbrauch, sexueller Kontakt, sexuelle Handlungen)

Die Einschätzung und Kodierung („Ja“ bzw. „Nein/Nicht bekannt“) der Bereiche findet aufgrund von Gesprächen mit den Eltern oder Informationen von den Betreuungspersonen statt. Es liegen keine Norm- oder Vergleichswerte vor (s. Anhang 8, „Befriedigung kindlicher Bedürfnisse“).

Qualität der häuslichen Umgebung

Um die Zusammenhänge zwischen kindlicher Entwicklung und elterlicher Performanz zu ermitteln, wird die Qualität der häuslichen Umgebung mithilfe des *HOME Inventory* (Caldwell & Bradley, 2003) untersucht. Das Inventar besteht aus einem Beobachtungskatalog. Um die nötigen Daten erheben zu können, ist es notwendig, das jeweilige Kind in seiner häuslichen Lebensumgebung zu besuchen (Walkowiak, 2000, S. 64). Die *Home-Skalen* bestehen aus dichotomen Items, die Subskalen zugeordnet sind, aus denen sich der *HOME-Gesamtwert* bildet. Es gibt verschiedene Versionen des Verfahrens, da für jede Altersgruppe unterschiedliche Aspekte der elterlichen Performanz von Bedeutung sind, anhand derer die Qualität der Performanz gemessen wird. Für die vorliegende Untersuchung kommen die Versionen für die Altersgruppen 0–3, 3–6, 6–10 und 10–14 Jahre zum Einsatz. Jede Version des Testverfahrens hat eigene Altersnormierungen (Caldwell & Bradley, 2003).

Mithilfe des Inventars ist es möglich, die häusliche Lebensumwelt als zentrale Einflussgröße für Kinder, die in einer Familie leben, zu erfassen. Von Bedeutung ist dabei die Umwelt aus der Sicht des Kindes (Walkowiak, 2000, S. 49). Nachfolgend werden beispielhaft Skalen aus den in dieser Untersuchung zur Anwendung kommenden Versionen des *HOME Inventory* genannt. Dabei handelt es sich um die deutsche Übersetzung der Skalen, angelehnt an Walkowiak (2000):

- Lernmaterial
- sprachliche Stimulation
- physische Umgebung
- emotionale und verbale Reaktionen der Mutter
- akademische Stimulation

- Variation der täglichen Stimulation
- Beschäftigung der Mutter mit dem Kind
- Organisation der Lebensumwelt des Kindes
- emotionales Klima
- Versorgung mit Spielmaterial
- Akzeptanz des kindlichen Verhaltens

Ergebnisse hinsichtlich der Stabilität der *HOME-Skala* und der Retest-Reliabilität des Verfahrens sowie Hinweise auf die Validität der HOME-Skala liegen aus unterschiedlichen Untersuchungen vor (Walkowiak, 2000).

7.3 Methoden der Datenanalyse

Das nachfolgende Kapitel gibt einen Überblick über die in der vorliegenden Studie eingesetzten statistischen Verfahren und Analysemethoden. Die Analyse der quantitativen Querschnittsdaten wird mit SPSS (Version 24.0) durchgeführt. Die Berechnung von Effektstärken erfolgt mit dem Programm G*Power (Version 3.1, Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009; Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). Es werden nur die Effektstärken für signifikante Ergebnisse berichtet.

Für die Testung auf Normalverteilung wird der Shapiro-Test verwendet. Laut Razali & Wah (2011) weist dieser eine bessere Power auf als der Kolmogorov-Smirnow-Test und wird diesem somit vorgezogen. Zeigt die Überprüfung, dass die Voraussetzungen der Normalverteilung oder der Varianzhomogenität der Daten verletzt werden, kommen bei der inferenzstatistischen Überprüfung die entsprechenden nicht-parametrischen Verfahren zum Einsatz. Dies gilt ebenso für Gruppen und Merkmale mit kleinen Fallzahlen ($n = < 30$)³

Da die Arbeit im Bereich der Grundlagenforschung verortet ist und für den deutschsprachigen Raum erstmalig grundlegende Erkenntnisse zu der Entwicklung und der Lebenssituation von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern präsentiert, enthält diese Arbeit einen ausführlichen deskriptiven Ergebnisteil.

Die Ergebnisse zur Kompetenzentwicklung werden mithilfe der entsprechenden Altersnormen der verwendeten Testverfahren ausgewertet und ausführlich dargestellt (Fragestellung 1).

³ Nur wenn $n = \geq 30$ ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Mittelwertverteilung auch für extrem von der Normalität abweichende Grundgesamtheiten hinreichend normal ist (zentrales Grenzwtheorem) (Döring & Bortz, 2016, S. 640f.).

Im Rahmen der Analyse der kognitiven Kompetenzen der Kinder wird mittels SPSS eine neue theoretische Stichprobe („Dummy-Stichprobe“) generiert, mit IQ-Werten, die der Normalpopulation entsprechen ($M = 100$; $SD = 15$). Gewählt wird die gleiche Fallzahl entsprechend der Stichprobe ($N = 153$). Anhand der Vorgaben werden normalverteilte Zufallswerte erstellt. Die Werte der neu generierten Gruppe entsprechen IQ-Werten aus der Normalpopulation, so ist es möglich, sowohl die Mittelwerte als auch die Streuungen der beiden Gruppen/Verteilungen miteinander zu vergleichen.

Ziel von Grundlagenforschung ist es, erste Zusammenhänge zu ermitteln, somit werden zu explorativen Zwecken Korrelationsanalysen durchgeführt. Mögliche Zusammenhänge zwischen der Gesundheit, dem Wohlbefinden und den Kompetenzen der Kinder (Fragestellung 2) werden mittels zweiseitiger Korrelationsanalysen nach Bravais-Pearson untersucht. Bei rangskalierten Daten oder der Verletzung der Normalverteilungsannahme wird der Korrelationskoeffizient nach Spearman (ebenfalls zweiseitig) dargestellt (Rasch, Frieze, Hofmann, & Naumann, 2014a, S. 96). Bei allen Korrelationsergebnissen, die nicht explizit als Spearmans Rangkorrelationskoeffizient (r_s) gekennzeichnet sind, handelt es sich um den Korrelationskoeffizienten von Bravais-Pearson. Berichtet werden nur Korrelationen, die aufgrund des festgelegten Signifikanzniveaus statistisch bedeutsam sind. Da in der Grundlagenforschung ein Signifikanzniveau von 5 % üblich ist (Bortz & Döring, 2006, S. 26), wird dies in dieser Arbeit entsprechend festgelegt. Stichprobenergebnisse, deren Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 5 % ist, sind auf dem 5 %-Signifikanzniveau signifikant und Stichprobenergebnisse mit Irrtumswahrscheinlichkeiten kleiner 1 % sind auf dem 1 %-Signifikanzniveau hochsignifikant (Bortz & Döring, 2006, S. 494). Dies gilt sowohl bei einseitigen als auch bei zweiseitigen Testungen. In der vorliegenden Untersuchung wird immer der genaue p -Wert angegeben, lediglich bei umfangreichen Korrelationstabellen nicht, hier wird nur unterschieden zwischen einem Signifikanzniveau von $^* p < .05$ (signifikant) und $^{**} p < .01$ (hochsignifikant).

Die Überprüfung der Hypothesen bezüglich möglicher Zusammenhänge zwischen der mütterlichen ID, der elterlichen Performanz und der kindlichen Entwicklung (Fragestellung 3 und 5) erfolgt ebenfalls mittels Korrelationsanalysen nach Bravais-Pearson bzw. Spearman. Aufgrund des zugrundeliegenden theoretischen Modells und der Fragestellungen dieser Arbeit werden diese Korrelationsanalysen einseitig durchgeführt. Die Berechnung der Effektstärken erfolgt nach Cohen (1988, 1992), so entspricht $r = .10$ einem schwachen Effekt, $r = .30$ einem mittleren Effekt und $r = .50$ einem starken Effekt (Cohen, 1992).

Bei den Fragestellungen 2, 4 und 6 gilt es, Unterschiedshypothesen mittels Gruppenvergleichen zu überprüfen. Für alle Gruppenvergleiche zweier Gruppen wird zunächst geprüft, ob die Voraussetzungen für die Anwendung eines t -Tests gegeben sind. Wenn die Stichproben voneinander unabhängig sind, die Verteilung der einzelnen Stichproben einer Normalverteilung folgt und der Levene-Test zeigt, dass die Varianzen beider Stichproben gleich sind, findet der t -Test Anwendung. Liegt keine Varianzhomogenität vor, wird der Welch-Test verwendet. Für den Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben bei nicht normalverteilten Daten wird der Mann-Whitney- U -Test eingesetzt (Rasch et al., 2014b, S. 94). Für Vergleiche zweier Merkmale innerhalb einer Gruppe wird der t -Test für abhängige Stichproben durchgeführt (Rasch et al., 2014a, S. 62). Bei den Effektstärken für Mittelwertvergleiche (t -Test für unabhängige Stichproben, U -Test) entspricht $d = .20$ einem kleinen Effekt, $d = .50$ einem mittleren Effekt und $d = .80$ einem starken Effekt (ebd., S. 49).

Für die Gruppenvergleiche, die für mehr als zwei Gruppen durchgeführt werden, zum Beispiel für die Vergleiche der drei Alterskohorten (Kleinkinder, Vorschulkinder, Schulkinder), werden, bei Erfüllung der gleichen Bedingungen wie bei dem t -Test für unabhängige Stichproben, varianzanalytische Verfahren durchgeführt (univariate ANOVA). Um hierbei nicht nur zu überprüfen, ob signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen, sondern um die Unterschiede genau definieren zu können, wird ein post-hoc-Test durchgeführt, die Adjustierung erfolgt mit Bonferroni. Bei den Gruppenvergleichen mit mehr als zwei Gruppen, bei denen die untersuchten Daten keiner Normalverteilung folgen, werden der Kruskal-Wallis H -Test oder die einfaktorielle ANOVA nach Kruskal-Wallis mit Mehrfachvergleich angewendet (Rasch et al., 2014b, S. 106).

Für Vergleiche von mehr als zwei verschiedenen Merkmalen (z. B. Kompetenzen) innerhalb einer Alterskohorte wird eine Varianzanalyse mit Messwiederholung eingesetzt. Bei Annahme der Varianzgleichheit werden die Haupteffekte ebenfalls mittels post-hoc-Test mit Bonferroni-Anpassung verglichen. Als Maß für die Effektstärke wird der Determinationskoeffizient η^2 (Eta-Quadrat) verwendet. Hier stellen Werte unter .06 einen kleinen Effekt, zwischen .06 und .14 einen mittleren Effekt und Werte, die darüber liegen, einen starken Effekt dar (Field, 2013, S. 474).

Die multiple Regression dient dazu, den relativen Einfluss eines Prädiktors im Kontext anderer Prädiktoren zu ermitteln (Rasch et al., 2014a, S. 109). Für Fragestellung 7 wird so untersucht, welche Faktoren für die kindliche Entwicklung in verschiedenen Bereichen der Kompetenzentwicklung prädiktiv sind. Die Auswahl der Prädiktorvariablen erfolgt aufgrund empirischer Hinweise aus den aktuell hier vorliegenden Daten, basierend

auf den oben genannten explorativen Korrelationsanalysen im Rahmen der Fragestellung 3 und 5. Es werden die Variablen eingeschlossen, die einen signifikanten Zusammenhang mit Aspekten der kindlichen Entwicklung aufweisen. Dafür findet die Methode „Einschluss/Enter“ bei SPSS Anwendung. Nach der Überprüfung der Voraussetzungen für die multiplen Regressionsanalysen (Normalverteilung der Residuen, Homoskedastizität, Unkorreliertheit zwischen Fehler und Prädiktoren, keine perfekte Kollinearität) werden alle Variablen mit zuvor ermittelten signifikanten Korrelationen in Bezug auf die zu untersuchende Kompetenz (*outcome*) in ein Grundmodell eingeschlossen. In einem zweiten Schritt werden anschließend, mittels „schrittweise rückwärts/*stepwise backward*“ Regression, inkrementell Prädiktoren aus dem Grundmodell entfernt, indem jeweils der schwächste Prädiktor ausgeschlossen wird, bis keine signifikante R^2 -Änderung mehr erzielt wird. Der Vorteil der „*stepwise backward*“ Methode ist, dass dies eine robuste Methode ist, um die Haupteffekte der Prädiktoren darzustellen und ein Fehlleiten von Einflüssen unbekannter und nicht modellierter Interaktionen minimiert wird. Die Methode ermittelt das „sparsamste“ Modell, das eine Maximierung der Varianzaufklärung mit möglichst wenigen Prädiktorvariablen erreicht. Für alle Modelle werden der F -Wert, das Bestimmtheitsmaß (R^2) für die Modellgüte sowie das korrigierte Bestimmtheitsmaß (R^2_{kor}) für die Vergleichbarkeit zwischen den Modellen in Abhängigkeit von der Anzahl der eingeschlossenen Prädiktoren berichtet. Für die „*face validity*“ wird der Regressionskoeffizient (B) und für die Vergleichbarkeit der Effektstärke mit den anderen Prädiktoren im Modell wird das standardisierte Beta (β) dargestellt. Es werden wieder die Effekte nach Cohen (1988, 1992) dargestellt, dieser bezeichnet $R^2_{\text{kor}} = .0196$ als einen kleinen Effekt, $R^2_{\text{kor}} = .1300$ als mittleren und $R^2_{\text{kor}} = .2600$ als großen Effekt.

8 Ergebnisse

Die Darstellungsabfolge der Ergebnisse orientiert sich an den Forschungsfragen und den dazu formulierten Hypothesen aus Kapitel 6. Da über Eltern mit ID und ihre Kinder im deutschsprachigen Raum bisher kaum geforscht wurde und nur wenige Informationen über diese Personengruppen und ihre Lebenssituationen vorliegen, wird den Ergebnissen eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe und der für diese Untersuchung relevanten Stichprobenmerkmale vorangestellt. Es sei hier angemerkt, dass an wenigen Stellen für einige der Befunde zu den Eltern eine kurze Einordnung dieser vorgenommen wird, um den Erhalt wesentlicher Informationen zu gewährleisten, da die anschließende Ergebnisdiskussion ausschließlich die Befunde der Kinder diskutiert und keine Interpretation der Daten zu den Eltern vorgenommen wird.

8.1 Beschreibung der Stichprobe

Aus Tabelle 3 wird ersichtlich, dass die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung 127 Eltern und 153 Kinder umfasst. Die Einschlusskriterien werden in Kapitel 7.1 im Detail beschrieben.

Tabelle 3. Stichprobe der untersuchten Kinder und Eltern

Probanden	Bundesland (Deutschland)			Gesamt
	Brandenburg	Berlin	Andere ^a	
Eltern				
Mütter	55	46	23	124
Väter	2	1	0	3
Gesamt	57	47	23	127
Kinder				
Kleinkinder 0–3 Jahre	27	18	11	56
Vorschulkinder 3–7 Jahre	25	22	11	58
Schulkinder 7–18 Jahre	19	14	6	39
Gesamt	71	54	28	153

Anmerkung. ^a Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Hamburg.

Tabelle 3 zeigt, dass es sich bei den 127 Elternteilen um 124 Mütter und drei Väter aus Deutschland handelt. Davon stammen 55 Mütter aus Brandenburg und 46 aus Berlin, auch die drei Väter kommen aus Brandenburg oder Berlin. 23 weitere Mütter verteilen sich auf die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein oder Hamburg. Alle Elternteile sowie ihre Kinder sind von deutscher Nationalität.

Hinsichtlich der drei Väter ist die Anmerkung wichtig, dass bei diesen Familien der Vater die Hauptbezugsperson des Kindes ist und entweder gar kein oder nur ein sporadischer Kontakt zwischen Mutter und Kind besteht. Da der Vater in diesen Familien die Aufgaben der Mutter übernimmt, wird er in dieser Untersuchung entsprechend behandelt. Dies ist möglich, da auch die Väter das Einschlusskriterium von einem $IQ < 70$ erfüllen und die verwendeten Messinstrumente keine geschlechterspezifischen Auswertungsmethoden erfordern. Aus diesen Gründen und aufgrund der geringen Anzahl an Vätern wird im Folgenden hauptsächlich von Müttern, selten von Eltern, nicht jedoch von Vätern gesprochen. Dies trifft inhaltlich präziser zu und führt zu einer besseren Lesbarkeit. Aus den bereits erwähnten Angaben zur Stichprobengewinnung und aufgrund der Einschlusskriterien (s. Kapitel 7.1) kann ermittelt werden, dass mit der vorliegenden Stichprobe mindestens 40 % der Familien mit geistig behinderten Eltern erreicht werden, welche zum Untersuchungszeitpunkt durch *Begleitete Elternschaft* in diesen fünf Bundesländern Unterstützung erhalten. Mit diesem Stichprobenumfang handelt es sich im internationalen Vergleich um eine sehr große Stichprobe im Bereich der Forschung über die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern.

Alters- und Geschlechterverteilung der Kinder

Die 153 untersuchten Kinder sind zwischen null und 18 Jahren alt (Abbildung 4). Im Mittel sind sie 4.98 Jahre alt. Die Geschlechterverteilung der Kinder zeigt ein ausgeglichenes Verhältnis, mit 74 Mädchen und 79 Jungen.

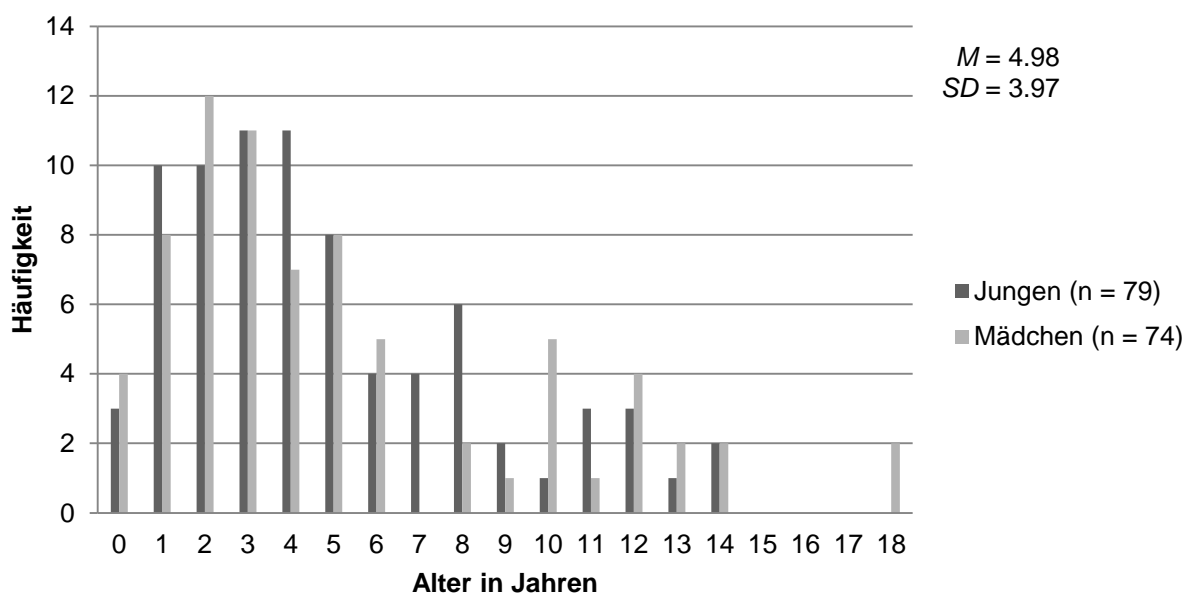


Abbildung 4. Alter der Kinder in Jahren

Die in dieser Untersuchung verwendeten Messinstrumente für die kognitive Entwicklung erfordern eine Einteilung der Kinder in Kleinkinder, Vorschulkinder und Schulkinder, um den Unterschieden in der kognitiven Entwicklung von Kindern im Alter von 0–18 Jahren gerecht zu werden (s. Kapitel 7.2). Da diese Einteilung in der Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik anerkannt und gebräuchlich ist, werden die drei Alterskohorten für die weitere Arbeit beibehalten, um eine bessere Auswertung und Ergebnisdarstellung zu gewährleisten. Abbildung 5 zeigt die genaue Alters- und Geschlechterzusammensetzung der drei Kohorten:

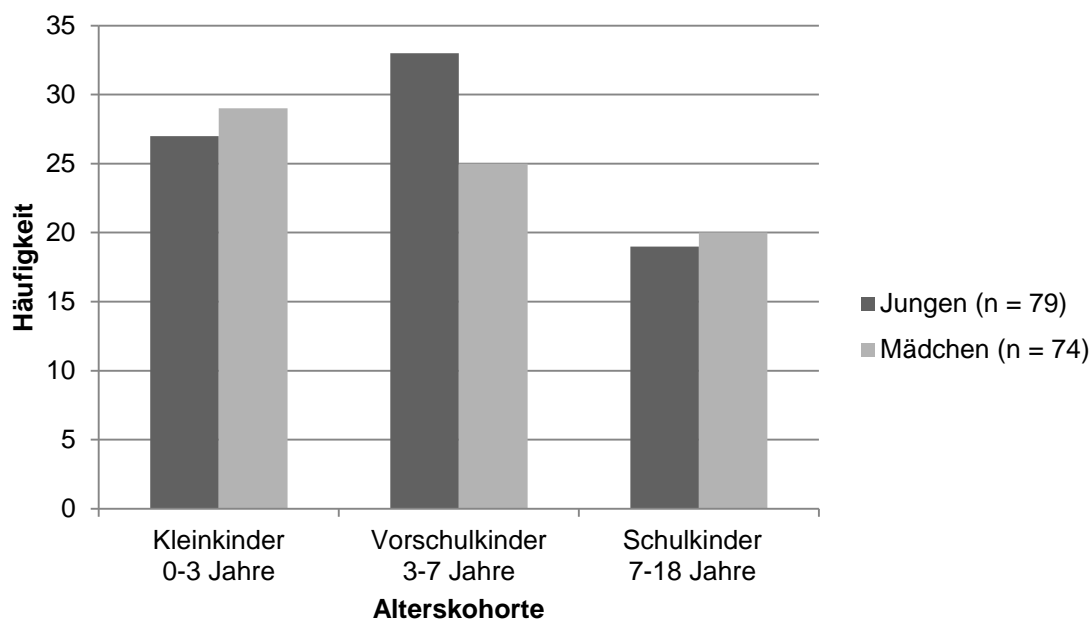


Abbildung 5. Anzahl der Kinder nach Alterskohorten

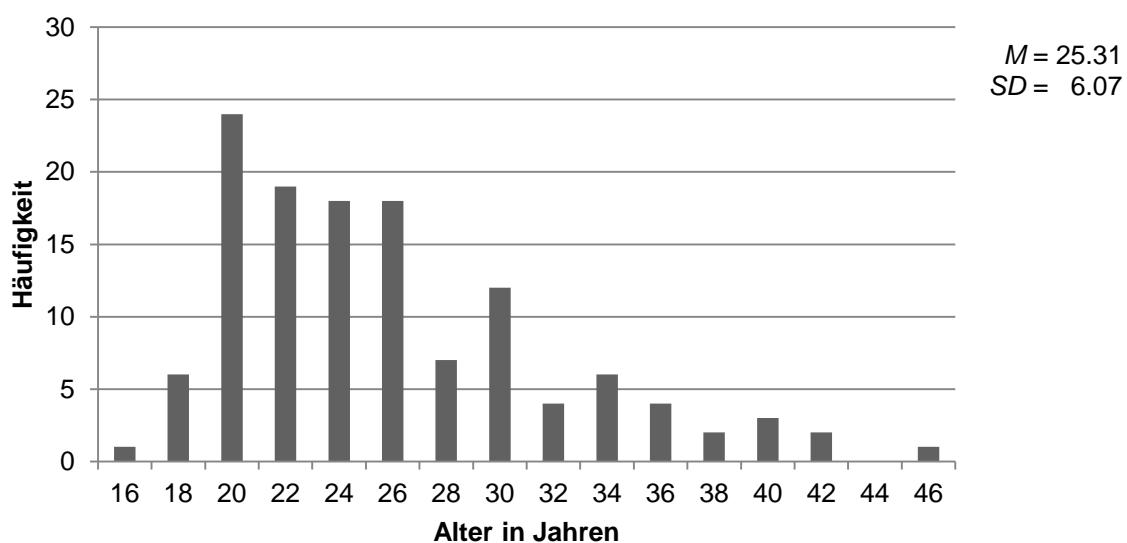
Unter den Kindern befinden sich 58 Kleinkinder bis drei Jahre, 60 Vorschulkinder zwischen drei und sieben Jahren sowie 39 Kinder zwischen sieben und 18 Jahren. Lediglich zwei der Schulkinder gehören mit einem Alter von 18 Jahren zur Gruppe der jungen Erwachsenen. Da es sich bei den anderen Schulkindern um Kinder zwischen sieben und 14 Jahren handelt, kann diese Gruppe im Folgenden als Schulkinder bezeichnet werden.

Ebenso wie in der Gesamtstichprobe sind auch die Geschlechterverteilungen in den drei Alterskohorten ausgeglichen. Bei den Kleinkindern handelt es sich um 27 Jungen und 29 Mädchen, bei den Vorschulkindern sind es 25 Mädchen und 33 Jungen und die Kohorte der Schulkinder bilden 20 Mädchen und 19 Jungen.

Altersverteilung der Mütter

Auch die Altersverteilung der untersuchten Mütter ist innerhalb der Stichprobenbeschreibung von Interesse, da es nur wenig aktuelle Informationen darüber gibt, in welchem Alter Mütter mit ID ihre Kinder zur Welt bringen. Die Frauen der Stichprobe sind zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 20 und 54 Jahre alt, im Mittel sind sie 30.54 Jahre alt.

Betrachtet man das Alter der Mütter bei der Geburt des hier untersuchten Kindes (Abbildung 6), zeigen die Ergebnisse, dass die Mütter bei der Geburt ihres Kindes zwischen 16 und 46 Jahre alt waren.



Anmerkung. $N = 127$.

Abbildung 6. Alter der Mütter bei der Geburt des untersuchten Kindes

Das durchschnittliche Entbindungsalter der Mütter dieser Stichprobe liegt bei 25.31 Jahren. Ein hoher Anteil von Müttern (65.4 %) brachte ihr Kind in einem Alter zwischen 19 und 27 Jahren zur Welt, wohingegen Geburten der über 30-Jährigen in der Stichprobe selten vorkommen. Zur weiteren Altersverteilung der Mütter bei der Geburt zeigen die Ergebnisse, dass lediglich vier Mütter bei der Geburt ihres Kindes minderjährig waren und nur bei 15 Kindern war die Mutter zum Entbindungszeitpunkt unter 20 Jahre alt. Die Ergebnisse hinsichtlich des Alters der Mütter bei der Geburt zeigen, dass diese in einem ähnlichen Alter waren, in welchem auch der Großteil der Frauen aus der Gesamtbevölkerung entbindet. So liegt das durchschnittliche Entbindungsalter der Mütter dieser Stichprobe bei 25.31 Jahren. Die Daten des Statistischen Bundesamtes von 2015 für die Gesamtbevölkerung Deutschlands hinsichtlich des Entbindungsalters zeigen, dass die Mütter im Mittel bei der Geburt ihrer Kinder 31 Jahre alt waren (Statistisches

Bundesamt, 2015). Die Mütter der vorliegenden Untersuchung sind bei der Geburt ihres Kindes ca. fünf Jahre jünger, als Mütter der deutschen Gesamtpopulation. Zustande kommt dieser Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit vor allem dadurch, dass ein hoher Anteil von Müttern (65.4 %) ihr Kind in einem Alter zwischen 19 und 27 Jahren zur Welt brachte, wo hingegen die Geburten der über 30-Jährigen in der Stichprobe selten vorkommt. Elternschaft in einer sehr frühen Lebensphase tritt in der vorliegenden Stichprobe demnach selten ein.

8.2 Darstellung der Lebenssituationen der Familien

Wohn- und Betreuungssituation der Familien

Tabelle 4. Merkmale der familiären Lebenssituationen

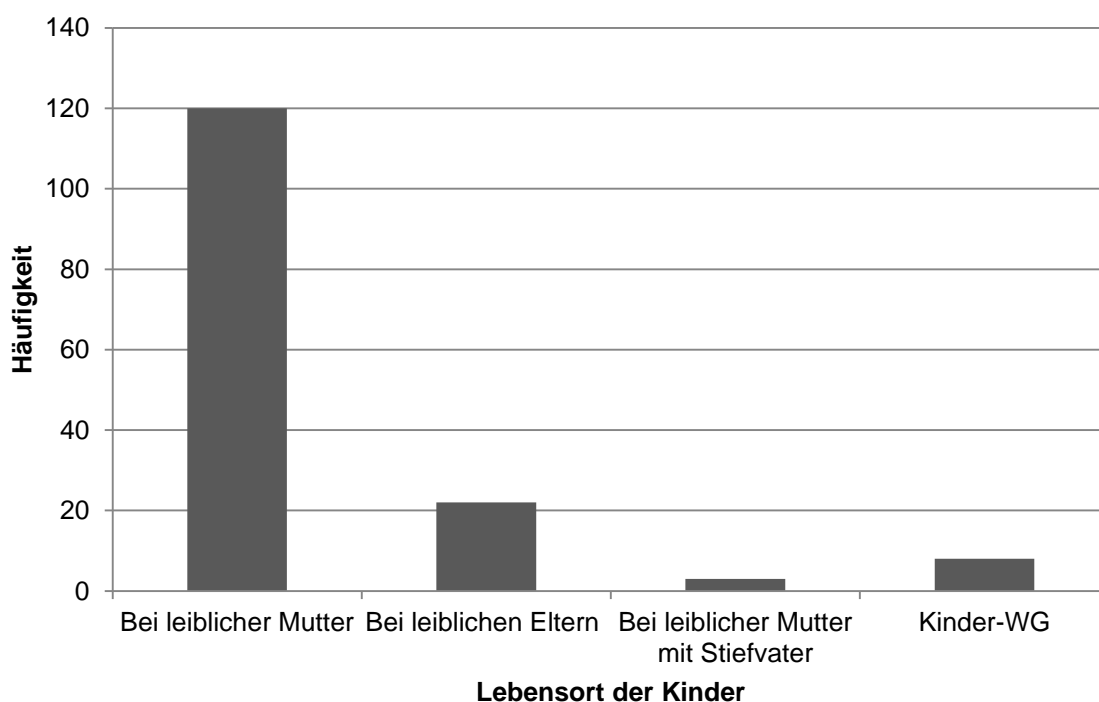
Merkmal	<i>n</i>	%
Wohnsituation der Mutter – Hilfeform		
Stationär, Mutter-Kind-Haus	5	3.9
Stationär, Wohngemeinschaft	9	7.1
Stationär, eigene Wohnung	29	22.9
Ambulant, eigene Wohnung	81	63.8
Ambulant, Wohngemeinschaft	1	0.8
Ambulant, bei Herkunftsfamilie	2	1.6
Wohnsituation von Mutter – Kind		
Mit Kind am selben Ort	119	93.7
Ohne Kind	8	6.3
Familienstand der Mutter		
Verheiratet	22	17.3
Ledig, in Partnerschaft	69	54.3
Ledig, ohne Partnerschaft	28	22.1
Geschieden	7	5.5
Verwitwet	1	0.8
Wohnsituation der Mutter – Partnerschaft		
Ohne Partner	89	70.1
Mit Partner = leiblicher Kindsvater	27	21.2
Mit Partner = nicht Kindsvater	11	8.7
Gesetzliche Betreuung der Mutter		
Kein gesetzlicher Betreuer	13	10.2
Gesetzlicher Betreuer	114	89.8
Sorgerecht für das Kind		
Beide Eltern	39	31.0
Ein Elternteil (Mutter)	83	65.8
Eltern(teil) gemeinsam mit Pfleger	2	1.6
Vormund	2	1.6

Anmerkung. *N* = 127 Mütter, *N* = 153 Kinder.

Die untersuchten Mütter werden in verschiedenen ambulanten und stationären Strukturen unterstützt (Tabelle 4). 66.2 % der Mütter werden ambulant betreut, dabei fast immer in der eigenen Wohnung (63.8 %), in Einzelfällen in der Wohnung der Herkunftsfamilie oder in einer Wohngemeinschaft. 43 Frauen leben in stationären Strukturen, am häufigsten in eigenen Wohnungen, seltener in stationären Wohngemeinschaften oder in einem Mutter-Kind-Haus.

93.7 % der untersuchten Frauen leben mit ihrem Kind zusammen, diese Angaben beziehen sich auf jene 153 Kinder, welche hier untersucht wurden. In 63.7 % dieser Fälle handelt es sich dabei um eine eigene Wohnung in ambulanten Strukturen. Lediglich 6.3 % wohnen nicht mit ihrem Kind zusammen. Bei diesen Fällen leben die Kinder in einer sogenannten Kinder-WG, welche einen fast täglichen Kontakt zwischen Mutter und Kind vorsieht. Die Mütter dieser Kinder leben in unmittelbarer Nähe in ihren eigenen Wohnungen.

Aus Sicht der 153 untersuchten Kinder bedeutet das, dass 145 der Kinder mit ihren Müttern zusammenleben, davon 120 Kinder nur mit der Mutter und 22 Kinder mit der Mutter und dem leiblichen Vater. Drei Kinder leben mit der leiblichen Mutter und dem Stiefvater zusammen und acht Kinder wohnen in einer Kinder-WG, also ohne ihre Eltern (Abbildung 7).



Anmerkung. N = 153.

Abbildung 7. Lebensort der untersuchten Kinder

Insgesamt sind 22 Mütter (17.3 %) verheiratet, 69 ledige Mütter (54.3 %) führen eine Partnerschaft und 28 der Frauen (22.1 %) haben zum Untersuchungszeitpunkt keinen Partner. Sieben Frauen sind geschieden und eine Mutter ist verwitwet. Hinsichtlich der Wohnsituation zeigt sich, dass 70.1 % der Mütter ohne Partner leben. Besteht eine Wohnsituation mit dem Partner, was bei 38 Müttern der Fall ist, handelt es sich bei 21.2 % um den leiblichen Kindsvater, nur in 8.7 % ist es nicht der leibliche Vater.

114 Mütter (89.8 %) werden von einem gesetzlichen Betreuer begleitet. In 122 der Fälle haben ein Elternteil, in der Regel die Mutter, oder beide Eltern gemeinsam das Sorgerecht für die untersuchten Kinder. Die elterliche Sorge ist nur in zwei Fällen einem Vormund übertragen und bei zwei weiteren Müttern wird das Sorgerecht mit einem Pfleger geteilt.

Betreuungssituation der untersuchten Kinder

Die verschiedenen Institutionen und Personen, welche an der Betreuung der untersuchten Kinder beteiligten sind, werden in Tabelle 5 aufgeführt:

Tabelle 5. Betreuungssituation der Kinder

	<i>n</i>	%
Fachpersonen der <i>Begleiteten Elternschaft</i>	153	100.0
Mutter	149	97.4
Kindertagesstätte	78	51.0
Vater	61	39.9
Großeltern	19	12.4
Stiefeltern	10	6.5
Verwandte	9	5.9
Hort/Ganztagsschule	8	5.2
Tagespflegestelle	2	1.3
Zeitweilige Fremdplatzierung	5	3.2
Andere (nicht genannt)	9	5.8

Anmerkung. N = 153 Kinder. Mehrfachnennungen möglich.

Die Kinder werden hauptsächlich von der Mutter und von den Fachpersonen der *Begleiteten Elternschaft* betreut. Auch der Vater übernimmt in 39.9 % Betreuungsaufgaben. Weitere Personen, wie Großeltern (12.4 %), Verwandte (5.9 %) oder Stiefelternteile (6.5 %) beaufsichtigen die Kinder in seltenen Fällen. Die wenigen an der Kinderbetreuung beteiligten Institutionen sind Horte oder Ganztagschulen und Tagespflegestellen. Eine zeitweilige Fremdplatzierung ist nur in fünf Fällen dokumentiert. Die anderen Betreuungssituationen, welche in 5.8 % der Fälle auftreten, sind nicht spezifisch benannt.

Bildungs- und Fördersituation der untersuchten Kinder

Tabelle 6 ist zu entnehmen, dass zum Untersuchungszeitpunkt 50.3 % der Kinder einen Kindergarten oder eine Kinderkrippe besuchen. Dabei handelt es sich um ein Regelangebot. Von den Vorschulkindern werden 17 in einem Sonderkindergarten bzw. in einem Frühförderzentrum betreut. 17 Schulkinder besuchen eine Sonderschule, Förderschule oder ein Förderzentrum. Die Allgemeine Schule ohne spezielle Förderung wird von neun Kindern besucht, auch die Allgemeine Schule mit spezieller Förderung wird neun Mal genannt. Nur in einem Fall wird von einem Jugendlichen eine Berufsausbildung mit Sonderregelung absolviert. 19 Kleinkinder besuchen noch keine Einrichtung und werden zu Hause betreut, in zwei Fällen kommt eine Tagesmutter zum Einsatz und ein Kind besucht eine Spielgruppe (zusammen: Anderes).

Tabelle 6. Bildungs- und Fördersituation der Kinder

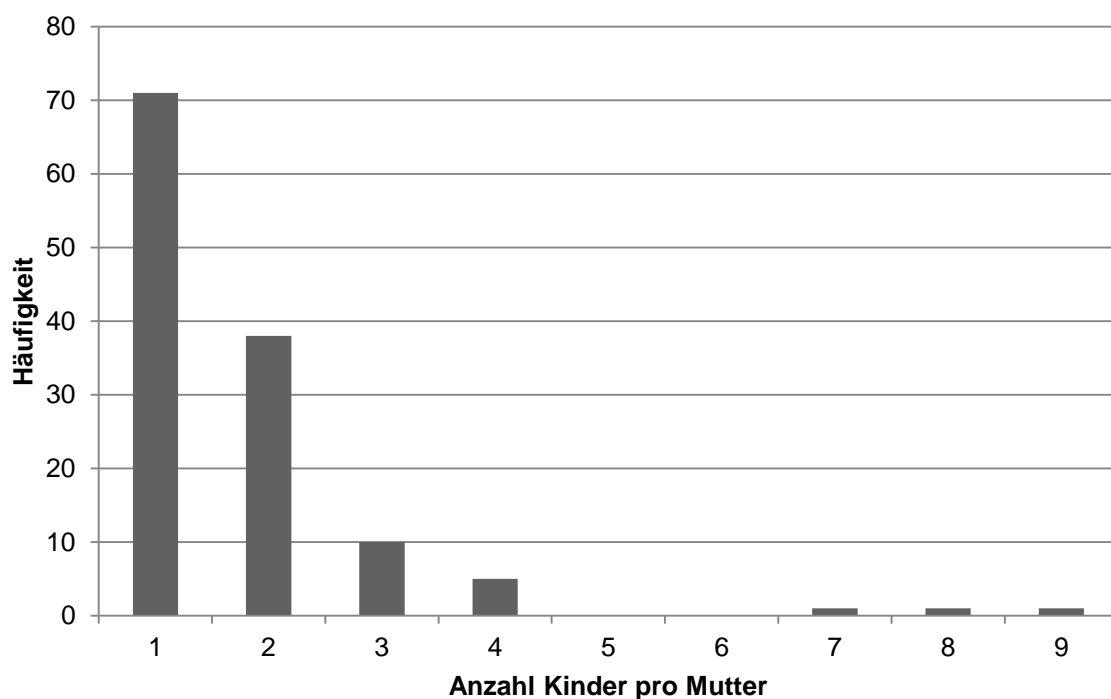
	<i>n</i>	%
Besuchte Bildungseinrichtung		
Kinderkrippe/Kindergarten	76	50.3
Sonderkindergarten/Frühförderzentrum	17	11.3
Sonderschule/Förderschule/Förderzentrum	17	11.3
Allgemeine Schule (ohne spezielle Förderung)	9	6.0
Allgemeine Schule (mit spezieller Förderung)	9	6.0
Berufsausbildung (mit Sonderregelung)	1	0.7
Anderes (Spielgruppe, Tagesmutter, zu Hause)	22	14.6
Spezielle Förderung		
Logopädie	45	29.4
Ergotherapie	34	22.2
Physiotherapie	34	22.2
Frühförderung	13	8.5
Psychologische Begleitung/Psychotherapie	13	8.5
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	9	5.9
Andere Unterstützung (s. Erläuterung im Text)	4	2.6

Anmerkung. *N* = 153 Kinder. Mehrfachnennungen bei spezieller Förderung möglich.

Bei den speziellen Förderangeboten, die von den Kindern in Anspruch genommen werden, handelt es sich größtenteils um Logopädie (29.4 %), dicht gefolgt von Ergo- und Physiotherapie (22.2 %). Für 8.5 % Kinder ist eine Frühförderung vonnöten, ebenso wie eine psychologische Begleitung, in 5.9 % der Fälle erfolgt sozialpädiatrische Unterstützung. Des Weiteren wird von zwei Kindern eine Tagesklinik konsultiert, ein Kind wird orthopädisch unterstützt und ein Kind absolviert eine Musiktherapie (zusammen: Andere Unterstützung).

Lebensort aller Kinder der untersuchten Mütter

Die in Tabelle 4 und 5 dargelegten Angaben zur Wohn- und Betreuungssituation der Mütter und ihrer Kinder beziehen sich auf jene 153 Kinder, welche im Rahmen dieser Studie untersucht werden. Abbildung 8 zeigt, dass die 127 Frauen insgesamt 221 Kinder geboren haben. Genauer gesagt haben 71 Frauen ein Kind und 38 Frauen zwei Kinder geboren. Zehn Frauen haben drei Kinder und fünf Frauen vier Kinder zur Welt gebracht. Jeweils einmal gibt es eine Frau mit sieben, acht und neun Kindern (Abbildung 8). Mit diesen Zahlen unterscheidet sich die Stichprobe nicht von der deutschen Gesamtpopulation, hier erreicht die zusammengefasste Geburtenziffer im Jahre 2015 in Deutschland 1,50 Kinder pro Frau (Statistisches Bundesamt, 2016). Das bedeutet, auch in der Gesamtpopulation sind, wie in der Stichprobe, Familien mit einem oder zwei Kindern das mit Abstand am häufigsten auftretende Familienmodell bezüglich der Anzahl der Kinder.



Anmerkung. N = 127.

Abbildung 8. Anzahl der Kinder pro Mutter

Von diesen insgesamt 221 Kindern leben zum Untersuchungszeitpunkt 157 Kinder mit ihrer Mutter oder mit ihren Eltern zusammen. 60 Kinder sind fremdplatziert und vier Kinder leben alleine. Es sind 33 Mütter, welchen die 60 fremdplatzierten Kinder zugeordnet werden können. Unter diesen Müttern sind es 30 Frauen, die mindestens ein Kind in Pflege oder zur Adoption gegeben haben. In weiteren drei Fällen ist das Kind in einer

Einrichtung untergebracht.

Von den 38 Müttern mit zwei Kindern sind es 20 Mütter, bei denen eines nicht bei ihnen lebt. Von den 15 Müttern mit drei oder vier Kindern sind es neun Mütter mit mindestens einem fremdplatzierten Kind. Bei den drei Frauen mit sehr hoher Kinderanzahl (sieben bis neun), leben nur ein oder zwei Kinder bei der Mutter, alle anderen Kinder sind fremdplatziert. Die höchste Kinderanzahl, mit der sechs der untersuchten Mütter derzeit zusammenleben, liegt bei drei Kindern.

8.3 Merkmale der untersuchten Mütter

8.3.1 Kognitive und adaptive Kompetenzen

Kognitive Kompetenzen

Die Ergebnisse des Wechsler-Intelligenztests (WAIS-IV, Petermann, 2014) liegen von allen 127 Müttern vor. Tabelle 7 zeigt die Werte zu den Intelligenzleistungen für den Gesamt-IQ und die vier kognitiven Indizes. Gemessen wird auf der IQ-Skala mit einem Mittelwert von $M = 100$ und einer Standardabweichung von $SD = 15$ (genauer s. Kapitel 7.2).

Tabelle 7. Mittelwerte und Standardabweichungen für den Gesamt-IQ und vier kognitive Indizes der Mütter

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Gesamt-IQ	55.54	7.01	43–73
Sprachverständnis (SV)	61.12	5.67	50–78
Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken (WLD)	64.34	8.88	51–91
Arbeitsgedächtnis (AGD)	59.68	6.44	50–77
Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG)	62.66	10.30	50–91

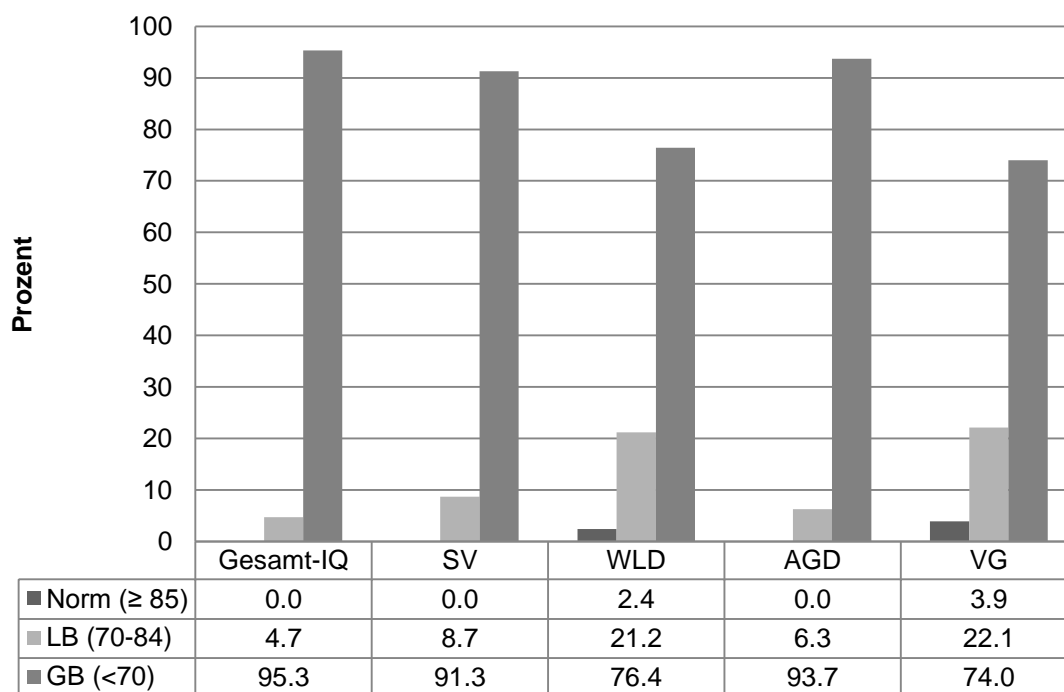
Anmerkung. $N = 127$.

Die Werte für den Gesamt-IQ der Mütter liegen zwischen 43 und 73 und damit unterhalb des Normbereiches (85–115). Der mittlere IQ beträgt 55.54, dieser Wert liegt fast drei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normstichprobe.

Die einzelnen kognitiven Indizes weisen Werte im Bereich zwischen 50 und 91 auf. Es ist der Bereich des WLD und der VG, in denen einige Mütter Leistungen im Normbereich erreichen (bis 91) (s. Abbildung 9). Die Mittelwerte der Indizes liegen zwischen 59.68 und 64.34, das ist im Bereich von zwei bis drei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normstichprobe.

Die Verteilung der Werte für den Gesamt-IQ und für die vier kognitiven Indizes der

Mütter lässt sich auch in Bezug auf die Normalverteilung mit den Bereichen Norm (85–115), Lernbehinderung (70–84) und dem Bereich der geistigen Behinderung (< 70), beschreiben (Abbildung 9).



Anmerkung. $N = 127$.

Abbildung 9. Prozentuale Verteilung der kognitiven Kompetenzen der Mütter auf verschiedene Leistungsbereiche

Abbildung 9 zeigt, dass 95.3 % der Frauen einen Gesamt-IQ < 70 haben und damit gemäß Definitionskriterien (DSM-5, 2013; AAIDD, 2010) als geistig behindert gelten. Lediglich 4.7 % der Mütter liegen mit ihrem Gesamt-IQ im Bereich einer Lernbehinderung (IQ = 70–84). Keine der untersuchten Mütter weist Gesamt-IQ-Werte im Normbereich auf.

Für die vier kognitiven Indizes zeigt sich, dass 91.3 % der Mütter ein Sprachverständnis haben, welches im Bereich einer geistigen Behinderung liegt, die restlichen 8.7 % haben ein Sprachverständnis im Bereich der Lernbehinderung. Bei dem Arbeitsgedächtnis zeigt sich ein fast identisches Bild, der Großteil (93.7 %) liegt im Bereich der geistigen Behinderung und die verbleibenden Mütter im Bereich der Lernbehinderung. Im Wahrnehmungsgebundenen Logischen Denken und in der Verarbeitungsgeschwindigkeit zeigen wenige Frauen Leistungen im Normbereich, knapp ein Viertel liegt bei beiden Teilleistungen im Bereich der Lernbehinderung und knapp drei Viertel haben in den beiden Indizes Leistungen im Bereich der geistigen Behinderung. Ein Vergleich der

Leistungen zwischen den kognitiven Indizes ergibt signifikante Unterschiede ($F(2.54, 320.51) = 14.82, p < .001$, partielles $\eta^2 = .105$). So sind die Mütter im Sprachverständnis signifikant besser als im Arbeitsgedächtnis ($1.44, p < .020$), auch im Wahrnehmungsgebundenen Logischen Denken erzielen sie signifikant höhere Leistungen als im Arbeitsgedächtnis ($4.66, p < .001$). Ebenso ist es die Verarbeitungsgeschwindigkeit, in welcher sie besser sind als im Arbeitsgedächtnis ($2.98, p < .002$). Der Unterschied zwischen dem Wahrnehmungsgebundenen Logischen Denken und dem Sprachverständnis ist ebenfalls statistisch bedeutsam ($3.22, p < .001$).

Die Analyse hinsichtlich der Frage, inwieweit die kognitiven Indizes miteinander in Beziehung stehen, zeigt, dass alle vier kognitiven Indizes signifikant positiv miteinander korrelieren. Die Korrelationen sind moderat bis stark (zwischen $r = .47$ und $r = .61$) und hochsignifikant ($p < .001$). Diese Ergebnisse sind zu erwarten, zeigen die Werte der Normierungsstichprobe ebenfalls positive Korrelationen zwischen den kognitiven Indizes. In der Normierungsstichprobe sind die Korrelationen insgesamt alle etwas stärker (zwischen $r = .47$ und $r = .85$) (Petermann, 2014, S. 96).

Adaptive Kompetenzen

Die Ergebnisse zu den mit dem *ABAS-II* (Harrison & Oakland, 2008) erhobenen adaptiven Kompetenzen der Mütter lassen sich hinsichtlich eines Gesamtwertes und für drei Bereiche adaptiver Kompetenzen vorstellen (Tabelle 8). Die adaptiven Kompetenzen werden auf einer Skala entsprechend der IQ-Skala erhoben.

Tabelle 8. Mittelwerte und Standardabweichungen für den Gesamtwert und drei Bereiche adaptiver Kompetenzen für die Mütter

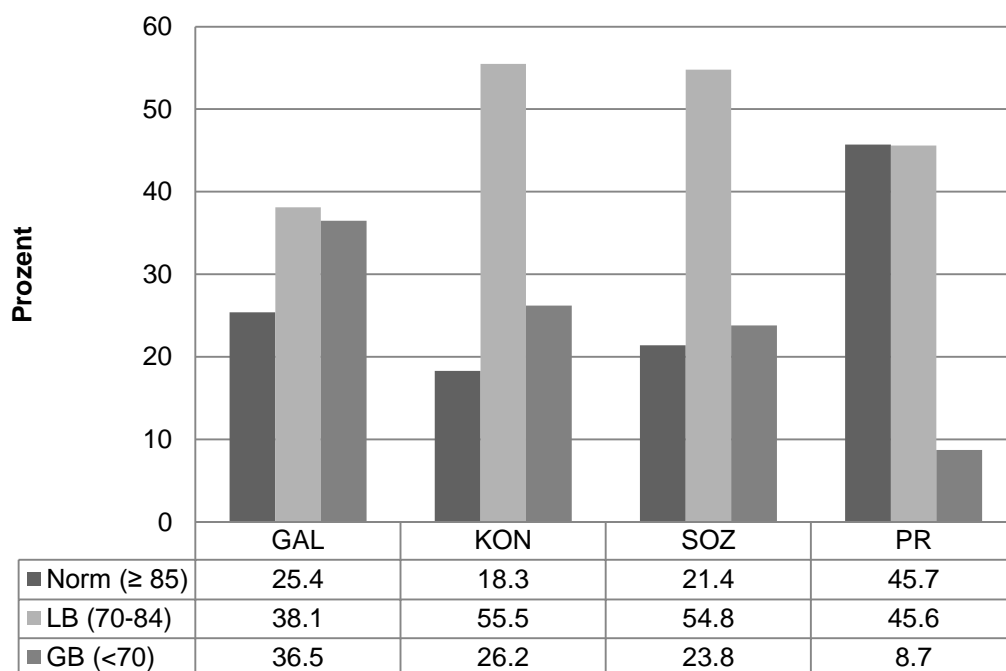
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Gesamtwert adaptive Kompetenzen (GAL)	75.51	11.88	51–117
Konzeptuelle adaptive Kompetenzen (KON)	76.47	10.19	49–111
Soziale adaptive Kompetenzen (SOZ)	76.85	10.68	54–118
Praktische adaptive Kompetenzen (PR)	84.46	11.60	57–120

Anmerkung. $N = 126$.

Der Mittelwert für den Gesamtwert adaptiver Kompetenzen beträgt 75.51 (Tabelle 8). Das liegt fast zwei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes der Norm. Die mittleren Werte für die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen liegen alle ein bis zwei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes (zwischen 76.47 und 84.46) und damit ebenfalls unterhalb des Normbereiches. Die Überprüfung, ob die Unterschiede zwischen den drei Bereichen statistisch bedeutsam sind, ergibt, dass es signifikante

Leistungsunterschiede zwischen den drei Bereichen adaptiver Kompetenzen gibt ($F(1.91, 238.87) = 75.60, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .377$). Die Mittelwertdifferenz zwischen den Praktischen adaptiven Kompetenzen und den konzeptuellen adaptiven Kompetenzen beträgt 8.01. Zwischen den Praktischen adaptiven Kompetenzen und den Sozialen adaptiven Kompetenzen liegt diese bei 7.63, beide sind hochsignifikant ($p < .001$). Die Mütter sind in den praktischen adaptiven Kompetenzen signifikant besser als in den anderen beiden Bereichen adaptiver Kompetenzen.

Auch bei den adaptiven Kompetenzen ist, wie bei den kognitiven Kompetenzen, die prozentuale Verteilung auf verschiedene Leistungsbereiche möglich (Abbildung 10).



Anmerkung. $N = 127$.

Abbildung 10. Prozentuale Verteilung der adaptiven Kompetenzen der Mütter auf verschiedene Leistungsbereiche

In Bezug auf den Gesamtwert adaptiver Kompetenzen liegen 36.5 % der Mütter im Bereich der geistigen Behinderung. Weitere 38.1 % liegen im Bereich der Lernbehinderung und 25.4 % der Mütter weisen adaptive Kompetenzen im Normbereich auf.

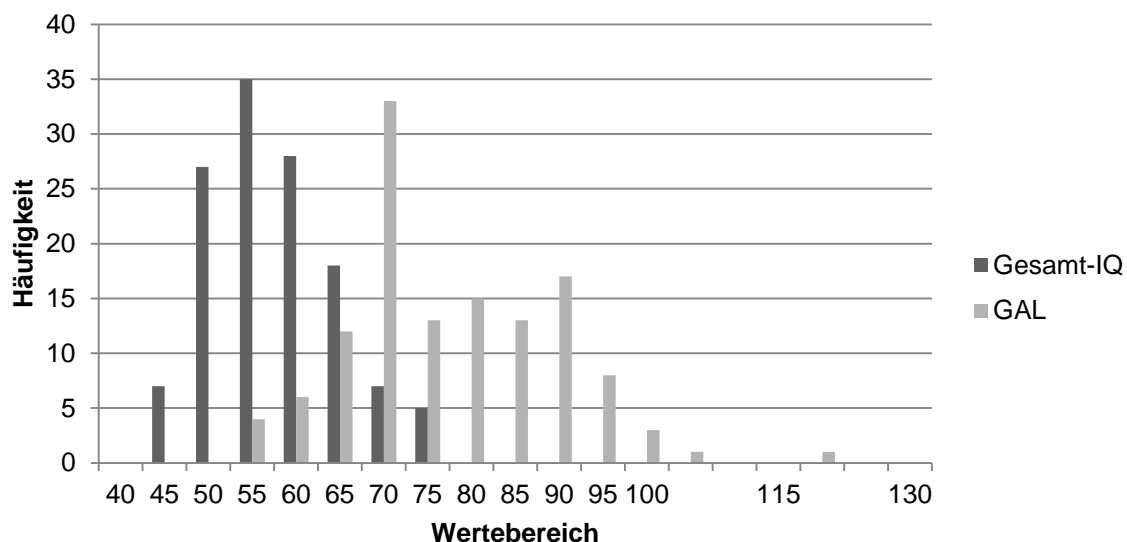
In den einzelnen Bereichen ergibt sich in Bezug auf die KON und die SOZ ein ähnliches Bild. So erreichen ca. ein Viertel der Mütter Leistungen im Bereich geistiger Behinderung, jeweils die Hälfte der Frauen liegt im Bereich der Lernbehinderung und jeweils ca. ein Fünftel erreicht Leistungen im Normbereich. In Bezug auf die PR liegen sogar 45.7 % der Mütter im Normbereich. Fast ebenso viele sind im Bereich der Lernbehinderung und nur 8.7 % im Bereich der geistigen Behinderung angesiedelt. Hier wird der

oben beschriebene signifikante Leistungsunterschied hinsichtlich der PR noch einmal deutlich sichtbar.

Auch innerhalb der adaptiven Kompetenzen wird geprüft, inwieweit die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen (KON, SOZ, PR) miteinander zusammenhängen. Es zeigt sich, dass alle drei Bereiche positiv miteinander korrelieren. Es handelt sich dabei um starke Korrelationen zwischen $r = .67$ und $r = .78$, alle sind mit $p < .001$ hochsignifikant. Diese Ergebnisse entsprechen den Werten der Normierungsstichprobe, bei welcher sich ebenfalls starke Korrelationen in einer Höhe von $r = .83$ bis $r = .89$ innerhalb der drei Bereiche adaptiver Kompetenzen zeigen (Harrison & Oakland, 2008, S. 119).

Vergleich kognitive und adaptive Kompetenzen

Anhand der vorliegenden Daten ist ein Vergleich zwischen den kognitiven und den adaptiven Kompetenzen der Mütter möglich, um zu bestimmen, in welchem der beiden Bereiche die Frauen höhere Leistungen erzielen. Abbildung 11 zeigt die Häufigkeitsverteilungen der Intelligenzleistungen (Gesamt-IQ) und der adaptiven Kompetenzen (GAL-Wert) der Mütter:



Anmerkung. $N = 126$.

Abbildung 11. Häufigkeitsverteilung der kognitiven Kompetenzen und adaptiven Kompetenzen der Mütter

Hinsichtlich der kognitiven Kompetenzen ($M = 50.56$; $SD = 7.04$) ergibt sich eine unimodale Verteilung mit erwartungstreuer Varianz, welche als rechtsschief zu beurteilen ist. In Bezug auf den Gesamtwert der adaptiven Kompetenzen ($M = 75.51$; $SD = 11.88$) zeigen sich etwas breiter gestreute Werte als bei den kognitiven Kompetenzen. Auch

hier handelt es sich um eine rechtsschiefe Verteilung (Abbildung 11). Die Signifikanzprüfung ergibt, dass zwischen den kognitiven und den adaptiven Kompetenzen erhebliche Mittelwertunterschiede bestehen ($t(125) = 18.01$, $p < .001$, $d_z = .56$). So erzielten die Frauen der Stichprobe in den adaptiven Kompetenzen im Mittel fast 20 Punkte mehr als in den kognitiven Kompetenzen. Dieser Unterschied beträgt mehr als eine Standardabweichung und ist hochsignifikant.

Zusammenhänge kognitive und adaptive Kompetenzen

Nach der genauen Beschreibung der kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Mütter wird untersucht, welche statistisch bedeutsamen korrelativen Zusammenhänge zwischen diesen beiden Kompetenzen bestehen, sowohl für die Gesamtwerte (Gesamt-IQ und GAL) als auch für die vier kognitiven Indizes (SV, WLD, AGD, VG) und die drei Bereiche der adaptiven Kompetenzen (KON, SOZ, PR). Tabelle 9 zeigt, dass sowohl der Gesamt-IQ als auch alle vier kognitiven Indizes mit dem Gesamtwert bzw. mit mindestens einem der Bereiche adaptiver Kompetenzen positiv korrelieren. Dabei handelt es sich um Effekte im unteren bis mittleren Bereich (zwischen $r = .20$ – $.40$). Lediglich die SOZ gehen keine signifikante Korrelation mit einer der kognitiven Leistungen ein.

Tabelle 9. Signifikante Zusammenhänge zwischen kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Mütter

	Gesamt-IQ	SV	WLD	AGD	VG
GAL	.22*	ns	.20*	ns	.26**
KON	.40**	.32**		.27**	.33**
SOZ	ns	ns	ns	ns	ns
PR	.20*	ns	.19*	ns	.22*

Anmerkung. $N = 127$. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Deutlich zeigen sich in erster Linie Zusammenhänge zwischen den KON und den IQ-Leistungen. Dies lässt sich damit erklären, dass die KON den Bereich adaptiver Kompetenzen beinhalten und abbilden, welche am stärksten auch kognitive Fähigkeiten voraussetzen. So zählen hierzu beispielsweise die funktionellen akademischen Fähigkeiten, Selbststeuerung und Kommunikation, wohingegen die anderen beiden Bereiche adaptiver Kompetenzen (SOZ und PR) weitaus weniger kognitive Fähigkeiten verlangen, da es sich hier um soziale und praktische Fähigkeiten handelt, wie z. B. Freizeit, Wohnen, Gesundheit und Sicherheit. Somit zeigen sich hier erwartungsgemäß wenige oder keine signifikanten Korrelationen.

8.3.2 Anamnese des Gesundheitszustandes

Ein weiteres wichtiges Merkmal der untersuchten Mütter ist ihre gesundheitliche Situation. Die Ergebnisse der Anamnese des Gesundheitszustandes der Mütter sind in nachfolgender Tabelle 10 dargestellt. Wie bereits in Kapitel 7.2 dargelegt, handelt es sich hierbei um die selbstberichteten Angaben der Mütter (Selbstanamnese) zu ihrer gesundheitlichen Situation anhand eines strukturierten Anamnesebogens.

Tabelle 10. Anamnese des Gesundheitszustandes der Mütter

	<i>n</i>	%
Behinderung/Beeinträchtigung der Mutter		
Körperliche Behinderungen	3	2.4
Sehbehinderung	3	2.4
Hörbehinderung	9	7.1
Sprachbehinderung	5	3.9
Psychische Erkrankung	23	18.1
Chronische Erkrankungen der Mutter		
Stoffwechselerkrankung	10	7.9
Allergie	10	7.9
Epilepsie	9	7.1
Asthma	7	5.5
Neurodermitis	4	3.1
Herzerkrankung	4	3.1
Diabetes	3	2.4
Rheuma	1	0.8
Weiteres zur gesundheitsbezogenen Anamnese der Mutter		
Übergewicht/Adipositas	46	36.2
Untergewicht/Anorexie	7	5.5
Starkes Rauchen (> 20 Zigaretten pro Tag)	29	22.8
Starker Alkoholkonsum ⁴	0	0.0
Drogenkonsum	0	0.0

Anmerkung. *N* = 127. Mehrfachnennungen möglich.

124 Mütter (97.6 %) geben an, keine körperlichen Behinderungen zu haben, drei Frauen haben eine körperliche Behinderung (Dandy-Walker-Syndrom, starke Gehbehinderung, Tremor). Hinsichtlich der Sinnesbehinderung zeigen die Ergebnisse, dass drei Frauen unter einer Sehbehinderung (2.4 %) und neun Frauen (7.1 %) unter einer Hörbehinderung leiden. Fünf Frauen (3.9 %) haben eine Sprachbehinderung. 104 Frauen (81.9 %) bezeichnen sich als psychisch gesund, es sind 23 Frauen (18.1 %), die unter

⁴ Hierbei handelt es sich um die selbstberichteten Angaben der Mütter. Die in der nachfolgenden Arbeit vorliegenden Fallzahlen zum Alkoholkonsum der Mütter (*n* = 13) wurden im Rahmen der Ermittlung der familiären Risikofaktoren durch Informationen mit den Betreuungsfachpersonen erfasst.

einer psychischen Erkrankung leiden. Nicht von allen Frauen ist hier die genaue psychische Diagnose bekannt. Die am häufigsten genannten psychischen Erkrankungen sind in 17 Fällen Depressionen, je drei Mal werden Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen genannt und vereinzelt treten posttraumatische Belastungsstörungen, nicht spezifizierte Zwangsstörungen, soziale Angststörungen, Impulskontrollstörungen und artifizielle Störungen (Münchhausen-Syndrom) auf. Bei den chronischen Erkrankungen zeigen die Ergebnisse, dass zehn Frauen von Stoffwechselerkrankungen und ebenso viele von Allergien betroffen sind, neun Frauen leiden unter Epilepsie und sieben unter Asthma. Neurodermitis tritt in vier Fällen auf, ebenso wie Herzerkrankung. Drei Mal wurde Diabetes genannt und einmal Rheuma. Aspekte die im Zuge der weiteren gesundheitsbezogenen Anamnese erhoben werden, zeigen, dass 46 Frauen (36.2 %) adipös und sieben Frauen (5.5 %) untergewichtig sind. Die Befragung hinsichtlich des Konsums von Nikotin, Alkohol oder anderen Rauschmitteln ergibt, dass 22.8 % der Frauen starke Raucherinnen sind (> 20 Zigaretten pro Tag). Es werden kein übermäßiger Alkoholkonsum und kein Drogenkonsum festgestellt.

8.3.3 Subjektiv wahrgenommene Gesundheit

Neben der Anamnese des Gesundheitszustandes wird auch die subjektiv wahrgenommene physische und psychische Gesundheit der Mütter untersucht. Diese wird mit dem normierten Testverfahren *SF-12* (Morfeld et al., 2011) erhoben (s. Kapitel 7.2).

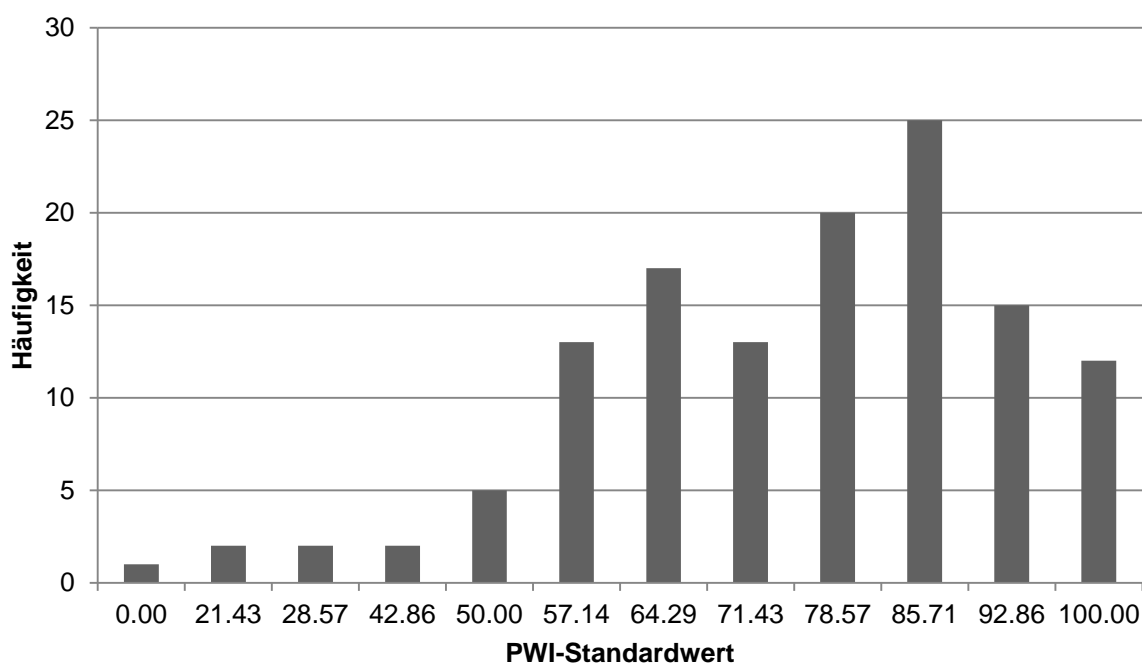
Der Mittelwert für die subjektiv wahrgenommene physische Gesundheit der untersuchten Mütter beträgt 50.48 ($SD = 9.60$) und liegt somit im Normbereich ($M = 49.03$, $SD = 9.35$). Der Mittelwert für die subjektiv wahrgenommene psychische Gesundheit beträgt 37.32 ($SD = 13.64$). Dieser Wert liegt im Bereich von ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert und damit unterhalb des Normbereiches der Referenz ($M = 52.24$, $SD = 8.10$).

Geprüft wird, ob dieser Unterschied zwischen den beiden Komponenten der Gesundheit statistisch bedeutsam ist. Der diesbezügliche Mittelwertvergleich zeigt ein hochsignifikantes Ergebnis ($t(126) = 8.80$, $p < .001$, $d_z = .93$), das bedeutet, die Frauen dieser Stichprobe schätzen ihre physische Gesundheit signifikant positiver ein als ihre psychische Gesundheit.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Bereichen der Gesundheit wird für diese Stichprobe nicht festgestellt ($r = -.02$, $p = .809$).

8.3.4 Persönliches Wohlbefinden

Auch das persönliche Wohlbefinden der Frauen wird mittels normiertem Testverfahren (auf einer Skala von 1–100) erhoben (*PWI-ID*, Cummins & Lau, 2005b). Dabei wird ein Persönlicher Wohlfühlindex (*Personal Wellbeing-Index* = PWI-Gesamtwert) gebildet, der sich aus verschiedenen Skalen zusammensetzt. Diese untersuchen die Zufriedenheit mit dem eigenen Besitz, der Gesundheit, dem Sicherheitsempfinden, dem Erfolg beim Lernen, den Aktivitäten, die außerhalb von Zuhause stattfinden, dem Kontakt zu anderen Menschen und den persönlichen Zukunftserwartungen (s. Kapitel 7.2). In Abbildung 12 zeigt sich die Verteilung der PWI-Werte der untersuchten Frauen:



Anmerkung. $N = 127$.

Abbildung 12. Persönliches Wohlbefinden der Mütter

Innerhalb der Werte des persönlichen Wohlbefindens der intellektuell beeinträchtigten Mütter zeigt sich eine große Varianz. 75 Mütter (58.1 %) haben Werte im Normbereich (Normbereich = 62.84–87.76), die Werte von 28 Frauen (21.7 %) liegen oberhalb des Normbereiches. Das persönliche Wohlbefinden von 26 Müttern (20.2 %) liegt unter der Norm. Insgesamt beträgt der Mittelwert für das persönliche Wohlbefinden (PWI-Gesamtwert) der Mütter 74.86 ($SD = 18.37$). Dieser Wert ist nah an dem Mittelwert der Normierungsstichprobe ($M = 75.3$, $SD = 12.46$). Somit liegt der Großteil der Frauen dieser Stichprobe hinsichtlich ihres persönlichen Wohlbefindens im Normbereich.

8.3.5 Familiäre Risikofaktoren

Wie bereits im theoretischen Teil dargestellt, können bestimmte familiäre Risikofaktoren und biografische Belastungen der Mutter zu den Merkmalen der ID gezählt werden, da sie bei dieser Personengruppe nachgewiesenermaßen gehäuft auftreten. So wird im Folgenden untersucht, wie oft bestimmte familiäre Risikofaktoren in der Untersuchungstichprobe auftreten. Bei den hier untersuchten Faktoren handelt es sich um potenzielle Risiken und Prädiktoren, welche aufgrund deutscher und internationaler Forschungsergebnisse im Bereich der Kindeswohlgefährdung identifiziert wurden (genauer s. Kapitel 7.2).

Tabelle 11. Häufigkeit familiärer Risikofaktoren

Merkmal	<i>n</i>	%
Die Mutter hat keinen qualifizierenden Schulabschluss	107	84.3
Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen der Mutter in ihrer Kindheit	56	44.1
Mutter in Heimerziehung oder mit mehrfach wechselnden Hauptbezugspersonen aufgewachsen	46	36.2
Mindestens ein Kind der Mutter lebt in Pflege oder zur Adoption freigegeben	30	23.6
Nikotinkonsum der Mutter (> 20 Zigaretten am Tag)	29	22.8
Bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen	27	21.3
Es handelt sich um eine unerwünschte Schwangerschaft	19	15.0
Es gibt Hinweise auf Alkoholprobleme bei der Mutter oder ihrem Partner	13	10.2
Es gibt Hinweise auf schwere Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft	6	4.7
Die Mutter ist sehr jung (bei der Geburt des Kindes ≤ 18 Jahre)	5	3.9
Die Mutter hat mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter ≤ 20 Jahre	4	3.1
Die Mutter ist alleinerziehend und sozial isoliert	3	2.4
Es gibt Hinweise auf Drogenkonsum durch die Mutter oder ihren Partner	3	2.4
Die Familie ist sozial/sprachlich isoliert	2	1.6
Die Familie lebt in einer finanziellen Notlage	0	0.0

Anmerkung. *N* = 127, Fälle = Mütter. Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle 11 zeigt die Häufigkeit des Auftretens der einzelnen Risikofaktoren bei den untersuchten Müttern auf. Ein wichtiger, auch international anerkannter Risikofaktor ist ein fehlender qualifizierender Schulabschluss. Erwartungsgemäß sticht dieser bei den vorliegenden Ergebnissen heraus (84.3 %), da es sich um ein charakteristisches Merkmal für die Untersuchungstichprobe handelt, welches sich aus den kognitiven Einschränkungen begründet und stark mit diesen konfundiert ist. Somit nimmt dieser Risikofaktor hier einen anderen Stellenwert ein als bei anderen Personengruppen mit potenziell erhöhter Gefahr der Kindeswohlgefährdung und wird deshalb im Weiteren aus den Analysen ausgeschlossen.

Die Hauptbelastungsfaktoren sind Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen der Mütter in ihrer Kindheit (44.1 %), dicht darauf folgt mit 36.2 % auch ein weiterer biografischer Belastungsfaktor der Mütter, nämlich Heimerziehung oder das Aufwachsen mit mehrfach wechselnden Hauptbezugspersonen. Bei den nachfolgenden drei Risikofaktoren sind jeweils ca. ein Viertel der Mütter betroffen. So lebt bei 23.6 % der Mütter mindestens ein Kind in Pflege oder wurde zur Adoption freigegeben. 22.8 % der Mütter haben einen stark erhöhten Nikotinkonsum und bei 21.3 % der Mütter sind psychische Erkrankungen bekannt bzw. haben bereits psychiatrische Behandlungen stattgefunden. Für 15.0 % der Frauen handelte es sich bei dem hier untersuchten Kind um eine unerwünschte Schwangerschaft. Hinweise auf Alkoholprobleme der Mutter oder des Vaters bzw. des Partners der Mutter gibt es bei 10.2 %. Alle weiteren Risikofaktoren treten nur vereinzelt auf und sind Tabelle 11 zu entnehmen.

Da die oben genannten familiären Risikofaktoren nicht mithilfe eines normierten Verfahrens erhoben wurden, liegen keine Norm- oder Richtwerte für die Häufigkeit des Auftretens der Risikofaktoren vor. Aufgrund aktueller Forschungen aus dem Bereich der Risikoforschung ist allerdings davon auszugehen, dass eine Kumulation einzelner Faktoren ein erhöhtes Risiko für eine Kindeswohlgefährdung bedeutet (Deegener & Körner, 2008, S. 24ff.).

Tabelle 12. Anzahl familiärer Risikofaktoren pro Mutter

Anzahl Belastungsfaktoren	<i>n</i>	%
0	25	19.7
1	27	21.3
2	28	22.0
3	28	22.0
4	12	9.4
5	6	4.7
6	0	0.0
7	1	0.8

Anmerkung. N = 127.

In Tabelle 12 werden Angaben zur Kumulation der erhobenen Risiken bei den untersuchten Müttern dargestellt. Dafür werden alle in Tabelle 11 aufgeführten Faktoren einbezogen, mit Ausnahme des Merkmals „Fehlender Schulabschluss“. Somit handelt es sich um insgesamt 14 Merkmale.

Bei 25 Müttern (19.7 %) treten keine der in dieser Studie erhobenen familiären Risikofaktoren auf. Das Auftreten eines Belastungsfaktors erfolgt bei 27 Müttern (21.3 %), bei jeweils 28 Müttern sind es zwei oder drei Faktoren (22.0 %). Vier Belastungsfaktoren

werden bei zwölf Müttern gezählt, die Kumulation von fünf Faktoren zeigt sich nur bei sechs Müttern (4.7 %) und bei einer Mutter kommt es zu sieben Risikofaktoren. Deutlich wird, dass sowohl ein gänzliches Fehlen als auch eine sehr starke Kumulation der Risiken relativ selten auftritt. Die Ergebnisse zeigen, dass bei der Majorität der Mütter ein bis drei Belastungsfaktoren auftreten.

Geprüft wird auch, ob die familiären Risikofaktoren untereinander signifikant miteinander in Beziehung stehen. Für diese Analysen werden die Risikofaktoren mit sehr geringen Fallzahlen (< 6) nicht eingeschlossen, auch nicht der Risikofaktor des fehlenden Schulabschlusses. Es zeigen sich folgende statistisch bedeutsame Korrelationen: Alkoholprobleme der Mutter korrelieren mit dem Risikofaktor, dass mindestens ein Kind der Mutter in Pflege lebt oder zur Adoption freigegeben wurde ($r_s = .18, p < .004$). Misshandlungen der Mutter in ihrer Kindheit korrelieren mit dem Aufwachsen der Mutter in Heimen oder mit vielen Wechseln ($r = .42, p < .000$) und mit bekannten psychischen Erkrankungen der Mutter ($r_s = .24, p < .007$).

Zusammenhänge familiärer Risikofaktoren mit Merkmalen mütterlicher ID

Aufgrund theoretischer und empirischer Hinweise wird im Folgenden untersucht, ob die oben beschriebenen familiären Risikofaktoren in Beziehung zu den anderen in dieser Studie untersuchten Merkmalen mütterlicher ID stehen (kognitive und adaptive Kompetenzen und Gesundheit).

Innerhalb der kognitiven Kompetenzen zeigen die Indizes Sprachverständnis und Verarbeitungsgeschwindigkeit schwach negative Zusammenhänge mit zwei der familiären Risikofaktoren. So korreliert das Sprachverständnis der Mutter signifikant mit einem erhöhten Alkoholkonsum der Mutter ($r_s = -.19, p < .036$) und die Verarbeitungsgeschwindigkeit mit dem Risiko, dass bereits mindestens ein Kind der Mutter in einer Pflegefamilie lebt oder zur Adoption freigegeben wurde ($r = -.23, p < .010$).

Bei den adaptiven Kompetenzen ist es der Gesamtwert (GAL), der schwach negativ und signifikant mit dem Risikofaktor des erhöhten Alkoholkonsums der Mutter korreliert ($r_s = -.18, p < .046$). Dieser Effekt zeigt sich minimal stärker in den konzeptuellen adaptiven Kompetenzen ($r_s = -.21, p < .017$) und den sozialen adaptiven Kompetenzen ($r_s = -.20, p < .022$). Auch bei einer unerwünschten Schwangerschaft zeigt sich eine signifikante Korrelation mit dem GAL der Mutter, mit schwach positiver Effektgröße ($r_s = .18, p < .047$). Diese Korrelation besteht auch mit den sozialen adaptiven Kompetenzen ($r_s = .18, p < .050$) und den praktischen adaptiven Kompetenzen ($r_s = .20, p < .023$).

Ein erhöhter Alkoholkonsum der Mutter steht ebenfalls in signifikantem Zusammenhang mit ihrer Gesundheit. Es ist ihre subjektiv wahrgenommene psychische Gesundheit, die schwach negativ mit diesem Risikofaktor korreliert ($r_s = -.24, p < .006$). Erwartungsgemäß korreliert die subjektiv wahrgenommene psychische Gesundheit auch schwach negativ mit bereits bekannten psychischen Erkrankungen und Vorbehandlungen der Mutter ($r_s = -.30, p < .001$), dieser Zusammenhang ist hochsignifikant. Ein weiterer signifikanter Zusammenhang mit der subjektiv wahrgenommenen psychischen Gesundheit der Mutter zeigt sich mit ihren Misshandlungserfahrungen in ihrer eigenen Kindheit ($r_s = -.20, p < .011$).

Werden die Zusammenhänge innerhalb der familiären Risikofaktoren betrachtet, ergibt sich ein schwach positiver und signifikanter Zusammenhang zwischen einer bereits erfolgten Fremdplatzierung mindestens eines Kindes der Mutter und ihrem Alkoholkonsum ($r_s = .18, p < .044$). Erwartungsgemäß zeigt sich auch eine positive Korrelation zwischen psychischen Erkrankungen der Mutter (Medizinische Diagnose) und eigenen Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen in ihrer Kindheit ($r_s = .24, p < .007$). Ebenfalls nicht unerwartet besteht eine schwach positive Korrelation zwischen Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen der Mutter in ihrer Kindheit und ihren Heimerziehungserfahrungen bzw. vielen erfolgten Wechseln in der eigenen Erziehung ($r_s = .42, p < .001$).

8.4 Gesundheitliche Situation der Kinder

Da die Gesundheit der Kinder nicht anhand altersspezifischer Normen ausgewertet wird, da kein normiertes Verfahren zum Einsatz kam, bilden die nachfolgenden Ergebnisse die derzeitige gesundheitliche Situation der Kinder lediglich deskriptiv ab. Dabei wird darauf geachtet, dass nur die Ergebnisse präsentiert werden, denen eine gesicherte medizinische Diagnose zugrunde liegt. Nur in Ausnahmefällen werden Ergebnisse von Verdachtsdiagnosen berichtet, nämlich dann, wenn die endgültige Abklärung zum Untersuchungszeitpunkt noch andauert.

Erhoben werden die wesentlichen Aspekte kindlicher Gesundheit. Dazu zählen körperliche Beeinträchtigungen, chronische Erkrankungen und die psychische Gesundheit, also auch die Frage nach Verhaltensauffälligkeiten.

Es zeigt sich, dass von den 153 untersuchten Kindern 72 Kinder (47.1 %) keine der in Tabelle 13 aufgeführten Beeinträchtigungen aufweisen. Bei 81 Kindern (52.9 %) liegen

gesundheitliche Einschränkungen in Form von körperlichen Behinderungen, Sinnesbehinderungen, genetischen Syndromen, chronischen Erkrankungen und psychischen Erkrankungen vor oder es handelt sich um weitere gesundheitliche Aspekte wie Frühgeburtlichkeit oder Gewichtsprobleme, welche im Rahmen der gesundheitsbezogenen Anamnese erhoben werden.

Tabelle 13. Gesundheitliche Situation der Kinder

Merkmal	<i>n</i>	%
Körperliche Beeinträchtigungen	10	6.5
Sinnesbehinderungen		
Sehbehinderung	17	11.1
Hörbehinderung	5	3.3
Genetische Syndrome	2	1.3
Chronische Erkrankungen		
Neurodermitis	7	4.6
Epilepsie	6	3.9
Asthma	6	3.9
Allergien	2	1.3
Herzerkrankung	2	1.3
Stoffwechselerkrankungen	1	0.7
Andere chronische Erkrankungen	13	8.5
Weiteres zur gesundheitsbezogenen Anamnese		
Frühgeburt	15	9.8
Übergewicht	5	3.3
Untergewicht	3	2.0
Psychische Erkrankungen/Verhaltensauffälligkeiten		
Einnässen/Einkoten	10	6.5
Externalisierendes Problemverhalten	9	5.9
Anderes (s. Erläuterung im Text)	5	3.3

Anmerkung. *N* = 153. Mehrfachnennungen möglich.

Körperliche Behinderungen zeigen zehn Kinder (6.5 %). Nicht in allen Fällen ist ersichtlich, um welche es sich dabei handelt, da diese bei der Erhebung nicht spezifisch genannt werden können. Die körperlichen Behinderungen, die spezifiziert aufgenommen werden, sind Cerebralparese, Dysmorphie, Corpus-callosum-Agenesie (Balkenagenesie), Tremor, Hasenscharte und Spitzfuß. Die Ergebnisse zu den Sinnesbehinderungen zeigen 17 Kinder mit Sehbehinderungen, davon haben 16 Kinder eine ausgeprägte Fehlsichtigkeit und ein Kind ist blind. Eine Hörbehinderung wird bei fünf Kindern ermittelt, hierbei handelt es sich in allen Fällen um Schwerhörigkeit. Genetische Syndrome sind nur bei zwei Fällen bekannt. Dabei handelt es sich in einem Fall um ein autistisches Syndrom und im zweiten Fall um ein Mikrodeletionssyndrom. Zu den chronischen

Erkrankungen der Kinder zeigen die Ergebnisse, dass diese in 31 Fällen (20.3 %) auftreten, somit sind 79.7 % der Kinder nicht chronisch krank. Unter die chronischen Erkrankungen fallen sieben Kinder mit Neurodermitis, sechs Kinder mit Epilepsie oder Asthma, zwei Kinder mit Allergien und zwei Kinder mit einer Herzerkrankung sowie ein Kind mit einer Stoffwechselstörung. In 13 Fällen werden bei den Kindern noch weitere chronische Erkrankungen festgestellt, dazu zählen in sieben Fällen Bronchitiden und vier Mal Pseudokrupp, ein Kind leidet unter chronischen Kopfschmerzen und ein Kind unter stark vergrößerten Nieren. Die Ergebnisse zu den Aspekten, die für die weitere gesundheitsbezogene Anamnese aufgenommen werden, zeigen, dass 15 Kinder (9.8 %) als Frühgeburt auf die Welt kamen. Fünf der Kinder sind adipös und drei Kinder weisen Untergewicht auf.

Zu den psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten zeigen die Ergebnisse in Tabelle 13, dass 21 Kinder (13.7 %) Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Erkrankungen haben. Dabei handelt es sich bei neun Kindern um ausgeprägte Verhaltensstörungen im Sinne von externalisierendem Problemverhalten. Darunter zählt in fünf Fällen eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und in vier weiteren Fällen wird starkes aggressives Verhalten beobachtet, welches bei allen vier Kindern zum Untersuchungszeitpunkt noch keiner genauen Diagnose zugeordnet werden kann. In zehn Fällen wird ein Einnässen bzw. Einkoten ermittelt. Bei den weiteren Verhaltensauffälligkeiten (zusammengefasst unter „Anderes“), welche in fünf Fällen auftreten, liegen zum Untersuchungszeitpunkt ebenfalls keine genauen medizinischen Diagnosen vor. Es handelt sich um Symptome, die auf Regulationsstörungen und soziale Bindungsstörung hindeuten. Bei einem Kind wird eine Traumatisierung nach einer Vergewaltigung diagnostiziert.

Im Folgenden wird geprüft, ob zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der gesundheitlichen Situation Unterschiede bestehen. Die Ergebnisse zeigen, dass Jungen und Mädchen gleichermaßen von körperlichen Behinderungen ($U(153) = 2876.50$, $p = .788$), chronischen Erkrankungen ($U(153) = 2847.00$, $p = .690$) oder psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten ($U(153) = 2758.50$, $p = .312$) betroffen sind. Es bestehen keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation.

8.5 Persönliches Wohlbefinden der Kinder

Im Rahmen der Betrachtung der Lebenssituation und der Gesundheit der Kinder, wird auch das persönliche Wohlbefinden erhoben (Cummins & Lau, 2005a). Da hierfür erste selbstreflektorische Fähigkeiten erforderlich sind, wird dies erst bei den Schulkindern ab acht Jahren durchgeführt. Mithilfe mehrerer Items wird die Zufriedenheit der Kinder mit ihrem Besitz, ihrer Gesundheit, mit beliebten Tätigkeiten, dem Auskommen mit ihren Mitmenschen, mit ihrem Gefühl von Sicherheit und mit ihren Zukunftserwartungen untersucht (genauer s. Kapitel 7.2). Anhand dieser Unterskalen wird ein PWI-Gesamtwert (*Personal Wellbeing-Index* = Persönlicher Wohlfühlindex) für das subjektive persönliche Wohlbefinden der Kinder gebildet. Die Häufigkeitsverteilung in Abbildung 13 für den PWI-Gesamtwert der Kinder zeigt, dass das persönlichen Wohlbefinden der Kinder bei einem durchschnittlichen Wert von 76.53 mit einer sehr hohen Standardabweichung von 20.28 liegt. Dieser Mittelwert befindet sich im Normbereich ($M = 75.28$, $SD = 12.46$, Normbereich = 62.82–87.74). Die Werte der untersuchten Kinder liegen in einem Wertebereich zwischen 28.57 und dem Maximum von 100. Bei 14 Kindern wird ein Wert innerhalb des Normbereiches ermittelt, acht Kinder liegen mit ihren Werten darüber und die Werte von sechs Kindern liegen unterhalb des Normbereichs. Diese Ergebnisse zeigen, dass die untersuchten Kinder der intellektuell beeinträchtigten Mütter mit ihrem Leben genauso zufrieden sind und sich ähnlich wohlfühlen wie die Kinder der Normstichprobe (Cummins & Lau, 2005a; Cummins et al., 2013a, 2013b).

Abbildung 13 zeigt auch die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die 14 Mädchen erreichen einen Mittelwert von 68.88 ($SD = 23.87$), die 14 Jungen erzielen mit dem Mittelwert von 84.18 ($SD = 12.59$) einen höheren Wert. Wird überprüft, ob dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern statistisch bedeutsam ist, erweist sich dieser als nicht signifikant ($U(28) = 60.00$, $p = .075$).

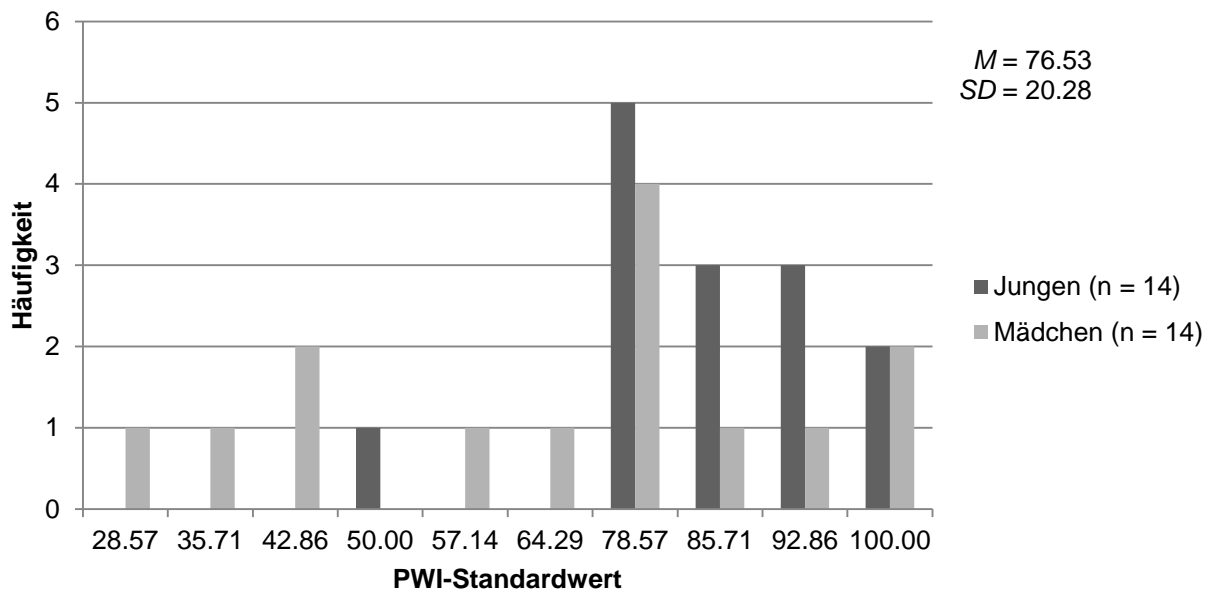


Abbildung 13. Häufigkeitsverteilung persönliches Wohlbefinden der Kinder

Zusammenhänge gesundheitliche Situation und persönliches Wohlbefinden der Kinder
 Geprüft wird, ob das persönliche Wohlbefinden der Kinder in signifikantem Zusammenhang mit ihrer gesundheitlichen Situation steht. Die Analyse ergibt keine statistisch bedeutsamen Beziehungen zwischen dem persönlichen Wohlbefinden (PWI-Gesamtwert) der Kinder und körperlichen Behinderungen ($r_s = -.05$, $p = .819$), chronischen Erkrankungen ($r_s = -.21$, $p = .287$) oder Verhaltensauffälligkeiten ($r_s = -.08$, $p = .698$).

8.6 Kompetenzentwicklung der Kinder

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie die motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen von Kindern intellektuell beeinträchtigter Mütter im Vergleich zur Norm ausgeprägt sind (Fragestellung 1). Die Hypothese 1a geht davon aus, dass Kinder von Müttern mit ID, im Vergleich mit der Norm, schwächere Leistungen in diesen Kompetenzen zeigen. In Hypothese 1b wird angenommen, dass bei älteren Kindern stärkere Abweichungen von der Norm zu erwarten sind als bei jüngeren Kindern. Bevor die Ergebnisse diesbezüglich vorgestellt werden, zeigt Tabelle 14 übersichtlich, welche Aspekte der genannten Kompetenzen im Detail erhoben und in die Analyse eingeschlossen werden:

Tabelle 14. Erhobene Aspekte kindlicher Kompetenzentwicklung

Motorische Entwicklung Kleinkinder	Feinmotorik Grobmotorik Gesamtwert Motorik
Sprachliche Entwicklung Kleinkinder	Sprache expressiv Sprache rezeptiv Gesamtwert Sprache
Kognitive Entwicklung Kleinkinder	Kognitive Skala
Intelligenz Vorschulkinder	Verbalteil (VT) Handlungsteil (HT) Allgemeine Sprachskala (AS) Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG) (ab 4 Jahren) Gesamt-IQ
Intelligenz Schulkinder	Sprachverständnis (SV) Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken (WLD) Arbeitsgedächtnis (AGD) Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG) Gesamt-IQ
Adaptive Kompetenzen Gesamtstichprobe und drei Alterskohorten	Gesamtwert adaptive Kompetenzen (GAL) Konzeptuelle adaptive Kompetenzen (KON) Soziale adaptive Kompetenzen (SOZ) Praktische adaptive Kompetenzen (PR)

8.6.1 Motorische Kompetenzen

Die motorischen Kompetenzen werden nur bei den 54 Kleinkindern im Alter von 0–3 Jahren erhoben. Hierbei werden sowohl die grobmotorischen als auch die feinmotorischen Fähigkeiten untersucht, um daraus einen Gesamtwert für die Motorik zu ermitteln (Tabelle 15).

Tabelle 15. Mittelwerte und Standardabweichungen für die motorischen Kompetenzen der Kleinkinder

Merkmal	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Motorik Gesamtskala	71.26	14.44	45–109
Feinmotorik (Untertest)	5.31	3.16	1–17
Grobmotorik (Untertest)	6.00	3.09	1–12

Anmerkung. $n = 54$. Bei der Feinmotorik und der Grobmotorik handelt es sich um Untertestwerte, gemessen auf einer Skala von 1–19.

Die Untertestwerte für die Feinmotorik (gemessen auf einer Normskala von 1–19, bei einem $M = 10$ und einer $SD = 3$) zeigen einen Mittelwert von 5.31 ($SD = 3.15$), das liegt zwischen ein und zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normstichprobe. Für die Grobmotorik ergibt sich ein ähnliches Bild, der Mittelwert ist mit 6.00

($SD = 3.09$) nur minimal höher, hier liegen die Leistungen der Kleinkinder mehr als eine Standardabweichung unter dem Mittelwert. In beiden Untertests verteilen sich die Leistungen der Kleinkinder auf Werte zwischen 1–19. In der Feinmotorik liegen die Leistungen von 18 Kleinkindern im Normbereich (Normbereich = 7–13), 35 Kleinkinder liegen mit ihren Leistungen darunter und ein Kleinkind zeigt Leistungen oberhalb des Normbereiches. Für die Grobmotorik zeigt sich ein ähnliches Bild, 23 Kleinkinder erzielen Werte im Normbereich und 31 Kleinkinder liegen mit ihren Leistungen unterhalb dieses Bereiches.

Aus den Summen der Untertestwerte wird der Skalenwert für die Gesamtskala Motorik gebildet, hier wird auf einer Normskala von 40–160 gemessen, mit einem Mittelwert von $M = 100$ und einer Standardabweichung von $SD = 15$ (Abbildung 14). Es ergibt sich für die Motorik der Kleinkinder ein Mittelwert von 71.26 ($SD = 14.44$), dieser liegt fast zwei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes. Es zeigt sich auch hier wieder eine große Streuung der Leistungen. 24 Kinder haben sehr schwache Leistungen (2–3 SD unter M), 21 Kinder haben Werte zwischen ein und zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert und neun Kinder liegen mit ihren Leistungen in der Norm.

Abbildung 14 veranschaulicht die Ergebnisse grafisch und präsentiert auch die Leistungsverteilung der Geschlechter. Auf den ersten Blick zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den Jungen ($M = 69.19$; $SD = 14.16$) und den Mädchen ($M = 73.18$; $SD = 14.70$). Der t -Test bestätigt dies ($t(52) = 1.01$, $p = .315$), es gibt keine signifikanten Leistungsunterschiede innerhalb der motorischen Entwicklung zwischen den Geschlechtern.

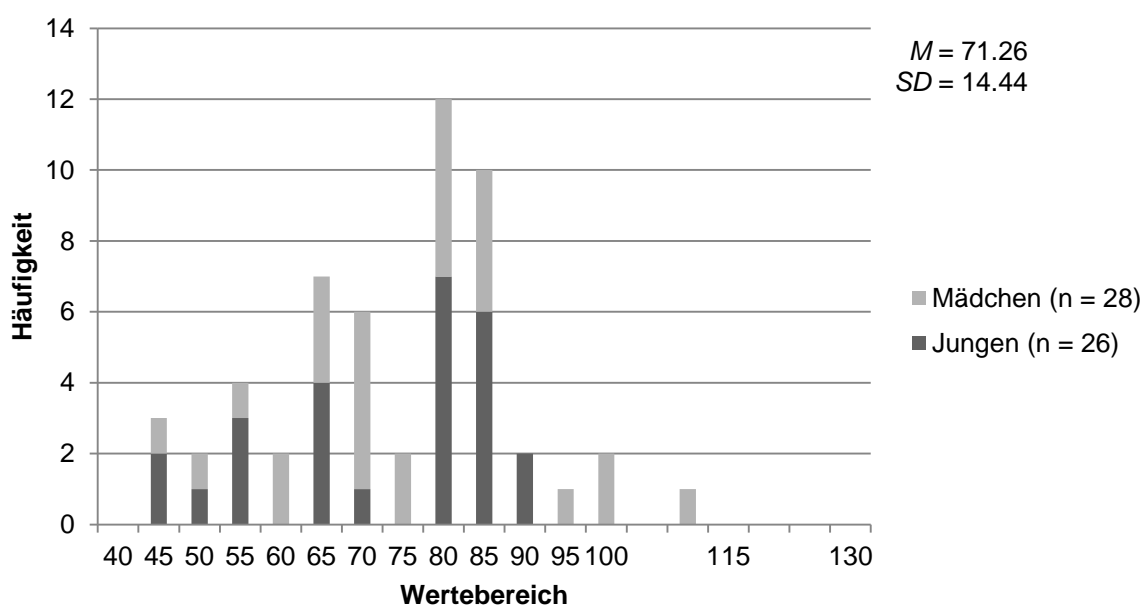


Abbildung 14. Häufigkeitsverteilung der Werte für die motorischen Kompetenzen der Kleinkinder

8.6.2 Kognitive Kompetenzen

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den kognitiven Kompetenzen vorgestellt. Begonnen wird mit den Ergebnissen der Gesamtstichprobe, bevor die separate Betrachtung dreier Alterskohorten erfolgt. Die Altersspanne von 0–18 Jahren ist sehr groß, so dass unterschiedliche Testverfahren eingesetzt werden müssen, welche verschiedene Teilkompetenzen erheben. Diese Unterteilung ermöglicht es, differenzierte Ergebnisse für die kognitiven Kompetenzen unterschiedlicher Altersstufen zu erhalten und Annahmen über Unterschiede zwischen Alterskohorten zu prüfen. Wie bereits in Kapitel 7.2 dargelegt, werden drei verschiedene Testverfahren zur Messung der kognitiven Kompetenzen für die entsprechenden Altersgruppen verwendet. Alle drei Instrumente messen auf einer Normskala mit einem Mittelwert von $M = 100$ und einer Standardabweichung von $SD = 15$, der Normbereich liegt zwischen 85–115 (genauer s. Kapitel 7.2).

Kognitive Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder

Abbildung 15 zeigt die Verteilung der Leistungen für die kognitiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder. Für die Kleinkinder wird hier die kognitive Skala des Entwicklungstests (*Bayley-III*) verwendet und für die Vorschul- und Schulkinder der Gesamt-IQ des Wechsler-Intelligenztests.

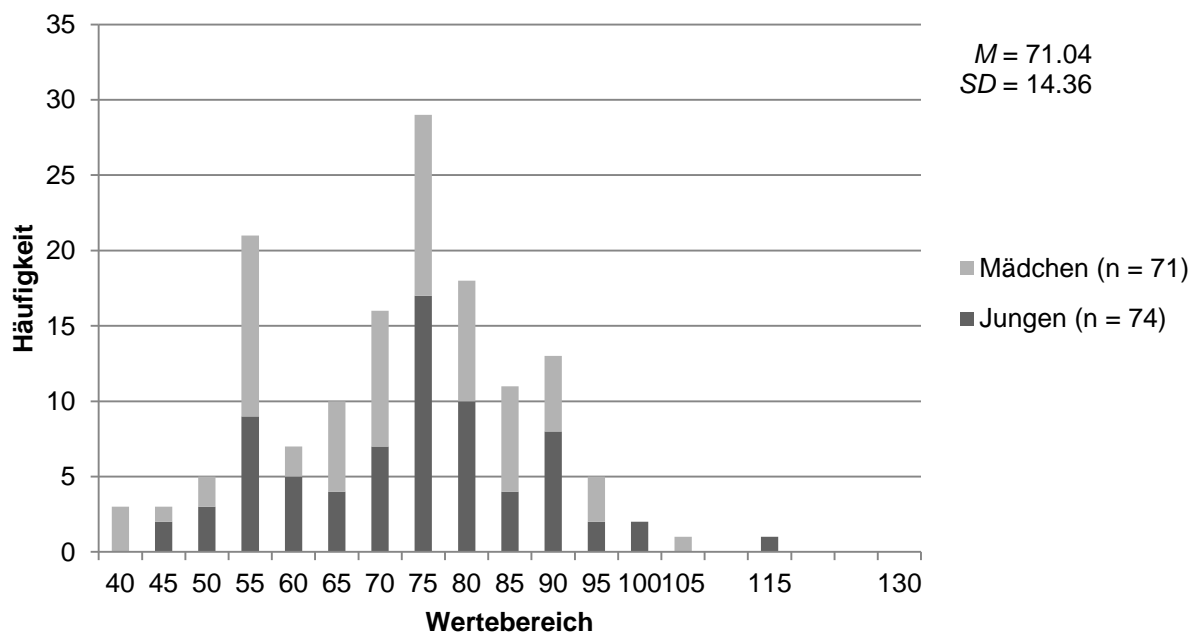
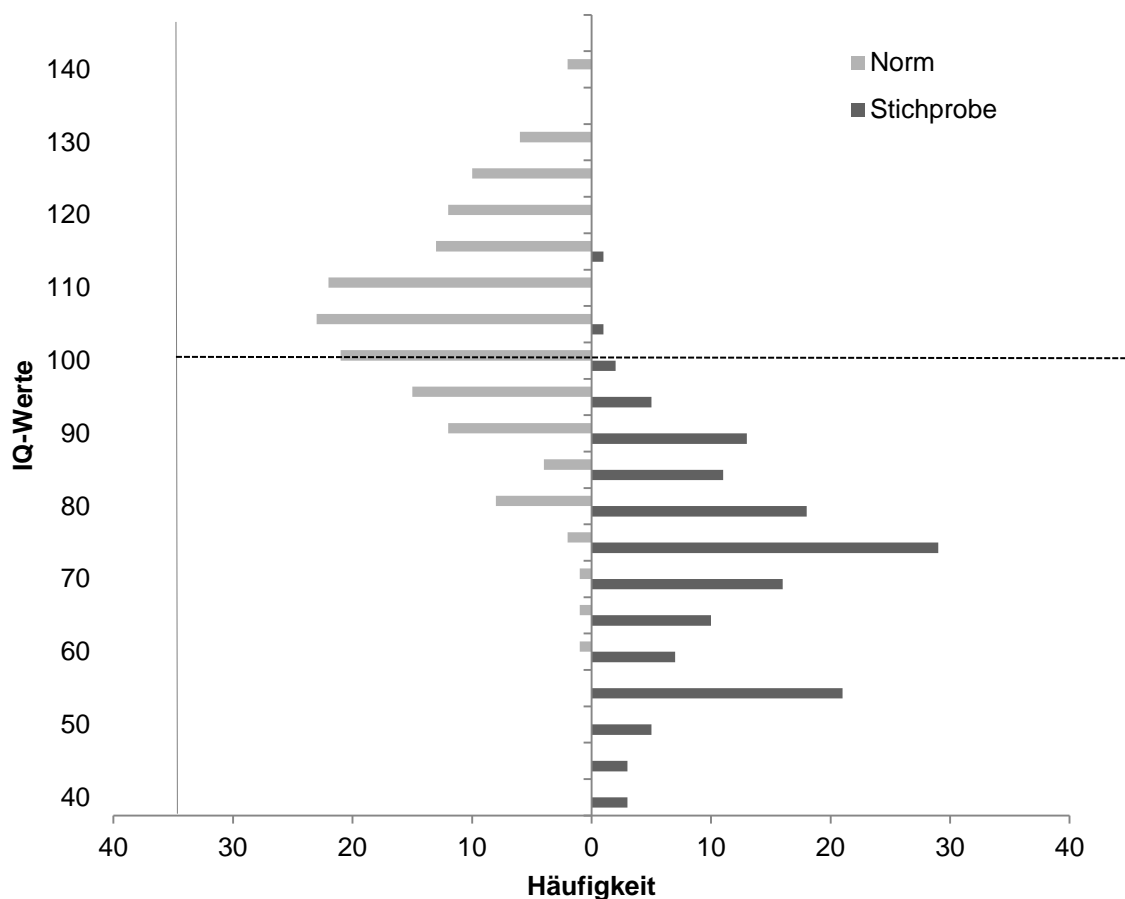


Abbildung 15. Häufigkeitsverteilung der Werte für die kognitiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder

Werden alle hier untersuchten Kinder hinsichtlich ihrer kognitiven Kompetenzen zusammengefasst, dies ist möglich, da alle Verfahren auf der IQ-Skala messen, liegt der Mittelwert für die kognitiven Leistungen der Gesamtstichprobe der Kinder bei 71.04 ($SD = 14.36$), das liegt knapp zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normierungsstichprobe. Die Kinder erreichen Werte zwischen 40 und 115, also Werte bis vier Standardabweichungen unter dem Mittelwert und Werte bis eine Standardabweichung über dem Mittelwert.

Die Verteilung zeigt auch die Leistungen der Geschlechter. Die Jungen der Gesamtstichprobe erreichen einen mittleren IQ von 72.07 ($SD = 14.14$), der mittlere IQ der Mädchen ist mit 69.97 ($SD = 14.62$) etwas niedriger. Dieser Unterschied ist nicht signifikant ($t(143) = .88, p = .382$). Die Jungen und Mädchen der Gesamtstichprobe unterscheiden sich in Bezug auf den Gesamt-IQ nicht voneinander.



Anmerkung. $N = 153$.

Abbildung 16. Gegenüberstellung kognitiver Kompetenzen von Stichprobe und Norm

Im Folgenden wird geprüft, ob sich die Häufigkeitsverteilung der kognitiven Kompetenzen in der Gesamtstichprobe der untersuchten Kinder von der Verteilung in der

Normalpopulation signifikant unterscheidet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich der Mittelwert der Stichprobe ($M = 71.04$) erwartungsgemäß signifikant von dem Mittelwert der Dummy-Normstichprobe ($M = 103.24$) unterscheidet. Die Mittelwertdifferenz beträgt 32.20 Punkte. Die Standardabweichungen beider Gruppen sind annähernd identisch (Stichprobe: $SD = 14.36$; Normstichprobe: $SD = 14.66$). Hinsichtlich der Streuung der Werte beider Gruppen ergibt der Levene-Test Varianzhomogenität ($p = .975$), die Streuungen der beiden Gruppen sind statistisch gleich. Der t -Test ist hochsignifikant ($t(153) = 19.14, p < .001$). Die Berechnung der Effektstärke ergibt $d = 2.22$. Dieser Wert beschreibt einen sehr starken Effekt. In Abbildung 16 sind beide Verteilungen vergleichend gegenübergestellt. Die Linie bei 100 markiert den Mittelwert $M = 100$ der Eichstichprobe. Anhand der Linie wird die signifikante Verschiebung der Verteilung der IQ-Werte der Stichprobe im Vergleich zu der Verteilung der Normstichprobe deutlich.

Kognitive Kompetenzen der Kleinkinder

Abbildung 17 zeigt die Verteilung der Werte für die kognitiven Kompetenzen der Kleinkinder. Die 54 Kleinkinder erreichen in der kognitiven Entwicklung einen Mittelwert von 72.96 ($SD = 13.75$). Dieser Durchschnittswert liegt fast zwei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes.

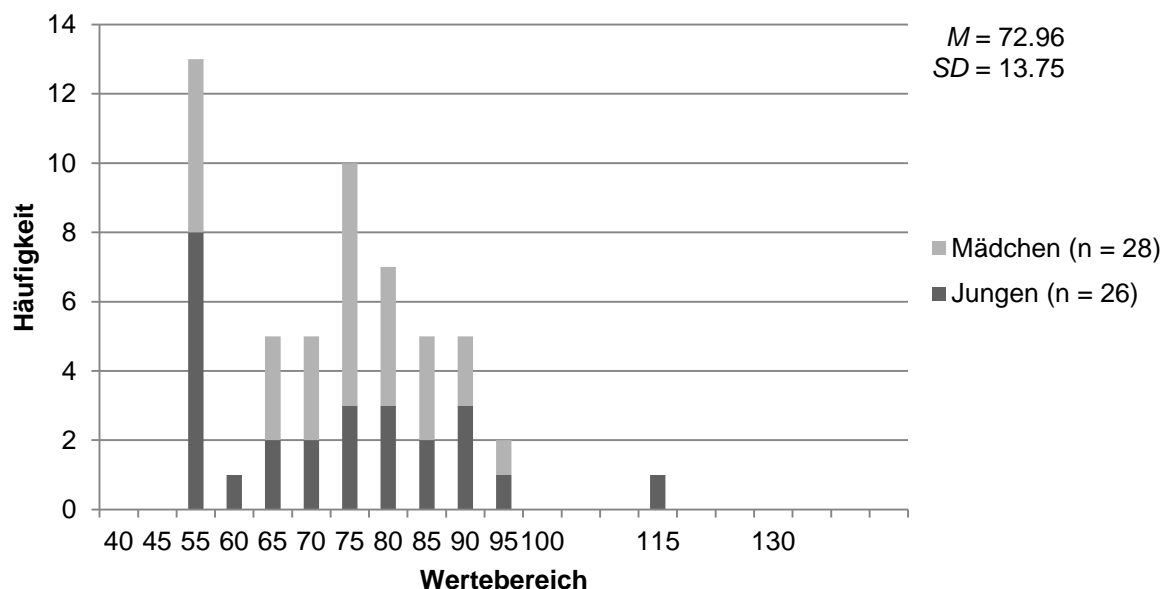


Abbildung 17. Häufigkeitsverteilung der Werte für die kognitiven Kompetenzen der Kleinkinder

Auffallend ist die große Streuung der Werte, so gibt es 19 Kinder mit sehr schwachen Leistungen zwischen 55 und 69, 22 Kinder im Bereich der Lernbehinderung (70–84)

und von 12 Kindern liegen die Leistungen am unteren Ende des Normbereichs (85–95). Lediglich ein Junge erreicht einen höheren Wert von 115.

Auch die Leistungen der Mädchen und Jungen im Kleinkindalter zeigt Abbildung 17. Die Mädchen haben einen Mittelwert von 73.39 ($SD = 11.47$) und der durchschnittliche Wert der Leistungen der Jungen liegt bei 72.50 ($SD = 16.08$). Es gibt keine signifikanten Leistungsunterschiede zwischen Mädchen und Jungen ($t(52) = .24, p = .814$).

Kognitive Kompetenzen der Vorschulkinder

Der mittlere Gesamt-IQ der 56 Vorschulkinder beträgt $M = 72.30$ ($SD = 12.62$) und liegt damit fast zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normierungsstichprobe. In Abbildung 18 zeigt sich das Leistungsspektrum, welches Werte von 45 bis 105 erreicht. Von 56 Kindern befinden sich nur 13 Kinder mit ihren Leistungen im Normbereich. 30 Kinder liegen im Bereich der Lernbehinderung und die restlichen 13 Kinder im Bereich der geistigen Behinderung.

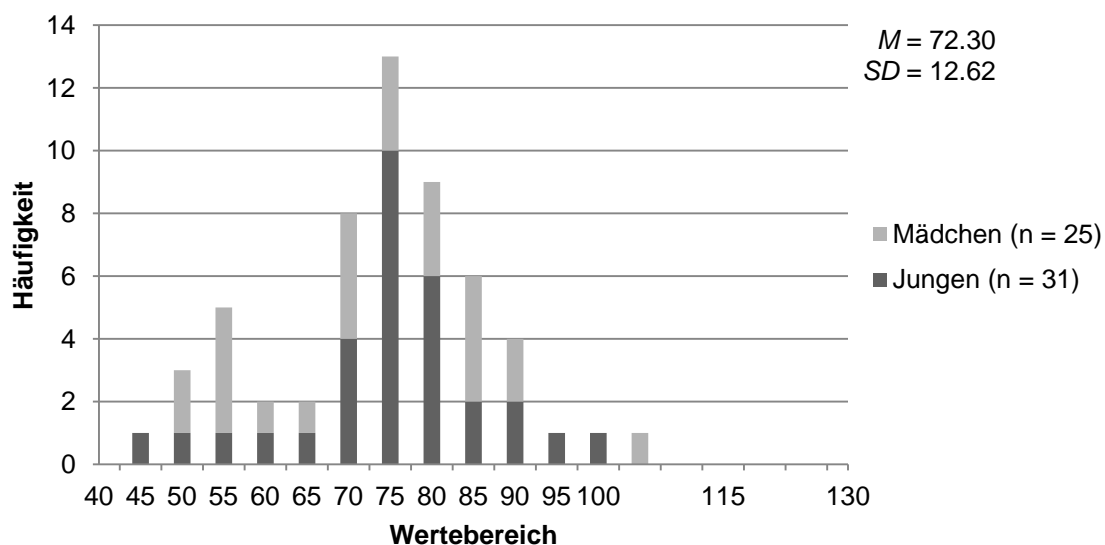


Abbildung 18. Häufigkeitsverteilung der Werte für den Gesamt-IQ der Vorschulkinder

Abbildung 18 verdeutlicht auch die Verteilung der Leistungen von Mädchen und Jungen bezüglich des Gesamt-IQ. Der Mittelwert der Jungen beträgt $M = 73.42$ ($SD = 11.17$), der Mittelwert der Mädchen 70.92 ($SD = 14.32$). Die Testung zeigt, dass es bei dem Gesamt-IQ keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Jungen und Mädchen gibt ($t(54) = .73, p = .466$).

Anders als bei den Kleinkindern können bei den Vorschulkindern, aufgrund der Struktur des Testverfahrens, auch Teilleistungen der Intelligenz ermittelt werden, die Ergebnisse sind in nachfolgender Tabelle 16 aufgeführt:

Tabelle 16. Mittelwerte und Standardabweichungen für die vier kognitiven Unterskalen der Vorschul Kinder

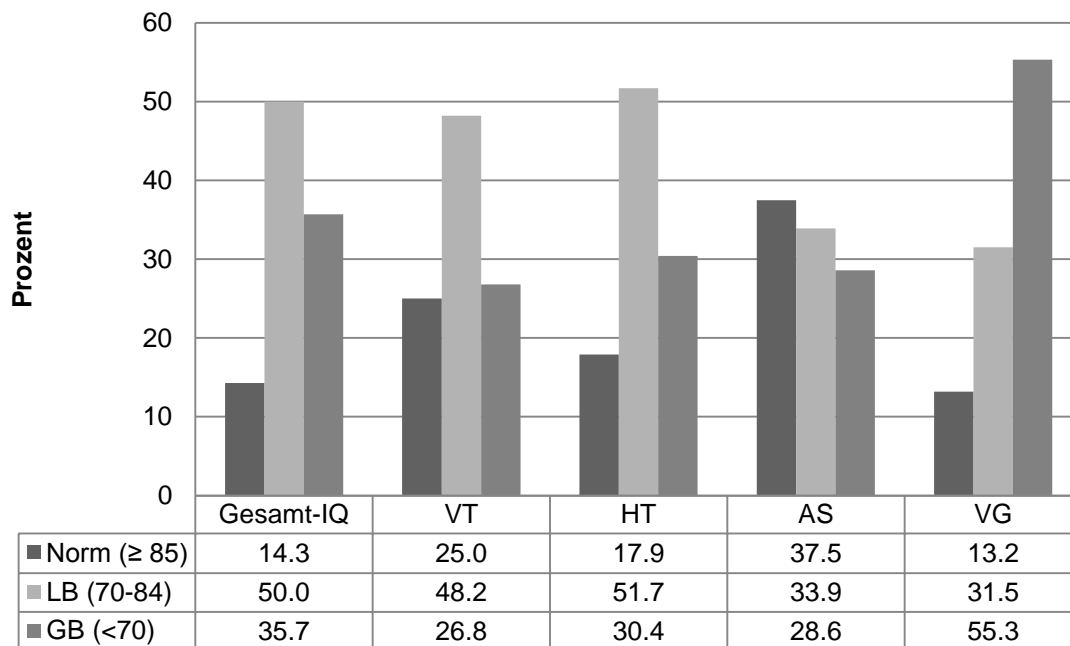
Merkmal	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Verbalteil (VT)	56	76.52	13.88	51–116
Handlungsteil (HT)	56	75.04	11.86	51–101
Allgemeine Sprachskala (AS)	56	78.18	17.90	45–125
Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG) ^a	38	70.32	12.57	46–102

Anmerkung. *n* = 56. ^a wird erst bei den Vorschulkindern ab 4;0 Jahren untersucht.

Bei den kognitiven Unterskalen Verbalteil ($M = 76.52$), Handlungsteil ($M = 75.04$) und Allgemeine Sprachskala ($M = 78.18$) liegen die Durchschnittswerte jeweils zwischen ein und zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm. Der Mittelwert von 70.32 für die Verarbeitungsgeschwindigkeit liegt zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert. Das bedeutet, die Vorschul Kinder befinden sich bei allen IQ-Teilleistungen im Mittel unterhalb der Norm. Innerhalb der IQ-Unterskalen wird eine große Varianz deutlich, so gibt es jeweils Kinder mit Leistungen, die mehr als drei Standardabweichungen unter dem Mittelwert liegen, genauso wie Kinder, deren Leistungen im Normbereich liegen. Bei der AS finden sich auch Leistungen, die über dem Normbereich liegen (bis 125).

Auch die Zusammenhänge zwischen den IQ-Unterskalen der Vorschul Kinder werden geprüft. Hierbei werden die Vorschul Kinder zwischen 3;0 bis 3;11 Jahren und zwischen 4;0 bis 7;2 Jahren getrennt voneinander betrachtet, um die Ergebnisse mit den Werten der Normierungsstichprobe zu vergleichen. Für die Vorschul Kinder im Alter von 3;0 bis 3;11 Jahren ergeben sich zwischen allen IQ-Unterskalen positive Korrelationen (zwischen $r = .53$ –.86), alle sind hochsignifikant ($p < .001$). Die Ergebnisse der Normierungsstichprobe zeigen ebenfalls positive Korrelationen mit Effektstärken zwischen $r = .50$ –.89 (Petermann et al., 2014, S. 76). Auch bei den älteren Vorschulkindern (4;0 bis 7;2 Jahren) korrelieren alle IQ-Teilleistungen positiv miteinander, mit etwas moderateren Effektstärken zwischen $r = .35$ –.72, auch hier sind alle Effekte hochsignifikant ($p < .001$). Die Effekte der Normierungsstichprobe weisen ähnliche Werte auf (zwischen $r = .21$ –.88) (ebd., S. 77).

Für eine Übersicht über die dargestellten Ergebnisse hinsichtlich der kognitiven Kompetenzen der Vorschulkinder lassen sich diese auf verschiedene Leistungsbereiche verteilen. Nachfolgende Abbildung 19 zeigt, wie sich der Gesamt-IQ und die vier kognitiven Teilleistungen auf die Bereiche der geistigen Behinderung (GB), der Lernbehinderung (LB) und den Normbereich verteilen:



Anmerkung. $n = 56$; VG: $n = 38$.

Abbildung 19. Prozentuale Verteilung der kognitiven Kompetenzen der Vorschulkinder auf verschiedene Leistungsbereiche

In Bezug auf den Gesamt-IQ liegen 35.7 % der Vorschulkinder im Bereich der geistigen Behinderung, die Hälfte (50.0 %) befindet sich im Bereich der Lernbehinderung und 14.3 % der Vorschulkinder haben Leistungen im Normbereich. Bei den Teilleistungen zeigen sich verschiedene Leistungsverteilungen. Für den VT und den HT gilt, dass der Großteil der Kinder Leistungen im Bereich der Lernbehinderung hat. Im Bereich der geistigen Behinderung sind es zwischen 26.8 % und 30.4 % und auf den Normbereich verteilen sich am wenigsten Kinder. Für die AS zeigt sich eine ausgewogene Verteilung der Leistungen auf die drei Leistungsbereiche, hier befindet sich der Großteil der Kinder (37.5 %) im Normbereich, damit erreichen die Kinder in der AS die höchsten Werte. Bei der VG zeigt sich wieder ein anderes Bild. Mehr als die Hälfte der Kinder (55.3 %) liegt im Bereich der geistigen Behinderung, 31.5 % im Bereich der Lernbehinderung und nur 13.2 % in der Norm, damit ist die VG der leistungsschwächste Bereich.

Die Unterschiede zwischen den Teilleistungen (ohne VG) der Intelligenz der Vorschulkinder sind statistisch nicht bedeutsam, es werden keine signifikanten Unterschiede gefunden ($F(1.83, 100.88) = 1.70, p = .174, \text{partielles } \eta^2 = .032$). Auch zwischen den Geschlechtern zeigen sich für die IQ-Unterskalen VT, HT und AS keine signifikanten Unterschiede. Allerdings besteht bei der VG ein signifikanter Geschlechterunterschied ($t(36) = 2.49, p < .017$). Die 18 Mädchen sind hier signifikant besser ($M = 75.33, SD = 12.64$) als die 20 Jungen ($M = 65.80, SD = 20.93$). Die Differenz liegt bei fast 10 Punkten (9.53).

Kognitive Kompetenzen der Schulkinder

Abbildung 20 zeigt die Verteilung der Werte für die kognitiven Kompetenzen der Schulkinder. Der mittlere Gesamt-IQ der 35 Schulkinder beträgt 66.06 ($SD = 16.95$). Dieser Wert liegt zwischen zwei und drei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normierungsstichprobe und somit deutlich unterhalb des Normbereiches. Es liegen 17 Kinder mit ihren Leistungen im Bereich der geistigen Behinderung, elf Kinder im Bereich der Lernbehinderung und sieben Kinder erzielen Werte in der Norm.

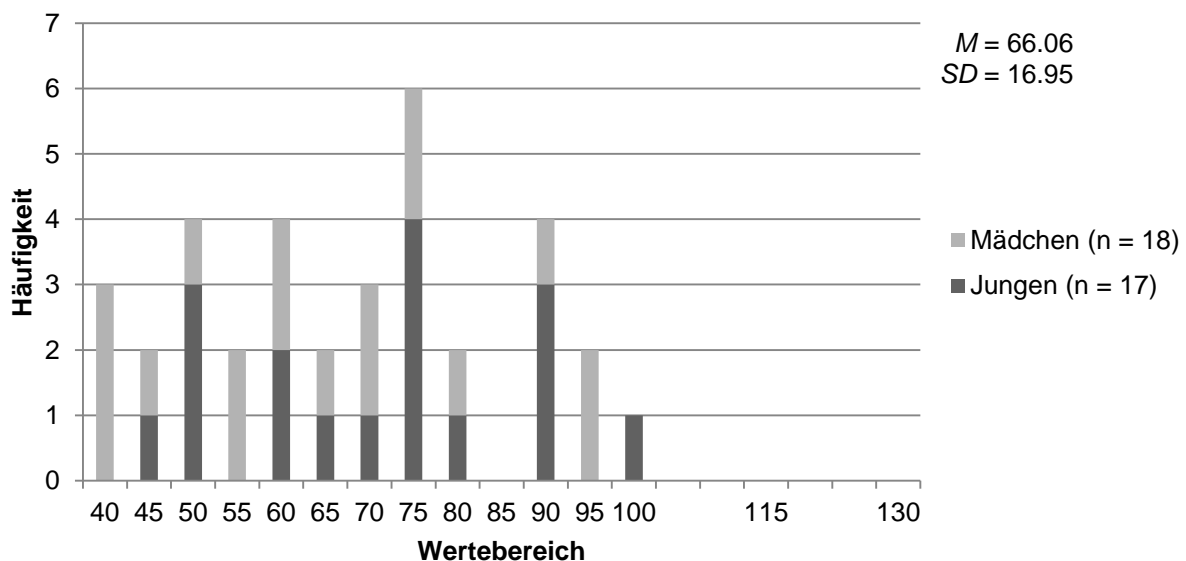


Abbildung 20. Häufigkeitsverteilung der Werte für den Gesamt-IQ der Schulkinder

Die Mittelwerte der Geschlechter weichen nicht erheblich voneinander ab (Mädchen: $M = 63.33; SD = 17.72$; Jungen: $M = 68.94; SD = 16.12$). Die kognitiven Kompetenzen der Jungen und Mädchen im Schulalter unterschieden sich nicht signifikant voneinander ($t(33) = .98, p = .335$).

Nachfolgende Tabelle 17 zeigt für die Schulkinder die Mittelwerte und Standardabweichungen für die vier kognitiven Indizes:

Tabelle 17. Mittelwerte und Standardabweichungen für die kognitiven Indizes der Schulkinder

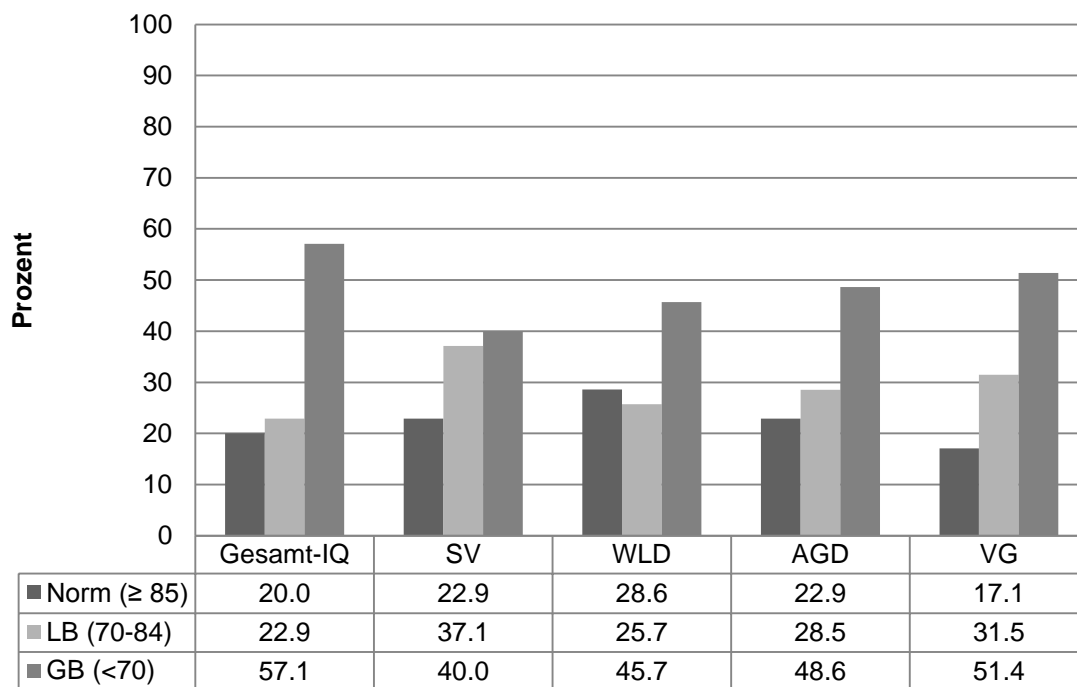
Merkmal	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Sprachverständnis (SV)	71.94	14.72	45–101
Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken (WLD)	74.14	17.00	47–108
Arbeitsgedächtnis (AGD)	70.91	18.00	50–117
Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG)	71.49	16.73	50–120

Anmerkung. $n = 35$.

Die Mittelwerte der vier kognitiven Indizes liegen fast zwei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes der Norm. Das Leistungsspektrum weist eine große Varianz auf, so finden sich die Leistungen in den Teilbereichen im Normbereich (bis 120) bis hin zu Leistungen, die mehr als drei Standardabweichungen unter dem Mittelwert liegen (bis 45). Die Überprüfung bestätigt, dass die Unterschiede zwischen den IQ-Teilleistungen nicht signifikant sind ($F(3, 102) = .87$, $p = .461$, partielles $\eta^2 = .025$). Ebenso zeigt der t -Test, dass die Geschlechterunterschiede hinsichtlich der kognitiven Indizes nicht statistisch bedeutsam sind.

Auch bei den Schulkindern stellt sich die Frage, ob die vier kognitiven Indizes (SV, WLD, AGD, VG) ähnlich untereinander korrelieren, wie dies bei der Normierungsstichprobe der Fall ist. Es ergeben sich zwischen allen Indizes positive Korrelationen zwischen $r = .69$ – $.78$ ($p < .001$). Die Korrelationen der Normierungsstichprobe liegen in einem ähnlichen Bereich (zwischen $r = .40$ – $.87$) (Petermann & Petermann, 2014, S. 67).

Für die Schulkinder ($n = 35$) stellt die nachfolgende Grafik die prozentuale Verteilung der kognitiven Kompetenzen (Gesamt-IQ und Teilleistungen) auf verschiedene Leistungsbereiche dar:



Anmerkung. $n = 35$.

Abbildung 21. Prozentuale Verteilung der kognitiven Kompetenzen der Schulkinder auf verschiedene Leistungsbereiche

Sowohl im Gesamt-IQ als auch in den vier kognitiven Indizes liegen zwischen 40.0 % und 57.1 % der kognitiven Kompetenzen der Schulkinder im Bereich der geistigen Behinderung. Daran schließt sich der Bereich der Lernbehinderung an, hier reichen die Werte von 22.9 % für den Gesamt-IQ, bis hin zu 37.1 % für das SV. Werte im Normbereich erzielen die wenigsten Kinder (zwischen 17.1 % und 28.6 %). Auch bei den Schulkindern ist die VG, wie bei den Vorschulkindern, der leistungsschwächste kognitive Teilbereich, da dort über die Hälfte (51.4 %) der Kinder im Bereich der geistigen Behinderung liegen und nur 17.1 % Werte im Normbereich erreichen.

Vergleich kognitiver Kompetenzen der drei Alterskohorten

Nach der separaten Betrachtung der Leistungen für die einzelnen Alterskohorten zeigt Abbildung 22 zusammenfassend die Häufigkeitsverteilungen der kognitiven Kompetenzen der drei Alterskohorten. Deutlich wird auch hier, dass die Werte für die kognitiven Kompetenzen bei allen drei Kohorten, einer sehr ähnlichen, im Vergleich zur Norm, stark nach links verschobenen Verteilung folgen. Es gibt kaum Kinder, deren Werten im Normbereich (85–115) liegen.

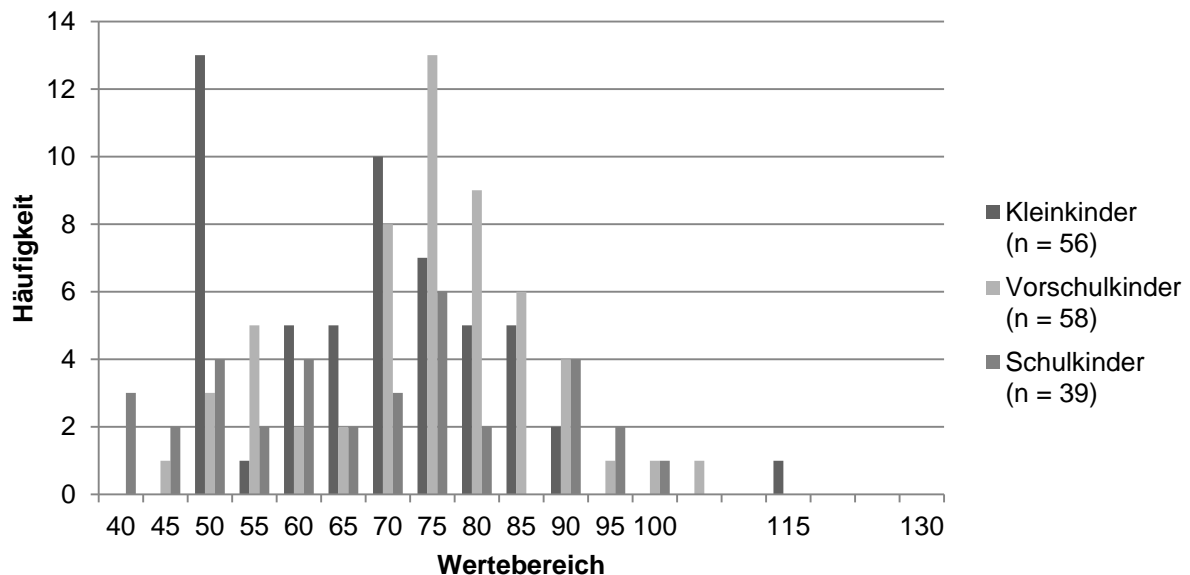


Abbildung 22. Häufigkeitsverteilung der Werte für die kognitiven Kompetenzen dreier Alterskohorten

Nun wird untersucht, ob sich die drei Kohorten in ihren kognitiven Leistungen signifikant voneinander unterscheiden. Die Überprüfung ergibt $F(2, 142) = 2.88$, $p = .059$, partielles $\eta^2 = .039$. Es bestehen demnach keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kohorten hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungen.

Um zu prüfen, ob sich bei älteren Kindern stärkere Abweichungen von der Norm zeigen als bei jüngeren Kindern, kann jede Alterskohorte mit einer entsprechenden Normstichprobe verglichen werden, so wie dies bereits für die kognitiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe (s. Kapitel 8.6.2) durchgeführt wurde. Die jeweilige Effektstärke d des Mittelwertvergleichs kann als entscheidendes Maß für die Prüfung der Hypothese angewendet werden. Dies kann in zweifacher Hinsicht erfolgen: Einerseits kann mittels d bestimmt werden, ob die Effektstärken im gleichen Bereich liegen (nach Cohen) und ob somit auch die Normabweichungen vergleichbar sind. Andererseits kann die absolute Effektstärke als Maß herangezogen werden, so können Unterschiede im Sinne von stärkeren bzw. schwächeren Normabweichungen ermittelt werden. Der t -Test für unabhängige Stichproben zeigt folgende Ergebnisse: Kleinkinder ($t(56) = 11.39$, $p < .001$, $d = 2.17$), Vorschulkinder ($t(58) = 11.73$, $p < .001$, $d = 2.20$), Schulkinder ($t(39) = 10.57$, $p < .001$, $d = 2.45$). Im Rahmen der ersten Variante bedeutet das, dass die Effektstärken der Alterskohorten fast identisch sind, es handelt sich bei allen drei Kohorten um einen starken Effekt. Die Abweichungen von der Norm hinsichtlich der kognitiven Leistungen sind demnach für alle Alterskohorten „gleich stark“. Im Rahmen dieser Betrachtung

kann nicht bestätigt werden, dass ältere Kinder stärker von der Norm abweichen als jüngere Kinder (Hypothese 1b). Werden die Effektstärken als absolutes Maß betrachtet, ergibt sich eine Rangreihe. Das bedeutet, die Abweichungen von der Norm hinsichtlich der kognitiven Leistungen sind für die Alterskohorte der Schulkinder stärker als für die anderen beiden Kohorten. Dass ältere Kinder stärker von der Norm abweichen als die jüngeren Kinder kann somit bestätigt werden (Hypothese 1b).

8.6.3 Sprachliche Kompetenzen

Die Sprache kann als Teil der kognitiven Kompetenzen angesehen werden. So werden die sprachlichen Kompetenzen der Vorschul- und Schulkinder in dieser Untersuchung auch im Rahmen der kognitiven Kompetenzen erhoben und wurden im vorhergehenden Abschnitt bereits dargestellt. Für die Kleinkinder hingegen wird die Sprache mit einer eigenständigen Sprach-Skala innerhalb des Entwicklungstests (*Bayley-III*) untersucht. Um nun die sprachlichen Kompetenzen aller Kinder differenziert analysieren zu können bzw. auch einen Gesamtwert für die sprachlichen Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder zu erhalten, wird die Sprache an dieser Stelle gesondert herausgegriffen und nicht nur im Rahmen der kognitiven Kompetenzen betrachtet. So ist auch ein Vergleich der drei Alterskohorten und zwischen den Geschlechtern bezüglich der sprachlichen Kompetenzen möglich.

Tabelle 18 zeigt die Ergebnisse für die sprachlichen Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder und der einzelnen Alterskohorten:

Tabelle 18. Mittelwerte und Standardabweichungen für die sprachlichen Kompetenzen der Kinder

Merkmal	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Sprachliche Kompetenzen Gesamtstichprobe Kinder	145	73.02	16.39	45–125
Sprachliche Kompetenzen (Gesamt) Kleinkinder	54	68.37	14.42	45–95
Sprachliche Kompetenzen (rezeptiv) Kleinkinder	54	5.26	2.83	1–12
Sprachliche Kompetenzen (expressiv) Kleinkinder	54	4.52	2.63	1–10
Sprachliche Kompetenzen Vorschulkinder	56	78.18	17.90	45–125
Sprachliche Kompetenzen Schulkinder	35	71.94	14.72	45–101

Anmerkung. Bei den rezeptiven und expressiven sprachlichen Kompetenzen der Kleinkinder handelt es sich um Untertestwerte, gemessen auf einer Skala von 1–19.

Fasst man die Sprachskalen (für die Kleinkinder die Gesamtsprachskala) der einzelnen Kohorten zusammen, dies ist möglich, da alle verwendeten Testverfahren auf einer Skala mit einem $M = 100$ und einer $SD = 15$ messen, zeigt sich für die Gesamtstichprobe der Kinder, ein Mittelwert von 73.02 ($SD = 16.39$). Dieser Wert liegt fast zwei

Standardabweichungen unter dem Mittelwert von 100. Durch Leistungen, die fast vier Standardabweichungen unter dem Mittelwert (bis 45) und Leistungen, die sich bis zu zwei Standardabweichungen oberhalb dessen befinden (bis 125), weist die Gesamtstichprobe eine große Varianz in den erzielten Werten auf. Nachfolgend werden diese Ergebnisse für die drei Kohorten spezifiziert.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse (Tabelle 18) für die sprachlichen Kompetenzen der Kleinkinder wird mit den Leistungen der rezeptiven und expressiven sprachlichen Kompetenzen begonnen. Es zeigen sich bei diesen Untertests Mittelwerte von 5.26 ($SD = 2.83$) und 4.52 ($SD = 2.63$) (Skala: 1–19; $M = 10$; $SD = 3$; Normbereich = 7–13). Diese Werte liegen zwischen ein und zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert. In beiden Untertests sind die Leistungen der Kleinkinder ähnlich breit gestreut. In der expressiven Sprache liegen die Leistungen von neun Kleinkindern im Normbereich, von 45 Kleinkindern liegen sie unterhalb des Normbereiches, kein Kleinkind hat Leistungen oberhalb des Normbereiches. Für die rezeptive Sprache zeigt sich ein etwas positiveres Bild, 18 Kleinkinder liegen im Normbereich, immer noch 36 Kleinkinder haben Leistungen unterhalb des Normbereiches und wieder erreicht kein Kleinkind Leistungen oberhalb der Norm.

Der auf den Untertestwerten basierende Skalenwert für die Sprach-Skala (Skala: 40–160; $M = 100$; $SD = 15$; Normbereich = 85–115) zeigt, dass die 54 Kleinkinder in der Gesamtsumme der Sprache einen Mittelwert von 68.37 ($SD = 14.42$) erreichen, dieser Durchschnittswert für die sprachlichen Leistungen liegt mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert. Auffallend ist auch hier wieder die große Streuung der Werte: 47 Kleinkinder liegen unterhalb der Norm, nur sieben Kleinkinder haben Leistungen im unteren Normbereich.

Die Durchschnittswerte der sprachlichen Kompetenzen der Vorschulkinder ($M = 78.18$; $SD = 17.90$) liegen zwischen ein und zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert. Innerhalb der sprachlichen Entwicklung der Vorschulkinder zeigt sich eine große Varianz: Es gibt 35 Kinder, deren Leistungen bis zu mehr als drei Standardabweichungen unterhalb des Normbereiches liegen (bis 45). Von 20 Kindern liegen die Leistungen im Normbereich, ein Kind hat Leistungen oberhalb des Normbereiches (125).

Bei den Schulkindern liegt der Mittelwert der Sprachleistungen ($M = 71.94$; $SD = 14.72$) fast zwei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes ($M = 100$). Das Leistungsspektrum weist auch hier eine große Spannweite auf, so finden sich acht Schulkinder, deren Leistungen im Normbereich (85–115) liegen und 27 Schulkinder, die sich auf bis zu mehr als drei Standardabweichungen unter dem Mittelwert verteilen.

Von Interesse ist, ob signifikante Unterschiede in Bezug auf die Sprache zwischen den Kohorten bestehen. Die Varianzanalyse ergibt $F(2,142) = 5.32$, $p < .006$, partielles $\eta^2 = .070$. Der Vergleich der Haupteffekte zeigt, dass zwischen den Kleinkindern und den Vorschulkindern eine signifikante Mittelwertdifferenz von 9.81 besteht ($p < .005$). Die sprachlichen Kompetenzen der Vorschul Kinder sind demnach signifikant höher ausgeprägt als die der Kleinkinder, gemessen an den altersspezifischen Normen.

Die Ergebnisse hinsichtlich eines möglichen Geschlechterunterschiedes zeigen, dass es keine signifikanten Leistungsunterschiede zwischen Mädchen und Jungen in den sprachlichen Leistungen gibt ($t(143) = .31$, $p = .759$), auch nicht innerhalb der einzelnen Alterskohorten.

Vergleich dreier Kompetenzbereiche der Kleinkinder

Da die sprachlichen Kompetenzen bei den Vorschul- und Schulkindern auch im Gesamt-IQ enthalten sind und somit kein Mittelwertvergleich zwischen den sprachlichen Kompetenzen und den kognitiven Kompetenzen berechnet werden kann, wird diese Überprüfung nur für die Gruppe der Kleinkinder vorgenommen. Dabei bietet es sich an, auch die motorischen Fähigkeiten der Kleinkinder miteinzubeziehen, so dass ermittelt werden kann, in welchem der drei Entwicklungsbereiche die Kleinkinder am leistungsfähigsten sind. Da bei den drei Kompetenzen eine vergleichbare Anzahl von Items geprüft wird (zwischen 91 und 132), liegen ähnliche Varianzen vor.

Tabelle 19. Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei untersuchten Kompetenzbereiche der Kleinkinder

Merkmal	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Kognitive Skala	72.96	13.75	55–115
Sprache Gesamtskala	68.37	14.42	45–94
Motorik Gesamtskala	71.26	14.44	45–109

Anmerkung. $n = 54$.

Die Mittelwerte der drei untersuchten Kompetenzen liegen in Bezug auf die Normalverteilung nah beieinander (Tabelle 19). Es zeigt sich, dass die durchschnittlichen Werte der kognitiven und der motorischen Leistungen nahezu identisch sind, die sprachlichen Leistungen liegen etwas darunter. Um zu überprüfen, ob die Unterschiede statistisch signifikant sind, werden die Mittelwertunterschiede geprüft. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Leistungen der Kleinkinder in den drei untersuchten Kompetenzbereichen nicht signifikant voneinander unterscheiden ($F(2, 106) = 2.37$, $p = .098$, partielles $\eta^2 = .043$).

Zwischen den drei hier untersuchten Kompetenzbereichen der Kleinkinder (nur Gesamtskalen) zeigen sich Korrelationen in einer Höhe zwischen $r = .31$ – $.46$. Diese Effekte entsprechen ziemlich exakt denen der Normierungsstichprobe (zwischen $r = .36$ – $.43$).

8.6.4 Adaptive Kompetenzen

In Kapitel 7.2 wird die Struktur des Erhebungsverfahrens (*ABAS-II*) im Detail erläutert. Die nachfolgende Ergebnispräsentation hinsichtlich der Leistungen der Kinder ist entsprechend gegliedert, es werden zunächst die Ergebnisse für den Gesamtwert adaptiver Kompetenzen (GAL), dann für die drei Bereiche (KON, SOZ, PR) und anschließend für die neun bzw. zehn Unterdimensionen dargestellt. Begonnen wird mit der Betrachtung der Ergebnisse für die Gesamtstichprobe, bevor sich die Analyse der Kompetenzen der einzelnen Alterskohorten anschließt. Es erfolgt auch ein Vergleich der Leistungen in den drei Bereichen und Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen *zwischen* den Kohorten. Die adaptiven Kompetenzen werden für alle Alterskohorten auf einer Normskala entsprechend der IQ-Skala ($M = 100$; $SD = 15$; Normbereich = 85–115) gemessen.

Adaptive Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder

Der Mittelwert für den GAL der Gesamtstichprobe der Kinder beträgt 72.01 ($SD = 18.84$), dieser Wert liegt fast zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normstichprobe. Es zeigt sich eine breite Streuung der Werte (40–145), so liegen diese bis zu vier Standardabweichungen unter dem Mittelwert und bis zu drei Standardabweichungen darüber. Es sind 51.3 % der Kinder, welche Werte < 70 haben und somit mit ihren Leistungen in den Bereich der geistigen Behinderung fallen. 22.0 % der Kinder befinden sich im Bereich der Lernbehinderung, 26.7 % der Kinder im Normbereich und sechs Kinder erreichen Werte oberhalb dessen (s. Abbildung 24, prozentuale Verteilung).

Abbildung 23 zeigt die breite, rechtsschiefe Verteilung und die Überrepräsentation von sehr niedrigen Werten. Die starke Streuung der Leistungen der Kinder wird deutlich und die ähnlich verteilten Leistungen der Mädchen und Jungen werden in der Abbildung 23 ersichtlich. Die Jungen erreichen im GAL einen Mittelwert von 71.22 ($SD = 17.58$), die Mädchen von 72.90 ($SD = 20.25$). Es bestehen keine signifikanten Mittelwertunterschiede diesbezüglich zwischen den Jungen und Mädchen ($t(148) = .55$, $p = .586$).

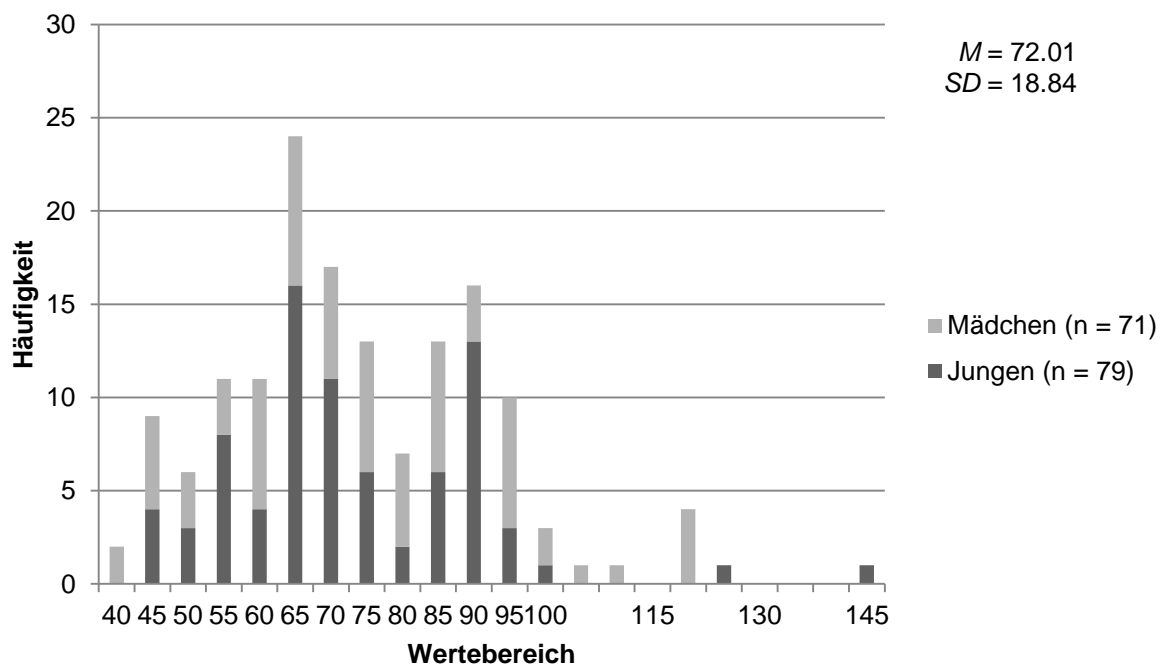


Abbildung 23. Häufigkeitsverteilung der Gesamtwerte adaptiver Kompetenzen (GAL) der Kinder

Der GAL wird gebildet aus den konzeptuellen adaptiven Kompetenzen (KON), den sozialen adaptiven Kompetenzen (SOZ) und den praktischen adaptiven Kompetenzen (PR). Die Auswertung der drei Bereiche adaptiver Kompetenzen ergibt die in Tabelle 20 aufgeführten Werte:

Tabelle 20. Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder

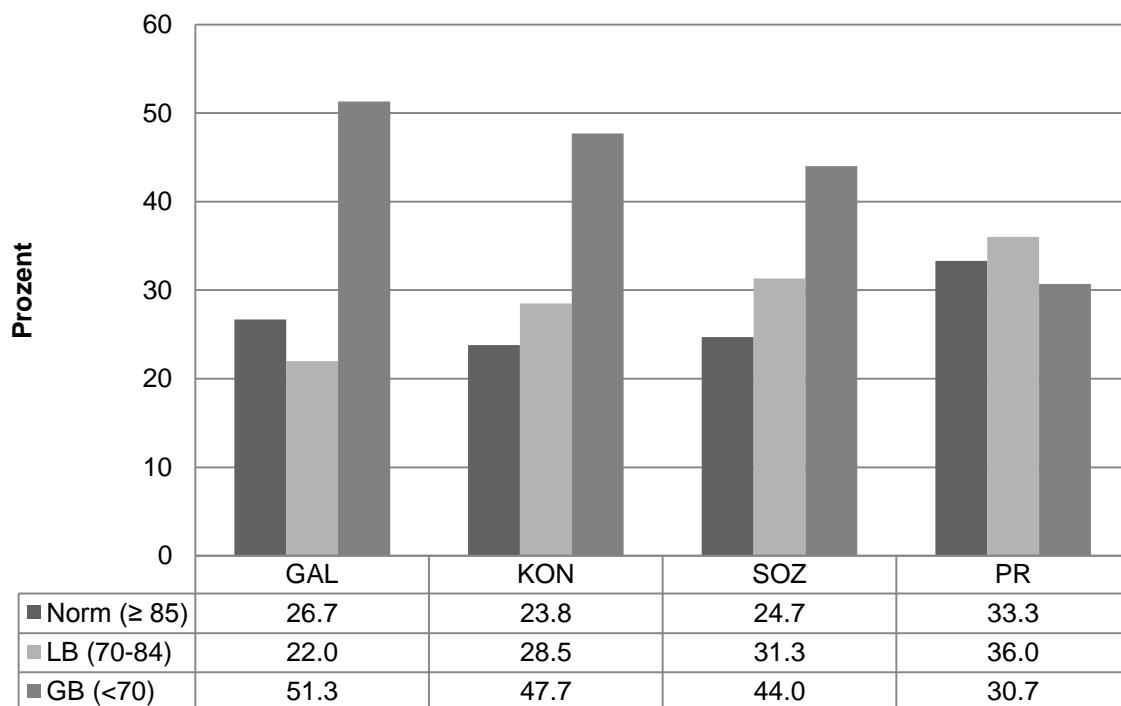
Merkmal	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Konzeptuelle adaptive Kompetenzen (KON)	72.58	17.96	45–137
Soziale adaptive Kompetenzen (SOZ)	74.27	16.45	48–133
Praktische adaptive Kompetenzen (PR)	76.10	18.54	40–138

Anmerkung. *N* = 150.

Alle erzielten Werte liegen zwischen ein und zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normstichprobe. Die Leistungen streuen breit auf der Skala mit Werten zwischen 45 und 138. Abbildung 24 zeigt die prozentuale Verteilung der adaptiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder auf verschiedene Leistungsbereiche (GB, LB, Norm). Bei den konzeptuellen adaptiven Kompetenzen gelten 47.7 % der Kinder in dieser Kompetenz als geistig behindert und 28.5 % als lernbehindert. 23.8 % der Kinder liegen mit ihren Leistungen im Normbereich, davon fünf Kinder oberhalb der entsprechenden Altersnorm (bis 138). Bei den sozial adaptiven Kompetenzen zeigen 44.0 % der Kinder Leistungen im Bereich der geistigen Behinderung, 31.3 % im Bereich

der Lernbehinderung, 24.7 % der Kinder haben Werte im Normbereich, davon sind es drei Kinder, welche mit ihren Werten oberhalb dessen liegen. Für die praktischen adaptiven Kompetenzen ergibt sich, dass 30.7 % der Kinder Werte im Bereich der geistigen Behinderung haben, 36.0 % der Kinder gelten in den PR als lernbehindert, 33.3 % der Kinder verfügen über Leistungen im Normbereich, davon sind es drei Kinder mit Leistungen oberhalb dieses Bereiches.

In der Gesamtstichprobe unterscheiden sich die Leistungen der Kinder in den drei Bereichen der adaptiven Kompetenzen signifikant voneinander ($F(2, 298) = 8.28, p < .001$). Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den konzeptuellen adaptiven Kompetenzen und den praktischen adaptiven Kompetenzen. Die Kinder erzielen in den praktischen adaptiven Kompetenzen höhere Leistungen als in den konzeptuellen adaptiven Kompetenzen. Die Mittelwertdifferenz zwischen konzeptuellen adaptiven Kompetenzen und den praktischen adaptiven Kompetenzen beträgt 3.40 und ist mit $p < .001$ hochsignifikant.



Anmerkung. $N = 151$.

Abbildung 24. Prozentuale Verteilung der adaptiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder auf verschiedene Leistungsbereiche

In der aktuellen Stichprobe werden innerhalb der KON ($F(1, 149) = .65, p = .421$, partielles $\eta^2 = .004$), der SOZ ($F(1, 148) = .01, p = .934$, partielles $\eta^2 < .001$) und der PR ($F(1, 148) = .00, p = .980$, partielles $\eta^2 = .000$) keine statistisch bedeutsamen Geschlechterunterschiede gefunden.

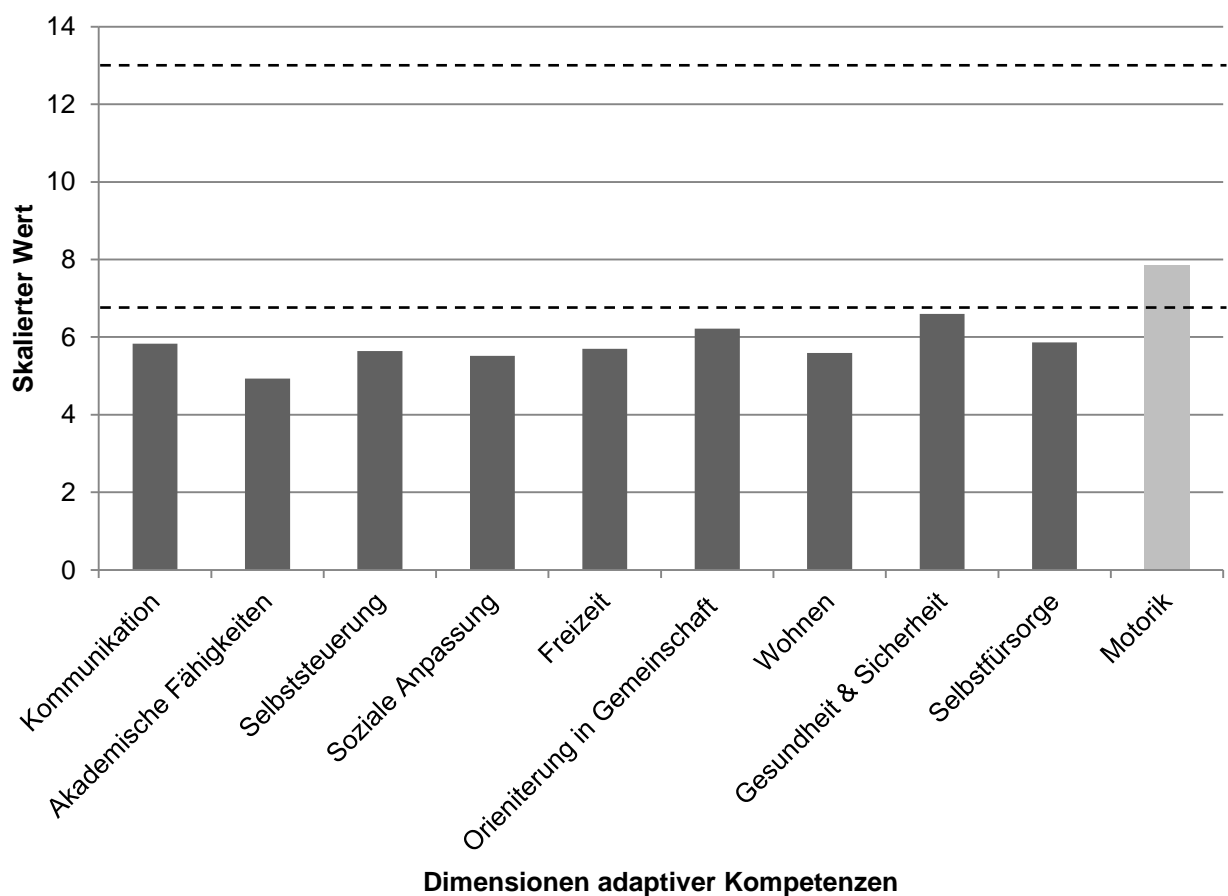
Erwartungsgemäß korrelieren die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen signifikant miteinander. Die Korrelationen liegen für die Gesamtstichprobe der Kinder zwischen $r = .83$ – $.84$, dabei handelt sich um starke und hochsignifikante Zusammenhänge ($p < .001$). Die Effekte der Normierungsstichprobe weisen im Vergleich zur aktuellen Stichprobe ähnliche Stärken zwischen $r = .73$ – $.81$ auf (Harrison & Oakland, 2008, S. 117).

Wie bereits ausführlich in Kapitel 7.2 dargestellt, werden die eben untersuchten drei Bereiche adaptiver Kompetenzen wiederum durch Unterdimensionen gebildet. Die konzeptuellen adaptiven Fähigkeiten (KON) beinhalten *Kommunikation*, *Funktionelle (vor-)akademische Fähigkeiten* und *Selbststeuerung*. Die sozialen adaptiven Kompetenzen (SOZ) bilden sich aus der *Sozialen Anpassung* und dem *Freizeitverhalten* und die praktischen adaptiven Kompetenzen (PR) setzen sich aus der *Orientierung in der Gemeinschaft*, dem Bereich *Wohnen, Gesundheit und Sicherheit* sowie der *Selbstfürsorge* zusammen. Die *Motorik* wird nur für die Kinder von 0–5 Jahren erhoben ($n = 97$). Außerdem werden die Skalen *Orientierung in der Gemeinschaft*, *Funktionelle (vor-)akademische Fähigkeiten* und *Wohnen* erst ab dem Alter von einem Jahr erhoben ($n = 129$). Bei den Werten der Unterdimensionen handelt sich um Standardwerte auf einer Normskala (1–19) mit einem Mittelwert von zehn und einer Standardabweichung von drei. Um die Ergebnisse hinsichtlich der adaptiven Kompetenzen der Kinder noch weiter zu differenzieren, werden die Leistungen der Kinder in diesen Unterdimensionen im Folgenden, wieder im Vergleich mit der Norm, genauer betrachtet. Tabelle 21 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen aller Unterdimensionen für die Gesamtstichprobe der Kinder:

Tabelle 21. Mittelwerte und Standardabweichungen für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder

Merkmal	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Kommunikation (KO)	150	5.83	3.29	1–16
Funktionelle (vor-)akad. Fähigkeiten (AF)	129	4.93	3.11	1–14
Selbststeuerung (SS)	150	5.64	3.48	1–16
Soziale Anpassung (SA)	150	5.52	3.33	1–16
Freizeit (FZ)	150	5.70	3.11	1–16
Orientierung in der Gemeinschaft (OG)	129	6.22	3.36	1–15
Wohnen (WO)	129	5.59	3.34	1–19
Gesundheit und Sicherheit (GS)	129	6.60	3.66	1–19
Selbstfürsorge (SF)	150	5.86	2.93	1–15
Motorik (MO)	97	7.84	3.81	1–18

Einzig in den motorischen Fähigkeiten erreichen die Kinder einen Wert, welcher im Normbereich liegt (7–13). Alle weiteren neun Dimensionen befinden sich ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normierungsstichprobe. Hierbei liegen die Werte der Dimensionen GS und OG dem Normbereich am nächsten. Darauf folgen in der genannten Reihenfolge die Leistungen in den Dimensionen SF, KO, FZ, SS, WO und SA. Am niedrigsten sind die Werte in der Dimension AF. Die Leistungen der Kinder liegen zwischen 1–19 und verteilen sich damit auf der gesamten Skala. Abbildung 25 zeigt die Ergebnisse grafisch, zur besseren Veranschaulichung ist der Normbereich zwischen den skalierten Werten 7 und 13 gekennzeichnet:



Anmerkung. $N = 153$; Motorik: $n = 97$.

Abbildung 25. Mittelwerte für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen für die Gesamtstichprobe der Kinder

Ein Omnibus-Test zeigt zunächst auf, dass sich einige der Leistungen in den Unterdimensionen signifikant voneinander unterscheiden ($F(6.71, 503.40) = 15.49, p < .001$, partielles $\eta^2 = .171$). Die Ergebnisse der paarweisen Vergleiche zeigen, dass die Kinder in der Dimension *Motorik* signifikant besser sind als in allen anderen Dimensionen. In

der *Kommunikation* erreichen die Kinder höhere Leistungen als in *Aspekten der Freizeit*. *Orientierung in der Gemeinschaft* gelingt den Kindern signifikant besser als *Selbstfürsorge* und *Soziale Anpassung*, auch erreichen sie in der *Orientierung in der Gemeinschaft* bessere Werte als in *Funktionellen (vor-)akademischen Fähigkeiten* und im *Freizeitverhalten*. Allerdings sind sie in den *Funktionellen (vor-)akademischen Fähigkeiten* und in der *Selbstfürsorge* besser als im Bereich des *Wohnens*. Die erreichten Leistungen im *Wohnen* sind dennoch höher als in der Dimension *Soziale Anpassung*. Es handelt sich um Differenzen im Bereich von 0.82–2.61 Punkten, welche alle signifikant sind (alle $p < .05$).

Adaptive Kompetenzen der Kleinkinder

Die separate Auswertung der adaptiven Kompetenzen der 55 Kleinkinder zeigt für den GAL einen Mittelwert von 81.40 ($SD = 19.38$). Ersichtlich werden große Unterschiede zwischen den minimal und den maximal erreichten Werten (43–145). Die Werte von 34 Kleinkindern liegen unterhalb des Normbereiches, mit sehr schwachen Leistungen bis mehr als drei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes. 16 Kleinkinder liegen im Normbereich (85–115) und fünf Kleinkinder erlangen Leistungen oberhalb der Altersnorm, ein Kind erreicht einen Wert von 145.

Es zeigt sich, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den GAL besteht ($t(53) = .58$, $p = .566$).

Tabelle 22. Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen der Kleinkinder

Merkmal	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Konzeptuelle adaptive Kompetenzen (KON)	81.67	18.21	45–137
Soziale adaptive Kompetenzen (SOZ)	79.51	17.75	48–133
Praktische adaptive Kompetenzen (PR)	86.02	17.33	49–138

Anmerkung. $n = 55$.

Tabelle 22 zeigt die Ergebnisse für die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen für die Kleinkinder. Alle drei Bereiche liegen unter dem Mittelwert der Norm, einzig die praktischen adaptiven Kompetenzen liegen noch im Normbereich. Betrachtet man jedoch die Standardabweichungen, so zeigt sich, dass diese hoch sind und große Unterschiede zwischen den niedrigsten und den höchsten Werten der Kinder bestehen. In den KON haben 35 Kinder unterdurchschnittliche Leistungen, 16 Kinder erreichen Leistungen in der Norm und vier Kinder über der Norm. In den SOZ zeigt sich ein ähnliches Bild, 36 Kinder liegen unter der Norm, 16 in der Norm und drei Kinder über dieser. Für die PR

ergibt sich, dass 26 Kinder Werte unterhalb des Normbereiches erlangen, in der Norm sind es 27 Kinder und oberhalb davon liegen zwei Kinder mit ihren Werten. Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den drei Bereichen bei den Kleinkindern ($F(1.80, 97.39) = 10.16, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .158$). Es sind die praktischen adaptiven Kompetenzen, die signifikant besser ausgeprägt sind als die konzeptuellen adaptiven Kompetenzen und die sozialen adaptiven Kompetenzen. Der Unterschied zwischen den PR und den SOZ beträgt 6.51 Punkte und ist hochsignifikant ($p < .001$). Die Differenz von 4.35 Punkten zwischen den PR und den KON wird mit $p < .042$ signifikant.

Die Leistungen von Jungen und Mädchen unterscheiden sich in den drei Bereichen adaptiver Kompetenzen nicht signifikant voneinander (KON: $t(53) = 1.27, p = .210$; SOZ: $t(53) = .46, p = .645$; PR: $t(53) = .29, p = .776$).

Die Korrelationen der drei Bereiche adaptiver Kompetenzen untereinander liegen bei den Kleinkindern zwischen $r = .75$ – $.87$, dabei handelt es sich um moderate bis starke, hochsignifikante Effekte ($p < .001$). Bei der Normierungsstichprobe erreichen die Korrelationen eine vergleichbare Höhe zwischen $r = .73$ – $.76$ (Harrison & Oakland, 2008, S. 117). Die Werte der Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen für die Alterskohorte der Kleinkinder zeigt die nachfolgende Tabelle 23:

Tabelle 23. Mittelwerte und Standardabweichungen für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen der Kleinkinder

Merkmal	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Kommunikation (KO)	55	7.20	2.91	1–16
Funktionelle (vor-)akad. Fähigkeiten (AF)	34	7.12	3.14	1–13
Selbststeuerung (SS)	55	7.33	3.38	1–16
Soziale Anpassung (SA)	55	6.93	3.31	1–16
Freizeit (FZ)	55	6.67	3.13	1–16
Orientierung in der Gemeinschaft (OG)	34	7.79	3.06	2–15
Wohnen (WO)	34	7.24	2.80	1–16
Gesundheit und Sicherheit (GS)	55	8.51	3.31	2–19
Selbstfürsorge (SF)	55	6.91	3.13	1–15
Motorik (MO)	55	8.25	4.02	1–18

Anmerkung. Orientierung in der Gemeinschaft, Funktionelle (vor-)akademische Fähigkeiten und Wohnen werden erst ab dem Alter von einem Jahr erhoben, dies führt zu unterschiedlichen Fallzahlen.

Im Vergleich zu den eben dargestellten Ergebnissen der Gesamtstichprobe zeigt sich bei der separaten Betrachtung der Kleinkinder ein positiveres Bild. Sieben Dimensionen adaptiver Kompetenzen liegen im Normbereich (7–13), das sind KO, AF, SS, OG, WO, GS und MO. Dabei erreichen die Kleinkinder in den Dimensionen GS und MO die höchsten Werte (respektive 8.51 und 8.25). Die Mittelwerte der restlichen drei

Dimensionen (SA, SF, FZ) liegen mehr als eine Standardabweichung unter dem Mittelwert. Die Leistungsverteilung ist bei allen Dimensionen ähnlich und erreicht Werte, die sich auf der gesamten Skala verteilen (1–19). Das bedeutet, es gibt Kleinkinder in dieser Stichprobe mit Leistungen, die bis zu drei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes liegen und Kinder, deren Leistungen sich bis zu drei Standardabweichungen oberhalb der entsprechenden Altersnormen befinden. Es handelt sich um ein heterogenes Leistungsspektrum.

Auch zeigen sich bei den Kleinkindern signifikante Unterschiede zwischen den Leistungen in den Unterdimensionen ($F(6.64, 218.99) = 6.78, p < .001$, partielles $\eta^2 = .170$). So erbringen die Kinder höhere Leistungen in der *Motorik* als in *Freizeitaspekten*, in der *Selbstfürsorge* und in der *Sozialen Anpassung*. In der Dimension des *Wohnens* zeigen sich allerdings höhere Werte als im *Freizeitverhalten* und in der *Selbstfürsorge*. In der *Orientierung in der Gemeinschaft* sind sie besser als im *Freizeitverhalten* und in der *Sozialen Anpassung*. Die Differenzen liegen hier bei Werten zwischen 1.32 und 2.59, alle sind mit $p < .05$ signifikant.

Adaptive Kompetenzen der Vorschulkinder

Die Ergebnisse für die Vorschulkinder zeigen für den GAL einen Mittelwert von 66.98 ($SD = 15.96$). Dieser Wert liegt zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normstichprobe. Das Leistungsspektrum der Kinder ist weit (40–120), die Werte verteilen sich vor allem unterhalb des Normbereiches und dies bis zu vier Standardabweichungen (bis 40) unter dem Mittelwert. Zehn Kinder haben Werte im Normbereich und ein Kind oberhalb davon. Der Mittelwert für die Mädchen beträgt 68.44 ($SD = 18.44$), für die Jungen liegt er bei 65.88 ($SD = 14.00$). Auch bei den Vorschulkindern sind die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen in Bezug auf die Leistungen im GAL statistisch nicht bedeutsam ($t(56) = .60, p = .550$).

Tabelle 24. Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen der Vorschulkinder

Merkmal	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Konzeptuelle adaptive Kompetenzen (KON)	67.16	15.32	45–124
Soziale adaptive Kompetenzen (SOZ)	70.45	15.28	48–108
Praktische adaptive Kompetenzen (PR)	70.86	16.02	41–122

Anmerkung. $n = 58$.

Tabelle 24 zeigt die Mittelwerte aller drei Bereiche der adaptiven Kompetenzen, diese liegen alle unter dem Mittelwert der Norm. Die Unterschiede zwischen den minimalen

und den maximalen Leistungen der Vorschulkinder sind groß. Bei den KON, SOZ und PR befinden sich die Werte von jeweils 50 Kindern unterhalb der Altersnorm, bei den KON und PR liegen die Werte von sieben Kindern im Normbereich und zwei Kinder darüber, bei den SOZ sind acht Kinder mit ihren Werten im Normbereich. Auch innerhalb der Kohorte der Vorschulkinder finden sich signifikante Unterschiede zwischen den erreichten Leistungen ($F(2, 114) = 6.28, p < .003$, partielles $\eta^2 = .099$). Es sind ebenfalls die PR, die, mit einer Differenz von 3.71, signifikant stärker ausgeprägt sind als die KON ($p < .001$). Die KON sind jedoch nicht signifikant stärker ausgeprägt als die SOZ. Anders als bei den Kleinkindern besteht dafür ein signifikanter Unterschied zwischen den KON und SOZ, in den SOZ erreichen die Vorschulkinder mit 3.29 Punkten signifikant höhere Leistungen ($p < .036$). Auch hier unterscheiden sich die Vorschulkinder in keinem der drei Bereiche aufgrund ihres Geschlechtes (KON: $t(56) = .57, p = .571$, SOZ: $t(56) = .37, p = .716$, PR: $t(56) = .44, p = .665$).

Ebenso bestehen bei den 58 Vorschulkindern zwischen allen drei Bereichen der adaptiven Kompetenzen starke paarweise positive Korrelationen (zwischen $r = .80$ – $.89$), alle Effekte sind hochsignifikant ($p < .001$). Bei der Normierungsstichprobe liegen die Effektstärken zwischen $r = .73$ – $.81$ (Harrison & Oakland, 2008, S. 117). Im Vergleich zu den Kleinkindern sind die Unterdimensionen der adaptiven Kompetenzen der Vorschulkinder schwächer ausgeprägt, dies zeigt nachfolgende Tabelle 25:

Tabelle 25. Mittelwerte und Standardabweichungen für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen der Vorschulkinder

Merkmal	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Kommunikation (KO)	58	5.16	3.18	1–14
Funktionelle (vor-)akad. Fähigkeiten (AF)	58	4.22	2.54	1–14
Selbststeuerung (SS)	58	5.33	2.92	1–14
Soziale Anpassung (SA)	58	5.03	2.82	1–12
Freizeit (FZ)	58	5.16	3.01	1–12
Orientierung in der Gemeinschaft (OG)	58	5.24	3.06	1–13
Wohnen (WO)	58	6.02	2.67	1–15
Gesundheit und Sicherheit (GS)	58	5.38	3.17	1–14
Selbstfürsorge (SF)	58	5.36	2.63	1–12
Motorik (MO)	42	7.29	3.49	1–15

Anmerkung. $n = 58$. Motorik wird nur bei den Vorschulkindern bis fünf Jahre erhoben.

Die Vorschulkinder erreichen im Durchschnitt nur in der Dimension *Motorik* einen Wert, der gerade noch im Normbereich liegt (7.29). In allen anderen Bereichen liegen die Leistungen ein bis zwei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes. Die

Leistungen streuen nicht ganz so breit, wie es bei den Kleinkindern dieser Stichprobe beobachtet wird, denn die Vorschulkinder zeigen keine Leistungen, die drei Standardabweichungen oberhalb des Mittelwertes liegen. Es zeigen sich auch hier Unterschiede zwischen den Leistungen in den Unterdimensionen ($F(7.31, 299.77) = 11.94, p < .001$, partielles $\eta^2 = .225$). Die Vorschulkinder sind in der *Motorik* signifikant besser als in allen anderen Dimensionen, außer im Bereich des *Wohnens*. Jedoch erzielen sie im *Wohnen* höhere Leistungen als im *Freizeitverhalten*, in der *Selbstfürsorge*, in der *Sozialen Anpassung* und in den *Funktionellen (vor-)akademischen Fähigkeiten*. Die Differenzen betragen zwischen 1.24–3.00 Punkten, alle sind mit $p < .05$ signifikant.

Adaptive Kompetenzen der Schulkinder

In Tabelle 26 werden als letzte Alterskohorte die Schulkinder betrachtet. Es zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Vorschulkindern. Der Durchschnittswert für den GAL beträgt 65.95 ($SD = 17.02$), dieser Wert liegt mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normstichprobe. Die Werte streuen zwischen 40–94. Neun Kinder sind altersentsprechend entwickelt, weitere neun Kinder haben Leistungen im Bereich der Lernbehinderung und die restlichen 19 Kinder liegen im Bereich der geistigen Behinderung.

Der durchschnittliche Wert für den GAL der Mädchen liegt bei 63.56 ($SD = 20.36$), für die Jungen bei 68.21 ($SD = 13.81$), es finden sich keine signifikanten Geschlechterunterschiede ($t(35) = .82, p = .420$).

Tabelle 26. Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen der Schulkinder

Merkmal	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Konzeptuelle adaptive Kompetenzen (KON)	67.71	16.38	49–98
Soziale adaptive Kompetenzen (SOZ)	72.49	14.47	53–100
Praktische adaptive Kompetenzen (PR)	69.57	18.11	40–96

Anmerkung. $n = 37$.

Die Mittelwerte der KON und PR liegen mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm. Die SOZ liegen zwischen ein und zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm. Die Leistungsverteilungen sind ähnlich, unterhalb des Normbereiches befinden sich bei den KON 30 Kinder, bei den SOZ sind es 27 und bei den PR 28 Schulkinder. In den KON sind acht Kinder altersgerecht entwickelt, bei den SOZ sind es zehn und bei den PR neun Schulkinder. Überdurchschnittliche Leistungen zeigt kein Schulkind.

Zwischen den Bereichen gibt es statistisch bedeutsame Unterschiede ($F(2.00, 72.00) = 3.69, p < .030$, partielles $\eta^2 = .093$). So zeigen die Schulkinder die stärksten Leistungen in den SOZ. Die Mittelwertdifferenz zwischen den KON und SOZ beträgt 4.43 und ist mit $p < .033$ signifikant.

Die Überprüfung von Geschlechterunterschieden zeigt keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen hinsichtlich der KON ($t(36) = 1.10, p = .278$), der SOZ ($t(35) = .26, p = .411$) und der PR ($t(35) = .61, p = .548$).

Die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen korrelieren moderat bis stark miteinander (zwischen $r = .80$ – $.84$), alle Korrelationen sind hochsignifikant ($p < .001$). Die Ergebnisse der Normierungsstichprobe zeigen Korrelationen in vergleichbarer Höhe zwischen $r = .75$ – $.81$ (Harrison & Oakland, 2008, S. 117).

Die Schulkinder erreichen in den Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen die in nachfolgender Tabelle 27 dargestellten Leistungen:

Tabelle 27. Mittelwerte und Standardabweichungen für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen der Schulkinder

Merkmal	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Kommunikation (KO)	4.86	3.39	1–12
Funktionelle akademische Fähigkeiten (AF)	4.03	3.01	1–10
Selbststeuerung (SS)	3.62	3.28	1–11
Soziale Anpassung (SA)	4.14	3.41	1–13
Freizeit (FZ)	5.11	2.95	1–10
Orientierung in der Gemeinschaft (OG)	6.32	3.56	1–12
Wohnen (WO)	3.41	3.66	1–19
Gesundheit und Sicherheit (GS)	5.68	3.76	1–14
Selbstfürsorge (SF)	5.08	2.67	1–12

Anmerkung. $n = 37$.

In keiner Dimension erreichen die Schulkinder Werte im Normbereich. In sieben Dimensionen (KO, FA, SA, FZ, OG, GS, SF) liegen ihre Leistungen ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert. In zwei weiteren Dimensionen (SS, WO) erreichen sie einen Wert, welcher mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert liegt (respektive 3.41 und 3.62). Die Leistungsverteilung ist ähnlich wie bei den Vorschulkindern.

Die Analyse zeigt signifikante Mittelwertdifferenzen $F(5.15, 185.48) = 9.71, p < .001$, partielles $\eta^2 = .212$). Diese begründen sich durch die Werte in der *Orientierung in der Gemeinschaft*, da sie hier höhere Werte erzielen als in der *Kommunikation*, in den *Funktionellen akademischen Fähigkeiten*, im *Wohnen*, in der *Selbststeuerung* und in

der *Sozialen Anpassung*. Die Bewältigung der Dimension *Gesundheit und Sicherheit* gelingt ihnen besser als das *Wohnen* und die *Selbststeuerung* und als ihre Leistungen in den *Funktionellen akademischen Fähigkeiten*. Im *Freizeitverhalten* und in der *Selbstfürsorge* sind sie signifikant besser als im Bereich des *Wohnens* und in der Dimension der *Selbststeuerung*. Die Differenzen liegen zwischen 1.46 und 3.16 und sind mit $p < .05$ alle signifikant.

Vergleich adaptiver Kompetenzen der drei Alterskohorten

Vergleicht man die Mittelwerte des Gesamtwertes der adaptiven Kompetenzen (GAL) der drei Alterskohorten miteinander, erreichen die Kleinkinder mit 81.40 den höchsten Wert. Die Vorschulkinder ($M = 66.98$) und die Schulkinder ($M = 65.95$) zeigen annähernd gleiche Mittelwerte. Ermittelt werden signifikante Unterschiede zwischen den Leistungen im GAL ($F(2, 147) = 12.47, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .145$). Diese bestehen aufgrund der höheren Leistungen der Kleinkinder zu den beiden anderen Alterskohorten. Die Mittelwertdifferenz zwischen den Kleinkindern und den Vorschulkindern beträgt 14.42 und zwischen den Kleinkindern und den Schulkindern 15.45, die Differenzen sind hochsignifikant ($p < .001$).

Von Interesse sind die Unterschiede *zwischen* den Alterskohorten in Bezug auf die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen. Es zeigt sich, dass es Differenzen in den KON gibt ($F(2, 148) = 12.85, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .148$), ebenso in den SOZ ($F(2, 147) = 4.80, p < .010, \text{partielles } \eta^2 = .061$) und in den PR ($F(2, 147) = 14.79, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .168$). Die Analyse zeigt, dass die Kleinkinder signifikant höhere Leistungen in den KON erbringen als die Vorschulkinder (14.52, $p < .001$) und die Schulkinder (13.96, $p < .001$). In den SOZ sind die Kleinkinder signifikant besser als die Vorschulkinder (9.06, $p < .010$) und in den PR erzielen die Kleinkinder höhere Leistungen als die Vorschulkinder (15.16, $p < .001$) und die Schulkinder (16.45, $p < .001$). Nachfolgende Abbildung 26 verdeutlicht grafisch die Leistungsunterschiede zwischen den Kohorten in den drei Bereichen adaptiver Kompetenzen:

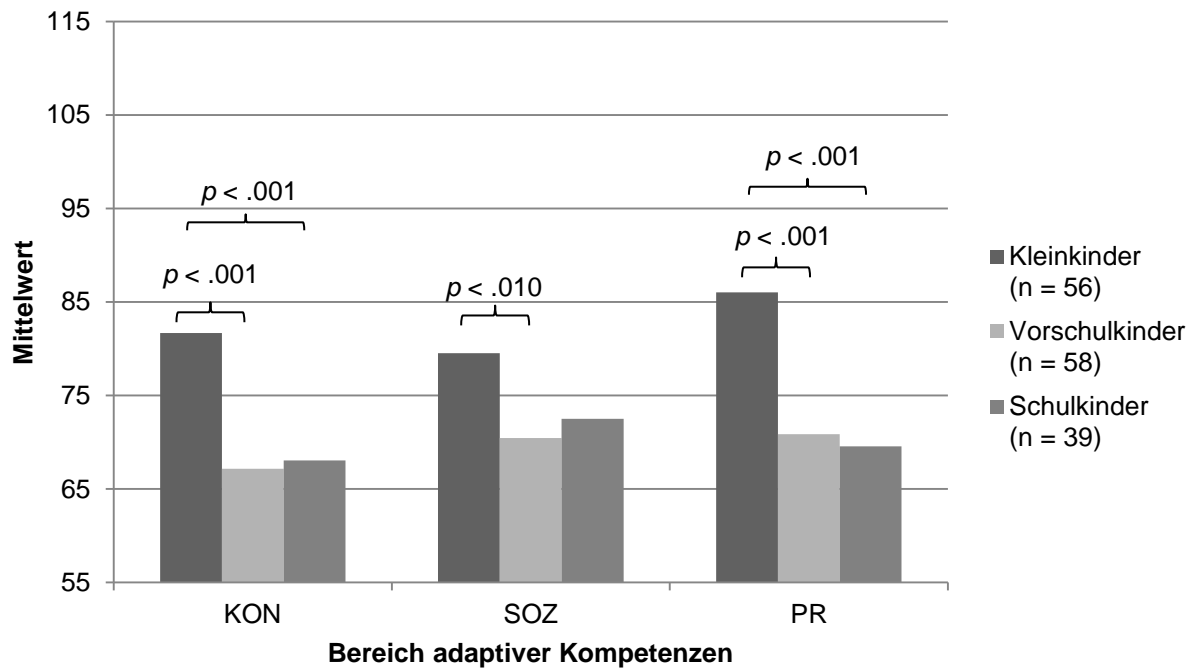


Abbildung 26. Mittelwertvergleich der drei Bereiche adaptiver Kompetenzen zwischen den drei Alterskohorten

Nachfolgende Abbildung 27 zeigt zusammenfassend für alle drei Alterskohorten die Werte der Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen im Vergleich:

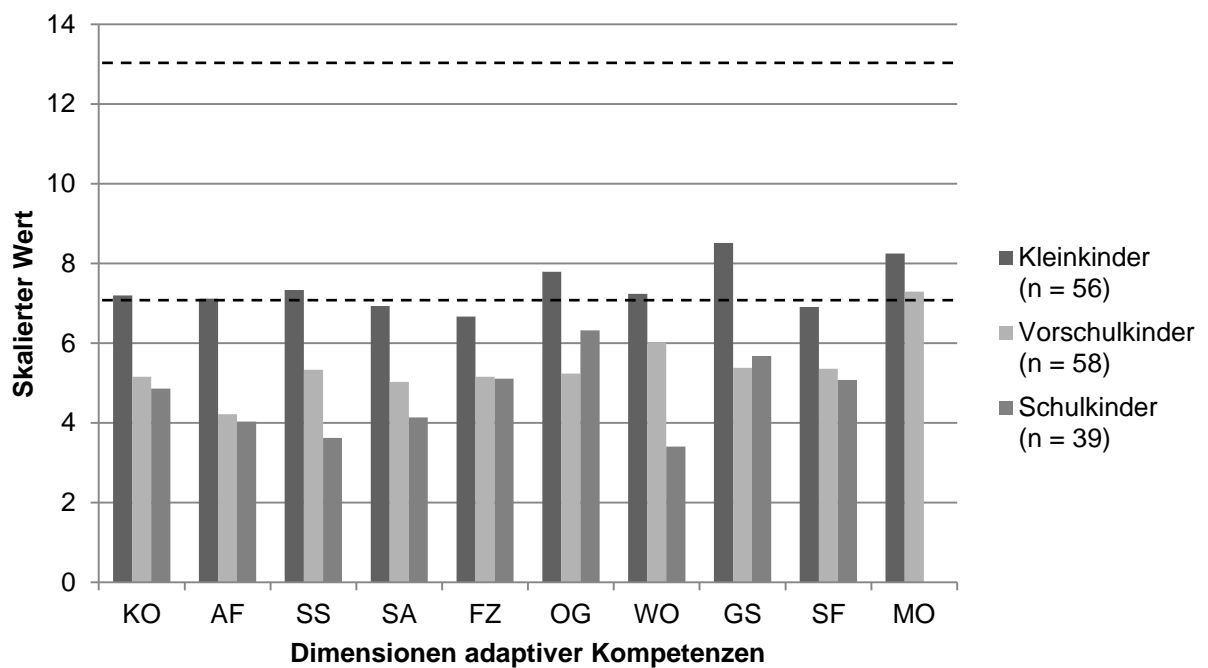
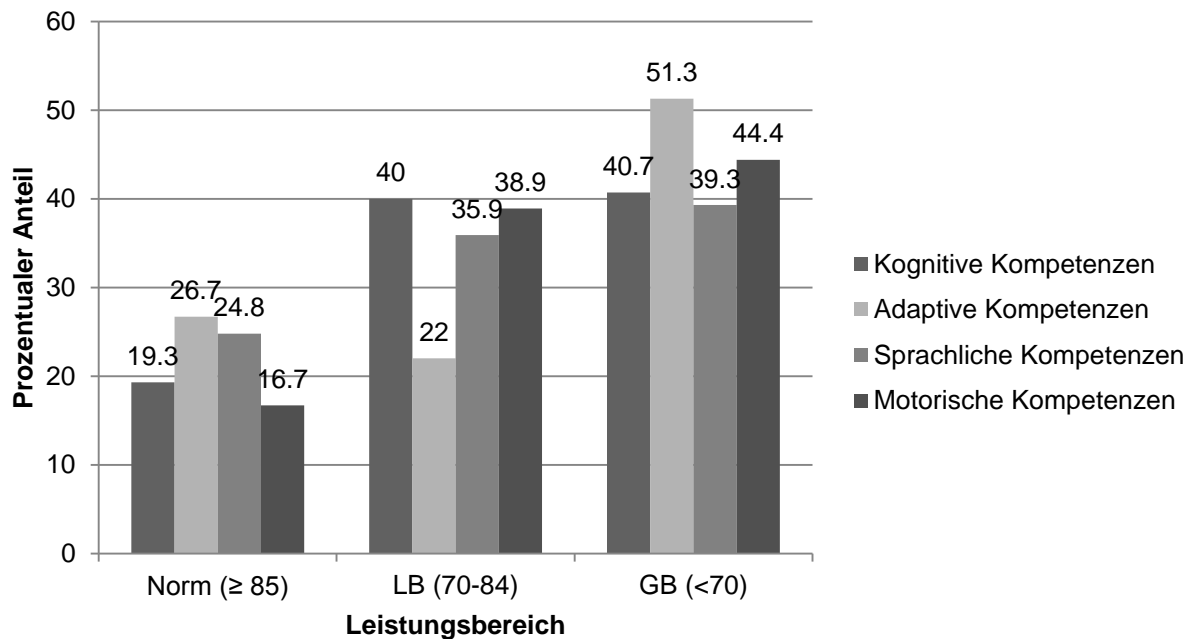


Abbildung 27. Mittelwerte für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen nach Alterskohorte

Auch hier ist zur Veranschaulichung der Normbereich zwischen den skalierten Werten 7–13 gekennzeichnet. Ersichtlich wird noch einmal, dass die Kleinkinder in allen Dimensionen höhere Werte erreichen als die beiden anderen Kohorten. Die Analyse zeigt, dass diese Differenzen statistisch bedeutsam sind, so erzielen die Kleinkinder in allen Dimensionen signifikant höhere Werte als die anderen Kohorten. Nur in der Motorik unterscheiden sich die Kleinkinder in ihren Leistungen nicht signifikant von denen der Vorschulkinder ($F(1, 95) = 1.55, p = .216, \text{partielles } \eta^2 = .016$). Die Kleinkinder zeigen in den Dimensionen KO, AF, GS, SF, SS und SA signifikant höhere Werte als die Vorschulkinder und die Schulkinder. In den Dimensionen OG und FZ sind die Werte der Kleinkinder signifikant höher als die der Vorschulkinder, nicht aber als die der Schulkinder. Es ist die Dimension WO, in welcher die Kleinkinder stärkere Leistungen erbringen als die Schulkinder. In den Dimensionen WO und SS erreichen auch die Vorschulkinder höhere Werte als die Schulkinder, nicht jedoch als die Kleinkinder. Die Differenzen liegen zwischen 1.55 und 3.83 und sind mit $p < .05$ alle signifikant. Die Schulkinder erreichen in keiner Dimension signifikant höhere Leistungen als eine der anderen beiden Kohorten.

8.6.5 Zusammenfassende Leistungsverteilung untersuchter Kompetenzen

Für eine übersichtliche Darstellung der Kompetenzentwicklung der untersuchten Kinder im Vergleich zur Norm (Hypothese 1a) und zur Beantwortung der Frage, ob sich bei älteren Kindern in den kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen stärkere Abweichungen von der Norm zeigen als bei jüngeren Kindern (Hypothese 1b), werden nachfolgend die gewonnenen und im Detail dargestellten Ergebnisse noch einmal zusammenfassend in Bezug zur Norm betrachtet. Dafür präsentiert die nachfolgende Abbildung 28 zunächst die prozentualen Verteilungen der Leistungen in den untersuchten Kompetenzen für die Gesamtstichprobe der Kinder und für die Motorik der Kleinkinder. Die Sprache wurde bei den Vorschul- und Schulkindern im Rahmen der kognitiven Kompetenzen erhoben, wird aber hier auch gesondert dargestellt. Die anschließende Tabelle 28 zeigt die Ergebnisse für die Kohorten auf.



Anmerkung. $N = 150$; Motorik $n = 54$. Kognitive Kompetenzen: Vorschul- und Schulkinder = Gesamt-IQ, Kleinkinder = Kognitive Skala; Adaptive Kompetenzen = GAL; Sprache = Gesamtvariable aller Kinder, Motorik = Gesamtskala Kleinkinder.

Abbildung 28. Prozentuale Verteilung der untersuchten Kompetenzen auf verschiedene Leistungsbereiche der Gesamtstichprobe der Kinder

Zusammenfassend für die Gesamtstichprobe betrachtet zeigt sich für die kognitiven Kompetenzen, dass je 40 % der Kinder im Bereich der GB und der LB liegen, 19.3 % erreichen Leistungen im Normbereich. Die Ergebnisse für die Leistungen in den adaptiven Kompetenzen für die Gesamtstichprobe zeigen, dass mehr als die Hälfte der Kinder (51.3 %) Leistungen im Bereich der GB haben, im Bereich der LB sind es 22.0 % und 27.6 % liegen im Normbereich. In den sprachlichen Kompetenzen der Gesamtgruppe der Kinder liegen 39.3 % mit ihren Werten mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm. Es sind 35.9 % der Kinder, welche Leistungen zwischen ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert erreichen und 24.8 % der Kinder haben zum Untersuchungszeitpunkt sprachliche Leistungen, welche bis zu einer Standardabweichung unter dem Mittelwert der Norm liegen. Die Werte in der Motorik der Kleinkinder liegen bei 44.4 % der Kinder mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm, 38.9 % der Kinder erreichen Werte, welche ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert liegen und 16.7 % der Kinder erlangen Werte bis zu einer Standardabweichung unter Mittelwert der Norm. Die nachfolgende Tabelle 28 zeigt die einzelnen Werte für die Alterskohorten:

Tabelle 28. Prozentuale Verteilung der untersuchten Kompetenzen der Alterskohorten in Bezug auf die Normalverteilung

Alterskohorte	Bereich in Bezug auf Normalverteilung	Kognitive Kompetenzen	Sprachliche Kompetenzen	Adaptive Kompetenzen
Kleinkinder (n = 56)	$M \pm 1SD$; Norm (≥ 85) ^a	24.1 %	13.0 %	38.2 %
	$-2SD < M < -1SD$; LB (70–84) ^a	40.7 %	37.0 %	32.7 %
	$M < -2SD$; GB (< 70) ^a	35.2 %	50.0 %	29.1 %
Vorschulkinder (n = 58)	$M \pm 1SD$; Norm (≥ 85) ^a	14.3 %	37.5 %	19.0 %
	$-2SD < M < -1SD$; LB (70–84) ^a	50.0 %	33.9 %	13.8 %
	$M < -2SD$; GB (< 70) ^a	35.7 %	28.6 %	67.2 %
Schulkinder (n = 39)	$M \pm 1SD$ Norm (≥ 85) ^a	20.0 %	22.9 %	21.6 %
	$-2SD < M < -1SD$; LB (70–84) ^a	22.9 %	37.1 %	18.9 %
	$M < -2SD$; GB (< 70) ^a	57.1 %	40.0 %	59.5 %

Anmerkung. Kognitive Kompetenzen: Vorschul- und Schulkinder = Gesamt-IQ, Kleinkinder = Kognitive Skala; Adaptive Kompetenzen = GAL. ^aDie Einteilung in die Bereiche Norm, LB, GB gilt nur für den IQ.

Die separate Betrachtung der Alterskohorten zeigt für die kognitiven Kompetenzen der Kleinkinder, dass im Bereich der GB 35.2 % der Kinder angesiedelt sind, 40.7 % im Bereich der LB und weitaus weniger Kinder (24.1 %) verteilen sich auf den Normbereich. Die Vorschulkinder verteilen sich zur Hälfte auf den Bereich der LB und zum gleichen Anteil wie die Kleinkinder mit 35.7 % auf den Bereich der GB. Mit 14.3 % ist der Anteil der Vorschulkinder, welcher Leistungen im Normbereich erreicht, im Vergleich zu den anderen beiden Alterskohorten, sehr gering. Bei den Schulkindern zeigt sich eine deutliche Zunahme im Bereich der geistigen Behinderungen hinsichtlich der Kognition, hier liegen nun 57.1 % der Kinder mit ihren Leistungen. Die restlichen Kinder verteilen sich mit ihren Leistungen fast identisch auf den Bereich der LB und den Normbereich.

Zusammenfassend zeigt sich für die kognitiven Kompetenzen, dass sich über die drei Alterskohorten hinweg der Bereich der LB, nach einer Zunahme im Vorschulalter, bei den Schulkindern wieder stark verkleinert. Dafür vergrößert sich hier der Bereich der GB von 35 % der Klein- und Vorschulkinder auf 57.1 % der Schulkinder.

Die Unterteilung in die Alterskohorten für die sprachlichen Kompetenzen zeigt, dass die Hälfte der Kleinkinder (50.0 %) mit ihren Leistungen mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm liegt, 37.0 % haben Werte im Bereich von ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert und nur 13.0 % haben Werte, welche eine Standardabweichung unter dem Mittelwert der Norm liegen. Für die Vorschulkinder werden höhere Leistungen ermittelt, so zeigt sich, dass 28.6 % der Kinder mit ihren sprachlichen Leistungen mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm liegen, ein Drittel (33.9 %) hat Werte im Bereich zwischen ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert und 37.5 % liegen mit den Werten eine

Standardabweichung darunter. Es zeigt sich demnach eine ausgeglichene Verteilung in allen drei Bereichen bei den Vorschulkindern. Für die nächste Alterskohorte zeigt sich, dass keine höheren Werte in den sprachlichen Leistungen erzielt werden. So sind 40.0 % der Schulkinder mit ihren Werten mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm angesiedelt, bei 37.5 % liegen die Werte zwischen ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert und nur noch 22.9 % liegen mit ihren sprachlichen Leistungen eine Standardabweichung unter dem Mittelwert der Norm.

Die separate Betrachtung der Alterskohorten für die adaptiven Kompetenzen zeigt für die Kleinkinder, dass 38.2 % im Normbereich liegen, darauf folgt der Bereich der LB (32.7 %), am wenigsten Kinder (29.1 %) haben Leistungen im Bereich der geistigen Behinderung. Die Leistungsverteilung zeigt einen deutlichen Unterschied zum Vorschulalter, hier sind nur noch 19.0 % der Kinder im Normbereich, noch weniger (13.8 %) im Bereich der LB und deutlich über die Hälfte (67.2 %) der Kinder liegen mit ihren Leistungen im Bereich der GB. Diese Verteilung setzt sich ähnlich für die Schulkinder fort. Auch hier ist der Großteil (59.5 %) im Bereich der GB, ähnlich viele Kinder verteilen sich auf den Bereich der LB (18.9 %) und den Normbereich (21.6 %).

8.6.6 Vergleich kognitiver und adaptiver Kompetenzen

Nachfolgend wird geprüft, ob der Unterschied zwischen den kognitiven Kompetenzen und den Leistungen in den adaptiven Kompetenzen der Kinder statistisch bedeutsam ist. Für die Überprüfung wird für die kognitiven Kompetenzen wieder der Gesamt-IQ der Vorschul- und Schulkinder und die Kognitive Skala der Kleinkinder herangezogen, für die adaptiven Kompetenzen der Gesamtwert (GAL). Die Testung ergibt, dass der Unterschied zwischen den kognitiven und den adaptiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder nicht signifikant ist ($t(143) = .86, p = .393$). Bei der separaten Betrachtung der Alterskohorten ergeben sich jedoch statistisch bedeutsame Unterschiede. So zeigt sich, dass zwischen den kognitiven Kompetenzen und dem GAL der Kleinkinder ($t(53) = 2.63, p < .011$) und ebenso bei den Vorschulkindern ($t(55) = 2.39, p < .020$) signifikante Unterschiede bestehen. Die Kleinkinder erreichen im GAL signifikant höhere Leistungen als in den kognitiven Kompetenzen. Die Vorschulkinder wiederum erzielen in den kognitiven Kompetenzen höhere Leistungen als im GAL. Für die Schulkinder hingegen zeigt sich, dass sich die beiden Kompetenzbereiche nicht signifikant voneinander unterscheiden ($t(33) = .24, p = .809$).

8.6.7 Zusammenhänge zwischen kognitiven und adaptiven Kompetenzen

Geprüft wird, ob ein Zusammenhang zwischen den kognitiven und den adaptiven Kompetenzen der Kinder besteht. Da beide Kompetenzen kognitive Prozesse erfordern, kann angenommen werden, dass Kinder mit höheren kognitiven Kompetenzen auch über bessere adaptive Kompetenzen verfügen. Untersucht wird zunächst ein möglicher korrelativer Zusammenhang zwischen kognitiven Kompetenzen (Gesamt-IQ) und adaptiven Kompetenzen (GAL) der Gesamtstichprobe und der drei Alterskohorten.

Für die Gesamtstichprobe der Kinder zeigt die Analyse einen schwach positiven und hochsignifikanten Zusammenhang ($r = .26$, $p < .001$) zwischen den kognitiven Kompetenzen (Gesamt-IQ) und den adaptiven Kompetenzen (GAL).

Werden die Analysen getrennt für die einzelnen Alterskohorten durchgeführt, belegen die Ergebnisse, dass bei den Kleinkindern kein signifikanter Zusammenhang diesbezüglich besteht. Erst bei den Vorschulkindern zeigt sich ein schwach positiver und signifikanter Zusammenhang ($r = .39$, $p < .003$). Dieser Zusammenhang ist stärker bei den Schulkindern, hier ist $r = .55$, der Zusammenhang ist mit $p < .001$ hochsignifikant.

Nach der Überprüfung möglicher korrelativer Zusammenhänge zwischen den Gesamtwerten der kognitiven und adaptiven Kompetenzen werden die entsprechenden Bereiche und Teilleistungen dieser Kompetenzen untersucht. Dies erfolgt getrennt für die drei Alterskohorten.

Für die Kleinkinder kann dies nur mit der Gesamtvariable Kognition und den drei Bereichen adaptiver Kompetenzen (KON, SOZ, PR) überprüft werden, da hier noch keine kognitiven Teilleistungen erhoben werden und nur ein Gesamtwert für die kognitiven Kompetenzen zur Verfügung steht. Für diesen ergeben sich mit keinem der drei Bereiche adaptiver Kompetenzen, signifikante Zusammenhänge.

Für die Vorschulkindern ergibt die Korrelationsanalyse statistisch bedeutsame Korrelationen (Tabelle 29). Der Gesamt-IQ und alle IQ-Teilleistungen, außer der Verarbeitungsgeschwindigkeit, korrelieren positiv mit dem Gesamtwert und den drei Bereichen adaptiver Kompetenzen. Es handelt sich um Effekte im schwachen bis mittleren Bereich (zwischen $r = .27$ – $.45$).

Tabelle 29. Korrelative Zusammenhänge zwischen kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Vorschulkinder

	Gesamt-IQ	VT	HT	AS	VG
GAL	.39**	.38**	.31*	.31*	ns
KON	.45**	.44**	.35**	.44**	ns
SOZ	.38**	.33*	.30*	.27*	ns
PR	.34**	.32*	.29*	ns	ns

Anmerkung. $n = 56$; VG: $n = 38$. VG wird nur bei den Kindern ab 4;0 Jahren erhoben. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Bei den Schulkindern sind es der Gesamt-IQ und alle IQ-Teilleistungen, die positiv und signifikant mit dem Gesamtwert der adaptiven Kompetenzen korrelieren. Hinsichtlich der drei Bereiche der adaptiven Kompetenzen ergibt sich, dass diese, bis auf die SOZ, welche nur mit dem SV und dem WLD signifikant korrelieren, mit dem Gesamt-IQ und allen IQ-Teilleistungen signifikant zusammenhängen. Die Effektstärken befinden sich im moderaten bis hohen Bereich (zwischen $r = .36$ – $.64$).

Tabelle 30. Korrelative Zusammenhänge zwischen kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Schulkinder

	Gesamt-IQ	SV	WLD	AGD	VG
GAL	.55**	.60**	.56**	.43*	.36*
KON	.62**	.64**	.61**	.55**	.40*
SOZ	ns	.38*	.36*	ns	ns
PR	.58**	.60**	.60**	.45**	.42*

Anmerkung. $n = 35$.

8.7 Gesundheit, Wohlbefinden und Kompetenzentwicklung der Kinder

Für Fragestellung 2 wird die Gesundheit der Kinder in die Analyse mit einbezogen, da es an dieser Stelle von großer Wichtigkeit ist, zu prüfen, ob bedeutsame Beziehungen zwischen der Gesundheit, dem Wohlbefinden und den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder bestehen. Es muss davon ausgegangen werden, dass Zusammenhänge zwischen der Gesundheit einer Person und ihrer Fähigkeitsentwicklung und ihren Kompetenzen bestehen (Hurrelmann, Klocke, Melzer, & Ravens-Sieberger, 2003). Da die Gesundheit der Kinder in dieser Studie nicht mit einem standardisierten Instrument erhoben wurde, werden die gewonnenen Gesundheitsdaten für die Analysen in die drei jeweils dichotomen Variablen „körperliche Beeinträchtigungen“, „chronische Erkrankungen“ und „psychische Erkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten“ zusammengefasst (s. Kapitel 7). Diese Variablen geben lediglich Auskunft darüber, ob eine körperliche Beeinträchtigung, chronische Erkrankung

und/oder Verhaltensauffälligkeit vorliegt, nicht über das Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkung, eine Differenzierung ist nicht möglich.

Im Folgenden wird geprüft, ob es statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen körperlichen Beeinträchtigungen, chronischen Erkrankungen, psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten und den motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten der Kinder gibt. Erwartet werden signifikante Zusammenhänge zwischen der gesundheitlichen Situation der Kinder und ihrer Kompetenzentwicklung (Hypothese 2a). Ebenso stellt sich die Frage, ob Kinder ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen signifikant höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen zeigen als Kinder mit gesundheitlichen Einschränkungen (Hypothese 2b).

Prüft man den Zusammenhang zwischen einer körperlichen Behinderung und den untersuchten Kompetenzen (Gesamtwerte und Unterskalen) für die Gesamtstichprobe, wird nur ein schwach negativer Zusammenhang mit den praktischen adaptiven Kompetenzen (PR) ($r_s = -.18$, $p < .028$) ermittelt. Betrachtet man die einzelnen Alterskohorten bezüglich dieser signifikanten Korrelation, zeigt sich diese, deutlicher als in der Gesamtstichprobe, in der Kohorte der Kleinkinder ($r_s = -.28$, $p < .036$). Es kann also angenommen werden, dass dieser Zusammenhang demnach nur für die Kohorte der Kleinkinder gilt. Zwischen chronischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und den eben genannten Bereichen kindlicher Entwicklung bestehen keine signifikanten Korrelationen.

Um zu überprüfen, ob als gesund geltende Kinder signifikant höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen erzielen als Kinder, die körperlich behindert und/oder chronisch erkrankt sind und/oder psychische Erkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, werden die Kinder ohne jegliche gesundheitliche Einschränkungen mit den gesundheitlich beeinträchtigten Kindern anhand der dichotomisierten Variablen verglichen. Für die Testung werden jeweils die Gesamtvariablen für die kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder verwendet. Für die Überprüfung der motorischen Fähigkeiten wird die Motorik-Skala der Kleinkinder hinzugezogen. Von weitergehenden Differenzierungen in Teilleistungen, Unterbereiche oder Alterskohorten wird aufgrund geringer Fallzahlen abgesehen. Die Testung ergibt einen signifikanten Mittelwertunterschied, dieser besteht zwischen den Kindern mit und ohne körperlicher Behinderung hinsichtlich der praktischen adaptiven Kompetenzen (PR) ($U(150) = 1041.00$, $p < .029$). Kinder ohne körperliche Behinderungen sind also signifikant besser in den PR. Bei dem Gruppenvergleich der Kinder mit bzw. ohne Verhaltensauffälligkeiten zeigt sich ein schwacher und signifikanter Unterschied in den

konzeptuellen adaptiven Kompetenzen ($U(151) = 964.50$, $p < .031$). Es ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Kindern mit bzw. ohne chronische Erkrankungen.

Hinsichtlich des Wohlbefindens und der kindlichen Kompetenzentwicklung wird in dieser Untersuchung, aufgrund bestehender theoretischer und empirischer Erkenntnisse, davon ausgegangen, dass sich positive Zusammenhänge zwischen dem persönlichen Wohlbefinden der Kinder und ihren motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen zeigen (Hypothese 2c). Für diese Stichprobe zeigt sich jedoch kein Hinweis auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem persönlichen Wohlbefinden (PWI-Gesamtwert) der Kinder und diesen Kompetenzen.

8.8 Zusammenhänge zwischen kindlicher Entwicklung und mütterlicher ID

Die nachfolgenden Korrelationsanalysen sind explorativ angelegt, um im Rahmen der Fragestellung 3 statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der mütterlichen ID und der gesundheitlichen, motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung sowie den adaptiven Kompetenzen der Kinder zu ermitteln. Die in dieser Studie untersuchten Merkmale der mütterlichen ID sind noch einmal in Tabelle 31 aufgeführt.

Die Merkmale der mütterlichen ID werden im Folgenden im Zusammenhang mit der kindlichen Gesundheit und mit den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder betrachtet. Hinsichtlich der motorischen Kompetenzen und der Gesundheit der Kinder werden nur mögliche Zusammenhänge mit der Gesundheit der Mütter und den familiären Risikofaktoren überprüft, nicht mit den kognitiven und adaptiven Kompetenzen, da hier Zusammenhänge aus theoretischer Sicht schwer zu begründen sind. Es werden nicht alle Risikofaktoren in die Analyse einbezogen, dies wird in Kapitel 8.8.4 erläutert. Präsentiert werden nur signifikante Korrelationen. Die Frage, wie die Merkmale mütterlicher ID untereinander korrelieren, wird bereits in Kapitel 3.8 dargestellt.

Tabelle 31. Erhobene Merkmale mütterlicher ID

Merkmale mütterlicher ID	
Intelligenz	Gesamt-IQ Sprachverständnis (SV) Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken (WLD) Arbeitsgedächtnis (AGD) Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG)
Adaptive Kompetenzen	Gesamtwert adaptive Kompetenzen (GAL) Konzeptuelle adaptive Kompetenzen (KON) Soziale adaptive Kompetenzen (SOZ) Praktische adaptive Kompetenzen (PR)
Subjektive Gesundheit	Physische Gesundheit Psychische Gesundheit
Familiäre Risikofaktoren	Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchs- erfahrungen der Mutter in ihrer Kindheit Mutter in Heimerziehung/mit mehrfach wechselnden Hauptbezugspersonen aufgewachsen Mindestens ein Kind der Mutter in Pflege oder adoptiert Nikotinkonsum der Mutter (> 20 Zigaretten am Tag) Bekannte psychische Erkrankung oder psychiatrische Vorbehandlungen der Mutter Unerwünschte Schwangerschaft Hinweise auf Alkoholprobleme bei Mutter oder Partner Hinweise auf schwere Konflikte/Gewalt in der Partnerschaft Alter der Mutter ≤ 18 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt Mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter ≤ 20 Jahre Mutter alleinerziehend und sozial isoliert Hinweise auf Drogenkonsum durch Mutter oder Partner Soziale oder sprachliche Isolation der Familie Finanzielle Notlage

8.8.1 Zusammenhänge mit den kognitiven Kompetenzen der Mütter

Im Folgenden wird die Hypothese 3a überprüft, welche von einem signifikant positiven Zusammenhang zwischen den kognitiven Kompetenzen der Mütter und den kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder ausgeht. Bei den nachfolgenden *p*-Werten gilt es zu berücksichtigen, dass eine einseitige Testung durchgeführt wird.

Kognitive Kompetenzen Mütter und kognitive Kompetenzen Kinder

Zunächst wird der Gesamt-IQ der Mütter mit den kognitiven Kompetenzen aller Kinder betrachtet. Dafür wird die Gesamtvariable herangezogen, in welcher der Gesamt-IQ der Vorschul- und Schulkinder sowie die Kognitive Skala der Kleinkinder zusammengefasst sind. Es zeigt sich, dass der Gesamt-IQ der Mutter signifikant positiv mit den kognitiven Kompetenzen ihres Kindes korreliert, dabei handelt es sich um einen schwachen Effekt

($r = .23$, $p < .003$). Da sich der Gesamt-IQ bei den Müttern aus mehreren Unterskalen zusammensetzt, werden auch bei den IQ-Teilleistungen Zusammenhänge mit den kognitiven Kompetenzen aller Kinder erwartet. Die Überprüfung ergibt drei weitere signifikante Korrelationen: Es handelt sich um einen schwachen Effekt mit dem Sprachverständnis der Mütter ($r = .18$, $p < .018$), mit dem Arbeitsgedächtnis ($r = .18$, $p < .015$) und dem Wahrnehmungsgebundenen Logischen Denken der Mütter ($r = .22$, $p < .003$). Hinsichtlich der IQ-Teilleistungen besteht demnach einzig zwischen der Verarbeitungsgeschwindigkeit der Mütter und der kognitiven Kompetenzen aller Kinder kein signifikanter Zusammenhang.

Es wird getrennt geprüft, welche statistisch bedeutsamen Zusammenhänge sich zwischen den kognitiven Kompetenzen der Mütter (Gesamt-IQ und IQ-Teilleistungen) und den kognitiven Kompetenzen in den einzelnen Alterskohorten zeigen. Bei den Kleinkindern wird die Kognitive Skala in die Analyse einbezogen, bei den Vorschul- und Schulkindern der Gesamt-IQ ebenso wie die IQ-Teilleistungen.

Für die kognitiven Kompetenzen der Kleinkinder zeigen sich keine signifikanten Assoziationen mit den Intelligenzleistungen der Mütter. Für die Vorschulkinder ergibt sich, dass zwei ihrer IQ-Teilleistungen signifikant mit den kognitiven Kompetenzen der Mütter korrelieren. Es wird ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Verbalteil der Vorschulkinder und der Verarbeitungsgeschwindigkeit der Mütter ermittelt ($r = .23$, $p < .041$). Eine weitere IQ-Teilleistung der Vorschulkinder weist signifikante Korrelationen mit den kognitiven Kompetenzen der Mütter auf. So korreliert die Allgemeine Sprachskala der Kinder moderat mit dem Gesamt-IQ der Mütter ($r = .27$, $p < .023$). Es zeigt sich ein ähnlicher Effekt zwischen der Allgemeinen Sprachskala der Kinder und dem Sprachverständnis der Mütter ($r = .25$, $p < .031$). Aufgrund der visuell höheren Korrelation zwischen der Allgemeinen Sprachskala der Kinder und dem Gesamt-IQ der Mütter kann davon ausgegangen werden, dass diese nicht nur zwischen den Sprachskalen der beiden Gruppen besteht, sondern ebenso zwischen der Allgemeinen Sprachskala der Kinder und dem Gesamt-IQ der Mütter.

Bei den 35 Schulkindern korreliert der Gesamt-IQ mit dem Gesamt-IQ der Mütter mittelstark ($r = .40$, $p < .008$). Es wird geprüft, ob es sowohl mit dem Gesamt-IQ als auch mit den IQ-Teilleistungen der Schulkinder weitere bedeutsame Beziehungen mit den kognitiven Kompetenzen der Mütter gibt, nachfolgende Tabelle 32 zeigt die Ergebnisse:

Tabelle 32. Signifikante Zusammenhänge zwischen den kognitiven Kompetenzen der Mütter und den kognitiven Kompetenzen der Schulkinder

	Gesamt-IQ Schulkinder	WLD Schulkinder	VG Schulkinder
Gesamt-IQ Mütter	.40**	.50**	.47**
SV Mütter	ns	.30*	.31*
WLD Mütter	.37*	.50**	.36*
AGD Mütter	.34*	.43**	.44**
VG Mütter	.31*	.31*	.47**

Anmerkung. $n = 35$. 1-seitige Testung. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabelle 32 legt dar, dass der Gesamt-IQ der Kinder signifikant mit allen IQ-Teilleistungen außer mit dem Sprachverständnis der Mütter korreliert. Des Weiteren zeigt sich, dass es von den IQ-Teilleistungen der Schulkinder das Wahrnehmungsgebundenen Logischen Denken und die Verarbeitungsgeschwindigkeit sind, welche signifikant mit dem Gesamt-IQ und allen IQ-Teilleistungen der Mütter korrelieren. Die Effektstärken liegen im mittleren bis hohen Bereich (zwischen $r = .30$ – $.50$).

Kognitive Kompetenzen Mütter und sprachliche Kompetenzen Kinder

Zwischen den kognitiven Kompetenzen der Mütter und den sprachlichen Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge, ebenso wenig bei der separaten Analyse für die Alterskohorte der Kleinkinder. Die Ergebnisse für die Vorschul- und Schulkinder werden bereits im vorherigen Abschnitt dargestellt, da die sprachlichen Leistungen bei diesen Kohorten innerhalb des IQ-Tests erhoben werden.

Kognitive Kompetenzen Mütter und adaptive Kompetenzen Kinder

Hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen den kognitiven Kompetenzen der Mütter und den adaptiven Kompetenzen der Kinder zeigen sich einige wenige statistisch bedeutsame Korrelationen mit der Kohorte der Schulkinder. Hier finden sich drei signifikante gleichgerichtete Zusammenhänge mit dem Wahrnehmungsgebundenen Logischen Denken der Mütter. So besteht mit diesem und dem GAL der Kinder ein schwacher Zusammenhang ($r = .28$, $p < .044$). Da der GAL sich aus drei Bereichen adaptiver Kompetenzen bildet, ist zu erwarten, dass sich weitere Korrelationen mit dem WLD der Mütter und den adaptiven Kompetenzen der Schulkinder finden, welche den signifikanten Zusammenhang mit dem GAL erklären. Diese Erwartung bestätigen die Korrelationen mit den sozialen adaptiven Kompetenzen ($r = .32$, $p < .027$) und den

praktischen adaptiven Kompetenzen ($r = .30, p < .035$) der Kinder, welche signifikant mit dem WLD der Mütter mit mittleren Effektstärken zusammenhängen.

8.8.2 Zusammenhänge mit den adaptiven Kompetenzen der Mütter

Im Folgenden wird überprüft, ob signifikante Zusammenhänge zwischen den adaptiven Kompetenzen der Mütter und den kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder bestehen (Hypothese 3b).

Adaptive Kompetenzen Mütter und kognitive Kompetenzen Kinder

Die kognitiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder korrelieren negativ und signifikant mit dem GAL Mütter ($r = -.16, p < .032$), es handelt sich um einen schwachen Effekt. Es zeigt sich, dass dieser Effekt stärker mit den SOZ der Mütter ($r = -.20, p < .007$) auftritt, hingegen zeigen sich keine bedeutsamen Beziehungen zu den KON und den PR mit den kognitiven Kompetenzen der Kinder. Das bedeutet, der Zusammenhang besteht zwischen den kognitiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder und den SOZ der Mütter.

Die separate Analyse der drei Kohorten hinsichtlich dieser Fragestellung zeigt, dass die kognitiven Kompetenzen der Kleinkinder signifikant und schwach negativ mit dem GAL Mütter korrelieren ($r = -.26, p < .029$). Eine genaue Betrachtung zeigt, aufgrund welcher Bereiche adaptiver Kompetenzen der Zusammenhang mit dem GAL entsteht. So zeigen sich stärkere Korrelationen zwischen den KON ($r = -.30, p < .013$) und PR ($r = -.27, p < .023$) mit den kognitiven Kompetenzen der Kleinkinder.

Für die Vorschulkinder ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Beziehungen.

Für die Schulkinder wird ermittelt, dass die IQ-Teilleistung AGD moderat mit den SOZ der Mütter korreliert ($r = -.30, p < .042$), auch hier handelt es sich um einen negativen Zusammenhang. Die unerwarteten entgegengesetzten Zusammenhänge der soeben beschriebenen Beziehungen werden in der anschließenden Ergebnisdiskussion aufgegriffen.

Adaptive Kompetenzen Mütter und sprachliche Kompetenzen Kinder

Die vorangehende Analyse für die sprachlichen Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder und adaptiven Kompetenzen der Mütter ergibt keine statistisch bedeutsamen Resultate. Ebenso zeigen sich auch für die Kohorte der Kleinkinder diesbezüglich keine signifikanten Effekte. Für die sprachlichen Kompetenzen der Vorschul- und Schulkinder

gilt wieder, dass diese im vorangegangenen Abschnitt bei den kognitiven Kompetenzen beschrieben werden.

Adaptive Kompetenzen Mütter und adaptive Kompetenzen Kinder

Für die Gesamtstichprobe der Kinder führt die nachfolgende Tabelle 33 auf, dass sowohl der GAL als auch alle drei Bereiche adaptiver Kompetenzen (KON, SOZ, PR) der Gesamtstichprobe der Kinder mit dem GAL und den drei Bereichen der adaptiven Kompetenzen der Mütter signifikant und positiv korrelieren. Es werden Effekte bis zu moderater Größe gefunden (zwischen $r = .18$ – $.33$).

Tabelle 33. Signifikante Zusammenhänge zwischen den adaptiven Kompetenzen der Mütter und den adaptiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder

	GAL Kinder gesamt	KON Kinder gesamt	SOZ Kinder gesamt	PR Kinder gesamt
GAL Mütter	.29**	.24**	.26**	.33**
KON Mütter	.22**	.21**	.18*	.26**
SOZ Mütter	.28**	.21**	.29**	.27**
PR Mütter	.21**	.18*	.21**	.26**

Anmerkung. $N = 151$. 1-seitige Testung. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Bei der separaten Betrachtung der einzelnen Kohorten zeigt sich für die Kleinkinder ein Muster von einzelnen signifikanten Zusammenhängen (Tabelle 34). Der GAL dieser Kohorte korreliert moderat ($r = .32$, $p < .008$) mit dem GAL der Mütter und schwach bis moderat mit den SOZ ($r = .26$, $p < .027$) und PR ($r = .32$, $p < .009$). Des Weiteren korrelieren die SOZ der Kleinkinder schwach mit dem GAL ($r = .25$, $p < .003$) und den SOZ der Mütter ($r = .23$, $p < .045$). Die Assoziationen mit dem GAL können nicht eindeutig durch die Unterskalen erklärt werden, da es sich nicht um stärkere Effekte handelt, so dass davon ausgegangen werden kann, dass jeweils signifikante Zusammenhänge zwischen den Gesamtwerten der adaptiven Kompetenzen und den genannten Bereichen bestehen.

Tabelle 34. Signifikante Zusammenhänge zwischen den adaptiven Kompetenzen der Mütter und den adaptiven Kompetenzen der Kleinkinder

	GAL Kleinkinder	KON Kleinkinder	SOZ Kleinkinder	PR Kleinkinder
GAL Mütter	.32**	ns	.25*	ns
KON Mütter	ns	ns	ns	ns
SOZ Mütter	.26*	ns	.23*	ns
PR Mütter	.32**	ns	ns	ns

Anmerkung. $n = 55$. 1-seitige Testung. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Für die Kohorte der Vorschulkinder erhöht sich die Anzahl signifikanter Korrelationen (Tabelle 35). Die Mehrheit der Korrelationen zwischen den Gesamtwerten und den drei Bereichen adaptiver Kompetenzen von Müttern und Kindern werden signifikant, nur die Korrelationen zwischen den SOZ und den PR der Kinder mit den KON der Mütter nicht. Es handelt sich um positive Korrelationen, mit schwachen bis mittleren Effektstärken im Bereich zwischen $r = .22$ – $.31$.

Tabelle 35. Signifikante Zusammenhänge zwischen den adaptiven Kompetenzen der Mütter und den adaptiven Kompetenzen der Vorschulkinder

	GAL Vorschulkinder	KON Vorschulkinder	SOZ Vorschulkinder	PR Vorschulkinder
GAL Mütter	.29*	.30*	.26*	.26*
KON Mütter	.22*	.27*	ns	ns
SOZ Mütter	.31*	.31**	.30*	.29*
PR Mütter	.29*	.26*	.25*	.29*

Anmerkung. $n = 58$. 1-seitige Testung. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Die Anzahl signifikanter Korrelationen ist bei der Kohorte der Schulkinder wieder niedriger (Tabelle 36). Es gibt weitaus weniger statistisch bedeutsame Zusammenhänge als bei den Vorschulkindern, es zeigt sich also ein ähnliches Bild wie bei den Kleinkindern. Bei den Schulkindern korrelieren vor allem die SOZ der Kinder sowohl mit dem GAL ($r = .39$, $p < .009$) als auch mit allen drei Bereichen adaptiver Kompetenzen der Mütter positiv und moderat miteinander ($r = .29$ – $.40$). Der GAL der Schulkinder korreliert signifikant und positiv mit den PR der Mütter ($r = .29$, $p < .041$).

Tabelle 36. Signifikante Zusammenhänge zwischen den adaptiven Kompetenzen der Mütter und den adaptiven Kompetenzen der Schulkinder

	GAL Schulkinder	KON Schulkinder	SOZ Schulkinder	PR Schulkinder
GAL Mütter	ns	ns	.39**	ns
KON Mütter	ns	ns	.29*	ns
SOZ Mütter	ns	ns	.40*	ns
PR Mütter	.29*	ns	.38*	ns

Anmerkung. $n = 38$. 1-seitige Testung. * $p < .05$. ** $p < .01$.

8.8.3 Zusammenhänge mit der mütterlichen Gesundheit

Im Folgenden wird die Hypothese 3c überprüft, welche von einem signifikanten und positiven Zusammenhang zwischen der subjektiv wahrgenommenen körperlichen und psychischen Gesundheit der Mütter und der gesundheitlichen Situation der Kinder sowie den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder ausgeht. Bei den nachfolgenden p -Werten gilt es zu berücksichtigen, dass eine einseitige Testung erfolgt.

Mütterliche Gesundheit und kindliche Gesundheit

Bezüglich der mütterlichen Gesundheit zeigt sich ein signifikanter und positiver Zusammenhang. Dieser besteht zwischen der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Gesundheit der Mütter und psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, dabei handelt es sich um einen schwachen Effekt ($r_s = .15$, $p < .037$).

Mütterliche Gesundheit und motorische Kompetenzen Kinder

Ein signifikanter und positiver Zusammenhang wird zwischen der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Gesundheit der Mütter und der Feinmotorik (Untertestwert) der 54 Kleinkinder gefunden. Es handelt sich hierbei um einen moderaten Effekt von $r = .32$ ($p < .019$).

Mütterliche Gesundheit und kognitive Kompetenzen Kinder

Für die kognitiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder ergibt sich, dass die Gesamtvariable Kognition mit der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Gesundheit der Mütter schwach positiv korreliert ($r = .20$), dieser Zusammenhang ist signifikant ($p < .007$). Nicht signifikant hingegen sind die Korrelationen mit der psychischen Gesundheit der Mütter.

Bei einer weiteren Korrelationsanalyse zeigen sich zusätzliche signifikante Zusammenhänge zwischen der körperlichen Gesundheit der Mütter und der kindlichen Intelligenzentwicklung, allerdings nur bei den Schulkindern. Hier korreliert der Gesamt-IQ der Schulkinder positiv mit der körperlichen Gesundheit der Mütter, es handelt sich um einen mittelstarken Effekt ($r = .46, p < .003$). Im Folgenden wird nicht nur der Gesamt-IQ betrachtet, sondern auch die Unterskalen. Es zeigt sich, dass die IQ-Teilleistung AGD der Schulkinder mit der körperlichen Gesundheit der Mütter positiv zusammenhängt ($r = .34, p < .022$). Ebenso korreliert das WLD ($r = .51, p < .001$), das SV ($r = .44, p < .004$) und die VG der Schulkinder positiv mit der körperlichen Gesundheit der Mütter ($r = .30, p < .039$), dabei handelt es sich um Effektstärken im mittleren bis hohen Bereich.

Deutlich wird, dass es statistisch bedeutsame Beziehungen zwischen der körperlichen Gesundheit der Mütter und der kindlichen Intelligenzentwicklung gibt, nicht aber mit der psychischen Gesundheit. Zudem zeigen die Ergebnisse, ein deutliches Bild von signifikanten Zusammenhängen bei den älteren Kindern.

Mütterliche Gesundheit und sprachliche Kompetenzen Kinder

Betrachtet man die sprachlichen Leistungen aller Kinder in ihrer Gesamtheit, um eine zusammenfassende Aussage über die sprachlichen Kompetenzen der Gesamtstichprobe treffen zu können, ergibt sich eine schwach positive und hochsignifikante Korrelation von $r = .29 (p < .001)$ mit der körperlichen Gesundheit der Mütter.

Die Analyse der Kohorte der Kleinkinder zeigt, dass die körperliche Gesundheit der Mütter mit den Leistungen im rezeptiven Sprachbereich der Kleinkinder ($r = .37, p < .003$) und mit der expressiven Sprache ($r = .42, p < .001$) korreliert. Da die Gesamtsprachskala aus diesen beiden Untertests gebildet wird, besteht auch hier erwartungsgemäß ein hochsignifikanter, im Vergleich stärkerer Zusammenhang ($r = .46, p < .001$). Es handelt sich hierbei um moderate Effekte, welche zwischen $r = .37$ – $.46$ liegen.

Wieder gilt für die sprachlichen Kompetenzen der Vorschul- und Schulkinder, dass der Zusammenhang mit der mütterlichen Gesundheit im vorangegangenen Abschnitt behandelt wird da die sprachlichen Leistungen ein Teil des IQ-Tests sind.

Weder für die Gesamtstichprobe noch für eine der drei Kohorten bestehen statistisch bedeutsame Assoziationen zwischen der psychischen Gesundheit der Mütter und den sprachlichen Kompetenzen der Kinder.

Mütterliche Gesundheit und adaptive Kompetenzen Kinder

Bei der Überprüfung, ob signifikante Zusammenhänge zwischen der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit der Mütter und den adaptiven Kompetenzen der Kinder bestehen, ergeben sich lediglich für die Kohorte der Schulkinder signifikante und positive Korrelationen. Der GAL der Schulkinder korreliert schwach mit der körperlichen Gesundheit der Mütter ($r = .28, p < .048$). Die differenzierte Analyse zeigt, dass dieser Zusammenhang aufgrund der etwas stärkeren Korrelation zwischen den PR der Schulkinder mit der körperlichen Gesundheit der Mütter entsteht ($r = .30, p < .037$). Hier zeigt sich auch ein signifikanter Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit der Mütter, ebenfalls mit den PR der Schulkinder ($r = .28, p < .044$).

8.8.4 Zusammenhänge mit familiären Risikofaktoren

Im Folgenden werden die Ergebnisse hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen familiären Risikofaktoren und der gesundheitlichen Situation der Kinder sowie hinsichtlich der motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder dargestellt (Hypothese 3d). Die in Kapitel 8.3.5 deskriptiv dargestellten familiären Risikofaktoren beziehen sich auf die Mütter (Fälle = Mütter). Das bedeutet, die genannten Häufigkeiten beinhalten die Angabe, bei wie vielen Frauen dieser Risikofaktor auftritt. Im Folgenden soll der Einfluss dieser Risikofaktoren auf die kindliche Entwicklung untersucht werden. Dementsprechend werden die Angaben herangezogen, bei wie vielen Kindern der familiäre Risikofaktor auftritt (Fälle = Kinder). Dies kann zu etwas höheren Fallzahlen bei einzelnen Risikofaktoren führen, da einige Mütter mehrere Kinder haben. Bei den nachfolgenden p -Werten gilt es zu berücksichtigen, dass eine einseitige Testung durchgeführt wird.

Für die Analysen werden die Risikofaktoren mit sehr geringen Fallzahlen nicht eingeschlossen. Aufgrund der Datenstruktur, die einen „Sprung“ von 13 auf sechs Fallzahlen zeigt, welcher als relativ groß erachtet wird, sind es die Fallzahlen < 6 , die aus der Analyse ausgeschlossen werden. Folgende sieben Risikofaktoren werden in die Analysen eingeschlossen:

Tabelle 37. Häufigkeit familiärer Risikofaktoren

Merkmal	<i>n</i>	%
Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen der Mutter in ihrer Kindheit	56	44.1
Mutter in Heimerziehung/mit mehrfach wechselnden Hauptbezugspersonen aufgewachsen	46	36.2
Mindestens ein Kind der Mutter in Pflege oder adoptiert	30	23.6
Nikotinkonsum der Mutter (> 20 Zigaretten am Tag)	29	22.8
Bekannte psychische Erkrankung oder psychiatrische Vorbehandlungen der Mutter	27	21.3
Unerwünschte Schwangerschaft	19	15.0
Hinweise auf Alkoholprobleme bei Mutter oder Partner	13	10.2

Anmerkung. *N* = 153 Kinder. Mehrfachnennungen möglich.

Familiäre Risikofaktoren und Gesundheit der Kinder

Hinsichtlich der gesundheitlichen Situation der Kinder bestehen mit den familiären Risikofaktoren keine statistisch bedeutsamen Beziehungen.

Familiäre Risikofaktoren und Motorik der Kinder

Von den in dieser Studie untersuchten familiären Risikofaktoren korreliert das Risiko, dass die Mütter Misshandlungs-, Vernachlässigungs- und Missbrauchserfahrungen in ihrer eigenen Kindheit gemacht haben, signifikant und positiv mit der motorischen Entwicklung der Kleinkinder ($r = .27$, $p < .024$, Gesamtskala Motorik). Die genaue Analyse zeigt, dass dieser schwache Zusammenhang aufgrund des Untertests der Feinmotorik zustande kommt ($r = .29$, $p < .018$).

Familiäre Risikofaktoren und kognitive Kompetenzen der Kinder

Für die kognitiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder zeigt sich ein signifikanter und positiver Zusammenhang ($r_s = .17$, $p < .021$) mit einer bereits bekannten psychischen Erkrankung der Mutter sowie ein signifikanter und negativer Zusammenhang mit dem Risikofaktor eines stark erhöhten Nikotinkonsums der Mutter ($r_s = -.24$, $p < .002$). Werden die kognitiven Kompetenzen (Gesamt-IQ und Teilleistungen) der einzelnen Alterskohorten auf signifikante Korrelationen mit familiären Risikofaktoren geprüft, zeigen sich die in Tabelle 38 dargestellten Ergebnisse. Es handelt sich sowohl um negative als auch um positive Zusammenhänge, alle in einem schwachen bis moderaten Bereich. Einzig das Sprachverständnis der Schulkinder korreliert stärker ($r_s = .43$) und hochsignifikant ($p < .005$) mit dem Risikofaktor des erhöhten Nikotinkonsums der Mutter. Die Korrelationen mit dem Gesamt-IQ der Vorschulkinder lassen sich durch die Unterskalen erklären. Die unerwarteten positiven Korrelationen zwischen den

Kompetenzen der Kinder und bekannten psychischen Erkrankungen der Mutter werden in der Diskussion aufgegriffen.

Tabelle 38. Signifikante Zusammenhänge zwischen familiären Risikofaktoren und kognitiven Kompetenzen der Kinder

	Mind. ein Kind fremdplatziert	Unerwünschte Schwangerschaft	Psychische Erkrankung	Nikotinkonsum	Alkoholprobleme
Kognitive Kompetenzen Gesamtstichprobe ($N = 145$)			.17*	-.24*	
Kognitive Kompetenzen Kleinkind ($n = 54$)		-.24*		-.26*	
Gesamt-IQ Vorschulkinder ($n = 56$)	-.23*		.26*		
VT Vorschulkinder	-.25*				
HT Vorschulkinder			.23*	-.25*	
AS Vorschulkinder	-.23*		.28*		-.27*
SV Schulkinder ($n = 35$)				.43**	

Anmerkung. Kinder = Gesamtstichprobe und Alterskohorten.

Nikotinkonsum, Psychische Erkrankung, Unerwünschte Schwangerschaft, Alkoholprobleme = Korrelation nach Spearman. 1-seitige Testung. $p < .05$. ** $p < .01$.

Familiäre Risikofaktoren und sprachliche Kompetenzen Kinder

Für die *Gesamtstichprobe* der Kinder und für die Kleinkinder werden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen sprachlichen Kompetenzen und familiären Risikofaktoren ermittelt. Diesbezügliche Ergebnisse für die Vorschul- und Schulkinder werden bereits in dem vorherigen Abschnitt im Rahmen der Darstellung der kognitiven Kompetenzen behandelt.

Familiäre Risikofaktoren und adaptive Kompetenzen Kinder

Auch mit den adaptiven Kompetenzen der Kinder bestehen statistisch bedeutsame Zusammenhänge mit familiären Risikofaktoren. Tabelle 39 zeigt diese für die Gesamtstichprobe der Kinder und die drei Alterskohorten. Vorwiegend ergeben sich negative Korrelationen mit einem erhöhten Nikotin- bzw. Alkoholkonsum der Mütter, welche signifikant bis hochsignifikant sind ($p < .05$ –.001), mit Effekten im schwachen bis moderaten Bereich (zwischen $r_s = .15$ –.30). Ein weiterer signifikanter und negativer Zusammenhang besteht zwischen den SOZ aller Kinder und dem Risikofaktor, dass bereits mindestens ein Kind der Mutter fremdplatziert wurde ($r = -.17$, $p < .020$). Bei der Überprüfung einer weiteren Differenzierung auf der Ebene der drei Alterskohorten finden sich keine signifikanten Korrelationen. Der einzige, gleichgerichtete Zusammenhang

besteht zwischen dem GAL der Kleinkinder und dem Risikofaktor, dass es sich bei diesem Kind um eine unerwünschte Schwangerschaft handelte ($r_s = .25$, $p < .033$).

Tabelle 39. Signifikante Zusammenhänge zwischen familiären Risikofaktoren und adaptiven Kompetenzen der Kinder

	Mind. ein Kind fremdplatziert	Unerwünschte Schwanger- schaft	Nikotin- konsum	Alkohol- probleme
GAL Gesamtstichprobe ($N = 150$)			-.23**	-.15*
KON Gesamtstichprobe			-.22**	-.17*
SOZ Gesamtstichprobe	-.17*		-.20**	-.19*
PR Gesamtstichprobe			-.17*	
GAL Kleinkinder ($n = 55$)		.25*		
KON Vorschulkinder ($n = 58$)			-.28*	-.24*
GAL Schulkinder ($n = 38$)			-.30*	
KON Schulkinder			-.29*	
PR Schulkinder			-.32*	

Anmerkung. Kinder = Gesamtstichprobe und Alterskohorten.

Nikotinkonsum, Unerwünschte Schwangerschaft, Alkoholprobleme = Korrelation nach Spearman. 1-seitige Testung. * $p < .05$. ** $p < .01$.

8.9 Mütterliche ID und Unterschiede in der kindlichen Entwicklung

Ziel der Fragestellung 4 ist es zu prüfen, ob es bedeutsame Unterschiede in der kindlichen Entwicklung aufgrund unterschiedlicher Ausprägungen der Merkmale der mütterlichen ID gibt (Hypothese 4a–4c).

Die dafür vorgenommene Gruppeneinteilung der Mütter erfolgt nach einem gleichen konzeptionellen Grundprinzip, orientiert wird sich an den Standardabweichungen. Je nach Verteilung der erreichten Werte der Mütter werden diese in die Gruppe mit Werten über der Norm, mit Werten in der Norm oder mit Werten, welche mehr als zwei bzw. drei Standardabweichungen unterhalb der Norm liegen, eingeteilt. Dabei kann es bei den einzelnen Merkmalen der ID zu unterschiedlicher Gruppenanzahl kommen, da die Verteilungen der Werte in Bezug zur Normalverteilung in den einzelnen Merkmalen nicht identisch sind.

Kindliche Entwicklung und kognitive Kompetenzen Mütter

Im Rahmen der Hypothese 4a wird zunächst untersucht, ob Kinder von Müttern mit einem höheren Gesamt-IQ signifikant höhere Leistungen in den kognitiven Kompetenzen erzielen, als Kinder von Müttern mit einem niedrigen Gesamt-IQ. Dafür werden die Mütter in zwei Gruppen eingeteilt.

Die erste Gruppe fasst alle Mütter mit einem Gesamt-IQ < 55 zusammen und die zweite Gruppe beinhaltet alle diejenigen Frauen, die einen Gesamt-IQ > 55 haben. Zu der ersten Gruppe gehören 67 Kinder und zu der zweiten 78 Kinder. Mit der Gesamtvariablen Kognition für die *Gesamtstichprobe* der Kinder werden mögliche Mittelwertunterschiede geprüft. Der Mittelwert für die Kinder der Mütter mit einem Gesamt-IQ < 55 (Gruppe 1) beträgt $M = 66.04$, für die Kinder von Müttern mit höherem Gesamt-IQ (> 55; Gruppe 2) liegt dieser bei $M = 75.33$. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($t(143) = 4.09$, $p < .001$). Die Kinder von Müttern mit einem Gesamt-IQ > 55 erzielen demnach höhere Leistungen in den kognitiven Kompetenzen, als die Kinder, deren Mütter einen Gesamt-IQ haben, welcher mehr als drei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm liegt. Dieses Resultat repliziert die Ergebnisse der vorangegangenen Korrelationsanalysen, welche positiven Zusammenhänge zwischen dem Gesamt-IQ der Mütter und den kognitiven Kompetenzen der Kinder ermittelt haben.

Kindliche Entwicklung und adaptive Kompetenzen Mütter

Auch im Bereich der *adaptiven Kompetenzen* wird geprüft, ob sich die Kinder in ihren Kompetenzen signifikant voneinander unterscheiden, abhängig davon, welche Leistungen ihre Mütter in den adaptiven Kompetenzen erreichen (auch Hypothese 4a). Dafür wird wieder eine Gruppenbildung der Mütter vorgenommen, diese erfolgt wie bei der Intelligenz nach Standardabweichungen. Da bei den adaptiven Kompetenzen mehr Varianz zwischen den Leistungen der Mütter besteht, ist hier noch eine weitere Gruppe für die Mütter mit Werten im Normbereich erforderlich. In der Gruppe eins sind alle Frauen mit einem GAL < 70, bei Gruppe zwei liegt dieser zwischen 70–84 und bei der dritten Gruppe befindet sich der GAL-Wert im Normbereich. In der ersten Gruppe sind 54 Kinder, in der zweiten sind es 52 und in Gruppe drei 43 Kinder. Überprüft wird, ob sich die Mittelwerte der adaptiven Kompetenzen (GAL) der Kinder der drei Gruppen unterscheiden. Der Mittelwert der Gruppe eins beträgt $M = 66.85$, der Mittelwert der Gruppe zwei liegt bei $M = 72.44$ und der von Gruppe drei bei $M = 78.42$. Ermittelt wird ein signifikanter Unterschied ($F(2, 146) = 4.75$, $p < .010$, partielles $\eta^2 = .061$). Dieser besteht zwischen den Leistungen der Kinder von Müttern mit einem GAL < 70 und den Leistungen der Kinder von Müttern mit einem GAL > 84. Die Kinder von Müttern mit einem GAL im Normbereich (> 84) haben also einen signifikant höheren GAL als Kinder von Müttern mit einem GAL der mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert liegt (< 70).

Kindliche Entwicklung und mütterliche Gesundheit

Für den Vergleich, ob Kinder von Müttern mit höheren Werten in der Gesundheit eine bessere gesundheitliche Verfassung und signifikant höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen zeigen als Kinder von Müttern mit niedrigeren Werten in der Gesundheit (Hypothese 4b), werden jeweils für die physische und für die psychische Gesundheit Gruppen gebildet. Die Mütter werden entsprechend ihrer Mittelwerte in der subjektiv wahrgenommenen körperlichen und psychischen Gesundheit (*SF-12*) in Gruppen eingeteilt.

Für die körperliche Gesundheit sind es drei Gruppen. Die Mütter der ersten Gruppe ($n = 15$) erreichen Werte unterhalb des Normbereiches, die zweite Gruppe ($n = 89$) liegt mit den Werten in der Norm und die Frauen der dritten Gruppe ($n = 23$) haben eine subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit über der Norm. Die Mittelwertvergleiche zeigen einen signifikanten Unterschied ($p < .046$) hinsichtlich der kognitiven Kompetenzen zwischen den Kindern von Müttern mit Gesundheitswerten unter der Norm ($M = 56.50$) und der Gruppe der Kinder von Müttern mit einer körperlichen Gesundheit über der Norm ($M = 88.52$). Ein weiterer bedeutsamer Unterschied besteht bei der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder hinsichtlich psychischer Erkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten ($p < .042$). Von diesen sind die Kinder der Mütter mit Gesundheitswerten in der Norm ($M = 74.36$) stärker betroffen als die Kinder von Müttern mit einer körperlichen Gesundheit, die als überdurchschnittliche wahrgenommen wird ($M = 88.36$).

Die Gruppenbildung für die subjektiv wahrgenommene psychische Gesundheit ergibt zwei Gruppen. Gruppe eins bilden die Mütter mit Werten unter der Norm ($n = 79$). 45 Frauen haben Werte in der Norm und sind Gruppe zwei zuzuordnen. Aufgrund der geringen Anzahl von Frauen ($n = 3$), die Werte über dem Normbereich haben, werden diese ebenfalls zu der zweiten Gruppe gezählt ($n = 48$). Die Überprüfung, ob es Unterschiede zwischen den untersuchten Kompetenzen der Kinder gibt, deren Mütter eine subjektiv wahrgenommene psychische Gesundheit im Normbereich haben, zu den Kindern, von Müttern mit unterdurchschnittlichem Gesundheitszustand, zeigt keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Es kann also für diese Stichprobe nicht bestätigt werden, dass Kinder höhere Leistungen erbringen, wenn sich die Mütter körperlich und psychisch gesünder fühlen. Ebenso bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den Kindern, die als gesund gelten und denen, welche gesundheitliche Einschränkungen (Behinderungen, chronische Erkrankungen, psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten)

haben, in Abhängigkeit davon, ob ihre Mütter mit ihren körperlichen bzw. psychischen Gesundheitswerten unterhalb bzw. in der Norm liegen.

Kindliche Entwicklung und familiäre Risikofaktoren

Hypothese 4c nimmt an, dass Kinder von Müttern, bei denen keine familiären Risikofaktoren auftreten, eine gute Gesundheit und signifikant höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen zeigen als Kinder, bei denen ein oder mehrere Risikofaktoren bei der Mutter vorkommen. Um mögliche Gruppenunterschiede zu überprüfen, werden folgende Gruppen gebildet:

Tabelle 40. Einteilung der Kinder in Gruppen in Abhängigkeit der Anzahl auftretender familiärer Risikofaktoren

Gruppe		<i>n</i>	%
1	kein Risiko	33	21.6
2	1 Risiko	32	20.9
3	2 Risiken	37	24.2
4	3 Risiken	32	20.9
5	4–7 Risiken	19	12.4

Anmerkung. *N* = 153, Fälle = Kinder.

Bei den Risiken handelt es sich um die in Kapitel 8.3.5 in Tabelle 11 dargestellten Faktoren, mit Ausnahme des Merkmales „fehlender qualifizierender Schulabschluss“.

Es wird für die Gesamtstichprobe untersucht, ob es statistisch bedeutsame Gruppenunterschiede gibt in den hier untersuchten Entwicklungsbereichen (Kognition (Gesamt-IQ), adaptive Kompetenzen (GAL), Motorik, Gesundheit) zwischen Kindern, welche ohne Risikofaktoren aufwachsen und Kindern, bei denen ein oder mehrere familiäre Risikofaktoren auftauchen. Die Ergebnisse zeigen für keine der hier erhobenen Aspekte kindlicher Entwicklung signifikante Gruppenunterschiede. Es lassen sich keine Unterschiede in der kindlichen Fähigkeitsentwicklung feststellen zwischen den Kindern, bei denen kein Risiko, ein Risiko, zwei oder drei Risiken oder vier bis sieben Risiken auftreten. Dies gilt nur für die hier untersuchten Risikofaktoren.

8.10 Elterliche Performanz

Bevor die Zusammenhänge zwischen der elterlichen Performanz und der kindlichen Entwicklung untersucht werden, erfolgt die Darstellung wie den Müttern dieser Stichprobe die elterliche Performanz gelingt mithilfe deskriptiver Statistik. In dieser

Untersuchung wird die Performanz anhand der Qualität der häuslichen Umgebung (*HOME Inventory*, Caldwell & Bradley, 2003) und der Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse durch die Mutter (Künster et al., 2013) untersucht, die Verfahren sind in Kapitel 7.2 beschrieben.

8.10.1 Qualität der häuslichen Umgebung

Die Ergebnisse zur Qualität der häuslichen Umgebung werden gemäß der Struktur des Testverfahrens präsentiert (s. Kapitel 7.2). In Abhängigkeit vom Alter des Kindes kommen unterschiedliche Versionen des *HOME Inventory* zum Einsatz. Für jede Altersgruppe sind unterschiedliche Aspekte der elterlichen Performanz von Bedeutung, anhand derer die Qualität der Performanz gemessen wird. Für die vorliegende Untersuchung sind es die Versionen für die Altersgruppen 0–3, 3–6, 6–10 und 10–14 Jahre. Um die Auswertung präzise vorzunehmen und zu berichten, erfolgt die deskriptive Darstellung der Ergebnisse separat für diese vier Gruppen, da für alle vier verwendeten Versionen des Testverfahrens unterschiedliche Altersnormierungen bestehen (Caldwell & Bradley, 2003). In nachfolgender Tabelle 41 werden die statistischen Kennwerte für die Qualität der häuslichen Umgebung (Gesamtwert und Subskalen) in Bezug auf die verschiedenen Alterskohorten präsentiert. Die Indizes *a* und *b* an den Mittelwerten geben Auskunft darüber, ob die Mütter dieser Stichprobe im Vergleich zu der Normstichprobe mit ihren Werten in der Norm ($M \pm 1\ SD$) oder unterhalb dieser ($< M - 1\ SD$) liegen.

Für die Kleinkinder im Alter von 0–3 Jahren ($n = 51$ Kinder) zeigt Tabelle 41, dass die Mittelwerte aller Unterskalen im Normbereich liegen. Das bedeutet, die *Emotionalen & verbalen Reaktionen* der Mütter auf das Verhalten der Kinder sind angemessen und den Müttern der Kleinkinder gelingt die *Akzeptanz des kindlichen Verhaltens*, die *Organisation der Lebensumwelt* der Kinder und die *Versorgung mit Spielmaterial* in einem der Norm entsprechenden Maße. Auch die *Beschäftigung mit dem Kind* und die *Variation der täglichen Stimulation* entsprechen der Norm. Da die Ergebnisse der Subskalen alle im Normbereich liegen, befindet sich der mittlere Gesamtwert aller Teilleistungen mit $M = 29.08$ erwartungsgemäß ebenfalls in diesem ($M = 30.9$, $SD = 7.6$, Normbereich = 23.2–38.5). Es sind 80.4 % der Mütter, die hinsichtlich des Gesamtwertes im Normbereich liegen. 13.7 % der Mütter liegen unterhalb dieses Bereiches und 5.9 % der Frauen erreichen Werte oberhalb davon. Es zeigt sich demnach, dass die Mütter der Kleinkinder dieser Stichprobe Werte in der Qualität der häuslichen Umgebung erreichen, die mehrheitlich den Werten der Mütter aus der Normierungsstichprobe entsprechen.

Tabelle 41. Qualität der häuslichen Umgebung in Bezug auf verschiedene Alterskohorten der Kinder: Statistische Kennwerte

Merkmal	<i>M</i>	<i>SD</i>	Wertebereich
Qualität der häuslichen Umgebung (Gesamtwert)			
Kleinkinder (0–3 Jahre, <i>n</i> = 51)	29.08 ^a	5.73	16–43
Emotionale & verbale Reaktion	6.88 ^a	2.53	1–11
Akzeptanz des kindlichen Verhaltens	5.90 ^a	1.26	0–8
Organisation der Lebensumwelt	5.50 ^a	0.64	3–6
Versorgung mit Spielmaterial	6.46 ^a	1.84	3–9
Beschäftigung mit dem Kind	2.08 ^a	1.34	0–6
Variation der täglichen Stimulation	2.04 ^a	1.06	1–5
Qualität der häuslichen Umgebung (Gesamtwert)			
Vorschulkinder (3–6 Jahre, <i>n</i> = 49)	32.0 ^a	6.13	18–44
Lernmaterial	6.20 ^a	1.63	3–9
Sprachliche Stimulation	4.49 ^b	1.39	1–7
Physische Umgebung	5.65 ^a	1.36	3–9
Emotionale & verbale Reaktion	3.96 ^a	1.74	0–7
Akademische Stimulation	2.16 ^a	1.60	0–5
Modellierung & akzeptables Verhalten	3.31 ^a	1.12	0–5
Variation der täglichen Stimulation	2.51 ^b	1.06	1–5
Akzeptanz des kindlichen Verhaltens	3.73 ^a	0.73	0–4
Qualität der häuslichen Umgebung (Gesamtwert)			
Schulkinder (6–10 Jahre, <i>n</i> = 19)	29.53 ^b	6.54	19–47
Emotionale & verbale Reaktion	5.68 ^b	1.89	3–10
Ermutigung zur Mündigkeit	3.37 ^a	1.50	1–6
Emotionales Klima	6.05 ^a	1.27	3–8
Lernmaterial & Lerngelegenheiten	2.58 ^a	1.42	0–5
Stimulation ("Enrichment")	2.84 ^b	1.07	1–5
Familiäre Gemeinschaft	1.84 ^b	1.39	0–5
Familiäre Integration	1.89 ^a	1.29	0–4
Physische Umgebung	5.53 ^a	2.01	1–8
Qualität der häuslichen Umgebung (Gesamtwert)			
Ältere Schulkinder/Jugendliche (10–14 Jahre, <i>n</i> = 16)	29.38 ^b	4.65	20–35
Physische Umgebung	6.06 ^a	0.85	5–7
Lernmaterial	4.06 ^a	1.86	1–8
Modellierung & akzeptables Verhalten	3.69 ^b	0.60	3–5
Förderung der Unabhängigkeit	1.63 ^b	0.87	0–3
Geregelte Aktivitäten	5.63 ^b	1.31	3–7
Familiäre Gemeinschaft	1.69 ^b	0.60	1–3
Akzeptanz des Verhaltens	6.63 ^a	1.32	5–9

Anmerkung. ^a *M* +/- 1 *SD*. ^b < *M* -1 *SD*. Die Normwerte aller Skalen sind bei Caldwell & Bradley (2003) dargestellt.

Bei den Vorschulkindern im Alter von 3–6 Jahren (*n* = 49 Kinder) erreichen die Mütter in der Majorität der Subskalen Leistungen im Normbereich. So gelingt ihnen die *Versorgung mit altersadäquaten Lernmaterialien* entsprechend der Norm, sie schaffen eine

sichere und kindgerechte *Physische Umgebung* und ihre *Emotionalen & verbalen Reaktionen* auf die Kinder sind angemessen. Den Müttern gelingt die gezielte Förderung ihrer Kinder bei dem Erwerb von Fähigkeiten und Kenntnissen, welche für die frühe Kindheit bedeutsam sind (*Akademische Stimulation*), in gleichem Maße wie den Frauen der Normierungsstichprobe. Die Werte der Subskala *Modellierung & akzeptables Verhalten*, die ein wünschenswertes und akzeptables Verhalten der Mütter untersucht, welches sich aufgrund ihrer Vorbildfunktion auf das Kind überträgt, liegen bei den Frauen dieser Stichprobe im Normbereich. Den Müttern gelingt, der Norm entsprechend und in angemessener Weise, das *Verhalten* ihrer Kinder zu *akzeptieren*. Unter der Norm liegen dagegen die Werte für die *Sprachliche Stimulation* der Kinder (zwischen 1–2 *SD* unter *M*) sowie für die *Variation der täglichen Stimulation* (zwischen 2–3 *SD* unter *M*). Wird der Mittelwert aller Teilleistungen berechnet und anhand der altersentsprechenden Norm ausgewertet ($M = 37.5$, $SD = 10.4$, Normbereich = 27.1–47.9), zeigt sich, dass dieser mit $M = 32.0$ im Normbereich liegt. Es sind 83.7 % der Mütter, die hinsichtlich des Gesamtwertes im Normbereich liegen, 16.3 % befinden sich unter der Norm. Auch bei den Vorschulkindern erreichen die Mütter dieser Stichprobe demnach mehrheitlich Werte in der Qualität der häuslichen Umgebung, welche denen der Frauen der Normierungsstichprobe entsprechen.

In der Norm liegende Leistungen erbringen die Mütter dieser Stichprobe für die Schulkinder im Alter von 6–10 Jahren ($n = 19$ Kinder) in der Subskala *Ermutigung zur Mündigkeit*. Die erreichten Werte der Subskala *Emotionales Klima*, welche misst, ob sowohl das emotionale Verhalten des Kindes akzeptiert als auch der Umgang mit den eigenen Emotionen angemessen reguliert wird, liegen ebenfalls im Normbereich. In der Norm liegen auch die Leistungen in der Bereitstellung entwicklungsfördernder Materialien und in dem Schaffen eines lernförderlichen Familienklimas (*Lernmaterial & Lerngelegenheiten*). Auch die *Familiäre Integration*, welche durch eine beständige primäre Kernfamilie charakterisiert ist, sowie die angemessene Gestaltung der Wohnung (*Physische Umgebung*), welche sicher, geräumig und ansprechend gestaltet ist, gelingt den Frauen dieser Untersuchung entsprechend der Norm. Bei dieser Gruppe sind es drei von acht erhobenen Teilleistungen im Vergleich zu zwei von acht bei den Vorschulkindern, in welchen die Mütter Werte unterhalb des Normbereiches erzielen. So liegt die *Tägliche Stimulation (Enrichment)* des Kindes durch die Mutter unterhalb der Norm. Die *Emotionalen & verbalen Reaktionen* der Mutter und die Förderung der *Familiären Gemeinschaft*, also das Einbinden des Kindes in familiäre und gemeinschaftliche Aktivitäten, erreichen

keine Qualität, die der Norm entspricht. Die Mittelwerte dieser drei Subskalen liegen jeweils ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm. Für den Gesamtwert der Qualität der häuslichen Umgebung zeigt sich, dass dieser bei den Müttern der Schulkinder mit $M = 29.53$ unterhalb der Norm liegt ($M = 41.6$, $SD = 9.0$, Normbereich = 32.6–50.6). Dieser Wert liegt zwischen ein und zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert. Prozentual betrachtet liegt der Gesamtwert von 36.8 % der Mütter in der Norm und von 63.2 % unterhalb dieser. Für die Mehrheit der Kinder dieser Altersgruppe bedeutet das, dass sie in einer häuslichen Umgebung leben, welche in der Qualität nicht der von den Kindern der Normstichprobe entspricht.

Für die älteren Schulkinder und Jugendlichen zwischen 10 und 14 Jahren ($n = 16$ Kinder) sind es drei Subskalen, in denen die Mütter Werte im Normbereich erzielen. So ist die *Physische Umgebung* ausreichend sicher, geräumig und ansprechend für den Jugendlichen. Auch die mütterliche Unterstützung der Entwicklung der Jugendlichen, durch die Bereitstellung und das Anbieten von adäquaten *Lernmaterialien* sowie eine positive Eltern-Kind-Beziehung aufgrund der mütterlichen *Akzeptanz des Verhaltens* der Jugendlichen, gelingt den Frauen dieser Stichprobe entsprechend der Norm. Bei dieser Altersgruppe nehmen die Teilleistungen, die von der Mutter nicht mehr entsprechend der Norm erfüllt werden, im Vergleich zu den vorher beschriebenen Altersgruppen, zu, hier sind vier Teilleistungen betroffen. Werte von ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm erreichen die Mütter in der Subskala *Modellierung & akzeptables Verhalten*, in der *Förderung der Unabhängigkeit* ihrer Kinder, auch *Geregelte Aktivitäten* und das Schaffen und die Förderung der *Familiären Gemeinschaft* gelingt ihnen im unterdurchschnittlichen Bereich. Der Mittelwert für alle Gesamtleistungen liegt mit $M = 29.38$ unter der Norm ($M = 43.6$, $SD = 9.4$, Normbereich = 34.2–53.0) und damit zwischen ein und zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert. Insgesamt erreichen 75.0 % der Frauen Werte unterhalb der Norm, 25.0 % liegen in der Norm. Drei Viertel der Mütter der jungen Erwachsenen dieser Stichprobe erreichen demnach nicht die Werte in der Qualität der häuslichen Umgebung, wie es den Werten der Mütter der Normstichprobe entspricht.

8.10.2 Befriedigung kindlicher Bedürfnisse

Der zweite Aspekt, mit welchem die elterliche Performanz in dieser Studie untersucht wird, ist die Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse durch die Mutter. Hierfür werden

Faktoren erfasst, welche im Rahmen langjähriger und systematischer, deutscher sowie internationaler Forschungen zur Kindeswohlgefährdung als potenzielle Risiken beziehungsweise Prädiktoren identifiziert wurden (Künster et al, 2013, genauer s. Kapitel 7.2). Nachfolgende Tabelle 42 zeigt, in welcher Häufigkeit es bei den Frauen dieser Stichprobe zu Problemen bei der Befriedigung dieser kindlichen Grundbedürfnisse kommt, dabei handelt es sich wieder um die Anzahl der Kinder (Fälle = Kinder), bei welchen diese Belastungen auftreten:

Tabelle 42. Probleme bei der Befriedigung kindlicher Bedürfnisse

	<i>n</i>	%
Körperliche Vernachlässigung: Obdach	24	15.7
Körperliche Vernachlässigung: Hygiene	14	9.2
Emotionale Vernachlässigung: Ignorieren	7	4.6
Emotionale Vernachlässigung: Verweigerung Reaktionen	6	3.9
Körperliche Misshandlung	6	3.9
Sexueller Missbrauch: Sexueller Kontakt	3	2.0
Sexueller Missbrauch: Sexuelle Handlungen	2	1.3
Körperliche Vernachlässigung: Ernährung	2	1.3
Körperliche Vernachlässigung: Kleidung	2	1.3
(Zahn-)medizinische Vernachlässigung	1	0.7
Aussetzen einer gewalttätigen Umgebung	1	0.7
Erzieherische Vernachlässigung	0	0.0
Unterlassene Aufsicht	0	0.0
Emotionale Misshandlung: Isolieren	0	0.0
Emotionale Misshandlung: Terrorisieren	0	0.0

Anmerkung. *N* = 153. Mehrfachnennungen möglich.

Zum Untersuchungszeitpunkt sind bei insgesamt 113 Kindern (74.3 %) keine Belastungen, die aufgrund der aufgeführten Aspekte in Tabelle 42 entstehen, festzustellen. Bei insgesamt 25.7 % der Kinder wird ermittelt, dass Probleme bei der die Bedürfnisbefriedigung durch die Mütter bestehen. So wird bei 21 Kindern (13.8 %) das Auftreten eines Problems identifiziert. Das Auftreten von zwei Problemen zeigt sich bei elf Kindern (7.2 %), bei sechs Kindern (3.9 %) sind es drei Belastungsfaktoren und bei einem Kind stellt sich eine Kumulation von mehr als drei Problemen heraus (insgesamt 7 Probleme).

Die Probleme, die am häufigsten auftreten, sind aus dem Bereich der *Körperlichen Vernachlässigung*, welcher einen Mangel in der Versorgung des Körpers des Kindes und der Befriedigung seiner physischen Bedürfnisse darstellt. So zeigen sich bei 15.7 % der Kinder Defizite im Bereich des *Obdachs*, das bedeutet, es bestehen gravierende

Mängel in der Behausung. Bei 9.2 % der Kinder werden Schwierigkeiten in dem Bereich der *Hygiene* ermittelt, das heißt, es werden Hygieneprobleme am Körper oder im Wohnumfeld des Kindes erfasst. Die weiteren Ergebnisse zeigen *Emotionale Vernachlässigungen*, welche einen Mangel an Wärme, Einfühlungsvermögen, Geborgenheit und Zuneigung in der Beziehung zum Kind beschreiben. Bei den Müttern zeigen sich diese Mängel bei 4.6 % in Form von *Ignorieren* und bei 3.9 % durch die *Verweigerung angemessener Reaktionen*, das bedeutet, dem Kind wird keine oder wenig Zuwendung entgegengebracht und eine abweisende Haltung der Mutter herrscht vor. *Körperliche Misshandlung*, welche jede Form von körperlicher Gewalt gegen das Kind beinhalten kann, haben bereits 3.9 % der Kinder dieser Stichprobe erfahren. *Sexueller Missbrauch*, damit sind alle sexuellen Handlungen an oder mit dem Kind gemeint, wird in Form von *Sexuellem Kontakt* bei 2.0 % und in Form von *Sexuellen Handlungen* bei 1.3 % der Kinder festgestellt. Zwei weitere Aspekte aus dem Bereich der *Körperlichen Vernachlässigung*, welche deutlich seltener auftreten als die Aspekte Obdach und Hygiene, beziehen sich auf die *Ernährung* und die *Kleidung*. So sind 1.3 % der Kinder deutlich unterernährt und es erfolgt keine altersgerechte Gewichtszunahme. Bei ebenso vielen Kindern fehlt es an der für die entsprechende Jahreszeit angemessenen Kleidung oder diese ist zerschissen. *(Zahn-)medizinische Vernachlässigung*, welche das Versäumnis der Mutter beschreibt, mit dem Kind zu einer ärztlichen oder medizinischen Vorsorge oder Behandlung zu gehen, wird bei einem Kind (0.7 %) ermittelt. In einem Fall (0.7 %) wird dokumentiert, dass das Kind einer *gewalttätigen Umgebung ausgesetzt* wird, in welcher die Mutter keine Maßnahmen zum Schutz des Kindes vor gegenwärtiger Gewalt oder Gefahr ergreift. In keinem Fall werden *Erzieherische Vernachlässigung*, *Unterlassene Aufsicht* und *Emotionale Misshandlung (Isolieren, Terrorisieren)* ermittelt.

8.10.3 Zusammenhänge zwischen den Aspekten elterlicher Performanz

Es stellt sich die Frage, ob sich statistisch bedeutsame Beziehungen zwischen den beiden untersuchten Bereichen der elterlichen Performanz zeigen. Dafür wird überprüft, ob die Leistungen der Mutter in der Qualität der häuslichen Umgebung signifikant mit ihrer Fähigkeit zusammenhängen, die Grundbedürfnisse ihres Kindes zu befriedigen. Für die nachfolgenden Korrelationsanalysen werden für die Bedürfnisbefriedigung nur die Aspekte der *Körperlichen Vernachlässigung Obdach* und *Hygiene* herangezogen, da die Fallzahlen der anderen Variablen für aussagekräftige Analysen zu gering sind ($n < 8$). Für die Qualität der häuslichen Umgebung werden die z-standardisierten *HOME*

Inventory-Werte der Gesamtskalen verwendet, um somit Aussagen für die in dieser Untersuchung definierten drei Alterskohorten treffen zu können. Die Testung ergibt, dass sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zwischen den untersuchten Bereichen der elterlichen Performanz für diese Stichprobe zeigen.

8.11 Zusammenhänge zwischen kindlicher Entwicklung und elterlicher Performanz

Im Rahmen der Fragestellung 5, welche Assoziationen zwischen der elterlichen Performanz und der kindlichen Entwicklung untersucht werden, wie bei der Analyse der Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der mütterlichen ID und der kindlichen Entwicklung (Fragestellung 3), wieder Korrelationsanalysen zu explorativen Zwecken durchgeführt. Dies dient dem Ziel, Aussagen über statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen der elterlichen Performanz von intellektuell beeinträchtigten Müttern und der gesundheitlichen, motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung sowie den adaptiven Kompetenzen ihrer Kinder zu treffen.

8.11.1 Zusammenhänge mit der Qualität häuslicher Umgebung

Hypothese 5a geht von positiven Zusammenhängen zwischen den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder und der Qualität der häuslichen Umgebung aus. Für die Korrelationsanalysen werden wieder die z-standardisierten *HOME Inventory*-Werte der Gesamtskalen herangezogen. Bei den nachfolgenden *p*-Werten gilt es zu berücksichtigen, dass eine einseitige Testung erfolgt. Die Ergebnisse zeigen einen schwach positiven und signifikanten Zusammenhang zwischen der Qualität der häuslichen Umgebung und den motorischen Kompetenzen der Kleinkinder ($r = .26, p < .032$). Für die kognitiven Kompetenzen ergibt sich eine statistisch bedeutsame Assoziation zwischen der Qualität der häuslichen Umgebung und dem IQ-Handlungsteil der Vorschulkinder mit einer Effektstärke von $r = .29, p < .020$. Die Qualität der häuslichen Umgebung steht auch in signifikantem Zusammenhang mit den kognitiven Kompetenzen der Kleinkinder, dabei handelt es sich um einen schwach positiven Effekt ($r = .25, p < .036$). In Bezug auf die adaptiven Kompetenzen der Kinder ist es der Bereich der praktischen adaptiven Kompetenzen der Schulkinder, welcher signifikant und positiv mit der Qualität der häuslichen Umgebung korreliert, mit moderater Effektstärke ($r = .32, p < .043$). Mit keinen weiteren Kompetenzen der Kinder finden sich bedeutsame Assoziationen mit der Qualität der häuslichen Umgebung.

8.11.2 Zusammenhänge mit der Bedürfnisbefriedigung

Für das Prüfen möglicher Zusammenhänge zwischen der Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse durch die Mutter und der gesundheitlichen Situation der Kinder und ihren Leistungen in den hier untersuchten Kompetenzen (Hypothese 5b), werden, aus bereits dargestellten Gründen (s. Kapitel 8.10.3), nur die beiden Variablen *Körperliche Vernachlässigung des Kindes* im Bereich *Obdach* und *Hygiene* herangezogen.

Es zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zwischen dem Zustand des Obdaches und dem hygienischen Zustand der Wohnung und der gesundheitlichen Situation der Kinder. Es finden sich diesbezüglich auch keine signifikanten Zusammenhänge mit der motorischen Entwicklung der Kinder. Hinsichtlich der kognitiven Kompetenzen der Kinder ergibt die Testung, dass der Zustand des Obdaches, in dem die Kinder leben, signifikant mit dem Gesamt-IQ der Vorschulkinder zusammenhängt ($r_s = -.33$, $p < .07$). Dieser Zusammenhang zeigt sich stärker mit dem IQ-Handlungsteil ($r_s = -.34$, $p < .005$) und schwächer mit der IQ-Verarbeitungsgeschwindigkeit ($r_s = -.24$, $p < .040$), dabei handelt es sich um negative Korrelationen mit Effektstärken im schwachen bis moderaten Bereich. Der Zustand der Wohnung (Obdach) steht in einem signifikanten und schwach negativen Zusammenhang mit den sprachlichen Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder ($r_s = -.18$, $p < .014$). Genau wie bei der Qualität der häuslichen Umgebung besteht auch zwischen der Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse (Obdach und Hygiene) eine statistisch bedeutsame Beziehung mit den adaptiven Kompetenzen der Kinder. So korrelieren die konzeptuellen adaptiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder signifikant und schwach positiv mit dem hygienischen Zustand in der Wohnung ($r_s = .16$, $p < .026$). Bei der Unterteilung in die Alterskohorten findet sich eine signifikante und negative Korrelation mit den sozial adaptiven Kompetenzen der Vorschulkinder und dem Zustand des Obdaches mit moderater Effektstärke ($r_s = -.30$, $p < .011$). Für die Kleinkinder und die Schulkinder werden keine signifikanten Korrelationen ermittelt.

8.12 Elterliche Performanz und Unterschiede in der kindlichen Entwicklung

Im Rahmen der Fragestellung 6 wird untersucht, ob Kinder von Müttern, welchen die elterliche Performanz besser gelingt, eine bessere Gesundheit und höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen zeigen, als Kinder von Müttern, welchen diese weniger gut gelingt.

Kindliche Entwicklung und Qualität häuslicher Umgebung

Die Hypothese 6a nimmt an, dass Kinder von Müttern, die höhere Werte in der Qualität der häuslichen Umgebung erreichen, signifikant höhere Leistungen in den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen zeigen als Kinder von Müttern mit niedrigeren Werten. Im Folgenden wird somit überprüft, ob die Kinder signifikant höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen erreichen, wenn ihre Mütter in der Qualität der häuslichen Umgebung Werte erreichen, die in der Norm liegen, als Kinder von Müttern, deren Werte unterhalb der Norm liegen. Für diese Analyse werden die Mütter zwei Gruppen zugeordnet. Für die Gruppenbildung werden jeweils die altersspezifischen Normen herangezogen, um zu überprüfen, wo die Leistungen der Mütter dieser Stichprobe im Vergleich zur Normstichprobe liegen. Dabei werden die Mittelwerte der Gesamtskalen betrachtet, nicht die der Subskalen. Es zeigt sich, dass 51 Mütter mit ihren Leistungen unterhalb der Norm liegen, 81 Mütter liegen im Normbereich und drei Mütter befinden sich marginal über der Norm. Diese drei Frauen werden zu den Frauen mit den Leistungen im Normbereich gezählt, so ergibt sich eine Gruppengröße von $n = 84$.

Die Analyse ergibt signifikante Unterschiede zwischen den Kindern, welche bei Müttern leben, die höhere Werte in der Qualität der häuslichen Umgebung erzielen und den Kindern, deren Mütter niedrigere Werte in dieser aufweisen ($t(127) = 2.86, p < .005$). Für die Gesamtstichprobe zeigt sich, dass die Kinder der Mütter mit höheren Werten in der Qualität der häuslichen Umgebung signifikant höhere Leistungen in den kognitiven Kompetenzen erbringen als die Kinder von Müttern mit niedrigeren Werten in der Qualität der häuslichen Umgebung. Ebenso betrifft dies auch den Bereich der adaptiven Kompetenzen. Es ergibt sich für alle Kinder in Bezug auf den Gesamtwert adaptiver Kompetenzen, dass dieser signifikant höher ist, wenn der Gesamtwert der Mutter in der Qualität der häuslichen Umgebung in der Norm liegt ($t(133) = 2.51, p < .013$). Dieser Gruppenunterschied zeigt sich auch bei den konzeptuellen adaptiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe ($t(133) = 2.78, p < .006$), so dass davon ausgegangen werden kann, dass der eben dargestellte Unterschied im Gesamtwert adaptiver Kompetenzen durch diesen zustande kommt. Bei der weiteren Testung nach möglichen Gruppenunterschieden zeigen sich weder für die sozialen adaptiven Kompetenzen ($t(133) = 1.32, p < .188$) noch für die praktischen adaptiven Kompetenzen ($t(133) = 1.87, p < .066$) der Gesamtstichprobe signifikante Unterschiede.

Kindliche Entwicklung und Bedürfnisbefriedigung

Angenommen wird, dass Kinder von Müttern, denen die Befriedigung der kindlichen Grundbedürfnisse gelingt, eine bessere Gesundheit aufweisen sowie signifikant höhere Leistungen in den motorischen, sprachlichen, kognitiven und adaptiven Kompetenzen zeigen als Kinder von Müttern, denen die Bedürfnisbefriedigung nicht gelingt (Hypothese 6b). Es muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass sich die Kategorien „gelingen“ bzw. „nicht gelingen“ nur auf die Merkmale der Bedürfnisbefriedigung beziehen, welche in dieser Untersuchung erhoben werden.

Es werden bereits bei der deskriptiven Darstellung der Ergebnisse zur Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse durch die Mutter die genauen Angaben zu der Häufigkeit des Auftretens und der Kumulation der Faktoren dargestellt (s. Kapitel 8.3.5, Tabellen 11 und 12). Auf dieser Ergebnisgrundlage werden nun folgende zwei Gruppen zur Hypothesenüberprüfung gebildet: Gruppe eins beinhaltet die Kinder, bei denen alle Bedürfnisse durch die Mutter befriedigt werden ($n = 113$). In Gruppe zwei sind die Kinder, bei denen mindestens einer der untersuchten Aspekte nicht ausreichend befriedigt wird, bei denen also ein oder mehr Probleme (2–3) bei der Bedürfnisbefriedigung durch die Mutter auftreten ($n = 39$). Das Kind mit mehr als drei Problemen (7), wird aus der Analyse ausgeschlossen, um Verzerrungen zu vermeiden. Im Folgenden wird so geprüft, ob die Kinder eine bessere Gesundheit und signifikant höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen erbringen, bei denen keine Probleme auftreten, als die Kinder, bei denen mindestens ein Problem auftritt. Die Testung ergibt weder hinsichtlich der gesundheitlichen Situation der Kinder noch in einer der hier untersuchten Kompetenzen signifikanten Gruppenunterschiede. Demnach können für diese Stichprobe keine Unterschiede in der Entwicklung zwischen den Kindern aus der Gruppe, in der alle Bedürfnisse durch die Mütter angemessen befriedigt werden und den Kindern aus der Gruppe, bei welcher dies nicht in ausreichendem Maße geschieht, ausgemacht werden.

8.13 Prädiktoren für die Kompetenzentwicklung der Kinder

Im Rahmen der Fragestellung 7 wird die Stärke der ermittelten Zusammenhänge zwischen den Merkmalen mütterlicher ID und der elterlichen Performanz auf die erhobenen Kompetenzen der Kinder untersucht. Es wird davon ausgegangen, dass zuvor identifizierte spezifische Merkmale mütterlicher ID und elterlicher Performanz (s. Kapitel 8.8, 8.11) gesammelt sinnvoll und substantiell prädiktiv für die kindliche Entwicklung in den Bereichen Kognition, Sprache, Motorik und in den adaptiven Kompetenzen sind

(Hypothese 7). Zur Überprüfung der Hypothese wird mittels multipler Regressionsanalysen im Folgenden untersucht, inwieweit die hier untersuchten Merkmale mütterlicher ID und Aspekte elterlicher Performanz gemeinsam als Prädiktoren die für diese Studie zentralen Bereiche kindlicher Kompetenzentwicklung erklären. Das gewählte Vorgehen und die Begründung werden bereits in Kapitel 7.3 zu den Methoden der Datenanalyse beschrieben. Als Prädiktoren sind die kognitiven und adaptiven Kompetenzen und die Gesundheit der Mütter sowie familiäre Risikofaktoren von Interesse. Es werden bei den kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Mütter jeweils die Gesamtskalen anstatt einzelne Teilleistungen gewählt, da diese ein deutlicheres Gesamtbild zeigen und dies, aufgrund der vorliegenden Stichprobengröße, für die Daten als angemessen erachtet wird. Die Prädiktoren für die elterliche Performanz sind die Qualität der häuslichen Umgebung und die Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse durch die Mutter. Die kindliche Entwicklung im Bereich Kognition, Sprache, Motorik und in den adaptiven Kompetenzen sind die abhängigen Variablen.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Modelle zu den vier untersuchten Kompetenzbereichen der Kinder vorgestellt.

Prädiktoren für die kognitiven Kompetenzen

Tabelle 43 zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Varianzaufklärung kindlicher Entwicklung im Bereich Kognition:

Tabelle 43. Kognitive Kompetenzen Kinder: Regression prädiktiver Effekte von Merkmalen mütterlicher ID und Aspekten elterlicher Performanz

	Grundmodell kognitive Kompetenzen ($F(13, 113) = 4.51, p < .001, R^2 = .34, R^2_{\text{kor}} = .27$)			Finales Modell kognitive Kompetenzen ($F(6, 120) = 8.88, p < .001, R^2 = .31, R^2_{\text{kor}} = .27$)		
	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	β	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	β
Konstante	63.93	13.30		57.93	12.58	
Merkmale mütterlicher ID						
Gesamt-IQ	.48	.17	.24**	.50	.16	.25**
Gesamtwert adaptiver Kompetenzen (GAL)	-.40	.10	-.35**	-.36	.10	-.33**
Körperliche Gesundheit	.31	.13	.20*	.33	.12	.22**
Mind. ein Kind der Mutter wurde fremdplatziert	-3.25	2.92	-.09			
Unerwünschte Schwangerschaft	-2.60	3.16	-.07			
Bekannte psychische Erkrankung der Mutter	1.45	2.82	.04			
Stark erhöhter Nikotinkonsum der Mutter	-4.62	2.76	-.14	-5.04	2.71	-.15
Alkoholprobleme der Mutter	-5.44	4.05	-.11			
Heimerziehung der Mutter	-2.39	2.64	-.08			
Misshandlung der Mutter in eigener Kindheit	.90	2.70	.03			
Aspekte Elterliche Performanz						
Körperliche Vernachlässigung des Kindes: Obdach	-9.58	3.26	-.26**	-8.64	2.97	-.24**
Körperliche Vernachlässigung des Kindes: Hygiene	3.95	3.91	.01			
Gesamtwert Qualität der häuslichen Umgebung	3.15	1.33	.21*	3.82	1.23	.25**

Anmerkung. Abhängige Variable: Kognitive Kompetenzen Gesamtstichprobe Kinder ($N = 153$). * $p < .05$. ** $p < .01$.

Das Grundmodell ist insgesamt bedeutsam, da es signifikant ist ($F(13, 113) = 4.51, p < .001$). Das Bestimmtheitsmaß liegt bei $R^2 = .34$ und $R^2_{\text{kor}} = .27$, es vermag also 27 % der Varianz in den kognitiven Kompetenzen der Kinder der Gesamtstichprobe zu erklären, dabei handelt es sich um einen großen Effekt. Hinsichtlich der Signifikanz der Regressionskoeffizienten erweisen sich acht Prädiktoren als statistisch nicht bedeutsam ($p \geq .05$). Es sind die Variablen *Mind. ein Kind der Mutter wurde bereits fremdplatziert*, *Unerwünschte Schwangerschaft*, *Bekannte psychische Erkrankung der Mutter*, *Heimerziehungserfahrung der Mutter* sowie *Gewalterfahrung der Mutter in ihrer eigenen Kindheit* und die *Körperliche Vernachlässigung* des Kindes im Bereich der *Hygiene*. Die verbleibenden fünf Prädiktoren tragen mit Regressionskoeffizienten von $\beta = .20$ – $.35$ signifikant zur Vorhersage der kognitiven Kompetenzen aller Kinder der Gesamtstichprobe bei. Bei dem *Gesamtwert adaptiver Kompetenzen* der Mütter ($\beta = -.35, p < .001$) und der *Bedürfnisbefriedigung* im Bereich *Obdach* ($\beta = -.26, p < .004$) handelt es sich dabei um negative Effekte auf die kognitiven Kompetenzen der Kinder. Das bedeutet, steigt der Gesamtwert adaptiver Kompetenzen der Mütter um eine Einheit an, verringern sich die kognitiven Kompetenzen der Kinder entsprechend. Steigen die Probleme bei der Bedürfnisbefriedigung an, dann verringern sich die kognitiven Kompetenzen der Kinder entsprechend. Die signifikanten Effekte der Prädiktoren *subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit* der Mutter, *Gesamt-IQ* der Mutter und die *Qualität der häuslichen Umgebung* sind positiv und annähernd gleichgewichtet, mit Werten zwischen $\beta = .20$ – $.24$. Mit der Erhöhung dieser drei Prädiktoren geht auch eine Erhöhung der kognitiven Kompetenzen der Kinder einher.

Das finale Modell, für welches die Methode „*stepwise backward*“ gewählt wird (Begründung s. Kapitel 7.3), schließt inkrementell alle Variablen ohne signifikanten Erklärungswert aus der Berechnung aus. Es zeigt sich, dass alle Variablen, die bei der Beschreibung des Grundmodells als nicht signifikant und ohne Erklärungswert identifiziert wurden, aus dem finalen Modell entfernt wurden. Das finale Modell ist signifikant ($F(6, 120) = 8.88, p < .001$). In Bezug auf die Modellgüte zeigt sich eine nicht signifikante Verschlechterung mit gleichem Erklärungswert bei weniger Prädiktoren. Das Bestimmtheitsmaß ist mit $R^2 = .31$ und $R^2_{\text{kor}} = .27$ annähernd identisch. Es erklärt demnach ebenfalls 27 % der Varianz in dem beobachteten Verhaltensmuster in den kognitiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder. Das ist ein großer Effekt. Der Risikofaktor des erhöhten Nikotinkonsums der Mutter ist als Prädiktor statistisch nicht sicher, da er nur marginal signifikant ist ($p < .065$). Er trägt jedoch so viel Varianz zum Modell bei, dass er im finalen Modell verbleibt. Alle fünf signifikanten Prädiktoren aus

dem Grundmodell sind auch in dem finalen Modell statistisch bedeutsam. Die signifikanten Regressionskoeffizienten aus dem Grundmodell sind annähernd gleich gewichtet wie die Regressionskoeffizienten des finalen Modells.

Prädiktoren für die adaptiven Kompetenzen

Das Grundmodell (Tabelle 44) ist signifikant ($F(11, 121) = 3.02, p < .001$), die Modellgüte beträgt $R^2 = .22$ und das adjustierte R^2 liegt bei $R^2_{\text{kor}} = .14$. Es können also 14 % der Varianz in den adaptiven Kompetenzen der Kinder der Gesamtstichprobe erklärt werden, was einen mittleren Effekt darstellt. Hinsichtlich der Signifikanz der Regressionskoeffizienten erweisen sich acht Prädiktoren als statistisch nicht bedeutsam ($p \geq .05$). Dabei handelt es sich um den *Gesamt-IQ* und die *Körperliche Gesundheit* der Mutter, um die Risikofaktoren, dass *Mind. ein Kind der Mutter fremdplatziert* wurde, *Unerwünschte Schwangerschaft* und *Alkoholprobleme* der Mutter, sowie um die *körperliche Vernachlässigung* des Kindes im Bereich des *Obdach* und die *Qualität der häuslichen Umgebung*. Drei Variablen sind mit Regressionskoeffizienten zwischen $\beta = .19$ – $.24$ signifikant prädiktiv für die adaptiven Kompetenzen der Kinder. Den stärksten Einfluss hat der *Gesamtwert der adaptiven Kompetenzen* der Mütter ($\beta = .24, p < .008$), dabei handelt es sich um einen positiven Effekt. Mit einer Erhöhung des Gesamtwertes adaptiver Kompetenzen der Mütter, geht auch eine Erhöhung der adaptiven Kompetenzen der Kinder einher. Annähernd gleich gewichtet und ebenfalls mit positivem Effekt ist der Prädiktor *Körperliche Vernachlässigung* des Kindes durch die Mutter im Bereich der *Hygiene* ($\beta = .22, p < .016$). Mit einem Anstieg des Risikofaktors eines erhöhten *Nikotinkonsums* der Mütter geht eine Verringerung der adaptiven Kompetenzen der Kinder einher ($\beta = -.19, p < .034$).

Das finale Modell ist statistisch bedeutsam ($F(4, 128) = 7.36, p < .001$). In Bezug auf die Modellgüte zeigt sich eine nicht signifikante Verschlechterung gleichen Erklärungswertes mit weniger Prädiktoren. Das Bestimmtheitsmaß ist, im Vergleich mit dem Grundmodell, mit $R^2 = .19$ und $R^2_{\text{kor}} = .16$ nur marginal höher. Das finale Modell erklärt 16 % der Varianz in dem beobachteten Verhaltensmuster in den adaptiven Kompetenzen aller Kinder. Dies ist als mittlerer Effekt einzustufen. Im finalen Modell sind es die gleichen Prädiktoren wie im Grundmodell, die nicht signifikant werden, lediglich der Risikofaktor, dass bereits *Mind. ein Kind der Mutter fremdplatziert* wurde, wird trotz marginaler Signifikanz ($p < .064$) im Modell behalten. Bei dem finalen Modell sind die gleichen drei Prädiktoren, mit annähernd gleicher Gewichtung zwischen $\beta = .21$ – $.29$ und gleicher Einflussrichtung, signifikant prädiktiv für die adaptiven Kompetenzen aller Kinder.

Tabelle 44. Adaptive Kompetenzen Kinder: Regression prädiktiver Effekte von Merkmalen mütterlicher ID und Aspekten elterlicher Performanz

	Grundmodell adaptive Kompetenzen ($F(11, 121) = 3.02, p < .001, R^2 = .22, R^2_{\text{kor}} = .144$)			Finales Modell adaptive Kompetenzen ($F(4, 128) = 7.36, p < .001, R^2 = .19, R^2_{\text{kor}} = .16$)		
	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	β	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	β
Konstante	41.91	18.96		40.15	9.79	
Merkmale mütterlicher ID						
Gesamt-IQ	-.03	.23	-.01			
Gesamtwert adaptiver Kompetenzen (GAL)	.37	.14	.24**	.45	.12	.29**
Körperliche Gesundheit	.08	.17	.04			
Psychische Gesundheit	.04	.11	.03			
Mind. ein Kind der Mutter wurde fremdplatziert	-6.66	4.09	-.14	-.73	3.93	-.15
Unerwünschte Schwangerschaft	7.04	4.42	.14			
Stark erhöhter Nikotinkonsum der Mutter	-8.54	3.97	-.19*	-9.47	3.61	-.21*
Alkoholprobleme der Mutter	-4.15	5.67	-.07			
Aspekte Elterliche Performanz						
Körperliche Vernachlässigung des Kindes: Obdach	-3.92	4.52	-.08			
Körperliche Vernachlässigung des Kindes: Hygiene	13.49	5.51	.22*	14.27	4.99	.23**
Gesamtwert Qualität der häuslichen Umgebung	1.07	1.80	.05			

Anmerkung. Abhängige Variable: Adaptive Kompetenzen Gesamtstichprobe Kinder ($N = 153$). * $p < .05$. ** $p < .01$.

Prädiktoren für die sprachlichen Kompetenzen

Die Werte der sprachlichen Leistungen werden bei den Kleinkindern im Rahmen des Entwicklungstests erhoben. Die Sprache der Vorschul- und Schulkinder bildet einen Teil der kognitiven Kompetenzen. Um jedoch detaillierte und spezifische Aussagen über die sprachlichen Kompetenzen aller Kinder (Gesamtstichprobe) treffen zu können, werden diese nachfolgend in gesonderten Modellen betrachtet.

Für die sprachlichen Kompetenzen werden insgesamt weniger Variablen in das Grundmodell (Tabelle 45) eingeschlossen als dies bei den kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Fall ist. Insgesamt ist das Modell signifikant ($F(7, 137) = 4.32, p < .001$) und erklärt 14 % der Varianz in den sprachlichen Kompetenzen der Kinder der Gesamtstichprobe ($R^2 = .18, R^2_{\text{kor}} = .14$), das ist ein mittlerer Effekt. Als statistisch nicht bedeutsam für die sprachlichen Kompetenzen erweisen sich der *Gesamt-IQ* der Mutter und die Risikofaktoren, dass *Mind. ein Kind der Mutter fremdplatziert* wurde, *Bekannte psychische Erkrankungen* der Mutter, *erhöhter Nikotinkonsum* und *Alkoholprobleme* der Mutter sowie die *Körperliche Vernachlässigung* des Kindes im Bereich des *Obdaches*. Im Grundmodell zeigt sich von den sieben potenziellen Prädiktorvariablen nur die *subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit* der Mutter signifikant prädiktiv für die sprachlichen Kompetenzen der Kinder ($\beta = .28, p < .001$). Dabei handelt es sich um einen positiven Effekt. Mit dem Anstieg dieses Prädiktors geht somit auch eine Erhöhung der sprachlichen Kompetenzen der Kinder einher.

Das finale Modell ist auch signifikant ($F(7, 137) = 4.32, p < .001$) und vermag ebenfalls 14 % an Varianz in der abhängigen Variable zu erklären ($R^2 = .18, R^2_{\text{kor}} = .14$), das ist wieder ein mittlerer Effekt. Im Unterschied zum Grundmodell erweisen sich in dem finalen Modell drei Prädiktoren als signifikant, mit ähnlichen Gewichtungen. Den stärksten und positiven Einfluss hat hierbei die *subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit* der Mutter ($\beta = .29, p < .001$). Es handelt sich um einen positiven Effekt, die sprachlichen Kompetenzen der Kinder erhöhen sich bei einem Anstieg des Prädiktors entsprechend. Auch der Risikofaktor einer *Bekannten psychischen Erkrankung* der Mutter hat einen gleichgerichteten Effekt ($\beta = .17, p < .030$). Der Zustand des *Obdaches* hingegen als Aspekt der Bedürfnisbefriedigung durch die Mutter ist negativ ($\beta = -.16, p < .038$). Der Anstieg dieses Prädiktors um eine Einheit geht demnach mit einer Verringerung der sprachlichen Kompetenzen der Kinder einher. Dies gilt ebenfalls für den Risikofaktor eines *Alkoholproblems* der Mutter ($\beta = -.15$), welcher trotz marginaler Signifikanz ($p < .053$) in das finale Modell aufgenommen wird, da er ausreichend wichtig für die Varianz des Modells ist.

Tabelle 45. Sprachliche Kompetenzen Kinder: Regression prädiktiver Effekte von Merkmalen mütterlicher ID und Aspekten elterlicher Performanz

	Grundmodell sprachliche Kompetenzen ($F(7, 137) = 4.32, p < .001, R^2 = .18, R^2_{\text{korrr}} = .14$)			Finales Modell sprachliche Kompetenzen ($F(4, 140) = 6.68, p < .001, R^2 = .16, R^2_{\text{korrr}} = .14$)		
	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	β	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	β
Konstante	38.38	13.01		47.77	7.12	
Merkmale mütterlicher ID						
Gesamt-IQ	.20	.19	.09			
Körperliche Gesundheit	.50	.14	.28**	.51	.14	.29**
Mind. ein Kind der Mutter wurde fremdplatziert	-2.87	3.30	-.07			
Bekannte psychische Erkrankungen der Mutter	5.95	3.23	.15	6.89	3.15	.17*
Stark erhöhter Nikotinkonsum der Mutter	-3.64	3.19	-.09			
Alkoholprobleme der Mutter	-7.72	4.70	-.13	-9.01	4.62	-.15
Aspekte Elterliche Performanz						
Körperliche Vernachlässigung des Kindes: Obdach	-5.98	3.62	-.13	-7.30	3.48	-.16*

Anmerkung. Abhängige Variable: Sprachliche Kompetenzen Gesamtstichprobe Kinder ($N = 153$). * $p < .05$. ** $p < .01$.

Prädiktoren für die motorischen Kompetenzen

Die motorischen Kompetenzen wurden nur für die Kleinkinder erhoben, somit beziehen sich die nachfolgenden Ergebnisse auf diese Alterskohorte.

Das Grundmodell (Tabelle 46) ist insgesamt bedeutsam, da es signifikant ist ($F(3, 47) = 3.72, p < .018$). Das Bestimmtheitsmaß liegt bei $R^2 = .19$, $R^2_{\text{kor}} = .14$, es vermag also 14 % der Varianz in den motorischen Kompetenzen der Kleinkinder zu erklären, was als mittlerer Effekt zu bezeichnen ist. Es sind drei Variablen, die in das Grundmodell einbezogen werden. Hinsichtlich der Signifikanz der Regressionskoeffizienten erweist sich der Prädiktor *Misshandlungserfahrungen der Mutter in der eigenen Kindheit* als statistisch nicht bedeutsam ($p \geq .05$). Der Prädiktor *subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit* der Mutter trägt mit $\beta = .29$ ($p < .040$) und die *Qualität der häuslichen Umgebung* mit annähernd gleicher Gewichtung $\beta = .30$ ($p < .033$) signifikant zur Vorhersage der motorischen Kompetenzen der Kleinkinder bei. Bei Anstieg dieser Prädiktoren erhöhen sich die motorischen Kompetenzen der Kleinkinder entsprechend.

Auch das finale Modell ist signifikant ($F(2, 48) = 4.65, p < .014$). In Bezug auf die Modellgüte zeigt sich eine nicht signifikante Verschlechterung mit gleichem Erklärungswert bei weniger Prädiktoren. Das Bestimmtheitsmaß ist mit $R^2 = .16$ und $R^2_{\text{kor}} = .13$ niedriger und erklärt demnach lediglich 13 % der Varianz in dem beobachteten Verhaltensmuster in den motorischen Kompetenzen der Kleinkinder. Auch hier handelt es sich wieder um einen mittleren Effekt. Es zeigt sich, dass die Variable *Misshandlung der Mutter in der eigenen Kindheit*, die soeben bei der Beschreibung des Grundmodells als nicht signifikant und ohne Erklärungswert identifiziert wurde, aus dem finalen Modell entfernt wurde. Die Prädiktoren *körperliche Gesundheit der Mutter* und die *Qualität der häuslichen Umgebung* sind auch in dem finalen Modell statistisch bedeutsam. Die signifikanten Regressionskoeffizienten aus dem Grundmodell sind annähernd gleich gewichtet wie die Regressionskoeffizienten des finalen Modells. Mit einem Anstieg dieser beiden Prädiktoren geht auch eine Erhöhung der motorischen Kompetenzen der Kleinkinder einher.

Tabelle 46. Motorische Kompetenzen Kleinkinder: Regression prädiktiver Effekte von Merkmalen mütterlicher ID und Aspekten elterlicher Performanz

	Grundmodell motorische Kompetenzen ($F(3, 47) = 3.72, p < .018, R^2 = .19, R^2_{\text{kor}} = .14$)			Finales Modell motorische Kompetenzen ($F(2, 48) = 4.65, p < .014, R^2 = .16, R^2_{\text{kor}} = .13$)		
	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	β	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	β
Konstante	45.20	11.39		45.29	11.48	
Merkmale mütterlicher ID						
Körperliche Gesundheit	.47	.22	.29*	.52	.22	.32*
Misshandlung der Mutter in eigener Kindheit	5.14	3.91	.18			
Aspekte Elterliche Performanz						
Qualität der häuslichen Umgebung	4.27	1.94	.30*	4.80	1.92	.34*

Anmerkung. Abhängige Variable: Motorische Kompetenzen Kleinkinder ($N = 153$). * $p < .05$. ** $p < .01$.

9 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Erkenntnisleitendes Interesse der vorliegenden Querschnittsuntersuchung war, die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern im gesundheitlichen Bereich einerseits sowie hinsichtlich ihrer motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen andererseits zu untersuchen.

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Studie zusammenfassend dargestellt und entsprechend der formulierten Fragestellungen diskutiert und interpretiert. Zunächst wird noch einmal auf die zentralen deskriptiven Ergebnisse zur kindlichen Entwicklung eingegangen, da auch diese zu einem wesentlichen Erkenntnisgewinn führen. Daran anschließend werden die Befunde der Hypothesenprüfung präsentiert und in Bezug auf internationale Forschungsergebnisse diskutiert und theoretisch eingeordnet.

Die deskriptiven Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation der Kinder verdeutlichen, dass die Gesundheit der Kinder dieser Stichprobe als insgesamt gut bezeichnet werden kann, auch im Vergleich mit der Grundgesamtheit aller Kinder in Deutschland. Signifikante Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Gesundheit konnten in dieser Studie nicht gezeigt werden. Auch wenn die Daten nicht mittels normiertem Verfahren erhoben wurden, kann der Schluss gezogen werden, dass die Kinder dieser Stichprobe insgesamt einen vergleichbaren Gesundheitszustand aufweisen wie die Kinder der Gesamtbevölkerung. Der Vergleich mit den Ergebnissen einer deutschlandweiten repräsentativen Studie mit mehreren Erhebungswellen über die gesundheitliche Situation von Kindern (KiGGS-Studie, Robert-Koch-Institut, Hölling, Schlack, Kamtsiuris, Butschalowsky, Schlaud, & Kurth, 2012), lässt dies ersichtlich werden, denn dort wurden ähnliche Befunde beschrieben (Ellert, Bretschneider, & Ravens-Sieberer 2014; Kamtsiuris, Atzpoldien, Ellert, Schlack, & Schlaud, 2007; Schlaud, 2011, S. 140). Im Rahmen der erwähnten KiGGS-Untersuchungen hingegen wurden Geschlechterunterschiede festgestellt, beispielsweise hatten Jungen häufiger psychische Auffälligkeiten als Mädchen, so litten sie häufiger unter ADHS (Schlaud, 2011, S. 139). Dieser oder andere Unterschiede zwischen den Geschlechtern konnten in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Es bestanden keine konkreten Vorannahmen hinsichtlich Geschlechterunterschieden, das Ziel war, den aktuellen Stand diesbezüglich zu eruieren, um die Forschung um erste Hinweise zu bereichern. Es gilt allerdings an dieser Stelle zu beachten, dass Geschlechterunterschiede möglicherweise nicht identifiziert werden konnten, da die Fallzahlen für einzelne Krankheiten und Symptome nicht groß genug waren, um kleinere

Effekte signifikant aufzuzeigen.

Als Erweiterung zur gesundheitlichen Situation der Kinder wurde auch das persönliche Wohlbefinden der Kinder erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass die untersuchten Kinder der intellektuell beeinträchtigten Mütter mit ihrem Leben genauso zufrieden waren und sich ähnlich wohlfühlen wie die Kinder der Normstichprobe. Die Kinder der Stichprobe waren demnach insgesamt zufrieden in ihrem Leben. Damit ergibt sich, dass sich die Kinder von Eltern mit ID hinsichtlich ihrer Zufriedenheit nicht von ihren Altersgenossen von Eltern ohne ID unterscheiden. Internationale Studien zum subjektiven Wohlbefinden von Kindern belegen, dass die Mehrheit der weltweit befragten 8- bis 12-jährigen Kinder ihre Lebenszufriedenheit in der Gesamtheit als positiv bewertet (Children's Worlds Report, 2015; Rees & Main, 2015). Auch für Deutschland belegen empirische Befunde (World Vision Deutschland, 2013) hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens von Kindern, dass die Mehrheit der befragten 6- bis 11-jährigen Kinder in Deutschland (sehr) zufrieden ist und positiv über ihr eigenes Wohlbefinden berichtet (Hurrelmann, Andresen, Schneekloth, & Pupeter, 2014). Es ließen sich in der Stichprobe dieser Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich des persönlichen Wohlbefindens feststellen. Dies entspricht auch den Befunden von Kindern von Eltern ohne ID, welche bestätigen, dass die Gesamtzufriedenheit mit dem Leben (World Vision Deutschland, 2013), wie sie auch in dieser Untersuchung erhoben wurde, nicht durch die Variable Geschlecht beeinflusst wird. Vergleichbare repräsentative Studien über das Wohlbefinden von Kindern von Müttern mit ID existieren nicht.

Ein überraschender Befund dieser Studie ist, dass sich kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem persönlichen Wohlbefinden und der gesundheitlichen Situation der Kinder zeigte, gibt es doch Hinweise darauf, dass diese beiden Faktoren konsistent signifikant miteinander assoziiert sind (Children's Worlds Report, 2015). Es wurde erwartet, dass ein hohes Wohlbefinden der Kinder mit der Gesundheit positiv korreliert. So wurden beispielsweise im Rahmen der erwähnten KiGGS-Untersuchung Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden und andauernden und belastenden chronischen Erkrankungen, wie z. B. Asthma, gefunden. So wiesen Kinder und Jugendliche, die unter Asthma leiden, im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Asthma, eine verringerte Lebensqualität auf (Ravens-Sieberer, Bettge, & Erhart, 2003, S. 342f.). Ebenso wiesen psychisch auffällige Kinder und Jugendliche im Gesamtwert signifikant niedrigere Werte beim Wohlbefinden auf als psychisch unauffällige Kinder (Ravens-Sieberer, Bettge, & Erhart, 2007, 816). Dass in dieser Untersuchung diesbezüglich keine signifikanten Zusammenhänge sichtbar wurden, kann daran liegen, dass das verwendete

Messinstrument für das Wohlbefinden (*PWI-SC*, Cummins & Lau, 2005a) nur anhand eines Items die allgemeine Zufriedenheit mit der Gesundheit erfasst. Des Weiteren muss bedacht werden, dass die Kinder der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung mit einer großen Mehrheit eine hohe Zufriedenheit angaben, es kommt somit zu einem Deckeneffekt auf diesem Item. Da die Korrelation die Tendenz misst, ob höhere Werte in der Lebenszufriedenheit mit höheren Werten in der Gesundheit assoziiert sind, kann, wenn fast alle Werte der Lebenszufriedenheit am Maximum liegen, eine Tendenz nicht festgestellt werden, selbst wenn es eine gute Varianz in der Gesundheit der Kinder gibt. In der genannten KiGGS-Untersuchung erfasste das dort verwendete Instrument (*KINDL-R*) die Gesundheit detaillierter, was möglicherweise erklärt, weshalb dort signifikante Zusammenhänge gezeigt werden konnten und in der vorliegenden Untersuchung nicht. Denn je mehr Details erfasst werden, umso sensitiver ist das Instrument und Effekte sind somit leichter darstellbar. Die weiteren Items des hier verwendeten *PWI-SC* erfassen Aspekte, welche unter anderem die Zufriedenheit mit Geld oder Freundschaften erfragen. Denkbar wäre, dass diese Bereiche des Lebens konzeptuell zu weit entfernt von der gesundheitlichen Situation sind, so dass aufgrund dessen keine Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden und der Gesundheit in dieser Untersuchung gezeigt werden konnten.

Um die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Mütter besser zu verstehen, wurde in der vorliegenden Untersuchung das aktuelle Funktionsniveau der Kinder im Vergleich zur Norm untersucht. Wie diese Kompetenzen mit der gesundheitlichen Situation der Kinder assoziiert sind, war ebenfalls von Interesse. Des Weiteren wurde untersucht, welche Zusammenhänge einerseits zwischen den Merkmalen der mütterlichen ID und der kindlichen Entwicklung und andererseits zwischen der elterlichen Performanz und der kindlichen Entwicklung bestehen und welche Faktoren prädiktiv für die kindliche Entwicklung sind (s. Hypothesen Kapitel 6).

Fragestellung 1: Wie sind die motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen von Kindern intellektuell beeinträchtigter Mütter im Vergleich zur Norm ausgeprägt?

Es wurde angenommen, dass Kinder von Müttern mit ID im Vergleich zur Norm schwächere Leistungen in den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen zeigen (Hypothese 1a) und dass sich bei älteren Kindern stärkere

Abweichungen von der Norm in diesen Kompetenzen zeigen als bei jüngeren Kindern (Hypothese 1b).

Hinsichtlich der motorischen Kompetenzen der Kleinkinder zeigte sich, dass der Großteil der Kinder mit seinen Leistungen unterhalb der Norm lag. Dabei gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen feinmotorischen und grobmotorischen Kompetenzen, in beiden Bereichen hatte die Mehrheit der Kinder schlechtere Leistungen als ihre Altersgenossen der Normstichprobe. Zwischen den Geschlechtern bestanden keine signifikanten Leistungsunterschiede innerhalb der motorischen Entwicklung. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zu den motorischen Kompetenzen decken sich mit anderen Studien, deren Ergebnisse ebenfalls niedrigere Werte in der Motorik bei Kindern von Eltern mit ID belegen (Keltner et al., 1999). Im Rahmen der Diskussion der Befunde zu der Motorik ist wichtig zu beachten, dass inzwischen mehrfach belegt ist, dass es große individuelle Unterschiede zwischen Kindern hinsichtlich ihrer Entwicklungsfortschritte und dem Erreichen nächster Meilensteine geben kann (Michaelis, 2003; Michaelis & Niemann, 1999; Neuhäuser, 2008, S. 161; Siegler et al., 2016, S. 172). Entwicklungsverläufe können demnach sehr different sein und unterschiedlich lange andauern, letztendlich aber ebenso zu einer normal entwickelten Motorik führen. Es wurde auch in anderen Untersuchungen zur motorischen Entwicklung von Kindern viel Variabilität in den motorischen Kompetenzen beobachtet (Neuhäuser, 2008, S. 161; Schlack, 2012), so wie in dieser Studie. Das beinhaltet die Möglichkeit, dass einige der zum Untersuchungszeitpunkt motorisch unterentwickelten Kinder dieser Studie sich im weiteren Verlauf altersentsprechend und normal entwickeln können. Nichtsdestotrotz bleibt der Befund, dass die Mehrheit der Kleinkinder zum Untersuchungszeitpunkt schlechtere Leistungen erbringt als der Norm entsprechend, als kritisch anzusehen und zu diskutieren. Inzwischen ist gut belegt, dass die motorische Entwicklung sehr gut gefördert werden kann, indem ausreichend Bewegungsmöglichkeiten sowie vielfältige und abwechslungsreiche Anregung geschaffen wird. Studien aus verschiedenen Ländern belegen, dass die motorischen Kompetenzen von Säuglingen unterschiedlich ausgeprägt sind, je nachdem wie intensiv die Kinder bei ihrer Entwicklung entsprechend der Kulturpraktiken unterstützt werden (Michaelis, 2003; Neuhäuser, 2008, S. 161; Siegler et al., 2016, S. 172f.). Eine mögliche Erklärung könnte an dieser Stelle also darin bestehen, dass es den Eltern mit ID nicht in ausreichendem Maße gelingt, die motorische Entwicklung ihrer Kinder zu fördern. Dies kann verschiedene Gründe haben, wie das fehlende Bewusstsein und die fehlende Motivation für die Förderung, eine eingeschränkte körperliche Mobilität der Mutter, Ängstlichkeit oder ein Mangel an Zutrauen, das Kind in diesen

Situationen, wie z. B. auf dem Spielplatz, angemessen zu betreuen. So kann für diese Studie angenommen werden, dass es aufgrund des bestehenden Förderdefizites der Eltern zu einer verlangsamten motorischen Entwicklung der Kinder kommt. Es sei noch einmal betont, dass dies jedoch nicht bedeutet, dass es den Kindern nicht mehr möglich ist, Entwicklungsrückstände aufzuholen und mit einer zeitlichen Verzögerung ebenfalls eine normalentwickelte Motorik aufweisen zu können (Neuhäuser, 2008, S. 161; Schlack, 2012). Dies konnte hier aufgrund der Querschnittsdaten jedoch nicht untersucht werden. Prädiktoren dafür, dass Kindern ein Aufholen in den motorischen Kompetenzen gelingen kann und sie sich motorisch noch gut und altersgerecht entwickeln können, sind physische Merkmale wie die körperliche Konstitution, koordinative und konditionelle Fähigkeiten (Ahnert, 2005, S. 103). Da die Kinder dieser Stichprobe mehrheitlich körperlich gesund waren, liegen diesbezüglich gute Voraussetzungen vor. Die Prädiktoren aus der Umwelt betreffen sozio-demographische Faktoren, also den sozio-ökonomischen Status, die Schulart, das Bildungsniveau und die Bewegungssozialisati-on, welche das sportliche Interesse und die sportliche Aktivität in der Familie, im Freundeskreis und in der Schule beinhalten (ebd.). Angenommen werden kann, dass sich diese Faktoren mit einer entsprechenden Intervention bzw. Förderung in den genannten Bereichen auch für die aktuelle Stichprobe prädiktiv auswirken und sich die Entwicklungskurven der Kinder verbessern können.

Im Hinblick auf die kognitiven Kompetenzen zeigten die Befunde, dass es in allen drei Alterskohorten Kinder mit Leistungen im Bereich der geistigen Behinderung, im Bereich der Lernbehinderung und auch Kinder mit normal entwickelten kognitiven Kompetenzen gab. Die Befunde belegen, dass sich die kognitiven Kompetenzen der Kinder dieser Stichprobe signifikant von dem Mittelwert und der Leistungsverteilung der Normalpopulation unterscheiden, die Kinder dieser Stichprobe erreichten signifikant niedrigere Werte. Es gab bei den Vorschul- und Schulkindern keine IQ-Unterbereiche, in welchen sich die Leistungen signifikant voneinander unterschieden, das bedeutet, in keinem der untersuchten IQ-Unterbereiche waren die Kinder signifikant besser bzw. schlechter. Insgesamt befand sich der Großteil der Leistungen in den IQ-Unterbereichen entsprechend dem Gesamt-IQ auch unterhalb der Norm. Der Vergleich zwischen den kognitiven Leistungen der drei Kohorten untereinander (mit den Testwerten des *Bayley-III*, *WPPSI-III*, *WISC-IV*) zeigte keine signifikanten Unterschiede. Da jedoch erwartet wurde, dass sich in den kognitiven Kompetenzen bei älteren Kindern stärkere Abweichungen von der Norm zeigen als bei jüngeren Kindern, wurde jede Alterskohorte mit einer entsprechenden Dummy-Normstichprobe verglichen (s. Kapitel 8.6.2). Für die Einschätzung

der Daten mittels der Effektstärke als Maß wurden im Ergebnisteil (s. Kapitel 8.6.2) zwei Möglichkeiten angeboten, welche zu unterschiedlichen Beurteilungen der Hypothese 1b in Bezug auf die kognitiven Kompetenzen führen. Für die vorliegende Arbeit wird sich für die erste Variante entschieden, welche die Hypothese hinsichtlich der kognitiven Kompetenzen als nicht bestätigt ansieht, da diese Ergebnisse das nicht signifikante Resultat des Vergleichs zwischen den drei kognitiven Testwerten der Kohorten bestätigt. Ebenso ist dies auch eher konform mit den Ergebnissen der anderen hier untersuchten Kompetenzen. Auch hier ergaben die Befunde, dass kaum signifikante Differenzen zwischen jüngeren und älteren Kindern hinsichtlich ihrer Leistungen bestanden. Darauf und auf mögliche Erklärungen wird am Ende der Diskussion der Fragestellung 1 noch einmal eingegangen. Im Rahmen der kognitiven Kompetenzen bestanden keine statistisch bedeutsamen Geschlechterunterschiede.

In der Entwicklungspsychologie ist bereits seit Piagets Erkenntnissen (1952) bekannt, dass sich von der Geburt bis zum zweiten Lebensjahr die Intelligenz der Kinder durch ihre sensorischen und motorischen Fähigkeiten entwickelt (sensomotorisches Stadium) (Siegler et al., 2016, S. 122). Das bedeutet, niedrige Werte in den motorischen Kompetenzen führen dazu, dass weniger Exploration stattfindet, dies wiederum kann niedrigere Werte in den kognitiven Kompetenzen nach sich ziehen. Beruhend auf Piagets Erkenntnissen und neueren Studien (Alloway & Temple, 2007; Gillberg & Kadesjö, 2000; Kastner & Petermann, 2010) können die hier gemessenen niedrigen Werte in der Motorik zumindest für die Kleinkinder, da nur hier die motorischen Kompetenzen untersucht wurden, vorsichtig als erste Hinweise verstanden werden, so dass die niedrigen Werte der Kinder im kognitiven Bereich erwartbar waren.

Es zeigt sich, dass diese aktuellen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung durch bereits bestehende Befunde zu der kognitiven Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern (Feldman & Walton-Allen, 1997; Mørch et al., 1999) unterstützt werden. Ebenso bestätigen die gewonnenen Resultate die theoretischen und empirischen Befunde zum elterlichen Einfluss auf die Entwicklung der kindlichen Intelligenz. So besteht nicht nur aufgrund der Weitergabe der Gene an das Kind ein elterlicher Einfluss auf die Intelligenz, sondern auch dadurch, dass das Kind seine kognitiven Kompetenzen in einer Umwelt entwickelt, welche durch die Eltern gestaltet wird. Der Befund der aktuellen Studie, dass die Mehrheit der Kinder einen IQ unter der Norm aufweist, wird unterstützt durch Erkenntnisse, dass kindliche Entwicklung einerseits durch die genetische Veranlagung beeinflusst wird und andererseits auch durch die soziale Umwelt beeinflusst wird und die Entwicklung immer in Interaktion mit diesen beiden Faktoren

stattfindet (Eggers 2004, S. 699ff.; Myers 2005, S. 123). Denn epigenetische Effekte und Umwelteinflüsse wirken komplex auf die kindliche Entwicklung. Diese genetischen *und* familienbedingten Effekte führen gemeinsam dazu, dass für Kinder von Eltern mit ID ein erhöhtes Risiko besteht, ebenfalls kognitive Beeinträchtigungen aufzuweisen. Effekte aus der nicht geteilten Umwelt und spezifische Effekte verringern die Ähnlichkeit des Kindes mit den Eltern, da das Kind seine eigenen Erfahrungen macht und eine individuelle Gesundheit hat. Deutlich wird also, dass Beeinträchtigungen in der Kognition nicht zwingend bestehen müssen. Vielmehr führen die komplexen Ursachen der mütterlichen ID auch zu komplexen *Outcomes* bei den Kindern, was beispielsweise eine Regression zur Mitte von Mutter und Vater oder eine Normalbegabung bedeuten kann. Die empirischen Befunde und der Umgang mit den Teilnehmenden dieser Stichprobe haben gezeigt, dass komplexe Auswirkungen von Mutter und Kind zu beobachten waren. Denn die vorliegende Untersuchung bestätigt nicht nur kognitive Beeinträchtigungen, sondern auch, dass es in der aktuellen Stichprobe Kinder mit normal entwickelter Intelligenz gab. Als mögliche Erklärungen für die mehrheitlich unter der Norm liegenden kognitiven Leistungen der Kinder dieser Stichprobe können zum einen der Einfluss der Gene und zum anderen die wenig lernförderliche Umwelt und die mangelnde Förderung durch die Eltern herangezogen werden. Hinsichtlich der Förderung kognitiver Kompetenzen ist bekannt, dass diese für Kinder jeden Alters wichtig ist. Besonders wichtig ist eine gute Förderung allerdings im Kleinkindalter, da Kinder erst die Grundlagen erwerben müssen, um dann darauf aufbauend spezifische Fähigkeiten zu erlernen. Rechtzeitige und frühe Intervention führt so zu besseren Resultaten als verspätet einzelne spezifische Fähigkeiten isoliert zu fördern (Stamm, 2010). Die Förderung beinhaltet auch, in gezielter und angemessener Weise mit den Kleinkindern zu spielen. Es wird schon seit längerer Zeit davon ausgegangen, dass frühkindliches Spielverhalten die kognitive Entwicklung fördert und eng mit dieser zusammenhängt (Bruner, 1972; Piaget, 1952; Reuner & Rosenkranz, 2014, S. 21; Singer, 1973). Es existieren Befunde, die bestätigen, dass das gemeinsame Spielen in Fantasiewelten bei Kindern im Kindergartenalter mit deren kognitiven Fähigkeiten in Zusammenhang steht (Johnson, 1976). Wichtig für die kognitive Entwicklung sind auch sogenannte Als-Ob-Spiele und symbolische Spiele (Belsky & Most, 1981; Reuner & Rosenkranz, 2014, S. 21f.), welche durch die Eltern gut initiiert werden können. Es ist nun denkbar, dass diese bewusste Förderung den Eltern mit ID Schwierigkeiten bereitet und die Förderung und Unterstützung der kognitiven Entwicklung der Kinder bereits in den ersten Monaten und Lebensjahren nicht ausreichend sind. Erwähnt sei an dieser Stelle, dass im weiteren Verlauf der Diskussion

einige Befunde dieser Untersuchung zur Qualität der häuslichen Umgebung beschrieben werden, welche diese Probleme abbilden. Die mangelnde Förderung kann auch Teil der Erklärung für die niedrigen Werte in den kognitiven Leistungen bei den älteren Kindern sein. Da bestätigt ist, dass Aufgaben, die die Informationsverarbeitung beanspruchen wie die Aufmerksamkeit für Neues, Habituation, Gedächtnis und Problemlösen, nachweislich mit der späteren kognitiven Leistungsfähigkeit und Ergebnissen in Intelligenztests im Zusammenhang stehen (Bornstein & Sigman, 1986; Colombo & Frick, 1999; Dougherty & Haith, 1997; Kail, 2000; Reuner & Rosenkranz, 2014, S. 22; Schatz, Kramer, Ablin, & Matthay, 2000). Bei der Diskussion der Befunde zur kognitiven Entwicklung der Kinder ist wichtig zu bedenken, dass hier nicht differenziert werden kann, was den stärkeren Einfluss auf die kognitive Entwicklung der Kinder hat, die elterlichen Gene oder die Umwelt (s. Kapitel 2.2). Dies ist nicht möglich zu bestimmen, da diese beiden Faktoren in einer engen wechselseitigen Beziehung stehen und der Einfluss nicht isoliert voneinander betrachtet werden kann. Es kann also auch in dieser Untersuchung nicht unterschieden werden, zu welchen Anteilen die elterlichen Gene und die Umwelt des Kindes Einfluss auf die kognitive Entwicklung nimmt.

Die Befunde hinsichtlich der sprachlichen Kompetenzen sind ähnlich einzuordnen wie die Resultate der kognitiven Kompetenzen. Es zeigte sich ebenfalls große Variabilität in den Leistungen der Kinder, der Großteil der Kinder lag jedoch auch hier mit den Leistungen unter dem Mittelwert der Norm. Bei den Kleinkindern wurde sowohl die expressive als auch die rezeptive Sprache untersucht, da beide unterschiedliche Fertigkeiten erfordern, die sich getrennt voneinander entwickeln können. Es war durchaus vorstellbar, dass ein Kind in einem Bereich schon weiterentwickelt ist als in einem anderen (Reuner & Rosenkranz, 2014, S. 24). Allerdings zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der expressiven und der rezeptiven Sprache bei den Kleinkindern. Der Vergleich zwischen den Leistungen der drei Kohorten zeigte, dass die Vorschulkinder signifikant bessere Leistungen in den sprachlichen Kompetenzen erzielten als die Kohorte der Kleinkinder. Signifikante Geschlechterunterschiede bestanden nicht. Die hier aufgezeigten sprachlichen Probleme und Sprachverzögerungen der Kinder decken sich mit den Resultaten internationaler Forschungen zu Kindern von Eltern mit ID (Emerson & Brigham, 2014; Feldman et al., 1985; Peterson et al., 1983; Tymchuk & Andron, 1992). Die eben vorgenommene theoretische Einbettung der Befunde zu den kognitiven Kompetenzen der Kinder und dem elterlichen Einfluss gilt ebenso für die sprachlichen Leistungen und diesbezüglichen Befunde, da die Sprache als ein Teil der kognitiven Kompetenzen angesehen werden kann. Bei den Vorschul- und Schulkindern

wurden die sprachlichen Leistungen auch im Rahmen der kognitiven Kompetenzen erhoben. Bekannt ist inzwischen, dass es hinsichtlich des Alters, in welchem Kinder Sprache erlernen, zwar eine große Streuung gibt, doch die Abfolge der Stufen der Sprachentwicklung gilt als gesichert. Der Grad, in dem neue Wörter erlernt werden, wird sowohl von genetischen Faktoren beeinflusst als auch von der Möglichkeit des Kindes, in wechselseitigem sprachlichen Austausch mit Bezugspersonen zu stehen (Bloom, 1989; Reuner & Rosenkranz, 2014, S. 26). Wie stark jeweils der Anteil ist, kann nicht gesagt werden. Was mit Sicherheit gesagt werden kann, ist, dass aufgrund der eigenen sprachlichen Defizite der Eltern wenig sprachliche Kommunikation und Interaktion mit den Kindern erfolgt. Dieser Mangel an sprachlicher Stimulation und Förderung kann maßgeblich für die Entwicklungsverzögerungen der Kinder in diesem Bereich verantwortlich sein.

Insgesamt zeigten die Befunde zu den adaptiven Kompetenzen ebenfalls, dass der Großteil der Kinder Leistungen unter der Norm erlangte. Es bestanden keine statistisch bedeutsamen Geschlechterunterschiede in den adaptiven Kompetenzen. Der Vergleich des Gesamtwertes adaptiver Kompetenzen der drei Alterskohorten ergab, dass die Kleinkinder signifikant besser waren als die Vorschul- und Schulkinder. Hinsichtlich der drei Bereiche der adaptiven Kompetenzen wurde sichtbar, dass die jeweiligen Mittelwerte dieser Bereiche unterhalb des Mittelwerts der Normstichprobe lagen. Die Kinder erzielten in den praktischen adaptiven Kompetenzen signifikant höhere Leistungen als in den konzeptuellen adaptiven Kompetenzen. In den drei Unterbereichen war der Unterschied zwischen den Kohorten signifikant. So bestätigen die Befunde, dass relativ gesehen die Kleinkinder in den konzeptuellen adaptiven Kompetenzen altersentsprechend besser sind als die Vorschul- und die Schulkinder.

In den sozialen adaptiven Kompetenzen waren die Kleinkinder ebenfalls altersentsprechend signifikant besser als die Vorschulkinder und auch in den praktischen adaptiven Kompetenzen erzielten die Kleinkinder höhere Leistungen als die Vorschul- und die Schulkinder. Bezüglich der Unterdimensionen stellen die Befunde heraus, dass einzig in den motorischen Fähigkeiten⁵ die Kinder einen Wert erreichten, welcher im Normbereich lag. Die Werte der weiteren neun Dimensionen befanden sich unter dem Mittelwert der Normierungsstichprobe. So sind die Kinder im Bereich Motorik signifikant besser als in allen anderen Dimensionen. Dieser Befund überrascht nicht, läuft bei der

⁵ Hierbei handelt es sich um die motorischen Fähigkeiten/Dimension *Motorik*, welche im Rahmen der adaptiven Kompetenzen erhoben wurden, dies ist nicht zu verwechseln mit der Motorik, welche mit dem *Bayley-III* bei den Kleinkindern untersucht wurde.

motorischen Entwicklung auch viel selbstständig ab, da sie durch ein Zusammenspiel von Reifungs-, Lern- und Erfahrungsprozessen erfolgt (Ahnert, 2005). Die Kleinkinder erreichten in allen Dimensionen signifikant höhere Werte als die beiden anderen Kohorten. Nur in der Motorik unterschieden sich die Kleinkinder in ihren Leistungen nicht signifikant von denen der Vorschulkinder. Deutlich wird, dass sich die Werte insgesamt verschlechtern, die Werte der Vorschulkinder waren niedriger als die Werte der Kleinkinder. Insgesamt gab es keine großen Unterschiede zwischen den Vorschul- und den Schulkindern, die Leistungen der Kinder nehmen mit zunehmendem Alter nicht wesentlich ab bzw. zu, die Differenz ist nicht so groß wie zu den Leistungen der Kleinkinder. Es kann angenommen werden, dass die insgesamt besseren Leistungen der Kleinkinder im Vergleich zu den anderen beiden Kohorten nur aufgrund der höheren Werte in der Motorik zustande kamen. Da die Leistungen in der Dimension Motorik bei den älteren Kindern nicht mehr gemessen wurde, muss die Interpretation, dass die Kleinkinder in den Unterdimensionen der adaptiven Kompetenzen signifikant besser waren als die Vorschul- und Schulkinder, mit Vorsicht erfolgen. Diese Befunde zu den adaptiven Kompetenzen von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern sind erstmalig und bieten eine Erweiterung der aktuellen Forschungslage zu den adaptiven Kompetenzen von Kindern von Eltern mit ID.

Zusammenfassend lässt sich für die Beantwortung von Frage 1 festhalten, dass in der vorliegenden Untersuchung aufgezeigt werden konnte, dass sich Kinder von Eltern mit ID im Vergleich zur Norm unterschiedlich entwickeln und divergierende Leistungen in den untersuchten Kompetenzen aufweisen, die Mehrheit sich jedoch schlechter entwickelt. Die Befunde dieser Studie, dass es Kinder gibt, die nicht nur in einer der untersuchten Kompetenzen Entwicklungsverzögerungen aufweisen, sondern in mehreren Kompetenzen Probleme zeigten, lässt sich aufgrund der allgemeinen entwicklungspsychologischen Annahmen erklären, dass die wesentlichen Entwicklungsbereiche miteinander auch zusammenhängen und sich in Abhängigkeit voneinander ausbilden. Die Resultate der Studie, dass bei einigen Kindern eine motorische Entwicklungsstörung beispielsweise in Verbindung mit einer Entwicklungsstörung im kognitiven oder sprachlichen Bereich auftritt, lässt sich demnach begründen (Alloway & Temple, 2007; Gillberg & Kadesjö, 2000; Kastner & Petermann, 2010). Die Ergebnisse dieser Untersuchung stehen in Übereinstimmung mit internationalen Befunden. So treten in vielen Untersuchungen ebenfalls bei der Mehrheit der untersuchten Kinder Entwicklungsbeeinträchtigungen auf, im Vergleich mit der Norm zeigten sich oft signifikante Unterschiede in den

wesentlichen Entwicklungsbereichen (Feldman & Walton-Allen, 1997; Keltner et al., 1999; McConnell et al., 2003; Mørch et al., 1997; Powell & Brandeis, 2017). Allerdings traf dies nicht für alle Kinder zu. Zusammenfassend kommt demnach ein heterogenes Bild kindlicher Entwicklungsverläufe zustande. Diese Ergebnisse erhalten durch Befunde Unterstützung, welche ebenso differente Entwicklungsverläufe von Kindern von Eltern mit ID belegen (McConnell et al., 2003; Aunos & Feldman, 2002; Llewellyn & McConnell, 2002). Die Befunde der vorliegenden Studie lassen resümieren, dass nicht vereinheitlicht gesagt werden kann, wie Kinder von Eltern mit ID sich allgemein entwickeln und wie ihre Kompetenzen insgesamt im Vergleich zur Norm ausgeprägt sind. Es ergibt sich also für Hypothese 1a, dass diese partiell bestätigt werden kann, da die untersuchten Kinder teilweise schwächere Leistungen zeigen als die Norm, dies jedoch nicht auf ausnahmslos alle Kinder zutrifft.

Aufgrund entwicklungspsychologischer Aussagen wurde von einer Zunahme von Schwierigkeiten und Entwicklungsverzögerungen mit ansteigendem Alter der Kinder ausgegangen (Hypothese 1b). Ebenso wurde dies angenommen, da internationale Studien zur Entwicklung von Kindern von Eltern mit ID darauf hindeuten, dass sich Probleme in der Entwicklung oft erst ab einem Alter von zwei Jahren manifestieren (Keltner et al., 1999). Die Befunde dieser Arbeit ergaben, dass, im Vergleich bezogen auf die jeweiligen Altersnormen, kaum signifikante Differenzen zwischen jüngeren und älteren Kindern hinsichtlich ihrer Leistungen bestanden. In wenigen Fällen weisen die Befunde auf signifikante Mittelwertdifferenzen in den sprachlichen und den adaptiven Kompetenzen zwischen den Kohorten hin, welche die vorsichtige Interpretation einer Tendenz zulassen, dass die Kinder mit zunehmendem Alter immer stärker von der Norm abweichen. Die Befunde zu den kognitiven Leistungen zu dieser Hypothese wurden bereits dargestellt. Es wird nicht angenommen, dass die älteren Kinder signifikant schlechtere Leistungen in diesen erzielen als die jüngeren Kinder. Die Hypothese 1b kann demnach nur teilweise bestätigt werden, da sich nur wenige statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Leistungen in den einzelnen Kompetenzen der Kohorten finden ließen. Eine mögliche Erklärung für diesen erwartungswidrigen Befund kann darin bestehen, dass das Hilfesystem, in welchem die Kinder leben, ausreichend Sorge dafür trägt, dass eine umfangreiche und adäquate Förderung der Kompetenzen erfolgt, von denen insbesondere anzunehmen ist, dass die Eltern keine angemessene Hilfestellung und Förderung anbieten können. Aufgrund der Stabilität des Hilfesystems und der bereits langjährigen Betreuung, gelingt es, die Kinder über einen langen Zeitraum hinweg zu unterstützen und zu fördern, so dass diese zwar bestehende Defizite nicht aufholen können

und einige nicht ihrem Alter entsprechend entwickelt sind, aber dass sich ihre Leistungen auch nicht mit zunehmendem Alter stetig verschlechtern. Neben dem speziellen Hilfesystem *der Begleiteten Elternschaft*, welches hier kompensatorisch wirkt, sind es die allgemeinen Fördersysteme wie Kindertagesstätten und Schulen, welche die Kinder in ihrer Entwicklung unterstützen.

An dieser Stelle muss bedacht werden, dass sich die Stichprobe – aufgrund der Tatsache, dass die *Begleitete Elternschaft* eine größere Anzahl an Familien mit jüngeren Kindern betreut – aus weniger älteren als aus jüngeren Kindern zusammensetzte und mögliche Effekte nicht sichtbar wurden, da der Signifikanz-Wert stark von der Qualität der Daten in der Gruppe mit weniger Kindern (n) beeinflusst wird. Dies könnte in nachgehenden speziellen Untersuchungen mit einer größeren Anzahl an älteren Kindern überprüft werden.

Fragestellung 2: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Gesundheit, dem Wohlbefinden und den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder? Gibt es signifikante Unterschiede in den untersuchten Kompetenzen zwischen gesunden Kindern und Kindern, die körperlich behindert, chronisch erkrankt sind oder Verhaltensauffälligkeiten aufweisen?

Aufgrund theoretischer und empirischer Erkenntnisse wurde untersucht, ob Zusammenhänge zwischen der Gesundheit der Kinder, ihrem Wohlbefinden und ihrer Kompetenzentwicklung bestehen. Infolge der Befunde kann nur eingeschränkt bestätigt werden, dass bedeutsame Zusammenhänge zwischen der Gesundheit, dem Wohlbefinden und den hier untersuchten Kompetenzen der Kinder bestehen (Hypothese 2a), da sich lediglich ein schwacher negativer Zusammenhang zwischen einer körperlichen Behinderung und den praktischen adaptiven Kompetenzen der Kleinkinder zeigte. Das Gleiche gilt für die Frage nach möglichen Unterschieden in den untersuchten Kompetenzen zwischen gesunden Kindern und Kindern mit Erkrankungen (Hypothese 2b), hier wurde nur ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen den Kindern mit und ohne körperliche Behinderung hinsichtlich der praktischen adaptiven Kompetenzen festgestellt. Kinder ohne körperliche Behinderungen waren signifikant besser in den praktischen adaptiven Kompetenzen. Bei dem Gruppenvergleich der Kinder mit bzw. ohne Verhaltensauffälligkeiten zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied, hier hinsichtlich der konzeptuellen adaptiven Kompetenzen. Es kann nicht bestätigt werden, dass sich für diese Stichprobe ein Hinweis auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem

persönlichen Wohlbefinden der Kinder und den hier untersuchten Kompetenzen ergab (Hypothese 2c). Dieser Befund bestätigt nicht die Annahme, dass Wohlbefinden und Kompetenzentwicklung positiv zusammenhängen können. Möglicherweise kann für diese Stichprobe angenommen werden, dass vor allem für jüngere Kinder, welche nicht ihrem Alter entsprechend entwickelt sind, der Leistungsaspekt noch keine allzu bedeutende Rolle in ihrem Leben spielt und sich damit nicht wesentlich auf das persönliche Wohlbefinden auswirkt, so dass sich kein Zusammenhang zwischen hohen Kompetenzen und einem hohen Wohlbefinden dieser Kinder zeigte. Anzunehmen ist, dass dies verstärkt ab einem höheren Alter eine Rolle spielt. Diesbezüglich kann jedoch keine Aussage getroffen werden, da aufgrund der Altersstruktur der Stichprobe das persönliche Wohlbefinden hauptsächlich bei Kindern bis 14 Jahren gemessen werden konnte. Ebenso kann hier weiter mit Blick auf die Stichprobengröße, welche im Rahmen des persönlichen Wohlbefindens nur Kinder ab acht Jahren beinhaltet ($n = 28$), argumentiert werden, dass diese möglicherweise zu klein und damit zu wenig sensitiv war, um einen entsprechend kleinen oder moderaten Effekt als signifikant aufzuzeigen. Da es diesbezüglich keine repräsentativen Untersuchungen von Kindern von Eltern mit ID gibt, können die Befunde nicht anhand früherer Studien abgeglichen werden.

Fragestellung 3:

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Merkmalen der mütterlichen ID und der gesundheitlichen, motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung sowie den adaptiven Kompetenzen der Kinder?

Die Befunde der explorativen Korrelationsanalysen⁶ im Rahmen der Hypothesen 3a und 3b zeigten, dass jeweils die kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Mütter signifikant positiv mit den kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Kinder korrelierten. Erwartungsgemäß korrelierten insbesondere die kognitiven Kompetenzen von Mutter und Kind hoch miteinander, ebenso wie die adaptiven Kompetenzen von Mutter und Kind. Dieses Befundmuster war zu erwarten, sind zum einen positive Korrelationen zwischen den kognitiven Kompetenzen von Eltern und Kindern bestätigt (Amelang, Bartussek, Stemmler, & Hagemann, 2006, S. 465) und zum anderen lernen Kinder durch Interaktionen mit der Mutter und durch Methoden wie Nachahmung oder protodeklaratives

⁶ Wenn sich aus der vorangegangenen Sichtung der Literatur eindeutige Vorannahmen ergeben haben, wurden einige der für diese Untersuchung formulierten Hypothesen entsprechend gerichtet formuliert und getestet.

Zeigen (List, 2011). So kann für die adaptiven Kompetenzen der gleiche positive Einfluss angenommen werden, auch wenn derzeit keine vergleichbaren Untersuchungen für Kinder von Eltern mit ID vorliegen. Ein unerwartet und schwer einzuordnender Befund ist die negative Korrelation zwischen den adaptiven Kompetenzen der Mütter und den kognitiven Kompetenzen der Kinder. Eine mögliche Erklärung könnte an dieser Stelle sein, dass die Kinder von Müttern mit höheren Werten in den adaptiven Kompetenzen weniger Unterstützung durch die *Begleitete Elternschaft* erfahren, da davon ausgegangen wird, dass diese Mütter besser alleine zurechtkommen als Mütter mit niedriger ausgebildeten adaptiven Kompetenzen. So erhält das Kind weniger Unterstützung und Förderung von außen und dies führt zu niedrigeren Werten in den kognitiven Kompetenzen. Da keine vergleichbaren Studien zu Zusammenhängen zwischen adaptiven Kompetenzen von Mutter und Kind unter den Bedingungen einer ID existieren, ist es nicht möglich, die Befunde dieser Untersuchung abzugleichen.

Die Hypothesen 3a und 3b können aufgrund der Befunde in Bezug auf die adaptiven und die kognitiven Kompetenzen der Kinder bestätigt werden, da diese signifikant mit denen der Mütter assoziiert waren. Nicht bestätigt werden die Hypothesen dagegen hinsichtlich der sprachlichen Kompetenzen der Kinder, da diese wiederum nicht signifikant mit den adaptiven und den kognitiven Kompetenzen der Mütter korrelierten. Warum die sprachlichen Kompetenzen hier nicht signifikant assoziiert waren, kann an dieser Stelle nicht abschließend beantwortet werden.

Die Hypothese 3c, in welcher formuliert wurde, dass die physische und psychische Gesundheit der Mütter signifikant positiv mit der Gesundheit und den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder korreliert, wurde durch die Befunde bestätigt. Hinsichtlich des Einflusses auf die Gesundheit der Kinder kann die Hypothese angenommen werden, da die subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit der Mutter mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder signifikant positiv zusammenhängt. Entgegen der Annahmen zeigten sich jedoch keine signifikanten Korrelationen zwischen der subjektiv wahrgenommenen psychischen Gesundheit der Mutter und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder. Mögliche Gründe können auch hier in der Tätigkeit der Betreuenden der *Begleitenden Elternschaft* liegen, da es ihnen im Rahmen ihrer (fast) täglichen Arbeit gelingt, negative Einflüsse durch die psychische Erkrankung der Mutter auf das Kind abzuschwächen. Ist die psychische Erkrankung der Mutter bekannt, können ergänzende Unterstützungsmaßnahmen eingesetzt werden. Die subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit der Mutter korrelierte ebenfalls signifikant positiv mit allen erhobenen Kompetenzen der

Kinder, dabei handelte es sich nicht immer um die Gesamtgruppe der Kinder, sondern teilweise nur, wie bei den praktischen adaptiven Kompetenzen, um die Kohorte der Schulkinder. Die subjektiv wahrgenommene psychische Gesundheit der Mutter korrelierte einzig mit den praktischen adaptiven Kompetenzen der Schulkinder. Die Daten geben keinen zusätzlichen Hinweis auf weitere signifikante Zusammenhänge mit der subjektiv wahrgenommenen psychischen Gesundheit der Mutter. Dieser Befund ist nicht erstaunlich, eine Studie von Berger et al., (2010) findet im Hinblick auf die mentale Gesundheit der Mütter, dass der Gesamtindex des adaptiven Verhaltens der Kinder nicht mit der mentalen Gesundheit der Mütter in statistisch signifikantem Zusammenhang steht. Allerdings wurden in der Untersuchung von Berger et al. (2010) die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern dann besser eingeschätzt, wenn die mentale Gesundheit der Mütter besser ist, was auf einen positiven Zusammenhang hindeutet.

Aufgrund der empirischen und theoretischen Basis wurde angenommen, dass das Auftreten von familiären Risikofaktoren signifikant negativ mit der Gesundheit der Kinder und den motorischen, kognitiven, sprachlichen und adaptiven Kompetenzen der Kinder korreliert (Hypothese 3d). Da zahlreiche Forschungen einen negativen Einfluss von Risikofaktoren auf die kindliche Entwicklung bestätigen (Egle et al., 1997, S. 693; Deege-ner & Körner, 2008, S. 24; Lohaus, 2013, S. 242f.), erfolgte eine einseitige Hypothesen- testung. Aufgrund der Befunde kann nun angenommen werden, dass die Kinder dieser Stichprobe niedrigere Werte in den untersuchten Kompetenzen zeigten, wenn bestimmte familiäre Risikofaktoren auftraten. Dies betraf jedoch nicht alle untersuchten Bereiche. So ergibt sich für Hypothese 3d, dass diese nur mit Einschränkungen bestätigt werden kann. Zum einen liegt dies daran, dass mit der Gesundheit und der Sprache der Kinder keine signifikanten Zusammenhänge bestanden und zum anderen daran, dass einige der gefundenen signifikanten Korrelationen eine unerwartete Richtung aufwiesen und nicht entgegengesetzt (negativ), sondern gleichgerichtet (positiv), waren. Dies gilt für den signifikanten Zusammenhang zwischen den feinmotorischen Kompetenzen der Kleinkinder und dem Risikofaktor von Misshandlungs-, Vernachlässigungs- und Miss- brauchserfahrungen der Mutter in der eigenen Kindheit. Hier zeigte sich eine positive Korrelation. Dies ist ein schwierig einzuordnender Befund, denn es zeigten sich nicht die gemäß der Hypothese 3d erwarteten Effekte. Es können mit großer Vorsicht Über- legungen angestellt werden, welche beinhalten, dass Mütter, welche selber schlechte Erfahrungen in ihrer Kindheit gemacht haben, ihre Kinder vor diesen bewahren wollen und diese besonders unterstützen. Diese Unterstützung können die Mütter aber mög- licherweise mit zunehmendem Alter der Kinder nicht mehr in ausreichendem Maße

gewährleisten, da sie komplexer wird und über reine Versorgungsleistungen hinausgeht. Denkbar wäre außerdem, dass Mütter mit Missbrauchserfahrung insgesamt weniger sprechen und insbesondere nicht über Gefühle. Dafür scheinen sie oft ruheloser und agieren mehr, dies wiederum kann dazu führen, dass die Bewegung der Kinder verstärkt angeregt wird. Dies könnten Erklärungen dafür sein, dass dieser Zusammenhang nur bei den Kleinkindern in der motorischen Entwicklung auftritt. Allerdings ist dies spekulativ, denn die Forschungen deuten darauf hin, dass diese Erlebnisse der Eltern in ihrer Kindheit als Risikofaktor angesehen werden müssen (McGaw et al., 2007). Eine andere, bereits bei Hypothese 3c angesprochene alternative Erklärung kann darin bestehen, dass die Fachpersonen der *Begleiteten Elternschaft* bei den Müttern, von denen bekannt ist, dass sie eigene Missbrauchserfahrungen gemacht haben, engmaschiger betreuen und auch die Kinder verstärkt unterstützen. Ebenfalls nicht hypothesenkonforme Befunde ergeben sich aufgrund der positiven Zusammenhänge zwischen den kognitiven Kompetenzen der Kinder und dem Risikofaktor einer bereits bekannten psychischen Erkrankung der Mutter. Eine Erklärung könnte sein, dass psychisch kranke Mütter öfter unzuverlässig und unberechenbar sind und/oder Hilfe benötigen. Daher entwickeln Kinder schon früh kognitive Fähigkeiten, die eine Anpassung an diese Situation erlauben. Des Weiteren können auch ähnliche Erklärungsversuche herangezogen werden, wie bei den vorangegangenen Hypothesen, um die gewonnenen Ergebnisse zu diskutieren. So sind möglicherweise die Fachpersonen der *Begleiteten Elternschaft* bei diesem Thema ebenfalls besonders sensibilisiert und achten auf diese Familien und Kinder verstärkt. Eine weitere mögliche Alternativerklärung könnte sein, dass Menschen mit ID oft unterdiagnostiziert sind und weitaus mehr Menschen mit ID unter psychischen Erkrankungen leiden als bekannt ist. Dies würde konkret beinhalten, dass sie infolge ihrer Erkrankung viel mehr Hilfe und Unterstützung benötigen als sie erhalten. Ist nun aber die psychische Erkrankung der Mutter bekannt, kann dies mit großer Vorsicht als ein „Schutzfaktor“ für das Kind interpretiert werden, da dann entsprechend interveniert wird und die Kinder verstärkt unterstützt werden.

Bei der Beeinflussung der adaptiven Kompetenzen der Kinder durch familiäre Risikofaktoren ist es der Risikofaktor einer unerwünschten Schwangerschaft, welcher einen unerwarteten positiven Zusammenhang mit dem Gesamtwert adaptiver Kompetenzen der Kleinkinder aufwies. Auch an dieser Stelle kann nur eine Vermutung angestellt werden, die ebenfalls wieder die Unterstützung durch Fachpersonen betrifft. So zeigen diese, wenn bekannt ist, dass es sich um eine unerwünschte Schwangerschaft handelt, möglicherweise verstärkte Präsenz im Alltag und dies vor allem bei Säuglingen und

Kleinkindern. Das könnte die positive Korrelation mit den adaptiven Kompetenzen der Kleinkinder erklären. Der Vergleich mit anderen Studien zum Einfluss von Risikofaktoren auf die Entwicklung von Kindern von Eltern mit ID ist kaum möglich, da die meisten Studien Befunde hinsichtlich Armut, soziale Isolation und schlechter Wohnverhältnisse berichten. Diese Faktoren stellen für die vorliegende Stichprobe als eine Population, welche in einem Unterstützungssystem lebt, ein geringes Risiko dar. Insgesamt lässt sich bezüglich der Fragestellung 3 konstatieren, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung ähnliches widerspiegeln, wie es dem aktuellen Forschungsstand zu Elternschaft und kindlicher Entwicklung unter den Bedingungen einer elterlichen ID zu entnehmen ist. So konnte in anderen Studien auch gezeigt werden, dass einerseits Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der elterlichen ID und der kindlichen Entwicklung bestehen (Emerson & Brigham, 2014; Feldman & Walton-Allen, 1997), andererseits sind diese jedoch nicht immer zwingend für alle Merkmale der ID gegeben bzw. erweisen sich nicht alle Merkmale der ID als signifikante Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung.

Fragestellung 4: Gibt es signifikante Unterschiede zwischen der Entwicklung der Kinder von Müttern, bei denen die Merkmale der ID weniger stark ausgeprägt sind und der Entwicklung der Kinder von Müttern, bei denen diese stärker ausgeprägt sind?

Aufgrund der Resultate kann für diese Untersuchung bestätigt werden, dass Kinder von Müttern mit höheren kognitiven und adaptiven Kompetenzen signifikant höhere Leistungen in den kognitiven und adaptiven Kompetenzen zeigten als Kinder von Müttern mit niedrigeren Werten in diesen Kompetenzen (Hypothese 4a). Hingegen kann die Hypothese 4b, dass Kinder von Müttern mit höheren Werten in der Gesundheit eine bessere Gesundheit und signifikant höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen zeigten als Kinder von Müttern mit niedrigeren Werten in der Gesundheit, nur teilweise bestätigt werden, da sich nur bezüglich der körperlichen Gesundheit der Mutter signifikante Gruppenunterschiede in der kindlichen Entwicklung zeigten. Diese betrafen die kognitiven Kompetenzen und die psychische Gesundheit der Kinder. Die Ausprägungen der psychischen Gesundheit der Mutter führen nicht zu bedeutsamen Unterschieden in der kindlichen Entwicklung. Die Hypothese 4c muss verworfen werden, da es keine signifikanten Gruppenunterschiede gibt. Kinder von Müttern, bei denen keine familiären Risikofaktoren auftraten, zeigten demnach keine bessere Gesundheit und auch ihre Leistungen in den untersuchten Kompetenzen waren nicht signifikant höher als von Kindern, bei denen ein oder mehrere Risikofaktoren bei der Mutter vorkamen.

Bevor die Ergebnisse der Fragestellung 5 interpretiert und diskutiert werden, sei im Vorfeld erwähnt, dass die deskriptiven Ergebnisse zu den Leistungen der Mütter in der elterlichen Performanz in dieser Ergebnisdiskussion nicht umfassend interpretiert werden können und nur da, wo es von besonderem Interesse ist, indikativ skizziert werden.

Hinsichtlich der Qualität der häuslichen Umgebung verdeutlichen die deskriptiven Ergebnisse, dass insgesamt festzuhalten ist, dass diese den Müttern relativ gut gelingt. Dies gilt vor allem für die Kohorte der Kleinkinder, hier bewältigen die Mütter die elterlichen Rollenanforderungen noch in normgerechtem Ausmaß. Bei der Kohorte der Vorschulkinder zeigten sich erste Schwierigkeiten bei der Bewältigung, welche sich bei der Kohorte der Schulkinder noch verstärken. Die Resultate lassen erkennen, dass es vor allem die Teilleistungen und Anforderungen waren, die den Müttern verstärkt Schwierigkeiten bereiteten, welche die angemessene Stimulation der kindlichen Entwicklung, die bewusste Förderung und Forderung der Kinder sowie die gezielte Bestärkung des Kindes betreffen. Vergleichbare Befunde bestätigen andere Untersuchungen, in welchen ungenügende Anregung oder sogar die Unfähigkeit der Mutter, das Verhalten der Kinder zu kontrollieren, festgestellt wurde (Mørch et al., 1997). Es muss an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass es sich bei der Stichprobe dieser Untersuchung um eine Inanspruchnahmepopulation handelt und die Mütter in ihrem Erziehungsverhalten und bei der Versorgung ihrer Kinder in regelmäßigen Abständen von Fachpersonen unterstützt und begleitet werden. Auch das Umfeld der Eltern und der Kinder wird maßgeblich von den Fachpersonen mitgestaltet, so dass ausreichend Spielzeug und eine angemessene Lernumgebung vorhanden sind. Es kann also angenommen werden, dass die Ergebnisse aufgrund dessen positiver ausfielen. Bei Familien ohne regelmäßige professionelle Unterstützung würde sich wahrscheinlich ein negativeres Bild abzeichnen. Diese Annahme legen auch Befunde von Studien nahe, welche bestätigen, dass die Qualität der häuslichen Umgebung besser ist, wenn die Eltern in engen Betreuung- und Unterstützungssystemen leben (Aunos et al., 2008; Sterling, 1998; Wise, 1997).

Hinsichtlich der Befriedigung kindlicher Bedürfnisse lassen die Befunde erkennen, dass es einigen der untersuchten Mütter, trotz regelmäßiger Unterstützung, sehr schwer gefallen ist, ihren Haushalt angemessen zu führen. Die Konsequenz dessen war, dass die Wohnungen und hygienischen Verhältnisse oft weit unterhalb des Standards lagen. Auch diese Ergebnisse gehen mit bereits bestehenden Befunden konform, welche bestätigen, dass eine Vernachlässigung der Kinder einschließlich schlechter Ernährung und mangelhafter Hygiene vorkommen kann (Mørch et al., 1997). Insgesamt konnte die

Bedürfnisbefriedigung durch die Mütter dieser Stichprobe jedoch größtenteils gesichert werden.

Fragestellung 5: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der elterlichen Performanz und der gesundheitlichen, motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung sowie den adaptiven Kompetenzen der Kinder?

Die Befunde bestätigen die Hypothese 5a zu großen Teilen, da die Qualität der häuslichen Umgebung mit einigen der untersuchten Kompetenzen, wie angenommen, signifikant positiv korrelierte. Es waren die motorischen und kognitiven Kompetenzen der Kleinkinder, ebenso die kognitiven Kompetenzen der Vorschulkinder. Hinsichtlich der Alltagskompetenzen waren es die praktischen adaptiven Kompetenzen der Schulkinder, welche positiv mit der Qualität der häuslichen Umgebung korrelierten. Auch andere internationale Studien geben Hinweise darauf, dass signifikante positive Korrelationen zwischen der Qualität der häuslichen Umgebung und der Entwicklung von Kindern von Eltern mit ID, insbesondere im kognitiven Bereich, bestehen (Feldman et al., 1985; Feldman, & Walton-Allen, 1997).

Für die Hypothese 5b ergibt sich, dass die Befriedigung der kindlichen Grundbedürfnisse durch die Mutter im Bereich „Obdach“ wie erwartet signifikant negativ mit den kognitiven Kompetenzen der Vorschulkinder ebenso wie mit den sprachlichen Kompetenzen aller Kinder korrelierte. Die Bedürfnisbefriedigung im Bereich Obdach korrelierte auch signifikant negativ mit den sozialen adaptiven Kompetenzen der Vorschulkinder. Diese Resultate werden durch Studien unterstützt, welche insgesamt bestätigen, dass es bei mangelhaftem Zustand der Wohnung und Vernachlässigungen in diesem Bereich zu ungünstigen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung kommen kann (Deegener & Körner, 2008). Ein unerwarteter Befund zeigte sich in der signifikanten positiven Korrelation zwischen den konzeptuellen adaptiven Kompetenzen der Kinder der Gesamtstichprobe und der Bedürfnisbefriedigung durch die Mutter im Bereich der „Hygiene“. Das bedeutet, bei Vernachlässigungen im Bereich der Hygiene haben die Kinder höhere Werte in den konzeptuellen adaptiven Kompetenzen. An dieser Stelle kann eine ähnliche Erklärung greifen wie bereits bei der psychischen Erkrankung der Mutter herangezogen wurde, nämlich dass, wenn Kinder, die vernachlässigt werden und in unhygienischen Umständen leben, selbstständig schneller eine Art Selbstversorgung entwickeln, indem sie sich beispielsweise kleine Bereiche schaffen, die sie sauber halten, Dinge verstecken, die ihnen wichtig sind oder Reinigungsrituale mit ihren Puppen vollziehen.

Fragestellung 6: Gibt es signifikante Unterschiede zwischen der Entwicklung der Kinder von Müttern, denen die elterliche Performanz besser gelingt und der Entwicklung der Kinder von Müttern, denen diese weniger gut gelingt?

Auch im Rahmen der Hypothesen 6a und 6b waren Gruppenunterschiede von Interesse. Signifikant höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen zeigten Kinder von Müttern, die höhere Werte in der Qualität der häuslichen Umgebung erreichten. Hingegen erreichten die Kinder von Müttern mit niedrigeren Werten in der Qualität der häuslichen Umgebung schlechtere Ergebnisse. Dies zeigte sich für die kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Kinder, so gilt die Hypothese 6a als teilweise bestätigt.

Nicht hypothesenkonform sind die Befunde hinsichtlich der Hypothese 6b, so dass diese verworfen werden muss. Die Befunde ergaben weder hinsichtlich der gesundheitlichen Situation der Kinder noch in einer der untersuchten Kompetenzen signifikante Gruppenunterschiede. Demnach bestehen diesbezüglich keine Unterschiede zwischen den Kindern aus der Gruppe, in der alle Bedürfnisse durch die Mütter angemessen befriedigt werden und den Kindern aus der Gruppe, bei welcher dies nicht in ausreichendem Maße geschieht. An dieser Stelle muss bedacht werden, dass es sich bei den Aspekten der Bedürfnisbefriedigung um Vernachlässigungen aus dem Bereich des Obdachlosen und der Hygiene handelte, die anderen Bereiche wurden aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht in die Analyse eingeschlossen (s. Kapitel 8.10.3). Es kann demnach sein, dass Vernachlässigungen in diesen beiden Bereichen zu „harmlos“ sind, als dass sie so starke negative Auswirkungen auf die Leistungen der Kinder in den untersuchten Kompetenzen haben, dass sie sich hier in signifikanten Gruppenunterschieden zeigen. Es kann jedoch angenommen werden, dass es andere Aspekte der Bedürfnisbefriedigung gibt, wie beispielsweise starke Vernachlässigungen oder Misshandlungen, Gewalt oder mangelhafte Ernährung, welche sich an dieser Stelle als statistisch bedeutsam erwiesen hätten. Dies kann hier nicht abschließend geklärt werden. Es gilt demnach, dass die Ergebnisse mit großer Vorsicht zu interpretieren sind, da zum einen kein normiertes Testverfahren eingesetzt wurde und zum anderen die vorgenommenen Erklärungen auch nur für die in dieser Untersuchung erfassten Aspekte der Bedürfnisbefriedigung gelten. Vergleicht man diese Befunde mit anderen Studienergebnissen, zeigt sich, dass diese hinsichtlich der Kompetenzen von Mutter und Kind vergleichbar sind (Bradley et al., 2001a, 2001b). Studien zu Risikofaktoren für die kognitiven Kompetenzen von Kindern zeigen einen signifikanten Einfluss hinsichtlich der Anzahl der Risikofaktoren auf die kognitiven Leistungen; je mehr Risiken vorliegen, desto geringer

erweist sich die Intelligenz der Kinder. Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass die aktuelle Risikoanzahl nicht nur entscheidend für die Höhe des kindlichen IQ ist, sondern auch für dessen Veränderung (Koglin, Janke, & Petermann, 2009). Die Befunde aus der vorliegenden Studie, dass es zwischen den kindlichen Kompetenzen keine Unterschiede in Abhängigkeit der mütterlichen Gesundheit gibt, sind eher unerwartet, da viele Untersuchungen Hinweise darauf geben, dass gesündere Mütter auch gesündere Kinder haben (Coneusa & Spieß, 2012; Seyda & Lampert, 2009).

Fragestellung 7:

Wie stark sind die ermittelten Einflüsse der Merkmale mütterlicher ID und der elterlichen Performanz auf die hier untersuchten Kompetenzen der Kinder?

Im Rahmen der Hypothese 7 wurde untersucht, ob zuvor identifizierte spezifische Merkmale mütterlicher ID und elterlicher Performanz gesammelt sinnvoll und substantiell kindliche Entwicklung in den Bereichen Kognition, Sprache und Motorik sowie in den adaptiven Kompetenzen vorhersagen können. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse zu den Prädiktoren diskutiert, vor allem die nicht hypothesenkonformen. Der Abgleich der Variablen mit anderen internationalen Befunden ist schwierig, da repräsentative Studien zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern bisher nicht nach den prädiktiven Werten einzelner Variablen geforscht haben.

Als signifikante Prädiktoren für die kognitiven Kompetenzen der Kinder erwies sich im finalen Regressionsmodell für die Merkmale elterlicher ID wie erwartet der Gesamt-IQ der Mutter, jedoch nur als zweitstärkster Prädiktor. Die stärkste Vorhersagekraft hatte der Gesamtwert adaptiver Kompetenzen der Mutter, allerdings mit unerwarteter entgegengesetzter Richtung. Dieser negative Zusammenhang wurde bereits bei den Korrelationsergebnissen diskutiert. Da bei Regressionen ein gerichteter linearer Zusammenhang angenommen wird, kann die Erklärung aufgegriffen werden, welche bereits bei Hypothese 3a und 3b diskutiert wurde, nämlich, dass die Kinder von Müttern mit höheren Werten in den adaptiven Kompetenzen weniger Unterstützung durch die *Begleitete Elternschaft* erfahren, da davon ausgegangen wird, dass diese Mütter besser alleine zurechtkommen als Mütter mit niedriger ausgebildeten adaptiven Kompetenzen. So erhält das Kind weniger Unterstützung und Förderung von außen und dies führt möglicherweise zu niedrigeren Werten in den kognitiven Kompetenzen. Als weiterer signifikanter Prädiktor für die kognitiven Kompetenzen der Kinder zeigte sich wie erwartet die subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit der Mutter. Bei einem weiteren

Prädiktor handelte es sich um den Risikofaktor des stark erhöhten Nikotinkonsums. Dieser war nur marginal signifikant, trug jedoch so viel Varianz zum Modell bei, dass er im Modell verblieb. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass das Rauchen der Mütter für einige der Kinder negativ ist, in anderen Familien hingegen nicht. Möglicherweise könnte dieser Befund dadurch zustande kommen, dass ein erhöhter Nikotinkonsum ein „Platzhalter“ für weitere Probleme in manchen Familien ist und sich der Risikofaktor damit in einigen Fällen als relevant erwies. Allgemein gibt die Forschung Hinweise, dass diverse Zusammenhänge mit dem Rauchen bestehen. Beispielsweise korreliert Rauchen mit dem Konsum von Alkohol, dem Ernährungsverhalten, mit körperlichen Aktivitäten und der Lebensweise oder (negativ) mit Bildung. Denkbar wäre, dass Mütter, die (aktuell) stark rauchen, möglicherweise auch in der Schwangerschaft geraucht haben. Da gut belegt ist, dass Nikotin in der Schwangerschaft negative Einflüsse auf die kindliche Entwicklung hat, ist es gut vorstellbar, dass der Risikofaktor des erhöhten Nikotinkonsums der Mutter prädiktiv für die verlangsamte kindliche Entwicklung ist. Alternativ kann hier mit Blick auf die Effektstärke auch angenommen werden, dass die Stichprobe zu klein war und der Effekt deshalb nicht die konventionelle Signifikanz erreichte.

Als Aspekte der elterlichen Performanz, welche signifikant prädiktiv für die kognitiven Kompetenzen der Kinder sind, erwies sich die Bedürfnisbefriedigung im Bereich des Obdaches – stärker als die subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit der Mutter – und der Gesamtwert der Qualität der häuslichen Umgebung als genauso stark wie der Gesamt-IQ der Mutter. Im Rahmen der Interpretation und Diskussion der Befunde kann hier festgestellt werden, dass alle drei Prädiktoren ähnlich wichtig und relevant für die kognitiven Kompetenzen der Kinder sind.

Wie erwartet zeigte sich als stärkster signifikanter Prädiktor für die adaptiven Kompetenzen der Kinder der Gesamtwert adaptiver Kompetenzen der Mutter. Hinsichtlich weiterer Merkmale der elterlichen ID erwies sich der Risikofaktor eines stark erhöhten Nikotinkonsums als ein signifikanter Prädiktor für die adaptiven Kompetenzen der Kinder. Der Risikofaktor, dass bereits mindestens ein Kind der Mutter fremdplatziert wurde, ist marginal signifikant für die adaptiven Kompetenzen der Kinder. Der zweitstärkste Prädiktor ist nicht den Merkmalen der elterlichen ID zugehörig, sondern betrifft einen Aspekt der elterlichen Performanz, die Bedürfnisbefriedigung im Bereich der Hygiene. Das Befundmuster, dass die adaptiven Kompetenzen der Mutter stärkster Prädiktor sind, ist in sich schlüssig, da es sich bei den adaptiven Kompetenzen um Fähigkeiten handelt, die erlernbar sind und Kinder hier die Möglichkeit haben, viel durch

Nachahmung zu lernen. Des Weiteren ist nachvollziehbar, dass Mütter, die niedrigere Werte in den Alltagskompetenzen haben, möglicherweise mit der Haushaltsführung und angemessenen Hygienestandards überfordert sind. So kann angenommen werden, dass Kinder, die in schlecht geführten Haushalten leben, einige der Alltagskompetenzen auch nicht ausbilden können, da möglicherweise die Vorbildfunktion oder die Hilfe beim Erlernen hierfür fehlt. Da ein erhöhter Nikotinkonsum, das Fremdplatzieren eines Kindes der Mutter und schlechte hygienische Bedingungen darauf hindeuten können, dass es sich insgesamt um eine ungünstige Lebensführung handelt, was möglicherweise zu Teilen auch auf niedrig ausgebildete adaptive Kompetenzen der Mütter zurückzuführen ist, ist der Befund nicht verwunderlich, dass sich die adaptiven Kompetenzen der Kinder unter diesen Umständen ebenfalls nicht optimal ausbilden können.

Als signifikante Prädiktoren für die sprachlichen Kompetenzen der Kinder erwiesen sich, im Rahmen der Merkmale mütterlicher ID, die subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit der Mutter als stärkster Einflussfaktor. Der zweitstärkste Prädiktor war der Risikofaktor einer bekannten psychischen Erkrankung der Mutter, welcher bereits bei den Korrelationsergebnissen diskutiert wurde. Ein weiterer Risikofaktor ist marginal signifikant, dabei handelt es sich um einen erhöhten Alkoholkonsum der Mutter. Hier können ähnliche Erklärungen greifen, wie bereits bei dem Risikofaktor des stark erhöhten Nikotinkonsums der Mutter diskutiert wurde, denn Alkohol ist hinreichend als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung bestätigt (Deegener & Körner, 2008, S. 24). Signifikant prädiktiv aus dem Bereich der elterlichen Performanz für die sprachlichen Kompetenzen der Kinder war die Bedürfnisbefriedigung durch die Mutter im Bereich Obdach, dies wurde als drittstärkster Einflussfaktor festgestellt.

Die subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit der Mutter, als Merkmal der ID, und die Qualität der häuslichen Umgebung erwiesen sich als signifikante Prädiktoren von (höheren) motorischen Kompetenzen bei den Kleinkindern. Dabei war der Einfluss der Qualität der häuslichen Umgebung ein stärkerer Einflussfaktor als die körperliche Gesundheit der Mutter. Warum es letztendlich nicht mehr Faktoren waren, die sich als signifikant prädiktiv für die motorischen Kompetenzen erwiesen, kann hier nicht abschließend geklärt werden.

In Anbetracht der Befunde kann bestätigt werden, dass spezifische Merkmale mütterlicher ID und elterlicher Performanz die kindliche Entwicklung in den Bereichen Kognition, Sprache und Motorik sowie in den adaptiven Kompetenzen vorhersagen können (Hypothese 7). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die hier identifizierten Prädiktoren relevant sind und wichtige Hinweise für die Schwerpunkte in der

zukünftigen Förderung für Kinder von Eltern mit ID geben können. Gleichzeitig bleibt allerdings auch einiges im Ergebnismuster unerklärt, dies wiederum ist nicht verwunderlich, da die kindliche Entwicklung ein Zusammenspiel aus genetischen und umweltbedingten Faktoren und multifaktoriell ist. Zu konstatieren bleibt, dass Aspekte, die multideterminiert bedingt und beeinflusst werden, oftmals nicht genauer erklärt werden können, denn es gibt immer Faktoren, welche ebenfalls einen Einfluss haben, jedoch nicht mit erfasst werden konnten.

Bezüglich der Stichprobe ist wichtig zu bedenken, dass der Personenkreis, den das untersuchte Hilfesystem umfasst, nur eine bestimmte Gruppe der Eltern mit ID einschließt. Es kann angenommen werden, dass Eltern, die noch stärkere Einschränkungen in der Intelligenz und in den adaptiven Kompetenzen aufweisen, nicht mit ihren Kindern zusammenleben, da ein sicherer Umgang mit den Kindern und ein funktionierender Alltag nicht gewährleistet werden könnte. Somit tauchten diese Eltern nicht in dem hier untersuchten Hilfesystem auf, ebenso wenig wie die Eltern, die weniger starke Einschränkungen in den Merkmalen der ID zeigen. Diesen Eltern gelingt es möglicherweise, in angemessener Weise den Alltag mit Kindern zu bewältigen, ohne dass sie Unterstützung in Anspruch nehmen müssen. Nicht eingeschlossen sind auch Personen, die eigentlich nicht fähig sind, die Aufgaben der Elternschaft alleine zu meistern, die jedoch durch ihre Familien und Angehörigen ausreichend Unterstützung erfahren. Das untersuchte Hilfesystem setzt aufgrund seiner mäßig invasiven Strukturen voraus, dass die Eltern ein gewisses Maß an Selbstständigkeit und elterlichen Fähigkeiten mitbringen, damit Elternschaft bei ID unter den Bedingungen von *Begleiteter Elternschaft* gelingt. Es zeigt sich also, dass aufgrund der Eigenschaft der Stichprobe einer Inanspruchnahmepopulation die „Spitzen“ fehlen. So traten aufgrund der gewährleisteten Betreuung beispielsweise keine schweren Kindeswohlgefährdungsfälle auf. Ebenso wenig gab es Familien, die ihren Alltag problemlos alleine bewerkstelligen konnten. Diese Faktoren könnten dazu geführt haben, dass es keine extremen Fälle oder Ausreißer in den Berechnungen gab.

10 Kritische Reflexion der Studie

In diesem Kapitel erfolgt eine kritische Reflexion der hier durchgeführten Studie, um auf Limitationen in der Methodik hinzuweisen.

Dass es sich bei der vorliegenden Untersuchung um Grundlagenforschung handelt, wurde noch einmal bei der Diskussion und Interpretation der gewonnenen Befunde deutlich. Hier zeigte sich, dass ein Vergleich der Ergebnisse mit denen anderer internationaler Studien und eine Einordnung der Befunde zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern in die empirischen Befunde nur partiell möglich waren. Grund dafür ist der Mangel an Studien, welche explizit die kindliche Entwicklung von Eltern mit ID untersuchen, sodass weiterführende Vergleiche mit Befunden anderer internationaler Studien aus diesem Forschungsfeld nur selten erfolgen konnten. Des Weiteren wiesen die existierenden Studien oft kein geeignetes Untersuchungsdesign auf. Das bedeutet, dass es sich oft um sehr kleine und nicht repräsentative Stichproben handelte oder mit inadäquaten Methoden (bspw. keine normierten Verfahren, keine Vergleichsgruppen) geforscht wurde. Ein großes Problem ergibt sich auch durch die zumeist fehlende Überprüfung der Einschlusskriterien und dadurch, dass es sich oft um klinische Populationen oder um Hochrisikogruppen handelte. An dieser Stelle sei noch einmal erwähnt, dass diese Überprüfung für die vorliegende Untersuchung exakt und mit standardisierten Instrumenten vorgenommen wurde.

Nachfolgend werden einige methodische Einschränkungen der Untersuchung kritisch reflektiert. Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung besteht, wie auch bei den internationalen Studien, hauptsächlich aus Frauen, da die Kinder mehrheitlich bei ihren Müttern leben. Viele von den Müttern sind alleinerziehend und der Kontakt zu den Vätern findet in vielen Fällen gar nicht oder nur sporadisch statt. Limitationen, die sich aus den fehlenden Informationen zu den Vätern bzw. dem fehlenden Einbezug der Väter ergeben, sind beispielsweise Unkenntnisse über die Intelligenz und die adaptiven Kompetenzen der Väter, wodurch eine Unwissenheit darüber entsteht, ob auf väterlicher Seite ebenfalls eine intellektuelle Beeinträchtigung vorliegt. Aufgrund des hohen genetischen Einflusses des Vaters auf das Kind wären diese Informationen bedeutsam. Zudem fehlen wesentliche Informationen über die Gestaltung des sozialen Lebensraumes des Kindes, über Anregungspotenziale durch den Vater, aber auch über zusätzliche familiäre, gesundheitliche und soziale Belastungen, welche möglicherweise auf Seiten des Vaters bestehen.

Weitere Einschränkungen hinsichtlich der Repräsentativität der hier untersuchten

Stichprobe ergeben sich daraus, dass es sich um eine Inanspruchnahmepopulation handelt. Das bedeutet, es wurden nur Eltern eingeschlossen, welche hinsichtlich ihrer besonderen Lebensumstände bereits bei sozialen Diensten bekannt sind und Unterstützung erhalten oder sogar in Hilfestrukturen leben. Dadurch können die Ergebnisse nicht auf Frauen mit ID übertragen werden, welche nicht in entsprechenden Hilfestrukturen leben, dies muss bei der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse bedacht werden. Als Erweiterung wäre für nachfolgende Studien demnach eine Stichprobe von Interesse, die nicht in Hilfekontexten lebt bzw. keine Unterstützung erhält. Da es sich allerdings als sehr schwierig gestaltet, an Frauen mit ID außerhalb entsprechender Unterstützungssysteme heranzutreten, was auch die internationalen Stichprobenzusammensetzungen bestätigen, kann an dieser Stelle kein Vorschlag dafür gemacht werden, wie eine entsprechende Stichprobe rekrutiert werden kann. Viele Frauen mit ID, möglicherweise sogar der Großteil, leben jedoch in Hilfekontexten und dies stellt somit deren reales Umfeld dar. Damit ist es denkbar, dass die Befunde der vorliegenden Untersuchung für die Majorität der Mütter mit ID und deren Kinder repräsentativ und auf diese übertragbar sind. Die Stichprobe einer Inanspruchnahmepopulation muss demnach in dieser Untersuchung nicht gänzlich als Einschränkung oder Schwäche angesehen werden.

Des Weiteren muss bedacht werden, dass die Erhebung der Daten mit einem querschnittlichen Design erfolgte. Dies ist dahingehend von Bedeutung, da mit Querschnittsuntersuchungen keine Aussagen über Kausalzusammenhänge möglich sind wie bei einem experimentellen Design. Außerdem sind Querschnittsdaten aufgrund des einmaligen Messzeitpunktes für das Erheben und Untersuchen von Entwicklungsdaten weniger gut geeignet als längsschnittliche Daten mit mehreren Messzeitpunkten, da sie nur den Ist-Zustand der Entwicklung und das aktuelle Funktionsniveau eines Kindes untersuchen und abbilden können. Konkret bedeutet das, dass die Ergebnisse der hier verwendeten Entwicklungs- und Intelligenztests wichtige Informationen zum Entwicklungsstand der Kinder liefern. Für spezifische Informationen sollten diese nicht isoliert betrachtet werden, sondern beispielsweise wären zusätzlich noch die genaue medizinische und psychosoziale Vorgeschichte sowie eine sorgfältige klinische Verhaltensbeobachtung des Kindes wichtig (Reuner & Rosenkranz, 2014, S. 81). Die weiteren Untersuchungen sollten unbedingt ein längsschnittliches Design einsetzen und anhand mehrerer Messzeitpunkte die kindliche Entwicklung untersuchen.

Eine Stärke dieser Untersuchung ist die Größe der Stichprobe, welche, mit einer Anzahl von $N = 127$ Müttern und $N = 153$ Kindern, sowohl im nationalen als auch im internationalen Vergleich im Rahmen der Forschung von Elternschaft bei ID und der Entwicklung

von Kindern dieser Eltern, als groß zu bezeichnen ist. Größere Stichproben finden sich nur in Studien, welche sich auf groß angelegte Bevölkerungsstudien beziehen und Analysen mit den daraus gewonnenen Daten durchführen. Ein weiterer großer Gewinn ist die Zusammensetzung der Stichprobe bezüglich der Altersstruktur der Kinder, da diese die Altersklassen von 0 bis 18 Jahren einschließt. In vergleichbaren Studien werden zumeist nur sehr junge Kinder untersucht, Stichproben mit Kindern im Schulalter und jungen Erwachsenen sind sehr selten. Für weitere Untersuchungen wäre es demnach von großer Wichtigkeit, weitaus mehr ältere Kinder mit einzubeziehen, um verstärkt Entwicklungsergebnisse für Kinder im schulpflichtigen Alter zu erhalten.

Ein weiterer großer Gewinn ist, dass auch Geschlechtervergleiche Teil der Untersuchung sind. In fast allen Studien wurden Geschlechterunterschiede vernachlässigt, nur wenige haben geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht (Aunos et al., 2008; Feldman & Walton-Allen, 1997). In der vorliegenden Untersuchung wurde bei vielen Aspekten auch nach Geschlechterunterschieden geforscht, dies führt zu dem Gewinn neuer Erkenntnisse.

Hinsichtlich der verwendeten Messinstrumente müssen lediglich bei den nicht normierten Verfahren (Gesundheitliche Situation Mutter und Kind, Risikofaktoren, Befriedigung kindlicher Bedürfnisse) kleine Einschränkungen vorgenommen werden, diese wurden bei den entsprechenden Ergebnisdiskussionen bereits bedacht. Alle anderen zum Einsatz gekommenen Verfahren sind international anerkannte Instrumente und weit verbreitet. Diese produzieren valide Ergebnisse bei richtiger Anwendung, was bei der vorliegenden Untersuchung gewährleistet wurde.

Kritisch reflektiert werden muss die Frage nach der fehlenden echten Kontrollgruppe. Eine echte Kontrollgruppe war für die vorliegende Stichprobe und den Untersuchungsgegenstand nicht zu realisieren. Offensichtlich ist, dass die Majorität der Familien in Deutschland, Eltern ohne ID und ihre Kinder, keine geeignete Kontrollgruppe darstellen. Eine Gruppe, welche als echte Kontrollgruppe in Frage gekommen wäre, sind Familien mit Eltern, die genetisch gleiche Bedingungen aufweisen, bei denen sich jedoch die Lebensbedingungen unterscheiden, also Eltern mit ID, welche nicht in einem Hilfesystem leben. Denkbar sind auch Familien aus identischen Hilfekontexten, bei welchen die Eltern keine ID sondern stattdessen beispielsweise psychische Erkrankungen aufweisen. Es bestand jedoch keine Möglichkeit auf repräsentative Kontrollgruppen dieser Art zuzugreifen. So wurde auf die international anerkannte und weit verbreitete forschungsmethodische Vorgehensweise zurückgegriffen, in welcher normierte Testverfahren eingesetzt werden, die einen Vergleich anhand altersspezifischer Normen ermöglichen.

11 Schlussfolgerungen und Ausblick

Basierend auf der vorgenommenen Diskussion, Interpretation und Einordnung der hier gewonnenen Befunde werden nachfolgend die Schlussfolgerungen im Hinblick auf die formulierten Fragestellungen gezogen und relevante Implikationen für weitere Forschungen abgeleitet sowie die praktische Relevanz der Grundlagenforschung aufgezeigt.

Die Schlussfolgerungen im Hinblick auf die formulierten Fragestellungen ergeben, dass neues empirisches Grundlagenwissen zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern generiert werden konnte, welches auch für die internationale Forschung von Bedeutung ist. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit einigen bereits vorliegenden Studien, allerdings wird der Forschungsstand auch durch neue Befunde erweitert. Die Bedeutung der vorliegenden Arbeit liegt in der Betrachtung der bis dato kaum untersuchten Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern in der gesundheitlichen, motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung sowie den adaptiven Kompetenzen. Den Ergebnissen zufolge kann nicht vereinheitlicht gesagt werden, wie sich Kinder von Eltern mit ID allgemein entwickeln und wie ihre Kompetenzen insgesamt im Vergleich zur Norm ausgeprägt sind. Denn es zeigte sich ein heterogenes Bild kindlicher Entwicklungsverläufe mit Leistungen, welche weit unterhalb der Norm lagen bis hin zu altersgemäß entwickelten Kompetenzen. Ferner zeigte sich mit den Merkmalen elterlicher ID und Aspekten der elterlichen Performanz eine Vielzahl an bedeutsamen Zusammenhängen mit der kindlichen Entwicklung. Als Prädiktoren für die kindliche Entwicklung konnten die kognitiven und adaptiven Kompetenzen, gesundheitliche Aspekte der Mütter, einige familiäre Risikofaktoren und Aspekte der elterlichen Performanz identifiziert werden.

Die vorliegende Untersuchung liefert differenzierte Erkenntnisse aus dem Bereich der Grundlagenforschung, darauf sollten künftige Studien aufbauen. Im Hinblick auf zukünftige Forschungen wurden schon einige Implikationen bei der kritischen Diskussion der Methodik genannt. Da die hier erhobenen Aspekte nur im Querschnitt untersucht wurden, sind ein längsschnittlich angelegtes Untersuchungsdesign und eine Überprüfung der Befunde im Längsschnitt zukünftig interessant. Darüber hinaus sollten weiterführende Untersuchungen konfundierende Faktoren, wie z. B. weitere Lebensumstände der Kinder und Familien, berücksichtigen. Der Fokus dieser Arbeit lag auf der kindlichen Entwicklung, wobei auch die elterliche Performanz betrachtet wurde. In nachfolgenden Untersuchungen wäre auch die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den

Merkmale elterlicher ID und der elterlichen Performanz von Interesse. Zu untersuchen, ob bestimmten Aspekten der elterlichen Performanz eine Mediatorrolle zukommt und ob individuelle, kontextuelle und familiäre Moderatoren wirken, wäre ebenfalls bedeutsam. Damit die hier gesehenen Befunde als gesichert gelten können, müssen sie durch weitere Studien repliziert werden. Es ist demnach zukünftigen Forschungsarbeiten überlassen, die dargestellten Ergebnisse zu spezifizieren und weiter anhand repräsentativer Stichproben die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern zu untersuchen.

Die praktische Relevanz von Grundlagenforschung ergibt sich dadurch, dass die gewonnenen empirischen Befunde erste Hinweise geben, wo Bedarfe für die Unterstützung der Kinder bei der Ausbildung ihrer Kompetenzen bestehen. Allerdings muss beachtet werden, dass Handlungsbedarfe nicht direkt und unmittelbar aus den Diagnosen abgeleitet werden können, denn ein Hilfebedarf kann nicht anhand von Normabweichungen bemessen werden. Ebenso zieht nicht jede Entwicklungsbesonderheit bei Kindern automatisch einen Handlungsbedarf nach sich. Es gilt immer zu bedenken, dass sich Kinder auch unter optimalen Bedingungen unterschiedlich entwickeln werden. Ziel dieser Grundlagenforschung ist demnach nicht, aus den erworbenen Befunden konkret für die Praxis abzuleiten, wie Unterstützung adäquat ausgestaltet werden kann, um zielgerichtet zu wirken. Allgemein kann jedoch für diese Untersuchung und diese Stichprobe festgehalten werden, dass es wichtig ist, eine gezielte kompensatorische Unterstützung vorzunehmen. Das bedeutet, gerade die Kompetenzen der Kinder spezifischer zu fördern, welche den Eltern mit ID insbesondere Schwierigkeiten bereiten. So ist vor allem eine Förderung bei Aufgaben notwendig, welche hohe kognitive Anforderungen, strukturelle Fähigkeiten sowie Kontinuität erfordern. Die Hinweise für eine angemessene Unterstützung ergeben sich auch aus den gewonnenen Befunden zu der elterlichen Performanz. Ab dem Vorschulalter benötigen die Kinder kompensatorische Unterstützung hinsichtlich der täglichen Stimulation im akademischen Bereich. Für Jugendliche ist es wichtig, dass eine Förderung für mehr Selbstverantwortung und Unabhängigkeit erfolgt. Diese ersten exemplarisch dargestellten Ideen zu Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten zeigen, dass die Ergebnisse eine solide Grundlage für weitere Arbeiten bietet, in welchen spezifische Implikationen für die Praxis formuliert werden können. Präventionsmaßnahmen und Hilfestrukturen haben mit dieser Arbeit eine Ausgangslage, um die realen Lebenslagen und Lebenssituationen von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern einschätzen zu können. Dieses differenzierte Grundlagenwissen ist für die Entwicklung von neuen Hilfestrukturen und Präventionsmaßnahmen sowie für die

Überarbeitung derselben unabdingbar.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die vorliegende Untersuchung erstmalig für den deutschsprachigen Raum anhand eines umfangreichen Untersuchungsdesigns und einer repräsentativen Stichprobe die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern im gesundheitlichen Bereich sowie das Funktionsniveau in verschiedenen Kompetenzen untersucht hat. Somit konnte der Entwicklungsstand von Kindern verschiedenen Alters im Vergleich zur Norm ausführlich deskriptiv ausgewertet und dargestellt werden. Des Weiteren wurden Zusammenhänge zwischen der mütterlichen ID, der elterlichen Performanz und der kindlichen Entwicklung auf ihre Bedeutsamkeit getestet und prädiktive Faktoren für die untersuchten Kompetenzen identifiziert.

Die hier erworbenen Befunde tragen zu einem wesentlichen Erkenntnisgewinn und zu einer Erweiterung der aktuellen Forschungslage zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern bei. Die Ergebnisse weisen interessante Anknüpfungspunkte für nachfolgende Untersuchungen auf und bieten eine detaillierte Grundlage für das Ausarbeiten von Praxisempfehlungen.

12 Zusammenfassung

Eine intellektuelle Beeinträchtigung der Eltern kann die kindliche Entwicklung beeinflussen. Theoretisch wird diese Annahme durch die entwicklungspsychologischen und verhaltensgenetischen Erkenntnisse gestützt, welche sowohl der Anlage als auch der Umwelt einen wesentlichen Einfluss auf die kindliche Entwicklung zusprechen (Siegler et al., 2016, S. 8f). Ebenso deuten empirische Befunde darauf hin, dass bei Kindern von Eltern mit intellektueller Beeinträchtigung Einschränkungen in den wesentlichen Kompetenzen sowie in der Gesundheit und im Wohlbefinden auftreten und dass die Erziehungsfähigkeit der Eltern eingeschränkt ist (Baum et al., 2011; Emerson & Brigham, 2014; Keltner, 1994; Tymchuk, 1992). Es fehlen jedoch eindeutige empirische Befunde über die kindliche Entwicklung und über Zusammenhänge zwischen der elterlichen intellektuellen Beeinträchtigung, der elterlichen Performanz und den kindlichen Kompetenzen. Aufgrund dessen wurde sich in der vorliegenden Arbeit mit der Frage auseinandergesetzt, wie die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern im Vergleich zur Norm ausgeprägt ist und über welche Faktoren die intellektuelle Beeinträchtigung der Eltern Einfluss auf die wesentlichen Entwicklungsbereiche der Kinder nimmt. Die Hauptforschungsfrage gliedert sich in sieben Fragestellungen, zu denen jeweils mehrere Hypothesen formuliert wurden. Die Hypothesenprüfung erfolgte im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung anhand einer Inanspruchnahmepopulation. Die Stichprobe setzte sich aus 127 Eltern mit intellektueller Beeinträchtigung sowie ihren 153 Kindern von null bis 18 Jahren zusammen. Die Familien wurden zum Untersuchungszeitpunkt durch ein Hilfesystem für Familien mit intellektuellen Beeinträchtigungen (*Begleitete Elternschaft*) unterstützt. Die Daten zur kindlichen Entwicklung wurden mit normierten Testverfahren erhoben, um die Leistungen der Kinder in den Kompetenzen anhand von Altersnormen zu messen. Auch bei den Instrumenten der anderen Ebenen handelte es sich fast ausschließlich um standardisierte Testverfahren. Die Datenauswertung erfolgte mittels deskriptiver sowie inferenzstatistischer Methoden.

Die Ergebnisse zeigten, dass der Gesundheitszustand der Kinder dieser Stichprobe insgesamt als recht gut bezeichnet werden kann und vergleichbar ist mit dem der Kinder der Gesamtbevölkerung. Auch das persönliche Wohlbefinden der Kinder entspricht dem ihrer Altersgenossen von Eltern ohne ID, die Kinder der vorliegenden Stichprobe waren insgesamt zufrieden. Es zeigten sich wenige signifikante Zusammenhänge zwischen der Gesundheit, dem Wohlbefinden und den untersuchten Kompetenzen der Kinder. Hinsichtlich der Kompetenzentwicklung im Vergleich zur Norm zeigte sich eine

große Variabilität; es gab bei allen untersuchten Kompetenzen Kinder mit Leistungen im Normbereich, im Bereich von ein bis zwei Standardabweichungen sowie bis zu mehr als drei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Norm. Deutlich wurde, dass auf Ebene der Stichprobe insgesamt in allen untersuchten Kompetenzen und Kohorten, gleichermaßen bei Mädchen und Jungen, sehr eindeutige und hochsignifikante Abweichungen von der Norm bestanden.

Bezüglich des Einflusses der Merkmale elterlicher ID zeigte sich, dass die kognitiven Kompetenzen der Mütter signifikant positiv mit den kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Kinder korrelierten. Die adaptiven Kompetenzen der Mütter korrelierten signifikant positiv mit den kindlichen adaptiven Kompetenzen. Ein nicht hypothesenkonformer Befund war die negative Korrelation zwischen den adaptiven Kompetenzen der Mütter und den kognitiven Kompetenzen der Kinder. Dieser Zusammenhang kommt möglicherweise dadurch zustande, dass die Kinder von Müttern mit höheren Werten in den adaptiven Kompetenzen weniger Unterstützung durch das Hilfesystem erhalten, da davon ausgegangen wird, dass diese Mütter besser alleine zurechtkommen als Mütter mit schlechter ausgebildeten adaptiven Kompetenzen. Dies führt dazu, dass das Kind weniger Förderung erhält, was sich in niedrigeren kognitiven Kompetenzen zeigt. Die subjektiv wahrgenommene Gesundheit der Mütter zeigte bedeutsame Assoziationen mit der Gesundheit und den untersuchten Kompetenzen der Kinder. Ebenso erwiesen sich Zusammenhänge zwischen einigen der betrachteten Risikofaktoren und den kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Kinder als statistisch bedeutsam. Es wurde ermittelt, dass Kinder von Müttern mit höheren Werten in den kognitiven und adaptiven Kompetenzen und in der körperlichen Gesundheit signifikant höhere Leistungen in den untersuchten Kompetenzen erreichten als Kinder von Müttern mit niedrigeren Werten. Hinsichtlich der familiären Risikofaktoren bestanden keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Kindern, bei welchen ein oder mehrere familiäre Risikofaktoren auftraten im Vergleich zu den Kindern, bei denen keine familiären Risikofaktoren festgestellt wurden. Die Qualität der häuslichen Umgebung in angemessener Weise sicherzustellen, gelang den Müttern mehrheitlich. Insgesamt funktionierte auch die Bedürfnisbefriedigung gut. Das Unterstützungssystem spielte für das Gelingen der elterlichen Performanz eine entscheidende Rolle. Zusammenhänge zwischen den Aspekten der elterlichen Performanz und der kindlichen Entwicklung ergaben sich aufgrund signifikanter und positiver Korrelationen zwischen der Qualität der häuslichen Umgebung und einigen der untersuchten Kompetenzen. Aspekte der Bedürfnisbefriedigung zeigten signifikant negative Korrelationen mit den Kompetenzen der Kinder. Signifikant höhere Leistungen in den

kognitiven und adaptiven Kompetenzen erreichten Kinder von Müttern mit höheren Werten in der Qualität der häuslichen Umgebung.

Als signifikante Prädiktoren für die kognitiven Kompetenzen der Kinder konnten die Intelligenz, die subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit, der Risikofaktor des stark erhöhten Nikotinkonsums, die Bedürfnisbefriedigung im Bereich des Obdaches, die Qualität der häuslichen Umgebung und die adaptiven Kompetenzen der Mütter identifiziert werden. Letztere allerdings wieder mit unerwartet entgegengesetzter Richtung. Für die adaptiven Kompetenzen der Kinder zeigten sich als signifikante Prädiktoren die adaptiven Kompetenzen der Mütter, die Bedürfnisbefriedigung im Bereich der Hygiene sowie der Risikofaktor eines stark erhöhten Nikotinkonsums. Der Risikofaktor, dass bereits mindestens ein Kind der Mutter fremdplatziert wurde, zeigte sich als ein marginal signifikanter Prädiktor. Als signifikante Prädiktoren für die sprachlichen Kompetenzen der Kinder erwiesen sich die subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit der Mutter, die Bedürfnisbefriedigung im Bereich Obdach und der Risikofaktor einer bekannten psychischen Erkrankung der Mutter. Ein weiterer marginal signifikanter Einflussfaktor betraf den Risikofaktor des erhöhten Alkoholkonsums der Mutter. Die subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit der Mutter und die Qualität der häuslichen Umgebung erwiesen sich als signifikante Prädiktoren für die motorischen Kompetenzen bei den Kleinkindern. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die hier identifizierten Prädiktoren relevant sind und die kindliche Entwicklung in den Bereichen Kognition, Sprache und Motorik sowie in den adaptiven Kompetenzen vorhersagen können.

Kritisch zu reflektieren gilt, dass die Stichprobe hauptsächlich aus Müttern bestand, über die Väter konnten kaum Informationen eingeholt werden. Hinsichtlich der Repräsentativität der Stichprobe ist zu beachten, dass die Ergebnisse nicht auf Frauen mit intellektuellen Beeinträchtigungen übertragen werden können, welche nicht in entsprechenden Hilfestrukturen leben. Des Weiteren bringen Querschnittsdaten die Einschränkung mit sich, dass keine Aussagen über Kausalzusammenhänge möglich sind. Als Ausblick ist für weiterführende Studien demnach eine Stichprobe mit Familien von Interesse, die nicht in Hilfekontexten leben sowie ein längsschnittliches Design, welches unter der Kontrolle konfundierender Faktoren, die kindliche Entwicklung untersucht. Für intellektuell beeinträchtigte Eltern und ihre Kinder aus Hilfestrukturen liefert diese Untersuchung differenzierte Erkenntnisse aus dem Bereich der Grundlagenforschung und bietet eine solide Grundlage für weitere Arbeiten, in welchen spezifische Implikationen für die Praxis formuliert werden können.

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Zusammenspiel von Genen und Umwelt bei der kindlichen Entwicklung	12
<i>Abbildung 2.</i> Prozessmodell der Determinanten des elterlichen Erziehungsverhaltens	25
<i>Abbildung 3.</i> Auswirkungen der elterlichen ID auf die kindliche Entwicklung	51
<i>Abbildung 4.</i> Alter der Kinder in Jahren	85
<i>Abbildung 5.</i> Anzahl der Kinder nach Alterskohorten	86
<i>Abbildung 6.</i> Alter der Mütter bei der Geburt des untersuchten Kindes	87
<i>Abbildung 7.</i> Lebensort der untersuchten Kinder	89
<i>Abbildung 8.</i> Anzahl der Kinder pro Mutter	92
<i>Abbildung 9.</i> Prozentuale Verteilung der kognitiven Kompetenzen der Mütter auf verschiedene Leistungsbereiche	94
<i>Abbildung 10.</i> Prozentuale Verteilung der adaptiven Kompetenzen der Mütter auf verschiedene Leistungsbereiche	96
<i>Abbildung 11.</i> Häufigkeitsverteilung der kognitiven Kompetenzen und adaptiven Kompetenzen der Mütter	97
<i>Abbildung 12.</i> Persönliches Wohlbefinden der Mütter	101
<i>Abbildung 13.</i> Häufigkeitsverteilung persönliches Wohlbefinden der Kinder	109
<i>Abbildung 14.</i> Häufigkeitsverteilung der Werte für die motorischen Kompetenzen der Kleinkinder	111
<i>Abbildung 15.</i> Häufigkeitsverteilung der Werte für die kognitiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder	112
<i>Abbildung 16.</i> Gegenüberstellung kognitiver Kompetenzen von Stichprobe und Norm	113
<i>Abbildung 17.</i> Häufigkeitsverteilung der Werte für die kognitiven Kompetenzen der Kleinkinder	114
<i>Abbildung 18.</i> Häufigkeitsverteilung der Werte für den Gesamt-IQ der Vorschulkinder	115
<i>Abbildung 19.</i> Prozentuale Verteilung der kognitiven Kompetenzen der Vorschulkinder auf verschiedene Leistungsbereiche	117
<i>Abbildung 20.</i> Häufigkeitsverteilung der Werte für den Gesamt-IQ der Schulkinder	118
<i>Abbildung 21.</i> Prozentuale Verteilung der kognitiven Kompetenzen der Schulkinder auf verschiedene Leistungsbereiche	120
<i>Abbildung 22.</i> Häufigkeitsverteilung der Werte für die kognitiven Kompetenzen dreier Alterskohorten	121
<i>Abbildung 23.</i> Häufigkeitsverteilung der Gesamtwerte adaptiver Kompetenzen (GAL) der Kinder	126
<i>Abbildung 24.</i> Prozentuale Verteilung der adaptiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder auf verschiedene Leistungsbereiche	127

<i>Abbildung 25.</i> Mittelwerte für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen für die Gesamtstichprobe der Kinder	129
<i>Abbildung 26.</i> Mittelwertvergleich der drei Bereiche adaptiver Kompetenzen <i>zwischen</i> den drei Alterskohorten	137
<i>Abbildung 27.</i> Mittelwerte für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen nach Alterskohorte	137
<i>Abbildung 28.</i> Prozentuale Verteilung der untersuchten Kompetenzen auf verschiedene Leistungsbereiche der Gesamtstichprobe der Kinder	139

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1.</i> Risikofaktoren des familiären Umfeldes	27
<i>Tabelle 2.</i> Übersicht über die Erhebungsinstrumente	69
<i>Tabelle 3.</i> Stichprobe der untersuchten Kinder und Eltern	84
<i>Tabelle 4.</i> Merkmale der familiären Lebenssituationen	88
<i>Tabelle 5.</i> Betreuungssituation der Kinder	90
<i>Tabelle 6.</i> Bildungs- und Fördersituation der Kinder	91
<i>Tabelle 7.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für den Gesamt-IQ und vier kognitive Indizes der Mütter	93
<i>Tabelle 8.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für den Gesamtwert und drei Bereiche adaptiver Kompetenzen für die Mütter	95
<i>Tabelle 9.</i> Signifikante Zusammenhänge zwischen kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Mütter	98
<i>Tabelle 10.</i> Anamnese des Gesundheitszustandes der Mütter	99
<i>Tabelle 11.</i> Häufigkeit familiärer Risikofaktoren	102
<i>Tabelle 12.</i> Anzahl familiärer Risikofaktoren pro Mutter	103
<i>Tabelle 13.</i> Gesundheitliche Situation der Kinder	106
<i>Tabelle 14.</i> Erhobene Aspekte kindlicher Kompetenzentwicklung	110
<i>Tabelle 15.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die motorischen Kompetenzen der Kleinkinder	110
<i>Tabelle 16.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die vier kognitiven Unterskalen der Vorschulkinder	116
<i>Tabelle 17.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die kognitiven Indizes der Schulkinder	119
<i>Tabelle 18.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die sprachlichen Kompetenzen der Kinder	122
<i>Tabelle 19.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei untersuchten Kompetenzbereiche der Kleinkinder	124
<i>Tabelle 20.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder	126
<i>Tabelle 21.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder	128
<i>Tabelle 22.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen der Kleinkinder	130
<i>Tabelle 23.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen der Kleinkinder	131

<i>Tabelle 24.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen der Vorschulkinder	132
<i>Tabelle 25.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen der Vorschulkinder	133
<i>Tabelle 26.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei Bereiche adaptiver Kompetenzen der Schulkinder	134
<i>Tabelle 27.</i> Mittelwerte und Standardabweichungen für die Unterdimensionen adaptiver Kompetenzen der Schulkinder	135
<i>Tabelle 28.</i> Prozentuale Verteilung der untersuchten Kompetenzen der Alterskohorten in Bezug auf die Normalverteilung	140
<i>Tabelle 29.</i> Korrelative Zusammenhänge zwischen kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Vorschulkinder	143
<i>Tabelle 30.</i> Korrelative Zusammenhänge zwischen kognitiven und adaptiven Kompetenzen der Schulkinder	143
<i>Tabelle 31.</i> Erhobene Merkmale mütterlicher ID	146
<i>Tabelle 32.</i> Signifikante Zusammenhänge zwischen den kognitiven Kompetenzen der Mütter und den kognitiven Kompetenzen der Schulkinder	148
<i>Tabelle 33.</i> Signifikante Zusammenhänge zwischen den adaptiven Kompetenzen der Mütter und den adaptiven Kompetenzen der Gesamtstichprobe der Kinder	150
<i>Tabelle 34.</i> Signifikante Zusammenhänge zwischen den adaptiven Kompetenzen der Mütter und den adaptiven Kompetenzen der Kleinkinder	151
<i>Tabelle 35.</i> Signifikante Zusammenhänge zwischen den adaptiven Kompetenzen der Mütter und den adaptiven Kompetenzen der Vorschulkinder	151
<i>Tabelle 36.</i> Signifikante Zusammenhänge zwischen den adaptiven Kompetenzen der Mütter und den adaptiven Kompetenzen der Schulkinder	152
<i>Tabelle 37.</i> Häufigkeit familiärer Risikofaktoren	155
<i>Tabelle 38.</i> Signifikante Zusammenhänge zwischen familiären Risikofaktoren und kognitiven Kompetenzen der Kinder	156
<i>Tabelle 39.</i> Signifikante Zusammenhänge zwischen familiären Risikofaktoren und adaptiven Kompetenzen der Kinder	157
<i>Tabelle 40.</i> Einteilung der Kinder in Gruppen in Abhängigkeit der Anzahl auftretender familiärer Risikofaktoren	160
<i>Tabelle 41.</i> Qualität der häuslichen Umgebung in Bezug auf verschiedene Alterskohorten der Kinder: Statistische Kennwerte	162
<i>Tabelle 42.</i> Probleme bei der Befriedigung kindlicher Bedürfnisse	165
<i>Tabelle 43.</i> Kognitive Kompetenzen Kinder: Regression prädiktiver Effekte von Merkmalen mütterlicher ID und Aspekten elterlicher Performanz	172

<i>Tabelle 44.</i> Adaptive Kompetenzen Kinder: Regression prädiktiver Effekte von Merkmalen mütterlicher ID und Aspekten elterlicher Performanz	175
<i>Tabelle 45.</i> Sprachliche Kompetenzen Kinder: Regression prädiktiver Effekte von Merkmalen mütterlicher ID und Aspekten elterlicher Performanz	177
<i>Tabelle 46.</i> Motorische Kompetenzen Kleinkinder: Regression prädiktiver Effekte von Merkmalen mütterlicher ID und Aspekten elterlicher Performanz	179

Literaturverzeichnis

- AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) (2010). *Intellectual Disability. Definition, Classification, and Systems of Supports*. USA: AAIDD.
- Accardo, P. J., & Whitman, B. Y. (1990). Review. Children of mentally retarded parents. *American Journal of Diseases of Children*, 144(1), 69–70. doi: 10.1001/archpedi.1990.02150250079036
- Ahnert, J. (2005). *Motorische Entwicklung vom Vorschul- bis ins frühe Erwachsenenalter - Einflussfaktoren und Prognostizierbarkeit*. (Dissertation), Universität Würzburg. Abgerufen am 25.11.2017, von <https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4-wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/1395/file/diss-ahnert-internet.pdf>
- Alloway, T., & Temple, K. (2007). A comparison of working memory skills and learning in children with developmental coordination disorder and moderate learning difficulties. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 473–487
- Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G., & Hagemann, D. (2006). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Andron, L., & Tymchuk, A. (1987). Parents who are mentally retarded. In A. Craft (Hrsg.), *Mental Handicap and Sexuality: Issues and Perspectives* (S. 238–262). Turnbridge Wells: Costello.
- APA (American Psychiatric Association) (2013). *DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* (5. Aufl.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Asendorpf, J. B. (2005). *Psychologie der Persönlichkeit* (3., überarb. u. erweit. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Asisi, V. (2015). *Entwicklungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung. Chancen und Risiken in der Interaktion mit Mutter und Vater*. Wiesbaden: Springer VS.
- Aunos, M., & Feldman, M. A. (2002). Attitudes towards Sexuality, Sterilization and Parenting Rights of Persons with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 285–296. doi: 10.1046/j.1468-3148.2002.00135.x
- Aunos, M., Feldman, M., & Goupil, G. (2008). Mothering with Intellectual Disabilities: Relationship between Social Support, Health and Well-Being, Parenting and Child Behaviour Outcomes. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 320–330.

- Aunos, M., Goupil, G., & Feldman, M. (2003). Mothers with intellectual disabilities who do or do not have custody of their children. *Journal on Developmental Disabilities*, 10(2), 65–80.
- Ballinger, B. R., Ballinger, C. B., Reid, A. H., & McQueen, E. (1991). The psychiatric symptoms, diagnoses and care need of 100 mentally handicapped patients. *The British Journal of Psychiatry*, 158(2), 251–254. doi: 10.1192/bjp.158.2.251
- Bargfrede, S. (2015). Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern mit geistiger Behinderung in Deutschland. In U. Pixa-Kettner (Hrsg.), *Tabu oder Normalität. Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder*. (2. Aufl., S. 238–299). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Barker, L. T., & Maralani, V. (1997). *Challenges and Strategies of disabled parents: Findings from a national survey of parents with disabilities*. Berkeley, CA: Berkeley Planning Associates.
- Baum, S., Gray, G., & Stevens, S. (2011). *Good Practice Guidance for Clinical Psychologists when Assessing Parents with Learning Disabilities*. Leicester: The British Psychological Society.
- Baumeister, A. A., Todd, M. E., & Sevin, J. A. (1993). Efficacy and specificity of pharmacological therapies for behavioral disorders in persons with mental retardation. *Clinical Neuropharmacology*, 16, 271–294.
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45(4), 405–414. doi: 10.2307/585170
- Bayley, N. (1969). *Manual for the Bayley scales of infant development*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becker-Carus, C., & Wendt, M. (2017). *Allgemeine Psychologie. Eine Einführung* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child development*, 55(1), 83–96. doi: 10.1111/j.1467-8624.1984.tb00275.x
- Belsky, J., & Most, R. K. (1981). From exploration to play: A cross-sectional study of infant free play behavior. *Developmental Psychology*, 17(5), 630–639.
- Berger, E. M., Peter, F. H., & Spieß, C. K. (2010). Wie hängen familiäre Veränderungen und das mütterliche Wohlbefinden mit der frühkindlichen Entwicklung zusammen? *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 79(3), 27–44. doi: org/10.3790/vjh.79.3.27
- Bjorklund, D. F., & Pellegrini, A. D. (2000). Child development and evolutionary psychology. *Child Development*, 71(6), 1687–1708. doi: 10.1111/1467-8624.00258

- Bjorklund, D. F., & Pellegrini, A. D. (2002). *The origins of human nature: Evolutionary developmental psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bjorklund, D. F., & Schneider, W. (2006). Ursprung, Veränderung und Stabilität der Intelligenz im Kindesalter: Entwicklungspsychologische Perspektiven. In W. Schneider & B. S. Sodian (Hrsg.), *Kognitive Entwicklung. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich C: Theorie und Forschung, Serie V: Entwicklungspsychologie* (Bd. 2, S. 769–821). Göttingen: Hogrefe.
- Bloom, K. (1989). Duration of early vocal sounds. *Infant Behavior and Development*, 12, 145–259.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015). *Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche*. Abgerufen am 09.07.2017, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern.html>
- Booth, T. (2000). Parents with learning difficulties, child protection and the courts. *Representing Children*, 13(3), 175–188
- Booth, T., & Booth, W. (1994). *Parenting under pressure: mothers and fathers with learning difficulties*. Buckingham: Open University Press. doi: 10.2307/584780
- Booth, T., & Booth, W. (1995). Unto us a child is born: The trials and rewards of parenthood for people with learning difficulties. *Australia & New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20(1), 25–39.
- Booth, T., & Booth, W. (1998). *Growing up with Parents who have Learning Difficulties*. London, New York: Routledge.
- Booth, T., & Booth, W. (2002). Men in the Lives of Mothers with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(3) 187–199. doi: 10.1046/j.1468-3148.2002.00089.x
- Booth, T., Booth, W., & McConnell, D. (2005a). The prevalence and outcomes of care proceedings involving parents with learning difficulties in the Family Courts. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 7–17.
- Booth T., Booth, W., & McConnell, D. (2005b). Care Proceedings and parents with learning difficulties: Comparative prevalence and outcomes in an English and Australian Court Sample. *Child and Family Social Work* 10(4), 353–360. doi: 10.1111/j.1365-2206.2005.00378.x
- Bornstein, M. H., & Bradley, R. H. (Hrsg.). (2003). *Socioeconomic status, parenting, and child development*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.

- Bornstein, M. H., & Sigman, M. D. (1986). Continuity in Mental Development from Infancy, *Child Development*, 57(2), 251–274. doi: 10.2307/1130581
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bouchard, T. J. Jr. (2004). Genetic Influence on Human Psychological Traits: A Survey. *Current Directions in Psychological Science*, 13(4), 148–151.
- Bouchard, T. J. Jr, Lykken, D. T., McGue, M., Segal, N. L., & Tellegen, A. (1990). Sources of human psychological differences: the Minnesota Study of Twins Reared Apart, *Science*, 250(4978), 223–228. doi: 10.1126/science.2218526
- Bouchard, T. J. Jr. & McGue, M. (1981). Familial studies of intelligence: A review. *Science*, 212, 1055–1059.
- Bowling, M., & Keltner, B. R. (1996). Primary health care for children of mothers with intellectual limitations. *Pediatric Nursing*, 22, 312–319.
- Bradley, R. H. (1989). The Use of the HOME Inventory in Longitudinal Studies of Child Development. In: M. H. Bornstein & N. A. Krasnegar (Hrsg.), *Stability and continuity in mental development: Behavioral and biological perspectives* (S. 191–215). Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Bradley, R. H., & Caldwell, B. M. (1976). The Relation of Infants' Home Environments to Mental Test Performance at Fifty-Four Months: A Follow-Up Study, *Child Development*, 47(4), 1172–1174.
- Bradley, R. H., Corwyn, R. F., Burchinal, M., McAdoo, H. P., & García Coll, C. (2001a). The Home Environments of Children in the United States Part II: Relations with Behavioral Development through Age Thirteen. *Child Development*, 72, 1868–1886. doi: 10.1111/1467-8624.t01-1-00383
- Bradley, R. H., Corwyn, R. F., McAdoo, H. P., & Coll, G. C. (2001b). The Home Environments of Children in the United States Part I: Variations by Age, Ethnicity, and Poverty Status. *Child Development*, 72(6), 1844–1867. doi: 10.1111/1467-8624.t01-1-00382
- Bruner, J. S. (1972). Nature and uses of immaturity. *American Psychologist*, 27(8), 687–708. Doi: 10.1037/h0033144
- Budd, K., & Greenspan, S. (1984). Mentally retarded mothers. In E. A. Blechman (Hrsg.), *Behavior Modification with Women* (S. 477–506). New York: Guildford Press.

- Bundesarbeitsgemeinschaft Begleitete Elternschaft. *Begleitete Elternschaft*. Abgerufen am 02.10.2017, von www.begleiteteelternschaft.de
- Bundschuh, K. (2008). *Heilpädagogische Psychologie* (4., überarb., erw. u. neu gest. Aufl.). München: Reinhardt.
- Burack, J. A. (1990). Differentiating mental retardation: The two-group approach and beyond. In R. M. Hodapp, J. A. Burack & E. Zigler (Hrsg.), *Issues in the developmental approach to mental retardation* (S. 27–48). doi: 10.1017/CBO9780511582325.003
- Burack, J. A., Hodapp, R., & Zigler, E. (1998). *Handbook of Mental Retardation and Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bürgerliches Gesetzbuch (§ 1666 BGB). Bundesministerium der Justiz für Verbraucherschutz. Abgerufen am 02.10.2017, von https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__1666.html
- Bürgerliches Gesetzbuch (§ 1666a BGB). Bundesministerium der Justiz für Verbraucherschutz. Abgerufen am 25.11.2017, von https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__1666a.html
- Caldwell B. M., & R. H. Bradley (1984). *Home observation for measurement of the environment*. Little Rock, University of Arkansas.
- Caldwell, B. M., & Bradley, R. H. (2003). *HOME Inventory Administration Manual*. Little Rock: University of Arkansas.
- Cardoso, J. B., Padilla, Y. C., & Sampson, M. (2010). Radical and ethnic variation in the predictors of maternal parenting stress. *Journal of Social Service Research*, 36(5), 429–444.
- Children's Worlds Report (2015). *Children's views on their lives and well-being in 15 countries: A report on the Children's Worlds survey, 2013–14*. Jacobs Foundation. Abgerufen am 25.11.2017, von http://www.isciweb.org/_Uploads/dbsAttachedFiles/ChildrensWorlds2015-FullReport-Final.pdf
- Clarke, J. J., & Wilson, D. N., (1999). Alcohol problems and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(2), 135–139. doi: 10.1046/j.1365-2788.1999.00200.x
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2. Aufl.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155

- Collings, S., & Llewellyn, G. (2012). Children of parents with intellectual disability: Facing poor outcomes or faring okay? *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(1), 65–82.
- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55(2), 218–232. doi: 10.1037/0003-066X.55.2.218
- Colombo, J., & Frick, J. (1999). Recent advances and issues in the study of preverbal intelligence. In M. Anderson (Hrsg.), *The development of intelligence* (S. 43–71). Hove, England: Psychology Press.
- Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2005a). *Personal Wellbeing Index – School Children (PWI-SC)* (3. Aufl.). Melbourne: Deakin University.
- Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2005b). *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability (PWI-ID)* (3. Aufl.). Melbourne: Deakin University.
- Cummins, R. A., Woerner, J., Weinberg, M., Collard, J., Hartley-Clark, L., & Horfiniak, K. (2013a). *Australian Unity Wellbeing Index: Survey 30.0, Report 30.0, Part A: The Report – The Wellbeing of Australians: Social media, personal achievement, and work*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University.
- Cummins, R. A., Woerner, J., Weinberg, M., Collard, J., Hartley-Clark, L., & Horfiniak, K. (2013b). *Australian Unity Wellbeing Index, Survey 30.0, Report 30.0, Part B: The Tables – The Wellbeing of Australians: Social media, personal achievement, and work*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University.
- Coneus, K., & Spieß, C. K. (2012). The intergenerational transmission of health in early childhood – Evidence from the German Socio-Economic Panel Study. *Economics & Human Biology*, 10(1), 89–97. doi: 10.1016/j.ehb.2011.03.002
- Davis, O. S. P., Haworth, C. M. A., & Plomin, R. (2009). Dramatic Increase in Heritability of Cognitive Development from Early to Middle Childhood: An 8-Year Longitudinal Study of 8,700 Pairs of Twins. *Psychological Science*, 20(10), 1301–1308. doi: 10.1111/j.1467-9280.2009.02433.x
- Deater-Deckard, K., & O'Connor, T. G. (2000). Parent-child mutuality in early childhood: Two behavioral genetic studies. *Developmental Psychology*, 36(5), 561–570. doi: 10.1037/0012-1649.36.5.561

- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 504–514. doi: 10.1046/j.1365-2788.2001.00374.x
- Deegener, G., & Körner, W. (2008). *Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien*. Lengerich: Pabst.
- DeLoache, J. S., Simcock, G., & Macari, S. (2007). Planes, trains, automobiles - and tea sets: Extremely intense interests in very young children. *Developmental Psychology*, 43(6), 1579–1586. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1579
- Dessementet, R. S., Bless, G., & Morin, D. (2012). Effects of inclusion on the academic achievement and adaptive behavior of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(6), 579–587. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01497.x
- De Souza, E., Alberman, E., & Morris, J. K. (2009). Down syndrome and paternal age, a new analysis of case-control data collected in the 1960s. *American Journal of Medical Genetics*, 149A(6), 1205–1208. doi: 10.1002/ajmg.a.32850
- Dettenborn, H., & Walter, E. (2016). *Familienpsychologie*. München: Ernst Reinhardt.
- Dichgans, J. (1994). Die Plastizität des Nervensystems. Konsequenzen für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 40(2), 229–246.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10., überarb. Aufl.). Göttingen: Huber.
- Došen, A., (1997). *Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen*. Gustav Fischer, Stuttgart.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dowdney, L., & Skuse, D. (1993). Parenting provided by adults with mental retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 34(1), 25–47. doi: 10.1111/j.1469-7610.1993.tb00966.x
- Edmonds, J. (2000). On being a mother: A positive identity in the face of adversity. *Clinical Psychology Forum*, 127, 21–25.
- Eggers, C. (2004). Intelligenzminderung. In C. Eggers, J. M. Fegert & F. Resch (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 691–749). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Egle, U., Hoffmann, S., & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. *Der Nervenarzt*, 68(9), 683. doi: org/10.1007/s001150050183
- Ellert, U., Bretschneider, A. K., Ravens-Sieberer, U., & Kiggs Study Group (2014). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 57(7), 798–806. doi: 10.1007/s00103-014-1978-4
- Emerson, E. (2007). Poverty and people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(2), 107–113. doi: 10.1002/mrdd.20144
- Emerson, E., & Brigham, P. (2013). Health behaviours and mental health status of parents with intellectual disabilities: cross sectional study. *Public Health*, 127(12), 1111–1116. doi: 10.1016/j.puhe.2013.10.001
- Emerson, E., & Brigham, P. (2014). The developmental health of children of parents with intellectual disabilities: cross sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 35(4), 917–921. doi: 10.1016/j.ridd.2014.01.006
- Emerson, E., Llewellyn, G., Hatton, C., Hindmarsh, G., Robertson, J., Man, W. Y. N., & Baines, S. (2015). The health of parents with and without intellectual impairment in the UK. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(12), 1142–1154. doi: 10.1111/jir.12218
- Emerson, E., Robertson, J., Baines, S., & Hatton, C. (2014). The self-rated health of British adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 35(3), 591–596. doi: 10.1016/j.ridd.2014.01.005
- Esser, G., & Petermann, F. (2010). *Entwicklungsdiagnostik*. Kompendien Psychologische Diagnostik, Bd. 13. Göttingen: Hogrefe.
- Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149–1160.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191.

- Faureholm, J. (2010). Children and their life Experiences. In G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell & H. B. Sigurjónsdóttir (Hrsg.), *Parents with Intellectual Disabilities: Past, present and futures* (S. 62–78). London: Wiley Blackwell.
- Feldman, M. A. (1986). Research on parenting by mentally retarded persons. *Psychiatric Clinics of North America*, 9(4), 777–796.
- Feldman, M. A. (1992). Teaching child-care skills to mothers with developmental disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25(1), 205–215. doi: 10.1901/jaba.1992.25-205
- Feldman, M. A. (1994). Parenting education for parents with intellectual disabilities: A review of outcome studies. *Research in Developmental Disabilities*, 15(4), 299–332. doi: 10.1016/0891-4222(94)90009-4
- Feldman, M. A. (1998). Preventing child neglect: childcare training for parents with intellectual disabilities. *Informing Young Children*, 11(2), 1–11.
- Feldman, M. A. (2002). Parents with intellectual disabilities and their children: Impediments and supports. In D. Griffiths & P. Federoff (Hrsg.), *Ethical dilemmas: Sexuality and developmental disability* (S. 255–292). Kingston, NY: NADD Press.
- Feldman, M. A., & Case, L. (1999). Teaching child-care and safety skills to parents with intellectual disabilities through self-learning. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 24(1), 27–44. doi: 10.1080/13668259900033861
- Feldman, M. A., Case, L., & Sparks, B. (1992). Effectiveness of a child-care training program for parents at-risk for child neglect. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24(1), 14–28. doi: 10.1037/h0078698
- Feldman, M. A., Case, L., Towns, F., & Betel, J. (1985). Parent Education Project I: Developmental and nurturance of children of mentally retarded parents. *American Journal of Mental deficiency*, 90(3), 253–258.
- Feldman, M. A., Case, L., Towns, F., & Betel, J. (1986). Parent Education Project II: Increasing stimulation interactions of developmentally handicapped mothers. *Journal of Applied Behaviour Analyses*, 19, 23–37.
- Feldman, M. A., Leger, M., & Walton-Allen, N. (1997). Stress in mothers with intellectual disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 6(4), 471–485.
- Feldman, M. A., McConnell, D., & Aunos, M. (2012). Parental Cognitive Impairment, Mental Health, and Child Outcomes in a Child Protection Population. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 5, 66–90.

- Feldman, M. A., Sparks, B., & Case, L. (1993). Effectiveness of home-based early intervention on the language development of children of mothers with mental retardation. *Research in developmental Disabilities, 14*, 387–408.
- Feldman, M. A., Towns, F., Betel, J., Case, L., Rincover, A., & Rubino, C. A. (1986). Parent education project II. Increasing stimulating interactions of developmentally handicapped mothers, *Journal of Applied Behavior Analysis, 19*(1), 23–37. doi: 10.1901/jaba.1986.19-23
- Feldman, M. A., Varghese, J., Ramsay, J., & Rajska, D. (2002). Relationships between social support, stress and mother-child interactions in mothers with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15*(4), 314–323. doi: 10.1046/j.1468-3148.2002.00132.x
- Feldman, M. A., & Walton-Allen, N. (1997). Effects of maternal mental retardation and poverty on intellectual, academic, and behavioral status of school-age children. *American Journal on Mental Retardation, 101*(4), 352–364.
- Feldman, R., & Masalha, S. (2007). The role of culture in moderating the links between early ecological risk and young children's adaptation. *Development and Psychopathology, 19*(1), 1–21. doi: 10.1017/S0954579407070010
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. 4. Aufl., London: Sage.
- Floor, L., Baxter, D., Rosen, M., & Zisfein, L. (1975). A survey of marriages among previously institutionalized retardates. *Mental Retardation, 13*(2), 33–37.
- Gassman-Pines, A., & Yoshikawa, H. (2006). The effects of antipoverty programs on children's cumulative level of poverty-related risk. *Developmental Psychology, 42*(6), 981–999. doi: 10.1037/0012-1649.42.6.981
- Gerris, J. R. M., Dubas, J. S., Janssens, J. M. A. M., & Vermulst, Ad. A. (2000). Dynamische Beziehungen zwischen der Persönlichkeit von Eltern und Jugendlichen und ihren Familiensubsystemen. In Schneewind, K. A. (Hrsg.), *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis* (S. 151–173). Göttingen: Hogrefe.
- Gillberg, C., & Kadesjö, B. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder and developmental coordination disorder. In: T. Brown T (Hrsg.). *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington: American Psychiatric Publishing.

- Goldacre A. D., Grey, R., & Goldacre, M. J. (2014). Childbirth in women with intellectual disability: characteristics of their pregnancies and outcomes in an archived epidemiological dataset. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(7), 653–663. doi: 10.1111/jir.12169
- Gooding, S. (2000). *A jigsaw of services, inspection of services to support disabled adults in their parenting role*. London: Department of Health.
- Gottlieb, G. (2000). Environmental and behavioral influences on gene activity. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 93–102.
- Graf, J. (2002). *Wenn Paare Eltern werden*. Weinheim: PVU.
- Grigorenko, E. L. (2000). Heritability and intelligence. In R. J. Sternberg (Hrsg.), *Handbook of Intelligence* (S. 53–91). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2004). Bindungen. *Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (Art. 6). Bundesministerium der Justiz für Verbraucherschutz. Abgerufen am 02.07.2017, von https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_6.html
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (Art. 3,3). Bundesministerium der Justiz für Verbraucherschutz. Abgerufen am 10.10.2017, von https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_3.html
- Gust, D. A., Wang, S. A., & Grot, J. (2003). National survey of sexual behaviour and sexual behaviour policies in facilities for individuals with mental retardation/developmental disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 5, 365–373.
- Guteman, L. M., Sameroff, A. J., & Cole, R. (2003). Academic growth curve trajectories from 1st grade to 12th grade: effects of multiple social risk factors and preschool child factors. *Developmental Psychology*, 39(4), 777–790.
- Hagberg, B., Hagberg, G., Lewerth, A., & Lindberg, U. (1981). Mild mental retardation in Swedish school children. 2. Etiologic and pathogenetic aspects. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 70(4), 445–452. doi: 10.1111/j.1651-2227.1981.tb05720.x
- Harrison, P., & Oakland, T. (2008). *Adaptive Behavior Assessment System. ABAS II* (2. Aufl.). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Häßler, F. (2011). *Intelligenzminderung. Eine ärztliche Herausforderung*. H. Remschmidt & M. Schmidt (Hrsg.), *Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-12996-4

- Haworth, C., Wright, M., Luciano, M., Martin, N., de Geus, E. J. C., & Plomin, R. (2010). The heritability of general cognitive ability increases linearly from childhood to young adulthood. *Molecular Psychiatry*, 15(11), 1112–1120. doi: 10.1038/mp.2009.55
- Heilig, L. (2014). Risikokonstellationen in der frühen Kindheit: Auswirkungen biologischer und psychologischer Vulnerabilitäten sowie psychosozialer Stressoren auf kindliche Entwicklungsverläufe. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 17(2), 263–280.
- Hindmarsh, G., Llewellyn, G., & Emerson, E. (2015). Mothers with intellectual impairment and their 9-month-old infants. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(6), 541–550. doi: 10.1111/jir.12159
- Hoghugh, M. (2004). Parenting – An Introduction. In M. Hoghugh & N. Long (Hrsg.), *Handbook of Parenting. Theory and research practice* (S. 1–18). London: Sage Publications, Inc.
- Höglund, B., Lindgren, P., & Larsson, M. (2012a). Newborns of mothers with intellectual disability have a higher risk of perinatal death and being small for gestational age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(12), 1409–1414. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01537.x
- Höglund, B., Lindgren, P., & Larsson, M. (2012b). Pregnancy and birth outcomes of women with intellectual disability in Sweden: a national register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(12), 1381–1387. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01509.x
- Holburn, S., Perkins, T., & Vietze, P. (2000). The parent with mental retardation: A review of the research. *The International Review of Research in Mental Retardation*, 24, 171–210. doi: 10.1016/S0074-7750(01)80009-4
- Hölling, H., Schlack, R., Kamtsiuris, P., Butschalowsky, H., Schlaud, M., & Kurth, B. M. (2012). Die KiGGS-Studie: Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55(6–7), 836–842. doi: 10.1007/s00103-012-1486-3
- Huber, B., (2005). Epilepsien bei geistiger Behinderung. In F. Häßler, J. M. Fegert (Hrsg.), *Geistige Behinderung und seelische Gesundheit* (S. 193–251). Schattauer, Stuttgart.

- Hudson, C., & Chan, J. (2002). Individuals with intellectual disability and mental illness: a literature review. *Australian Journal of Social Issues*, 37(1), 31–50.
- Huovinen, K. (1993). Gynecological problems of mentally retarded women: A case-control study from southern Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 72(6), 475–480. doi: 10.3109/00016349309021138
- Hur, J. (1997). Review of research on parenting for parents with intellectual disability: methodological issues. *International Journal of Disability, Development and Education*, 44(2), 147–162.
- Hurles, M. (2012). Older males beget more mutations. *Nature Genetics*, 44, 1174–1176.
- Hurrelmann, K., Andresen, S., Schneekloth, U., & Pupeter, M. (2014). Die Lebensqualität der Kinder in Deutschland: Ergebnisse der 3. World Vision Kinderstudie, *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 3, 383–391. doi: 10.3224/diskurs.v9i3.16630
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., & Ravens-Sieberer, U. (2003). (Hrsg.). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim und München.
- International Wellbeing Group (2013). *Personal Wellbeing Index* (5. Aufl.). Melbourne: Australian, Centre on Quality of Life, Deakin University
- Irblich, D. (2003). Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder* (S. 312–389). Göttingen, Bern: Hogrefe.
- James, H. (2004). Promoting effective working with parents with learning disabilities. *Child Abuse Review*, 13(1), 31–41. doi: 10.1002/car.823
- Johnson, J. E. (1976). Relations of divergent thinking and intelligence test scores with social and nonsocial make-believe play of preschool children. *ETS Research Bulletin Series*, 1976(1), i–16. doi: 10.1002/j.2333-8504.1976.tb01089.x
- Johnson, C. A., Ahern, F. M., & Johnson, R. C. (1976). Level of functioning of siblings and parents of probands of varying degrees of retardation. *Behavior Genetics*, 6(4), 473–477. doi: 10.1007/BF01065704
- Kamtsiuris, P., Atzpodien, K., Ellert, U., Schlack, R., & Schlaud, M. (2007). Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50, 686–700. doi: 10.1007/s00103-007-0230-x

- Kastner, J., & Petermann, F. (2010). Entwicklungsbedingte Koordinationsstörungen: Zum Zusammenhang von motorischen und kognitiven Defiziten. *Klinische Pädiatrie*, 222, 26–34
- Keltner, B. (1994). Home environments of mothers with mental retardation: *Mental Retardation*, 32(2), 123–127.
- Keltner B., Finn, D., & Shearer, D. (1995). Effects of family intervention on maternal-child interaction for mothers with developmental disabilities. *Family Community Health*, 17(4), 35–49.
- Keltner, B. R., Wise, L. A., & Taylor, G. (1999). Mothers with intellectual limitations and their 2-year-old children's developmental outcomes. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 24(1), 45–57.
- Kindler, H. (2009). Teil C. Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In T. Meysen, L. Schönecker & H. Kindler (Hrsg.), *Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. (S. 173–243). Weinheim, München: Juventa.
- Klein, G. (2008). Frühförderung für Kinder in prekären Lebenslagen. In J. Borchert, B. Hartke & P. Jogschies (Hrsg.), *Frühe Förderung entwicklungsauffälliger Kinder und Jugendlicher* (S. 108–121). Stuttgart: Kohlhammer.
- Koglin, U., Janke, N., & Petermann, F. (2009). Werden IQ-Veränderungen vom Kindergarten- zum Schulalter durch psychosoziale Risikofaktoren beeinflusst? *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 41(3), 132–141.
- Künster, A.K., Thurn, L., Fischer, D., Wucher, A., Kindler, H., & Ziegenhain, U. (2013). *Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz. Version: Rund um die Geburt und Version: Klein- und Vorschulkinder*. KJPP Universitätsklinikum Ulm.
- LAG (2015). Protokoll der Landesarbeitsgemeinschaft Begleitete Elternschaft Brandenburg-Berlin vom 11./12.06.2015.
- Lander, E. S. (2011). Initial impact of the sequencing of the human genome. *Nature*, 470(7333), 187–197. doi: 10.1038/nature09792
- Landesjugendamt des Landes Brandenburg (Hrsg.). (2010). *Begleitete Elternschaft – Assistenz für Eltern mit geistiger Behinderung*. Bernau: Landesjugendamt Brandenburg, Referat Hilfe zur Erziehung.
- Lenz, M. (2012). *Anlage-Umwelt-Diskurs. Historie, Sytematik und erziehungswissenschaftliche Relevanz*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Lenz, A., Riesberg, U., Rothenberg, B., & Sprung, C. (2010). *Familie leben trotz intellektueller Beeinträchtigung. Begleitete Elternschaft in der Praxis*. Lambertus.

- Lindsay, W. R., & Lees, M. S. (2003). A comparison of anxiety and depression in sex offenders with intellectual disability and a control group with intellectual disability. *Sex Abuse, 15*(4), 339–345.
- List, G. (2011). Bedeutung der Interaktion für die sprachlich-geistige Entwicklung. Deutsches Jugendinstitut e.V. München. Abgerufen am 20.11.2017, von https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/672_13591_List_Interaktion.pdf
- Llewellyn, G. (1990). People with intellectual disability as parents: Perspectives from the professional literature. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 16*(4), 369–380. doi: org/10.1080/07263869000034181
- Llewellyn, G. (2012). Mothers with intellectual disability and their babies: a population warranting special consideration. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 91*(12), 1353–1356. doi: 10.1111/aogs.12040
- Llewellyn, G., & Hindmarsh, G. (2015). Parents with Intellectual Disability in a Population Context. *Current Developmental Disorders Reports, 2*(2), 119–126, doi: org/10.1007/s40474-015-0042-x
- Llewellyn, G., & McConnell, D. (2002). Mothers with learning difficulties and their support networks. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*(1), 17–34. doi: 10.1046/j.1365-2788.2002.00347.x
- Llewellyn, G., McConnell, D., Cant, R., & Westbrook, M. (1999). Support networks of mothers with an intellectual disability: An exploratory study, *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities, 24*(1), 7–26. doi: 10.1080/13668259900033851
- Llewellyn, G., McConnell, D., & Mayes, R. (2003). Health of mothers with intellectual limitations. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 27*(1), 17–19. doi: 10.1111/j.1467-842X.2003.tb00374.x
- Llewellyn, G., McConnell, D., Russo, D., Mayes, R., & Honey, A. (2002). Home-based programs for parents with intellectual disabilities: Lessons from practice. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15*(4), 341–353. doi: 10.1046/j.1468-3148.2002.00116.x
- Llewellyn, G., Traustadóttir, R., McConnell, D., & Sigurjónsdóttir, H. B. (Hrsg.). (2010). *Parents with Intellectual Disabilities: Past, present and futures*. London: Wiley Blackwell.
- Lohaus, A., & Vierhaus, M. (2013). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-34435-0

- Luckasson, R.; Borthwick-Duffy, S.; Buntinx, W. H. E.; Coulter, D. L.; Craig, E. M.; Reeve, A.; Schalock, R. L.; Snell, M. E.; Spitalnik, D. M.; Spreat, S.; Tasse, M. J. (2002), *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10. Aufl.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Lundvall, M., Rajaei, S., Erlandson, A., & Kyllerman, M. (2012). Aetiology of severe mental retardation and further genetic analysis by high-resolution microarray in a population-based series of 6- to 17-year-old children. *Acta Paediatrica*, 101(1), 85–91. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02417.x
- Maccoby, E. E. (1999). The uniqueness of the parent–child relationship. In W. A. Collins & B. Laursen (Hrsg.), *Relationships as developmental contexts. The Minnesota symposia on child psychology*, 30, 157–175. Mahwah: Erlbaum.
- Maccoby, E. E. (2002). Parenting effects: Issues and controversies. In J. G. Borkowski, S. L. Ramey & M. Bristol-Power (Hrsg.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and social-emotional development* (S. 35–46). Mahwah: Erlbaum.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in context of the family: Parent-Child Interaction. In P. H. Mussen (Reihenhrsg.) & E. M. Hetherington (Hrsg.), *Handbook of child Psychology, Bd. 4. Socialization, personality, and social development* (4. Aufl., S. 1–102). New York: Wiley.
- Macha, T., & Petermann, F. (2017). Intelligenzminderung. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Abgerufen am 16.07.2017, von <https://portal.hogrefe.com/dorsch/intelligenzminderung-1/>
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419–436. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.018
- Mayes, R., & Llewellyn, G. (2012). Mothering differently: Narratives of mothers with intellectual disability whose children have been compulsorily removed, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(2). doi: 10.3109/13668250.2012.673574
- McConnell, D., Feldman, M., Aunos, M., Pacheco, L., Savage, A., Hahn, L., Dube, C., Chenier, S., & Park, E. (2016). Ameliorating Psychosocial Risk Among Mothers with Intellectual Impairment. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 944–953.
- McConnell, D., Llewellyn, G., & Ferronato, L. (2000a). Parents with a Disability and the NSW Children's Court. Sydney, NSW: University of Sydney.

- McConnell, D., Llewellyn, G., & Ferronato, L. (2000b). Prevalence and outcomes for parents with disabilities and their children in an Australian court sample. *Child Abuse & Neglect*, 27(3), 235–251. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00004-8
- McConnell, D., Llewellyn, G., & Ferronato, L. (2002). Disability and Decision-Making in Australian Care Proceedings. *International Journal of Law, Policy and the Family* 16, 270–299. doi: 10.1093/lawfam/16.2.270
- McConnell, D., Llewellyn, G., Mayes, R., Russo, D., & Honey, A. (2003). Developmental profiles of children born to mothers with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 28(2), 122–134. doi: 10.1080/1366825031000147067
- McConnell, D., Mayes, R., & Llewellyn, G. (2008a). Women with intellectual disability at risk of adverse pregnancy and birth outcomes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(6), 529–535. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01061.x
- McConnell, D., Mayes, R., & Llewellyn, G. (2008b). Pre-partum distress in women with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 33(2), 177–183. doi: 10.1080/13668250802007903
- McGaw, S. (1993). Working with parents on parenting skills. In A. Craft (Hrsg.), *Parents with Learning Disabilities* (S. 13–19). Bild: Kidderminster.
- McGaw, S. (1998). *Working with Parents who happen to have Intellectual Disabilities*. In E. Emerson, C. Hatton, J. Bromley, & A. Caine (Hrsg.), (S. 193–209). *Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities*. Chichester: John Wiley.
- McGaw, S. (2004). Parenting exceptional children. In M. Hoghughi & N. Long (Hrsg.), *Handbook of Parenting. Theory and research practice* (S. 213–236). London: Sage Publications, Inc.
- McGaw, S., Ball, K., & Clark, A. (2002). The Effect of Group Intervention on the Relationships of Parents with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(4), 354–366. doi: 10.1046/j.1468-3148.2002.00143.x
- McGaw, S., & Newman, T. (2005). *What Works for Parents with Learning Disabilities?* Essex: Barnado's.
- McGaw, S., Scully, T., & Pritchard, C. (2010). Predicting the unpredictable? Identifying high-risk versus low-risk parents with intellectual disabilities. *Child Abuse & Neglect* 34(9), 699–710. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.02.006
- McGaw, S., Shaw, T., & Beckley, K. (2007). Prevalence of Psychopathology across a Service Population of Parents with Intellectual Disabilities and Their Children. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4(1), 11–22.

- McGaw, S., & Sturmey, P. (1993). Identifying the needs of parents with learning disabilities: A review. *Child Abuse Review*, 2(2), 101–117. doi: 10.1002/car.2380020207
- McGaw, S., & Sturmey, P. (1994). Assessing parents with learning disabilities: The parental skills model. *Child Abuse Review*, 3(1), 36–51. doi: 10.1002/car.2380030107
- McGue, M., Bouchard, T. J., Jr., Iacono, W. G., & Lykken, D. T. (1993). Behavioral genetics of cognitive ability: A life-span perspective. In R. Plomin & G. E. McClearn (Hrsg.), *Nature, nurture & psychology* (S. 59–76). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/10131-003
- Meysen, T., Schönecker, L., & Kindler, H. (2009). *Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Michaelis, R. (2003). Motorische Entwicklung. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (3. Aufl., S. 815–860). Bern: Huber
- Michaelis, R., & Niemann, G. (1999). *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie. Grundlagen und diagnostische Strategien* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Mildon, R., Matthews, J., & Gavidia-Payne, S. (2003). *Understanding and supporting parents with learning difficulties*. Melbourne: Victorian Parenting Centre.
- Mirfin-Veitch, B., Bray, A., Williams, S., Clarkson, J., & Belton, A. (1999). Supporting parents with intellectual disabilities. *New Zealand Journal of Disability Studies*, 6, 60–74.
- Montada, L., Lindenberger, U., & Schneider, W. (2012). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (7., vollst. überarb. Aufl., S. 27–60). Weinheim, Basel: Beltz.
- Mørch, W.-T., Skår, J., & Andersgård, A. B. (1997). Mentally retarded persons as parents: Prevalence and the situation of their children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38(4), 343–348.
- Morfeld, M., Bullinger, M., & Kirchberger, I. (2011). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey (SF-12, Kurzversion)* (2., ergän. u. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Murphy, G. (1996). Services for Parents with Learning Disabilities. *Tizard Learning Disability Review*, 1(1), 29–32.
- Myers, D. G. (2005). *Psychologie*. Heidelberg: Springer.
- Neuhäuser, G. (2008). Medizinische Aspekte. In S. Nußbeck, A. Biermann, & H. Adam (Hrsg.). (2008). *Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung* (Bd. 4, Handbuch Sonderpädagogik., S. 159–178). Göttingen: Hogrefe.

- Neuhäuser, G., & Steinhausen, H.-C. (2013). Epidemiologie, Risikofaktoren und Prävention. In G. Neuhäuser, H.-C. Steinhausen, F. Häßler & K. Sarimski (Hrsg.). *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlungen, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4., vollst. überarb. u erw. Aufl., S. 15–29). Stuttgart: Kohlhammer.
- Netzwerk Leichte Sprache (2015). Abgerufen am 12.08.2017, von <http://www.leichte-sprache.org/>
- Nußbeck, S. (2008a). Einführung. In S. Nußbeck, A. Biermann, & H. Adam (Hrsg.). (2008). *Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung* (Bd. 4, Handbuch Sonderpädagogik., S. 3). Göttingen: Hogrefe.
- Nußbeck, S. (2008b). Der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung. In S. Nußbeck, A. Biermann, & H. Adam (Hrsg.). (2008). *Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung* (Bd. 4, Handbuch Sonderpädagogik., S. 5–17). Göttingen: Hogrefe.
- Olson, S. L., Bates, J. E., & Kaskie, B. (1992). Caregiver-infant interaction antecedents of children's school-age cognitive ability. *Merrill-Palmer Quarterly*, 38, 309–330.
- Orthmann Bless, D. (2012). Epidemiologie und Risiken der Gestation bei Frauen mit geistiger Behinderung. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*, 9(2), 75–84.
- Orthmann Bless, D. (2013). Zur Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 82(1), 22–34. doi: 10.2378/vhn2013.art02d
- Orthmann Bless, D., & Hellfritz, K.-L. (2016). *SEPIA-D. Evaluation der Begleiteten Elternschaft in Deutschland*. Freiburg: Universität Freiburg (Schweiz).
- Orthmann Bless, D., Hellfritz, K.-L., & Chevalley, A. (2015). Zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern – Internationaler Forschungsstand. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 66(8), 364–371.
- Perkins, T. S., Holburn, S., Deaux, K., Flory, M. J., & Vietze, P. (2002). Children of mothers with intellectual disability: Stigma, mother-child relationships and self-esteem. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(4), 297–313. doi: 10.1046/j.1468-3148.2002.00140.x
- Petermann, F. (2014). *WAIS-IV – Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition - deutschsprachige Adaption* (2., erw. Aufl.). Frankfurt: Pearson Assessment & Information GmbH.
- Petermann, U., & Petermann, F. (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15(1), 1–8.

- Petermann, F., & Petermann, U. (2014). *WISC-IV – Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition* - deutschsprachige Adaption (2., ergän. Aufl.). Frankfurt am Main: Pearson Assessment & Information GmbH.
- Petermann, F., Ricken, G., Fritz, A., Schuck, K. D., & Preuss, U. (2014). *WPPSI-III – Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Third Edition* - deutschsprachige Adaption (3., überarb. u. erw. Aufl.). Frankfurt am Main: Pearson Assessment & Information GmbH.
- Peterson, S. L., Robinson, E. A., & Littman, I. (1983). Parent-child interaction training for parents with a history of mental retardation. *Applied Research in Mental Retardation* 4(4), 329–342. doi: 10.1016/0270-3092(83)90033-4
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.
- Pinquart, M., Schwarzer, G., & Zimmermann, P. (2011). *Entwicklungspsychologie – Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Pixa-Kettner, U., Bargfrede, S., & Blanken, I. (1996). „Dann waren sie sauer auf mich, dass ich das Kind haben wollte ...“: Eine Untersuchung zur Lebenssituation geistig-behinderter Menschen mit Kindern in der BRD. Baden-Baden: Nomos: Verlagsgesellschaft.
- Pixa-Kettner, U. (2007). *Elternschaften von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. Ergebnisse einer zweiten bundesweiten Fragebogenerhebung. Geistige Behinderung*, 46(4) 2007, 309–321.
- Pixa-Kettner, U. (2009). Forschungen zur Elternschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung. In F. Janz & K. Terfloth (Hrsg.), *Empirische Forschung im Kontext geistiger Behinderung* (S. 241–259). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Pixa-Kettner, U., & Rischer, C. (2013). Elternschaft von Menschen mit Behinderung – Entdiskriminierung und Ermutigung. In J. Clausen & F. Herrath (Hrsg.), *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. (S. 251-256). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pixa-Kettner, U., & Sauer, B. (2015). Elterliche Kompetenzen und die Feststellung von Unterstützungsbedürfnissen in Familien mit geistig behinderten Eltern. In U. Pixa-Kettner (Hrsg.), *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder* (3. Aufl., S. 219–247). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Plomin, R., & Bergmann, C. S. (1991). The nature of nurture: Genetic influence on “environmental” measures. *Behavioral and Brain Sciences*, 14(3), 373–386. doi: 10.1017/S0140525X00070278

- Plomin, R., & Petrill, S. A. (1997). Genetics and intelligence: What's new? *Intelligence*, 24(1), 53–77. doi: 10.1016/S0160-2896(97)90013-1
- Plomin, R., Fulker, D. W., Corles, R., & DeFries, J. C. (1997). Nature, Nurture, and Cognitive Development from 1 to 16 Years: A Parent-Offspring Adoption Study. *Psychological Science*, 8(6), 442–447.
- Powell, R. M., & Parish, S. L. (2017). Behavioural and cognitive outcomes in young children of mothers with intellectual impairments. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(1), 50–61. doi: 10.1111/jir.12308
- Ramey, C., & Campbell, F. (1984). Preventive education for high-risk children: Cognitive consequences of the Caroline Abecedarian Project. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 515–523.
- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W., & Naumann, E. (2014a). *Quantitative Methoden 1. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-43524-3
- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W., & Naumann, E. (2014b). *Quantitative Methoden 2. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-43548-9
- Rauh, H. (2008). Vorgeburtliche Entwicklung und frühe Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl., S. 149–224). Weinheim: Beltz.
- Ravens-Sieberer, U., Bettge, S., & Erhart, M. (2003). Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 46, 340–345.
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U., & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50, 810–818. doi: 10.1007/s00103-007-0244-4
- Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power Comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling Tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21–33.
- Reed, E., & Reed, S. (1965). *Mental retardation: A family study*. Philadelphia: Saunders.
- Rees, G., & Main, G. (Hrsg.). (2015). *Children's views on their lives and well-being in 15 countries: An initial report on the Children's Worlds survey, 2013–14*. York, UK: Children's Worlds Project (ISCWeB)).

- Reichle, B., & Gloger-Tippelt, G. (2007). Familiäre Kontexte und sozial-emotionale Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 199–208. doi: 10.1026/0942-5403.16.4.199
- Reuner, G., & Rosenkranz, J. (2014). *Bayley-III – Bayley Scales of Infant and Toddler Development* – Third Edition - deutschsprachige Adaption. Frankfurt am Main: Pearson Assessment & Information GmbH.
- Ropers, H. H. (2010). Genetics of Early Onset Cognitive Impairment. *Annual review of genomics and human genetics*, 11, 161–178. doi: 10.1146/annurev-genom-082509-141640
- Rosenberg, S. A., & McTate, G. A. (1982). Intellectually handicapped mothers: problems and prospects. *Children Today*, 11(1), 24–37.
- Sanders, D. (2015). Risiko- und Schutzfaktoren im Leben der Kinder von Eltern mit geistiger Behinderung. In U. Pixa-Kettner (Hrsg.), *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder* (3. Aufl., S. 161–192). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81, 6–22. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors. *Child Development*, 64(1), 80–97.
- Sameroff, A. J., & Suomi, S. (1996). Primates and persons: A comparative developmental understanding of social organization. In R. B. Cairns, G. H. Elder & E. J. Costello (Hrsg.), *Developmental Science* (S. 97–120). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sarimski, K. (2003). Psychologische Theorien geistiger Behinderung. In G. Neuhäuser & H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation* (S. 42–54). Stuttgart: Kohlhammer.
- Scarr, S. (1992). Developmental Theories for the 1990s: Development and Individual Differences. *Child Development*, 63(1), 1–19. doi: 10.1111/j.1467-8624.1992.tb03591.x
- Scarr, S., & McCartney, K. (1983). How people make their own environments: a theory of genotype greater than environment effects. *Child Development*, 54(2), 424–435. doi: 10.2307/1129703
- Schäfer, J. (2008). Vorbeugung elementarer Störungen beim Rechnen – „Rechenschwäche“. In J. Borchert, B. Hartke & P. Jogschies (Hrsg.), *Frühe Förderung entwicklungsauffälliger Kinder und Jugendlicher* (S. 178–193). Stuttgart: Kohlhammer.

- Schäfers, M. (2008). Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schatz, J., Kramer, J. H., Ablin, A., & Matthay, K. K. (2000). Processing speed, working memory and IQ: A developmental model of cognitive deficits following cranial radiation therapy. *Neuropsychology*, 14(2), 189–200.
- Scherbaum, W. A., & Haak, K. (Hrsg.). (2008). Diabetes und Schwangerschaft. Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft.
- Schilling, R., Schinke, P., Blythe, B., & Barth, R. (1982). Child maltreatment and mentally retarded parents: is there a relationship? *Mental Retardation*, 20, 201–209.
- Schlack, H. G. (2012). *Motorische Entwicklung im frühen Kindesalter*. Abgerufen am 25.11.2017, von https://www.kita-fachtexte.de/uploads/media/KiTaFT_SchlackIII_MotEntw_2012.pdf
- Schlaud, M. (2011). Wie gesund sind unsere Kinder? In S. Wittmann, T. Rauschenbach & H. R. Leu (Hrsg.). *Kinder in Deutschland. Eine Bilanz empirischer Studien*. (S. 138–141). Weinheim und München: Juventa.
- Schneewind, K. A., & Berkic, J. (2007). Stärkung von Elternkompetenzen durch primäre Prävention: Eine Unze Prävention wiegt mehr als ein Pfund Therapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(8), 643.
- Schneider, W., & Lindenberger, U. (2012). *Entwicklungspsychologie* (7., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Schwarzer, G. (2015). Kernthemen und Anwendungsfelder der Entwicklungspsychologie der Kindheit. In G. Schwarzer & B. Jovanovic (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Kindheit* (S. 11–35). Stuttgart: Kohlhammer.
- Seyda, S., & Lampert, T. (2009). Der Einfluss der Familie auf die Gesundheit und Bildungslaufbahn von Kindern. *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, 36(3), 105–120. Doi: 10.2373/1864-810X.09-03-06
- SGP (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (2011). Checkliste Vorsorgeuntersuchung (4. rev. u. akt. Aufl.). Abgerufen am 04.05.2017, von http://www.swisspaediatrics.org/sites/default/files/mitglieder/checklisten/pdf/checklisten_201204_d_office.pdf
- Siegler, R., Eisenberg, N., DeLoache, J., & Saffran, J. (2016). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Singer, J. L. (1973). The child's world of make-believe: Experimental studies of imaginative play. New York: Academic Press.

- Sobsey, D. (2000). Faces of violence against women with developmental disabilities. *Impact*, 13(3), 2–27.
- Soliday, E. (2004). Parenting and children's physical health. In M. Hoghughi & N. Long (Hrsg.), *Handbook of Parenting. Theory and research for practice* (S. 162–180). London: Sage Publications, Inc.
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163). Abgerufen am 29.01.2017, von <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbviii/31.html>
- Spitzer, M. (2002). *Gehirnforschung und Schule des Lebens*. Heidelberg: Spektrum.
- Stahl, B. (2002). Psychotherapie und psychologische Beratung geistig behinderter Menschen. In D. Irlich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 591–645). Göttingen: Hogrefe.
- Stamm, M. (2010). *Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung*. Bern: Haupt.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2015). Bevölkerung. Alter der Mutter. Abgerufen am 02.07.2017, von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterAlterBundeslaender.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016). Geburten. Abgerufen am 02.07.2017, von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html>
- Stein, D. S., Blum, N. J., & Barbaresi, W. J. (2011). Developmental and behavioral disorders through the life span. *Pediatrics*, 128(2), 364–373. doi: 10.1542/pHrsg.2011-0266
- Sterling, J. D. (1998). *Determinants of parenting in women with mental retardation*. Ann Arbor, MI: The Fielding Institute.
- Strømme, P., & Magnus, P. (2000). Correlations between socioeconomic status, IQ and aetiology in mental retardation: a population-based study of Norwegian children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(1), 12–8.
- Strømme, P., & Hagberg G. (2000). Aetiology in severe and mild mental retardation: a population-based study of Norwegian children. *Developmental Medicine and Child neurology* 452, 76–86.
- Theunissen, G. (2016). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten* (6., überarb. u. erw. Aufl.). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Trautner, H. M. (2003). *Allgemeine Entwicklungspsychologie* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

- Tymchuk, A. J. (1990). Parents with Mental Retardation: A National Strategy. *Journal of Disability Policy Studies*, 1(4), 43–55. doi: 10.1177/104420739000100403
- Tymchuk, A. J. (1991). Assessing home dangers and safety precautions. *Mental Handicap*, 19(1), 4–10. doi: 10.1111/j.1468-3156.1991.tb00609.x
- Tymchuk, A. J. (1992). Predicting adequacy of parenting by people with mental retardation. *Child Abuse & Neglect*, 16(2), 165–178. doi: 10.1016/0145-2134(92)90025-M
- Tymchuk, A. J. (1993). Symptoms of psychopathology in mothers with mental handicap. *Mental Handicap Research*, 6(1), 18–35. doi: 10.1111/j.1468-3148.1993.tb00048.x
- Tymchuk, A. J., & Andron, L. (1992). Project Parenting: Child interactional training with mothers who are mentally handicapped. *Mental Handicap Research*, 5(1), 4–32. doi: 10.1111/j.1468-3148.1992.tb00168.x
- Tymchuk, A. J., Andron, L., & Unger, O. (1987). Parents with mental handicaps and adequate child care – a review. *Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX)*, 15, 49–54. doi: 10.1111/j.1468-3156.1987.tb00393.x
- UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 23, Schutz von Ehe und Familie). Abgerufen am 02.01.2017, von <https://www.behindertenrechtskonvention.info/schutz-von-ehe-undfamilie-3900/>
- Unicef, (1989). Konvention über die Rechte des Kindes. Abgerufen am 11.11.2017, von <https://www.unicef.de/blob/9364/a1bbed70474053cc61d1c64d4f82d604/d0006-kinderkonvention-pdf-data.pdf>
- Vester, F. (1978). *Denken, Lernen, Vergessen*. München: dtv.
- Von Gontard, A. (2013). Genetische und biologische Grundlagen. In G. Neuhäuser, H.-C. Steinhausen, F. Häßler & K. Sarimski (Hrsg.). *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlungen, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4., vollst. überarb. u erw. Aufl., S. 30–43). Stuttgart: Kohlhammer.
- Vlasak, A. (2015). Rechtliche Fragen im Zusammenhang der Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. In U. Pixa-Kettner (Hrsg.), *Tabu oder Normalität. Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder*. (2. Aufl., S. 91–126). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Wade, C. M., Mildon, R. L., & Matthews, J. M. (2007). Service Delivery to Parents with an Intellectual Disability: Family-Centred or Professionally Centred? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 87–98. doi: 10.1111/j.1468-3148.2005.00297.x

- Wade, C. M., Llewellyn, G., & Matthews, J. M. (2008). Review of Parent Training Interventions for Parents with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 351–366.
- Wade, C. M., Llewellyn, G., & Matthews, J. M. (2011). Modeling contextual influences on parents with intellectual disability and their children. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(6), 419–437. doi: 10.1352/1944-7558-116.6.419
- Wade, C., Llewellyn, G., & Matthews, J. (2015). Parent mental health as a mediator of contextual effects on parents with intellectual disabilities and their children. *Clinical Psychologist*, 19(1), 28–38. doi: 10.1111/cp.12055
- Walkowiak, J. (2000). *Häusliche Umwelt und frühkindliche Entwicklung. Ein Beitrag zur Etablierung der HOME Skala in Deutschland*. (Dissertation), Universität Düsseldorf.
- Walter, U., Minne, S., & Borutta, B. (2011). Elternkompetenz: Verständnis und Operationalisierung in multidisziplinärer Perspektive. Kompetenzen und Kriterien zur Bestimmung bzw. Messung von elterlichen Kompetenzen bei Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren. In BZgA (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Elternkompetenzen*. Expertise zur wissenschaftlichen Grundlage und evaluierten Programmen für die Förderung elterlicher Kompetenzen bei Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren. Köln: BZgA.
- Weber, H., & Rammsayer, T. (2012). *Differentielle Psychologie - Persönlichkeitsforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Weiber, I., Berglund, J., Tengland, P.-A., & Eklund, M. (2011). Children born to women with intellectual disabilities – 5-Year incidence in a Swedish Country. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(11), 1078–1085. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01441.x
- Wendeler, J. (1993). *Geistige Behinderung. Pädagogische und psychologische Aufgaben*. Weinheim: Belz.
- WHO (2016). ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) (10. Revision).
- Whitman, B. Y., Graves, B., & Accardo, P. (1989). Training in parenting skills for adults with mental retardation. *Social Work*, 34(5), 431–434.
- Whitman, B. Y., & Accardo, P. J. (1990). *When a parent is mentally retarded*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Willems, D. L., de Vries, J.-N., Isarin, J., & Reinders, J. S. (2007). Parenting by persons with intellectual disability: An explorative study in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(7), 537–544. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00924.x

- Wilson, C., & Brewer, N. (1992). The incidence of criminal victimisation of individuals with an intellectual disability. *Australian Psychologist*, 27(2), 114–117. doi: 10.1080/00050069208257591
- Wise, L. (1997). *Low-income mothers with and without intellectual disability: Interactions in contextual environments*. (Dissertation), University of Alabama at Birmingham.
- Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2005). *Familiale Erziehungskompetenzen. Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem und Aufgabe*. Weinheim: Juventa.
- Wołowicz-Ruszkowska, A., & McConnell, D. (2017). The experience of adult children of mothers with intellectual disability: A qualitative retrospective study from Poland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(3), 482–491. doi: 10.1111/jar.12322
- World Vision Deutschland (Hrsg.). (2013). *Kinder in Deutschland 2013*. Weinheim
- Zemp, A. (2002). Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie* 51, 610–625.
- Ziegenhain, U. (2008). Entwicklungs- und Erziehungsberatung für die frühe Kindheit. In F. Petermann & W. Schneider (Hrsg.), *Angewandte Entwicklungspsychologie* (Bd. 7, S. 163–204). Göttingen: Hogrefe.
- Ziegenhain, U. & Fegert, J. (2007). *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*. München: Reinhardt.
- Zigler, E., & Hodapp, R. M. (1981). *Understanding mental retardation*. Cambridge: University Press.

Anhang

Anhang 1. Information für Teilnehmerinnen

Anhang 2. Schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an einer Studie

Anhang 3. Schriftliche Einverständniserklärung zur Weitergabe von
Informationen

Anhang 4. Gesundheitliche Situation des Kindes

Anhang 5. ABAS II (Adaptive Kompetenzen): Fragebogen für Eltern/
Betreuungspersonen/Bezugspersonen (0–5 Jahren)

Anhang 6. Gesundheitliche Situation der Mutter

Anhang 7. Fragebogen zu den Merkmalen des Familiensystems

Anhang 8. Befriedigung kindlicher Bedürfnisse & Belastungen

Anhang 1. Information für Teilnehmerinnen

Studie: Die Entwicklung von Kindern im Rahmen Begleiteter Elternschaft

Sehr geehrte Teilnehmerin,
wir fragen Sie an, ob Sie an einer Studie teilnehmen möchten. Wir informieren Sie jetzt über die Studie. Danach können Sie entscheiden, ob Sie dabei mitmachen wollen.

Was ist das für eine Studie?

Uns interessieren Kinder und ihre Eltern. Wir möchten rausfinden, wie sich Kinder entwickeln, wenn die Eltern Unterstützung bekommen. Also Hilfe beim Wohnen, im Alltag oder bei der Erziehung der Kinder. So wie Sie. Wir möchten auch wissen, wie es den Eltern geht. Wir möchten wissen, was die Eltern alleine können und wobei sie Hilfe brauchen.

Es ist sehr wichtig, dass wir besser darüber Bescheid wissen. Denn alle Kinder entwickeln sich unterschiedlich. Und für alle Eltern ist es unterschiedlich schwierig. Wenn wir mehr wissen, können wir Eltern und Kindern helfen, dass sie gut miteinander leben können.

Wir freuen uns, wenn Sie an der Studie teilnehmen. Dann helfen Sie uns. Sie helfen auch anderen Eltern mit Lernschwierigkeiten. Weil wir dann besser verstehen, welche Hilfe sie brauchen.

Wer macht die Studie?

Die Studie wird von Forscherinnen gemacht. Sie kommen von der Universität in Freiburg (Schweiz). Sie kennen sich sehr gut aus mit Kindern und Eltern.







Was habe ich davon, wenn ich mitmache?

Wenn Sie bei der Studie mitmachen, kann das gut sein für ihr Kind und für Sie selbst. Sie erfahren, wie sich ihr Kind entwickelt. Sie können mit jemandem sprechen, der sich gut mit Kindern auskennt.

Es gibt keine Nachteile. Ihrem Kind und Ihnen selbst kann nichts passieren. Es werden keine Untersuchungen gemacht, die wehtun oder gefährlich sind. Und es kostet auch nichts.

Wie läuft die Studie ab?

Wir besuchen Sie und Ihr Kind einmal oder zweimal bei Ihnen zu Hause. Wenn ihr Kind woanders lebt, gehen wir auch dorthin. Hier ist aufgeschrieben, was wir dann machen:

	  
Wo treffen wir uns?	Was machen wir?
 Bei Ihnen zu Hause	Mit Ihnen: Wir sprechen über Ihre Lebenssituation. Wir fragen, wie Sie im Leben zurechtkommen. Sie lösen einige Aufgaben. Wir fragen, wie es Ihnen gesundheitlich geht.
 Bei Ihnen zu Hause / Bei Ihrem Kind zuhause	Mit Ihrem Kind: Wir schauen, wie sich ihr Kind entwickelt hat. Wenn ihr Kind noch klein ist, spielen wir mit ihm. Ist Ihr Kind schon größer, löst es auch einige Aufgaben.

Ist es freiwillig?

Ja, Sie können frei entscheiden, ob sie teilnehmen möchten. Wenn Sie jetzt ja sagen, können Sie sich das später auch noch einmal anders überlegen.

Was geschieht mit meinen Informationen?

Alle Informationen bleiben bei den Forschern. Die Forscher geben keine Informationen an andere Leute weiter. Nur Fachleute dürfen sich die Informationen ansehen. Dieses Prinzip heißt „Vertraulichkeit der Daten“.

Wenn Sie noch etwas fragen möchten, können Sie sich an Frau Dr. Dagmar Orthmann Bless wenden. Sie leitet die Studie. Sie können anrufen, schreiben oder eine E-Mail senden: PD Dr. Dagmar Orthmann Bless, Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg (Schweiz), Petrus-Kanisius-Gasse 21, 1700 Freiburg (Schweiz)
Telefon: + 41 26 300 77 13, E-Mail: dagmar.orthmann@unifr.ch

Anhang 2. Schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an einer Studie

- Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.
- Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder etwas wissen möchten.

Titel der Studie: SEPIA-D: Die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern im Rahmen Begleiteter Elternschaft

Studienleitung: PD Dr. Dagmar Orthmann Bless, Universität Freiburg (Schweiz)

Teilnehmerin:

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

- Mir wurde erklärt, warum die Studie gemacht wird.
- Ich habe eine schriftliche Information über die Studie erhalten.
- Meine Fragen zu der Studie wurden gut beantwortet.
- Ich bekomme eine Kopie meiner schriftlichen Einverständniserklärung.
- Ich weiß, dass die persönlichen Informationen über mich vertraulich behandelt werden. Ich bin einverstanden, dass Fachleute die Informationen über mich anschauen dürfen. Die Fachleute müssen die Informationen vertraulich behandeln.
- Eine Mitarbeiterin der Begleiteten Elternschaft darf Auskünfte über meine Kompetenzen im Alltag und über die Kompetenzen meines Kindes im Alltag an die Forscherinnen weitergeben.
- Ich nehme freiwillig an der Studie teil. Ich kann auch später noch sagen, dass ich nicht mehr teilnehmen will. Ich muss keinen Grund sagen, wenn ich nicht mehr teilnehmen will.

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Bestätigung der Studienleiterin: Hiermit bestätige ich, dass ich dieser Teilnehmerin Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen zu erfüllen.

Ort, Datum

Unterschrift der Studienleiterin

Anhang 3. Schriftliche Einverständniserklärung zur Weitergabe von Informationen

- Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.
- Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder etwas wissen möchten.

Titel der Studie: SEPIA-D: Die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern im Rahmen Begleiteter Elternschaft

Studienleitung: PD Dr. Dagmar Orthmann Bless, Universität Freiburg (Schweiz)

Teilnehmerin:

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

- In der Studie werden Informationen über mich und über mein Kind gesammelt. Meine Betreuerin von der Begleiteten Elternschaft kennt mich und mein Kind gut. Sie weiß, wie ich im Alltag zurechtkomme. Deshalb wird sie auch gebeten, etwas über meine Kompetenzen im Alltag und die Kompetenzen meines Kindes zu sagen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Betreuerin diese Informationen über mich an die Forscherinnen weitergibt.
- Ich weiß, dass alle persönlichen Informationen über mich vertraulich behandelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Bestätigung der Studienleiterin: Hiermit bestätige ich, dass ich dieser Teilnehmerin Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen zu erfüllen.

Ort, Datum

Unterschrift der Studienleiterin

Anhang 4. Gesundheitliche Situation des Kindes

(Orthmann Bless, Hellfritz, & Slokar, 2015, angelehnt an BMG 2015; SGP 2011)

Name, Vorname (Mutter):	Institution:
Name, Vorname (Kind):	Institution:
ausgefüllt von:	Datum:

☐ **Behinderungen:**

☐ **körperliche Behinderung:** _____

☐ **genetisches Syndrom:** _____

☐ **Sinnesbehinderung:**

☐ **Sehbehinderung:**

☐ Blindheit

☐ Fehlsichtigkeit

☐ **Hörbehinderung:**

☐ Gehörlosigkeit

☐ Schwerhörigkeit

☐ **Sprachbehinderung:** _____

☐ **Verhaltensauffälligkeit / Psychische Erkrankung:**

☐ **ADHS**

☐ Einnässen / Einkoten

☐ Zwangsstörung: _____

☐ andere: _____

☐ **Chronische Erkrankungen:**

☐ Asthma ☐ Neurodermitis

☐ Epilepsie ☐ Diabetes

☐ Stoffwechselerkrankung ☐ Allergie

☐ Herzerkrankung

☐ andere: _____

☐ **Weiteres zur Anamnese:**

☐ Übergewicht / Adipositas

☐ Untergewicht

☐ Frühgeburt

☐ anderes: _____

Weitere Fragen (ältere Kinder):

Regelmäßiger Zigarettenkonsum ☐ nein ☐ ja

Regelmäßiger Alkoholkonsum ☐ nein ☐ ja

Regelmäßiger Drogenkonsum / Psychopharmaka ☐ nein ☐ ja

Anhang 5. ABAS II (Adaptive Kompetenzen): Fragebogen für Eltern/Betreuungspersonen/Bezugspersonen (0–5 Jahren)

ABAS II
Adaptive Behavior
Assessment System
Second Edition

Fragebogen für Eltern /
Betreuungsperson /
Bezugsperson
0-5 Jahre

Evaluationssystem für das Adaptive Verhalten

Autoren: Patti L. Harrison & Thomas Oakland
Western Psychological Services (wps). 3. Aufl. 2008

Deutsche Übersetzung

<p>Informationen über das Kind</p> <p>Name, Vorname des Kindes: Geburtsdatum des Kindes: Geschlecht: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich Nationalität: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere:</p>
<p>Informationen zur beurteilenden Person:</p> <p>Name, Vorname des Beurteilenden: Geburtsdatum des Beurteilenden: Geschlecht: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich Nationalität: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere: Beruf/Beschäftigung:</p> <p>Ihr Bezug zu der von Ihnen beurteilten Person: <input type="checkbox"/> Selbstbeurteilung <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Partner/in <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Andere Verwandtschaft:</p> <p><input type="checkbox"/> Mitbewohner/in <input type="checkbox"/> Freund/in <input type="checkbox"/> Lehrperson <input type="checkbox"/> professionelle Betreuungsperson <input type="checkbox"/> Anderes:</p>

Anweisungen

Das Evaluationssystem für das Adaptive Verhalten (ABAS) wurde entwickelt, um zentrale Verhaltensweisen eines Individuums zu Hause, in der Schule, bei der Arbeit und in anderen Bereichen des alltäglichen Lebens zu messen. Die in diesem Bogen aufgeführten Verhaltensweisen reichen von Säuglingen bis zu solchen für Kleinkinder. Deshalb können einige der Items zu leicht und andere zu schwer erscheinen, und das von Ihnen beurteilte Kind wird vermutlich nicht alle Verhaltensweisen zeigen, die hier aufgeführt sind. Dieser Bewertungsbogen umfasst 10 Kompetenzbereiche. **Bitte lesen und beantworten Sie ALLE Items** in den entsprechenden Kompetenzbereichen, gemäß den nachfolgenden Richtlinien.

Alter des Kindes:

jünger als 1 Jahr

Vervollständigen:

nur die Kompetenzbereiche: Kommunikation,
Gesundheit und Sicherheit, Freizeit,
Selbstfürsorge, Selbststeuerung, Soziale Anpassung und Motorik

1-5 Jahre

alle 10 Kompetenzbereiche

Stufen Sie das Kind bitte danach ein, wie oft sie eine Verhaltensweise **korrekt** ausführt, und zwar dann, wenn dieses Verhalten angepasst und erforderlich ist. Ihre Beurteilung sollte die Häufigkeit widerspiegeln, mit der das Kind das Verhalten ohne Hilfe und dann, **wenn es erforderlich ist**, zeigt. Das Kind sollte in der Lage sein, die Aktivität oder das Verhalten **ohne Hilfe** durchführen zu können, sofern es das Item nicht anders angibt.

Markieren Sie Ihre Antworten für jedes Item, indem Sie eine der folgenden Antwortmöglichkeiten einkreisen:

- 0 ist nicht fähig, das Verhalten zu zeigen
 1 nie oder fast nie, wenn es erforderlich ist
 2 manchmal, wenn es erforderlich ist
 3 immer oder fast immer, wenn es erforderlich ist

Dann beurteilen Sie, ob Sie das Verhalten direkt beobachtet haben oder ob Sie die Häufigkeit des Auftretens schätzen. Wenn Ihre Beurteilung auf einer Schätzung beruht, machen Sie in der Spalte *beruht auf Schätzung* ein Häkchen (✓). Lassen Sie diese Spalte frei, wenn Ihre Antwort auf direkter Beobachtung oder guter Kenntnis der Person beruht.

Beispiel:

		Häufigkeit des Verhaltens				Beruht auf Schätzung	Kommentare
		Ist nicht fähig	Nie, wenn erforderlich	Manchmal, wenn erforderlich	Immer, wenn erforderlich		
3.	Rollt sich vom Bauch auf die Seite.	0	1	2	③	<input type="checkbox"/>	○
4.	Schüttelt eine Rassel oder anderes Spielzeug.	0	1	②	3	<input checked="" type="checkbox"/>	○
5.	Greift nach einem Gegenstand, wie z.B. einer Flasche oder einem Spielzeug.	①	1	2	3	<input type="checkbox"/>	○

In diesem Beispiel rollt sich das Kind **immer** oder fast immer vom Bauch auf die Seite wenn es erforderlich ist; **Manchmal** schüttelt es eine Rassel oder anderes Spielzeug, und es **ist nicht fähig** nach einem Gegenstand zu greifen, wie z.B. einer Flasche oder einem anderen Spielzeug. Die Bewertungen der Items 3 und 5 basieren auf direkter Beobachtung oder guter Kenntnis der Person, während bei Item 4 eine Schätzung vorliegt (vgl. Häkchen bei der Spalte *beruht auf Schätzung*).

Die nachfolgende Tabelle gibt Ihnen weitere Hinweise für das Ausfüllen des Bogens.

Bewertung	Das Kind
0 Ist nicht fähig	Ist nicht fähig, dieses Verhalten zu zeigen; Ist zu jung, um dieses Verhalten bereits erprobt zu haben oder Ist in einer körperlichen Verfassung, die es daran hindert, das Verhalten zu zeigen
1 Nie oder fast nie, wenn erforderlich	Hat die Fähigkeit, das Verhalten zu zeigen, aber: Zeigt es nie oder fast nie, wenn es erforderlich wäre; oder Zeigt es nie oder fast nie von sich aus (ohne von anderen daran erinnert zu werden)
2 Manchmal, wenn erforderlich	Hat die Fähigkeit, das Verhalten zu zeigen, und: Zeigt es nur manchmal, wenn es erforderlich wäre; Zeigt es manchmal ohne Hilfe, ist aber manchmal auf Hilfe angewiesen oder Zeigt es manchmal von sich aus, muss aber manchmal von anderen daran erinnert werden
3 Immer oder fast immer, wenn erforderlich	Hat die Fähigkeit, das Verhalten zu zeigen, und: Zeigt es meistens oder immer von sich aus (ohne von anderen daran erinnert zu werden) oder Zeigte das Verhalten, als er/sie jünger war, ist nun jedoch diesem Alter entwachsen

Spalte	Setzen Sie in dieser Spalte ein Häkchen, wenn:
Beruht auf einer Vermutung	Ihre Beurteilung auf einer Vermutung beruht Sie die Person nie in einer Situation erlebt haben, in der das Verhalten erforderlich war Die Person keine Gelegenheit hatte, das Verhalten zu zeigen
Kommentare	Sie ein Item nicht verstehen* Es für sie hilfreich wäre, das Item mit einer Fachperson zu besprechen* * Sie können in diesem Fall auf der letzten Seite dieses Bogens einen kurzen Kommentar dazu aufschreiben.

Kommunikation

		Ist nicht fähig	Häufigkeit des Verhaltens			Beruht auf Schätzung	Kommentare
			Nie, wenn erfor- derlich	Manch mal, wenn erfor- derlich	Immer, wenn erfor- derlich		
1.	Schaut anderen ins Gesicht, wenn diese sprechen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
2.	Lacht, wenn ein Elternteil oder eine andere Person lacht.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
3.	Hebt und senkt die Stimme, um verschiedene Gefühle oder Bedürfnisse auszudrücken.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
4.	Weint oder regt sich auf, wenn es beunruhigt ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
5.	Hebt die Stimme, um Aufmerksamkeit zu bekommen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
6.	Sagt die Namen anderer Personen, z.B. die Namen von Angehörigen oder Betreuungspersonen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
7.	Antwortet mit Kopfbewegungen oder mit „ja“ oder „nein“ auf einfache Fragen, wie z.B.: „Möchtest du etwas trinken?“	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
8.	Zeigt auf alltägliche Gegenstände in einem Raum, z.B. wenn gefragt wird: „Zeig mir den Fernseher.“	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
9.	Hört für mindestens eine Minute genau zu, wenn andere reden.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
10.	Wiederholt Worte, die andere sagen, z.B. sagt es „Baby“, wenn ein Erwachsener „Baby“ sagt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
11.	Sagt den Name eines Gegenstandes deutlich genug, so dass andere es erkennen, z.B. „Ball“, „Hund“, „Tasse“.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
12.	Folgt einfachen Befehlen, z.B. „Nein“ oder „Komm her.“	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
13.	Folgt einfachen Anweisungen, die „über“ oder „unter“ beinhalten, z.B. „Halt die Hände über den Kopf.“	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
14.	Singt alles oder einen Teil des Textes eines Liedes.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
15.	Bildet den Plural von Wörtern, indem es die entsprechenden Endungen anfügt, z.B. Schuhe, Schweine, Hunde.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
16.	Benennt 20 oder mehr bekannte Gegenstände.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
17.	Verwendet Sätze mit einem Nomen und einem Verb.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
18.	Spricht in Sätzen mit sechs oder mehr Wörtern.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
19.	Erzählt Eltern, Freunden oder anderen von seinen/ihren bevorzugten Aktivitäten.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
20.	Stellt Fragen wie „Willst du mit mir spielen?“	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
21.	Verwendet die Vergangenheitsform, um über vorherige Ereignisse zu sprechen, z.B. „Ich war drinnen/ich bin drinnen geblieben.“	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
22.	Redet über ein Thema länger als drei Minuten.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
23.	Beendet ein Gespräch auf angemessene Weise.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
24.	Unterlässt es, andere zu unterbrechen während sie reden.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
25.	Gibt seine/ihre Telefonnummer an.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0

Total /75

Total geschätzt

Orientierung in der Gemeinschaft

Füllen Sie nicht den Kompetenzbereich Orientierung in der Gemeinschaft aus, wenn das zu bewertende Kind jünger als 1 Jahr ist.

		Ist nicht fähig	Häufigkeit des Verhaltens			Beruht auf Schätzung	Kommentare
			Nie, wenn erfor- derlich	Manch- mal, wenn erfor- derlich	Immer, wenn erfor- derlich		
1.	Erkennt das eigene Zuhause in seiner/ihrer direkten Nachbarschaft wieder.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
2.	Geht lieber auf dem Bürgersteig anstatt auf der Straße.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
3.	Sagt den Eltern Bescheid, wenn jemand an die Tür kommt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
4.	Respektiert öffentliches Eigentum, z.B. wirft es Müll in den Mülleimer, beschädigt kein Eigentum von anderen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
5.	Klopft an die Tür oder klingelt, bevor es anderer Leute Häuser betritt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
6.	Unterlässt es, laut in der Öffentlichkeit zu sprechen, z.B. in einem Theater, im Kino oder in der Kirche.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
7.	Bleibt während eines Gottesdienstes oder einem Film sitzen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
8.	Unterlässt es, Artikel in einem Laden anzufassen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
9.	Bittet darum, in einen Park oder zu einem anderen öffentlichen Lieblingsplatz zu gehen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
10.	Bittet darum, im Lieblingsrestaurant zu essen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
11.	Sagt, welche Artikel es in den verschiedenen Geschäften zu kaufen gibt, z.B. Essen im Supermarkt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
12.	Erkennt und benennt Gebäude, z.B. Krankenhaus, Tankstelle oder Feuerwehr.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
13.	Erkennt, dass es notwendig ist, einen Artikel zu bezahlen, bevor es einen Laden verlässt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
14.	Erkennt Orte in der näheren Umgebung, an denen seine/ihre Familie notwendige Artikel bekommt, z.B. wo man Lebensmittel kaufen kann.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
15.	Beschreibt die Aufgaben von Berufen, es sagt z.B., dass Feuerwehrleute Feuer löschen und Ärzte den Kranken helfen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
16.	Schaut nach links und rechts, bevor er/sie die Straße überquert.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
17.	Bittet darum, in die Bibliothek zu gehen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
18.	Findet die Toiletten an öffentlichen Orten.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
19.	Bestellt im Restaurant sein/ihr Essen selbst.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
20.	Macht kleine Einkäufe in einem Lebensmittelgeschäft.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
21.	Geht alleine zu Freunden in der Nachbarschaft.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
22.	Hat genügend Geld bei sich, um kleinere Einkäufe zu tätigen, z.B. um ein Getränk zu kaufen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0

Total /66

Total geschätzt

Funktionelle (vor-)akademische Fähigkeiten

Füllen Sie nicht den Kompetenzbereich Funktionelle (vor-)akademische Fähigkeiten aus, wenn das zu bewertende Kind jünger als 1 Jahr ist.

		Ist nicht fähig	Häufigkeit des Verhaltens			Beruht auf Schätzung	Kommentare
			Nie, wenn erfor- derlich	Manch- mal, wenn erfor- derlich	Immer, wenn erfor- derlich		
1.	Zeigt auf Bilder in Büchern, wenn es gefragt wird und kann z.B. auf ein Pferd oder eine Kuh zeigen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
2.	Hält den Buntstift oder Bleistift mit der Spitze nach unten, wenn es damit auf Papier malt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
3.	Nennt sein/ihr Alter in Jahren, wenn es gefragt wird.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
4.	Zählt drei oder mehr Gegenstände.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
5.	Versucht, einfache Zeichnungen nachzumachen, z.B. eine Linie oder einen Kreis.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
6.	Singt das ABC-Lied.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
7.	Benennt sechs oder mehr Farben, einschließlich rot, blau und gelb.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
8.	Sagt aus dem Gedächtnis Kinderreime auf.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
9.	Identifiziert mindestens zwei Zahlen aus einer Zahlenreihe.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
10.	Benennt vier oder mehr Formen wie z.B. Kreis, Quadrat, Rechteck, Dreieck.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
11.	Liest den eigenen Namen in Druckbuchstaben.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
12.	Zählt 10 oder mehr Gegenstände auf, ohne die Finger zu benutzen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
13.	Zeichnet ein erkennbares Gesicht mit zwei Augen, Nase, Mund und Haaren.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
14.	Benennt mindestens zwei Buchstaben, wenn es den eigenen Namen gezeigt bekommt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
15.	Benennt die meisten Buchstaben, wenn man ihm/ihr das Alphabet zeigt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
16.	Zählt von 1 bis 20.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
17.	Schreibt mindestens zwei Buchstaben des eigenen Namens in Druckbuchstaben.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
18.	Versteht und befolgt Signale und Hinweisschilder, wie z.B. <i>Stopp</i> , <i>Kein Zutritt</i> oder <i>Ausgang</i> .	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
19.	Benennt die Wochentage in der richtigen Reihenfolge.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
20.	Schreibt die Zahlen von 1 bis 10.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
21.	Sagt, welcher Tag vor einem anderen kommt, z.B. „Mittwoch kommt vor Donnerstag.“	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
22.	Schreibt seinen/ihren eigenen Vor- und Nachnamen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
23.	Gibt Tag und Uhrzeit von Lieblingssendungen im Fernsehen an.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0

Total /69

Total geschätzt

Wohnen

Füllen Sie nicht den Kompetenzbereich Wohnen aus, wenn das zu bewertende Kind jünger als 1 Jahr ist.

		Ist nicht fähig	Häufigkeit des Verhaltens			Beruht auf Schätzung	Kommentare
			Nie, wenn erfor- derlich	Manch- mal, wenn erfor- derlich	Immer, wenn erfor- derlich		
1.	Nimmt Kekse, Chips oder andere Lebensmittel aus einer Schachtel oder Tüte.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
2.	Schaltet den Fernseher an und aus.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
3.	Zeigt Betroffenheit, wenn er/sie etwas verschüttet, z.B. indem er/sie sagt „Oh nein“ oder es einem Erwachsenen erzählt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
4.	Zeigt den Platz wo seine/ihre Kleider aufbewahrt werden.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
5.	Benutzt Wandschalter, um Lichter ein- und ausschalten, auch wenn ein Hocker dazu notwendig ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
6.	Hilft anderen beim Aufräumen von Spielzeug, Spielen oder anderen Gegenständen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
7.	Hebt zuhause Müll auf und wirft diesen weg.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
8.	Erledigt, wenn es darum gebeten wird, einfache Besorgungen, z.B. holt es ein Tuch, wenn etwas verschüttet ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
9.	Versucht, Verschüttetes aufzuwischen, auch wenn ein Erwachsener helfen muss.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
10.	Tritt und schlägt nicht gegen Möbel.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
11.	Holt sich selber Essen aus dem Schrank oder dem Vorratsraum.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
12.	Bietet Eltern oder anderen Erwachsenen Hilfe bei Arbeiten an.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
13.	Wirft keine Lebensmittel oder Papier auf den Boden.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
14.	Hilft Erwachsenen, einfache Snacks oder Brotzeiten vorzubereiten, z.B. reicht es die Brotscheiben für einen Sandwich.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
15.	Versorgt schmutzige Wäsche an einem geeigneten Ort, z.B. in einem Wäschekorb.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
16.	Wischt zuhause Verschüttetes auf.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
17.	Stellt das eigene schmutzige Glas oder den Teller in die Spüle oder die Spülmaschine.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
18.	Nimmt eigene Kleidung aus Schubladen oder aus dem Schrank, um sich anziehen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
19.	Hält schmutzige Schuhe und Füße von Möbeln fern.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
20.	Legt zu Hause Gegenstände nach Gebrauch an ihren Platz zurück.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
21.	Hält Spielzeuge, Spiele und andere persönliche Dinge sauber und ordentlich.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
22.	Putzt nasse oder verschmutzte Schuhe ab, bevor er/sie ein Gebäude betritt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
23.	Beseitigt sein/ihr übrig gebliebenes Essen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
24.	Macht sein/ihr Bett.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
25.	Legt saubere Wäsche zusammen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0

Total /75

Total geschätzt

Gesundheit und Sicherheit

		Ist nicht fähig	Häufigkeit des Verhaltens			Beruht auf Schätzung	Kommentare
			Nie, wenn erfor- derlich	Manch mal, wenn erfor- derlich	Immer, wenn erfor- derlich		
1.	Weint oder wimmert, wenn es ihm/ihr nicht gut geht oder er/sie verletzt ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
2.	Schluckt flüssige Medikamente zur Behandlung einer Krankheit.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
3.	Passt auf, dass es beim Krabbeln oder Laufen nicht an Wände oder Gegenstände stößt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
4.	Zeigt oder erzählt einer anderen Person, wenn es sich geschnitten, gequetscht oder anders leicht verletzt hat.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
5.	Befolgt die Anweisung „Stopp“ eines Erwachsenen, wenn Gefahr droht, z.B. in der Nähe eines heißen Ofens.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
6.	Zeigt den Körperteil, der weh tut, wenn es krank oder verletzt ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
7.	Vermeidet es, zu nahe an ein Feuer oder einen heißen Ofen zu kommen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
8.	Lässt sich Fiebermessen ohne großes Gejammer gefallen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
9.	Verhält sich relativ still, wenn ein Erwachsener einen Schnitt oder Kratzer behandelt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
10.	Prüft die Temperatur von heißen Speisen, bevor er/sie diese isst.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
11.	Vermeidet es, gefährliche Gegenstände, z.B. Insektenspray oder scharfe Messer zu berühren oder mit ihnen zu spielen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
12.	Sagt einem Erwachsenen, wenn es Bauchschmerzen oder eine andere Krankheit hat.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
13.	Nimmt Spielzeug nicht in den Mund.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
14.	Vermeidet das Krabbeln oder Klettern auf hohe oder gefährliche Orte.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
15.	Bleibt an einem öffentlichen Ort in Sichtweite der Eltern oder anderen vertrauten Erwachsenen, ohne sich zu entfernen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
16.	Zieht eine Jacke oder einen Pullover an, wenn es kalt ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
17.	Trägt zerbrechliche Gegenstände sicher und vorsichtig.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
18.	Fragt einen Erwachsenen, bevor es in die Nähe von etwas geht, das gefährlich werden könnte, z.B. Tiere oder Spielgeräte.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
19.	Schnallt sich im Auto selber an.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
20.	Hantiert sorgfältig und sicher mit Scheren.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
21.	Befolgt Sicherheitsregeln für Brände oder bei Wetterwarnungen zu Hause.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
22.	Trägt heiße Gefäße sicher und vorsichtig.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
23.	Benutzt elektrische Geräte oder Steckdosen sicher.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
24.	Versorgt sich selbst bei kleinen Verletzungen, z.B. bei Schnittwunden, Schrammen, Nasenbluten.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0

Total /72

Total geschätzt

Freizeit

		Häufigkeit des Verhaltens				Beruht auf Schätzung	Kommentare
		Ist nicht fähig	Nie, wenn erforderlich	Manch mal, wenn erforderlich	Immer, wenn erforderlich		
1.	Spielt mindestens eine Minute lang mit einem einzigen Spielzeug oder Spiel.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
2.	Spielt alleine mit Spielmaterialien oder geht alleine anderen Freizeitvergnügungen nach.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
3.	Sieht sich mit einem Erwachsenen Bilder in Büchern oder Zeitschriften an.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
4.	Schaut für ein paar Minuten zu, wie Personen mit Spielzeug oder Spielen spielen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
5.	Spielt einfache Spiele, wie z.B. das „Guck-guck-Spiel“ oder rollt einen Ball zu anderen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
6.	Wenn Zeit zum Spielen ist, sucht es sich selbst ein Spiel oder Spielzeug.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
7.	Spielt mit einem einzigen Spielzeug oder Spiel länger als fünf Minuten.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
8.	Spielt mit einem Erwachsenen an den Geräten auf dem Spielplatz.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
9.	Spielt gemeinsam mit anderen mit Spielen oder anderen Freizeitartikeln.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
10.	Spielt mit anderen Kindern, wenn man es darum bittet.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
11.	Spielt auf dem Spielplatz an den Geräten.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
12.	Bittet darum, ihm/ihr aus seinem Lieblingsbuch vorzulesen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
13.	Nimmt an Freizeitaktivitäten bei anderen zu Hause teil.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
14.	Spielt einfache Spiele mit Spielkameraden ohne Betreuung eines Erwachsenen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
15.	Lädt andere zum gemeinsamen Spielen oder zu anderen Freizeitaktivitäten ein.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
16.	Entwickelt bestimmte Gewohnheiten für Freizeitaktivitäten, z.B. hört einen ausgewählten Musikstil oder spielt bestimmte Computerspiele.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
17.	Wartet bei Spielen oder anderen Freizeitaktivitäten, bis er/sie an der Reihe ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
18.	Sammelt interessante Dinge, z.B. Steine, Federn, Bilder.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
19.	Lädt andere für Freizeitaktivitäten nach Hause ein.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
20.	Spielt einfache Brettspiele.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
21.	Befolgt die Spielregeln.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
22.	Nimmt an einer regelmäßigen, organisierten Freizeitaktivität teil, z.B. nimmt Musikstunden oder spielt Basketball.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0

Total /66

Total geschätzt

Selbstfürsorge

		Ist nicht fähig	Häufigkeit des Verhaltens			Beruht auf Schätzung	Kommentare
			Nie, wenn erfor- derlich	Manch mal, wenn erfor- derlich	Immer, wenn erfor- derlich		
1.	Schluckt ohne Schwierigkeiten Flüssigkeiten.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
2.	Lässt sich stillen, trinkt oder isst bereitwillig mit etwas Ermunterung.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
3.	Schluckt weiche oder pürierte Lebensmittel wie Babynahrung oder Apfelmus.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
4.	Schläft meistens die Nacht durch, wacht nicht öfter als ein- oder zweimal auf.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
5.	Öffnet den Mund, wenn die Nahrung auf einem Löffel angeboten wird.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
6.	Isst selbständig Kracker, Plätzchen, trockenes Müsli oder anderes Fingerfood.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
7.	Trinket aus einem Becher oder Glas, auch wenn eine andere Person es halten muss.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
8.	Hält selber eine Schnabeltasse und trinkt daraus.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
9.	Hebt die Arme nach Bedarf, wenn eine andere Person ihn/sie auszieht.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
10.	Zeigt auf Essen oder fragt danach, wenn es hungrig ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
11.	Zieht sich die Schuhe aus.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
12.	Schläft die ganze Nacht durch ohne aufzuwachen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
13.	Wäscht die Hände mit Seife.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
14.	Sitzt auf der Toilette oder auf dem Toilettenaufsatz ohne Hilfe.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
15.	Wischt sich das Gesicht ab, wenn es ein Tuch von einem Erwachsenen bekommt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
16.	Geht ins Bett mit wenig oder ohne Beanstandung.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
17.	Sagt einem Elternteil oder anderen Erwachsenen Bescheid, wenn es ins Bad oder auf die Toilette muss.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
18.	Putzt sich die Zähne mit wenig Beanstandung, wenn ein Erwachsener es sagt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
19.	Benützt die Toilette ohne Hilfe.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
20.	Kleidet sich selbst an.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
21.	Knöpft sich die eigene Kleidung selbst zu.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
22.	Badet oder duscht ohne Hilfe.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
23.	Wäscht sich selbst die Haare.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
24.	Schneidet Fleisch oder andere Speisen in mundgerechte Bissen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0

Total /72

Total geschätzt

Selbststeuerung

		Ist nicht fähig	Häufigkeit des Verhaltens			Beruht auf Schätzung	Kommentare
			Nie, wenn erforderlich	Manch mal, wenn erforderlich	Immer, wenn erforderlich		
1.	Zeigt Interesse an einem Spielzeug oder einem anderen Gegenstand, indem es dieses/n für ein paar Sekunden betrachtet.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
2.	Hört auf zu jammern oder zu weinen, wenn es hochgenommen oder mit ihm gesprochen wird.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
3.	Beschäftigt sich nach dem Aufwachen für mindestens eine Minute selbständig in der Wiege oder im Bett.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
4.	Sitzt ruhig für mindestens eine Minute ohne Aufmerksamkeit zu fordern.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
5.	Findet eine Beschäftigung für mindestens fünf Minuten, ohne Aufmerksamkeit zu fordern.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
6.	Zeigt Interesse an einem Spielzeug oder einem anderen Gegenstand, indem es darauf zeigt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
7.	Entfernt sich ein paar Meter von einem Elternteil, solange dies in Sicht ist, z.B. bei einem Besuch in einem fremden Haus.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
8.	Wenn er/sie die Wahl hat, wählt er/sie das Essen oder den Imbiss selber aus.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
9.	Erkundet einen unbekannten Raum oder eine andere neue Situation, auch wenn die Eltern es ermutigen müssen, z.B. ein Wartezimmer.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
10.	Gehorcht der Bitte eines Erwachsenen, z.B. „Hör auf damit“ oder „Benimm dich“.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
11.	Versucht die meisten Dinge ohne Hilfe eines Erwachsenen zu tun, z.B. sich anzuziehen oder alleine zu essen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
12.	Folgt einfachen Hausregeln wie z.B. „Im Haus wird nicht gerannt!“	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
13.	Schubst oder schlägt ein anderes Kind nicht, wenn es wütend oder ärgerlich ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
14.	Beginnt fast augenblicklich damit das zu tun, was ihm gesagt wird, wie z.B. ein Bad zu nehmen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
15.	Arbeitet an schwierigen Aufgaben weiter, ohne sich entmutigen zu lassen oder aufzugeben.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
16.	Wenn es notwendig ist, fragt er/sie Erwachsene um Erlaubnis, z.B. „Darf ich draußen spielen?“	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
17.	Arbeitet selbstständig und fragt nur um Hilfe, wenn es notwendig ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
18.	Beherrscht sich, wenn ein Elternteil oder andere Erwachsene ihm ein Spielzeug oder einen anderen Gegenstand wegnehmen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
19.	Beschäftigt sich mit einer Hausarbeit oder einer Schularbeit mindestens 15 Minuten lang.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
20.	Beendet eine Freizeitaktivität ohne Klagen, wenn die Zeit dafür abgelaufen ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
21.	Kontrolliert sein/ihr Temperament bei Meinungsverschiedenheiten mit Freunden.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
22.	Folgt einer Routine, ohne daran erinnert zu werden, z.B. Zähneputzen vor dem Schlafengehen oder regelmäßiges Füttern eines Haustieres.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
23.	Fragt um Erlaubnis, bevor es mit dem Spielzeug oder Spiel eines anderen Kindes spielt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
24.	Sucht sich fast jeden Tag selber die eigene Kleidung aus.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0

25.	Beschreibt Möglichkeiten, wie man Konflikte mit anderen lösen kann, z.B. „Du kannst es jetzt haben, wenn ich es später haben kann.“	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
		Total /75 Total geschätzt					

Soziale Anpassung

		Häufigkeit des Verhaltens					
		Ist nicht fähig	Nie, wenn erfor- derlich	Manch- mal, wenn erfor- derlich	Immer, wenn erfor- derlich	Beruh auf Schätzung	Kommentare
1.	Lächelt, wenn es seine/ihre Eltern sieht.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
2.	Quietscht oder lacht wenn es glücklich ist oder sich freut.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
3.	Entspannt sich, wenn es auf dem Arm genommen wird und kuschelt/schmiegt sich an.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
4.	Hebt die Arme um den Wunsch auszudrücken, hochgenommen zu werden.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
5.	Zeigt Sinn für Humor, z.B. lacht es, wenn sich jemand albern benimmt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
6.	Zeigt eine besondere Nähe oder Beziehung zu Eltern z.B. wirkt es glücklich, wenn die Eltern zurückkommen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
7.	Reagiert unterschiedlich auf bekannte und unbekannte Personen, ist z. B. weniger herzlich zu unbekannten Person.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
8.	Umarmt und küsst Eltern oder andere.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
9.	Läuft auf besondere Familienmitglieder und Freunde zu, um sie zu begrüßen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
10.	Imitiert Handlungen von Erwachsenen, z.B. gibt es vor, das Haus zu säubern oder Auto fahren.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
11.	Teilt Spielzeug bereitwillig mit anderen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
12.	Begrüßt andere Kindern, indem es z.B. „Hallo“ sagt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
13.	Bedankt sich, wenn er/sie ein Geschenk erhält.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
14.	Zeigt Mitgefühl mit anderen, wenn diese traurig oder wütend sind.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
15.	Strebt Freundschaften mit Gleichaltrigen an.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
16.	Reagiert angemessen, wenn es anderen vorgestellt wird, indem es z.B. „Hallo“ sagt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
17.	Macht einer anderen Person Platz, ohne darum gebeten zu werden.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
18.	Bietet anderen Hilfe an, z.B. beim Tragen von Paketen oder Wegräumen von Lebensmitteln.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
19.	Sagt, wenn er/sie sich glücklich, traurig, ängstlich oder wütend fühlt.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
20.	Bemerkt, wenn andere glücklich, traurig, verängstigt oder wütend sind.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
21.	Entschuldigt sich, wenn er/sie die Gefühle von anderen verletzt hat.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
22.	Stellt vernünftige Ansprüche an Freunde, er/sie wird	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0

	z.B. nicht wütend, wenn ein Freund mit einem anderen Freund etwas unternimmt.						
23.	Vermeidet es, Dinge zu sagen, die andere in Verlegenheit bringen oder verletzen könnten.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
24.	Bastelt oder kauft Geschenke für Familienmitglieder zu Geburtstagen oder Feiertagen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0

Total /72

Total geschätzt

Motorik

		Häufigkeit des Verhaltens					
		Ist nicht fähig	Nie, wenn erfor- derlich	Manch- mal, wenn erfor- derlich	Immer, wenn erfor- derlich	Beruht auf Schätzung	Kommentare
1.	Folgt einem sich bewegenden Gegenstand, indem es den Kopf dreht.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
2.	Hebt den Kopf, um sich umsehen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
3.	Rollt sich vom Bauch auf die Seite.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
4.	Schüttelt eine Rassel oder anderes Spielzeug.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
5.	Greift nach einem Gegenstand, wie z.B. einer Flasche oder einem Spielzeug.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
6.	Richtet sich in eine sitzende Position auf, auch wenn die Balance noch unsicher ist.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
7.	Sitzt ausbalanciert für 30 Sekunden oder mehr ohne Unterstützung.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
8.	Zieht sich selbstständig in eine stehende Position hoch, z.B. in einem Gitterbett.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
9.	Nimmt kleine flache Gegenstände vom Tisch, z.B. Münzen oder Knöpfe.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
10.	Steht aus einer sitzenden Position auf.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
11.	Krabbelt ungefähr 3 Meter ohne umzufallen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
12.	Rollt den Ball zu anderen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
13.	Läuft ohne Hilfe.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
14.	Steht auf den Zehenspitzen, um Gegenstände zu erreichen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
15.	Wirft einen kleinen Ball mit über dem Kopf ausgestrecktem Arm.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
16.	Läuft ein paar Meter, auch wenn die Schritte unsicher sind.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
17.	Tritt gegen einen Ball ohne zu umfallen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
18.	Läuft ohne zu fallen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
19.	Geht ohne Hilfe die Treppe hoch und runter (Benutzt eventuell das Treppengeländer).	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
20.	Pustet Kerzen aus, z.B. auf dem Geburtstagskuchen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0
21.	Lässt einen Ball für einige Sekunden auf und ab hüpfen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	0

22.	Fängt einen Ball, der aus 1-3 Metern Entfernung geworfen wird.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	O
23.	Zeichnet gerade Linien auf einem Stück Papier.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	O
24.	Verwendet ohne Hilfe eine Schere, um Papier zu schneiden, auch wenn es beaufsichtigt werden muss.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	O
25.	Malt innerhalb der Linien einer Zeichnung oder in einem Malbuch.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	O
26.	Verwendet eine Schere, um entlang einer geraden Linie zu schneiden.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	O
27.	Verwendet eine Schere, um Formen mit geschwungenen Linien auszuschneiden.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	O

Total /81

Total geschätzt

Kommentare:

Anhang 6. Gesundheitliche Situation der Mutter

(Orthmann Bless, Hellfritz, & Slokar, 2015, unveröffentlicht)

Name, Vorname (Mutter):	Institution:
ausgefüllt von:	Datum:

Grad der Behinderung (GdB): _____

☐ **Behinderungen (zusätzlich zur kognitiven Beeinträchtigung)**

- ☐ körperliche Behinderung: _____
- ☐ Sinnesbehinderung
 - ☐ Sehbehinderung
 - ☐ Hörbehinderung
- ☐ Sprachbehinderung

☐ **Psychische Erkrankungen:** _____

☐ **Chronische Erkrankungen:**

- ☐ Asthma
- ☐ Neurodermitis
- ☐ Epilepsie
- ☐ Diabetes
- ☐ Stoffwechselerkrankung
- ☐ Allergie
- ☐ Rheuma
- ☐ Herzerkrankung
- ☐ anderes: _____

Weiteres zur Anamnese:

- ☐ Übergewicht/ Adipositas
- ☐ Untergewicht
- Starkes Rauchen (> 20 Zigaretten am Tag) ☐nein ☐ja
- Hinweise auf starken Alkoholkonsum ☐nein ☐ja
- Hinweise auf Drogenkonsum ☐nein ☐ja
- ☐ anderes: _____

Anhang 7. Fragebogen zu den Merkmalen des Familiensystems

(Orthmann Bless, Slokar & Hellfritz, 2015, unveröffentlicht)

Name, Vorname (Mutter):	Institution:
Name, Vorname (Kind):	Institution:
ausgefüllt von:	Datum:

1. Allgemeine Angaben

Mutter

Angaben zu Mutter:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität:

☐ deutsch

☐ Andere: _____

Familienstand:

☐ verheiratet

☐ ledig, ohne Partnerschaft

☐ ledig, in Partnerschaft

☐ geschieden

Kontaktdaten Mutter:

Adresse: _____

Telefon: _____

Gesetzlicher Betreuer (nach BGB) der Mutter:

☐ kein Gesetzlicher Betreuer

☐ Gesetzlicher Betreuer

☐ Gesetzlicher Betreuer mit Einwilligungsvorbehalt

2. Allgemeine Angaben

Kind

Angaben zum Kind:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität

☐ deutsch

☐ Andere: _____

Kontakt Daten des Kindes (falls abweichend von Kontaktdaten der Mutter):

Adresse: _____

Telefon: _____

Sorgeberechtigung für das Kind:

- ☐ beide Eltern
- ☐ ein Elternteil (Mutter)
- ☐ Eltern(teil) gemeinsam mit einem Pfleger
- ☐ Vormund

3. Wohnsituation von Mutter und Kind

Wohnsituation der Mutter	Partner	Kind
<input type="checkbox"/> stationär betreute Wohnform: <input type="checkbox"/> Mutter-Kind Haus <input type="checkbox"/> Wohnheim <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> ohne Partner <input type="checkbox"/> mit Partner (leiblicher Vater des Kindes) <input type="checkbox"/> mit Partner (nicht leiblicher Vater des Kindes)	<input type="checkbox"/> mit Kind am selben Ort <input type="checkbox"/> ohne Kind, Kind lebt an anderem Ort (siehe nachfolgende Fragen)
<input type="checkbox"/> ambulant betreute Wohnform: <input type="checkbox"/> in eigener Wohnung <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> bei der Herkunftsfamilie <input type="checkbox"/> anderes: _____		

Seit wann besteht die oben angegebene Wohnsituation von Mutter und Kind?

_____ (Angabe: Monat/Jahr)

Wenn das Kind nicht bei der Mutter wohnt, wo lebt es?

- ☐ Adoptivfamilie
- ☐ Pflegefamilie
- ☐ Kinderheim
- ☐ Kind lebt bereits alleine
- ☐ anderes: _____

Seit wann besteht die angegebene Wohnsituation des Kindes?

_____ (Angabe: Monat/Jahr)

4. Betreuungssituation

Kind

Betreuungssituation des Kindes

Das Kind wird betreut von (Mehrfachnennungen möglich):

- ☐ leiblicher Mutter
- ☐ leiblichem Vater
- ☐ Stiefelternteil bzw. neuem Partner
- ☐ Großeltern
- ☐ anderen Verwandten
- ☐ Adoptiveltern
- ☐ Pflegeeltern
- ☐ Fachpersonen der Begleiteten Elternschaft
- ☐ Tagespflegestelle/ Tagesmutter
- ☐ Kinderheim
- ☐ Kindertagesstätte
- ☐ Hort / Ganztageschule
- ☐ anderes: _____
- ☐ keine Betreuung mehr nötig

5. Weitere Kinder der Mutter

Kind 2:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ m ☐ w

lebt bei:

- ☐ leiblichen Eltern
- ☐ nur leiblicher Mutter
- ☐ nur leiblichem Vater
- ☐ Verwandten
- ☐ Pflegefamilie
- ☐ Adoptivfamilie
- ☐ Kinderheim
- ☐ bereits alleine
- ☐ anderes: _____

Kind 3:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ m ☐ w

lebt bei:

- ☐ leiblichen Eltern
- ☐ nur leiblicher Mutter
- ☐ nur leiblichem Vater
- ☐ Verwandten
- ☐ Pflegefamilie
- ☐ Adoptivfamilie
- ☐ Kinderheim
- ☐ bereits alleine
- ☐ anderes: _____

Kind 4:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ m ☐ w

lebt bei:

- ☐ leiblichen Eltern
- ☐ nur leiblicher Mutter
- ☐ nur leiblichem Vater
- ☐ Verwandten
- ☐ Pflegefamilie
- ☐ Adoptivfamilie
- ☐ Kinderheim
- ☐ bereits alleine
- ☐ anderes: _____

6. Schulabschluss
Mutter und Vater

Schulabschluss der Mutter

- ☐ Kein Abschluss
- ☐ Sonderschulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ Realschulabschluss

Schulabschluss des Vaters

- ☐ Kein Abschluss
- ☐ Sonderschulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ Realschulabschluss

7. Bildungssituation
Kind

Vorschule

- ☐ Kinderkrippe / Kindergarten
- ☐ Sonderkindergarten / Frühförderzentrum

Schule

- ☐ Allgemeine Schule (ohne spezielle Förderung)
- ☐ Allgemeine Schule (mit spezieller Förderung)
- ☐ Sonderschule / Förderschule / Förderzentrum

Beruf

- ☐ Berufsausbildung (regulär)
- ☐ Berufsausbildung (mit Sonderregelung)
- ☐ anderes: _____

8. Berufliche Situation
Mutter und Vater

Berufliche Situation der Mutter <input type="checkbox"/> Arbeit auf dem 1. Arbeitsmarkt als: _____ <input type="checkbox"/> Arbeit an geschütztem Arbeitsplatz als: _____ <input type="checkbox"/> Beschäftigung in einer Tagesstätte <input type="checkbox"/> zurzeit in Ausbildung als: _____ <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> keine dieser Tätigkeiten, sondern: _____ <input type="checkbox"/> weiß nicht	und zwar: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Berufliche Situation des Vaters <input type="checkbox"/> Arbeit auf dem 1. Arbeitsmarkt als: _____ <input type="checkbox"/> Arbeit an geschütztem Arbeitsplatz als: _____ <input type="checkbox"/> Beschäftigung in einer Tagesstätte <input type="checkbox"/> zurzeit in Ausbildung als: _____ <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> keine dieser Tätigkeiten, sondern: _____ <input type="checkbox"/> weiß nicht	und zwar: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
---	--	---	--

9. Unterstützungsleistungen
Mutter

Finanzielle Unterstützung:

- ☐ Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII):
- ☐ Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung
 - ☐ Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
 - ☐ Hilfe zur Pflege
 - ☐ Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
 - ☐ Hilfe in anderen Lebenslagen
- ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente
- ☐ Arbeitslosengeld II
- ☐ Kindergeld / Elterngeld
- ☐ anderes: _____

Weitere Unterstützung (Pädagogisch, Psychologisch, Therapeutisch, Pflege etc.):

Art der Unterstützung	Gesetzliche Grundlage	Anbieter
		<input type="checkbox"/> Begleitete Elternschaft <input type="checkbox"/> Anderer
		<input type="checkbox"/> Begleitete Elternschaft <input type="checkbox"/> Anderer
		<input type="checkbox"/> Begleitete Elternschaft <input type="checkbox"/> Anderer
		<input type="checkbox"/> Begleitete Elternschaft <input type="checkbox"/> Anderer
		<input type="checkbox"/> Begleitete Elternschaft <input type="checkbox"/> Anderer
		<input type="checkbox"/> Begleitete Elternschaft <input type="checkbox"/> Anderer

10. Unterstützungsleistungen
Kind

Unterstützung für das Kind

- ☐ Frühförderung
- ☐ Therapeutische Begleitung:
- ☐ Logopädie
 - ☐ Ergotherapie

☐ Physiotherapie

☐ Psychologische Begleitung / Psychotherapie

☐ anderes: _____

Notizen:

Anhang 8. Befriedigung kindlicher Bedürfnisse & Belastungen

(vgl. Künster et al. 2013, Teil B und C)

Name, Vorname (Mutter):	Institution:
Name, Vorname (Kind):	Institution:
ausgefüllt von:	Datum:

Auszufüllen von den Studiendurchführenden. Haben Sie Anhaltspunkte für eine oder mehrere Formen von Kindesvernachlässigung, -misshandlung oder -missbrauch wahrgenommen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und beschreiben Sie bei einem „ja“, aufgrund welcher Hinweise Sie zu dieser Einschätzung kommen (kurze Stichworte).

Befriedigung kindlicher Bedürfnisse:

- 1 **Erzieherische Vernachlässigung:** Bezeichnet einen Mangel an Gesprächen, Spiel und anregenden Erfahrungen sowie fehlende erzieherische Hilfestellung oder Einflussnahme. Z.B. das Kind darf immer so lange wach bleiben wie es will oder das Kind quält Tiere vor den Augen der Bezugsperson, ohne dass diese eingreift.
☐ ja, aufgrund...
☐ nein
☐ nicht bekannt
- 2 **(Zahn-) Medizinische Vernachlässigung:** Bezieht sich auf das Versäumnis einer ärztlichen oder medizinischer Vorsorge oder Behandlung. Z.B. es wird mit dem Kind kein Arzt aufgesucht wenn es krank ist oder die Bezugsperson kümmert sich nicht um die Anwendung von erforderlichen Medikamenten.
Nachfragen: Gehen sie mit Ihrem Kind zum Arzt? Zu welchem Arzt? Haben Sie einen neuen Termin?...
☐ ja, aufgrund...
☐ nein
☐ nicht bekannt
- 3 **Emotionale Vernachlässigung:** Bezieht sich auf einen Mangel an Wärme, Einfühlungsvermögen, Geborgenheit und Zuneigung in der Beziehung zum Kind. Z.B. die Bezugsperson begegnet dem Kind mit Liebes- und Aufmerksamkeitsentzug oder fehlenden Reaktionen auf seine emotionalen Signale.
 - a **Verweigerung angemessener emotionaler Reaktionen:** z.B. das Kind wird nicht getröstet wenn es weint oder es wird sich nicht mit ihm gefreut.
☐ ja, aufgrund...
☐ nein
☐ nicht bekannt
 - b **Ignorieren:** z.B. das Kind wird links liegen gelassen, es wird ihm nicht zugehört, nicht geantwortet oder in anderer Form direkte Aufmerksamkeit entgegengebracht.
☐ ja, aufgrund...
☐ nein

- ☐ nicht bekannt
- 4 **Körperliche Vernachlässigung:** Bezeichnet einen Mangel in der Versorgung des Körpers des Kindes und der Befriedigung seiner physischen Bedürfnisse.
- a **Ernährung:** z.B. ein Kind bekommt nie ein Pausenbrot mit oder dieses ist verdorben oder ein Kind fällt auf, weil es deutlich über- oder unterernährt ist.
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- b **Hygiene:** z.B. das Kind kommt schmutzig und ungewaschen in den Kindergarten oder es lebt in extrem unhygienischen Zuständen zuhause beispielsweise mit massenweise Müll oder verdorbenen Lebensmitteln in der Wohnung.
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- c **Obdach:** z.B. das Kind lebt in einer Wohnung die mit Ungeziefer oder Schimmel befallen ist oder die Wohnung kann nicht geheizt werden.
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- d **Kleidung:** z.B. das Kind kommt im Winter ohne warme Jacke in den Kindergarten oder das Kind scheint nur kaputte, zerschlissene, schmutzige und zu kleine Kleidung zu besitzen.
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- 5 **Unterlassene Aufsicht:** Meint eine Aufsichtsverletzung. Z.B. die Bezugsperson erscheint zum Elternabend und hat das Kind ohne Ersatzperson bzw. Babysitter alleine zuhause gelassen oder verreist gar über ein Wochenende und lässt das Kind ohne Aufsicht und Versorgung alleine zuhause.
- Nachfragen:** Wie machen Sie das mit _____ beim Einkaufen? Kommt das Kind mit?...
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- 6 **Aussetzung einer gewalttätigen Umgebung:** Die Betreuungsperson ergreift keine Maßnahmen zum Schutz des Kindes vor gegenwärtiger Gewalt oder Gefahr. Z.B. das Kind lebt in einem Haushalt in dem es zu gewalttätigen Partnerschaftskonflikten kommt oder das Kind wird von der Bezugsperson nicht vor gewalttätigen Übergriffen durch eine weitere Person geschützt.
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt

- 7 **Emotionale Misshandlung:** Meint Verhaltensweisen der Bezugsperson, die dem Kind vermitteln, er sei wertlos, fehlerhaft, ungeliebt, unerwünscht, gefährdet oder es sei nur dazu da, die Bedürfnisse anderer zu erfüllen.
- a *Isolieren:* Z.B. die Bezugsperson schottet das Kind vom Kontakt zu Gleichaltrigen ab oder das Kind wird von ihm nahe stehenden Personen isoliert oder gar das Kind wird eingesperrt und jeglicher Kontakt zur Außenwelt wird unterbunden.
- Nachfragen:** Spielt _____ viel mit anderen Kindern? Wo trifft es andere Kinder?...
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- b *Terrorisieren:* Meint z.B., dass alles was das Kind tut von der Bezugsperson für nicht gut genug gehalten wird oder diese dem Kind das Gefühl vermittelt, dass seine An- oder Abwesenheit ihr gleichgültig ist, bis hin zur Einschüchterung und Ängstigung des Kindes durch Straf-, Gewalt-, Verlust- oder Morddrohungen oder Gewaltausübung gegen eine Person oder ein Objekt die/das das Kind liebt.
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- 8 **Körperliche Misshandlung:** Jede Form von körperlicher Gewalt gegen ein Kind, die es verletzt oder das Potenzial dazu hat. Von sehr grobem „Anpacken“ des Kindes, über Schubsen, Stoßen, Schütteln, bis hin zu Schlagen, Prügeln, Verbrennen oder Würgen.
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- 9 **Sexueller Missbrauch:** Meint jede sexuelle Handlung an/mit/vor dem Kind.
- a *Berührungsloser sexueller Missbrauch:* Z.B. Exhibitionismus vor dem Kind, Voyeurismus, das Kind wird angehalten sich zur Befriedigung des Beobachters selbst zu berühren oder das Kind soll bei der Selbstbefriedigung der anderen Person zusehen, bis hin zur Darstellung des Kindes in pornographischer Weise auf Fotos oder in Filmen.
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- b *Sexueller Kontakt:* Berührungen der Leiste, der Brust, der Innenseite der Oberschenkel, des Gesäßes und der Genitalien des Kindes, die nicht zur normalen Pflege oder Befriedigung der täglichen Bedürfnisse des Kindes notwendig sind. Damit sind sowohl Berührungen der Haut als auch Berührungen durch die Kleidung gemeint.
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt

- c *Sexuelle Handlungen:* Meint sexuelle Handlung mit Penetration (dem Eindringen) von Zunge, Finger, Penis oder anderen Objekten in den Anal- oder Genitalbereich, egal ob vom Erwachsenen zum Kind oder umgekehrt.
- ☐ ja, aufgrund...
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt

Belastungen:

Risikofaktor A: Die Mutter ist sehr jung (bei der Geburt des Kindes ≤ 18 Jahre)

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor B: Mindestens ein Kind der Mutter lebt in Pflege oder wurde zur Adoption freigegeben

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor C: Die Mutter hat mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter ≤ 20 Jahre

Die Anzahl der bereits erfolgten Geburten und die Anzahl der zu versorgenden Kinder können voneinander abweichen, da in manchen Fällen Kinder in (Verwandten-) Pflege gegeben werden oder Kinder von Partnern mitbetreut werden müssen. Der Focus wird auf die prognostisch wichtigere tatsächliche Belastung durch die Anzahl zu versorgender Kinder gelegt.

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor D: Die Mutter ist alleinerziehend und sozial isoliert (ankreuzen, wenn beides zutrifft)

Für die Kodierung kommt es darauf an, inwieweit im Alltag neben der Mutter eine weitere, praktisch aber nicht unbedingt rechtlich im Haushalt oder in der Hausgemeinschaft lebende erwachsene Person für die Mitbetreuung des Kindes zur Verfügung steht. Auch getrennt lebende verheiratete Mütter und Mütter mit einer Wochenendbeziehung können als „alleinerziehend“ kodiert werden, während dies bei einer im Stockwerk darüber lebenden, im Alltag verfügbaren Großmutter unter Umständen nicht der Fall ist.

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor E: Die Mutter hat keinen qualifizierenden Schulabschluss

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor F: Es handelt sich um eine unerwünschte Schwangerschaft

Ausschlaggebend ist hier die Haltung der Mutter, nicht die Haltung des Vaters oder der Großeltern. Die Kodierung kann auf der expliziten Angabe der Mutter beruhen, wenn das Kind nicht gewollt wurde bzw. die Mutter vorhatte, die Schwangerschaft zu unterbrechen oder auf entsprechenden Angaben über die Haltung der Mutter aus dem Umfeld. Eher beiläufig ablehnende bzw. negative Äußerungen über das Kind werden durch nachfolgende Items erfasst. „Unerwünschte Schwangerschaft“ wird nicht kodiert, wenn die Mutter angibt, sich noch im Verlauf der Schwangerschaft von einer anfänglich bestehenden Ablehnung deutlich distanziert zu haben.

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor G: Es gibt Hinweise auf schwere Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft

Ausschlaggebend ist die aktuell bestehende Partnerschaft der Mutter. Hinweise auf heftige Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft können sich aus Angaben der Mutter, des Partners oder des Umfeldes ergeben, aus medizinisch feststellbaren Verletzungsfolgen oder beobachtbaren Konflikten bzw. Gefühlsreaktionen (Angst, Aggressivität) im Umgang der Partner miteinander während eines Untersuchungstermins.

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor H: Bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen

MutterPartner

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor I: Nikotinkonsum der Mutter von > 20 Zigaretten am Tag**MutterPartner**

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor J: Es gibt Hinweise auf Alkoholprobleme bei der Mutter oder ihrem Partner

Hierunter zählen Angaben der Mutter, des Partners oder aus dem Umfeld über einen Alkoholkonsum der Mutter trotz bekannter Schwangerschaft oder einen ansonsten häufigen und umfangreichen Konsum von Alkohol vor der Schwangerschaft bzw. über negative körperliche, psychische oder soziale Folgen des Alkoholkonsums, ein beobachtbares Trinken der Mutter oder des Partners während des Untersuchungstermins, eine bekannte Diagnose von Alkoholmissbrauch bzw. Alkoholabhängigkeit bei Mutter oder Partner und feststellbare angeborene Alkoholeffekte beim Kind.

MutterPartner

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor K: Es gibt Hinweise auf einen Drogenkonsum durch die Mutter oder ihren Partner

Ebenfalls zählen unter anderem Angaben der Mutter, des Partners oder aus dem Umfeld über einen Drogenkonsum, entsprechende bekannte Diagnosen bei Mutter bzw. Partner, positive Resultate im Drogenscreening oder eine Entzugssymptomatik beim Kind.

MutterPartner

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor L: Die Familie lebt in einer finanziellen Notlage

Von einer finanziellen Notlage muss etwa ausgegangen werden, wenn die Erstausrüstung für das Baby nicht angeschafft werden konnte oder hierfür finanzielle Hilfen erforderlich waren, eine hohe Schuldenlast angegeben wird oder angemessener Wohnraum und angemessene Grundversorgung ungesichert erscheinen.

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor M: Die Familie ist sozial / sprachlich isoliert (im Alltag keine Kontaktperson verfügbar), bekommt keinen Besuch

Eine sprachliche Isolation der Mutter bzw. Familie liegt dann vor, wenn im Alltag keine Kontaktpersonen verfügbar sind, mit denen eine flüssige sprachliche Verständigung möglich ist. Eine soziale Isolation ergibt sich aus Angaben der Mutter oder des Partners über das Fehlen alltäglich verfügbarer Unterstützungspersonen. Werden in der Nähe wohnende Angehörige oder Freunde genannt, die aber negativ charakterisiert oder als nicht ansprechbar geschildert werden, so wird trotzdem soziale Isolierung kodiert.

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor N: Mutter ist in Heimerziehung oder mit mehrfach wechselnden Hauptbezugspersonen aufgewachsen

Kodierung sollte nur erfolgen, wenn der Heimaufenthalt bereits in den ersten fünf Lebensjahren erfolgte oder mindestens mehrere Jahre andauerte bzw. wenn mindestens zwei Wechsel in den Hauptbezugspersonen geschildert werden (z.B. von der Großmutter zur Mutter und wieder zurück. Oder: aus der Herkunftsfamilie nacheinander in zwei Pflegefamilien).

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Risikofaktor O: Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen der Mutter in ihrer Kindheit

Bei der Kodierung stehen geschilderte belastende Erfahrungen mit engen Vertrauenspersonen im Mittelpunkt, die deutlich von altersabhängig erwartbaren Erfahrungen abweichen. Bei geschilderten Missbrauchserfahrungen durch Fremde oder fern stehende Angehörige kommt es auf eine ausbleibende unterstützende Reaktion der Hauptbezugspersonen an. Materieller Mangel, von dem größere Gruppen betroffen waren (z.B. bei Flüchtlingen), wird nicht gewertet.

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Notizen:

Lebenslauf

Karina-Linnéa Hellfritz, M.A.

Fallerslebenstr. 52b

86161 Augsburg

Deutschland

karinalinnea@aol.com

+49 176 620 454 03

Bildungslaufbahn

seit 02/2014

Universität Freiburg/Schweiz

Promotion an der Philosophischen Fakultät der
Universität Freiburg/Schweiz

Thema der Dissertation: Zur Entwicklung von Kindern
intellektuell beeinträchtigter Eltern

04/2011 – 09/2013

Universität Augsburg

Erziehungswissenschaft (Master of Arts)

Thema der Masterarbeit: Sexualpädagogik und sexuelle Bildung
in Institutionen des Erziehungs- und Bildungswesens

10/2010 – 03/2011

Sprachschule Tandem Escuela de Idiomas, Santiago de Chile

Auslandsaufenthalt mit Intensiv-Spanischkurs

10/2007 – 09/2010

Universität Augsburg

Erziehungswissenschaft (Bachelor of Arts)

Thema der Bachelorarbeit: Lernstrategien im Primarbereich
und daraus resultierende Differenzierungen

04/2003 – 06/2006

Rudolf-Steiner-Schule Bielefeld

Allgemeine Hochschulreife

Berufliche Tätigkeiten

seit 07/2017

Deutsches Jugendinstitut e.V., München

Wissenschaftliche Referentin im

Expertise- und Forschungszentrum Adoption

- 02/2014 – 03/2017 **Universität Freiburg/Schweiz**
Forschungsassistentin am Heilpädagogischen Institut
- 05/2013 – 01/2014 **Universität Augsburg**
Mitarbeiterin am Lehrstuhl der Pädagogik für ein
Forschungsprojekt der DGfE
- 06/2012 – 02/2014 **Pro Familia e.V., Augsburg**
Mitarbeiterin im Fachbereich Sexualpädagogik
- 04/2011 – 04/2013 **Präventionsprojekt *Mit Sicherheit verliebt*, Augsburg**
Ehrenamtliche Mitarbeiterin für Sexualaufklärung in Schulen

Studien- und berufsbegleitende Aktivitäten

- seit 02/2017 Dozentin für die Testzentrale der Schweizer
Psychologen, Hogrefe, Bern/Schweiz
- seit 10/2014 Vorträge und Leitung von Workshops
im (sonder)pädagogischen Bereich
- 11/2012 – 02/2013 Fachtagungen von Pro Familia e.V.

Weitere Kenntnisse

- EDV Sehr gute Kenntnisse in SPSS und
in gängigen MS Office-Programmen
- Fremdsprachen Englisch, Spanisch und Französisch

Publikationen

Orthmann Bless, D., & Hellfritz, K.-L. (2017). Zur Evaluation von Unterstützungsmaßnahmen für Eltern mit geistiger Behinderung. In D. Laubenstein & D. Scheer (Hrsg.) *Sonderpädagogik zwischen Wirksamkeitsforschung und Gesellschaftskritik*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Orthmann Bless, D., & Hellfritz, K.-L. (2017). Eltern mit geistiger Behinderung. Zwischen Autonomie und notwendiger sozialer Unterstützung. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 4, 49–57.

Orthmann Bless, D., & Hellfritz, K.-L. (2016). Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder unterstützen. Evaluation zur Begleiteten Elternschaft in Deutschland. Befunde aus der SEPIA-D Studie. Freiburg: Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg/Schweiz.

Orthmann Bless, D., unter Mitarbeit von K.-L. Hellfritz & A. Chevalley (2015). Zur Entwicklung von Kindern geistig behinderter Eltern im Rahmen Begleiteter Elternschaft. Ein Beitrag zur Expertise II über Begleitete Elternschaft im Bundesland Brandenburg. Freiburg: Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg/Schweiz.

Orthmann Bless, D., Hellfritz, K.-L., & Chevalley, A. (2015). Zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern – Internationaler Forschungsstand. Zeitschrift für Heilpädagogik, 66, 364-371.

Hellfritz, K.-L., Chevalley, A., & Orthmann Bless, D. (2015). Begleitete Elternschaft – auch eine Option für die Schweiz? Infobrief Nr. 5/Sommer 2015, Netzwerk von Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Fachstelle Lebensräume „insieme“: Bern.

Orthmann Bless, D., unter Mitarbeit von K.-L. Hellfritz & A. Slokar (2014). Die Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern – eine Längsschnittstudie (SEPIA-CH). Hebamme.ch: Pränataldiagnostik und Mutter-Kind-Beziehungen, 11/2014, S. 36.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich meine Dissertation selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe verfasst habe und sie noch keiner anderen Fakultät vorgelegt habe.