

**Best Practice in der familienzentrierten Frühintervention für Kinder mit
Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit:
Ein internationales Konsensus-Statement**

Im Juni 2012 traf sich eine Expertengruppe in Bad Ischl, Österreich, um die wesentlichen Prinzipien familienzentrierter Frühintervention für Kinder mit Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit in einem Konsensdokument zusammenzufassen.

Die Konsensusgruppe bestand aus Eltern, gehörlosen Fachkräften und Führungskräften aus der Frühintervention, Interventionsspezialisten und Wissenschaftlern aus 10 Nationen. Alle Teilnehmer verfügten über Erfahrung in der Arbeit mit Familien und Kindern mit Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit. Ziel der Konsensuskonferenz war die Erarbeitung von Prinzipien familienzentrierter Praxis, die wesentlich für eine gelungene Partnerschaft mit diesen Familien sind. Mitglieder des Gremiums berichteten, dass in ihren Ursprungsländern die Umsetzung der familienzentrierten Prinzipien bislang nicht einheitlich und inkonsistent sei. Während der Konsensuskonferenz wurden zehn grundlegende Prinzipien vereinbart. Im Anschluss an das Meeting wurden die Prinzipien weiterentwickelt und es wurde ein Dokument geschaffen, das die Prinzipien selbst, in Zusammenhang damit stehende Maßnahmen der Service- und Programmanbieter und Evidenzbelege zur Unterstützung ihrer Verwendung (Studien aus verschiedenen Disziplinen und Nationen) beschreibt. Ziel war das Vorantreiben einer möglichst weitverbreiteten Umsetzung von validierten, evidenz-basierten Prinzipien für familienzentrierte frühe Intervention für Kinder mit Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit und ihre Familien.

Hintergrund und Ziel

Im Juni 2012 traf sich eine internationale Expertenrunde im Bereich Frühintervention in Bad Ischl, Österreich, um einen Konsens über Prinzipien optimaler Praxis bei der Umsetzung familienzentrierter Frühintervention (FCEI) zu finden. Die Organisatoren der Konferenz stimmten in der Grundannahme überein, dass durch familienorientierte Praxis die Ergebnisse für Kinder und Familien optimiert werden, und dass es notwendig sei, die vereinbarten Grundsätze dieser Philosophie klar zu artikulieren. Mitglieder des Gremiums wurden von Dr. Daniel Holzinger und Dr. Johannes Fellinger eingeladen. Die Konsensusgespräche wurden von Dr. Mary Pat Moeller moderiert. Das Gremium umfasste Eltern, gehörlose Fachkräfte, Führungskräfte von Frühinterventionsprogrammen, Frühinterventionsspezialisten und Wissenschaftler aus der ganzen Welt. Alle Teilnehmer

hatten Erfahrung in der Arbeit mit Familien von Kindern mit Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit. Der Fokus lag auf der Erarbeitung von familienzentrierten praxisorientierten Prinzipien, die für die Zusammenarbeit mit diesen Familien von Bedeutung sind. Die Teilnehmer der Konsensuskonferenz stellten fest, dass die Mehrheit der Fachkräfte der jeweiligen Länder hinsichtlich der grundlegenden Konzepte familienzentrierter Frühintervention übereinstimmt. Die Umsetzung optimaler Praxis über die verschiedenen Länder hinweg wurde jedoch im besten Falle als deutlich voneinander abweichend und inkonsistent beurteilt.

Die vorliegenden Richtlinien des Konsensus-Dokuments wurden entwickelt, um eine stärkere Verbreitung von validierten, evidenz basierten Prinzipien familienzentrierter Frühintervention (FCEI) für Kinder mit Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit und ihre Familien zu fördern. Ein Aufruf zum Handeln ist am Ende dieses Dokuments zur Unterstützung dieses übergreifenden Ziels bereitgestellt. Mehrere allgemeine Konzepte untermauern den FCEI Prozess. Grundsätzlich müssen sich Interventionisten auf explizite Prinzipien, validierte Methoden und auf verfügbare Forschungsergebnisse stützen und gleichzeitig respektvoll gegenüber familiären Unterschieden, Entscheidungen und Vorgehensweisen sein. FCEI wird als ein flexibler, ganzheitlicher Prozess angesehen, der familiäre Stärken und natürliche Fähigkeiten erkennt und die Entwicklung durch Unterstützung des folgenden fördert: (a) fröhliche, spielerische kommunikative Interaktionen und die allgemeine Freude an den Elternrollen, (b) das Wohlbefinden der Familie (z. B. die Freude über das Kind, stabile familiäre Beziehungen, emotionale Verfügbarkeit, Optimismus gegenüber der Zukunft des Kindes), (c) Engagement (z. B. aktive Teilnahme am Programm, informierte Entscheidung, Entscheidungsfindung, das Eintreten für das Kind), und (d) Selbstwirksamkeit (kompetent und selbstbewusst in der Erziehung und Förderung der kindlichen Entwicklung).

Partnerschaften zwischen Familien und Fachkräften werden gebildet und arbeiten zusammen, um Familienwerte, Ziele und Bestrebungen zu klären und diesen Input im Interventionsprozess zu respektieren. Interventionen werden in einer Weise implementiert, die kulturell kompetent ist. Fachleute verpflichten sich einer laufenden Weiterbildung auf dem höchsten Standard der Prinzipien optimaler Praxis.

Das Gremium stellte fest, dass verschiedene Nationen unterschiedliche Definitionen für häufig verwendete Begriffe verwenden. Ein Bestreben war, Termini mit unterschiedlichen oder kontroversen Interpretationen zu vermeiden und Begriffe mit einem breiteren, gemeinsamen Verständnis zu verwenden. Begriffe wie 'gehörlos' oder 'schwerhörig' werden in diesem Dokument verwendet, um das gesamte Spektrum der Kinder mit unterschiedlichen Hörschwellen (von leichter bis hochgradiger Schwerhörigkeit) zu repräsentieren.

Der Begriff "gehörlos/schwerhörig" soll außerdem Gehörlosengemeinschaften miteinschließen, wo Individuen im kulturellen Kontext über den Hörstatus hinaus betrachtet werden.

Kommunikationsentwicklung wird allgemein verwendet und bezieht sich auf die auditiven und visuellen Fähigkeiten des Kindes, die rezeptiven und expressiven sprachlichen Fertigkeiten (Lautsprach- und/oder Gebärdensprachentwicklung), Pragmatik und Turn-Taking (kommunikative Wechselseitigkeit). Das Gremium erarbeitete im Konsens 10 Prinzipien, die familienzentrierter Frühintervention zugrundeliegen. Das erste Prinzip betrifft die grundlegende Notwendigkeit, zeitnahen und gleichberechtigten Zugang zur frühen Intervention zu ermöglichen. Bei Prinzip 2-6 liegt der Schwerpunkt auf dem Inhalt (*was wir tun*) und den Umsetzungsprozessen (*wie wir mit Familien arbeiten*). Prinzip 7 und 8 beschreiben die Qualifikation der Anbieter und die entscheidende Bedeutung der Teamarbeit bei der Unterstützung von Kindern und Familien. Die letzten beiden Prinzipien (9 und 10) thematisieren die Notwendigkeit assessment-geleiteter Praxis sowohl hinsichtlich der Intervention für das Kind und eine Familie als auch die Entwicklung familienzentrierter Programme. Jedes Prinzip schließt Maßnahmen und Verhaltensweisen der Programmanbieter sowie unterstützende Ressourcen und Evidenzbelege ein.

Aufruf zum Handeln

Mit diesen Prinzipien vor Augen, kann durch den folgenden Aufruf zum Handeln das vorliegende Dokument weltweit umgesetzt werden:

1. Verfassen Sie ein Befürwortungsschreiben zum Konsensdokument ihrer Organisation oder aus persönlicher Sicht und übermitteln Sie dieses an politische Entscheidungsträgern in Ihrem jeweiligen Land.
2. Geben Sie die Prinzipien dieses Dokuments an Kollegen und Führungskräften in ihrem Arbeitsumfeld weiter.
3. Motivieren Sie Eltern in Ihrem Land, ihre Führungsrolle in der Entwicklung von FCEI einzunehmen.
4. Unterstützen Sie Forschungsvorhaben durch Zusammenarbeit oder Evaluierung der Praktiken in ihrem eigenen Land.
5. Bringen Sie diese Prinzipien in die Gesetzesgebung, Richtlinien, Konsensuspapiere und Leitlinie in Bezug auf Frühinterventionsangebote und –modelle ein.

Der Aufruf zum Handeln wurde in angepasster Form übernommen von: Global Coalition of Parents of Children who are Deaf or Hard of Hearing (GPOD), Position Statement and Recommendations for Family Support in the Development of Newborn Hearing Screening

Systems and Early Hearing Detection and Intervention Systems Worldwide (<http://www.gpodhh.org>).

Konsensuskonferenzteilnehmer:

Benedict, Beth	United States	Gallaudet University
Binder, Doris	Austria	Institute for Neurology of Senses and Language
Carr, Gwen	United Kingdom	Newborn Hearing Screening Programme
Cutler, Jodi	Italy	Affrontiamo la Sordita' Insieme: Dai Genitori ai Genitori
DesGeorges, Janet	United States	Hands & Voices
Eder, Alexandra	Austria	Institute for Neurology of Senses and Language
Fellinger, Johannes	Austria	Institute for Neurology of Senses and Language, University of Vienna
Hintermair, Manfred	Germany	University of Education, Heidelberg
Holzinger, Daniel	Austria	Institute for Neurology of Senses and Language, Konventhospital Linz; Karl Franzens University Graz
Koroleva, Inna	Russia	Saint Petersburg State University
Lane, Susan	Canada	BC Early Hearing Program
McDonnell, Teresa	Ireland	Sharing the Journey
Moeller, Mary Pat	United States	Boys Town National Research Hospital
Müllegger-Trečiakaitė Daiva	Austria	Gemeinschaft Eltern und Freunde Hörgeschädigter
Niparko, John	United States	University of Southern California
Pittman, Paula	United States	Utah State University; Ski*Hi Institute
Porter, Ann	Australia	Aussie Deaf Kids
Seaver, Leeanne	United States	Hands & Voices
Storbeck, Claudine	South Africa	University of the Witwatersrand
Stredler-Brown, Arlene	United States	University of Colorado
Walker, Pauline	United Kingdom	National Deaf Children's Society
Windisch, Sabine	Austria	Institute for Neurology of Senses and Language
Yoshinaga-Itano, Christie	United States	University of Colorado
Young, Alys	United Kingdom	University of Manchester

Prinzip 1: Früher und gleichberechtigter Zugang zu Serviceleistungen

Das Screening und die Diagnose einer Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit bei einem Kind sind nur dann effektiv, wenn sie unmittelbar und chancengleich mit dem Zugang zu geeigneter Intervention verknüpft sind.

Programme gewährleisten, dass

1. Neugeborenenhörscreening-Programme umgesetzt werden, die sich an vorliegenden Best Practice Richtlinien und Zeitvorgaben für Folgemaßnahmen orientieren.

2. die weitere Diagnostik unverzüglich nach der Überweisung erfolgt und von Fachpersonal mit pädiatrischer Erfahrung durchgeführt wird.
3. den Familien unmittelbar nach dem Neugeborenenhörscreening umfassende Familienunterstützung und Frühinterventionsprogramme angeboten werden. Dies sollte durch eine ausgewogene Informationsübermittlung erfolgen, aufgrund derer Familien eigene Entscheidungen treffen.
4. die Aufnahme in ein Frühinterventionsprogramm bereits erfolgt, während die audiologischen Abklärungen noch weitergeführt werden.
5. den Familien ein koordinierter Zugang in die Frühintervention geboten wird.
6. umfassende Serviceleistungen angeboten werden und zur Verfügung stehen, unabhängig vom sozioökonomischen Status der Familie, ihrem Einkommen oder Wohnort.
7. verschiedene Strategien eingesetzt werden, um die Familien dabei zu unterstützen, die Bedeutung und Wichtigkeit der zeitnahen weiteren Interventionen zu verstehen.
8. der Übergang vom Screening oder anderen Maßnahmen der Früherfassung zeitnahe erfolgt und lückenlos kontrolliert wird, um das Einhalten der Zeitvorgaben sicher zu stellen.

Related Resources and Evidence Citations

1. Holte, L., Walker, E., Oleson, J., Spratford, M., Moeller, M. P., Roush, P., Tomblin, J. B. (2012). Factors influencing follow-up to newborn hearing screening for infants who are hard-of-hearing. *American Journal of Audiology*, *21*, 163–174.
2. Holzinger, D., Fellingner, J., & Beitel, C. (2011). Early onset of family centred intervention predicts language outcomes in children with hearing loss. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *75*, 256–260.
3. Kennedy, C. R., McCann, D. C., Campbell, M. J., Kimm, L., & Thornton, R. (2005). Universal newborn screening for permanent childhood hearing impairment: An 8-year follow-up of a controlled trial. *Lancet*, *366*, 660–662.
4. Kennedy, C. R., McCann, D. C., Campbell, M. J., Law, C. M., Mullee, M., Petrou, S., Stevenson, J. (2006). Language ability after early detection of permanent childhood hearing impairment. *New England Journal of Medicine*, *354*, 2131–2141.
5. Moeller, M. P. (2000). Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*, *106*, e43.
6. Russ, S. A., Dougherty, D., & Jagadish, P. (2010). Accelerating evidence into practice for the benefit of children with early hearing loss. *Pediatrics*, *126*(Suppl. 1), S7–S18.
7. Semenov, Y. R., Yeh, S. T., Seshamani, M., Wang, N. Y., Tobey, E. A., Eisenberg, L. S., CDaCI Investigative Team. (2013). Age-dependent cost-utility of pediatric cochlear implantation. *Ear and Hearing*, *35*, 402–412. doi:10.1097/AUD.0b013e3182772c66
8. Spivak, L., Sokol, H., Auerbach, C., & Gershkovich, S. (2009). Newborn hearing screening follow-up: Factors affecting hearing aid fitting by 6 months of age. *American Journal of Audiology*, *18*, 24–33.
9. Yoshinaga-Itano, C., & Apuzzo, M. L. (1998). Identification of hearing loss after age 18 months is not early enough. *American Annals of the Deaf*, *143*, 380–387.
10. Yoshinaga-Itano, C., Baca, R., & Sedey, A. L. (2010). Describing the trajectory of language development in the presence of severe-to-profound hearing loss: A closer look at children with cochlear implants versus hearing aids. *Otology and Neurootology*, *31*, 1268–1274.
11. Yoshinaga-Itano, C., Coulter, D., & Thomson, V. (2000). The Colorado Newborn Hearing Screening Project: Effects on speech and language development for children with hearing loss. *Journal of Perinatology*, *20*(Suppl. 1), S132–S137.
12. Yoshinaga-Itano, C., Coulter, D., & Thomson, V. (2001). Developmental outcomes of children with hearing loss born in Colorado hospitals with and without universal newborn hearing screening programs. *Seminars in Neonatology*, *6*, 521–529.
13. Yoshinaga-Itano, C., Sedey, A. L., Coulter, D. K., & Mehl, A. L. (1998). The language of early- and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics*, *102*, 1161–1171.

Evidence Reviews and Position Statements

1. Center for Allied Health Evidence Review Team. (2007). *A systematic review of the literature on EI for children with a permanent hearing loss*. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.health.qld.gov.au/healthyhearing/docs/background.pdf>
2. Joint Committee on Infant Hearing. (2007). Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*, 120, 898–921.
3. NHSP Programme Centre. (2010). Quality standards in the NHS newborn hearing screening programme. Retrieved July 16, 2013, from <http://hearing.screening.nhs.uk/standardsandprotocols/>
4. Joint Committee on Infant Hearing. (2013). Supplement to the JCIIH 2007 position statement: Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. *Pediatrics*, 131, e1324–e1349. Retrieved July 16, 2013, from <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/03/18/peds.2013-0008.full.pdf+html> & <http://www.asha.org/policy/PS2013-00339/>
5. Schachter, H. M., Clifford, T. J., Fitzpatrick, E., Eatmon, S., MacKay, M., Showler, A., Moher, D. (2002). *A systematic review of interventions for hearing loss in children*. Unpublished document, Health Canada, Ottawa, Ontario, Canada.
6. UK Government Department of Education and Skills. (2003). *Developing early intervention/support services for deaf children and their families: Executive summary* (LEA/0068/2003). Retrieved July 16, 2013, from www.ndcs.org.uk/document.rm?id=3746

Best Practice Guidelines for Audiology: Infants and Young Children

1. American Speech-Language-Hearing Association. (2004). *Guidelines for the audiologic assessment of children from birth to 5 years of age* [Guidelines]. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.asha.org/policy>
2. Bagatto, M. P., Moodie, S. T., Malandrino, A. C., Richert, F. M., Clench, D. A., & Scollie, S. D. (2011). The University of Western Ontario Pediatric Audiological Monitoring Protocol (UWO PedAMP). *Trends in Amplification*, 15, 57–76.
3. American Academy of Audiology. (2003). *Pediatric Amplification Protocol*. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.audiology.org/resources/documentlibrary/documents/pedamp.pdf>
4. American Speech-Language-Hearing Association. (2008). *Guidelines for audiologists providing informational and adjustment counseling to families of infants and young children with hearing loss birth to 5 years of age* [Guidelines]. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.asha.org/policy/GL2008-00289/>

Prinzip 2: Partnerschaften zwischen Familien und Serviceanbietern

Ein Ziel von familienzentrierter Frühintervention ist die Entwicklung einer ausgewogenen Partnerschaft zwischen den Familien und den Fachkräften, durch die sie unterstützt werden. Diese Partnerschaft ist gekennzeichnet durch Reziprozität, gegenseitiges Vertrauen, Respekt, Ehrlichkeit, gemeinsame Aufgaben und offene Kommunikation.

Serviceanbieter arbeiten folgendermaßen in Partnerschaft mit den Familien:

1. Sie konzentrieren sich anstelle einer kindzentrierten Therapie auf förderliche Familien-Kind-Interaktionen.
2. Sie legen besonderes Augenmerk auf die Bedenken und Sorgen, die von der Familie geäußert werden (Prioritäten, Hoffnungen, Bedürfnisse, Ziele, Wünsche).
3. Sie bauen auf die individuellen Stärken der Familien, um ihren familiären Bedürfnissen gerecht zu werden.
4. Sie verstehen und fördern die Tatsache, dass Familien ihr eigenes individuelles Leben führen wollen.
5. Sie arbeiten mit Erwachsenen, um ihr Selbstvertrauen und ihre Kompetenz in Bezug auf die Unterstützung und Förderung der Entwicklung ihrer Kinder zu steigern.

6. Sie verstehen die Art und Weise, wie Diskriminierung, Unterdrückung und Vorurteile die Erbringung von Serviceleistungen beeinflussen können.

Serviceanbieter

1. achten auf ihre eigenen fachlichen Kompetenzen, angenehme Befindlichkeiten und Unbehaglichkeiten im Umgang mit Familien aus ähnlichen oder unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und suchen bei Bedarf Unterstützung.
2. beachten die Vielfalt innerhalb kultureller Gruppen (z.B. Spiritualität, Ansichten über Gesundheit und Behinderung, Kindererziehung, Suche nach Hilfe und Familienstruktur).
3. stimmen die Besuche bei den Familien auf deren Erwartungen und Zeitpläne ab.
4. unterstützen die Einsatzbereitschaft und Wirksamkeit der Familie, was sich wiederum positiv auf das Wohlergehen und die Entwicklung des Kindes auswirkt.
5. gehen flexibel, individualisiert und responsiv auf sich ändernde Bedürfnisse, Anforderungen, Präferenzen und Lernstile von Familien ein.
6. bieten unterstützende Hilfestellungen an, die besonderes Augenmerk auf die Einbindung der Familie in das Erreichen der gewünschten Ziele und Ergebnisse legen.
7. reagieren sensibel und mitfühlend im Umgang mit den Familien.
8. bieten sowohl informative als auch emotionale Unterstützung an.
9. erkennen die Grenzen ihrer Rolle und ihrer Erfahrung und bieten bei Bedarf die Überweisung bzw. den Zugang zu spezialisierten Experten an.
10. drücken in allen Interaktionen Fürsorglichkeit und Anteilnahme gegenüber den Familien aus.
11. gehen davon aus, dass alle Familien verantwortungsvoll und vertrauenswürdig sind und behandeln sie dementsprechend.
12. führen vereinbarte Aufgaben zeitgerecht zu Ende.
13. sind sachkundige und glaubwürdige Frühinterventionspartner für die Familien.
14. hören den Familienmitgliedern aktiv zu und verstehen den Zusammenhang zwischen den von ihnen geäußerten Sorgen und den tatsächlichen Bedürfnissen, die eine Familie wahrnimmt.
15. unterstützen die Familien dabei, optimistisch der Zukunft des Kindes entgegen zu sehen und hohe Erwartungen an die Entwicklung des Kindes zu entwickeln und zu bewahren.
16. unterstützen die Familien auf eine Art und Weise, die ihrem unverwechselbaren Charakter entspricht (z.B. Familienkonstellation, Kultur, Glaube, Werte, Gefühle, Bewältigungskompetenzen und Familiendynamiken).

Related Resources and Evidence Citations

1. American Speech-Language-Hearing Association. (2004). *Knowledge and skills needed by speech-language pathologists and audiologists to provide culturally and linguistically appropriate services* [Knowledge and skills]. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.asha.org/docs/html/KS2004-00215.html>

2. American Speech-Language-Hearing Association. (2005). *Cultural competence* [Issues in ethics]. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.asha.org/docs/html/PI2011-00326.html>
3. Brotherson, M. J., Summers, J. A., Naig, L. A., Kyzar, K., Friend, A., Epley, P., .Turnbull, A. P. (2010). Partnership patterns: Addressing emotional needs in early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education, 30*, 32–45.
4. Coker, T. R., Rodriguez, M. A., & Flores, G. (2010). Family-centered care for US children with special health care needs: Who gets it and why? *Pediatrics, 125*, 1159–1167.
5. Department of Education and Skills (UK). (2003). *Developing early intervention/support services for deaf children and their families: Executive summary*. (LEA/0068/2003). Retrieved July 16, 2013, from <http://www.ndcs.org.uk/document.rm?id=3746>
6. Dromi, E., & Ingber, S. (1999). Israeli mothers' expectations from early intervention with their preschool deaf children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 4*, 50–68.
7. Dunst, C. J. (2006). Parent-mediated everyday child learning opportunities: I. Foundations and operationalization. *CASEinPoint, 2*, 1–10. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.fipp.org/case/caseinpoint.html>
8. Dunst, C. J., & Dempsey, I. (2007). Family–professional partnerships and parenting competence, confidence, and enjoyment. *International Journal of Disability, Development and Education, 54*, 305–318.
9. Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
10. Dunst, C. J., Trivette, C. M., Hamby, D. W., & Bruder, M. B. (2006). Influences of contrasting natural learning environment experiences on child, parent and family well-being. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18*, 235–250.
11. Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered help-giving practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13*, 370–378.
12. Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants and Young Children, 24*, 6–28.
13. Hintermair, M. (2004). Sense of coherence: A relevant resource in the coping process of mothers of deaf and hard-of hearing children? *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 9*, 15–26.
14. Hintermair, M. (2006). Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 11*, 493–513.
15. Ingber, S., & Dromi, E. (2009). Demographics affecting parental expectations from early deaf intervention. *Deafness & Education International, 11*, 83–111.
16. Ingber, S., & Dromi, E. (2010). Actual versus desired family-centered practice in early intervention for children with hearing loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 15*, 59–71.
17. Johnson DeConde, C. (2006). One year's growth in one year, expect no less. *Hands & Voices Communicator, 9*, 3.
18. Mahoney, G. (2009). Relationship Focused Intervention (RFI): Enhancing the role of parents in children's developmental intervention. *International Journal of Early Childhood Special Education, 1*, 79–94.
19. McBride, S., Brotherson, M. J., Joanning, H., Whiddon, D., & Demmitt, A. (1993). Implementation of family-centered services: Perceptions of families and professionals. *Journal of Early Intervention, 7*, 414–430.
20. Mott, D. W., & Dunst, C. J. (2006). Influences of resource-based intervention practices on parent and child outcomes. *CASEinPoint, 2*, 1–8. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.fipp.org/case/caseinpoint.html>
21. Odom, S. L., & Wolery, M. (2003). A unified theory of practice in early intervention/early childhood special education: Evidence-based practices. *The Journal of Special Education, 37*, 164–173.
22. Rush, D. D., & Shelden, M. L. (2005). Evidence-based definition of coaching practices. *CASEinPoint 1*, 1–6. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.fipp.org/case/caseinpoint.html>
23. Temple, B., & Young, A.M. (2008). 'They know where they can find us ' Service providers' views on early support and minority ethnic communities. *Disability and Society, 23*, 223–234.
24. Trivette, C. M., & Dunst, C. (1998). *Family-centered help giving practices*. Asheville, NC: Orelena Hawks Puckett Institute.
25. Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, OSEP TA Community of Practice: Part C Settings. (2008). *Seven key principles: Looks like/doesn't look like*. Retrieved July 16, 2013, from http://www.ectacenter.org/~pdfs/topics/families/Principles_LooksLike_DoesntLookLike3_11_08.pdf; selected concepts in the current document were adapted with permission from the Iowa Early Access/Script program retrieved from http://www.educateiowa.gov/index.php?option=com_docman&task=doc_download&grid=1960.

Prinzip 3: Informierte Entscheidungen

Fachkräfte fördern den Prozess, in dem Familien das nötige Wissen, Informationen und Erfahrungen erlangen, um sachkundig d.h. umfassend informiert Entscheidungen zu treffen. Dazu gehört auch, den Familien die Gesetzeslage in Bezug auf Menschen mit Behinderung und ihre festgeschriebenen Rechte zu vermitteln.

Entscheidungsfindung wird als flüssiger, fortlaufender Prozess gesehen. Familien können ihre Entscheidungen in Anbetracht der sich ändernden Fähigkeiten, Bedürfnisse, Fortschritte und der emotionalen Befindlichkeit des Kindes und der Familie adaptieren bzw. ändern.

Serviceanbieter

1. beachten, dass die Entscheidungskompetenz letztlich bei der Familie liegt; arbeiten eng mit den Familien zusammen, um deren Fähigkeiten in der praktischen Wahrnehmung dieser Kompetenz zu unterstützen.
2. gehen offen und flexibel an die Bandbreite verschiedener Kommunikationsmöglichkeiten heran und nützen diese effektiv.
3. geben Informationen und Erfahrungen aus einer Vielzahl von umfassenden, bedeutsamen, relevanten und unvoreingenommenen Quellen weiter, um eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen.
4. beachten, dass das Prinzip „Informierte Entscheidung“ nicht mit der Weitergabe neutraler oder nur beschreibender Information gleichzusetzen ist. Vielmehr sind bewertende Informationen wesentlich, um auf die verschiedenen Risiken, Vorteile und Unsicherheiten in Bezug auf bestimmte Optionen aufmerksam zu machen.
5. informieren die Familien über Erwartungen ihnen gegenüber, die mit der Umsetzung von verschiedenen Ansätzen inhärent verbunden sind, sowie über mögliche Vorteile und Herausforderungen.
6. unterstützen die Familien aktiv in den Prozessen der Entscheidungsfindung und Selbstbestimmung.
7. unterstützen die Familien dabei, ihre Talente und Fähigkeiten zu erkennen und sich erfolgreich darauf zu verlassen.
8. unterstützen Familien, ihre Entscheidungen auf eine Art und Weise zu treffen, die ihre individuellen Stärken, Ressourcen, Bedürfnisse und Erfahrungen widerspiegelt.
9. unterstützen Familien dabei, für die Zukunft ihres Kindes Visionen und Pläne zu gestalten; helfen ihnen zu verstehen, dass Pläne und Visionen bei Bedarf auch abgeändert werden können.
10. stellen Ressourcen zur Verfügung und unterstützen die Entscheidungen der Familienmitglieder.
11. beachten, dass eine „Informierte Entscheidung“ nicht einmalig ist, sondern einen fortlaufenden Prozess darstellt.
12. informieren die Familien vollständig über ihre gesetzlich verankerten Rechte.

Related Resources and Evidence Citations

Guidelines

1. *Decision making related to communication.* Retrieved July 16, 2013, from http://www.ncbegin.org/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=130

2. Hands & Voices. *Communication Considerations*. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.handsandvoices.org/comcon/index.html>
3. Seaver, L. (Ed.) (2009). *The book of choice*. Boulder, CO: Hands and Voices. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.handsandvoices.org/resources/products.htm#boc>
4. Carr, G., Young, A. M., Hunt, R., McCracken, W., Skipp, A., & Tattersall, H., (2006). *Helping you choose: Making informed choices for you and your child*. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.ihs.manchester.ac.uk/events/pastworkshops/2012/CHRN200312/handbook.pdf>
5. Carr, G., Young, A. M., Hall A. M., Hunt, R., McCracken, W. M., Skipp, A., & Tattersall, H. J. (2006). *Informed choice, families and deaf children: Professional handbook*. Retrieved July 16, 2013, from <http://media.education.gov.uk/assets/files/pdf/i/informed%20choice%20families%20and%20deaf%20children%20-%20professional%20handbook.pdf>
6. Joint Committee on Infant Hearing. (2013). Supplement to the JCIH 2007 position statement: Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. *Pediatrics*, 131, e1324–e1349. Retrieved July 16, 2013, from <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/03/18/peds.2013-0008.full.pdf+html>

Evidence Citations

1. Dunst, C. J., Trivette, C. M. & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
2. Knoors, H. (2007). Educational responses to varying objectives of parents of deaf children: A Dutch perspective. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12, 243–253.
3. Steinberg, A., Bain, L., Li, Y., Delgado, G., & Ruperto, V. (2003). Decisions Hispanic families make after the identification of deafness. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8, 291–314.
4. Storbeck, C., & Calvert-Evans, J. (2008). Towards integrated practices in early detection of and intervention for deaf and hard of hearing children. *American Annals of the Deaf*, 153, 314–321.
5. Young, A. M. (2002). Factors affecting communication choice in the first year of life – assessing and understanding an ongoing experience. *Deafness & Education International*, 4, 1–12.
6. Young, A. M., Carr, G., Hunt, R., McCracken, W., Skipp, A., & Tattersall, H. (2006). Informed choice and deaf children—Underpinning concepts and enduring challenges. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11, 322–336.
7. Young, A. M., Jones, D., Stamer, C., & Sutherland, H. (2005). Issues and dilemmas in the production of standard information for parents of young deaf children—Parents' views. *Deafness & Education International*, 7, 63–76.

Prinzip 4: Soziale und emotionale Unterstützung von Familien

Familien werden mit Unterstützungssystemen in Verbindung gebracht, so können sie notwendiges Wissen und Erfahrungen sammeln, um im Interesse ihres Kindes mit Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit wirksam zu sein.

Serviceanbieter

1. bauen auf und nutzen sowohl formelle (systematische Partnerschaften zwischen Eltern und Fachkräften und Netzwerke von Eltern) als auch informelle Unterstützungssysteme (Gemeindeorganisationen, Freunde, erweiterte Familie, religiöse Zugehörigkeit, Spielgruppen).
2. verstehen, auf welche Weise natürliche Netzwerke die Gesundheit und das Wohlbefinden der Familien stärken können.
3. helfen den Familien herauszufinden, welche Ressourcen ihre informellen Unterstützungsnetzwerke bieten können, um bestimmte Bedürfnisse und Anliegen zu befriedigen.

4. gewährleisten, dass Familien Zugang zu einer Auswahl an Unterstützungsmöglichkeiten haben, damit diese auf die individuellen Bedürfnisse der Familie abgestimmt werden können.
5. verstehen und setzen beispielhaft Reziprozität praktisch um, um Netzwerke zu bilden.
6. unterstützen Kontakte zwischen Familien und deren Gemeinden, um die informellen Bewältigungskapazitäten zu stärken.
7. gewährleisten, dass alle Familien Zugang zu Eltern-Eltern-Unterstützung von anderen Familien mit Kindern mit Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit haben. Sie erkennen zudem die Schlüsselrolle der Eltern-Eltern-Unterstützung für die Förderung des sozialen und emotionalen Wohlbefindens der Familien.
8. unterstützen Beziehungen zwischen Familien und erwachsenen Rollenmodellen, die gehörlos oder schwerhörig sind.
9. bieten soziale und emotionale Unterstützung an, um das Wohlbefinden der Eltern und Geschwister zu fördern. Sie informieren die Eltern und leiten, wenn es ihnen angebracht erscheint, an professionelle Anbieter im Bereich der psychosozialen Gesundheit weiter. Zudem erkennen sie die Bedeutung und Wichtigkeit des familiären Wohlergehens für die Entwicklung des Kindes.

Frühinterventionsprogramme

1. anerkennen und unterstützen aktiv Elternorganisationen und Netzwerke für Möglichkeiten direkter Eltern-Peer-Unterstützung.
2. integrieren die Führung von Eltern in die strategische Entwicklung und operative Tätigkeit von FCEI-Programmen.

Related Resources and Evidence Citations

1. Ainbinder, J. G., Blanchard, L. W., Singer, G. H., Sullivan, M. E., Powers, L. K., Marquis, J. G., the Consortium to Evaluate Parent to Parent (1998). A qualitative study of parent to parent support for parents of children with special needs. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 99–109.
2. Dunst, C. (2005). Foundations for an evidence-based approach to early childhood intervention and family support. *CASEmakers*, 1, 1–6. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.fipp.org/case/casemakers.html>
3. Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Meta-analytic structural equation modeling of the influences of family-centered care on parent and child psychological health. *International Journal of Pediatrics*, 2009, 1–9.
4. Dunst, C. J., Trivette, C. M., Gordon, J. J., & Pletcher, L. C. (1989). Building and mobilizing informal family support networks. In G. Singer, & L. Irvin (Eds.), *Support for caregiving families* (pp. 121–139). Baltimore, MD: Brooks Publishing.
5. Hands & Voices. *Guide by your side*. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.handsandvoices.org/gbys/index.htm>
6. Hintermair, M. (2000). Hearing impairment, social networks, and coping: The need for families with hearing-impaired children to relate to other parents and to hearing-impaired adults. *American Annals of the Deaf*, 145, 41–53.
7. Hintermair, M. (2004). Sense of coherence: A relevant resource in the coping process of mothers of deaf and hard-of-hearing children? *Journal of Deaf studies and Deaf Education*, 9, 15–26.
8. Hintermair, M. (2006). Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard-of-hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11, 493–513.
9. Hoagwood, K. E., Cavaleri, M. A., Serene Olin, S., Burns, B. J., Slaton, E., Gruttadaro, D., & Hughes, R. (2010). Family support in children's mental health: A review and synthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 1–45.
10. Jackson, C. W. (2011). Family supports and resources for parents of children who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf*, 156, 343–362.

11. Jackson, C. W., Wegner, J. R., & Trumbull, A. P. (2010). Family quality of life following early identification of deafness. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 41*, 194–205.
12. Lederberg, A., & Goldbach, T. (2002). Parenting stress and social support in hearing of deaf and hearing children: A longitudinal study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7*, 330–345.
13. Mott, D. W. (2006). Operationalizing resource-based intervention practices. *CASEinPoint, 2*, 1–8. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.fipp.org/case/caseinpoint.html>
14. Mott, D. W., & Swanson, J. R. (2006). A research synthesis of resource-based intervention practice studies. *CASEinPoint, 2*, 1–13. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.fipp.org/case/caseinpoint.html>
15. Luterman, D. (2006). The counseling relationship. *The ASHA Leader, 11*, 8–9.
16. Quittner, A. L., Cruz, I., Barker, D. H., Tobey, E., Eisenberg, L. S., Niparko, J. K. & CDaCI Investigative Team. (2012). Effects of maternal sensitivity and cognitive and linguistic stimulation on cochlear implant users' language development over four years. *The Journal of Pediatrics, 162*, 343–348 e3.
17. Singer, G. H., Marquis, J., Powers, L. K., Blanchard, L., DiVenere, N., Santelli, B., . . . Sharp, M. (1999). A multi-site evaluation of parent to parent programs for parents of children with disabilities. *Journal of Early Intervention, 22*, 217–229.
18. *The Global Coalition of Parents of Deaf/Hard of Hearing Children (GPOD): Recommended Practices for Family Support*. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.gpodh.org>
19. Young, A. M., Temple, B., Davies, L., Parkinson, G., & Bolton, J. (2008). Disabled children (0 to 3 years) and integrated services—The impact of early support. *Health and Social Care in the Community, 16*, 222–233.

Prinzip 5: Familien-Kind-Interaktion

Familien und Serviceanbieter arbeiten zusammen, um ein optimales Umfeld für das Erlernen von Sprache zu schaffen.

Serviceanbieter unterstützen die Familie, um

1. alltägliche Routinen, Spiele und typische Interaktionen zu nutzen, um die Kommunikationsentwicklung des Kindes zu fördern.
2. dem Kind in natürlichen und alltäglichen Interaktionen mit den Familienmitgliedern (Eltern, Geschwister, weitere Familienmitglieder) durchgängig reiche sprachliche Anregung anzubieten.
3. mit Sensibilität auf die Kommunikationsversuche des Kindes zu reagieren und konsequent Strategien anzuwenden, die erwiesenermaßen die Entwicklung der Sprache und Kommunikation fördern.
4. dem Kind zahlreiche Möglichkeiten anzubieten, in denen es aktiv an einer großen Vielfalt an kommunikativen Interaktionen teilnehmen kann.
5. sicherzustellen, dass die Kommunikation in der Familie für das Kind zugänglich ist.
6. das Niveau ihres sprachlichen Inputs so anzupassen, dass die Sprachfähigkeiten des Kindes gefördert werden (d.h. Sensibilität für die Zone der proximalen Entwicklung des Kindes)
7. eine Gebärdensprache zu erlernen, wenn sich ein Familie dafür entschieden hat.

Serviceanbieter

1. verfügen in höchstmöglichem Ausmaß über Flüssigkeit und Fachkenntnisse in der Sprache/Kultur einer Familie.

2. verfügen über Flüssigkeit und Fachkenntnisse in Bezug auf den Kommunikationsansatz, der von einer Familie gewählt wurde.
3. fördern den Zugang zu Sprachen und die Familiensprachen.
4. respektieren und unterstützen die Entscheidungen der Familie in Bezug auf die gewählten Kommunikationsmethoden.
5. interagieren auf eine Weise, die die Kultur, den Glauben und die Einstellungen einer Familie respektiert.
6. bieten praktische Lernmöglichkeiten an, die auf Routinen, Interessen und dem Vergnügen des Kindes und der Familie aufbauen.
7. wenden Erwachsenenbildungs- und Beratungsstrategien an, um die Familien dabei zu unterstützen, neue Stärken und Fähigkeiten zu erwerben und auf bestehendes Wissen und bereits vorhandene Fertigkeiten aufzubauen.
8. stellen unterstützende und ermutigende Rahmenbedingungen für das Lernen bereit.
9. zeigen den Familien Anerkennung für ihr Engagement und für ihr Angebot positiver Eltern-Kind-Interaktionen.
10. unterstützen die Familien dabei, sprachförderliche Strategien anzuwenden, die erwiesenermaßen die frühe Entwicklung fördern.
11. halten an den Best-Practice-Prinzipien dieses Dokuments sowie an den veröffentlichten Förderplänen und -richtlinien fest, während sie zugleich flexibel auf die Bedürfnisse des Kindes und der Familie reagieren.

Related Resources and Evidence Citations

1. Aragon, M., & Yoshinaga-Itano, C. (2012). Using Language ENvironment Analysis to improve outcomes for children who are deaf or hard of hearing. *Seminars in Speech and Language*, 33, 340–353.
2. Calderon, R. (2000). Parental involvement in deaf children's education programs as a predictor of child's language, early reading, and social-emotional development. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 5, 140–155.
3. Cole, E. B., & Flexer, C. A. (2011). *Children with hearing loss: Developing listening and talking, Birth to six* (2nd ed.). San Diego, CA: Plural Publishing.
4. Cruz, I., Quittner, A. L., Marker, C., DesJardin, J. L., & CDaCI Investigative Team. (2013). Identification of effective strategies to promote language in deaf children with cochlear implants. *Child Development*, 84, 543–559.
5. Desjardin, J. L. (2005). Maternal perceptions of self-efficacy and involvement in the auditory development of young children with prelingual deafness. *Journal of Early Intervention*, 27, 193–209.
6. DesJardin, J. L., Ambrose, S. E., & Eisenberg, L. S. (2009). Literacy skills in children with cochlear implants: The importance of early oral language and joint storybook reading. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 14, 22–43.
7. Donovan, M. S., Bransford, J. D., & Pellegrino, J. W. (Eds.) (1999). *How people learn: Bridging research and practice*. Washington, DC: National Academy Press.
8. Hoff, E. (2003). The specificity of environmental influence: Socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech. *Child Development*, 74, 1368–1378.
9. Hoff, E., & Naigles, L. (2002). How children use input to acquire a lexicon. *Child Development*, 73, 418–433.
10. Hoff-Ginsberg, E. (1994). Influences of mother and child on maternal talkativeness. *Discourse Processes*, 18, 105–117.
11. Ingber, S., Al-Yagon, M., & Dromi, E. (2010). Mothers' involvement in early intervention for children with hearing loss: The role of maternal characteristics and context-based perceptions. *Journal of Early Intervention*, 32, 351–369.
12. Hurtado, N., Marchman, V. A., & Fernald, A. (2008). Does input influence uptake? Links between maternal talk, processing speed and vocabulary size in Spanish-learning children. *Developmental Science*, 11, F31–F39.
13. Huttenlocher, J., Haight, W., Bryk, A., Seltzer, M., & Lyons, T. (1991). Early vocabulary growth: Relation to language input and gender. *Developmental Psychology*, 27, 236–248.

14. Huttenlocher, J., Vasilyeva, M., Waterfall, H. R., Vevea, J. L., & Hedges, L. V. (2007). The varieties of speech to young children. *Developmental Psychology*, 43, 1062–1083.
15. Kahn, R., Stemler, S., & Berchin-Weiss, J. (2009). Enhancing parent participation in early intervention through tools that support mediated learning. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 8, 269–287.
16. Mahoney, G. (2009). Relationship Focused Intervention (RFI): Enhancing the role of parents in children's developmental intervention. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 1, 79–94.
17. McBride, S. L., & Brotherson, M. J. (1997). Guiding practitioners toward valuing and implementing family-centered practices. In J. Winton, J. McCollum, & C. Cattlett (Eds.). *Reforming personnel preparation in early intervention* (pp 253–76). Baltimore, MD: Brookes.
18. Pressman, L., Pipp-Siegel, S., Yoshinaga-Itano, C., & Deas, A. M. (1999). Maternal sensitivity predicts language gain in preschool children who are deaf and hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4, 294–304.
19. Pressman, L., Pipp-Siegel, S., Yoshinaga-Itano, C., Kubicek, L., & Emde, R. (2000). A comparison of the link between emotional availability and language gain in young children with and without hearing loss. *The Volta Review*, 100 (5), 251–277.
20. Quittner, A. L., Cruz, I., Barker, D. H., Tobey, E., Eisenberg, L. S., Niparko, J. K. , & the CDaCI Investigative Team. (2013). Effects of maternal sensitivity and cognitive and linguistic stimulation on cochlear implant users' language development over four years. *The Journal of Pediatrics*, 162, 343–348, e3.
21. Robbins, A. M., Green, J. E., & Waltzman, S. B. (2004). Bilingual oral language proficiency in children with cochlear implants. *Archives of Otolaryngology—Head & Neck Surgery*, 13, 644–647.
22. Rowe, M. L. (2008). Child-directed speech: Relation to socioeconomic status, knowledge of child development and child vocabulary skill. *Journal of Child Language*, 35, 185–205.
23. Schachter, H. M., Clifford, T. J., Fitzpatrick, E., Eatmon, S., MacKay, M., Showler, A., . . . Moher, D. (2002). *A systematic review of interventions for hearing loss in children*. Unpublished document. Ontario, Canada: Health Canada.
24. Snow, C. E. (1972). Mothers' speech to children learning language. *Child Development*, 43, 549–565.
25. Tattersall, H., & Young, A. M. (2003). Exploring the impact on hearing children of having a deaf sibling. *Deafness & Education International*, 5, 108–122.
26. Tomasello, M., & Farrar, M. J. (1986). Joint attention and early language. *Child Development*, 57, 1454–1463.
27. VanDam, M., Ambrose, S. E., & Moeller, M. P. (2012). Quantity of parental language in the home environments of hardof-hearing 2-year-olds. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17, 402–420.
28. Yoshinaga-Itano, C. (2003). From screening to early identification and intervention: Discovering predictors to successful outcomes for children with significant hearing loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8, 11–30.

Prinzip 6: Verwendung von technischen Hilfsmitteln und unterstützenden Kommunikationsmitteln

Anbieter müssen über Erfahrung mit technischen Hilfsmitteln verfügen und mit verschiedenen Techniken vertraut sein, die für eine optimale Unterstützung der Entwicklung von Sprache und Kommunikation des Kindes erforderlich sind.

Serviceanbieter

1. nutzen technische Kenntnisse und Fähigkeiten, um die Familien beim Einsatz aller Mittel zu unterstützen, die die Sprache und kommunikativen Fähigkeiten des Kindes fördern. Dies beinhaltet Hörtechnologien (z.B. Hörgeräte, Cochlear Implantate, FM-Systeme/drahtlose Mikrofonsysteme), visuelle Technologien (z.B. Textnachrichten, diverse Geräte mit Alarmfunktionen, Video-Übertragung) sowie alternative und unterstützte Kommunikation. Die Fachkräfte entwickeln in den Familien ein Bewusstsein für Lehr- und Lerntechnologien (z.B. interaktive Schultafel) und computer-/webgestützte Technologien, auf die ihr Kind vielleicht in Zukunft zugreifen wird.

Frühinterventionsprogramme

1. streben danach, alle Kommunikationsansätze für die Familien zugänglich zu machen, was möglicherweise eine Kooperation zwischen verschiedenen Programmen erfordert.
2. unterstützen aktiv die Entscheidungen der Familie in Bezug auf Kommunikationsansätze.
3. verwenden Assessments in Zusammenarbeit mit den Familien, um die Notwendigkeit einer eventuell erforderlichen Änderung oder einer Erweiterung des gewählten Kommunikationsansatzes (-ansätze) zu ermitteln.
4. bieten Kommunikationsansätze durch Fachkräfte mit einem Höchstmaß an Kenntnissen und Fertigkeiten an, z.B.:
 - a. Die lokal verwendete Gebärdensprache wird von Personen, deren Muttersprache diese Gebärdensprache ist („Native Signer“), oder die diese Gebärdensprache fließend beherrschen, angeboten. Diese sind in der Lage, die Verwendung von visueller Kommunikation durch die Eltern derart zu fördern, dass der sprachliche Input sowie die Kommunikationsentwicklung des Kindes gewährleistet sind.
 - b. hör- und lautsprachtherapeutische Ansätze werden von Anbietern mit einem hohen Maß an spezialisierten Fähigkeiten und Fachkenntnis zur Verfügung gestellt. Damit wird die Fähigkeit der Eltern unterstützt, die auditive, sprachliche und kommunikative Entwicklung des Kindes zu fördern.

Related Resources and Evidence Citations

1. AG Bell Academy for Listening and Spoken Language. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.agbell.org/AGBellAcademy/>
2. Marge, D. K., & Marge, M. (2005). *Beyond newborn hearing screening: Meeting the educational and health care needs of infants and young children with hearing loss in America*. Report and recommendations of the 2004 National Consensus Conference on Effective Educational and Health Care Interventions for Infants and Young Children With Hearing Loss. Syracuse, NY: State University of New York, Upstate Medical University. Retrieved July 16, 2013, from http://www.upstate.edu/pmr/research/beyond_newborn.pdf
3. Moeller, M. P., Hoover, B., Peterson, B., & Stelmachowicz, P. G. (2009). Consistency of hearing aid use in infants with early-identified hearing loss. *American Journal of Audiology, 18*, 14–23.
4. Morford, J., & Mayberry, R. (2000). A reexamination of “early exposure” and its implications for language acquisition by eye. In C. Chamberlain, J. Morford, & R. Mayberry (Eds.), *Language acquisition by eye* (pp. 111–127). Mahwah, NJ: Erlbaum.
5. Napier, J., Leigh, G., & Nann, S. (2007). Teaching sign language to hearing parents of deaf children: An action research process. *Deafness & Education International, 9*, 83–100.
6. Schick, B., Williams, K., & Bolster, L. (1999). Skill levels of educational interpreters working in public schools. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 4*, 144–155.
7. Joint Committee on Infant Hearing. (2013). Supplement to the JCIH 2007 position statement: Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. *Pediatrics, 131*, e1324–e1349. Retrieved July 16, 2013, from <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/03/18/peds.2013-0008.full.pdf+html>
8. Walker, E. A., Spratford, M., Moeller, M. P., Oleson, J., Ou, H., Roush, P., & Jacobs, S. (2013). Predictors of hearing aid use time in children with mild-to-severe hearing loss. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 44*, 73–88.

Prinzip 7: Qualifizierte Serviceanbieter

Serviceanbieter sind in Bezug auf die Arbeit mit Kindern mit Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit und deren Familien gut ausgebildet und verfügen über spezielle fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten. Sie besitzen die notwendigen Kernkompetenzen, um die Familien bei der Verbesserung der kindlichen Entwicklung und des Wohlbefindens von Kind und Familie zu unterstützen.

Frühinterventionsprogramme

1. bestimmen, welche Expertise und Fähigkeiten für die Arbeit mit Familien mit Kindern mit Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit erforderlich sind.
2. entwickeln Standards, die festlegen, was ein qualitativ hochwertiges Programm ausmacht und fördern sowohl die Beurteilung der Arbeit der Fachkräfte als auch ihre fortlaufende Aus- und Weiterbildung, um sicherzustellen, dass ihre fachlichen Kenntnisse und Kompetenzen den festgelegten Standards entsprechen.
3. gewährleisten, dass Familien Zugang zu Anbietern von Frühinterventionsprogrammen haben, die über spezielle fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten in der Arbeit mit Familien mit Säuglingen und Kleinkindern mit Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit verfügen.
4. bieten den Fachkräften ständige Weiterbildungen in Form von Schulungen und Ressourcen an, die notwendig sind, um den aktuellen Stand des Wissens und der Fähigkeiten für familienzentrierte Frühintervention mit Familien mit Kindern mit Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit aufrecht zu erhalten.
5. stellen sicher, dass Anbieter in Bezug auf spezifische Interventionstheorien und -methoden kompetent sind und dass sie Interventionen nur auf Basis dieser Theorien und Methoden durchführen.
6. ermöglichen Supervision, Beratung und direkte Praxisbeobachtung sowie konkretes Feedback zur Arbeit der Fachkraft.
7. ermöglichen Familien, die dabei sind eine Gebärdensprache zu lernen, Zugriff auf kompetente und flüssige Sprachmodelle. Dies wird durch das Einbeziehen von Personen erreicht, deren Muttersprache Gebärdensprache („Native Signer“) ist oder die Gebärdensprache fließend beherrschen und die Erfahrung im Unterrichten von Familien/Eltern mit Kindern haben.
8. fördern professionelle Selbst-Beurteilung und Selbst-Reflexion.

Related Resources and Evidence Citations

1. Department of Education and Skills (UK). (2003). *Developing early intervention/support services for deaf children and their families: Executive summary*. (LEA/0068/2003). Retrieved July 16, 2013, from <http://www.ndcs.org.uk/document.rm?id=3746>

2. Jones, T. W., & Ewing, K. M. (2002). An analysis of teacher preparation in deaf education: Programs approved by the Council on Education of the Deaf. *American Annals of the Deaf*, 147, 71–78.
3. Rice, G.B., & Lenihan, S. (2005). Early intervention in auditory/oral deaf education: Parent and professional perspectives. *The Volta Review*, 105, 73–96.
4. Lichtert, G., & van Wieringen, A. (2010). Development of PAN-European competencies of teachers of the deaf through partnerships. Grant agreement Reference: 2009-LDV-PAR-P-407.
5. Marge, D. K., & Marge, M. (2005). *Beyond newborn hearing screening: Meeting the educational and health care needs of infants and young children with hearing loss in America*. Report and recommendations of the 2004 National Consensus Conference on Effective Educational and Health Care Interventions for Infants and Young Children With Hearing Loss. Syracuse, NY: State University of New York, Upstate Medical University. Retrieved July 16, 2013, from http://www.upstate.edu/pmr/research/beyond_newborn.pdf
6. Moeller, M. P., Hoover, B., Putman, C., Arbataitis, K., Bohnenkamp, G., Peterson, B., . . . , Stelmachowicz, P. G. (2007). Vocalizations of infants with hearing loss compared with infants with normal hearing: Part II—Transition to words. *Ear and Hearing*, 28, 628–642.
7. Nittrouer, S., & Burton, L. (2001). The role of early language experience in the development of speech perception and language processing abilities in children with hearing loss. *The Volta Review*, 103, 5–37.
8. Proctor, R., Niemeyer, J. A., & Compton, M. V. (2005). Training needs of early intervention personnel working with infants and toddlers who are deaf or hard of hearing. *The Volta Review*, 105, 113–128.
9. Stredler-Brown, A., & Arehart, K. (2000). Universal newborn hearing screening: Impact on early intervention services. *The Volta Review*, 100 (5), 85–117.

Prinzip 8: Kooperative Teamarbeit

Ein optimales familienzentriertes Frühinterventionsteam konzentriert sich auf die Familie und bindet Experten mit Erfahrung in der Förderung der frühen Entwicklung von Kindern mit Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit ein. Laufende Unterstützung wird den Familien und Kindern durch transdisziplinäre Teamarbeit angeboten, wobei Fachkräfte mit erforderlichen Fähigkeiten – angepasst an die Bedürfnisse des Kindes und der Familie – eingesetzt werden.

Frühinterventionsteams

1. wählen ihre Mitarbeiter anhand der individuellen Bedürfnisse jeder Familie und nicht aufgrund ihres Fachgebiets aus; sind fächerübergreifend zusammengesetzt und arbeiten transdisziplinär.
2. können die folgenden Personengruppen einschließen, müssen aber nicht auf diese beschränkt sein: Experten, Eltern/Erziehungsberechtigte, Frühinterventionsanbieter mit Fachkenntnissen und Fähigkeiten im Bereich der frühen Kindheit, Personen mit Kompetenzen in der Arbeit mit Familien mit Kindern mit Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit (Hörgeschädigtenpädagogen, Sprachtherapeuten), HNO-Ärzte, Audiologen, Servicekoordinatoren, Personen mit Schwerhörigkeit/Gehörlosigkeit (Rollenmodelle/Mentoren), Gebärdensprachlehrer, Sozialarbeiter/Psychologen und Mitglieder von Elternvereinen/-netzwerken.
3. können abhängig von den Bedürfnissen des Kindes auch folgende Fachpersonen einschließen: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Allgemeinmediziner, Vertreter weiterer

medizinischer Fachgebiete (z. B. Psychiater, Neurologen, Entwicklungspädiater) und/oder Pädagogen mit Kompetenzen im Bereich von Gehörlosigkeit/Blindheit.

4. bieten den Familien Möglichkeiten für einen vertieften Austausch mit Erwachsenen, die schwerhörig oder gehörlos sind, an.

a. Schwerhörige/gehörlose Erwachsene können als Rollenmodelle, Berater und/oder Mentoren für Familien dienen, Informationen und Ressourcen anbieten sowie bereichernde Spracherfahrungen aufzeigen.

b. Auf kulturell und sprachlich sensible Art und Weise werden Mitglieder der Gehörlosen-/Schwerhörigengemeinschaft ins Team mit einbezogen.

Frühinterventionsteammitglieder

1. sind in der Lage, über Organisationen und Disziplinen hinaus zu arbeiten.

2. beziehen Familien ein und betrachten sie als gleichwertige Teammitglieder.

3. können sich ungezwungen von ihrer Rolle des eigenen Fachbereichs lösen¹ und können eine Vielzahl von Beratungstechniken anwenden

4. arbeiten gemeinschaftlich und sind sich als Mitarbeiter über die Ressourcen der jeweiligen Institution/Organisation im Klaren.

Frühinterventionsprogramme

1. setzen transdisziplinäre Teammodelle und –Ansätze um.

2. verwirklichen transdisziplinäre Teamarbeit entweder in ihrem eigenen Programm oder durch wirkungsvolle Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften und Programmen.

3. fördern gute Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Anbietern und Institutionen/Organisationen, egal ob mehrere Fachdisziplinen involviert sind oder nicht; sie suchen die Kompetenzen anderer Fachkräfte/Programme, wenn ein Kind keine optimalen Fortschritte macht und/oder ein Programm den Bedürfnissen des Kindes/der Familie nicht mehr entspricht.

4. sind darum bemüht, Zugang zu internationaler Unterstützung zu haben und fördern den internationalen Informationsaustausch.

Related Resources and Evidence Citations

1. Department of Education and Skills (UK). (2003). *Developing early intervention/support services for deaf children and their families: Executive summary* (LEA/0068/2003). Retrieved July 16, 2013, from http://www.ndcs.org.uk/document_rm?id=3746

2. Hill, P. (1993). The need for deaf adult role models in early intervention programs for deaf children. *Journal of Canadian Educators of the Hearing Impaired (ACEHI/ACEDA)*, 19, 14–20.

¹ „Role release“ bezieht sich auf eine stückweise Lösung vom eigenen Fachbereich und die Übernahme von Strategien aus einem anderen Fachbereich unter entsprechender Begleitung durch Fachkräfte im Team

3. Hintermair, M. (2000). Hearing impairment, social networks, and coping: The need for families with hearing-impaired children to relate to other parents and to hearing-impaired adults. *American Annals of the Deaf*, 145, 41–53.
4. Rogers, K. D., & Young, A. M. (2011). Being a Deaf role model: Deaf people's experiences of working with families and deaf young people. *Deafness & Education International*, 13, 2–16.
5. Rush, D. D., Shelden, M. L., & Hanft, B. E. (2003). Coaching families and colleagues: A process for collaboration in natural settings. *Infants and Young Children*, 16, 33–47.
6. Sjoblad, S., Harrison, M., Roush, J., & McWilliam, R. A. (2001). Parents' reactions and recommendations after diagnosis and hearing aid fitting. *American Journal of Audiology*, 10, 24–31.
7. Watkins, S., Pittman, P., & Walden, B. (1998). The deaf mentor experimental project for young children who are deaf and their families. *American Annals of the Deaf*, 143, 29–34.

Prinzip 9: Entwicklungskontrollen

Familienzentrierte Frühintervention wird von regelmäßigen Kontrollen/Assessments der Entwicklung von Kindern und Familien geleitet.

Serviceanbieter arbeiten in Partnerschaft mit den Familien, um

1. routinemäßig und authentisch die individuelle Entwicklung des Kindes sowie die Zufriedenheit, Selbstwirksamkeit und das Wohlbefinden der Familie zu evaluieren. Dabei stützen sie sich auf reflektierende Praktiken, adäquate standardisierte Maßnahmen, Elternfragebögen, zuverlässige Assessments und informelle Verfahren. Zuverlässige Assessments betonen eine stärkenbasierte Perspektive, erfassen Kompetenzen aus dem alltäglichen Leben und sind bei der Dokumentation schrittweiser Fortschritte der Entwicklungsfertigkeiten für die Planung der Intervention hilfreich.
2. bei Bedarf Ansätze oder Strategien auf der Basis von Assessment-Informationen abzuändern, um dem Kind Lernfortschritte zu ermöglichen.
3. ein kontinuierliches Assessment anzuwenden, um jeden einzelnen Interventionsplan individuell zu konzipieren.
4. auf Basis der Assessmentdaten die Arbeitsweise zu überprüfen und zu reflektieren, neue Fähigkeiten anzuwenden und herausfordernde Situationen problemlösend zu meistern.

Serviceanbieter

1. fördern ausgehend von einer Überprüfung der Assessmentdaten die Fähigkeiten der Familienmitglieder, ihre Handlungen zu reflektieren, die Wirksamkeit zu ermitteln und einen Verbesserungsplan zu entwickeln.
2. verfolgen regelmäßig den Entwicklungsstand der Familie und die Effektivität der Interventionen unter Anwendung geeigneter Methoden; modifizieren bei Bedarf die Interventionen um optimale Ergebnisse zu fördern.
3. bestärken die Familien, den Erfolg aller Interventionsergebnisse zu beurteilen.
4. wählen die Assessment-Verfahren anhand eindeutiger Entwicklungsprinzipien.

5. sind mit Methoden der Übermittlung von „sensiblen“ Informationen an die Familien vertraut.

Related Resources and Evidence Citations

1. Bagnatto, S. J., Neisworth, J. T., & Pretti-Frontczak, K. (2010). *LINKing authentic assessment & early childhood intervention: Best measures for best practices*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
2. Bailey, D. B., Hebbeler, K., Spiker, D., Scarborough, A., Mallik, S., & Nelson, L. (2005). Thirty-six-month outcomes for families of children who have disabilities and participated in early intervention. *Pediatrics*, *116*, 1346–1352.
3. Bailey, D. B., McWilliam, R. A., Aytch-Darkes, L., Hebbeler, K., Simeonsson, R. J., Spiker, D., & Wagner, M. (1998). Family outcomes in early intervention: A framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional Children*, *64*, 313–328.
4. Bailey, D. B., Nelson, L., Hebbeler, K., & Spiker, D. (2007). Modeling the impact of formal and informal supports for young children with disabilities and their families. *Pediatrics*, *120*, e992–e1001.
5. Bailey, D. B., Raspa, M., & Fox, L. C. (2012). What is the future of family outcomes and family-centered services? *Topics in Early Childhood Special Education*, *31*, 216–223.
6. Bailey, D. B., Raspa, M., Olmsted, M. G., Novak, S. P., Sam, A. M., Humphreys, B. P., . . . & Guillen, C. (2011). Development and psychometric validation of the Family Outcomes Survey—Revised. *Journal of Early Intervention*, *33*, 6–23.
7. Department of Education and Skills (UK). (2003). *Developing early intervention/support services for deaf children and their families: Executive summary*. (LEA/0068/2003). Retrieved July 16, 2013, from <http://www.ndcs.org.uk/document.rm?id=3746>
8. Hafer, J. C., & Stredler-Brown, A. (2003). Family-centered developmental assessment. In B. Bodner-Johnson & M. Sass-Lehrer, M. (Eds.). *The young deaf or hard of hearing child: A family-centered approach to early education* (pp. 127–149). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
9. Hermans, D., Knoors, H., & Verhoeven, L. (2010). Assessment of sign language development: The case of deaf children in the Netherlands. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *15*, 107–119.
10. Joint Committee on Infant Hearing. (2007). Year 2007 Position Statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*, *120*, 898–921.
11. Keilty, B., LaRocco, D. J., & Casell, F. B. (2009). Early interventionists' reports of authentic assessment methods through focus group research. *Topics in Early Childhood Special Education*, *28*, 244–256.
12. Niparko, J. K., Tobey, E. A., Thal, D. J., Eisenberg, L. S., Wang, N. Y., Quittner, A. L., Fink, N. E., & the CDaCI Investigative Team. (2010). Spoken language development in children following cochlear implantation. *JAMA*, *303*, 1498–1506.
13. Raspa, M., Bailey, D. B. Jr., Olmsted, M. G., Nelson, R., Robinson, N., Simpson, M. E., . . . & Houts, R. (2010). Measuring family outcomes in early intervention: Findings from a large-scale assessment. *Exceptional Children*, *76*, 496–510.
14. Rush, D. D., Shelden, M. L., & Raab, M. (2008). A framework for reflective questioning when using a coaching interaction style. *CASEtools*, *4*, 1–7. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.fipp.org/case/casetools.html>
15. Russ, S. A., Dougherty, D., & Jagadish, P. (2010). Accelerating evidence into practice for the benefit of children with early hearing loss. *Pediatrics*, *126*(Suppl. 1), S7–S18.
16. Stredler-Brown, A., & Yoshinaga-Itano, C. (1994). F.A.M.I.L.Y. assessment: A multidisciplinary evaluation tool. In J. Roush & N. Matkin (Eds.), *Infants and toddlers with hearing loss* (pp. 45–49). Baltimore, MD: York Press.
17. Joint Committee on Infant Hearing. (2013). Supplement to the JCIH 2007 position statement: Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. *Pediatrics*, *131*, e1324–e1349. Retrieved July 16, 2013, from <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/03/18/peds.2013-0008.full.pdf+html>
18. Young, A. (2010). Parental satisfaction, service quality & outcomes. In R. C. Seewald & J. M. Bamford (Eds.), *A sound foundation through early amplification: Proceedings of the 2010 International Conference* (pp. 297–306). Stafa, Switzerland: Phonak AG.

Prinzip 10: Evaluierung von Frühinterventionsprogrammen (Qualitätssicherung)

FCEI Programme evaluieren die Einhaltung optimaler Praxis durch die Anbieter und schließen für alle Programmbereiche Qualitätssicherung ein.

Frühinterventionsprogramme

1. wenden Qualitätssicherungsmaßnahmen an, um Programmkomponenten zu überprüfen.
2. stellen Mittel zur Sicherstellung/Messung bereit, damit Serviceanbieter, Programme und Systeme auf die in diesem Konsensdokument angeführten Richtlinien ausgerichtet werden.
3. beziehen programmumfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen ein, die Ergebnisse bei Kindern und Familien, Wissen und Fertigkeiten der Fachkräfte, sowie Nutzen, den Familien aus den Angeboten ziehen, dokumentieren.
4. schließen Feedbackmechanismen von Eltern ein, die über Zufriedenheitsmessungen hinausgehen (z.B. Durchführung von Gesprächsgruppen, Dokumentation von Veränderungen von Fachwissen und Fähigkeiten sowie die Beobachtung von Engagement und Programmkomponenten, die dieses fördern).
5. verwenden fortlaufend Assessmentdaten und validieren Programmansätze durch kontinuierliche Evaluierung.

Related Resources and Evidence Citations

1. Bagatto, M. P., Moodie, S. T., Seewald, R. C., Bartlett, D. J., & Scollie, S. D. (2011). A critical review of audiological outcome measures for infants and children. *Trends in Amplification*, 15, 23–33.
2. Dumas, J. E., Lynch, A. M., Laughlin, J. E., Phillips-Smith, E., & Prinz, R. J. (2001). Promoting intervention fidelity: Conceptual issues, methods, and preliminary results from the early alliance prevention trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(Suppl. 1), 38–47.
3. Kovaleski, J. F., Gickling, E. E., Marrow, H., & Swank, P. R. (1999). High versus low implementation of instructional support teams: A case for maintaining program fidelity. *Remedial and Special Education*, 20, 170–183.
4. Marge, D. K., & Marge, M. (2005). Beyond newborn hearing screening: Meeting the educational and health care needs of infants and young children with hearing loss in America. Report and recommendations of the 2004 National Consensus Conference on Effective Educational and Health Care Interventions for Infants and Young Children With Hearing Loss. Syracuse, NY: State University of New York, Upstate Medical University. Retrieved July 16, 2013, from http://www.upstate.edu/pmr/research/beyond_newborn.pdf
5. McWilliam, R. A., Tocci, L., & Harbin, G. L. (1998). Family-centered services: Service providers' discourse and behavior. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18, 206–221.
6. Roper, N., & Dunst, C. J. (2006). Early childhood intervention competency checklists. *CASEtools*, 2, 1–14. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.fipp.org/case/casetools.html>
7. Rush, D. D., & Shelden, M. L. (2006). Coaching Practices Rating Scale for assessing adherence to evidence-based early childhood intervention practices. *CASEtools*, 2, 1–7. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.fipp.org/case/casetools.html>
8. Russ, S. A., Dougherty, D., & Jagadish, P. (2010). Accelerating evidence into practice for the benefit of children with early hearing loss. *Pediatrics*, 126(Suppl. 1), S7–S18.
9. Sexton, J. D., Snyder, P., Lobman, M., Kimbrough, P., & Matthews, K. (1997). A team-based model to improve early intervention programs: Linking preservice and inservice. In P. J. Winton, J. McCollum, & C. Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies* (pp. 495–526). Baltimore, MD: Brookes.
10. Wilson, L. L., & Dunst, C. J. (2006). Checklist for assessing adherence to family-centered practices. *CASEtools*, 1, 1–6.
11. Young, A. M., Gascon-Ramos, M., Campbell, M., & Bamford, J. (2009). The design and validation of a parent-report questionnaire for assessing the characteristics and quality of early intervention over time. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 14, 422–435.