

✉ FB 03 • Karl-Glöckner-Straße 21 B • D-35394 Gießen

**Institut für Förderpädagogik und  
Inklusive Bildung**

Professur für EW mdS Beeinträchtigung  
der Sprache und des Sprechens  
Prof. Dr. Susanne van Minnen  
Karl-Glöckner-Straße 21 B  
D-35394 Gießen

Tel.: 0641 / 99 - 24170

Fax.: 0641 / 99 - 24179

Email: Susanne.van-  
Minnen@erziehung.uni-giessen.de

**31.05.2017**

## Fragebogen zu Kindern mit Autismus-Spektrum Störung und ihren möglichen Inselbegabungen

Liebe Eltern,

im Rahmen meiner Examensarbeit für das Studium des Förderschullehramts, versuche ich herauszufinden inwiefern sich Inselbegabungen von Kindern mit ASS auf die Beziehung und die Kommunikation zu den Eltern auswirken. Um der Beantwortung dieser Frage näher zu kommen, brauche ich Ihre Unterstützung. Ziel des Fragebogens ist es, basierend auf Ihren Erfahrungen, Möglichkeiten zu entwickeln, die für Familien mit Kindern mit ASS die Kommunikation vereinfachen. Andere Familien sollen zukünftig von den gesammelten Erfahrungen profitieren können.

Im folgenden Fragebogen finden sich sowohl Fragen zum allgemeinen Verhalten Ihres Kindes, als auch zu Ihrer Beziehung mit Ihrem Kind.

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, ist das kein Problem! Auch wenn Ihr Kind keine Inselbegabung haben sollte, freue ich mich, wenn Sie den Fragebogen ausfüllen. Jede einzelne Antwort ist sehr hilfreich.

Ich bedanke mich schon jetzt sehr für Ihre Unterstützung, ohne die ich diese Arbeit nicht verfassen könnte!

Mit freundlichen Grüßen,  
Jessica Deusinger

Kontakt:

E-Mail: [jessica.deusinger@lehramt.uni-giessen.de](mailto:jessica.deusinger@lehramt.uni-giessen.de)

Anschrift: Jessica Deusinger

Auf der Peß 5a

61250 Usingen

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJ)

Name: \_\_\_\_\_ (Vorname)

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Schulform: \_\_\_\_\_

Geschwister: Alter: \_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_

1) Welche konkrete Diagnose wurde für Ihr Kind gestellt?

---

---

---

2) Wie alt war das Kind bei der Diagnose? \_\_\_\_\_ Jahre keine Angabe

3) Kann Ihr Kind lesen? Ja  nein  keine Angabe

4) Kann Ihr Kind schreiben? Ja  nein  keine Angabe

5) In welchem Alter wurde das Lesen erlernt? \_\_\_\_\_ Jahre; keine Angabe

6) In welchem Alter wurde das Schreiben erlernt? \_\_\_\_\_ Jahre; keine Angabe

7) Verwendet Ihr Kind mündliche Sprache? Ja  nein  keine Angabe

a) Wie viele Worte nutzt Ihr Kind aktuell?

ca. 10  ca. 50  ca. 100  mehr als 500  keine Angabe

b) Mit wem kommuniziert Ihr Kind lautsprachlich?

Mutter	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Vater	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Geschwister	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Großeltern	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Klassenlehrer*In	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
beste(r) Freund(in)	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Schulassistentz/Integrationskraft	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Weitere _____	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>

c) In welchem Alter begann Ihr Kind lautsprachlich zu kommunizieren? \_\_\_\_\_ Jahre; keine Angabe

8) Kommuniziert Ihr Kind nonverbal? Ja  nein  keine Angabe   
 (z.B. Formen der UK; Mimik; Gestik)

a) Welche der folgenden Formen der Kommunikation nutzt Ihr Kind :

Symbolkarten	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Gesten	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Schriftsprachlich	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Zeichnen/Malen	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Gebärdensprache	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Zeigen/Deuten	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Weiteres (z.B. UK): _____	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>

b) Mit wem kommuniziert Ihr Kind nonverbal?

Gesprächspartner:	Nonverbal: (Symbolkarten; Gesten; UK)				Schriftsprachlich			
	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klassenlehrer*In	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beste(r) Freund(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulassistentz/ Integrationskraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) In welchem Alter begann Ihr Kind gezielt nonverbal zu kommunizieren? \_\_\_\_\_ Jahre; keine Angabe

9) Hat Ihr Kind eine Inselbegabung? Ja  nein  keine Angabe

10) Wie alt war Ihr Kind, als die Inselbegabung erstmals in Erscheinung trat? \_\_\_ Jahre; keine Angabe

a) Wie äußert sich die besondere Begabung Ihres Kindes:

---

---

---

---

---

11) Fand im Jahr vor Erscheinen der Inselbegabung ein außergewöhnliches Erlebnis (positiv oder negativ) im Leben Ihres Kindes statt? Ja  nein  keine Angabe

12) Welcher Art war dieses Erlebnis:

---

---

---

---

---

13) Gibt es in Ihrer Familie weitere Fälle von Inselbegabungen oder ähnlichen Begabungen? Falls ja, um welche Form der besonderen Begabung handelt es sich?

---

---

---

---

14) Wie ist der Verwandtschaftsgrad zwischen dieser Person und Ihrem Kind?

---

---

15) Als die Begabung meines Kindes entdeckt wurde fühlte ich:

Angst:  Hilflosigkeit:  Begeisterung:  Erleichterung:

**Seit dem Auftreten der Inselbegabung...**deutlich  
schlechter

schlechter

unverändert

besser

deutlich  
besser

Verstehe ich die Bedürfnisse meines Kindes

Ist das Nachvollziehen des Verhaltens von meinem Kind

Versteht mein Kind mich

Ist die emotionale Bindung mit meinem Kind

**Seit dem Auftreten der Inselbegabung...**

nie

seltener

unverändert

häufiger

immer

sucht mein Kind unaufgefordert die Kommunikation mit mir

sucht mein Kind unaufgefordert die Kommunikation mit anderen Bezugspersonen

sucht mein Kind unaufgefordert körperlichen Kontakt mit mir

sucht mein Kind unaufgefordert körperlichen Kontakt mit anderen Bezugspersonen

Nutze ich die Inselbegabung bzw. das „Spezialthema“ zur (alltäglichen) Kommunikation mit meinem Kind

Spreche ich über meine persönlichen Gefühle mit meinem Kind (Ängste, Bedürfnisse, Sorgen, Vorlieben usw.)

Ist die Kommunikation zwischen mir und meinem Kind auf notwendige Aufforderungen und Anweisungen (bzgl. Körperhygiene, Tätigkeiten im Haushalt, Nahrungsmittelaufnahme usw.) beschränkt.

Spricht mein Kind mit mir über sein persönliches Empfinden (Ängste, Bedürfnisse, Sorgen, Vorlieben usw.)

