universität wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Innovative Instrumente zum Assessment von Intellektueller Beeinträchtigung (IB)“

verfasst von / submitted by

Andrea Zeller, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	A 066 840
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Psychologie
Betreut von / Supervisor:	a.o. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung 5

Definitionen von Intellektueller Beeinträchtigung 5

Definition nach DSM-5. 5

Definition nach ICD-10. 6

Definition nach AAIDD. 9

Theoretischer Hintergrund 9

Prävalenz. 9

Ursachen Intellektueller Beeinträchtigung. 10

Medizinische/genetische Aspekte. 10

Soziale Aspekte. 12

Entwicklung und Verlauf. 12

Komorbidität. 13

Kriterien einer Intellektuellen Beeinträchtigung. 13

Intelligenz. 13

Sozial-adaptives Verhalten. 14

Korrelationen zwischen IQ-Werten und sozial-adaptivem Verhalten. 15

Relevanz. 16

Fragestellung / Hypothesen 17

Primäre Fragestellungen 17

Sekundäre Fragestellungen 19

Methode 19

Studiendesign 19

Stichprobenbeschreibung 19

Beschreibung der Messinstrumente 22

Glasgow Level of Ability and Development Scale (GLAD). 22

Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE; von Aster et al., 2006). 22

Adaptive Behavior Scale-Residential and Community: Second Edition (ABS-RC:2; Nihira et al., 1993). 26

Durchführung der Untersuchung 28

Ethische Überlegungen 29

Schwierigkeiten bei der Diagnostik 29

Statistische Analyse 30

Ergebnisse **31**

GLAD Scale zur Erfassung von IB *32*

Primäre Fragestellungen. 32

Klinische Nützlichkeit GLAD *34*

Sekundäre Fragestellungen. 38

Explorative Ergebnisse. 39

Diskriminanzanalyse. 39

Korrelationen mit Faktor 2. 42

Diskussion **43**

Limitationen und Ausblick *47*

Literaturverzeichnis **49**

Tabellenverzeichnis **54**

Abkürzungsverzeichnis **55**

Anhang **56**

Abstract (deutsch) *56*

Abstract (english) *57*

Einleitung

In der neuen International Classification of Diseases-11 (ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird ab 2017 nicht mehr von *Mental Retardation* gesprochen, sondern von *Disorders of Intellectual Development* (DID; Cooray et al., 2015). Die Messung erfolgt weiterhin über entsprechend genormte, standardisierte Einzeltestverfahren und Verfahren zur Erfassung des adaptiven Verhaltens. Beide Verfahren können nur von ExpertInnen durchgeführt werden und sind vor allem sehr kostspielig. Dies stellt ein großes Problem dar, da mehr als 80 % der Weltbevölkerung zu Ländern mit niedrigem Einkommen zählen (Cooray et al., 2015) und die Prävalenzrate einer intellektuellen Beeinträchtigung (IB) in armen Ländern um vieles höher ist (Weber, 1997). Daher haben diese Verfahren eine geringe klinische Nützlichkeit, was unzuverlässige Daten für die einzelne Person bedeutet und somit zu ungenauen Daten für die Gesamtheit führt. Aus diesem Grund ist die WHO auf der Suche nach einem einfachen und schnell anzuwendenden Verfahren zur adäquaten Schätzung der Intelligenz (Cooray et al., 2015).

Basierend auf diesen Informationen entwickelte die WHO die Glasgow Level of Ability and Development Scale (GLAD), eine aus fünf Fragen bestehende Skala, anhand derer das Entwicklungs- und Fähigkeitsniveau einer Person, durch Fremdbeurteilung erfasst werden soll (Cooray et al., 2015). Bevor genauer auf diese Skala und ihre Eignung eingegangen wird, folgt eine Erklärung des wichtigsten Begriffes, Intellektuelle Beeinträchtigung (IB) und der möglichen Ursachen, sowie Definitionen unterschiedlicher Klassifikationssysteme.

Definitionen von Intellektueller Beeinträchtigung

Zunächst folgen einige Definitionen des wichtigsten Begriffes, IB, ihre möglichen Ursachen und Prävalenz.

Definition nach DSM-5.

„Eine Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung) ist eine Störung, die während der frühen Entwicklungsphasen beginnt und die sowohl intellektuelle als auch adaptive Funktionsdefizite in konzeptuellen, sozialen und alltagspraktischen Bereichen umfasst“ (Falkai, Wittchen, Rief, Saß, & Zaudig, 2014, S. 43).Zur Diagnosestellung müssen drei Kriterien erfüllt sein. Defizite in intellektuellen Funktionen, sowie Defizite in der Anpassungsfähigkeit, müssen diagnostisch bestätigt sein. Zudem liegt der Beginn dieser

Defizite in der frühen Entwicklungsphase. Der Schweregrad der Beeinträchtigung lässt sich in vier Kategorien einteilen. Leicht, Mittel, Schwer und Extrem. Dabei basieren die verschiedenen Schweregrade nicht auf den IQ-Werten, sondern auf dem adaptiven Funktionsniveau (Falkai et al., 2014). Tabelle 1 zeigt eine kurze Beschreibung der Schweregrade der Beeinträchtigung.

Definition nach ICD-10.

In der *International Classification of Diseases* der World Health Organization (ICD-10, WHO) findet man IB im Kapitel F unter Intelligenzminderung. Dabei wird Intelligenzminderung als „ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fertigkeiten“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; DIMDI; 2015, S.322), definiert.

In der ICD-10 wird, anders als im DSM-5, der Schweregrad der Beeinträchtigung anhand standardisierter Intelligenztests festgestellt und kann durch Skalen zur Einschätzung der sozialen Anpassung erweitert werden. Die Beurteilung der Intelligenzminderung ist laut WHO durch diese Messmethoden ziemlich genau. Da sich intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung über die Zeit hinweg verändern können, sollte sich die Diagnose immer auf das gegenwärtige Niveau der Funktionen beziehen (DIMDI, 2015). Der Schweregrad der Intelligenzminderung lässt sich in vier bzw. sechs Kategorien einteilen. (F70) Leichte Intelligenzminderung, (F71) Mittelgradige Intelligenzminderung, (F72) Schwere Intelligenz-minderung und (F73) Schwerste Intelligenzminderung. Ist die Beurteilung besonders schwierig oder unmöglich bzw. zu wenige Informationen vorhanden, wird mit (F78) Andere Intelligenzminderung bzw. (F79) Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung codiert. Tabelle 2 zeigt die Klassifikation der Intelligenzminderung nach ICD-10 (DIMDI, 2015).

Soll das Ausmaß der Verhaltensstörung noch zusätzlich angegeben werden, werden diese Zusätze an vierter Stelle codiert (DIMDI, 2015).

.0 Keine oder geringfügige Verhaltensstörung

.1 Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert

.8 Sonstige Verhaltensstörung

.9 Ohne Angabe einer Verhaltensstörung (DIMDI, 2015, S. 322).

Tabelle 1. *Schweregrad der Intellektuellen Beeinträchtigung nach DSM-5* (nach Falkai et al., 2014, S. 44-45)

Schweregrad	*Kognitiver Bereich*	*Sozialer Bereich*	*Alltagspraktischer Bereich*
Leicht	Vorschulkinder: keine offensichtlichen kognitiven Funktionsstörungen möglich. Schulkinder haben Schwierigkeiten beim Erlernen schulischer Fertigkeiten. Unterstützung in einem oder mehreren Bereichen ist notwendig. Erwachsene: abstraktes Denken, exekutive Funktionen, Kurzzeitgedächtnis sowie funktionelle Verwendung von schulischen Fertigkeiten beeinträchtigt.	Unreifes Verhalten im Vergleich zu Gleichaltrigen. Konversation und Sprache sind konkreter und unreifer als für das Alter zu erwarten. Mögliche Schwierigkeiten bei der altersadäquaten Regulation von Emotionen und Verhalten. Begrenztes Verständnis von sozialen Gefahren. Unreifes soziales Urteilen; Person ist leicht beeinflussbar	Die Person kann altersgerecht für sich selbst sorgen, allerdings ist Unterstützung bei komplexen Aufgaben notwendig. Organisation von Freizeitaktivitäten bedarf einer Unterstützung. Arbeitstätigkeiten, welche keine komplexen kognitiven Fähigkeiten erfordern wird nachgegangen. Im Allgemeinen benötigt die Person Unterstützung, um gesundheitsbezogene und rechtliche Entscheidungen treffen und einen erlernten Beruf kompetent durchführen zu können.
Mittel	Kognitive Fähigkeiten deutlich hinter denen Gleichaltriger. Sprach- und vorschulische Fähigkeiten langsam entwickelt. Langsame, begrenzte Fortschritte der schulischen Fertigkeiten. Schulische Bildung üblicherweise auf elementarem Niveau. Unterstützung für die Anwendung schulischer Fertigkeiten bei der Arbeit und in der Freizeit erforderlich. Tägliche Hilfeleistungen sind	Deutliche Unterschiede im sozialen und kommunikativen Verhalten im Vergleich zu Gleichaltrigen. Gesprochene Sprache als vorrangiges Kommunikationsinstrument, aber weniger komplex ausgeprägt. Die Beziehungsfähigkeit ist vorhanden. Soziale Hinweisreize können nicht eindeutig wahrgenommen und interpretiert werden. Eingeschränktes soziales Urteilen und die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen.	Längere Anlernzeit um persönliche Bedürfnisse befriedigen zu können. Gedächtnishilfen notwendig. Bei Tätigkeiten, die nur begrenzte kognitive und kommunikative Fertigkeiten erfordern, kann die Person eigenständig arbeiten; ansonsten anhaltende Unterstützung notwendig, um soziale Erwartungen und komplexe Arbeitsaufgaben zu erfüllen. Zusätzliche Unterstützungen und Lernmöglichkeiten erforderlich für Gestaltung von Freizeitaktivitäten. Schlecht angepasstes Verhalten verursacht soziale

	unerlässlich.		Probleme.
Schwer	Der Erwerb kognitiver Fertigkeiten ist begrenzt. Im Allgemeinen hat die Person ein geringes Verständnis für die Schriftsprache oder für Konzepte, die Zahlen, Mengen, Zeit und Geld beinhalten. Eine lebenslange intensive Betreuung bezüglich Problemlösungen ist notwendig.	Gesprochene Sprache sehr begrenzt. Die Sprache kann aus einzelnen Wörtern und Sätzen bestehen und durch andere Formen der Kommunikation ergänzt werden. Einfache Sprache und nonverbale Kommunikation versteht die Person. Beziehungen zu Vertrauten Personen bilden eine Ressource.	Für alle Anforderungen des täglichen Lebens Unterstützung benötigt. Beaufsichtigung zu jeder Zeit notwendig. Sie kann keine verantwortungsvollen Entscheidungen treffen. Die Aneignung von Fertigkeiten in allen Bereichen beinhaltet lebenslanges Lernen und fortlaufende Unterstützung. Unangemessene Verhaltensweisen – einschließlich selbstverletzendem Verhalten – treten bei einer bedeutsamen Minderheit auf.
Extrem	Kognitive Fähigkeiten umfassen im Allgemeinen die physische Welt. Die Personen verwenden Objekte in zielgerichteter Weise zur Selbstfürsorge, Arbeit und Erholung. Bestimmte räumlich-visuelle Fertigkeiten können erworben werden. Jedoch können gleichzeitig vorhandene motorische und sensorische Beeinträchtigungen den funktionellen Gebrauch von Objekten behindern.	Eingeschränktes Verständnis für symbolische Kommunikation durch Sprache und Gesten. Einfache Instruktionen oder Gesten können verstanden werden. Wünsche und Bedürfnisse werden größtenteils nonverbal ausgedrückt. Beziehungen zu Vertrauten werden gepflegt und Begleitende sensorische und körperliche Beeinträchtigungen können soziale Aktivitäten einschränken.	Abhängigkeit von anderen bei allen Anforderungen des täglichen Lebens. Anhaltende intensive Betreuung kann zur Teilhabe an Arbeitstätigkeiten führen. Begleitende körperliche und sensorische Beeinträchtigungen behindern häufig die Teilhabe zu Hause oder an Erholungs- und Freizeitaktivitäten. Schlecht angepasstes Verhalten wird von einer bedeutsamen Minderheit gezeigt.

Tabelle 2. *Klassifikation der Intelligenzminderung nach ICD-10*; (nach Dilling, Mombour, Schmidt, & Schulte-Markwort, 1994, S. 171)

Kategorie	*Intelligenzminderung*	*IQ*	*mentales Alter (Jahre)*
F70	Leichte	50-69	9 bis < 12
F71	Mittelgradige	35-49	6 bis <9
F72	Schwere	20-34	3 bis <6
F73	schwerste	< 20	<3
F79	nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung		

Definition nach AAIDD.

Eine mehrdimensionale Klassifikation sieht die Definition der American Association on Intellectual and Developtmental Disabilities (AAIDD) vor. Sie basiert auf dem Konstrukt der Beeinträchtigung und betont ein Profil von Unterstützungen, abhängig vom Schweregrad der Störung, anstelle der Auflistung von Zusatzcodierungen (Falkai et al., 2014).

Laut der Definition der AAIDD ist IB charakterisiert durch signifikante Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionsfähigkeit und des adaptiven Verhaltens sowie dem Beginn vor dem 18. Lebensjahr. Die AAIDD schlägt außerdem fünf Zusatzannahmen vor, welche für die Diagnosestellung berücksichtigt werden müssen. Als erstes müssen Beeinträchtigungen im Kontext mit dem gesellschaftlichen Umfeld betrachtet werden, welches typisch für Gleichaltrige und die jeweilige Kultur ist. Zudem sollen sprachliche Diversität und kulturelle Unterschiede bezüglich Kommunikation, Bewegung und behavioralen Faktoren berücksichtigt werden. Es muss davon ausgegangen werden, dass neben den Schwächen einer Person immer auch Stärken bestehen und durch personalisierte Unterstützung über einen kontinuierlichen Zeitraum kann sich das Ausmaß der Lebensfunktionen einer Person mit IB verbessern (Schalock et al., 2010).

Theoretischer Hintergrund

Prävalenz.

Geht man lediglich von dem Kriterium eines IQ bis 70 aus, wären rein theoretisch 2.3% der Weltbevölkerung von IB betroffen. Wird der Standardmessfehler berücksichtigt wäre bei 2-5% der Personen der Bevölkerung ein solches Testergebnis zu erwarten. Allerdings müssen zusätzlich auch sozial-adaptive Fertigkeiten berücksichtigt werden, daher ist in der

Population eine Prävalenz von etwa 1% zu finden, welche alle Kriterien einer IB erfüllen (Falkai et al., 2014; Weber, 1997).

In unterentwickelten Ländern ist die Prävalenzrate um vieles höher (Weber, 1997). Mehr als 80 Prozent fallen dabei auf die leichteren Formen einer IB (McLaren & Bryson, 1987; zitiert nach Weber, 1997). Sowohl bei der leichten Form als auch bei der schweren Form wird IB bei Männern häufiger diagnostiziert, allerdings ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei den leichteren Formen deutlich größer (Faklai et al., 2014; Weber, 1997). Hinsichtlich der Verteilung zwischen den sozialen Schichten zeigt sich eine Gleichverteilung bei den schwereren Formen, leichtere Formen von IB treten allerdings häufiger in Familien mit niedrigem Einkommen auf und haben einen starken Zusammenhang mit Armut (Jacobson & Mulick, 1996).

Ursachen Intellektueller Beeinträchtigung.

Medizinische/genetische Aspekte.

Medizinisch gesehen ist IB keine Diagnose, es beschreibt bloß als Syndrom eine begrenzte kognitive Leistungsfähigkeit und eingeschränkte sozial-adaptive Fertigkeiten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Theunissen, Kulig, & Schirbort, 2007). Dabei ist eine Schädigung des Gehirns von zentraler Bedeutung (Speck, 2012; Theunissen et al., 2007).

Trotz stetig steigendem Wissen über die Ursachen einer IB bzw. die Faktoren, die sie bestimmen, bleiben immer noch bei 30 bis 40 Prozent der Fälle mit IB die Ursachen unbekannt (Liepmann, 1979; Weber, 1997). Faktoren, welche in der frühen embryonalen Zeit zu Störungen führen und nicht vererbt sind, kommen als häufigste Ursache vor, in etwa 30% der Fälle. Psycho-soziale Faktoren zu denen Unterernährung und auch soziale und kommunikative Deprivation zählen, machen in etwa 15 bis 20% der Fälle von IB aus. Prä- und perinatale Komplikationen sind für weitere ca. 10% verantwortlich. Fünf Prozent werden durch Erkrankungen in der frühen Kindheit repräsentiert, wie z. B. virale Erkrankungen, physische Traumata und Vergiftungen (Weber, 1997). Lediglich 5-7% der Fälle mit IB sind erbbedingt und meist durch Stoffwechseldefekte hervorgerufen (Weber, 1997).

In den meisten Fällen von IB kommt es zu einer Wechselbeziehung zwischen biologischen und umweltabhängigen Faktoren, weshalb vielfach komplexe Ursachengefüge für die Entstehung einer IB verantwortlich sind (Theunissen et al., 2007; Weber, 1997), manchen kommt allerdings eine größere Bedeutung zu (Theunissen et al., 2007). So kann

davon ausgegangen werden, dass die Bedeutung von biologischen Faktoren zunimmt, wenn der Schweregrad der Beeinträchtigung zunimmt (Weber, 1997). Neben Hinweisen aus der Vorgeschichte sind speziell klinische Befunde relevant, um die Ursache und Entstehung einer IB aufzuklären (Theunissen et al., 2007).

Die Ursachen werden nach ihrer Entstehungszeit eingeteilt, also vor, während und nach der Geburt. Dabei treten pränatale Ursachen am häufigsten auf. In der pränatalen Phase (vor der Geburt) können ungünstige Anlagefaktoren (z.B. Genmutationen, Chromosomenaberrationen) und/oder beeinträchtigende Umwelteinflüsse die Entwicklungsvorgänge stören. Komplikationen beim Geburtsvorgang können während der Geburt (perinatal) zu einer Sauerstoffminderversorgung oder Verletzung des Gehirns führen und bleibende Folgen hinterlassen (Neuhäuser & Steinhausen, 1999). Hierbei sind vor allem frühgeborene Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 1000g bei einer Schwangerschaftsdauer von weniger als 28 Wochen besonders gefährdet, aufgrund der wenig ausgebildeten Abwehrkräfte und der Unreife aller Organe. Postnatal (nach der Geburt) können Schäden, die das Gehirn betreffen und bleibende Schäden zur Folge haben, als Ursache gesehen werden. Wenn das Kind noch jünger ist, sind die entstehenden Folgen stärker. Neuhäuser und Steinhausen (1999) listen zusätzliche Störungen, wie zerebrale Anfälle, zerebrale Bewegungsstörungen, Perzeptionsstörungen und Demenz noch als eigene Kategorie auf (Neuhäuser & Steinhausen, 1999).

Für den einzelnen Menschen scheint die zugrunde liegende Ursache wenig relevant zu sein, da für fördernde und pädagogische Maßnahmen vorwiegend die vorliegenden Funktionsstörungen von Bedeutung sind. Die Diagnose ist allerdings bedeutsam, um die Entwicklungsfortschritte vorhersagen zu können und aufgrund der möglichen genetischen Implikationen können dadurch spezielle therapeutische Maßnahmen an das vorliegende Störungsbild individuell angepasst werden (Neuhäuser, 2007).

Soziale Aspekte.

Es gibt auch einige soziale Faktoren, welche für die Entstehung einer IB verantwortlich sind (Luckasson et al., 2002). Dazu gehören nicht nur ungünstige familiäre Umgebungsfaktoren, Sozialisationseinflüsse, soziale Benachteiligung, Armut und institutionelle Hospitalisierung. Bedeutend ist auch der soziale Drang der Allgemeinbevölkerung jede Person mit einem Stigma zu belegen, sie zu kennzeichnen und zu bewerten, was starke Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen haben kann (Speck, 2012). Goffman (2010) bringt in seiner Stigmatheorie solch einen Ansatz zur Erfassung sozialer Zuschreibungsmechanismen hervor. Er beschreibt darin, dass es durch eine Abweichung von der gesellschaftlichen Norm zu einer Ausgrenzung kommt (Goffman, 2010). In der theoretischen Weiterentwicklung des Normalisierungsprinzips von Wolfensberger (1986) kommt es zu ähnlichen Überlegungen.

Entwicklung und Verlauf.

Eine IB beginnt in der frühen Entwicklungsphase, allerdings variiert das Alter des Erstauftretens. Beginn und Verlauf sind abhängig von der Ursache und dem Schweregrad der Hirnfunktionsstörung, dies gilt auch für die Art des Störungsbeginns. Kinder mit einer leichten IB können innerhalb der ersten zwei Lebensjahre unauffällig sein und somit nicht erkannt werden, erst wenn Schwierigkeiten beim Lernen auftreten (Falkai et al., 2014). Um eine Diagnose stellen zu können, müssen gegenwärtig alle Kriterien einer IB erfüllt sein. Wurde die Beeinträchtigung durch ein genetisch bedingtes Syndrom hervorgerufen, kann zusätzlich ein charakteristisches physisches Erscheinungsbild auftreten, als Beispiel kann hier das Down-Syndrom angeführt werden. Einige Syndrome werden auch mit spezifischen Verhaltensweisen verbunden, die charakteristisch für besondere genetische Störungen (z.B. Lesch-Nyhan-Syndrom) sind. Nach einer Erkrankung während der Entwicklungsphase, wie beispielsweise einer Gehirnverletzung, kann eine IB auch abrupt beginnen, dies ist dann eine erworbene Form (Falkai et al., 2014).

Allgemein gesehen verändert sich die Beeinträchtigung nicht. Doch bei bestimmten genetischen Störungen wechseln sich Verschlechterung und Besserung der Funktions-fähigkeiten ab, wie es beispielsweise im Falle des Rett-Syndroms ist. Bei anderen Formen kommt es wiederum zu einer stetigen Verschlechterung (z.B. Sanfilippo-Syndrom). Allerdings kann der Verlauf der Beeinträchtigung beeinflusst werden. Die Anpassungsfähigkeit kann durch andauernde Interventionen verbessert werden, was das Funktionsniveau in einigen

Fällen signifikant verbessern kann. Dies kann dazu führen, dass die Diagnose einer IB nicht mehr gegeben ist, weshalb die Diagnosestellung bei Kleinkindern so lange hinausgezögert wird, bis geeignete Fördermaßnahmen unternommen wurden (Falkai et al., 2014).

Komorbidität.

Bei einer IB treten komorbide Beeinträchtigungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung teilweise drei- bis viermal so häufig auf. Es können psychische, entwicklungsbezogene, medizinische und körperliche Beeinträchtigungen auftreten. Dabei kann eine vorhandene IB die Prognose und das Erscheinungsbild anderer zusätzlicher Beeinträchtigungen beeinflussen. Diagnoseverfahren müssen dazu angepasst werden. Zusätzlich sind Informationen von Bezugspersonen besonders wichtig (Falkai et al., 2014).

Kriterien einer Intellektuellen Beeinträchtigung.

Es folgt eine kurze Beschreibung der beiden wichtigsten Kriterien zur Diagnosestellung einer IB.

Intelligenz.

Intelligenz beinhaltet alle Prozesse über welche eine Person Wissen über die Umwelt erwerben kann. Dies umfasst das gesamte Spektrum der kognitiven Funktionen von der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung hin zum Gedächtnis, dem schlussfolgernden Denken, Problemlösen und den exekutiven Funktionen. Vereinfacht könnte Intelligenz als das definiert werden, was Intelligenztests messen (Theunissen et al., 2007).

Einige Autoren forderten eine Erweiterung des Konzepts auf andere Entwicklungs-aspekte. So legte Gardner (1991) eine Theorie der multiplen Intelligenzen vor und ging dabei von mindestens sieben unterschiedlichen Intelligenzen aus. In der Praxis konnten sich diese Ansätze allerdings nicht durchsetzen (Torff & Gardner, 2000).

Intelligenztests zur Erfassung von IB gibt es seit ca. 100 Jahren, seit der Entwicklung des Binet Intelligenztests. Dieser diente dazu, Kinder mit IB aus dem Schul- und Berufsbereich auszusondern (Weber, 1997). Vorwiegend angewandte Verfahren zur Erfassung von IB sind die Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC; Melchers & Preuß, 1994) und der Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE; von Aster, Neubauer, & Horn, 2006). Der WIE ist ein Individualtest mit dem die kognitiven Fähigkeiten von Personen

im Alter von 16 bis 89 Jahren, anhand von 14 Untertests festgestellt werden können (von Aster et al., 20006).

Viele Jahre wurde lediglich ein „cut-off“ Wert im Intelligenzquotienten (IQ) als Kriterium für eine IB verwendet. Anfangs wurden minus zwei Standardabweichungen (*SD*) vom durchschnittlichen IQ als Grenze definiert. Kurze Zeit, von 1959-1973, galt ein Kind in den USA bereits ab einer SD unterhalb des Durchschnitts-IQ als intellektuell beeinträchtigt, also ab einem IQ < 85 (Heber, 1959; zitiert nach Weber, 1997), was zu einem extremen Anstieg der Anzahl von Personen mit IB führte. Seit 1973 besteht wieder die Grenze von minus zwei SD vom durchschnittlichen IQ (Grossman, 1973).

Die Abweichung vom IQ als einziges Kriterium zur Bestimmung von IB ist allerdings problematisch, weswegen in der 1983 revidierten Version der American Association on Mental Retardation (AAMR) zum ersten Mal gefordert wurde, dass zusätzlich beträchtliche Abweichungen im sozial-adaptiven Verhalten vorliegen müssen (Grossman, 1983).

Nachdem die intellektuellen Entwicklungsfortschritte eines Kindes von einer stimulierenden und unterstützenden Umgebung abhängig sind und der Entwicklungsstand ein wesentliches Kriterium der Klassifikation darstellt, könnte man übertrieben behaupten, dass in manchen Grenzfällen die Klassifikation von der Förderung des Kindes abhängt (Wygotskij, 1964; zitiert nach Theunissen et al., 2007).

Sozial-adaptives Verhalten.

Als zweites bedeutsames Kriterium zur Erfassung von IB wurde sozial-adaptives Verhalten hinzugefügt. Zu diesen Kompetenzen gehören Fähigkeiten von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen zur Bewältigung von Alltagsaufgaben in verschiedenen Bereichen wie z.B. der Kommunikation, Selbstbestimmung, soziale Fähigkeiten, Selbstversorgung, Gesundheit und Sicherheit sowie der Freizeitgestaltung und Arbeit als auch schulische Fertigkeiten (Holtz, 1994). Diese Fähigkeiten sind von der Entwicklung abhängig (Theunissen et al., 2007), sowie kultur- und situationsabhängig (Harrison, 1990). Die sozial-adaptiven Kompetenzen sind bereichsspezifisch, gliedern sich also in so genannte Teilkompetenzen und beinhalten die Annahme, dass ein Individuum in einem Bereich Stärken und beträchtliche Schwächen in anderen Bereichen haben kann (Theunissen et al., 2007).

Besonders bedeutsam für die Lebensqualität von Menschen mit IB sind die sozialen Fähigkeiten, um positive Beziehungen zu Mitmenschen gestalten zu können. Sie können in

sozial-kognitive Prozesse und Kompetenzen zur emotionalen Selbstregulierung eingeteilt werden und entwickeln sich später bzw. teilweise unvollständig bei Kindern mit Lernbeeinträchtigung oder IB. Diese Einschränkungen der sozialen Fähigkeiten erschweren die Beteiligung an Freizeitaktivitäten und am Unterricht, was wiederum die Möglichkeiten reduziert, sich soziale Kompetenzen anzueignen. Dies ist besonders von Bedeutung, wenn der soziale Kontakt vorwiegend auf Menschen mit Beeinträchtigungen beschränkt ist (Sarimski, 2005).

Sozial-adaptive Fertigkeiten sind neben der Erstellung einer Diagnose von IB auch wichtig für die Erstellung individueller Förderpläne und dienen hierbei der Überprüfung, ob bestimmte Maßnahmen Verhaltensänderungen erzielen können (Weber, 1997).

Häufig angewandte Verfahren zur Erfassung von sozial-adaptivem Verhalten sind die Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS; Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984), und die Adaptive Behavior Scale – Residential and Communitiy: 2nd Edition (ABS-RC:2; Nihira, Leland, & Lambert, 1993). Mittels ABS-RC:2 wird das adaptive bzw. maladaptive Verhalten von Personen mit IB, anhand von 115 Items, die in zwei Skalen geteilt sind, erfasst. Teil 1 behandelt die persönliche Unabhängigkeit und Teil 2 beschäftigt sich mit dem sozialen Verhalten der Person. Diese Verfahren beruhen alle auf Fremdbeurteilungen der Eltern, Erziehungsberechtigten oder professionellen HelferInnen (PädagogInnen, etc.), wobei diese die betroffene Person sehr gut kennen müssen (Weber, 1997).

Als Diagnosekriterium wird kein „cut-off“ Wert, bezogen auf den Prozentrang einer gesamten Skala, verwendet (Theunissen et al., 2007). Hingegen muss in mindestens zwei Bereichen eine wesentliche Beeinträchtigung vorliegen (Weber, 1997). Hinsichtlich der Objektivität ist die Bewertung durch Dritte äußerst problematisch, da nicht der objektive Grad der Beeinträchtigung selbst erfasst wird, sondern nur die persönlichen Erwartungen der BeurteilerInnen widergespiegelt werden. Auch hinsichtlich Reliabilität und Validität gibt es bei diesen Verfahren Probleme (Sarimski & Steinhausen, 2007).

Korrelationen zwischen IQ-Werten und sozial-adaptivem Verhalten.

In der Forschung gibt es bereits zahlreiche Studien zu den Zusammenhängen zwischen Intelligenztests und Verfahren zur Erfassung von sozial-adaptivem Verhalten. Hierbei wurden vor allem der Kaufman Brief Intelligence Test (K-BIT; Kaufman & Kaufman, 1990) und die VABS (Sparrow et al., 1984) miteinander korreliert. Dabei wurden signifikante Ergebnisse

zwischen allen Subtests und Gesamtwerten gefunden (Dykens & Cohen, 1996; Hayes, 2005; Hayes & Farnill, 2003). Die Höhe der Korrelationen ist allerdings besonders unterschiedlich in den verschiedenen Studien und reicht von .49 (Dykens & Cohen, 1996) bis zu .78 (Hayes, 2005), jedoch sind es meist mittelmäßige Korrelationen (Platt, Kamphaus, Cole, & Smith, 1991). Berücksichtigt man das Alter als Kontrollvariable, zeigen sich dieselben Ergebnisse (Hayes, 2005). Bei männlichen Jugendlichen sind die Korrelationskoeffizienten allerdings generell niedriger als bei Erwachsenen. Hier zeigt sich, dass eine Kategorisierung der Jugendlichen unter 18 Jahren schwierig ist, da ein Wert von <70 in dem einen Test nicht bedeutet, dass in dem anderen Test zwingend ähnlich niedrige Werte resultieren müssen (Hayes, 2005).

Ebenso gibt es in der Forschung signifikante Korrelationen zwischen der VABS und anderen Intelligenztests, wie z.B. der Stanford-Binet Intelligence Scale – Fourth Edition (SB-IV; Thorndike, Hagen, & Sattler, 1986) (Carpentiere & Morgan, 1996; Liss et al., 2001). Zwischen den Werten der Adaptive Behavior Scale (Nihira, Foster, Shellas, & Leland, 1974) und der K-ABC (Melchers & Preuß, 1994) konnten ebenfalls hohe Korrelationen (r = .72) gefunden werden, weshalb es für sinnvoll erachtet wurde, den IQ-Wert von Personen mit schwerer Beeinträchtigung über Skalen des sozial-adaptiven Verhaltens zu messen (Moss, Hogg, & Horne, 1992; zitiert nach Weber, 1997).

Relevanz.

Im Zuge der Änderung des Begriffes Mental Retardation auf Disorders of Intellectual Development (DID) in der neuen ICD-11 der WHO, wird ein neues geeignetes und einfaches Verfahren zur Einschätzung der Intelligenz gesucht (Cooray et al., 2015).

Die derzeit verwendeten Verfahren können ausschließlich von nur wenig vorhandenen ExpertInnen durchgeführt werden, und sind besonders kostspielig. Da allerdings bereits 70% der Geldausgaben der WHO schon anderen Bereichen zugewiesen sind, wird ein möglichst günstiges und einfach anwendbares Kurzscreening benötigt (Cooray et al., 2015).

Dabei soll vor allem auf die klinische Nützlichkeit dieses Verfahrens geachtet werden. Darunter versteht sich der Nutzen in der Kommunikation mit den Menschen, ob bestimmte Charakteristika zur Erfüllung in der klinischen Praxis gegeben sind, z. B. Genauigkeit der Beschreibung, Einfachheit der Anwendung und Durchführbarkeit, sowie die Nützlichkeit bei

der Auswahl von Interventionen bzw. klinischen Fallentscheidungen. Die GLAD soll ein solches Verfahren darstellen. Da es noch keine publizierten Belege für die Eignung dieses Verfahrens gibt und Personen mit IB größtenteils unerforscht, unerkannt und daher häufig unterversorgt sind, ist es notwendig ein geeignetes Verfahren zur Intelligenzschätzung für die gesamte Bevölkerung zu finden (Cooray et al., 2015).

Fragestellung / Hypothesen

Aus den Informationen der Literatur ergibt sich als Ziel dieser Studie, die Eignung der Glasgow Level of Ability and Development Scale zu überprüfen.
Daher ergeben sich die folgenden Fragestellungen.

Primäre Fragestellungen

I. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem WIE-Gesamtwert und dem Gesamtwert der GLAD

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem WIE-Gesamtwert und dem Gesamtwert der GLAD

II. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem WIE-Gesamtwert und dem Gesamtwert der ABS-RC:2?

    II.1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem WIE-Gesamtwert und dem Gesamtwert der ABS-RC:2 Teil 1

    H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem WIE-Gesamtwert und dem Gesamtwert der ABS-RC:2 Teil 1

    II.2: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem WIE-Gesamtwert und dem Gesamtwert der ABS-RC:2 Teil 2

    H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem WIE-Gesamtwert und dem Gesamtwert der ABS-RC:2 Teil 2

III. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem GLAD-Gesamtwert und dem Gesamtwert der ABS-RC:2?

    III.1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem GLAD-Gesamtwert und dem Gesamtwert der ABS-RC:2 Teil 1

    H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem GLAD-Gesamtwert und dem Gesamtwert der ABS-RC:2 Teil 1

III.2: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem GLAD-Gesamtwert und dem Gesamtwert der ABS-RC:2 Teil 2

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem GLAD-Gesamtwert und dem Gesamtwert der ABS-RC:2 Teil 2

IV. Gibt es einen Zusammenhang zwischen einzelnen Bereichen der ABS-RC:2 und einzelnen Fragen der GLAD?

IV.1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Bereich I. Selbständigkeit und der Frage 1 der GLAD (Wie viel Unterstützung benötigt die Person beim Essen und Trinken?)

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Bereich I. Selbständigkeit und der Frage 1 der GLAD (Wie viel Unterstützung benötigt die Person beim Essen und Trinken?)

IV.2: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Bereich I. Selbständigkeit und der Frage 2 der GLAD (Wie viel Unterstützung benötigt die Person bei der Intimpflege z. B. Baden, Sich Ankleiden?)

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Bereich I. Selbständigkeit und der Frage 2 der GLAD (Wie viel Unterstützung benötigt die Person bei der Intimpflege z.B. Baden, Sich Ankleiden?)

IV.3: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Bereich IV. Sprachentwicklung und der Frage 4 der GLAD (Wie viel Unterstützung benötigt die Person zur Kommunikation?)

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Bereich IV. Sprachentwicklung und der Frage 4 der GLAD (Wie viel Unterstützung benötigt die Person zur Kommunikation?)

IV.4: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Bereich X. Verantwortung und der Frage 3 der GLAD (Wie viel Unterstützung benötigt die Person hinsichtlich persönlicher Sicherheit?)

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Bereich X. Verantwortung und der Frage 3 der GLAD (Wie viel Unterstützung benötigt die Person hinsichtlich persönlicher Sicherheit?)

IV.5: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Bereich IX. Selbstbestimmung / Autonomie und der Frage 5 der GLAD (Wie viel Unterstützung benötigt die Person wenn es um Entscheidungsfindung geht?)

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Bereich IX. Selbstbestimmung / Autonomie und der Frage 5 der GLAD (Wie viel Unterstützung benötigt die Person wenn es um Entscheidungsfindung geht?)

Sekundäre Fragestellungen

Speziell um die klinische Nützlichkeit zu betrachten, ergeben sich folgende Sekundärhypothesen.

V. Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Antworten der wahrgenommenen Klinischen Nützlichkeit der GLAD und dem Qualifikationsniveau der BetreuerInnen?

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den Antworten der wahrgenommenen Klinischen Nützlichkeit der GLAD und dem Qualifikationsniveau der BetreuerInnen

VI. Gibt es einen Unterschied zwischen der Bewertung der Faktoren 1 (Nützlichkeit) und 3 (Benutzerfreundlichkeit)?

H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen der Bewertung der Faktoren 1 (Nützlichkeit) und 3 (Benutzerfreundlichkeit)

Methode

Studiendesign

Die Daten zu dieser Querschnittsstudie wurden in Wohn- und Arbeitseinrichtungen für Menschen mit IB erhoben. Die EinrichtungsleiterInnen wurden von der Testleiterin telefonisch oder per E-Mail kontaktiert und über den Hintergrund der Studie und die genaue Vorgehensweise aufgeklärt. Die KlientInnen wurden durch ihre EinrichtungsleiterInnen informiert und konnten freiwillig entscheiden, ob sie Interesse an der Teilnahme an der Studie hätten.

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe umfasst 40 Personen aus vier verschiedenen Haupteinrichtungen, welche sich auf insgesamt sieben Teileinrichtungen aufteilen lassen. Davon waren zwei Werkstätten und zwei größere Hauptwohneinrichtungen, in denen bis zu 20 KlientInnen zusammen wohnen.

Zusätzlich gab es noch drei Wohngemeinschaften als Zweigstelle dieser großen Wohneinrichtungen in denen drei bis vier Personen leben. Eine Einrichtung hatte die Teilnahme von vornherein abgelehnt. Es gab keine Ausschlusskriterien, auch nicht den Schweregrad der Beeinträchtigung, da die Studie ein größtmögliches Spektrum umfassen sollte. 17 (42.5%) TeilnehmerInnen sind weiblich und 23 (57.5%) sind männlich. Alle TeilnehmerInnen sind über 18 Jahre alt. Hinsichtlich des Alters reichte die Spannweite in der Gesamtstichprobe von 20 bis 77 Jahren. Das Alter der weiblichen Teilnehmerinnen lag im Durchschnitt bei 52.12 Jahren mit einer Standardabweichung (*SD*) von 14.51 und bei den männlichen Teilnehmern bei 49.96 Jahren mit *SD* = 13.65. Einige TeilnehmerInnen hatten neben einer IB noch weitere Beeinträchtigungen. Insgesamt hatten 29 Personen (72.5%) eine zusätzliche Beeinträchtigung, dabei fiel auf, dass Frauen (76.5%) häufiger betroffen waren als Männer (69.6%). Die häufigste Zusatzbeeinträchtigung war eine Brille (n = 9; 22.5%), gefolgt von gehörlos (n = 4; 10%), wobei alle vier gehörlosen Personen weiblich waren. Weitere Zusatzbeeinträchtigungen waren unter anderen ein Hörgerät (n = 3; 7.5%) sowie Problemen bei der Feinmotorik, wie zum Beispiel einen Stift halten (n = 3; 7.5%). Elf (27.5%) TeilnehmerInnen hatten keine zusätzliche Beeinträchtigung. Eine genaue Auflistung der Art der Beeinträchtigung und ihrer Verteilung auf das Geschlecht zeigt Tabelle 3.

Zusätzlich wurde je ein/e BetreuerIn pro Testperson befragt. Hierbei war es wichtig, dass die BetreuerInnen die Testperson mindestens seit zwei Jahren kannten. Insgesamt waren es 17 BetreuerInnen, davon 13 weiblich und vier männlich. Die BetreuerInnen konnten in drei Gruppen bezüglich ihres Qualifikationsniveaus eingeteilt werden, welche in Tabelle 4 dargestellt werden. Fachspezifisch sind jene BetreuerInnen zugeordnet, welche eine Ausbildung mit dem Schwerpunkt auf Arbeit mit Menschen mit IB haben. Dazu gehören FachsozialbetreuerIn für Behindertenarbeit, Dipl. BehindertenpädagogIn, sowie Behinderten-begleiterIn. Zum Sozialbereich zählen Personen mit einer Ausbildung zum/r SozialpädagogIn, FachsozialbetreuerIn für Altenarbeit, PädagogIn und KindergartenpädagogInnen. Zum fachfremden Bereich zählt hier der Beruf Koch.

Tabelle 3. *Verteilung der Art der Beeinträchtigung auf das Geschlecht*

Art der Beeinträchtigung	weiblich		männlich		gesamt	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
Brille	5	29,4	4	17,4	9	22,5
Hörgerät	-	-	3	13,0	3	7,5
Rollator	-	-	1	4,3	1	2,5
gehörlos	4	23,5	-	-	4	10,0
Probleme bei der Feinmotorik (Stift halten)	-	-	3	13,0	3	7,5
Sprache tlw. schwer verständlich	-	-	1	4,3	1	2,5
Brille + Hörgerät	-	-	1	4,3	1	2,5
Brille + Rollator	2	11,8	-	-	2	5,0
Brille + Sprache tlw. schwer verständlich	-	-	1	4,3	1	2,5
Hörgerät + Sprache tlw. schwer verständlich	-	-	1	4,3	1	2,5
Hörgerät + Rollator	1	5,9	-	-	1	2,5
Rollstuhl + Probleme bei der Feinmotorik + Sprache tlw. schwer verständlich	1	5,9	1	4,3	2	5,0
Keine zusätzliche Beeinträchtigung	4	23,5	7	30,4	11	27,5

Tabelle 4. *Übersicht der Qualifikation der BetreuerInnen*

	Häufigkeit	Geschlecht	
		männlich	weiblich
fachspezifisch	8	2	6
sozialbereich	8	1	7
fachfremd	1	1	-

Beschreibung der Messinstrumente

Anschließend werden die für diese Studie verwendeten Verfahren hinsichtlich Aufbau, Durchführungsdauer und Gütekriterien beschrieben.

Glasgow Level of Ability and Development Scale (GLAD).

Die GLAD ist eine kurze Skala, welche die Fähigkeiten und das Entwicklungsniveau einer Person abfragt. Sie wurde entwickelt, um die Diagnose des Schweregrades einer IB zu vereinfachen. Die Skala besteht aus fünf Fragen, welche sich auf den Unterstützungsbedarf beziehen und kann in weniger als fünf Minuten von Personen, die den/die PatientIn gut kennen durchgeführt und ausgewertet werden. Die Fragen sind in eine fünfstufige Skala eingeteilt anhand derer der/die PsychiaterIn / KrankenpflegerIn / PsychologIn / BetreuerIn das Fähigkeits- und Entwicklungsniveau ihrer PatientInnen bewerten kann. Eins bedeutet, dass der / die PatientIn völlig unabhängig ist und fünf bedeutet völlige Abhängigkeit von anderen Personen. Daher sind hier niedrige Werte anzustreben (Cooray et al., 2015).

Zusätzlich gibt es noch 11 Fragen mit denen die klinische Nützlichkeit der GLAD-Skala bei der Diagnostik von IB erhoben wird. Für diese Studie wurden die Fragen 9 *Wie klar waren die Diagnostik-Richtlinien, dies im Sinne einer Hilfe für Sie, dass Sie die passendste Schlussfolgerung hinsichtlich der Diagnose gezogen haben?* und 10 *Wie sehr würden Ihnen die Diagnostik-Richtlinien in Zusammenhang mit klinischen Fallentscheidungen bezogen auf die begutachtete Person helfen?* nicht mit einbezogen, da die entsprechenden Diagnostik-Richtlinien nicht zur Verfügung standen. So wurde lediglich mit neun Fragen bezüglich der wahrgenommenen klinischen Nützlichkeit gearbeitet. Hinsichtlich der Validität zeigt sich eine gute Korrelation zwischen der GLAD und der VABS (r = .812; Cooray et al., 2015).

Die GLAD Skala war nur in englischer Version erhältlich und musste zuvor noch von zwei unabhängigen ForscherInnen ins Deutsche übersetzt werden.

Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE; von Aster et al., 2006).

Der WIE stellt eine Intelligenztestbatterie dar, welche als Individualtest zur Feststellung der kognitiven Fähigkeiten von Erwachsenen im Alter von 16 bis 89 Jahren eingesetzt wird. Der Test besteht aus insgesamt 14 Untertests mit denen unterschiedliche Aspekte der Intelligenz erfasst werden sollen (von Aster et al., 2006).

Die Durchführungsdauer des Tests ist abhängig von der Anzahl der vorgegebenen Subtests und vom Verhalten der Testperson (von Aster et al., 2006).

Jeweils sieben Untertests werden dem Verbal- oder Handlungsteil zugeordnet. Zum Verbalteil zählen die Untertests Wortschatz-Test (WT), Gemeinsamkeitenfinden (GF), Rechnerisches Denken (RD), Zahlennachsprechen (ZN), Allgemeines Wissen (AW), Allgemeines Verständnis (AV) und Buchstaben-Zahlen-Folgen (BZF). Zum Handlungsteil zählen die Untertests Bilderergänzen (BE), Zahlen-Symbol-Test (ZST), Mosaik-Test (MT), Matrizen-Test (MAT), Bilderordnern (BO), Symbolsuche (SS) und Figurenlegen (FL). Anschließend können drei verschiedene IQ-Werte berechnet werden, der Verbal-IQ, der Handlungs-IQ und der Gesamt-IQ. Zusätzlich können noch vier verschiedene Indexwerte berechnet werden, das sprachliche Verständnis, die Wahrnehmungsorganisation, das Arbeitsgedächtnis so wie die Arbeitsgeschwindigkeit (von Aster et al., 2006).

Zum Sprachverständnis werden der WT, GF sowie AW gezählt. Wahrnehmungsorganisation beinhaltet den Untertest BE, MT und den MAT. Das Arbeitsgedächtnis wird mit den Untertests RD, ZN und BZF gebildet. Die Arbeitsgeschwindigkeit berechnet sich aus den Ergebnissen der Untertests ZST und SS. Die Reihenfolge der Untertestvorgabe ist genau festgelegt. Begonnen wird mit dem Untertest BE, wobei der Testperson Bilder von Gegenständen oder Alltagssituationen gezeigt werden, auf denen ein wesentliches Detail fehlt, dies gilt es zu identifizieren. Insgesamt besteht dieser Subtest aus 25 Bildern, wobei ein Abbruch des Tests nach fünf falschen oder nicht gelösten Bildern in Folge erfolgt. Als nächstes folgt der WT. Hier muss der / die TeilnehmerIn Wörter von Karteikarten möglichst genau erklären. Die Wörter werden bildlich präsentiert, aber auch mündlich vorgegeben. Hierbei gibt es insgesamt 33 Wörter die es zu erklären gilt, wobei ein Abbruch nach sechs falschen oder nicht gelösten Wörtern in Folge erfolgt. Der dritte Untertest ist der ZST. Bei diesem Test ist den Ziffern eins bis neun jeweils ein abstraktes Symbol zugeordnet. Aufgabe der Testperson ist es, bei einer Serie von durcheinandergemischten Ziffern das jeweilige Symbol darunter in ein leeres Feld einzufügen. Dafür sind 120 Sekunden vorgesehen und es sollen so viele wie möglich bearbeitet werden. Anschließend folgt der Untertest GF. Bei dieser Aufgabe werden der Testperson bis zu 19 Wortpaare vorgegeben und sie muss angeben, welche Gemeinsamkeiten diese beiden Begriffe haben. Ein Abbruch des Tests erfolgt nach vier falschen oder nicht gelösten Aufgaben hintereinander. Der fünfte Subtest ist der MT. Hierbei

muss der / die ProbandIn mit Hilfe von Würfeln mit unterschiedlichen Rot-Weiß-Zeichnungen ein vorgegebenes Muster innerhalb einer gewissen Zeit nachbauen. Anfangs werden die Muster von dem Testleiter / der Testleiterin vorgebaut, bei späteren Aufgaben werden die Muster nur noch als Zeichnung vorgelegt. Bis zu 14 Aufgaben können bearbeitet werden, allerdings gibt es auch hier ein Abbruchkriterium nach vier aufeinander folgenden falsch oder nicht gelösten Aufgaben. Als nächstes folgt der Untertest RD, bei welchem die Testperson eine Serie von Rechenaufgaben innerhalb einer Zeitgrenze im Kopf lösen und anschließend mündlich beantworten muss. Hierbei gibt es 20 Aufgaben und ein Abbruch der Tests erfolgt nach vier falschen oder nicht gelösten Aufgaben in Folge. Als nächstes folgt der MAT mit 26 Aufgaben. Der Testperson wird eine unvollständige Serie von geometrischen Mustern vorgelegt und anhand von fünf Auswahlmöglichkeiten soll diese Serie vervollständigt werden. Nach vier falschen oder nicht gelösten Aufgaben hintereinander erfolgt der Abbruch des Tests. Der achte Untertest ist ZN. Den TeilnehmerInnen wird eine Serie von unterschiedlich langen Ziffernfolgen vorgesprochen, welche in richtiger Reihenfolge wiedergegeben werden sollen. Bei Zahlennachsprechen vorwärts müssen die Ziffernfolgen in derselben Reihenfolge wiedergegeben werden, hierbei gibt es zwei mal acht Serien. Bei Zahlennachsprechen rückwärts erfolgt die Wiedergabe in entgegengesetzter Reihenfolge mit zwei mal sieben Serien. Ein Abbruch des Tests erfolgt jeweils, wenn beide Versuche einer Aufgabe falsch oder nicht gelöst werden (von Aster et al., 2006). Dieser Untertest musste gelegentlich an die Testperson angepasst werden. Der nächste Untertest AW besteht aus 28 Aufgaben in denen der / die ProbandIn mündlich gestellte Wissensfragen beantworten muss. Mit diesen Fragen wird geprüft, ob die Testperson bestimmte Ereignisse, Sachverhalte, Orte oder berühmte Persönlichkeiten kennt. Nach sechs aufeinander folgenden falsch oder nicht gelösten Aufgaben erfolgt ein Abbruch. Beim nächsten Subtest BO werden der Testperson Bilderserien in falscher Reihenfolge vorgelegt, die es in die richtige Reihenfolge zu ordnen gilt, damit eine kurze sinnvolle Geschichte oder ein Handlungsablauf wiedergegeben wird. Dafür gibt es eine Zeitgrenze und ein Abbruch erfolgt nach vier Null-Punkt-Lösungen hintereinander. Der Subtest AV stellt 18 Fragen, mit deren Beantwortung gezeigt werden soll, ob die Testperson Probleme des Alltags lösen kann und soziale Regeln und Konzepte versteht. Nach vier falschen oder nicht gelösten Aufgaben erfolgt der Abbruch. Die letzten drei Untertests müssen nicht zwingend durchgeführt werden, können jedoch ersatzweise zur Berechnung von IQ-Werten verwendet werden,

wenn ein anderer Subtest nicht eingesetzt oder gewertet werden kann. Für diese Studie wurden die Untertests SS und FL durchgeführt. Bei SS wird der Testperson eine Serie von abstrakten Formen gezeigt. Pro Aufgabe werden zwei solcher Formen dargeboten und es soll verglichen werden, ob eine dieser beiden Formen bei einer Auswahl von fünf abstrakten Formen ebenfalls vorkommt. Diese Aufgaben gilt es innerhalb von 120 Sekunden mit *JA* oder *NEIN* zu beantworten. Dies kann als zusätzlicher Test verwendet werden, wenn der ZST nicht eingesetzt oder gewertet werden kann. Der Subtest BZF wurde für diese Studie nicht durchgeführt. Der letzte Untertest FL stellt eine Art Puzzle dar. Die einzelnen Teile werden nach einer festgelegten Vorlage vorgelegt und die Testperson muss diese innerhalb eines Zeitrahmens zu einer sinnvollen Figur zusammensetzen. Hier gibt es kein Abbruchkriterium, alle fünf Aufgaben müssen vorgegeben werden. Dieser Test kann als zusätzlicher Untertest anstelle von jedem anderen Untertest durchgeführt werden (von Aster et al., 2006). Hohe Werte in den einzelnen Subtests sprechen für eine hohe kognitive Leistungsfähigkeit. Betrachtet man die Gütekriterien des Wechsler Intelligenztests für Erwachsene, so ist eine gute bis exzellente Split-Half-Reliabilität für die einzelnen Untertests zu vermerken. Lediglich die Subtests ZN (.78), BO (.70) und FL (.73) weisen eine noch akzeptable Reliabilität auf (von Aster et al., 2006).

Die Reliabilitäten der IQ-Werte liegen zwischen .94 (Handlungs-IQ) und .97 (Gesamt-IQ) und die der Indexwerte zwischen .91 (Arbeitsgeschwindigkeit) und .95 (sprachliches Verständnis) (von Aster et al., 2006).

Das Gütekriterium der Objektivität ist weitgehend erfüllt. Hohe Durchführungs- und Auswertungsobjektivität kann durch die standardisierten Instruktionen und Auswertungs-anweisungen angenommen werden (Jacobs & Petermann, 2007; Molz, Schulze, Schroeders, & Wilhelm, 2010). Im Manual wird genau angegeben, wie mit Nachfragen umzugehen ist (Molz et al., 2010). Bei einzelnen Untertests, wie dem AV, AW, GF und WT kann es zu Problemen, aufgrund zu großzügiger Punktevergabe bei scheinbar qualitativ gleichwertigen, aber nicht angeführten Antworten, kommen (Jacobs & Petermann, 2007), wodurch bei diesen Untertests die Auswertungsobjektivität nicht hundertprozentig gegeben ist (Molz et al., 2010). Hinsichtlich der Kriteriumsvalidität lassen sich teils hochsignifikante Unterschiede berichten (von Aster et al., 2006). Da die Ergebnisse stark vom Alter abhängen, wurde die Normstichprobe in Altersgruppen aufgeteilt. Von 1999 bis 2005 wurde die Normierung durchgeführt (Molz et al., 2010; von Aster et al., 2006), daher ist diese schon etwas veraltet.

Beim WIE können die Störanfälligkeit und die Verfälschbarkeit als kaum bestehend betrachtet werden, lediglich ein Faking-Bad ist möglich (Molz et al., 2010).

Adaptive Behavior Scale-Residential and Community: Second Edition (ABS-RC:2; Nihira et al., 1993).

Die ABS-RC:2 ist eine Skala welche anhand von 115 Items das adaptive Verhalten von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung erfasst, also wie sie mit den natürlichen und sozialen Anforderungen ihrer Umwelt zurechtkommen. Diese Skala ist in zwei Teile geteilt. Teil 1 behandelt die persönliche Unabhängigkeit und soll eine Abschätzung darüber geben, welche Bewältigungsstrategien die Person bezüglich persönlicher Abhängigkeit und alltäglicher Verantwortung besitzt. In Teil 1 gibt es 11 Verhaltensbereiche (dargestellt mit römischen Ziffern) und 21 untergeordnete Bereiche (dargestellt mit Großbuchstaben): I. Selbständigkeit mit den Unterbereichen A. Essen, B. Gebrauch der Toilette, C. Sauberkeit, D. Äußeres Erscheinungsbild, E. Kleidungspflege, F. An- und Entkleiden, G. Mobilität und H. Andere selbständige Fertigkeiten. II. Körperliche Entwicklung mit A. Sensorische Entwicklung (beobachtbare Fähigkeiten) und B. Motorische Entwicklung. III. Wirtschaftliche Aktivität mit A. Umgang mit Geld und Budget und B. Fertigkeiten beim Einkaufen. IV. Sprachentwicklung mit den Unterbereichen A. Ausdruck, B. Verbales Verständnis und C. Soziale Sprachentwicklung. Bereich V. Zahlen und Zeit sowie VI. Aktivität im Haushalt mit A. Reinigung, B. Küche und C. Andere häusliche Pflichten. VII. Vor- /Berufliche Beschäftigung und Bereich VIII. Selbststeuerung mit den Unterbereichen A. Initiative, B. Ausdauer und C. Freizeit. Bereich X. Verantwortung und XI. Sozialisation (Nihira et al., 1993). Bereich IX. Selbstbestimmung / Autonomie wurde in der deutschen Version als zusätzlicher Bereich eingeführt. Hohe Werte in Teil 1 bedeuten große Selbständigkeit und Verantwortung. Teil 2 beschäftigt sich mit dem sozialen Verhalten und ist in acht Bereiche eingeteilt: XII. Sozialverhalten, XIII. Konformität, XIV. Vertrauenswürdigkeit, XV. Stereotypes und Hyperaktives Verhalten, XVI. Sexualverhalten, XVII. Selbstschädigendes Verhalten, XVIII. Soziales Engagement und XIV. Störendes Zwischenmenschliches Verhalten. Bei der Bewertung der Fähigkeiten gibt es drei verschiedene Muster. In Teil 1 muss entweder der höchste Wert eingekreist werden oder einzelne Items mit *JA* oder *NEIN* beantwortet werden. In Teil 2 kann ein Verhalten von 0-2 bewertet werden, wobei null *nie* bedeutet, eins *gelegentlich* und zwei *häufig*. Die Punkte werden für jeden Verhaltensbereich

zusammengezählt und es lassen sich fünf Faktorenwerte berechnen. Faktor A ist die Persönliche Selbständigkeit, Faktor B die Soziale Selbständigkeit und Faktor C die Persönlich-Soziale Verantwortung. Aus Teil 2 lassen sich die Faktoren D Sozial-adaptives Verhalten und Faktor E Persönlich-adaptives Verhalten berechnen. In Teil 2 sind eher niedrige Werte anzustreben, da hier maladaptives Verhalten erfragt wird. Zu den Summenwerten der Verhaltensbereiche, sowie der Faktoren von Teil 1, gibt es Altersäquivalente und zu allen Werten der einzelnen Bereiche und Faktoren gibt es eine Beurteilung von *sehr schwach* bis *sehr überragend* (Nihira et al., 1993).

Betrachtet man die Gütekriterien der ABS-RC:2 zeigt sich eine mittelmäßige bis hohe Innere Konsistenz. Die Reliabilitäten von den Bereichen und Faktoren in Teil 1 sind bis auf einen Wert (Vor- /Berufliche Beschäftigung α=.82) sehr hoch. Die anderen Werte liegen im Durchschnitt aller Altersgruppen zwischen .90 und .99. In Teil 2 liegen die Reliabilitäten zwischen .81 und .97, also auch gut bis exzellent. Bezüglich der Validität zeigen sich in Teil 1 mittlere Trennschärfen und alle sind über .30. In Teil 2 zeigen sich ebenfalls im Durchschnitt mittlere Trennschärfen, lediglich wenn man die einzelnen Altersgruppen betrachtet, zeigen sich bei *Selbstschädigendes Verhalten* in der Gruppe 40-49 Jahre und in der Gruppe 60+ bei *Vertrauenswürdigkeit* und beim Faktor *Persönlich-adaptives Verhalten* Trennschärfen von unter .30. Für die Kriteriumsvalidität wurde der ABS-RC:2 mit der VABS und dem Adaptive Behavior Inventory (ABI) in Zusammenhang gesetzt. Dabei äußert sich, dass die Bereiche und Faktoren von Teil 1 viel höher mit VABS und ABI korrelieren als die Bereiche und Faktoren von Teil 2. Werte aus Teil 1 korrelieren mittelmäßig mit den Kriteriumsmaßen, Werte aus Teil 2 hingegen beschreiben nur einen kleinen bis gar keinen Zusammenhang mit den Kriteriumsmaßen. Grund dafür könnte sein, dass die Werte von der VABS und dem ABI adaptives Verhalten zeigen, sowie auch die Werte der ABS-RC:2 in Teil 1, die Werte in Teil 2 hingegen zeigen maladaptives Verhalten. Auch bei der Interkorrelations-Matrix der ABS-RC:2 Werte zeigt sich, dass adaptives Verhalten gut mit anderem adaptiven Verhalten korreliert, allerdings nicht stark mit maladaptivem Verhalten (Nihira et al., 1993). Durch genau vorgegebene Instruktion und Auswertungsanweisungen kann von Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ausgegangen werden. Die Ergebnisse sind sehr altersabhängig, daher wurde die Normstichprobe in Altersgruppen eingeteilt (Nihira et al., 1993). Da der Test aus dem Jahr 1993 stammt und keine neuere Version vorliegt ist zu bedenken zu geben, dass die Normstichprobe schon sehr veraltet ist.

Durchführung der Untersuchung

Die Erhebung der Daten wurde im Rahmen einer Individualtestung an den ProbandInnen zwischen Dezember 2015 und Mai 2016 in den verschiedenen Einrichtungen in einem Büro oder freistehendem Raum durchgeführt. Der WIE und der SCIL (ein Zusatzfragebogen, der für eine Studie in Holland erfasst wurde; für diese Studie unrelevant) wurden an den TestteilnehmerInnen direkt angewandt und die Durchführung dauerte jeweils in etwa 60-90 Minuten für beide Verfahren zusammen. Vor Beginn der Erhebung fand ein kurzes Informationsgespräch über die Studie und deren Teilnahme, besonders in Bezug auf Freiwilligkeit und Anonymität, mit TesteilnehmerIn und BetreuerIn statt. Um eine angenehme Kontaktaufnahme für den späteren Testverlauf zu gewährleisten, wurde mit der Erhebung der demografischen Daten begonnen, wobei manchen Testpersonen nicht alle Informationen diesbezüglich bekannt waren und so mussten nach der Testung BetreuerInnen darüber befragt werden. Als erstes Verfahren wurde der WIE in seiner festgelegten Reihenfolge vorgegeben. Manche Untertests wurden etwas an die Situation angepasst. Zum Beispiel wurde bei gehörlosen Personen, oder Personen welche Schwierigkeiten bei der Aussprache hatten, der Untertest Zahlennachsprechen etwas abgeändert und so wurden den TeilnehmerInnen die Zahlenfolgen aufgeschrieben, kurz gezeigt und auch vorgelesen und anschließend mussten die Probanden die gezeigte Zahlenfolge aus dem Gedächtnis aufschreiben. Dies ändert insofern nichts an der Gültigkeit dieses Untertests, da es hierbei nicht darum geht, die Zahlen aussprechen zu können, sondern sich diese Zahlenfolgen merken und wiedergeben zu können. Gelegentlich wurden auch Pausen eingelegt, wenn der / die TestteilnehmerIn dies wollte, oder die Testleiterin merkte, dass die Konzentration der Probanden schlechter wurde. Während der Testdurchführung mit den TestteilnehmerInnen füllte der / die BetreuerIn in einem anderen Raum die ABS-RC:2 nach ausführlicher Erklärung der Instruktion selber aus, mit der Anmerkung sich bei möglichen Fragen oder Unklarheiten später an die Testleiterin zu wenden. Die Dauer der Durchführung dieses Verfahrens fiel sehr unterschiedlich aus und lag zwischen 20 und 50 Minuten. Zum Schluss wurde die GLAD Scale mit der jeweiligen Betreuerin / dem Betreuer in etwa fünf Minuten durchgeführt.

Um eine möglichst hohe Durchführungsobjektivität gewährleisten zu können, wurden die Instruktionen bei dem diagnostischen Verfahren zur Erhebung von kognitiven Fähigkeiten genau eingehalten.

Ethische Überlegungen

Die Teilnahme an der der Studie beruhte für alle Personen auf Freiwilligkeit und darüber wurden auch alle TeilnehmerInnen informiert. Der Informed Consent wurde sowohl von den KlientInnen als auch den BetreuerInnen mündlich eingeholt. Für die TeilnehmerInnen kam es zu keinem Schaden, da nur routinemäßige klinische Daten erhoben wurden. Auch die Zeit, die die Testungen in Anspruch nahmen, lag mit 60-90 Minuten bei Personen mit Beeinträchtigung im zumutbaren Bereich. Vor allem konnten bei sinkender Konzentration oder Motivation Pausen eingelegt werden. Ein freundliches und respektvolles Umfeld wurde geschaffen. Personen mit IB, die an der Studie teilnahmen, erhielten die Erlaubnis der EinrichtungsleiterInnen.

Schwierigkeiten bei der Diagnostik

Bei der Diagnostik von Personen mit IB sind mögliche auftretende Schwierigkeiten bereits im Vorfeld zu beachten. Eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit der Probanden (z.B. vermindertes Sprachverständnis, verminderter sprachlicher Ausdruck, Dysarthrie oder ein individueller Jargon) kann die Explorationsdauer deutlich verlängern. Zudem kann es durch fehlende Einsicht zu einer unzureichenden Kooperationsbereitschaft kommen (Schmidt & Maier, 2014; Seidel, 2007).

Hinsichtlich der Informationsgewinnung kann es ebenfalls zu Problemen kommen. Die Befragung der Person mit IB ist oft nur begrenzt möglich, aufgrund der oben erwähnten Einschränkungen. Auch bei der Verhaltensbeobachtung sind solche Probleme zu berücksichtigen, da sie womöglich vom Setting abhängig ist und daher verfälscht werden kann (Seidel, 2007). Manche Verhaltensauffälligkeiten treten nur in einem bestimmten Milieu (z.B. Wohngruppe) auf, in einer anderen Umgebung (z.B. Arbeitsplatz) sind diese Auffälligkeiten allerdings deutlich geringer oder überhaupt nicht zu beobachten (Schmidt & Maier, 2014). Auch die Informationsgewinnung von Bezugspersonen ist nicht unproblematisch, da es meistens zu einem professionellen oder individuellen Bias kommt (Seidel, 2007; Zimbardo, 1995).

Statistische Analyse

Die gesamte statistische Auswertung erfolgte mittels der Software SPSS 24.

Vor der statistischen Auswertung wuden die einzelnen Tests anhand der Vorgabe in den Manualen ausgewertet. Anstelle eines Rohwertes von Null bei fehlenden Werten des WIE, aufgrund der Nicht-Testbarkeit der Person, wurden Mittelwerte der anderen Subtests der jeweiligen Person eingesetzt. In SPSS gibt es die Voreinstellung fehlende Werte eines Items durch Mittelwerte der gesamten Stichprobe bezüglich dieses Items zu ersetzen. Allerdings ist ein Mittelwert über die Werte der jeweiligen Person für diese Studie sinnvoller, da vordergründig die Leistungsfähigkeit der Person erfasst werden soll.

Um einen besseren Überblick über die Stichprobe zu bekommen wurden einige deskriptiv-statistische Methoden durchgeführt. Für die kategorialen Variablen Geschlecht, zusätzliche Beeinträchtigung, Art der zusätzlichen Beeinträchtigung und Qualifikationsniveau der BetreuerInnen wurden die absoluten Häufigkeiten und der Modalwert angegeben, sowie zur besseren Übersichtlichkeit grafisch dargestellt. Mittels Mittelwert, Standardabweichung und Histogramm (inkl. Normalverteilungskurve) wurden die metrischen Daten wie Alter und alle Testgesamtwerte beschrieben.

Zur Abklärung, ob die Items der GLAD zu Skalen zusammengefasst werden können, wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Anschließend wurden die Itemtrennschärfe, die Itemschwierigkeit sowie die Itemvarianz für die einzelnen Faktoren und Items berechnet, wobei Items mit einer Trennschärfe <.20 aussortiert werden sollten. Ebenso Items deren Ausschluss die Reliabilität erhöhen würde. Allerdings waren alle Werte über diesen Grenzwerten. Lediglich Faktor 2 Diagnose stellte sich als problematisch dar und wurde deshalb bei der weiteren Berechnung der Hypothese 6 ausgeschlossen.

Die Pearson-Korrelation wird verwendet, um das Maß des linearen Zusammenhangs zwischen zwei Variablen zu berechnen, weshalb diese für die statistische Analyse der Hypothesen 1-4 herangezogen wurde. Die Voraussetzungen für die Anwendung dieses Verfahrens sind laut Bortz und Döring (2006) ein metrisches Skalenniveau beider Variablen, Normalverteilung (NV), keine Ausreißer, sowie ein linearer Zusammenhang. Mittels grafischer Darstellung und Kolmogorov-Smirnov-Test wurde die NV überprüft. Ein Streudiagramm lieferte Auskunft über Ausreißer und die Linearität des Zusammenhangs. Lediglich die Variable ABS_Teil1 erfüllte alle diese Voraussetzungen, aus diesem Grund

wurde auf die nicht-parametrische Variante, der Spearman-Rangkorrelation, zurückgegriffen.

Für die Fragen 6-16 der GLAD bezüglich der klinischen Nützlichkeit wurden deskriptiv statistische Methoden angewandt. So wurden die absoluten Häufigkeiten der einzelnen Antworten angeführt und grafisch dargestellt. Um zu sehen, ob Skalen für die Fragen gebildet werden können, wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt.

Für die Zusammenhangshypothesen bezüglich der wahrgenommenen klinischen Nützlichkeit der GLAD und dem Qualifikationsniveau der BetreuerInnen wurden ebenfalls Korrelationen gerechnet. Da auch hier die Voraussetzungen für eine Pearson-Korrelation nicht gegeben waren, wurde eine Spearman-Rangkorrelation gerechnet. Der t-Test dient dazu, Mittelwerte zweier Stichproben miteinander zu vergleichen (Bortz & Döring, 2006) und wurde daher für die statistische Analyse der Hypothese 6 herangezogen. Da allerdings nur eine Stichprobe vorliegt und jeweils von einer Person zwei Mittelwerte verglichen werden möchten, wurde ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Hierbei sind die beiden Mittelwerte wie Messwiederholungen zu verstehen.

Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt sollen sowohl die Ergebnisse der deskriptiven- als auch der inferenz-statistischen Analyse berichtet werden. Vor Beginn der statistischen Auswertung mussten allerdings die diagnostischen Verfahren und Fragebögen entsprechend der standardisierten Vorgaben der Manuale ausgewertet werden. Bei den beiden Verfahren WIE und ABS-RC:2 wurden neben den Rohwerten auch Normwerte angegeben, um die Vergleichbarkeit, je nach Normierung, unabhängig vom Alter und Geschlecht zu gewährleisten. Die GLAD-Skala konnte nur in Rohwertpunkten ausgegeben werden. Anhand dieser ließ sich allerdings eine Einteilung des Beeinträchtigungsniveaus vornehmen in die Kategorien: *borderline, leicht, mittelgradig, schwer* und *schwerst*. Dieselbe Einteilung konnte beim WIE durchgeführt werden.

GLAD Scale zur Erfassung von IB

Nach Bestätigung der Stichprobeneigung für eine Faktorenanalyse (KMO = .697) wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit den fünf Items der GLAD und eine Varimax-Rotation gerechnet. Es ergab sich bei Betrachtung aller Kriterien zur Bestimmung der Faktorenzahl eine Ein-Komponentenlösung. Das Kaiser-Kriterium zeigte, dass lediglich eine Komponente einen Eigenwert größer als 1 besitzt und die erste Komponente erklärt 48.74% der Varianz und die zweite nur noch 19.15%. Auch der Screeplot spricht für einen Faktor.

Tabelle 5 bildet die Itemschwierigkeiten und Itemvarianzen der Items der GLAD-Skala ab. Die Itemvarianzen waren alle ausreichend groß und die Itemschwierigkeiten lagen eher im niedrigen Bereich, was bedeutet, dass sie eher nicht befürwortet wurden. Vor allem Item 1 *Wie viel Unterstützung benötigt die Person beim Essen und Trinken?* wies mit $p_m = 12$ eine sehr starke Itemschwierigkeit auf. In diesem Fall ist auch die Itemvarianz mit $\sigma^2 = .615$ am niedrigsten. Die Reliabilitätsanalyse ergab ein Cronbach`s Alpha von .731, was akzeptabel ist. Tabelle 5 zeigt auch, dass kein Ausschluss eines Items notwendig war, da sich das Cronbach`s α dadurch nicht erhöhen würde. Für die Itremtrennschärfen wurde ein Grenzwert von $r_{it} = .20$ festgesetzt, welcher ebenso im Manual der ABS-RC:2 verwendet wurde. Dabei lagen alle Itemtrennschärfen über diesem Grenzwert im mittleren Bereich.

Primäre Fragestellungen.

In den Fragestellungen 1 bis 4 sollen zunächst einmal die Zusammenhänge zwischen den Gesamtergebnissen der einzelnen Verfahren untersucht werden. Die Berechnungen wurden, wie bereits erwähnt, mittels Spearman-Rangkorrelation durchgeführt. Tabelle 6 zeigt eine genaue Darstellung der Ergebnisse der Korrelationen.

Fragestellung 1 sollte den Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des WIE mit dem Gesamtwert der GLAD überprüfen. Hierbei zeigt sich ein signifikant negativer Zusammenhang ($r = -.476$, $p = .002$). Der Zusammenhang ist negativ, da beim WIE hohe Werte günstig sind und bei der GLAD eher niedrigere Werte angestrebt werden sollen. Das bedeutet in diesem Fall, je höher die Werte im WIE sind, desto niedriger sind die Werte bei der GLAD.

Tabelle 5. *Itemkennwerte und Reliabilitätsanalyse der GLAD Scale*

	Itemschwierig-keit	Item-varianz	Item-trennschärfe	Cronbach`s Alpha wenn Item entfernt
Wie viel Unterstützung benötigt die Person beim Essen und Trinken?	12	.615	.608	.631
Wie viel Unterstützung benötigt die Person bei der Intimpflege? z.B. Baden, sich ankleiden	32	1.128	.518	.651
Wie viel Unterstützung benötigt die Person hinsichtlich persönlicher Sicherheit?	40.8	.856	.548	.641
Wie viel Unterstützung benötigt die Person zur Kommunikation?	34.5	1.189	.335	.731
Wie viel Unterstützung benötigt die Person wenn es um Entscheidungsfindung geht?	28.3	1.010	.426	.689

Fragestellung 2 beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der WIE und dem Wert der ABS-RC:2. Hinsichtlich der Korrelation mit Teil 1 der ABS-RC:2 zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang (r = .342, p = .031). Ein nicht-signifikantes Ergebnis zeigte sich bei der Korrelation mit Teil 2 (r = -.298, p = .062).

In Fragestellung 3 wird der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der GLAD und dem Wert der ABS-RC:2 untersucht. Auch hier konnte ein signifikanter Zusammenhang mit Teil 1 (r = -.692, p = .000) und ein nicht-signifikanter mit Teil 2 (r = .200, p = .216) aufgezeigt werden. Die Korrelation mit Teil 1 ist auch in diesem Fall wieder negativ, da die GLAD eher niedrige Werte anstrebt und die ABS-RC:2 Teil 1 eher hohe.

Die Korrelationen der Fragestellung 4 befassen sich mit dem Zusammenhang zwischen einzelnen Bereichen der ABS-RC:2 und den Fragen der GLAD. Sie sind allesamt signifikant negativ.

Klinische Nützlichkeit GLAD

Um die neun Zusatzfragen zur klinischen Nützlichkeit der GLAD besser zu strukturieren wurde eine Hauptkomponentenanylse mit allen neun Items und einer Varimax-Rotation gerechnet.

In einer ersten Analyse zeigte sich, dass drei Komponenten einen Eigenwert größer als 1 aufwiesen (Kaiser-Kriterium). Ebenso der Screeplot sprach für eine Drei-Komponentenlösung. Die Betrachtung der erklärten Varianz könnte jedoch nur zu einer Zwei-Komponentenlösung führen: Die erste Komponente erklärte 36.55%, die zweite 26.77% und die dritte nur noch 11.28%. Die vierte Komponente lag noch knapp über 7%, die restlichen fünf allerdings bereits unter sechs. Die ersten beiden Komponenten würden zusammen bereits 63.32% der Varianz erklären, was ausreichend wäre, allerdings sind auch inhaltlich drei Komponenten sinnvoller.

Tabelle 6. *Korrelationen Fragestellungen 1-4*

	r	*p*
WIE Gesamt und GLAD Gesamt	-.476	.002*
WIE Gesamt und ABS-RC:2 Teil 1	.342	.031*
WIE Gesamt und ABS-RC:2 Teil2	-.298	.062
GLAD Gesamt und ABS-RC:2 Teil 1	-.692	.000*
GLAD Gesamt und ABS-RC:2 Teil 2	.200	.216
Bereich Selbständigkeit und Frage 1 GLAD	-.592	.000*
Bereich Selbständigkeit und Frage 2 GLAD	-.718	.000*
Bereich Sprachentwicklung und Frage 4 GLAD	-.674	.000*
Bereich Verantwortung und Frage 3 GLAD	-.337	.033*
Bereich Selbstbestimmung / Autonomie und Frage 5 GLAD	-.545	.000*

* $p < .05$

In Tabelle 7 werden die Faktorladungen nach der Varimax-Rotation dargestellt. Inhaltlich betrachtet ergeben sich eine erste Komponente *Nützlichkeit* (4 Items), eine zweite *Diagnose* (3 Items) und eine dritte *Benutzerfreundlichkeit* (2 Items). Kein Item musste entfernt werden, da keines auf allen drei Komponenten unter .20 lädt.

Tabelle 7. *Faktorladungen der Zusatzfragen der GLAD nach der Varimax-Rotation*

	Nützlichkeit	*Diagnose*	*Benutzerfreundlichkeit*
Einfachheit der Anwendung beurteilen	.084	-.204	.883
Exaktheit der Beschreibung der Person beurteilen	.261	-.099	.868
Alle Informationen enthalten, um eine Diagnose begründen zu können?	.819	.238	.114
Hilft die Skala den Zustand der Person zu verstehen?	.846	.258	.069
Würde die Skala in der Kommunikation bezüglich des Zustands der Person helfen?	.911	.088	.113
Beeinträchtigungsniveau bewerten	.182	.741	-.154
Schweregrad der Symptome bewerten	.012	.825	-.016
Ist das Ergebnis das passendste Diagnostikergebnis bezüglich IB?	.837	-.241	.146
Wie stigmatisierend ist die Diagnosekennzeichnung?	.064	.770	-.187

Bei Betrachtung der Häufigkeiten der jeweiligen Antworten der wahrgenommenen klinischen Nützlichkeit der GLAD in Tabelle 8 zeigt sich, dass vor allem die mittleren Antwortmöglichkeiten ausgewählt wurden. Auf die beiden mittleren Antwortmöglichkeiten der jeweiligen Fragen fielen 80 bis 92,5% der Antworten. Lediglich die Fragen *Hilft die Skala den Zustand der Person zu verstehen?*, *Würde die Skala in der Kommunikation bezüglich des Zustands der Person helfen?* und *Ist das Ergebnis das passendste Diagnostikergebnis hinsichtlich IB?* zeigen einen Trend zur eher schlechteren Bewertung. Wie in Tabelle 6 zu sehen ist, laden diese drei Fragen alle auf demselben Faktor am höchsten, der Nützlichkeit. Das bedeutet, dass der Faktor 1 Nützlichkeit von den BetreuerInnen schlechter bewertet wurde, als die Faktoren 2 Diagnose und 3 Benutzerfreundlichkeit.

Tabelle 8. *Häufigkeiten der Antworten der GLAD – Klinische Nützlichkeit*

		Häufigkeiten in %
Einfachheit der Anwendung bewerten	überhaupt nicht einfach anzuwenden	5.0
	einigermaßen einfach anzuwenden	45.0
	recht einfach anzuwenden	45.0
	extrem einfach anzuwenden	5.0
Exaktheit der Beschreibung bewerten	überhaupt nicht genau	5.0
	einigermaßen genau	55.0
	recht genau	37.5
	extrem genau	2.5
Alle Informationen enthalten, um eine Diagnose begründen zu können?	überhaupt nicht	10.0
	enthält einige Informationen	62.5
	enthält viele Informationen	22.5
	enthält alle Informationen	5.0
Hilft die Skala den Zustand der Person zu verstehen	überhaupt nicht	32.5*
	einigermaßen	55.0
	recht viel	12.5
	extrem	0
Würde die Skala in der Kommunikation bezüglich des Zustands der Person helfen?	überhaupt nicht	27.5*
	einigermaßen	55.0
	recht viel	17.5
	extrem viel	0
Beeinträchtigungsniveau der begutachteten Person bewerten	keine Beeinträchtigung	0
	minimale Beeinträchtigung	15.0
	mittelmäßige Beeinträchtigung	75.0
	schwere Beeinträchtigung	10.0
	völlige Beeinträchtigung	0
Schweregrad der Symptome bewerten	Keine Symptome	2.5
	Geringe Symptome	27.5
	Mittelmäßige Symptome	57.5
	Schwere Symptome	12.5
	Extrem schwere Symptome	0

Ist das Ergebnis das passendste Diagnostikergebnis bezüglich IB?	überhaupt nicht überzeugt	20.0*
	etwas überzeugt	65.0
	recht überzeugt	15.0
	extrem überzeugt	0
Wie stigmatisierend ist die Diagnose-Kennzeichnung?	Überhaupt nicht stigmatisierend	10.0
	Leicht stigmatisierend	55.0
	Mäßig stigmatisierend	25.0
	Extrem stigmatisierend	10.0

Anmerkung. Mit * gekennzeichnete Werte sind Werte, die die Tendenz zur Mitte nicht abbilden

In Tabelle 9 werden die Itemschwierigkeiten und Itemvarianzen abgebildet. Das gesamte Cronbach`s α für alle neun Items liegt mit .711 im akzeptablen Bereich. Da die Faktorenanalyse drei Skalen ergab und diese etwas Unterschiedliches erfassen, wurde die Reliabilitätsanalyse jeweils für die einzelnen Skalen durchgeführt.

Die Itemkennwerte von Faktor 1 Nützlichkeit waren alle ausreichend groß und mit einem Cronbach`s α von .888 stehen die Items dieser Skala in einer guten Beziehung zueinander. Lediglich bei der Itemvarianz zeigten sich keine Werte über .50. Jedoch würde ein Ausschluss eines Items das Cronbach`s α nicht erhöhen. Die Reliabilitätsanalyse von Faktor 2 Diagnose erwies sich als etwas problematisch. Wie Tabelle 9 zu entnehmen ist, erzielten alle Itemtrennschärfen Werte über dem Grenzwert von .20 und auch für die Itemschwierigkeit errechneten sich mittlere Schwierigkeiten. Allerdings zeigten die Itemvarianzen eher niedrige Werte auf, vor allem das Item 6 (Beeinträchtigungsniveau bewerten) der wahrgenommenen klinischen Nützlichkeit lag mit $\sigma^2 = .254$ im niedrigen Bereich. Zudem lag die interne Konsistenz mit einem Cronbach`s α von .696 in einem fragwürdigen Bereich. Da der Faktor 2 Diagnose auch inhaltlich nicht besonders gut zu den anderen beiden Faktoren passte, wurde dieser für die Berechnung von Hypothese 6 ausgeschlossen. Die Itemkennwerte von Faktor 3 Benutzerfreundlichkeit lagen alle durchwegs in einem mittleren Bereich und auch das Cronbach`s α wies mit .772 einen akzeptablen Wert auf.

Tabelle 9. *Itemkennwerte und Reliabilitätsanalyse der GLAD (Klinische Nützlichkeit)*

	Itemschwierig-keit	Item-varianz	Item-trennschärfe	Cronbach`s Alpha wenn Item entfernt
Faktor 1 Nützlichkeit (α = .888)				
Ist das Ergebnis das passendste Diagnostikergebnis bezüglich IB?	31.67	.356	.737	.883
Alle Informationen enthalten, um eine Diagnose begründen zu können?	41	.487	.613	.865
Hilft die Skala den Zustand der Person zu verstehen?	26.67	.421	.735	.852
Würde die Skala in der Kommunikation bezüglich des Zustands der Person helfen?	30	.451	.843	.822
Faktor 2 Diagnose (α = .696)				
Beeinträchtigungsniveau bewerten	48.75	.254	.532	.621
Schweregrad der Symptome bewerten	45	.472	.550	.554
Wie stigmatisierend ist die Diagnosekennzeichnung?	45	.644	.511	.636
Faktor 3 Benutzerfreundlichkeit (α = .772)				
Einfachheit der Anwendung bewerten	50	.462	.631	-
Exaktheit der Beschreibung der Person bewerten	46	.394	.631	-

Sekundäre Fragestellungen.

In Fragestellung 5 wurde der Zusammenhang zwischen dem Qualifikationsniveau der BetreuerInnen und den Antworten der wahrgenommenen klinischen Nützlichkeit der GLAD untersucht. Dabei zeigte sich, dass das Qualifikationsniveau der BetreuerInnen in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Antworten von Faktor 1 stehen (r = -.021, p = .896).

Die Korrelation mit Faktor 2 Diagnose und 3 Benutzerfreundlichkeit ergaben jedoch signifikante Ergebnisse. Der Zusammenhang zwischen dem Qualifikationsniveau und Faktor 2 ist negativ (r = -.589, p = .000). Dies liegt daran, dass die Items von Faktor 2 umgekehrt

gepolt waren. Das Ergebnis würde bedeuten, dass je höher bzw. spezifischer das Qualifikationsniveau der BetreuerInnen ist, desto stärker beeinträchtigt bzw. stigmatisiert wurden die KlientInnen beurteilt.

Bei Betrachtung der Korrelation mit Faktor 3 zeigte sich ein mittelmäßiger signifikanter Zusammenhang (r = .448, p = .004). Das bedeutet eine fachspezifischere Ausbildung führte zu einer schlechteren Bewertung der Benutzerfreundlichkeit.

Fragestellung 6 beschäftigte sich mit möglichen Unterschieden in der Bewertung der Faktoren 1 und 3. Was anhand der Darstellung der Häufigkeiten der Antworten bereits erkennbar war, konnte auch mittels t-Test für verbundene Stichproben bestätigt werden. In Faktor 1 wurden niedrigere Werte (M = 1.97, SD = .57) als in Faktor 3 (M = 2.44, SD = .59) beobachtet. Dieser Unterschied konnte als signifikant nachgewiesen werden (t(39) = -4.217, p = .000, d = -.67).

Explorative Ergebnisse.

Diskriminanzanalyse.

Zusätzlich von großem Interesse für diese Studie war, zu sehen, ob das Modell des Fragebogens die Daten gut voraussagen und zwischen den Fällen diskriminieren kann. Dafür wurde explorativ eine Diskriminanzanalyse durchgeführt und ergründet, welchen Einfluss die anderen Verfahren auf die Einteilung des Beeinträchtigungs-niveaus bei der GLAD haben. Die Diskriminanzanalyse ist im Vergleich zur Regressionsanalyse vor allem bei ordinal- bzw. nominalskalierten Daten anwendbar (Brosius, 1998).

In Tabelle 10 werden die Maßzahlen zur Überprüfung der Modellgüte dargestellt. Der Eigenwert von Funktion 1 ist hoch, das heißt, dass die Streuung zwischen den Gruppen im Vergleich zur Streuung innerhalb der Gruppen groß ist, was einen angestrebten Zustand bei der Diskriminanzanalyse darstellt. Ebenso sind die Varianz und der kanonische Korrelationskoeffizient in Funktion 1 hoch. Der kanonische Korrelationskoeffizient gibt den Anteil der Streuung zwischen den einzelnen Gruppen an der gesamten Streuung an (Brosius, 1998) und ist in Funktion 1 mit .758 schon recht gut, da der Erklärungsgehalt von Funktion 1 schon nahe an 1 ist.

Wilks‘ Lambda bezieht sich nicht direkt auf die einzelnen Funktionen, sondern auf Kombinationen der in diesem Fall drei Funktionen. Es kennzeichnet den Anteil der Streuung innerhalb der Gruppen an der gesamten Streuung und soll eher klein sein, da Werte nahe bei

1 bedeuten würden, dass sich die einzelnen Gruppen untereinander kaum unterscheiden würden, bei kleinen Werten können die Gruppen allerdings gut voneinander unterschieden werden (Brosius, 1998). Die vierte Spalte gibt hier das Wilks Lambda an, wenn alle drei Funktionen miteinbezogen werden und es zeigt sich mit .331 ein eher niedriger Wert. Funktion 2+3 haben schon einen höheren Wert und Funktion 3 alleine hat bereits einen Wert von 1. Alle diese Maßzahlen zeigen, dass die zweite und vor allem die dritte Funktion nur mehr einen sehr geringen Erklärungsanteil besitzen. Daher wurde für weitere Berechnungen die Funktion 3 aus dem Modell entfernt. Hierbei zeigt sich, dass die dritte Funktion keinen Einfluss auf das Ergebnis der Diskriminanzanalyse hat. In beiden Fällen werden 77.5% der Personen richtig klassifiziert.

Tabelle 10. *Maßzahlen zur Überprüfung der Modellgüte*

	Funktion1	*Funktion2*	*Funktion3*	*Funktion1-3*	*Funktion2+3*	*Funktion3*
Eigenwert	1.353	.283	.000			
Varianz %	82.7	17.3	.0			
Kanon. Korrelation	.758	.470	.005			
Wilk's Lambda				.331	.780	1.000

Weitere Werte wie die standardisierten Koeffizienten zeigen, dass vor allem die ABS einen hohen Einfluss auf das Modell hat. Hohe Korrelationen zwischen den Variablen und den Funktionen sprechen ebenfalls für das Modell. So zeigen sich vor allem bei den beiden Teilen der ABS hohe Korrelationswerte. Teil 1 der ABS-RC:2 korreliert mit .885 besonders hoch mit den Funktionswerten der ersten Funktion, hingegen deutet der hohe Korrelationskoeffizient der Variable Teil 2 der ABS-RC:2 mit .952 auf eine fast perfekte Korrelation zwischen Funktionswerten der Funktion 2 und den Variablenwerten hin. Die Variablen Teil 1 und Teil 2 der ABS-RC:2 haben in den einzelnen Funktionen unterschiedliche Vorzeichen, was bedeutet, dass ein hoher Wert in Teil 1 damit hinsichtlich der Funktionswerte in dieselbe Richtung wie ein niedriger Wert in Teil 2 abzielt. Bei Betrachtung der Funktionsmittelwerte der einzelnen Gruppen zeigte sich, dass diese signifikant unterschiedlich sind. Wäre dies nicht der Fall, wäre es nicht möglich mit diesem Modellansatz die Werte der abhängigen Variablen vorherzusagen.

In Tabelle 11 werden die Klassifizierungsergebnisse des Beeinträchtigungsniveaus der GLAD dargestellt. Eine leichte Beeinträchtigung in der GLAD wurde von dem Modell fünfmal richtig zugeordnet und viermal als mittelgradig klassifiziert. Eine von der GLAD mittelgradig klassifizierte Beeinträchtigung wurde von dem Modell 20-mal als ebenfalls mittelgradig eingestuft, allerdings einmal als leichte und zweimal als schwere Beeinträchtigung. Eine tatsächlich schwere Beeinträchtigung wurde fünfmal richtig als schwer und zweimal als lediglich mittelgradig klassifiziert. Die Person, welche von der GLAD als schwerst beeinträchtigt eingestuft wurde, wurde von dem Modell ebenso als schwerst beeinträchtigt vorhergesagt. Somit wurden 31 Personen von dem Modell richtig klassifiziert und neun falsch zugeordnet. Es zeigte sich auch, dass vor allem eine mittelgradige Beeinträchtigung zuverlässig von dem Modell klassifiziert wurde. Hingegen wurden beinahe die Hälfte der Personen mit einer leichten Beeinträchtigung falsch zugordnet.

Tabelle 11. *Klassifizierungsergebnisse des Beeinträchtigungsniveaus*

Beeinträchtigungsniveau GLAD	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit					Falsch zugeordnet	
	leicht	*mittelgradig*	*schwer*	*schwerst*	*Gesamt*	F -	F +
Leicht	5	4	0	0	9	4 (44.4)	1
Mittelgradig	1	20	2	0	23	3 (13)	6
Schwer	0	2	5	0	7	2 (28.6)	2
Schwerst	0	0	0	1	1	0	0

Anmerkung: Werte in Klammer sind Prozente

Durch die Betrachtung der Mittelwerte der unabhängigen Variablen in den einzelnen Gruppen lässt sich ein Eindruck gewinnen, welchen Erklärungswert die unabhängigen Variablen haben. Der Vergleich der Gruppenmittelwerte zeigte, dass die unabhängigen Variablen geeignet sind, um die abhängigen Variablen zu erklären. Vor allem bei der Variable Teil 1 der ABS-RC:2 wird dies besonders gut sichtbar. Der Mittelwert wird hier deutlich niedriger, je stärker die Beeinträchtigung wird, was verständlich ist, da in diesem Teil hohe Werte angestrebt werden. So zeigt sich bei einer leichten Beeinträchtigung noch ein Mittelwert von 257.11 und bei einer schwersten Beeinträchtigung nur noch 127. Dasselbe gilt für den Gesamt-IQ des WIE, allerdings sind hier die Unterschiede nicht so eindeutig. Etwas anders sieht es bei Betrachtung der Variable Teil 2 der ABS-RC:2 aus. Hier werden eher niedrige Werte angestrebt und so sollte davon ausgegangen werden, dass die Werte

höher würden, umso stärker die Beeinträchtigung. Vergleicht man lediglich ein leichtes Beeinträchtigungsniveau (*M* = 17.11) mit dem schwersten (*M* = 59.0) so trifft diese Annahme auch zu. Allerdings zeigte sich bei genauerer Betrachtung aller Gruppenmittelwerte, dass der Wert bei einer mittelgradigen Beeinträchtigung (*M* = 31.83) höher war als bei einer schweren Beeinträchtigung (*M* = 18.0). Zudem waren die Unterschiede teilweise nicht sehr eindeutig. Allerdings dürfen aus der Höhe der Unterschiede zwischen den Gruppenmittelwerten nicht gleich Rückschlüsse auf den Erklärungsgehalt der jeweiligen Variablen geschlossen werden (Brosius, 1998). So darf es nicht verwundern, dass sich der größte Unterschied bei Teil 1 der ABS-RC:2 ergibt, da diese mit großem Abstand die höchsten Werte aufweist. Neben dem Mittelwert der einzelnen Gruppen ist auch die SD bedeutsam, um zu sehen welchen Erklärungswert die jeweilige Variable hat. Dabei werden hohe Mittelwertsunterschiede mit gleichzeitig geringer SD angestrebt. Jedoch bedeuten breitere Streuungen innerhalb der Gruppen nicht die Untauglichkeit der Variable zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit (Brosius, 1998), sondern ist dies im Falle der Variable Teil 1 (*SD* = 42.03) wieder auf Dimension dieser Variable zurückzuführen. Eine genauere Darstellung dieser Ergebnisse wird in Tabelle 12 gezeigt.

Bei weiterer Analyse dieser Mittelwertsunterschiede zeigte sich jedoch, dass sich lediglich die Mittelwerte von Teil 1 der ABS-RC:2 signifikant unterscheiden. Bei den anderen beiden Variablen sind die Unterschiede zufällig entstanden.

Tabelle 12. *Gruppenmittelwerte der einzelnen unabhängigen Variablen*

	leicht	mittelgradig	schwer	schwerst
Gesamt IQ	52.56 (10.56)	47.48 (6.04)	42.57 (1.90)	40
ABS_Teil1	257.11 (29.69)	206.83 (31.46)	174.86 (26.89)	127
ABS_Teil2	17.11 (13.12)	31.83 (19.17)	18 (10.99)	59

Anmerkung. Werte sind Mittelwerte (Standardabweichung)

Korrelationen mit Faktor 2.

Um Faktor 2 nach Ausschluss der weiteren Berechnungen noch etwas genauer zu analysieren, wurden Korrelationen mit einzelnen Items dieses Faktors durchgeführt. Dafür wurden zunächst die Voraussetzungen für eine Pearson-Korrelation geprüft. Nicht alle Variablen hatten metrisches Skalenniveau und die Linearität des Zusammenhangs war nicht gegeben, daher wurde eine Spearman-Rangkorrelation gerechnet.

Als erstes wurde der Zusammenhang zwischen dem Item Beeinträchtigungsniveau bewerten und dem tatsächlichen Beeinträchtigungsniveau der GLAD untersucht. Hierbei zeigte sich ein mittelmäßiger Zusammenhang (r = .400, p = .011). Was bedeutet, dass je stärker die Beeinträchtigung von den BetreuerInnen eingeschätzt wird, desto stärker wird die Beeinträchtigung auch laut GLAD eingeschätzt. Bei der Überprüfung der Zusammenhänge zwischen dem Item *Wie stigmatisierend ist die Diagnosekennzeichnung* und den Faktoren 1 (r = .178, p = .272) und 3 (r = -.284, p = .076) konnten keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden. Die Analyse des Zusammenhangs zwischen dem Item *Wie stigmatisierend ist die Diagnosekennzeichnung* und dem Qualifikationsniveau der BetreuerInnen zeigte hingegen einen signifikant negativen Zusammenhang (r = -.565, p = .000). Je fachspezifischer also die Ausbildung der BetreuerInnen, desto stigmatisierender wurde die Diagnosekennzeichnung bewertet.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es primär, festzustellen, ob die neu entwickelte GLAD Scale ein geeignetes Verfahren zur Erfassung von IB ist. Deshalb ist es wichtig, dass die Hauptgütekriterien erfüllt sind.

Hinsichtlich der Objektivität des eigentlichen Fragebogens der GLAD stellte sich die Fremdbeurteilung als problematisch dar. Das Urteil der BetreuerInnen kann auch lediglich die Beziehung zwischen BetreuerIn und KlientIn widerspiegeln und weniger das eigentlich zu erfassende Merkmal (Zimbardo, 1995). Dennoch konnte die Auswertungsobjektivität als gegeben betrachtet werden, aufgrund der standardisierten Vorgabe und ebenso bei der Interpretation ist genau vorgegeben welcher Wert welcher Klassifizierung entspricht. Mit einem Cronbach`s α von .731 war die Reliabilität akzeptabel und auch die anderen Testkennwerte waren ausreichend groß, so dass kein Item entfernt werden musste. Lediglich die Itemschwierigkeit erwies sich teilweise als sehr schwierig, was hier allerdings nicht bedeutet, dass die Items nicht beantwortet werden konnten, sondern die Fragen weniger befürwortet wurden bzw. die KlientInnen als weniger Unterstützungsbedürftig eingeschätzt wurden. Die Ergebnisse bezüglich der Validität der GLAD Scale stimmten mit vorherigen Studien überein. So zeigten sich, wie bereits in anderen Studien, signifikante, mittelmäßige (Platt et al., 1991) Zusammenhänge zwischen den einzelnen Verfahren (Carpentier & Morgan, 1996; Dykens & Cohen, 1996; Hayes, 2005; Hayes & Farnill, 2003). Ausgenommen

war Teil 2 der ABS-RC:2, hier konnten keine signifikanten Korrelationen mit den anderen Verfahren erzielt werden, allerdings spiegeln auch diese Erkenntnisse die Ergebnisse von früheren Studien wider (Nihira et al., 1993). Wie bereits in der Beschreibung der ABS-RC:2 erwähnt, könnte eine mögliche Erklärung darin liegen, dass in Teil 2 der ABS-RC:2 nicht dasselbe wie bei den anderen Verfahren erfasst wurde, nämlich maladaptives Verhalten (Nihira et al., 1993), was natürlich dazu führt, dass es keine Zusammenhänge zwischen diesen Verfahren geben kann. Bei den Hypothesen 1 bis 4 zeigte sich, dass die Korrelationen niedriger waren, wenn anstelle von null, bei fehlenden Werten im WIE, der Mittelwert der jeweiligen Person eingesetzt wurde. Diese Lösung ist selbstverständlich nicht die optimalste, allerdings kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass die Person in diesem Subtest lediglich null Punkte erreichen würde, bloß weil die Durchführung nicht möglich war. Trotzdem muss erwähnt werden, dass es auch durch den Mittelwert zu einer Verzerrung der Ergebnisse kommen kann, da die Person durch hohe Werte in anderen Subtests auch einen möglicherweise höheren oder auch niedrigeren Mittelwert in den nicht durchführbaren Untertests erhält als ihre Fähigkeiten widerspiegeln. Die höheren Korrelationen zwischen der GLAD mit den einzelnen Bereichen der ABS-RC:2 könnten darauf zurückzuführen sein, dass in der GLAD nicht alles enthalten ist, was in der ABS-RC:2 abgefragt wird und daher die einzelnen Bereichen die Fragen der GLAD besser abbilden als das gesamte Verfahren.

Bezüglich der klinischen Nützlichkeit der GLAD ergab die Hauptkomponentenanalyse eine Einteilung der Items in drei Skalen, welche eine akzeptable bis gute Reliabilität aufwiesen, lediglich Faktor 2 Diagnose war fragwürdig. Die anderen Testkennwerte waren in einem angemessenen Bereich und kein Item musste ausgeschlossen werden. Allerdings wurde Faktor 2 aus der Berechnung für Hypothese 6 ausgeschlossen, aufgrund des niedrigen Cronbach`s Alpha und der inhaltlichen Unterschiede zu den anderen beiden Faktoren. Die Items von Faktor 2 betreffen weniger die klinische Nützlichkeit, welche in diesem Teil der GLAD Scale erfasst werden sollte. Daher sind diese Items weniger von den BetreuerInnen als von den KlientInnen abhängig. Für andere Berechnungen sind die Items von Faktor 2 Diagnose jedoch nützlich und deshalb wurde er nicht vollständig entfernt. So konnten teils signifikante Korrelationen zwischen Items von Faktor 2 und Fragen der GLAD Scale gezeigt werden. Das geschätzte Beeinträchtigungsniveau ist umso höher, je höher das geschätzte Beeinträchtigungsniveau laut der GLAD ist. Dies spricht für eine gute Einschätzung der KlientInnen seitens der BetreuerInnen. Ebenso hängen die eingeschätzte Stigmatisierung

und das Qualifikationsniveau der BetreuerInnen negativ zusammen. Personen mit einer fachspezifischeren Ausbildung beurteilten die Diagnosekennzeichnung als stigmatisierender. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis wäre, dass Personen in einer fachspezifischeren Ausbildung häufiger mit dem Thema Stigmatisierung konfrontiert werden und sich möglicherweise deshalb mehr Gedanken darüber machen. Die Stärke der eingeschätzten Stigmatisierung steht in keinem Zusammenhang mit den Faktoren 1 und 3.

In Hypothese 5 wird ersichtlich, dass das Qualifikationsniveau der BetreuerInnen auch einen Einfluss auf die Bewertung der Faktoren 2 und 3 hat. Der negative Zusammenhang bei Faktor 2 bedeutet, dass eine fachspezifischere Ausbildung mit einer negativeren Bewertung von Faktor 2 einhergeht. Je fachspezifischer die Ausbildung, desto stärker beeinträchtigt wurden die KlientInnen beurteilt und auch die Diagnose-kennzeichnung wurde als stigmatisierender eingeschätzt, wie bereits festgestellt. Eine mögliche Erklärung wäre die Zuteilung von Personen mit schwerwiegenderen Beeinträchtigungen zu BetreuerInnen mit höherem Qualifikationsniveau. Allerdings muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass nicht alle KlientInnen von ihren jeweiligen Bezugspersonen beurteilt wurden. Da die Items von Faktor 3 anders gepolt sind, bedeutet ein positiver Zusammenhang, dass die Benutzerfreundlichkeit von den BetreuerInnen mit fachspezifischerer Ausbildung schlechter bewertet wurde. Diese Ergebnisse könnten wiederum auf den Zusammenhang mit Faktor 2 zurückzuführen sein, da sich hier zeigte, dass Personen mit stärkerer Beeinträchtigung BetreuerInnen mit höherem Qualifikationsniveau zugeteilt wurden und aus diesem Grund waren die Fragen nicht so einfach anzuwenden und passten auch nicht so exakt auf die Beschreibung der KlientInnen. Mit Faktor 1 Nützlichkeit zeigte sich keine signifikante Korrelation. Allerdings wurde Faktor 3 Benutzerfreundlichkeit generell positiver bewertet als Faktor 1 was sich sowohl in der Häufigkeitstabelle als auch dem t-Test zeigte. Also wurde der Fragebogen zwar als relativ benutzerfreundlich eingeschätzt, jedoch die Nützlichkeit dieses Fragebogens eher weniger. Dieser Unterschied könnte eine Folge der geringen Informationsgewinnung sein. So wurde aus Gesprächen mit den BetreuerInnen ersichtlich, dass von einigen berichtet wurde, dass lediglich fünf Fragen sehr wenig seien, um eine Diagnose stellen zu können, allerdings sind die Ergebnisse dazu widersprüchlich, da die Frage ob alle relevanten Informationen enthalten seien als einzige des Faktors 1 Nützlichkeit durchschnittlich bewertet wurde. Jedoch kann behauptet werden, dass nicht die passenden Fragen gestellt wurden um den Zustand (Störung) der Person zu

verstehen bzw. zur Kommunikation mit anderen hilfreich anwenden zu können. Als Beispiel wurde von einer Betreuerin der Antrag auf Pflegegeld angegeben. Die zu betreuende Person war in allen Bereichen welche von der GLAD abgefragt werden völlig unabhängig, außer bei der Entscheidungsfindung benötige sie minimale Unterstützung. Diese Person würde anhand dieser Fragen kein Pflegegeld erhalten, dennoch benötige sie einen relativ hohen Grad an Betreuung. Daher sei der Fragebogen vor allem bei den Items vier und fünf bezüglich der klinischen Nützlichkeit unzureichend. Eine Anführung von etwas spezifischeren Fragen wäre hier eine mögliche Lösung. An dieser Stelle muss allerdings auch wieder angemerkt werden, dass der GLAD lediglich als Ergänzung dienen soll und nicht als alleiniges Diagnoseverfahren. Generell ist bei den Häufigkeiten der Antworten eine Tendenz zur Mitte zu verzeichnen, diese schmälert den Nutzen von mehrteiligen Skalen und verringert dadurch die analysierbare Varianz (Rost, Carstensen, & von Davier, 1999). Eine gerade Anzahl der Antwortmöglichkeiten kann diese Tendenz verringern, da zumindest eine gewisse Entscheidung für positiv oder negativ getroffen werden muss (Saris & Gallhofer, 2007), was bei diesem Fragebogen auch der Fall ist. Dennoch wurde am häufigsten *einigermaßen* oder *etwas* angekreuzt, was nur eine sehr vage Aussagekraft hat. Eine andere Formulierung könnte dieses Problem möglicherweise lösen.

Die Diskriminanzanalyse zeigte eine gute Unterscheidungskraft der einzelnen Beeinträchtigungsniveaus und kann vor allem durch den ABS-RC:2 vorhergesagt werden und weniger vom WIE. Ursache dieses Ergebnisses könnte sein, dass im ABS-RC:2 dieselben Inhalte wie in der GLAD erfasst werden, nämlich adaptives Verhalten und der WIE kognitive Fähigkeiten misst.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass die GLAD hinsichtlich der Hauptgütekriterien Reliabilität und Validität im Großen und Ganzen ein geeignetes Verfahren zur groben Erfassung von IB darstellt. Auch die Objektivität kann als generell als gegeben betrachtet werden, auch wenn angemerkt werden muss, dass diese nicht überprüft wurde. Zudem stellt die Benutzerfreundlichkeit des Fragebogens einen großen Vorteil im Vergleich zu den bisherigen Verfahren dar. Lediglich die Nützlichkeit des Verfahrens weist noch Bedarf an Verbesserungen auf. Wobei zu vermerken ist, dass es sich hierbei rein um die objektive Nützlichkeit, von den BetreuerInnen bewertet, handelt, nicht um den tatsächlichen Nutzen den der Fragebogen für Personen mit IB und deren Umfeld bringt. So erfüllt die GLAD Scale den eigentlichen Hauptzweck, nämlich die Erfassung einer möglichen IB

zuverlässig und auch die kürzere Anwendungsdauer spricht für den Fragebogen. Da die GLAD vor allem für nicht industrialisierte Länder entwickelt wurde, in denen der Zugang zu derzeitig verwendeten Verfahren erschwert ist, ist der Nutzen der GLAD dahingehend auf jeden Fall gegeben. Im Bereich der Kommunikation zwischen Familie, KlientIn, Fachleuten oder SachbearbeiterInnen wären allerdings noch Verbesserungen zu wünschen, um das Verfahren noch effektiver zu gestalten.

Limitationen und Ausblick

Im Folgenden sollen einige Limitationen der vorliegenden Studie diskutiert werden, welche für die Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Aufgrund der teilweise schweren Erreichbarkeit und der fehlenden Bereitschaft von Einrichtungen ist zunächst die relativ geringe Stichprobengröße zu nennen, wodurch der Schluss von den Ergebnissen dieser Studie auf die Population eingeschränkt ist. Dennoch kam es zu einigen signifikanten Korrelationen. Zudem sind alle teilnehmenden KlientInnen in Einrichtungen in Oberösterreich, in eher ländlichen Gegenden untergebracht, wodurch die Studie weniger repräsentativ für ganz Österreich ist.

Davon abgesehen birgt das Studiendesign bzw. die Methode der Datenerhebung Einschränkungen in sich. Der WIE stellt für diese Stichprobe nicht das geeignetste Verfahren dar, da die Normstichprobe nicht für Extremgruppen, vor allem schwerere Intelligenzminderung, ausgelegt ist. Dennoch wurde er verwendet, um Vergleiche mit anderen Ländern zu erleichtern, da er in viele Sprachen übersetzt ist und ebenfalls in den Studien anderer Länder dieses großen Projekts angewandt wurde und dadurch die Vergleichbarkeit dieser Teilstudien besser gewährleistet werden kann. Außerdem bewirkt die Methode der Individualtestung Probleme hinsichtlich der Testleiterdurchführung, da die Reaktionen der Testleiterin nicht immer ident sein können (Kubinger, 2009) und es teilweise zu Abweichungen in der Instruktion kam, aufgrund des nicht optimalen Verfahrens für die Population. Allerdings waren diese Abweichungen für diese Studie unausweichlich, da das Verfahren teilweise an die Testperson angepasst werden musste, wie bereits oben (*Durchführung der Untersuchung*) berichtet. Ein weiteres Problem dieser Studie stellt die Fremdbeurteilung durch die BetreuerInnen dar (Seidel, 2007). Die Urteile über die KlientInnen stellen möglicherweise eher die Beziehung zwischen BetreuerIn und KlientIn dar als das tatsächlich gefragte Merkmal der KlientIn / des Klienten (Zimbardo, 1995) und sind

daher immer abhängig von der beurteilenden Person. Zudem können die KlientInnen in unterschiedlichen Umgebungen ein jeweils völlig anderes Verhalten zeigen (Schmidt & Maier, 2014). Aus diesem Grund wäre es sinnvoll die GLAD Scale von mehr als einer Person auswerten zu lassen, um beobachterabhängige Urteilsverzerrung zu vermeiden. Allerdings muss auch an dieser Stelle wieder angemerkt werden, dass die GLAD lediglich als Ergänzung zur Erfassung von IB herangezogen und nicht als einziges Verfahren verwendet werden soll. Obendrein können trotz möglichst hoher Standardisierung der Testsituation nicht alle Störvariablen, wie z.B. Lärm im Nebenraum, Testunterbrechung durch Hereinkommen einer anderen Klientin / eines anderen Klienten, vollständig vermieden werden. Ebenfalls als Limitation zu erwähnen ist die Anführung von Mittelwerten anstelle von null bei fehlenden Werten im WIE. Hier kann es zu Verzerrungen der Ergebnisse kommen, da es keine tatsächlichen Werte der jeweiligen Person zu diesen Subtests gibt, sondern er lediglich den Durchschnitt der erbrachten Leistungen in den anderen Untertests darstellt.

Aufgrund der Ergebnisse, der Limitationen und vor allem der Tatsache, dass noch keine weiteren Forschungsergebnisse bezüglich dieses Verfahrens vorliegen, ergibt sich weiterer Forschungsbedarf. Eine Ausweitung der Stichprobengröße in Österreich und andere, vor allem nicht-industrialisierte Länder, wäre hierfür wünschenswert. Im Rahmen dieses großen Projektes der WHO ist dies auch schon in Arbeit. Wissenswert wäre auch zu untersuchen, ob die zusätzlich erhobene Beeinträchtigung irgendeine Auswirkung auf jegliche Ergebnisse hat. Sei es beim WIE oder aber auch bei der GLAD aufgrund einer Hörbeeinträchtigung beispielsweise. Interessant für weitere Forschung wäre ebenso zu untersuchen, ob möglicherweise das Alter der BetreuerInnen oder aber auch die Dauer seit der sie diese Tätigkeit ausüben eine Rolle bei der Bewertung spielen.

Literaturverzeichnis

Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Bortz, J., & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human-und Sozialwissenschafter (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Brosius, F. (1998). *SPSS 8 Professionelle Statistik unter Windows*. Frechen: mitp Verlag.

Carpentieri, S., & Morgan, S. B. (1996). Adaptive and intellectual functioning in autistic and nonautistic retarded children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 26(6),* 611-620. doi: 10.1007/BF02172350

Cooray, S., Weber, G., Alexander, R., Roy, A., Bhaumik, S., Devapriam, J., Chester, V., & Cooper, S. A. (2015, September). Towards Global Screening for Disorders of Intellectual Development (DID) – The clinical utility of Glasgow Level of Ability & Development Scale (GLADs). In … (Chair), Symposium conducted at the meeting of the European Association of Mental Health in Intellectual Disability, Florence.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2015). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Version 2015. Zugriff auf: https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/block-f70-f79.htm

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (1994). *WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien*. Bern: Verlag Hans Huber.

Dykens, E. M., & Cohen, D. J. (1996). Effects of Special Olympics International on social competence in persons with mental retardation. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(2)*, 223-229. doi: 10.1097/00004583-199602000-00016

Falkai, P., & Wittchen, H. U. (Hrsg.) (2014). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.

Gardner, H. (1991). *Abschied vom IQ. Die Rahmentheorie der vielfachen Intelligenzen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Goffman, E. (2010). *Stigma: über Techniken der Bewältigung geschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Grossman, H. J. (Hrsg.) (1973). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Grossman, H. J. (Hrsg.) (1983). *Classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Harrison, P. (1990). Mental retardation, adaptive behaviour assessment, and giftedness. In A. S. Kaufman (Hrsg.), *Assessing adolescent and adult intelligence* (S. 533-585). Boston: Allyn and Bacon.

Hayes, S. C. (2005). Diagnosing intellectual disability in a forensic sample: Gender and age effects on the relationship between cognitive and adaptive functioning. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 30(2),* 97-103. doi:

Hayes, S. C., & Farnill, D. (2003). Correlations for the Vineland Adaptive Behavior Scales with Kaufman Brief Intelligence Test in a forensic sample. *Psychological Reports, 92*, 573-580. doi: 10.2466/pr0.2003.92.2.573

Heber, R. (1959). A manual on terminology and classification in mental retardation. American Journal on Mental Deficiency, 64 (Monograph Supplement).

Holtz, K. L. (1994). *Geistige Behinderung und soziale Kompetenz: Analyse und Integration psychologischer Konstrukte.* Heidelberg: Schindele.

Jacobs, C., & Petermann, F. (2007). Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE) (Testbesprechungen). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55(3),* 205-208. doi: 10.1024/1661-4747.55.3.205

Jacobson, J. W., & Mulick, J. A. (Hrsg.) (1996). *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington, DC: American Psychological Association.

Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1990). *Kaufman Brief Intelligence Test. Manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik – Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Liepmann, M. C. (1979). *Geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Eine epidemiologische, klinische und sozialpsychologische Studie*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.

Liss, M., Harel, B., Fein, D., Allen, D., Dunn, M., Feinstein, C., Morris, R., Waterhouse, L., & Rapin, I. (2001). Predictors and correlates of adaptive functioning in children with developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31(2)*, 219-230. doi: 10.1023/A:1010707417274

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., …. Tassé, M.J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of*

supports (10. Ausgabe). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

McLaren, J., & Bryson, S. E. (1987). Review of recent epidemiological studies of mental retardation: prevalence, associated disorders and etiology. *American Journal of Mental Retardation, 92*, 243-254.

Melchers, U., & Preuß, U. (1994). K*aufman Assessment Battery for Children (ABC), Deutsche Version, (2. Revidierte Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.

Molz, G., Schulze, R., Schroeders, U., & Wilhelm, O. (2010). TBS-TK Rezension: „Wechsler Intelligenztest für Erwachsene WIE. Deutschsprachige Bearbeitung und Adaptation des WAIS-III von David Wechsler", *Psychologische Rundschau, 61*(4), 229-230. doi: 10.1026/0033-3042/a000042

Moss, S., Hogg, J., & Horne, M. (1992). Demographic characteristics of a population of people with moderate severe and profound intellectual disability (mental handicap) over 50 years of age: age structure, IQ and adaptive skills. *Journal of Intellectual Disability Research, 36*, 387-401.9

Neuhäuser, G. (2007). Ursachen geistiger Behinderung (medizinische Aspekte). In G. Theunissen, W. Kulig, & K. Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medzin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik*. Stuttgart: Kohlhammer.

Neuhäuser, G., & Steinhausen, H. C. (Hrsg.) (1999). *Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome und Rehabilitation*. Stuttgart: Kohlhammer.

Nihira, L., Foster, R., Shellas, M., & Leland, H. (1974). *Adaptive Behavior Scales*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Nihira, K., Leland, H., & Lambert, N. (1993). A*daptive Behavior Scale – Residential and Community, 2nd edition, (ABS-RC:2)*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Platt, L. O., Kamphaus, R. W., Cole, R. W., & Smith, C. L. (1991). Relationship between adaptive behavior and intelligence: Additional evidence. *Psychological Reports*, 68, 139-145.

Rost, J., Carstensen, C. H., & von Davier, M. (1999). Sind die Big Five Rasch-skalierbar? 1 1 Diese Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojektes „Mischverteilungsmodelle" am IPN – Institut für die Pädagogik der

Naturwissenschaften – Kiel mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft unter dem Titel RO 665-4. *Diagnostica*, 45(3), 119-127. doi: 10.1026//0012-1924.45.3.119

Sarimski, K. (2005). *Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.

Sarimski, K., & Steinhausen, H. C. (2007). *KIDS 2. Kinder-Diagnostik-Syndrom. Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung.* Göttingen: Hogrefe.

Saris, W. E., & Gallhofer, I. N. (2007). *Design, evaluation, and analysis of questionnaires for survey research*. Hoboken, NJ: Wiley.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., & Craig, E. M. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, ans System of Supports (11th Edition).* Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disability.

Schmidt, H., & Mair, S. (2014). Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen*. Stuttgart: Schattauer.

Seidel, M. (2007, Oktober). Anforderungen an die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen. In … (Chair), *Geistige Behinderung und psychische Störungen*. Symposium conducted at the meeting of the Klinik für Psychiatrie der Ruhr-Universität Bochum / LWL Klinik Bochum und der Diakonie Ruhr, Bochum.

Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Speck, O. (2012). *Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Theunissen, G., Kulig, W., & Schirbort, K. (Hrsg.) (2007). *Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik.* Stuttgart: Kohlhammer.

Thorndike, R. L., Hagen, E. P., & Sattler, J. M. (1986). *Stanford-Binet Intelligence Scale: Fourth Edition*. Chicago: Riverside.

Torff, B., & Gardner, H. (2000). The vertical mind – the case for multiple intelligences. In M. Anderson (Hrsg.), *The development of intelligence* (S. 139-159). Hove: Psychology Press.

von Aster, M., Neubauer, A., & Horn, R. (2006). *Wechsler Intelligenztest für Erwachsene WIE. Deutschsprachige Bearbeitung und Adaption des WAIS-III von David Wechsler* (2. Korrigierte Auflage). Frankfurt: Pearson Assessment.

Weber, G. (1997). *Intellektuelle Behinderung. Grundlagen, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter*. Wien: Universitätsverlag.

Wolfensberger, W. (1986). Die Entwicklung des Normalisierungsprinzips in den USA und Kanada. In Bundesvereinigung Lebenshilfe Geistig Behinderte (Hrsg.). *Normalisierung – eine Chance für Menschen mit geistiger Behinderung: Bericht des Ersten Europäischen Kongresses der Internationalen Liga von Vereinigungen für Menschen mit geistiger Behinderung*. Marburg/Lahn: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte.

Wygotski, L. (1964). *Denken und Sprechen*. Berlin: Akademie Verlag.

Zimbardo, P. G. (1995). *Psychologie* (6. Auflage). Heidelberg: Springer.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Schweregrad der Intellektuellen Beeinträchtigung	6
Tabelle 2	Klassifikation der Intelligenzminderung nach ICD-10	8
Tabelle 3	Verteilung der Art der Beeinträchtigung auf das Geschlecht	20
Tabelle 4	Übersicht der Qualifikation der BetreuerInn	20
Tabelle 5	Itemkennwerte und Reliabilitätsanalyse der Glasgow Level of Ability and Development Scale	31
Tabelle 6	Korrelationen Fragestellungen 1-4	32
Tabelle 7	Faktorladungen der Zusatzfragen der GLAD nach Varimax-Rotation	33
Tabelle 8	Häufigkeiten der Antworten der GLAD – Klinische Nützlichkeit	34
Tabelle 9	Itemkennwerte und Reliabilitätsanalyse der GLAD (Klinische Nützlichkeit)	36
Tabelle 10	Maßzahlen zur Überprüfung der Modellgüte	38
Tabelle 11	Klassifizierungsergebnisse des Beeinträchtigungsniveaus	39
Tabelle 12	Gruppenmittelwerte der einzelnen unabhängigen Variablen	40

Abkürzungsverzeichnis

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
AAMR	American Association on Mental Retardation
ABS-RC:2	Adaptive Behavior Scale-Residential and Community: Second Edition
AV	Allgemeines Verständnis
AW	Allgemeines Wissen
BE	Bilder ergänzen
BO	Bilder ordnen
BZF	Buchstaben-Zahlen-Folge
DID	Disorders of Intellectual Development
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
FL	Figurenlegen
GF	Gemeinsamkeitenfinden
GLAD	Glasgow Level of Ability and Development Scale
IB	Intellektuelle Beeinträchtigung
ICD	Internationel Classification of Diseases
IQ	Intelligenzquotient
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium
K-ABC	Kaufman Assessment Battery for Children
K-BIT	Kaufman Brief Intelligence Test
MAT	Matrizen-Test
MT	Mosaik-Test
RD	Rechnerisches Denken
SB-IV	Stanford-Binet Intelligence Scale-Fourth Edition
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Symbolsuche
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
WIE	Wechsler Intelligenztest für Erwachsene
WT	Wortschatz-Test
ZN	Zahlennachsprechen
ZST	Zahlen-Symbol-Test

Anhang

Abstract (deutsch)

Intellektuelle Beeinträchtigung (IB) hat viele Definitionen. Alle beruhen jedoch auf drei Kriterien: Defizite in intellektuellen und adaptiven Funktionen sowie dem Beginn in frühen Entwicklungsphase. Die Messung erfolgt über genormte, standardisierte Einzeltestverfahren und Verfahren zur Erfassung des adaptiven Verhaltens, welche Probleme hinsichtlich der klinischen Nützlichkeit darstellen. Aus diesem Grund wurde die GLAD, bestehend aus fünf Fragen zum Unterstützungsbedarf und 11 Zusatzfragen zur klinischen Nützlichkeit, entwickelt. Bisherige Studien konnten signifikante Zusammenhänge zwischen IQ-Werten und sozial-adaptivem Verhalten zeigen. Im Rahmen dieser Studie soll die Eignung der GLAD anhand von 40 Personen mit IB und deren BetreuerInnen untersucht werden. Die Ergebnisse der statistischen Analyse zeigen signifikante Korrelationen zwischen der GLAD und dem WIE sowie Teil 1 der ABS-RC:2. Hinsichtlich der Fragen zur klinischen Nützlichkeit der GLAD ergab die Faktorenanalyse eine Drei-Komponentenlösung. Hierbei zeigt sich, dass Faktor 1 Nützlichkeit signifikant schlechter bewertet wurde als Faktor 3 Benutzerfreundlichkeit. Das Qualifikationsniveau der BetreuerInnen korreliert signifikant mit Faktor 2 Diagnose und Faktor 3. Hinsichtlich der Hauptgütekriterien stellt die GLAD ein passendes Verfahren dar. Der Nutzen aufgrund der Benutzerfreundlichkeit ist auf jeden Fall gegeben, lediglich der Nutzen bezüglich der Kommunikation untereinander ist noch verbesserungswürdig.

Abstract (english)

There are many definitions for intellectual disability. But they all are based on three criteria: deficits in intellectual and adaptive functions and the beginning in the early development period. The measurement is performed by standardized single test methods, which are problematic in terms of utility. That's why the GLAD was developed. It consists of five questions about the need of support and 11 additional questions about the clinical utility. Previous research shows significant correlations between IQ scores and adaptive behaviour. The primary aim of this study is to investigate the suitability of the GLAD based on 40 persons with IB and their supervisors. The results of the statistical analysis show significant correlations between the GLAD and the WIE and also part 1 of the ABS-RC:2. The factor analysis of the questions about the clinical utility shows three factors. The factor 1 utility is rated significantly worse than factor 3 usability. The qualification of the supervisors correlates significantly with factor 2 diagnosis and factor 3. Regarding the main quality criteria the GLAD is a proper tool. Due to the usability of the GLAD the utility is given. Only the utility concerning the communication among each other has to be improved.