



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Die Feasibility der Psychiatric Assessment Schedule for Adults  
with Developmental Disability Checklist und der Aberrant  
Behavior Checklist Community

Verfasserin

Daniela Berndl

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>I. Theoretischer Teil</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Intellektuelle Behinderung</b> .....	<b>5</b>
2.1 Definitionen .....	6
2.1.1 Definition der International Classification of Diseases (ICD-10).....	6
2.1.2 Definition des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) .....	7
2.1.3 Definition der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).....	7
2.2 Psychische Störungen und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit intellektueller Behinderung .....	8
2. 3 Zusammenfassung .....	11
<b>3. Allgemeine Gütekriterien</b> .....	<b>11</b>
<b>4. Feasibility</b> .....	<b>13</b>
4.1 Begriffserklärung.....	13
4.2 6 Charakteristiken der Feasibility nach Slade et al. (1999):.....	16
4.3 Konzept der Feasibility nach Andrews et al. (1994).....	18
4.4 Zusammenfassung .....	20
<b>5. POMONA &amp; POMONA-II-Folgeprojekt</b> .....	<b>20</b>
<b>6. Fremdeinschätzungen</b> .....	<b>22</b>
6.1 Einsatz von Fremdeinschätzungen in der klinischen Psychologie.....	22
6.2 Eingesetzte Instrumente .....	24
6.2.1 ABC- Aberrant Behavior Checklist-Community.....	24
6.2.2 Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD Checkliste).....	25
6.3 Zusammenfassung .....	26

<b>II. Empirischer Teil.....</b>	<b>28</b>
<b>7. Theoretische Grundlage für die Entwicklung des Feasibility Fragebogens..</b>	<b>28</b>
7.1 Beschreibung des Feasibility Fragebogens .....	29
7.2 Expertengespräch.....	30
7.3 Beschreibung der Stichprobe .....	30
7.4 Beschreibung der Durchführung.....	30
7.5 Fragestellungen .....	31
<b>8. Überprüfung der Daten.....</b>	<b>31</b>
<b>9. Deskriptive Analysen der Stichprobe .....</b>	<b>32</b>
9.1 Geschlecht.....	32
9.2 Alter .....	33
9.3 Muttersprache .....	33
9.4 Ausbildung .....	33
9.5 Wohnform .....	34
9.6 Arbeitserfahrung der Betreuungspersonen.....	35
9.7 Betreuungszeit der befragten Personen pro Woche.....	35
9.8 Kenntniszeit der Personen mit IB insgesamt .....	36
<b>10. Deskriptive Analysen des Feasibility Fragebogens .....</b>	<b>37</b>
10.1 Benutzerfreundlichkeit .....	39
10.2 Anwendbarkeit .....	40
10.3 Akzeptanz .....	42
<b>11. Analyse des Feasibility-Fragebogens.....</b>	<b>45</b>
11.1 Faktorenstruktur des Feasibility Fragebogens bei der PAS-ADD-C und der ABC .....	45
11.2 Reliabilitätsanalyse .....	48
<b>12. Auswertung der Zusammenhangsfragestellung.....</b>	<b>50</b>

<b>13. Interpretation und Diskussion .....</b>	<b>51</b>
13.1 Interpretation und Diskussion der demographischen Daten .....	51
13.2 Interpretation und Diskussion der Skala Benutzerfreundlichkeit.....	53
13. 3 Interpretation und Diskussion der Skala Anwendbarkeit .....	53
13.4 Interpretation und Diskussion der Skala Akzeptanz .....	55
<b>14. Einschränkungen der Studie .....</b>	<b>56</b>
<b>Literaturverzeichnis: .....</b>	<b>60</b>
<b>Anhänge .....</b>	<b>65</b>
Anhang A – Abbildungsverzeichnis .....	65
Anhang B – Tabellenverzeichnis .....	66
Anhang C – Erhebungsinstrument Feasibility Fragebogen .....	67
Anhang D – Abstract deutsch .....	73
Anhang E – Curriculum Vitae .....	74

# *Danksagung*

Ein besonderer Dank geht an meine Eltern, die mir meine Ausbildung bis zum Studium und auch währenddessen ermöglicht haben. Insbesondere möchte ich mich dafür bedanken, dass sie mir jede Möglichkeit der Ausbildung und Berufsergreifung freigestellt haben.

Außerdem möchte ich mich bei meiner Freundin und Studienkollegin Nora Hickel bedanken, die mich bei der Erstellung des Fragebogens unterstützt hat, sowie während der Erstellung der Arbeit immer ein offenes Ohr hatte und mir immer mit Input zu Seite stand.

Außerdem möchte ich mich bei meinem Freund bedanken, der mich während des Studiums immer unterstützt hat.

Ein besonderer Dank geht auch an meine Betreuerin, Fr. Mag. Elisabeth Zeilinger, die mich mit ihrer fachlichen Kompetenz unterstützt hat und bei allen Fragen schnell weiterhalf.

Ein weiterer Dank geht auch an alle Teilnehmer der Studie, die sich die Zeit genommen haben, um meinen Fragebogen auszufüllen und mir diese Arbeit dadurch ermöglicht haben.

# *Danke*

# 1. Einleitung

Feasibility ist ein Begriff ursprünglich aus der Wirtschaft stammt und neuerdings auch in der Psychologie Beachtung findet. Es gibt erste Bemühungen die Feasibility als neues Gütekriterium zu etablieren. Die Untersuchung der Feasibility dient im Allgemeinen der Qualitätssicherung und Verbesserung von klinischen Instrumenten, sowie einem verbesserten Outcome bei der Untersuchung. Unter Outcome wird das Ergebnis einer Messung mit einem psychometrischen Verfahren verstanden, aus dessen sich eine weitere Handlungsanleitung ableiten lassen sollte. Inwieweit ein Instrument das Kriterium der Feasibility erfüllt, hat nicht nur Einfluss auf eine Einzelperson, sondern auch auf die jeweilige Einrichtung und in weiterer Folge auf das gesamte Gesundheitssystem.

In der vorliegenden Arbeit werden zwei klinische Instrumente untersucht, die psychische Störungen und abweichendes Verhalten bei Menschen mit intellektueller Behinderung erfassen sollen. Bei Personen mit intellektueller Behinderung, ist eine genaue Abklärung von psychischen Problemen besonders wichtig, da sie ca. drei- bis viermal stärker gefährdet sind komorbide psychische Auffälligkeiten zu entwickeln, als Personen ohne intellektueller Beeinträchtigung (APA, 1994). Umso wichtiger ist es, für einen Einsatz in diesem Bereich Instrumente zu haben, die die Kriterien der Feasibility erfüllen. Hierfür wurde ein Fragebogen entwickelt der die Feasibility der Fragebögen prüfen soll. In der vorliegenden Studie wurden die PAS-ADD Checkliste (Moss, 2002) und die ABC (Aman, 1994) untersucht, die im Rahmen der POMONA II Folgestudie (2009) zum Einsatz kamen.

## I. Theoretischer Teil

### 2. Intellektuelle Behinderung

In diesem Kapitel soll eine Definition des Begriffs „intellektuelle Behinderung“ gegeben werden, sowie die gängigsten Diagnosekriterien dargestellt werden. Außerdem wird auf psychische Störungen und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit intellektueller Behinderung (IB) eingegangen.

Der frühere Begriff „geistige Behinderung“ wurde durch den heute gebräuchlichen Begriff „intellektuelle Behinderung“ abgelöst. Der Grund hierfür liegt daran, dass der

Begriff geistige Behinderung als zu breit erscheint, da die Beeinträchtigung intellektuell-kognitive Fähigkeiten betrifft, nicht aber soziale Fertigkeiten (Weber, 1997). Einschränkungen betreffen laut Weber (1997) vor allem die Bereiche der abstrakt- analytischen und begrifflichen Intelligenz. Außerdem kommt es zu Schwierigkeiten beim Generalisierungsvermögen, dem abstrakt-logischen Denken, dem Vorstellungsvermögen, der Strategieentwicklung sowie der Strategiebefolgung. Allerdings kommt es unter normalen Bedingungen zur Entwicklung von größeren sozialen Kompetenzen, welche auch auf die Entwicklung von beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Interessen zutreffen.

## **2.1 Definitionen**

Es gibt unterschiedliche Definitionen von intellektueller Behinderung. Im folgenden Kapitel wird eine Übersicht über die Klassifikationssysteme ICD-10 (International Classification of Diseases) der World Health Organisation WHO (1992) und dem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association APA (1994) gegeben.

### **2.1.1 Definition der International Classification of Diseases (ICD-10)**

Im ICD-10 der WHO (1992) wird intellektuelle Behinderung (IB) im Kapitel F7 unter Intelligenzminderung beschrieben. Diese ist, je nach Schweregrad, eingeteilt in vier Stufen: leichte, mittelgradige, schwere und schwerste Intelligenzminderung.

Im ICD-10 wird Intelligenzminderung folgendermaßen beschrieben:

*„Eine Intelligenzminderung ist eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fertigkeiten. Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit einer anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. Intelligenzgeminderte Personen können an allen psychiatrischen Störungen erkranken; in dieser Population ist die Prävalenzrate für andere psychische Störungen mindestens drei- bis viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010, S. 276)*



Die Einteilung des Schweregrades erfolgt aufgrund des IQ-Wertes (siehe Tabelle 1):

*Tabelle 1: Einteilung der Intelligenzminderung nach ICD-10*

Kategorie	Intelligenzminderung	IQ-Wert laut ICD-10
<b>F70</b>	leicht	50-69
<b>F71</b>	mittelgradig	35-49
<b>F72</b>	schwer	20-34
<b>F73</b>	schwerst	< 20

### **2.1.2 Definition des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV)**

Im DSM-IV (APA, 1994), dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, wird intellektuelle Behinderung im Kapitel „Störungen, die Gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden“ beschrieben und es werden drei Kriterien genannt, die bei einer intellektuellen Behinderung vorliegen müssen:

*Kriterium A:* unterdurchschnittliche allgemeine Leistungsfähigkeit.

*Kriterium B:* Einschränkung der Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kommunikation, eigenständige Versorgung, häusliches Leben, soziale/zwischenmenschliche Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmtheit, funktionale Schulleistungen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit.

*Kriterium C:* Beginn der Störung vor dem 18. Lebensjahr.

Die intellektuelle Leistungsfähigkeit wird mit einem standardisiertem Intelligenztest erfasst und der Intelligenzquotient bestimmt. Die vierstufige Einteilung der Schweregrade entspricht der Einteilung im ICD-10 (siehe Tabelle 1).

### **2.1.3 Definition der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)**

Die American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (früher American Association on Mental Retardation) wurde 1876 gegründet.

Sie definiert intellektuelle Behinderung folgendermaßen:

*„Mental retardation is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills. This disability originates before age 18 (Luckasson et al., 2002, S. 13).*

Die Autoren geben fünf grundlegende Annahmen bei Anwendung der Definition:

1. *„Limitations in present functioning must be considered within the context of community environments typical of the individual's age peers and culture.*
2. *Valid assessment considers cultural and linguistic diversity as well as differences in communication, sensory, motor, and behavioral factors.*
3. *Within an individual, limitations often coexist with strengths.*
4. *An important purpose of describing limitations is to develop a profile of needed supports.*
5. *With appropriate personalized supports over a sustained period, the life functioning of the person with mental retardation generally will improve (Luckasson et al., 2002, S. 13)“.*

## **2.2 Psychische Störungen und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit intellektueller Behinderung**

Personen mit intellektueller Behinderung sind laut DSM-IV (APA, 1994) ca. 3-4-mal stärker gefährdet, komorbide psychische Auffälligkeiten zu entwickeln, als Personen ohne intellektueller Behinderung. Es gibt keine Hinweise darauf, dass bestimmte Störungen in dieser Population häufiger vorkommen, es können alle Arten von Störungen auftreten.

Die Punktprävalenz für klassische psychiatrische Erkrankungen (Psychosen, Angst- und Zwangsstörungen, etc.) lag bei einer Studie von Cooper et al. (Cooper et al., 2007a; Cooper et al., 2007b; Smiley et al., 2007; zitiert nach Weber & Rojahn, 2009), zwischen 16,3% und 19,6%. Bei Verhaltensauffälligkeiten (Selbstverletzung, Wutausbrüche, etc.) lag der Wert bei 33,7% und 39,1%. Es zeigte sich außerdem, dass bei Anstieg des Behinderungsgrades, auch die Prävalenz für Verhaltensstörungen stieg, während die Prävalenz von psychischen Störungen unabhängig war (Cooper, 2007). Aktuelle Forschungen beschäftigen sich mit den

Zusammenhängen zwischen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen und stellten dabei eine starke Beziehung zwischen diesen fest. Bei einer Studie von Rojahn et al. (2004; zitiert nach Weber & Rojahn, 2009) zeigte sich, dass Patienten, bei denen ein psychopathologisches Messinstrument angewendet wurde, signifikant höhere Werte aufwiesen, als Patienten ohne Verhaltensauffälligkeiten. Durch diese Zusammenhänge, kam auch die Vermutung auf, dass Verhaltensstörungen atypische und populationspezifische Symptome psychischer Erkrankung darstellen könnten.

Der Ausdruck „Verhaltensstörung“ wird auch zunehmend durch den Begriff „herausforderndes Verhalten (challenging behaviour)“ ersetzt. Dadurch wird deutlich, dass auch die Umwelt von diesem Verhalten betroffen ist (Weber, 1997).

Herausforderndes Verhalten kann Fremdschädigung, Selbstverletzung, motorische Unruhe, Verweigerung, gemeinschaftsstörendes Verhalten, Schreien usw. sein und bei allen Schweregraden bei Personen mit IB vorkommen. Durch diese Verhaltensweisen kann es auch zu Belastungen der Beziehung mit anderen kommen, welche in weiterer Folge auch die Integration gefährden können (Irblich, 2003).

Emerson (1995; zitiert nach Emerson, 2001) hat sich in seinen Arbeiten mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit IB beschäftigt und gibt folgende Definition:

*Culturally abnormal behaviour of such an intensity, frequency or duration that the physical safety of the person or others is likely to be placed in serious jeopardy, or behaviour which is likely seriously limit of, or result in the person being denied access to, ordinary community facilities. (S.3)*

Wie schon erwähnt ist die Abgrenzung zwischen herausforderndem Verhalten und psychischen Störungen schwierig. Je nach Behinderungsgrad sind oft die verbalen Fähigkeiten eingeschränkt und die Personen können ihre Gefühle dadurch nur schwer äußern.

Wenn eine Person überangepasstes Verhalten zeigt, kann dies auch nicht durch Instrumente erfasst werden. Für BetreuerInnen ist dies wohl erwünscht und insgesamt wirkt es systemstabilisierend. Trotzdem kann ein überangepasstes Verhalten Ausdruck einer Verhaltensauffälligkeit sein (vgl. Irblich, 2003).

Die Genese von herausforderndem Verhalten ist sehr vielfältig und sollte nicht außer Acht gelassen werden. Es kann als Reaktion auf eine körperliche Erkrankung oder Befindlichkeitsstörung auftreten, aber auch ein Symptom einer psychischen Erkrankung darstellen. Manchmal können aber auch Veränderungen in der Lebensumwelt der Person zu herausforderndem Verhalten führen (Bischoff, Schulz & Poppele, 2008).

Aufgrund der beschriebenen Probleme, ist auch die richtige pharmakologische Behandlung von psychischen Störungen schwierig. Immer mehr Personen mit IB bekommen aufgrund von herausforderndem Verhalten Psychopharmaka und diese oftmals in hohen Dosen für eine lange Zeit (Matson & Neal, 2009). Deshalb hat auch die Behandlung mit Psychopharmaka bei Menschen mit IB einen schlechten Ruf erlangt. Oft kommt es zu einer Übermedikation und einer Einnahme von mehreren Präparaten (Weber & Rojahn, 2009). Gerade aus diesen genannten Gründen ist eine genaue Abklärung der psychischen Auffälligkeiten von großer Bedeutung. Nur so können adäquate Therapien eingesetzt werden.

Bei Personen mit IB wird abweichendes Verhalten oft durch die Primärdiagnose überschattet und die Möglichkeit einer anderer Diagnosen außer Acht gelassen (Sturmey, 1998). Die Prävention, Rehabilitation und Behandlung von psychischen Störungen bei Menschen mit IB hat weitreichende Folgen für die Person, weil sie die pädagogische und heilpädagogische Förderung sowie die soziale Integration erschweren können (Seidel, 2002).

Der routinemäßige Einsatz von Verfahren in der Praxis, die psychische Auffälligkeiten bei Menschen mit IB abklären, liefert die Möglichkeit einer regelmäßigen Kontrolle über Veränderungen von psychischen Auffälligkeiten. Nicht zuletzt muss bedacht werden, dass für die Menschen mit IB, die unter psychischen Störungen leiden, auch ein Leidensdruck entsteht und auch eine Fremd- oder Selbstgefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. Genau deshalb besteht in der Praxis ein Bedarf an qualitativ hochwertigen Instrumenten, um psychische Probleme bei Menschen mit IB abzuklären und deren Lebensqualität zu verbessern.

## **2. 3 Zusammenfassung**

Im ersten Kapitel wurde eine Definition des Begriffes intellektuelle Behinderung (IB) gegeben und der Wandel des Begriffes beschrieben. Es wurden die drei gängigsten Definitionen, ICD-10, DSM-IV und AIDD vorgestellt und näher erläutert.

Außerdem wurden herausforderndes Verhalten und psychische Störungen bei Menschen mit IB beschrieben und das Problem der Abgrenzung der beiden dargestellt.

## **3. Allgemeine Gütekriterien**

Im folgenden Kapitel wird auf allgemeine Testgütekriterien eingegangen, sowie deren Relevanz bei psychometrischen Verfahren.

Gütekriterien dienen, bei den psychologischen Testverfahren, Fragebögen, usw. der Qualitätssicherung. Sie sollen dem Testanwender Informationen geben über die Testgüte eines Verfahrens. Lienert (1998, zitiert nach Kubinger, 2006, S. 33) unterscheidet zwischen Haupt- und Nebengütekriterien. Unter Hauptgütekriterien fallen Objektivität, Reliabilität und Validität. Als Nebengütekriterien nennt er Normierung, Ökonomie und Nützlichkeit.

„Die Objektivität eines Testes gibt an, in welchem Ausmaß die Testergebnisse vom Testanwender unabhängig sind“ (Bortz & Döring, 2006, S 195). Es können drei Subformen der Objektivität unterschieden werden: Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität (Bortz & Döring, 2006).

Die Reliabilität gibt den Grad der Messgenauigkeit eines Tests an. Als drittes Hauptgütekriterium wurde die Validität genannt. Sie gibt an, wie gut ein Test in der Lage ist zu messen, was er zu messen vorgibt (Bortz & Döring, 2006).

Außerdem werden vom Testkuratorium der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen folgende zusätzliche Gütekriterien angegeben: Zumutbarkeit, (Un-) Verfälschbarkeit und Fairness (Kubinger, 2006).

Die genannten Gütekriterien zur Bestimmung der Qualität gelten aber nicht nur für psychologische Verfahren, Test und Fragebögen, sondern betreffen auch Klassifikationssysteme wie z.B. ICD-10 und DSM-IV.

Sturmey (2007) meint, dass jedes Klassifikationssystem bestimmte Eigenschaften aufweisen sollte. Diese sind:

- Prüfbarkeit (es sollte durch mehrere Personen prüfbar sein),
- Messbarkeit (Es soll messen was es zu messen vorgibt),
- Anwendbarkeit,
- Vollständigkeit,
- Annehmbarkeit und
- Brauchbarkeit.

Reliabilität steht in Zusammenhang mit einigen bedeutenden Eigenschaften, wie der Stabilität über verschiedene Beobachter, Stabilität über die Zeit und interner Konsistenz. Validität bezieht sich auf das Maß, welches angibt, ob ein Test das misst was er zu messen vorgibt (Sturmey, 2007).

Bei allen Erhebungen von personenrelevanten Merkmalen, können die dabei eingesetzten Instrumente, anhand ihrer Validitäts- und Reliabilitätskriterien beurteilt werden. Dazu gehören auch diagnostische Entscheidungen wie z.B. ob jemand unter IB leidet oder welche Art einer Störung vorliegt. Ebenso können sie bei psychometrischen Instrumenten, strukturierten diagnostischen Interviews und auch für klinische Entscheidungen wie z.B. ob jemand mit Psychopharmaka behandelt werden sollte, angewendet werden.

Viele Forscher heben die Reliabilität und die Validität hervor, aber es gibt auch noch andere wichtige Eigenschaften die Klassifikationssysteme aufweisen sollten. Sie müssen vollständig sein und einfach in der Handhabung. Außerdem sollte ein solches System für eine breitgefächerte Zielgruppe mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Interessen akzeptabel sein und dazu sollte es auch schnell, effizient und nützlich sein. Ein Klassifikationssystem sollte zu einer raschen Entscheidung und zu einem besseren Ergebnis führen, als dies ohne die Klassifikation der Fall wäre (Sturmey, 2007).

Bei Betrachtung der Anforderungen an Testverfahren, als auch für die Klassifizierungssysteme, kann man feststellen, dass sehr ähnliche Ansprüche gestellt werden. Diese Anforderungen an Klassifikationssysteme, die Sturmey (2007) nennt, sollten auch für alle psychometrischen Testverfahren gelten.

## 4. Feasibility

In Kapitel 4 soll der Begriff Feasibility definiert werden, sowie verschiedene Konzepte der Feasibility vorgestellt und verglichen werden.

### 4.1 Begriffserklärung

Feasibility ist ein Begriff, der aus der Wirtschaft kommt. Um Risiken und Erfolgswahrscheinlichkeiten bei geplanten Projekten abzuschätzen, geht im Idealfall eine Feasibility-Studie voran. Diese liefert Kennzahlen, um Vergleiche anzustellen und ermöglicht es Projekte im Detail zu analysieren. Die Erfolgswahrscheinlichkeit steigt, indem kritische Faktoren erhoben werden, die zu einem Scheitern führen könnten. Die Ergebnisse dienen im weiteren Verlauf als Entscheidungsgrundlage bei verschiedenen Optionen oder um ein geplantes Projekt fortzusetzen oder zu stoppen (Kramer & Hackmann. 2007).

Nicht nur in der Wirtschaft wird dieser Begriff verwendet, sondern auch im medizinischen Kontext ist der Begriff „Feasibility“ zu finden. So z.B. in der Studie von Wittchen et al. (2008), wo die Feasibility und der Outcome bei der Substitutionstherapie bei heroinabhängigen Patienten in deutschen Substitutionszentren untersucht wurde. Wittchen et al. gehen in der Arbeit aber nicht auf die Operationalisierung und die Definition von Feasibility ein.

In der Psychologie gibt es erste Bemühungen das Konzept der Feasibility als neues Gütekriterium zu etablieren. Dies soll der Qualitätssicherung von psychometrischen Instrumenten dienen und den Outcome verbessern und damit auch die Situation der Patienten. Laut dem Oxford (Cornelsen, 2009) und dem Pons Wörterbuch (Breitsprecher, Terrell, Schnorr & Morris, 1997), bedeutet das Wort Feasibility übersetzt: Machbarkeit oder Durchführbarkeit.

Essink-Bot, Krabbe, Bonsel und Aaronson (1997) haben sich in einer Studie, in der vier Fragebögen zur Messungen des Gesundheitsstatus verglichen wurden, auch mit der Frage der Gebrauchseigenschaften, welche auch die Feasibility miteinschließt, beschäftigt. Die Feasibility wurde Operationalisiert durch die Anzahl fehlender Antworten per Item. Also die Leichtigkeit mit der ein Item durch den Antwortenden ausgefüllt werden kann, sollte einen Indikator für die Feasibility darstellen.

Es gibt bisher keinen Konsens darüber, wie Feasibility gemessen werden kann. Weitere Operationalisierungsmöglichkeiten wären: die Bewertung der Relevanz und Akzeptanz durch den Patienten, sowie die Verständlichkeit und Antwortprobleme; Lesbarkeitsindizes; Bearbeitungszeit; Bias in den Antworten aufgrund von sozialer Erwünschtheit; Bewertung durch das Personal, ob die Leichtigkeit beim Einsatz eines Instrumentes gegeben ist (Ellis et al., 1990; Zahner, 1991; Hollen, 1994; Augustin, 1997; Essing-Bot, 1997; zitiert nach Slade, Thornicroft & Glover, 1999).

Fitzpatrick, Davey, Buxton und Jones (1998) haben den Outcome von Messungen aus Patientensicht in klinischen Versuchen untersucht. Mit patienten-basiertem Outcome meinen die Autoren Fragebögen oder alle verwandten Einschätzungen, die vom Patient selbst oder von anderen im Namen des Patienten, ausgefüllt werden.

Sie geben 8 Dimensionen an, um Patienten-basierte Messungen zu beurteilen:

1. *Appropriateness*

Diese Dimension bezieht sich darauf, wie gut der Inhalt eines Instrumentes dem intendierten Ziel eines Versuches entspricht.

2. *Reliability*

Die Reliabilität bezieht sich auf die Reproduzierbarkeit und die interne Konsistenz eines Instrumentes.

3. *Validity*

Die Validität gibt an, ob ein Instrument misst, was es zu messen vorgibt.

4. *Responsiveness*

Diese Dimension bezieht sich auf die Sensitivität für Veränderungen über die Zeit, die für die Patienten von Bedeutung sind.

5. *Precision*

Dies gibt an, wie präzise die Scores eines Instrumentes sind.



## 6. *Interpretability*

Wie aussagekräftig sind Scores eines Instrumentes?

## 7. *Acceptability*

Diese Dimension bezieht sich darauf, wie akzeptabel das Ausfüllen eines Instrumentes für die befragte Person ist.

## 8. *Feasibility*

Fitzpatrick et al. (1998) beziehen sich mit dieser Dimension auf die Vergrößerung des Arbeitsaufwandes, der Belastung und Störung des Personales, die durch die Verwendung des Instrumentes entstehen.

Daten von Patienten für klinische Versuche werden oftmals im Kontext von regulären klinischen Behandlungen erhoben. Die erhöhte Belastung des Personals kann den Versuch gefährden und die Pflege der Patienten stören.

Wichtig sind aber auch die Einstellungen der Mitarbeiter und die Akzeptanz des Wertes einer Messung. Dies kann in weiterer Folge auch die Akzeptanz der Patienten beeinflussen (Fitzpatrick et al., 1998).

Slade, Thornicroft und Glover (1999) haben sich mit dem Einsatz von standardisierten Verfahren, bei der Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, beschäftigt und schlagen eine Definition für Feasibility als psychometrische Eigenschaft vor. Sie fordern außerdem den routinemäßigen Einsatz von standardisierten Verfahren in der Gesundheitsvorsorge. Die Gründe warum dies nicht der Fall ist, sind vielfältig (z.B. Fehlen von geeigneten Instrumenten). Der routinemäßige Einsatz solcher Verfahren, liefert die Möglichkeit eine regelmäßige Kontrolle über Veränderungen von psychischen Auffälligkeiten bei Menschen mit IB festzustellen, sowie das Gesundheitssystem zu entlasten. In dieser Untersuchung soll geprüft werden, ob die PAS-ADD-C bzw. die ABC für einen routinemäßigen Einsatz geeignet sind.

Die psychometrische Eigenschaft der Instrumente, für einen routinemäßigen Einsatz geeignet zu sein, wird als Feasibility bezeichnet (Slade et al., 1999)

Der Einsatz von standardisierten Messungen in der Gesundheitspflege betrifft nicht nur den einzelnen Patienten, sondern auch die Mitarbeiter einer Einrichtung, sowie das gesamte nationale Gesundheitssystem. Für den Patienten bedeutet ein

Ergebnis den Einsatz von Medikamenten, einer Therapie oder eine Entlassung aus der Pflege, etc. Die Daten können aber auch eine Ebene höher genutzt werden, um die Effektivität von verschiedenen Einrichtungen zu vergleichen und in weiter Folge Personalentscheidungen daraus abzuleiten. Auf dem nationalen Level ist es möglich, Ziele für die Steigerung der Gesundheit zu setzen und diese zu messen. Dadurch könnte die mentale Gesundheit der Bevölkerung beobachtet werden und die Ergebnisse für die weitere Planung von Gesundheitservices eingesetzt werden. Instrumente für den routinemäßigen Einsatz sollten folgende Eigenschaften aufweisen: Kürze, Einfachheit, Relevanz, Akzeptanz, Verfügbarkeit und Aussagekraft. Alle diese genannten Eigenschaften werden unter dem Begriff Feasibility subsumiert.

Slade et al. (1999) schlagen folgende Definition von Feasibility, als neue psychometrische Eigenschaft eines Verfahrens vor:

„The feasibility of an assessment indicates the extend to which it is suitable for use on a routine, sustainable and meaningful basis in typical clinical settings, when used in a specified manner and for a specified purpose“ (S. 245).

Im Folgenden werden die Konzepte der Feasibility von Slade et al. (1999) und Andrews et al. (1994) vorgestellt. Auf diesen beiden Konzepten basiert der Feasibility Fragebogen, der durch die Autorin entwickelt und der zur Evaluierung von PAS-ADD-C und ABC eingesetzt wurde.

#### **4.2 6 Charakteristiken der Feasibility nach Slade et al. (1999):**

Slade et al. (1999) beschreiben 6 Dimensionen der Feasibility. Diese sind besonders relevant bei Instrumenten, die von Betreuungspersonen ausgefüllt werden, denn das Ziel ist es, Fragebögen routinemäßig einzusetzen. Dies wird von den Betreuungspersonen nur dann angenommen, wenn das Instrument u.a. benutzerfreundlich, einfach, kurz, die Relevanz erkennbar und der Nutzen hoch ist.

### *Brevity*

Diese Dimension bezieht sich auf die Länge der Verfahren. Diese sollten so kurz wie möglich sein. Das impliziert auch, dass die Items nicht redundant sein sollten. Um die Betreuungspersonen trotz hoher Arbeitsbelastung zu motivieren, ein Instrument einzusetzen, sollte es auch visuell ansprechend und schnell erfassbar gestaltet sein.

### *Simplicity*

Ein Instrument sollte so gestaltet sein, dass beim ersten Überfliegen klar ist, wofür es eingesetzt werden kann, wer es anwenden sollte, wie lang es dauert, wann und wie es angewendet wird und was mit den Ergebnissen gemacht werden kann. Dies wird dadurch erreicht, dass so wenig Fachwörter und Abkürzungen wie möglich verwendet werden. Falls Instruktionen notwendig sind, sollten diese einfach zu verstehen und schnell zu finden sein. Die Bedeutung der Ratingskalen sollte schnell erkennbar sein.

### *Relevance*

Die Bedeutsamkeit eines Instrumentes sollte für die Betreuungspersonen erkennbar sein. Daher sollte es über Augenscheinvalidität verfügen, das heißt es sollte für die Personen klar sein, was mit dem Instrument erfasst werden soll.

### *Acceptability*

Die Akzeptanz eines Instrumentes hängt davon ab was eingeschätzt werden soll, der Methode und dem Zweck der Messung. Vorhandenes Wissen sollte nicht nochmals erfragt werden (z.B. Soziodemographische Daten). Die Akzeptanz wird zwischen verschiedenen Berufsgruppen variieren, wobei die Sprache einen wichtigen Faktor darstellt. Der Zweck der Messung hat einen großen Einfluss auf die Feasibility. Fachleute sind eher geneigt bestimmte Verfahren einzusetzen (z.B. um einen Bedarf an Ressourcen aufzuzeigen) als andere Berufsgruppen.

### *Availability*

Ein Instrument sollte kostenlos, von einem Lieferanten leicht erhältlich und kopierfähig sein.

*Value*

Der Wert eines Instrumentes ergibt sich daraus, dass der Nutzen höher ist als die Kosten.

### **4.3 Konzept der Feasibility nach Andrews et al. (1994)**

Auch Andrews, Peters und Tesson (1994) haben sich mit dem Konzept der Feasibility und dem Outcome von Untersuchungen beschäftigt. Sowie auch Slade et al. (1999), fordern sie den Einsatz von standardisierten Verfahren und weisen auf die Bedeutung für das Gesundheitssystem auf verschiedenen Ebenen hin.

Sie definieren den Consumer Outcome folgendermaßen: „Consumer outcome is: the effect on a patient’s health status that is attributable to an intervention“(S.9).

Laut Andrews et al. (1994) sollte der Outcome unter anderem folgende Kriterien erfüllen:

- Applicability
- Acceptability
- Practicality

#### *Applicability:*

Darunter wird die Nützlichkeit der gesammelten Daten verstanden. Sie sollten für den Kliniker von Nutzen sein, um daraus Diagnosen zu erstellen und Behandlungen abzuleiten und sie sollten für das Management nützlich sein, um Vergleiche anzustellen. Die Ergebnisse sollten außerdem multidimensional sein, also ein Ergebnisprofil des Klienten liefern anstatt eines einzelnen Summenscores.

#### *Acceptability:*

Die Messungen sollten kurz und benutzerfreundlich sein, die Sprache sollte einfach zu verstehen sein und das Instrument sollte formal klar gestaltet sein.

#### *Practicality:*

Die Messungen sollten kostengünstig sein und die Auswertung und Interpretation der Daten sollte einfach sein. Der Trainingsaufwand, um das Instrument einzusetzen und zu interpretieren, sollte gering sein. Optimalerweise sollten einfache Instruktionen verfügbar sein.

Beim Vergleich beider Konzepte, zeigt sich, dass die meisten Dimensionen die Slade et al. angeben auch in den Dimensionen von Andrews vorkommen. Die Dimensionen von Andrews sind weiter gefasst, deshalb ergeben sich insgesamt weniger Punkte.

Diese beiden Arbeiten, wie auch die in Kapitel 4.1 genannte Studie von Fitzpatrick et al. (1998), betonen alle die Wichtigkeit der Akzeptanz. Die Dimension Akzeptanz bei Andrews ist weiter gefasst und beinhaltet die Punkte Brevity und Simplicity von Slade et al.

Der Punkt Value von Slade et al., ist bei Andrews et al. unter dem Punkt Practicality erwähnt, wenngleich Andrews den Punkt weiter fasst und auch den Trainingsaufwand, Interpretation, ect. miteinschließt.

Die Punkte 3 und 5 von Slade et al., Availability und Relevance, werden in der Arbeit von Andrews et al. nicht explizit erwähnt.

Für die Konstruktion des Feasibility Fragebogens, der in dieser Arbeit zur Evaluierung eingesetzt wurde, wurden folgende Dimensionen ausgewählt: Benutzerfreundlichkeit, Anwendbarkeit und Akzeptanz.

Wie aus der Literatur hervorgeht, ist die Skala Akzeptanz von großer Bedeutung, deshalb wurde sie auch hier miteinbezogen. Was Andrews et al. unter Practicality verstehen, wurde hier mit „Benutzerfreundlichkeit“ bezeichnet, weil bei dieser Bewertung die Ausfüller nach Verständlichkeit der Instruktion und der Fragen, etc. befragt wurden, nicht aber nach der Einfachheit Auswertung und der Interpretation, deshalb erschien dieser Begriff hier passender. Wenn ein Instrument nicht dem Kriterium der Benutzerfreundlichkeit entspricht, wird die Chance, dass es eingesetzt wird sinken und wird sich weiters auch negativ auf die Akzeptanz der Ausfüller auswirken. Die Skala Anwendbarkeit wurde hier etwas weiter gefasst. Andrews et al. sehen unter anderem in der Dimension Anwendbarkeit, die Nützlichkeit der gewonnenen Daten, welche für eine Diagnosestellung und Ableitung einer Behandlung nützlich sein sollen. Die Informationen sind aber nur dann von Nutzen, wenn sie von den BetreuerInnen auch in angemessener Weise gegeben werden können. Deshalb wurde hier nach der subjektiven Meinung der BetreuerInnen gefragt, ob sie genügend fachliche Erfahrung haben um die Fragen zu beantworten und ob sie über genügend Information bezüglich ihrer Klienten verfügen.

Probleme bei der Messung der Feasibility ergeben sich daraus, dass es bisher keinen Konsens bei der Definition des Begriffes der Feasibility gibt, was eine reliable und valide Messung schwierig macht. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass manche der oben genannten Charakteristiken andere psychometrische Eigenschaften verschlechtern. Zum Beispiel, würde die Erhöhung der Flexibilität bei der Administration die Relevanz und die Akzeptanz erhöhen, aber gleichzeitig die Reliabilität verringern (Slade et al., 1999). Hier ist ein genaues Abwägen der Vor- und Nachteile angebracht und je nach Ziel sollte dem einen oder dem anderen der Vorzug gegeben werden.

#### **4.4 Zusammenfassung**

In diesem Kapitel wurde eine Einführung zum Thema Feasibility gegeben. Feasibility ist ein Begriff der aus der Wirtschaft stammt. Außerdem hat er auch Eingang in verschiedene klinische Studien gefunden. Zunehmend wird auch die Wichtigkeit dieser neuen Qualitätseigenschaft in der Psychologie erkannt und diskutiert. Insgesamt sollte die Feasibility die Qualität von Befragungsinstrumenten verbessern und so auch die Brauchbarkeit des Outcomes steigern. Es gibt bisher die verschiedensten Ansätze der Operationalisierung wie z.B. die Erhebung Anzahl fehlender Antworten per Item oder durch die Bewertung der Patienten, etc. Bisher konnte in der Forschung noch kein einheitlicher Konsens für die Operationalisierung bzw. auch der Definition gefunden werden. Dies sind gleichzeitig auch die zwei größten Probleme der Feasibility.

Es wurden außerdem die Konzepte der Feasibility von Slade et al. (1999) und Andrews et al. (1994) beschrieben und gegenübergestellt. Diese beiden dienten bei der Konstruktion des in dieser Arbeit eingesetzten Feasibility Fragebogens, als Grundlage.

### **5. POMONA & POMONA-II-Folgeprojekt**

Das POMONA (2002-2004) Projekt, ist ein von der Europäischen Kommission für Gesundheitswesen gefördertes Projekt, dessen Ziel die Identifikation von Gesundheitsfaktoren von Personen mit Intellektueller Behinderung war (Pomona, 2004).

Die WHO (2000) definiert Gesundheitsindikator folgendermaßen: „*a variable with characteristics of quality, quantity and time used to measure, directly or indirectly, changes in a situation and to appreciate the progress made in addressing it*“.

Intellektuelle Behinderung ist eine lebenslange Beeinträchtigung mit multipler Ätiologie, von der ca. 1-3% der Bevölkerung betroffen ist. Es zeigen sich große Unterschiede im Gesundheitsstatus von Menschen mit IB und dem Rest der Bevölkerung. Die Gründe dafür liegen an den größeren Barrieren bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (Pomona, 2004).

Das Ziel von Pomona (2002-2004) war, spezifische Gesundheitsindikatoren bei Personen mit IB, die in der EU leben, zu ermitteln. Die längsschnittliche Untersuchung dieser Indikatoren soll einen Richtwert der Gesundheit von Personen mit IB über die Zeit geben und eine Reduktion der Unterschiede des Gesundheitsstatus aufzeigen.

POMONA II ist das zweite Projekt, das ebenfalls von der Europäischen Kommission unterstützt wurde und von 2005-2008 durchgeführt wurde. Mittels der im POMONA Projekt entwickelten Gesundheitsindikatoren, wurden Daten von Personen mit intellektueller Behinderung in insgesamt 13 Mitgliedsstaaten der EU erhoben.

In Österreich wurden Angehörige und Betreuungspersonen von 190 Personen mit IB mittels Fragebögen und Interviews untersucht. Die Personen wurden von geschulten InterviewerInnen der Fakultät für Psychologie der Universität Wien, je nach Schweregrad der Beeinträchtigung, selbst befragt oder es wurden zur Gänze die Betreuungspersonen oder die Angehörigen als Informanten herangezogen. Fremdeinschätzungen wurden von jeder der teilnehmenden Personen erhoben. Zur Befragung wurden unter anderem die Instrumente PAS-ADD Checkliste und ABC eingesetzt.

Danach wurden im POMONA II Folgeprojekt (2009) die Personen in Österreich neuerlich untersucht, um festzustellen, ob es Veränderungen im Gesundheitsstatus gab. Es wurden unter anderem auch die PAS-ADD- C und ABC zur Erfassung des psychischen Status bei den Menschen mit IB eingesetzt. Es sollten hiermit auch Veränderungen über die Zeit beobachtet werden. Außerdem dienten die Daten dieser Erhebung auch als Grundlage für die Erfassung der psychometrischen Kennwerte für die deutsche Übersetzung der Checklisten. Es wurden die Interrater- und Re-testreliabilität sowie die Longterm-Stability überprüft. Von den insgesamt

180 Personen mit IB aus der österreichischen Stichprobe des Pomona II Projektes, haben 147 am Pomona II Folgeprojekt teilgenommen. Den Personen, die die PAS-ADD-C und ABC für ihre Klienten vervollständigt haben, wurde eine kurze Einführung gegeben, wie die Fragebögen auszufüllen sind (Zeiliger, Weber & Haveman, 2011).

Die Betreuungspersonen aus dieser Stichprobe, wurden ebenfalls für die vorliegende Arbeit herangezogen und zur Evaluierung der Instrumente, PAS-ADD-C und ABC, befragt.

## **6. Fremdeinschätzungen**

Bei den evaluierten Instrumenten, PAS-ADD-C und ABC, handelt es sich um Instrumente, die von den Betreuungspersonen ausgefüllt werden. Deshalb werden im folgenden Kapitel die Probleme bei der Einschätzung durch dritte Personen aufgezeigt. Bei Menschen mit IB kommt es öfter vor, dass die Personen aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht selbst befragt werden können. Deshalb wird auf Betreuungspersonen und Angehörige zurückgegriffen, die Auskunft über die Person geben sollen. Dies ist nicht immer unproblematisch und wirft einige Fragen auf.

Danach werden die im POMONA-Projekt eingesetzten Fragebögen PAS-ADD-C und ABC, die in dieser Studie untersucht wurden, näher beschrieben.

### **6.1 Einsatz von Fremdeinschätzungen in der klinischen Psychologie**

Bei den in der vorliegenden Arbeit untersuchten Verfahren, PAS-ADD-C und ABC, handelt es sich um Screeningverfahren, die psychische Störungen und abweichendes Verhalten bei Personen mit IB erheben sollen. Es handelt sich hierbei um Fremdbeurteilungsverfahren, die von den Betreuungspersonen der Menschen mit IB eingesetzt werden sollen.

Wie aber die Forschungen in der Psychologie zeigen, ist die Beurteilung von anderen Personen Verzerrungen unterworfen. Diese laufen unbemerkt und automatisiert ab. Zudem begegnen wir unseren Mitmenschen mit gewissen Erwartungshaltungen, welche auch im Sinne einer „sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ wirken können. Außerdem sind Beurteilungen oftmals in einem sozialen Einflussprozess eingebettet, aus dem es dann zur Beurteilung kommt (Kannig, 1999)



Bei der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von psychischen Störungen bei Menschen mit IB gibt es besondere Anforderungen. Je nach Schweregrad der Beeinträchtigung kommt es z. B. durch sprachliche Kommunikationsfähigkeiten, etc. zu methodischen Schwierigkeiten bei der Erhebung (Seidel, 2002).

Viele der Diagnoseinstrumente erfordern Selbsteinschätzungen von Gedanken, Gefühlen, physiologischen Zuständen, vergangenen Ereignissen und Reaktionen auf diese. Diese Angaben erfordern allerdings eine adäquate sprachliche Diskriminationsfähigkeit sowie ein gutes Erinnerungsvermögen. Personen mit IB besitzen oft nur schlechte Fähigkeiten in den angesprochenen Bereichen, was es vor allem bei schlechten verbalen Fähigkeiten schwierig bis unmöglich macht, Diagnosekriterien zu erfüllen, die nicht entsprechend modifiziert wurden (Sturmey, 2007).

Nicht immer sind Personen mit IB geeignete Informanten, deshalb sind Diagnostiker auf dritte Personen angewiesen, die als Informanten fungieren. Diese Personen können manchmal genaue Auskünfte über private Ereignisse und die Krankengeschichte einer anderen Person geben, aber diese Informationen sollten mit Vorsicht betrachtet werden. Die Interpretation des Verhaltens von Personen mit atypischer Entwicklung ist nochmals eine besondere Herausforderung. Dritte Personen kennen den Klienten vielleicht erst seit kurzer Zeit oder können die Person nur in einem bestimmten Setting beobachten (Sturmey, 2007).

Die Informanten haben außerdem manchmal ihre eigene feste Meinung über den Grund oder die aktuelle Diagnose, das verantwortlich für das besorgniserregende Verhalten ist, oder sie verfügen selber nicht über geeignete sprachliche Fertigkeiten und Diskriminationsfähigkeiten, um relevante Informationen exakt an die Fachleute rückzumelden.

Viele Ärzte sehen die psychiatrische Krankengeschichte als essentielles Element einer diagnostischen Aufarbeitung. Ferner haben einige Klienten eine lange und komplexe Geschichte die vielleicht nur schlecht oder unvollständig dokumentiert wurde oder möglicherweise nicht verfügbar ist (Sturmey, 2007).

Lambrechts und Maes (2009) zeigen weitere Aspekte, die bei der Fremdbeurteilung zu bedenken sind. Sie konnten in einer Studie zeigen, dass es zu Variabilitäten in den Bewertungen bei verschiedenen BetreuerInnen, die dieselbe Person einschätzen sollen, kommt. Sie fanden zwei Prädiktoren, die die Variabilität erklären

konnten: die Arbeitsstunden des Personals und deren interne Attribution des herausfordernden Verhaltens des Klienten.

Ausserdem spielen zwei Faktoren eine Rolle bei der Interaktion zwischen dem/r BetreuerIn und den KlientenInnen: die emotionale Reaktion der BetreuerInnen auf das herausfordernde Verhalten und die eigene Theorie über das Verhalten der Person. Herausforderndes Verhalten welches das Personal betrifft wird negativer bewertet, als Verhalten das die Person selber betrifft. Alles diese Aspekte können die Beurteilung beeinflussen und die Ergebnisse verzerren.

In der Praxis, als auch in der Forschung, würde die Sichtweise von mehreren BetreuerInnen ein genaueres Bild des herausfordernden Verhaltens des Klienten liefern. Dadurch, dass herausforderndes Verhalten kein objektives Ereignis ist und durch die Wahrnehmung beeinflusst wird, ist es wichtig, dass den BetreuerInnen der subjektive Aspekt bewusst gemacht wird (Lambrechts & Maes, 2009).

Aufgrund der genannten Probleme bei der Fremdeinschätzung bei Personen mit IB, die unter psychischen Auffälligkeiten leiden, ist es besonders wichtig, dass das Gütekriterium der Feasibility erfüllt wird. Dies ist bedeutend, um aussagekräftige Ergebnisse zu bekommen, die zu einer weiteren Handlungsanleitung führen. Nicht zuletzt kann so eine adäquate Behandlung und Versorgung der Klienten gewährleistet werden, welche deren Lebensqualität erhöht. In weiterer Folge wird durch eine effiziente Diagnose und eine richtige Behandlung das Gesundheitssystem entlastet.

## **6.2 Eingesetzte Instrumente**

In den folgenden Kapiteln, werden die Instrumente PAS-ADD Checkliste und ABC, die in dieser Studie evaluiert wurden, vorgestellt und beschrieben.

### **6.2.1 ABC- Aberrant Behavior Checklist-Community**

Die ABC (Aberrant Behavior Checklist) wurde 1986 von Aman und Singh zur Messung von Treatment-Effekten und zur Beurteilung von problematischem Verhalten bei Personen mit IB entwickelt (Aman, 1995). 1994 wurde eine überarbeitete Version publiziert, die auch für Personen, die gemeindeintegriert leben, einsetzbar ist. Die neue Version wurde zur Aberrant Behavior Checklist-Community (ABC-C).

Sie besteht aus insgesamt 58 Items, die fünf faktorenanalytisch begründete Skalen ergeben:

Subskala I: Irritierbarkeit

Subsakla II: Lethargie

Subskala III: Stereotypie

Subskala IV: Hyperaktivität

Subskala V: Unangemessene sprachliche Ausdrucksweise

Die Items werden auf einer vierstufigen Skala (0-3) eingestuft, wobei ein höheres Rating, auf ein größeres Problem hinweist (Brinkley, 2007). 0 bedeutet „überhaupt kein Problem“, 1 „das Verhalten ist ein leichtes Problem“, 2 „das Problem ist mäßig schwerwiegend“, während 3 „das Problem ist schwerwiegend“ angibt. In der Pomona Studie wurde die deutsche Version von Weber et al. (2003) eingesetzt und das Antwortformat um die Möglichkeit „Verhalten ist NICHT aufgetreten“ erweitert. Diese wurde hinzugefügt, um herauszufinden, ob das Verhalten tatsächlich nicht aufgetreten ist, oder ob es lediglich für die Betreuungspersonen kein Problem darstellt.

### **6.2.2 Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD Checkliste)**

Die Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD) ist ein dreiteiliges Diagnoseinstrument, zur Abschätzung von psychischen Störungen bei Personen mit IB. PAS-ADD 10 ist ein semi-strukturiertes klinisches Interview, das nur von geschulten Psychologen bzw. Psychiatern durchgeführt werden sollte. Die Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability Checklist (PAS-ADD-C) ist ein Screeningverfahren und kann von Personen ohne facheinschlägige Ausbildung eingesetzt werden, während der Mini PAS-ADD (ebenfalls ein Screeningverfahren) auf Personen zugeschnitten ist, die schon über Erfahrung in diesem Bereich verfügen (Moss, 2003).

Die PAS-ADD Checkliste wurde dazu entwickelt, um Betreuungspersonen von intellektuell behinderten Personen, zu helfen, Probleme bei der mentalen Gesundheit ihrer Klienten zu erkennen. Darüber hinaus sollte das Ergebnis eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die Überweisung zu einem Spezialisten liefern. Die Betreuungspersonen, die die Checkliste anwenden, sollten den Klienten mindestens 6 Monate kennen. Die Items wurden in Umgangssprache formuliert, um

das Instrument auch bei Personen ohne psychopathologischen Hintergrund einsetzen zu können (Moss, 1998).

Die PAS-ADD Checkliste besteht aus einer Life-Event Checkliste, wo kritische Lebensereignisse erfragt werden und 29 Items die spezifische Symptome erfragen. In der originalen Version von Moss et al. wurde eine 4 stufige Likert-skala verwendet. Sie reicht von „kam nicht vor“ über „kam gelegentlich bzw. nur in leichter Ausprägung vor“ und „kam häufig bzw. in mittelgradiger Ausprägung vor“ bis zu „kam in schwerwiegender Ausprägung die meiste Zeit über vor“.

In der deutschsprachigen Version von Weber et al. (2003), die in der Pomona-Studie zum Einsatz kam, wurde die Skala um die Antwortmöglichkeit „War immer schon so“ erweitert. Die PAS-ADD-C versucht Veränderungen zu erfassen, daher ist diese zusätzliche Antwortmöglichkeit eine wichtige Informationsquelle.

Die Items werden summiert und ergeben insgesamt fünf Skalen. Diese werden dann zu drei endgültigen Skalen verrechnet, die dann interpretiert werden:

- Gesamtwert 1. Mögliche organische Ursachen
- Gesamtwert 2. Affektive oder neurotische Störung
- Gesamtwert 3. Psychotische Störung

Zu jedem Gesamtwert ist auch ein Grenzwert angegeben, der darauf hinweist, ob möglicherweise eine weitere psychiatrische Untersuchung nötig ist (Moss, 2002).

### **6.3 Zusammenfassung**

Die beiden in der vorliegen Studie untersuchten Instrumente, PAS-ADD-C und ABC, sind als Fremdeinschätzungen konzipiert. Grundsätzlich sind Fremdeinschätzungen, aufgrund unserer Wahrnehmung und verschiedener Prozesse, Verzerrungen unterworfen.

Gerade bei Menschen mit IB unterliegt die Diagnostik von psychischen Auffälligkeiten und herausforderndem Verhalten besonderen Anforderungen. Hier kommen verschiedene Aspekte bei den BetreuerInnen zum Tragen, die die Objektivität der Beurteilung beeinflussen können. So konnten Lambrechts und Maes (2009) zeigen, dass verschiedene BetreuerInnen zu unterschiedlichen Bewertungen bei einer Person kommen. Ein besseres Ergebnis könnte hier durch die Bewertung

von mehreren BetreuerInnen erzielt werden und durch den Hinweis auf die Subjektivität der Einschätzungen.

Eine der evaluierten Checklisten war die ABC (Aberrant Behavior Checklist Community) von Aman (1994), welche 58 Items beinhaltet. Sie dient der Abschätzung von problematischem Verhalten von Personen mit IB.

Das zweite Instrument, das evaluiert wurde, war die PAS-ADD-C (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability Checklist) von Moss (2002). Sie wurde zur Abschätzung von psychischen Störungen bei Menschen mit IB entwickelt und ist Teil eines dreiteiligen Diagnoseinstrumentes. Sie besteht aus einer Life-Event Checkliste und 29 Items, die insgesamt zu drei Skalen verrechnet werden. Zu diesen Skalen sind die jeweiligen Grenzwerte angegeben, die die Entscheidung zu einer weiteren Abklärung liefern sollen.

Gerade bei der Diagnostik von psychischen Störungen und herausforderndem Verhalten bei Menschen mit IB sind qualitativ hochwertige Instrumente notwendig, die unter anderem dem Gütekriterium der Feasibility entsprechen, um die Lebensqualität der Personen zu verbessern.

## **II. Empirischer Teil**

### **7. Theoretische Grundlage für die Entwicklung des Feasibility Fragebogens**

In der in Kapitel drei beschriebenen POMONA Studie, wurde ein erster Versuch unternommen die Feasibility der eingesetzten Instrumente zu erheben. Hierbei wurde im Zuge eines Workshops unter der Leitung von Prof. Salvador-Carulla ein Fragebogen erstellt, welchen die InterviewerInnen der Studie aus verschiedenen Ländern ausfüllen sollten.

Auch in der vorliegenden Untersuchung, wurde in Anlehnung an die von Andrews et al. (1994) und Slade et al. (1999) vorgeschlagenen Dimensionen der Feasibility, ein Fragebogen entwickelt. Dieser besteht aus drei Skalen: Anwendbarkeit, Benutzerfreundlichkeit und Akzeptanz. Die Skala Benutzerfreundlichkeit besteht aus 4 Items und überschneidet sich mit den Dimensionen Acceptability und Practicility von Andrews. Dabei wird erfragt, ob für den/die AusfüllerIn die Instruktion bzw. die Fragen verständlich waren und ob die Zeit zum Ausfüllen als angemessen empfunden wurde. Außerdem wird erfragt, ob die Fragen nach Meinung der Person eindeutig formuliert sind.

Die Skala Akzeptanz besteht ebenfalls aus 4 Items. Diese entspricht weitgehend der Dimension von Slade et al. (1999) bezieht sich aber auch auf die Augenscheinvalidität, die Slade bei der Dimension Relevance beschreibt.

Die dritte Skala des Fragebogens, Anwendbarkeit, setzt sich aus drei Items zusammen. Das Ziel hierbei war, zu erfragen, ob die BetreuerInnen ihrer eigenen Einschätzung nach, über genügend Erfahrung und Information bezüglich ihrer Klienten verfügen, um die gestellten Fragen beantworten zu können. Weiters geht es darum herauszufinden, ob das Antwortformat von PAS-ADD-C und ABC ausreichend ist, um die Personen mit IB vollständig darzustellen.

Das Ziel der Untersuchung war es, die in der POMONA II Studie eingesetzten Instrumente, PAS-ADD-Checkliste und ABC, zu untersuchen. Beide Fragebögen sind als Fremdeinschätzung konzipiert und wurden von Betreuungspersonen und Angehörigen ausgefüllt. Aufgrund der in Kapitel 6.1 beschriebenen Probleme bei der Einschätzung durch dritte Personen ist es besonders wichtig, dass ein

Instrument, dem Gütekriterium der Feasibility entspricht, um brauchbare Informationen zu bekommen und auch Reaktanz abzubauen.

## **7.1 Beschreibung des Feasibility Fragebogens**

Der Fragebogen wurde a priori konstruiert und die einzelnen Fragen, theoriegeleitet, einzelnen Skalen zugeordnet.

Das Instrument besteht aus insgesamt drei Teilen.

Teil 1: Angaben zur Person

Teil 2: Beurteilung der PAS-ADD Checkliste

Teil 3: Beurteilung der ABC-Checkliste

### *Teil 1*

Es wurden 8 demographische Items erhoben, wo die Personen nach Angaben zum Alter, Geschlecht, Muttersprache, Ausbildung, usw. gefragt wurden.

### *Teil 2*

Dieser Teil setzt sich aus 11 Items zusammen, die insgesamt drei Skalen ergeben: Benutzerfreundlichkeit, Anwendbarkeit und Akzeptanz. Die befragten Personen, sollen die PAS-ADD Checkliste hinsichtlich Länge, Verständlichkeit, Intention, Verständlichkeit der Instruktion usw. beurteilen.

### *Teil 3*

Teil 3 besteht aus denselben Fragen wie Teil 2. Die Personen sollen jedoch diesmal die ABC-Checkliste beurteilen.

Zur Einschätzung der Items wurde eine fünfstufige Skala verwendet (1 = Nein bis 5= ja). Auf den Fragebögen wurden jeweils nur die Randkategorien, „ja“ und „nein“, benannt. Die Antworten „ja“ und „nein“ sollten eine klare Aussage ermöglichen und das Antwortformat sollte so intuitiv und klar wie möglich gestaltet werden, um selbst auch die Kriterien der Feasibility zu erfüllen. Die fünfstufige Skala wurde gewählt, da weniger Stufen als zu wenig differenziert erschienen und zu viele Stufen den/die AusfüllerIn überfordern könnten, was möglicherweise zu einem weniger genauen Nachdenken geführt hätte. Möglicherweise könnte es aber auch zu Reaktanz seitens des Ausfüllers führen.

Zur Frage: „Empfinden Sie die Fragen als die Privatsphäre verletzend?“ und „Empfanden sie es unangenehm manche Fragen zu beantworten?“, wurde zusätzlich nach der Nummer des betreffenden Items gefragt. Falls die Antwort „ja“ lautet wurde ein Feld hinzugefügt, um den Grund anzugeben. Am Ende des Fragebogens wurde noch genügend Platz für weitere Anmerkungen gelassen.

## **7.2 Expertengespräch**

Da eine Vorstudie aufgrund der geringen Stichprobenanzahl nicht möglich war, wurde ein Expertengespräch mit einer Betreuerin geführt, die in einer Wohngemeinschaft für Personen mit IB tätig ist.

## **7.3 Beschreibung der Stichprobe**

Die Stichprobe setzt sich aus den BetreuerInnen zusammen, die beim Pomona II Folgeprojekt befragt wurden und Fremdeinschätzungen für ihre Klienten ausgefüllt haben. Eine Durchsicht der Datenbank, welche mit freundlicher Genehmigung von Weber, Brehmer und Zeilinger zur Verfügung gestellt wurde, ergab einen möglichen Stichprobenumfang von ca. 40- 45 Personen. Die in der POMONA - Datenbank gelisteten Personen mit IB, verfügen nicht über jeweils eine eigene Betreuungsperson. In Werkstätten und Wohnheimen ist oft eine Betreuungsperson für mehrere Personen mit IB zuständig.

In der vorliegenden Untersuchung wurden Angehörige von der Stichprobe ausgeschlossen, da sich die Beziehungsqualität der BetreuerInnen und den Angehörigen zu den Personen mit IB deutlich unterscheidet. Die Überlegungen der Autorin sind dahingehend, dass die Objektivität der Angehörigen durch die emotionale Nähe beeinträchtigt sein könnte. Weitere Studien, um diese Überlegung zu untermauern, wären wünschenswert.

## **7.4 Beschreibung der Durchführung**

Der Erhebung der Daten fand im Zeitraum von August 2009 bis April 2010 statt. Ein Teil der beschriebenen Feasibility Fragebögen wurde im Zuge des POMONA II Folgeprojektes beigelegt und die Betreuungspersonen gebeten diese auszufüllen. Dies war aufgrund des Fortschrittes der Studie nicht mehr bei allen teilnehmenden Einrichtungen möglich. Deshalb wurden die Kontaktpersonen angerufen und über die Feasibility Studie informiert, sowie die Erlaubnis der Zusendung der Fragebögen per Post erbeten. Den Postsendungen wurden, außer den Fragebögen, eine



ausführliche Instruktion sowie die zu beurteilenden Instrumente und ein adressiertes Rücksendekувert beigelegt. Für Rückfragen wurde eine Telefonnummer und eine e-mail Adresse angegeben.

## **7.5 Fragestellungen**

1. In welchem Ausmaß entspricht die ABC dem Gütekriterium der Feasibility?
  - 1.1 In welchem Ausmaß entspricht die ABC dem Gütekriterium der Akzeptanz?
  - 1.2 In welchem Ausmaß entspricht die ABC dem Gütekriterium der Benutzerfreundlichkeit?
  - 1.3 In welchem Ausmaß entspricht die ABC dem Gütekriterium der Anwendbarkeit?
  
2. In welchem Ausmaß entspricht die PAS-ADD-C dem Gütekriterium der Feasibility?
  - 2.1 In welchem Ausmaß entspricht die PAS-ADD-C dem Gütekriterium der Akzeptanz?
  - 2.2 In welchem Ausmaß entspricht die PAS-ADD-C dem Gütekriterium der Benutzerfreundlichkeit?
  - 2.3 In welchem Ausmaß entspricht die PAS-ADD-C dem Gütekriterium der Anwendbarkeit?
  
3. Gibt es Zusammenhänge zwischen der Länge der Arbeitserfahrung und der Bewertung von PAS-ADD-C und ABC?

## **8. Überprüfung der Daten**

Die genaue Anzahl der Betreuungspersonen, die an der Pomona Studie teilgenommen haben, konnte nicht ermittelt werden, da in der Datenbank nur die Personen mit IB und die Leitung der jeweiligen Einrichtungen angeführt waren, nicht aber die Anzahl der BetreuerInnen. In Werkstätten und Wohngemeinschaften ist oft ein/e BetreuerIn für mehrere Personen zuständig. Außerdem haben nicht immer alle Personen mit IB, die in einer Einrichtung leben oder tätig sind, an der Studie teilgenommen. Deshalb wurde den Briefsendungen zur Sicherheit eine größere Menge an Fragebögen beigelegt. Es wurden insgesamt 35 Fragebögen retourniert, von denen einer aufgrund des kompletten Fehlens von Teil 3 ausgeschlossen

werden musste. Alle anderen 34 Fragebögen waren vollständig ausgefüllt und es gab keine fehlenden Werte, d.h. alle Fragebögen waren vollständig ausgefüllt.

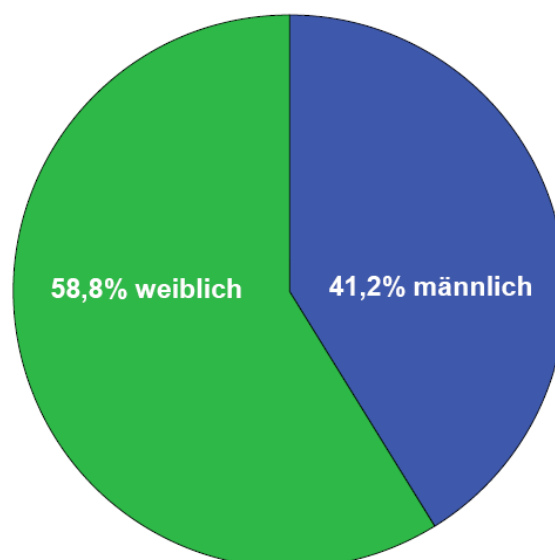
## 9. Deskriptive Analysen der Stichprobe

Insgesamt setzt sich die Stichprobe aus 34 Personen, die in den Bundesländern Wien oder Niederösterreich beschäftigt sind, zusammen. Im Folgenden finden sich die deskriptiven Analysen der demographischen Variablen des Feasibility Fragebogens. Die Stichprobe wird hinsichtlich Alter, Geschlecht, Muttersprache, Ausbildung, Wohnform der Menschen mit IB, Arbeitserfahrung der BetreuerInnen, Betreuungszeit pro Woche und Betreuungszeit der Personen mit IB insgesamt beschrieben.

### 9.1 Geschlecht

Von den befragten BetreuerInnen in der der Stichprobe waren 14 (41,2%) männlich und 20 (58,8%) weiblich.

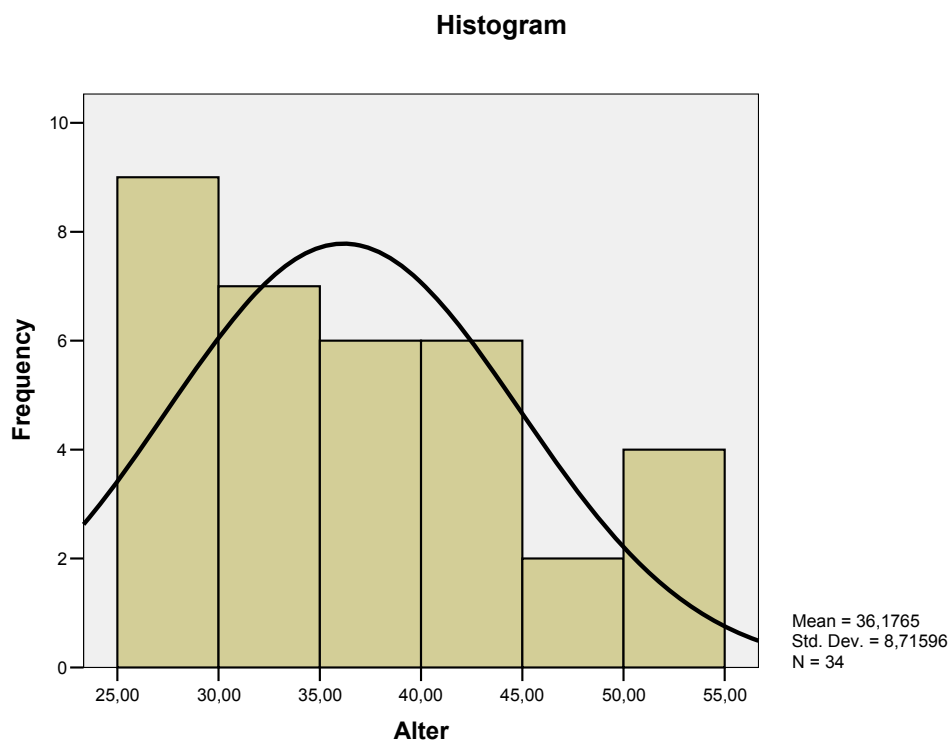
*Abbildung 1: Geschlechterverteilung*



## 9.2 Alter

Die jüngste befragte Person in dieser Stichprobe war 25 Jahre und die älteste 55. Die Normalverteilung wurde mittels Kolmogorov-Smirnov Test überprüft. Dieser ergab ein  $p=0,038$ , was bei einem Signifikanzniveau von 5% bedeutet, dass nicht von einer Normalverteilung des Alters ausgegangen werden kann. Deshalb wird hier der Median angegeben, welcher bei 35 lag.

Abbildung 2: Altersverteilung



## 9.3 Muttersprache

Alle befragten Personen in der Stichprobe, gaben als Muttersprache Deutsch an.

## 9.4 Ausbildung

Beim Beruf der teilnehmenden Personen wurde zwischen facheinschlägiger und nicht facheinschlägiger Ausbildung unterschieden. Insgesamt verfügten drei (8,8%) Personen über keine facheinschlägige Ausbildung.

Tabelle 2 soll einen Überblick über die Ausbildung der befragten Personen geben:

*Tabelle 2: Häufigkeiten der Ausbildungen*

Ausbildung	Häufigkeit	Prozent-Wert
SozialarbeiterIn	6	17,6
Sonder- und Heilpädagoge/In	3	8,8
Psychologe/In	1	2,9
Psychiatrische/r DPGK	1	2,9
Andere facheinschlägige Ausbildung	20	58,8
Nicht facheinschlägige Ausbildung	3	8,8

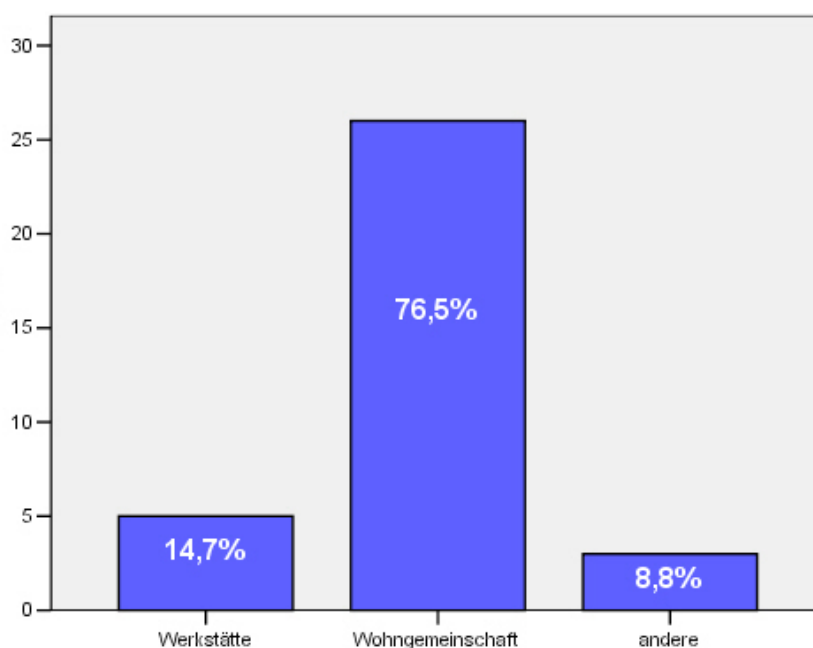
Von den 20 Personen die eine „andere facheinschlägige Ausbildung“ angegeben haben, sind 5 SozialpädagogenInnen, 4 BehindertenpädagogenInnen, 5 BehindertenbereuerInnen, 2 PflegehelferInnen, 1 KindergärtnerIn und 1 PhysiotherapeutIn. Eine Person hat keine genauen Berufsangaben gemacht.

Von den 3 Befragten, die über eine nicht facheinschlägige Ausbildung verfügen, waren 2 ohne Angabe und 1 Person gab „HBLA Matura“ an.

### 9.5 Wohnform

26 (76,5%) der befragten Personen arbeiten in einer Wohngemeinschaft, 5 (14,7%) arbeiten in einer Werkstätte. 3 (8,8%) Personen gaben an in einer anderen Einrichtung zu arbeiten.

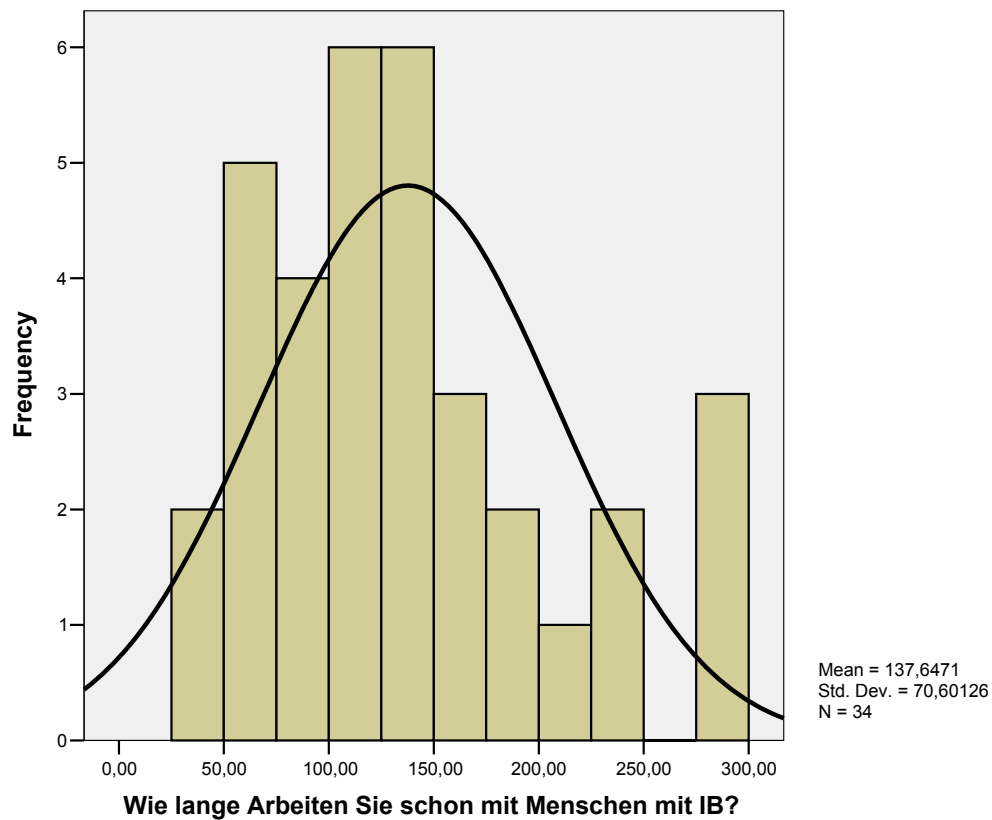
*Abbildung 3: Verteilung der Wohnform*



## 9.6 Arbeitserfahrung der Betreuungspersonen

Die BetreuerInnen wurden in dem Feasibility Fragebogen auch gefragt, wie lange sie schon mit Menschen mit IB arbeiten. Die Arbeitserfahrung reichte von 3 Jahren (36 Monate) bis 25 Jahre (300 Monate). Der Mittelwert liegt bei 137 Monaten mit einer Standardabweichung von 70,6. Der Kolomogorov-Smirnov Test zeigt ein  $p=0,86$ . Bei einem Signifikanzniveau von 5% kann hier von einer Normalverteilung ausgegangen werden.

Abbildung 4: Arbeitserfahrung der Betreuungspersonen in Monaten



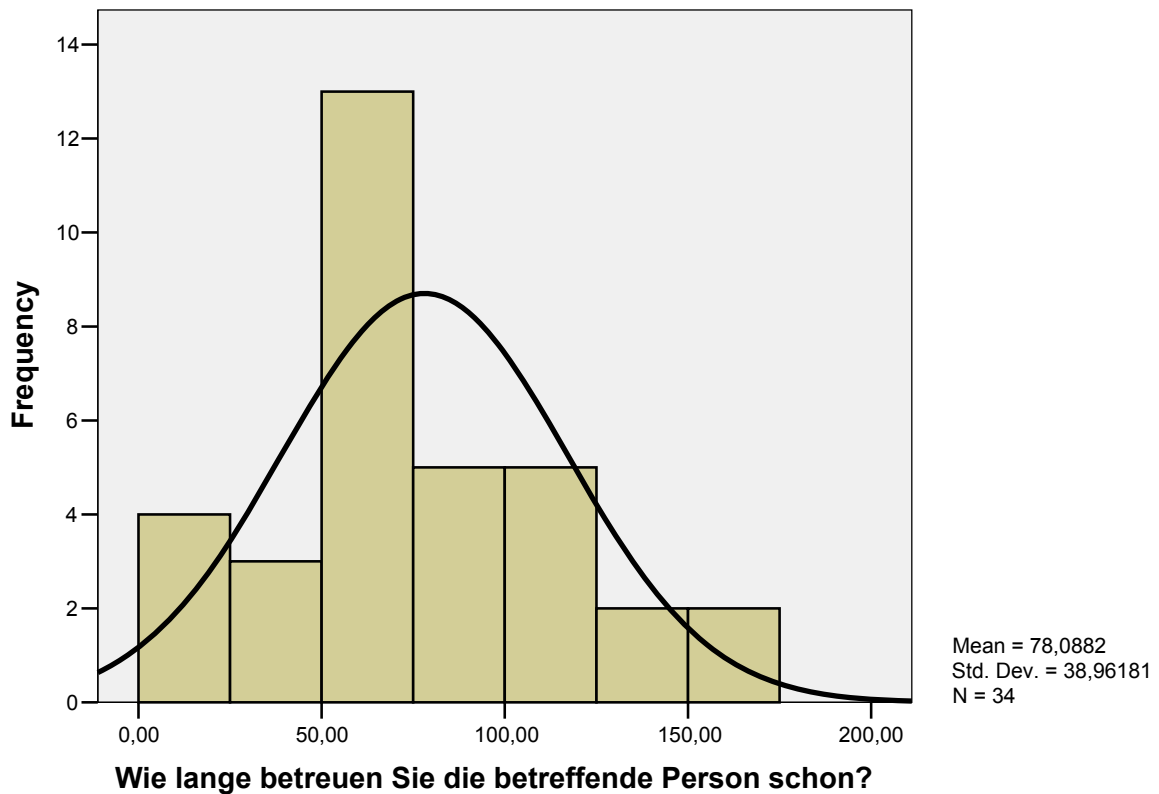
## 9.7 Betreuungszeit der befragten Personen pro Woche

Hier sollten die Befragten angeben, wie viel Zeit sie durchschnittlich pro Woche mit der Person verbringen, für die sie die Fragebögen PAS-ADD und ABC ausgefüllt haben. Die mit der Person verbrachte Zeit reichte von 10 Stunden bis 40 Stunden. Der Durchschnitt lag bei 31 Stunden mit einer Standardabweichung von 8,7 Stunden.

## 9.8 Kenntniszeit der Personen mit IB insgesamt

Die MitarbeiterInnen der verschiedenen Einrichtungen wurden gefragt wie lange sie die betreffende Person schon betreuen. Die kürzeste Zeit war 1 Jahr und die längste 14 Jahre. Im Mittel betrug die Zeit 78 Monate mit einer Standardabweichung von 39 Monaten.

Abbildung 5 Kenntniszeit der Personen mit IB in Monaten insgesamt



## **10. Deskriptive Analysen des Feasibility Fragebogens**

In diesem Abschnitt werden die einzelnen Skalen des Feasibility Fragenbogens, Benutzerfreundlichkeit, Anwendbarkeit und Akzeptanz analysiert und deskriptiv dargestellt.

Bei den beiden Fragen „Empfinden Sie manche Fragen als die Privatsphäre verletzend?“ und „Empfanden Sie es unangenehm manche Fragen zu beantworten?“, der Skala Akzeptanz, wurden die Antwortkategorien umgepolt, da es sich um eine negative Fragestellung handelt. Da die Daten nicht normalverteilt sind, wird auf verteilungsfreie Maße zurückgegriffen. Als deskriptives Statistikmaß wurde der Median berechnet. Dieser entspricht dem Punkt der Verteilung, bei dem unterhalb und oberhalb jeweils die Hälfte der Messwerte liegt. Der Median ist bei schiefverteilten Daten robuster und besser geeignet die Mitte zu charakterisieren (Raab-Steiner & Benesch, 2008).

Die Auswertung der Daten wurde mittels SPSS 13.0 berechnet.

In Tabelle 8 finden sich die einzelnen Items des Fragebogens, zugeordnet zu den jeweiligen Skalen des Feasibility Fragebogens.

Tabelle 3: Zuordnung der Items zu den einzelnen Skalen und Mediane der Items und der Skalen

Feasibility Skala	Items	Mediane der Items		Mediane der Skalen	
		PAS-ADD	ABC	PAS-ADD	ABC
Benutzerfreundlichkeit	Sind die Fragen ihrer Meinung nach eindeutig formuliert?	4,5	5	5	5
	Ist die Instruktion für Sie verständlich?	4	4,5		
	Sind die Fragen für Sie verständlich?	5	5		
	Empfinden Sie die benötigte Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens als angemessen?	5	5		
Anwendbarkeit	Sind Sie der Meinung, dass es Ihnen durch das vorgegebene Antwortformat möglich war, die Person vollständig abzubilden?	3	3	4	4
	Sind Sie der Meinung, dass Sie genug fachliche Erfahrung mit der Betreuung von intellektuell beeinträchtigten Personen haben, um alle Fragen in der gewünschten Weise zu beantworten	5	5		
	Sind Sie der Meinung über genügend Information bezüglich der Klienten/innen zu verfügen, um die gestellten Fragen auch beantworten zu können?	5	5		
Akzeptanz	Ist die Zielsetzung des Fragebogens für Sie nachvollziehbar?	4	4	4	4
	Ist die Bedeutsamkeit der gestellten Fragen für Sie erkennbar?	4	4		
	Empfinden Sie die Fragen als die Privatsphäre verletzend?*	4	4		
	Empfanden Sie es unangenehm manche Fragen zu beantworten?*	5	5		

\* Item wurde umgepolt



## 10.1 Benutzerfreundlichkeit

Die Dimension Benutzerfreundlichkeit setzt sich aus 4 Items zusammen, was bei der Summation der fünfstufigen Skala einen maximalen Score von 20 ergibt bzw. einen minimalen Score von 5. Die BetreuerInnen wurden zur Verständlichkeit der Fragen und der Instruktion sowie der Angemessenheit der benötigten Zeit zum Ausfüllen des Instrumentes befragt. Außerdem sollten sie angeben, ob die Fragen ihrer Meinung nach eindeutig formuliert sind. Bei der Benutzerfreundlichkeit der PAS-ADD-C gab es 9 (26,5%) Personen, die die Höchstpunktezahl in dieser Dimension vergaben. Bei der ABC waren es 13 (38,2%).

Der Median der Skala Benutzerfreundlichkeit lag bei der PAS-ADD-C und auch bei der ABC bei 5.

Bei der Frage „Sind die Fragen Ihrer Meinung nach eindeutig formuliert?“ gaben bei der PAS-ADD-C 2 Personen (5,9%) „nein“ an, während 17 Personen (50%) „ja“ angaben. Auch bei der ABC waren 2 Personen (2,9%) der Meinung, dass dies nicht der Fall ist. Allerdings gaben 18 der befragten Personen (52,9%) an, dass die Fragen für sie eindeutig formuliert waren. 10 Personen (29,4%) vergaben bei der ABC den Punktwert 4, während es bei der PAS-ADD-C 11 (32,4%) waren. Der Mittelwert von 4,2 und die Standardabweichung von 1,1 waren bei beiden Instrumenten bei dieser Frage gleich.

Die BetreuerInnen wurden auch gefragt, ob die Instruktionen für sie verständlich waren. Der Median bei der PAS-ADD-C war 4, bei der ABC war es 4,5.

Bei der PAS-ADD-C vergaben jeweils 15 Personen (44,1%) 5 Punkte für „ja“ und 15 Personen (44,1%) 4 Punkte. Bei der ABC vergaben 17 BetreuerInnen (50%) die Höchstpunktezahl und 38,2% (13 Personen) vergaben 4 Punkte. Bei der ABC war eine Person nicht der Meinung, dass die Instruktion verständlich sei. Bei der PAS-ADD-C hingegen war niemand dieser Meinung.

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Frage „Sind die Fragen für Sie verständlich?“

Punkte	PAS-ADD		ABC	
	Häufigkeit	Prozent-Wert	Häufigkeit	Prozent-Wert
3	3	8,8%	2	5,9%
4	12	35,3%	10	29,4%
5 „ja“	19	55,9%	22	64,7%
	N=34	100%	N=34	100%

Bei der Frage „Sind die Fragen für Sie verständlich?“, war sowohl bei der PAS-ADD-C als auch bei der ABC die Mehrheit der Meinung, dass dies zutreffend ist.

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Skala Benutzerfreundlichkeit

Punkte	PAS-ADD		ABC	
	Häufigkeit	Prozent-Wert	Häufigkeit	Prozent-Wert
7	-	-	1	2,9%
8	2	5,9%	1	2,9%
9	-	-	-	-
10	-	-	-	-
11	1	2,9%	1	2,9%
12	-	-	-	-
13	1	2,9%	1	2,9%
14	1	2,9%	-	-
15	-	-	3	8,8%
16	4	11,8%	3	8,8%
17	7	20,6%	5	14,7%
18	5	14,7%	4	11,8%
19	4	11,8%	2	5,9%
max. Punktwert 20	9	26,5%	13	38,2%
Gesamt	N=34	100%	N=34	100%

## 10.2 Anwendbarkeit

Die Skala Anwendbarkeit besteht aus insgesamt 3 Items. Der höchst mögliche Score wäre 15, der niedrigste 3. Der Median der PAS-ADD-C, als auch bei der ABC lag bei 4. Insgesamt vergaben 8,8% (3 Personen) der Befragten bei der PAS-ADD-C die höchst mögliche Punktezahl. 29,4% (10 Personen) vergaben insgesamt 11 Punkte in dieser Dimension. Der niedrigste Wert lag bei 6, dieser wurde von 1 Person vergeben.

Beim ABC vergaben 14,7% (5 Personen) der Personen den höchst möglichen Wert von 15. Die meisten Personen, nämlich 8 (23,5%) vergaben 11 Punkte.

*Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Skala Anwendbarkeit*

Punkte	PAS-ADD		ABC	
	Häufigkeit	Prozent-Wert	Häufigkeit	Prozent-Wert
3	-	-	-	-
4	-	-	-	-
5	-	-	1	2,9%
6	1	2,9%	-	-
7	-	-	-	-
8	-	-	1	2,9%
9	3	8,8%	2	5,9%
10	4	11,8%	3	8,8%
11	10	29,4%	8	23,5%
12	5	14,7%	5	14,7%
13	5	14,7%	5	14,7%
14	3	8,8%	4	11,8%
max. Punktwert 15	3	8,8%	5	14,7%
Gesamt	N=34	100%	N=34	100%

Bei näherer Betrachtung der einzelnen Items der Dimension Anwendbarkeit, sieht man, dass bei der Frage „Sind Sie der Meinung, dass es Ihnen durch das vorgegebene Antwortformat möglich war, die Person vollständig abzubilden?“, die Bewertungen am niedrigsten waren. Der Median lag bei beiden Instrumenten bei 3. Bei der PAS-ADD-C waren 9 Personen (26,5%) der Meinung, dass dies nicht der Fall ist. 4 Personen (11,8%) hingegen vergaben 5 Punkte bei dieser Frage. Bei der ABC vergaben 7 Personen (20,6%) die Punktezahl 1 („nein“) und 6 Personen (17,6%) den Wert 5.

*Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Frage „Sind Sie der Meinung, dass es Ihnen durch das vorgegebene Antwortformat möglich war, die Person vollständig abzubilden?“*

Punkte	PAS-ADD		ABC	
	Häufigkeit	Prozent-Wert	Häufigkeit	Prozent-Wert
1 „nein“	9	26,5%	7	20,6%
2	6	17,6%	4	11,8%
3	8	23,5%	10	29,4%
4	7	20,6%	7	20,6%
5 „ja“	4	11,8%	6	17,6%
Gesamt	N=34	100%	N=34	100%

Bei den anderen Fragen dieser Dimension waren sich die befragten Personen bei beiden Instrumenten einig, dass sie über genügend Erfahrung und Information über die Klienten verfügten, um die Fragen adäquat zu beantworten.

### **10.3 Akzeptanz**

Die Dimension Akzeptanz besteht aus vier Items. Die BetreuerInnen wurden gefragt, ob die Zielsetzung des Fragebogens für sie nachvollziehbar ist und ob für sie die Bedeutsamkeit der Fragen erkennbar war. Außerdem sollten sie angeben, ob sie manche Fragen als die Privatsphäre verletzend empfanden und ob es für sie unangenehm war manche Fragen zu beantworten. Die mögliche Punktezahl reichte hier von 4 bis 20. Der Median lag bei der PAS-ADD-C, als auch bei der ABC bei 4. Bei der PAS-ADD-C vergaben 7 (20,6%) BetreuerInnen die größtmögliche Punktezahl. Bei der ABC waren es insgesamt 6 Personen (17,6%). Die niedrigste Bewertung gaben, mit 5 Punkten bei der PAS-ADD-C, 3 Personen (8,8%). Bei der ABC bewerteten 2 Personen (5,9%) die Skala Akzeptanz mit 4 Punkten.

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Skala Akzeptanz

Punkte	PAS-ADD		ABC	
	Häufigkeit	Prozent-Wert	Häufigkeit	Prozent-Wert
4	3	8,8%	2	5,9%
5	-	-	-	-
6	-	-	-	-
7	-	-	-	-
8	-	-	1	2,9%
9	-	-	-	-
10	1	2,9%	1	2,9%
11	-	-	-	-
12	3	8,8%	3	8,8%
13	3	8,8%	2	5,9%
14	3	8,8%	1	2,9%
15	3	8,8%	3	8,8%
16	3	8,8%	6	17,6%
17	2	5,9%	4	11,8%
18	5	14,7%	2	5,9%
19	1	2,9%	3	8,8%
max. Punktwert 20	7	20,5%	6	17,6%
Gesamt	N=34	100%	N=34	100%

Bei der Frage „Ist die Zielsetzung des Fragebogens für sie nachvollziehbar“ antworteten bei der PAS-ADD-C 11 Personen (32,4%) mit „Ja“ und 3 (8,8%) mit „nein“. Die meisten Personen, nämlich 13 (38,2%), vergaben 4 Punkte.

Bei der ABC vergaben jeweils 12 Leute (35,3%) die Punktzahl 4 und 5, während 4 Personen (11,8%) 1 Punkt für „nein“ vergaben.

Ein Item der Skala lautete außerdem: „Ist die Bedeutsamkeit der gestellten Fragen für Sie erkennbar?“ Bei der PAS-ADD waren 11 Personen (32,4%) der Meinung, dass dies der Fall ist. Bei der ABC waren es 16 Personen (47,1%) die mit „ja“ antworteten. Bei der PAS-ADD vergaben die meisten Personen, nämlich 16 (47,1%), 4 Punkte bei dieser Frage.

*Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Frage: „Ist die Bedeutsamkeit der gestellten Fragen für Sie erkennbar“?*

Punkte	PAS-ADD		ABC	
	Häufigkeit	Prozent-Wert	Häufigkeit	Prozent-Wert
1 „nein“	4	11,8%	3	8,8%
2	1	2,9%	-	
3	2	5,9%	4	11,8%
4	16	47,1%	11	32,4%
5 „ja“	11	32,4%	16	47,1%
Gesamt	N=34	100%	N=34	100%

Außerdem wurden die Betreuungspersonen gefragt, ob sie die Fragen als die Privatsphäre verletzend empfanden. Diese Frage wurde umgepolt.

*Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Frage: „Empfinden Sie die Fragen als die Privatsphäre verletzend?“*

Punkte	PAS-ADD		ABC	
	Häufigkeit	Prozent-Wert	Häufigkeit	Prozent-Wert
1 „nein“	12	35,3%	12	35,3%
2	7	20,6%	9	26,5%
3	8	23,5%	4	11,8%
4	4	11,8%	4	11,8%
5 „ja“	3	8,8%	5	14,7%
Gesamt	N=34	100%	N=34	100%

Bei der PAS-ADD antworteten 12 (35,3%) Personen mit „nein“, bei der ABC waren es ebenfalls 12. 3 (8,8 %) der Befragten waren bei der PAS-ADD der Meinung, dass die Fragen die Privatsphäre der Personen verletze, bei der ABC waren es 5 (14,7%).

Außerdem wurden die Betreuungspersonen gefragt, ob sie es unangenehm fanden manche Fragen zu beantworten. Auch diese Frage wurde, aufgrund der Fragestellung, umgepolt. Sowohl bei der PAS-ADD-C, als auch bei der ABC, waren 19 (55,9%) der befragten Personen nicht dieser Meinung. Jeweils 3 Personen (8,8%) war es unangenehm.

## **11. Analyse des Feasibility-Fragebogens**

Im Folgenden soll der Feasibility-Fragebogen, einer Faktorenanalyse unterzogen werden, um die Faktorenstruktur und die Zuordnung der Items zu den jeweiligen Skalen zu überprüfen. Anschließend wird der Feasibility Fragebogen einer Reliabilitätsanalyse unterzogen

### **11.1 Faktorenstruktur des Feasibility Fragebogens bei der PAS-ADD-C und der ABC**

Zur Überprüfung der Faktorenstruktur, wurde eine Faktorenanalyse mit Varimax Rotation durchgeführt. Diese Rotationsmethode dient dazu, um möglichst hohe oder möglichst niedrige Ladungen der Items zu bekommen, um die Interpretation zu erleichtern.

Zur Bestimmung der Anzahl der Faktoren, wurde das Kaiser-Kriterium herangezogen, wobei alle Faktoren mit dem Eigenwert größer 1 extrahiert wurden (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2008). Die Analyse ergab eine dreifaktorielle Struktur. Damit werden insgesamt 67,7% der Varianz erklärt.

Bei Betrachtung des Scree-plots von PAS-ADD-C (Abbildung 6), zeigt sich eher eine einfaktorielle Lösung, bei der ABC eine zweifaktorielle (Abbildung 7). Diese würde auch eher den Faktorladungen entsprechen, wie sie in Tabelle 13 und 14 gezeigt werden.

Abbildung 6: Scree Plot PAS-ADD-C

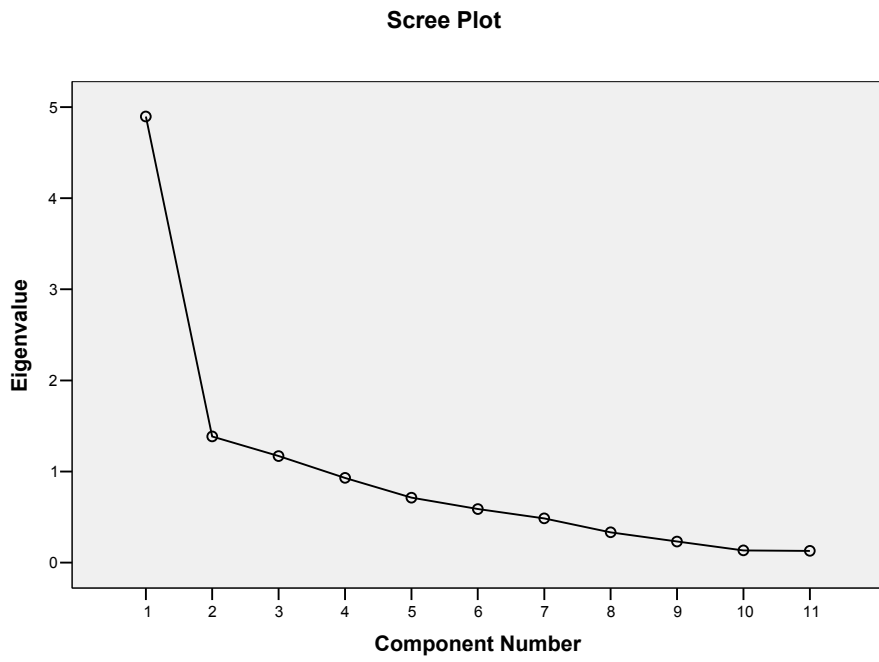


Abbildung 7: Scree-Plot ABC

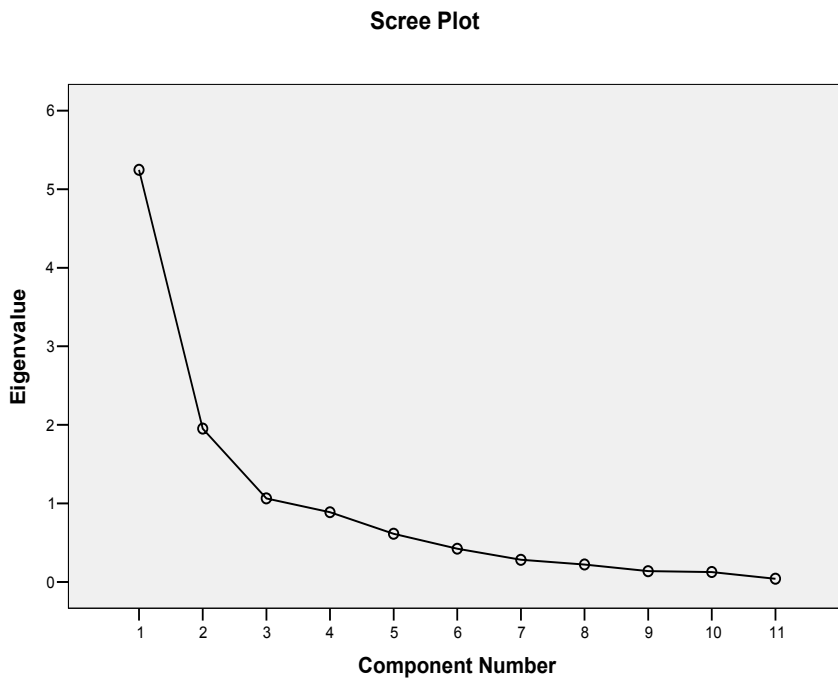




Tabelle 11: Rotierte Komponenten Matrix des Feasibility Fragebogens bei der PAS-ADD-C

Skalen	Items	Komponenten		
		1	2	3
Anwendbarkeit	Sind Sie der Meinung, dass es Ihnen durch das vorgegebene Antwortformat möglich war, die Person vollständig abzubilden?		,827	
	Sind Sie der Meinung, dass Sie genug fachliche Erfahrung mit der Betreuung von intellektuell beeinträchtigten Personen haben, um alle Fragen in der gewünschten Weise zu beantworten			,798
	Sind Sie der Meinung über genügend Information bezüglich der Klienten/innen zu verfügen, um die gestellten Fragen auch beantworten zu können?			,775
Benutzerfreundlichkeit	Sind die Fragen ihrer Meinung nach eindeutig formuliert?	,802		
	Ist die Instruktion für Sie verständlich?	,629		
	Sind die Fragen für Sie verständlich?	,815		
	Empfinden Sie die benötigte Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens als angemessen?	,469	,529	
Akzeptanz	Empfanden Sie es unangenehm manche Fragen zu beantworten?	-,820		
	Empfinden Sie die Fragen als die Privatsphäre verletzend?	-,774		
	Ist die Bedeutsamkeit der gestellten Fragen für Sie erkennbar?	,491	,753	
	Ist die Zielsetzung des Fragebogens für Sie nachvollziehbar?	,661	,506	

Die Werte in Tabelle 13 zeigen die jeweiligen Faktorladungen bei den verschiedenen Konstrukten der Feasibility. Hohe Werte sprechen für eine hohe Ladung beim jeweiligen Faktor. Anhand der Tabelle sieht man, dass die Zuordnung der Items zu den Faktoren, die die Faktorenanalyse ergeben hat, nicht der Struktur des Feasibility Fragebogens entspricht. Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass ein gleichartiges Antwortverhalten, sprich sehr einheitliche Wertung der Items, hohe Werte in der Matrix ergeben. Deshalb besteht die Möglichkeit, dass hier eher Antwortstile erhoben wurden.

Auch beim Feasibility-Fragebogen, mit dem die ABC evaluiert wurde, wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Auch hier ergab sich, bei Anwendung des Kaiser-Kriteriums, eine dreifaktorielle Struktur, die insgesamt 75% der Varianz erklärt.

Auch hier entspricht die Zuordnung der Items zu den Skalen, nicht der, wie sie im Feasibility Fragebogen angegeben wurde.

*Tabelle 12: Rotierte Komponenten Matrix des Feasibility Fragebogens bei der ABC*

Skalen	Items	Komponenten		
		1	2	3
Anwendbarkeit	Sind Sie der Meinung, dass es Ihnen durch das vorgegebene Antwortformat möglich war, die Person vollständig abzubilden?		,739	
	Sind Sie der Meinung, dass Sie genug fachliche Erfahrung mit der Betreuung von intellektuell beeinträchtigten Personen haben, um alle Fragen in der gewünschten Weise zu beantworten			,914
	Sind Sie der Meinung über genügend Information bezüglich der Klienten/innen zu verfügen, um die gestellten Fragen auch beantworten zu können?			,895
Benutzerfreundlichkeit	Sind die Fragen ihrer Meinung nach eindeutig formuliert?	,753	,464	
	Ist die Instruktion für Sie verständlich?	,723	,467	
	Sind die Fragen für Sie verständlich?	,695		
	Empfinden Sie die benötigte Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens als angemessen?		,726	
Akzeptanz	Empfanden Sie es unangenehm manche Fragen zu beantworten?	,401	,704	
	Empfinden Sie die Fragen als die Privatsphäre verletzend?		,869	
	Ist die Bedeutsamkeit der gestellten Fragen für Sie erkennbar?	-,877		
	Ist die Zielsetzung des Fragebogens für Sie nachvollziehbar?	-,883		

## 11.2 Reliabilitätsanalyse

Zur weiteren Überprüfung der Qualität des eingesetzten Fragebogens wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Die Reliabilität wird berechnet, um den Grad der Genauigkeit, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird, zu bestimmen. Sie gibt also den Grad der Messgenauigkeit (Präzision) eines Instrumentes an (Bortz & Döring, 2006, S. 196).

Zur Bestimmung der Reliabilität wurde die interne Konsistenz nach Cronbach berechnet. Sinnvoll interpretierbare Werte liegen zwischen 0 und 1, wobei 1 den bestmöglichen Wert darstellt.

In der Literatur finden sich unterschiedliche Angaben, ab wann ein Wert für den Reliabilitätskoeffizienten als ausreichend gilt. Laut Kline (1991, zitiert nach Field, 2005) stellt ein  $\alpha > 0,7$  eine akzeptable Reliabilität der einzelnen Skalen dar. Dieser Wert im Folgenden übernommen.

Bei der PAS-ADD-C zeigt sich ein schlechter Wert bei der Skala „Anwendbarkeit“, bei der ABC auch nur ein mittelmäßiger.

Deshalb ist davon auszugehen, dass diese Dimension unterschiedliche Bereiche erfasst und eine Zusammenfassung der Items zu einer Skala nicht geeignet erscheint. Jedoch ist zu beachten, dass der Wert  $\alpha$ , abhängig ist, von der Anzahl der Items pro Skala. Dieser liegt hier mit 3 Items niedriger, als bei den anderen beiden Skalen. Würde man die Anzahl der Items erhöhen, würde auch das Cronbach- $\alpha$  steigen (Cortina 1993, zitiert nach Field, 2005).

Die beiden anderen Skalen, Benutzerfreundlichkeit und Akzeptanz, zeigen bei beiden Instrumenten, Werte von  $\alpha > 0,7$ .

*Tabelle 13: Reliabilitätsanalyse PAS-ADD-C*

N=34	PAS-ADD		
	Skala	Itemanzahl	Cronbach $\alpha$
	Benutzerfreundlichkeit	4	0,814
	Anwendbarkeit	3	0,272
	Akzeptanz	4	0,843

*Tabelle 14: Reliabilitätsanalyse ABC*

N=34	ABC		
	Skala	Itemanzahl	Cronbach $\alpha$
	Benutzerfreundlichkeit	4	0,857
	Anwendbarkeit	3	0,543
	Akzeptanz	4	0,791

## 12. Auswertung der Zusammenhangsfragestellung

Zusätzlich zur deskriptiven Analyse der Feasibility von PAS-ADD-C und ABC wurde untersucht, ob es Zusammenhänge zwischen der Arbeitserfahrung der BetreuerInnen und der Bewertung der beiden Fragebögen gibt. Weil die Daten nicht normalverteilt sind, wurde auf die Rangkorrelation nach Spearman zurückgegriffen. Diese ist ein parameterfreies Verfahren und misst den Zusammenhang zwischen zwei Variablen. Ein  $p < 0,05$  würde bedeuten, dass ein Zusammenhang signifikant ist. Wie die Tabellen 11 und 12 zeigen, gibt es keine signifikanten Zusammenhänge bei der Länge der Arbeitserfahrung und den Skalen von PAS-ADD-C und ABC.

Einschränkend muss hier erwähnt werden, dass die Person, die über die wenigste Arbeitserfahrung verfügte, schon drei Jahre im Beruf tätig war. Daher besteht durchaus die Möglichkeit, dass die Unterschiede bei den Bewertungen zu gering oder nicht vorhanden sind. Interessant wäre in diesem Zusammenhang ein Vergleich zwischen Berufsneueinsteigern und Personen mit langjähriger Arbeitserfahrung, da sich hier möglicherweise größere Unterschiede zeigen würden.

*Tabelle 15: Korrelationskoeffizienten von Arbeitserfahrung und Skalen der PAS-ADD-C*

PAS-ADD-C			
N=34	Benutzerfreundlichkeit	Anwendbarkeit	Akzeptanz
Arbeitserfahrung	,058 (p=0,744)	,186 (p=,292)	,186 (p=,292)

*Tabelle 16: Korrelationskoeffizienten von Arbeitserfahrung und Skalen des ABC*

ABC			
N=34	Benutzerfreundlichkeit	Anwendbarkeit	Akzeptanz
Arbeitserfahrung	,202 (p=0,251)	,175 (p=0,322)	,172 (p=,330)

## **13. Interpretation und Diskussion**

Im Folgenden werden die in Kapitel 9 und 10 dargestellten Daten interpretiert und diskutiert.

Das Ziel dieser Studie war es, herauszufinden in wie weit die Instrumente, PAS-ADD-C und ABC dem Gütekriterium der Feasibility entsprechen und damit für einen routinemäßigen Einsatz geeignet sind.

Insgesamt kann gesagt werden, dass beide Fragebögen den Kriterien der Feasibility gut entsprechen. Am besten schnitt bei beiden die Skala Benutzerfreundlichkeit ab. Dies zeigt, dass sowohl die Fragen als auch die Instruktion für die Personen verständlich waren. Außerdem spricht das Ergebnis auch für eine eindeutige Formulierung der Fragen, als auch für eine akzeptable Länge der Instrumente. Die Benötigte Zeit zum Ausfüllen, ist deshalb ein wichtiges Kriterium, da die BetreuerInnen in ihrem Arbeitsfeld nicht zusätzlichen Belastungen ausgesetzt werden sollten. Dies könnte wiederum Reaktanzeffekte hervorrufen und die Qualität der Daten beeinträchtigen.

Auch die Skalen Anwendbarkeit und Akzeptanz sind ebenfalls bei beiden Instrumenten gut erfüllt. Bei der Bewertung von PAS-ADD-C und ABC gab es kaum Unterschiede, beide wurden nahezu gleich gut bewertet.

### **13.1 Interpretation und Diskussion der demographischen Daten**

Insgesamt wurden die Fragebögen von 34 Personen in die Stichprobe miteinbezogen. Davon waren 6 Frauen mehr, als Männer. Die Fragebögen, die in die Stichprobe miteinbezogen wurden, waren alle vollständig ausgefüllt und es gab keine fehlenden Werte. Dies ist als sehr positiv anzumerken, da die BetreuerInnen anscheinend motiviert waren die Instrumente zu bewerten und einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung zu leisten. Andererseits kann aber auch daraus geschlossen werden, dass der Feasibility Fragebogen leicht verständlich und kurz war, sodass die Personen die Motivation nicht verloren haben. Dies zeigt außerdem, dass das Instrument selbst auch die Kriterien der Feasibility, wie sie in Kapitel 3 beschrieben wurden, erfüllt.

Bei der Frage nach der Ausbildung zeigte sich, dass der Großteil der Personen über eine facheinschlägige Ausbildung verfügte. Lediglich 3 Personen waren fachfremd. Die meisten der befragten BetreuerInnen arbeiteten in einer Wohngemeinschaft. Wie die Daten der Stichprobe außerdem zeigten, verfügten die Personen über viel

Arbeitserfahrung mit Menschen mit IB. Die Person mit der kürzesten Arbeitserfahrung, war schon 3 Jahre im Beruf tätig. Der Durchschnitt lag mit 137 Monaten insgesamt, sehr hoch. Hier wären weiterführende Untersuchungen wünschenswert, ob Unterschiede in der Bewertung der Instrumente bestehen, wenn die Personen erst über kürzere Arbeitserfahrung verfügen. Die Überlegungen der Autorin sind dahingehend, dass bei BetreuerInnen die schon über viel Erfahrung mit Menschen mit IB verfügen, ein gewisser „Gewöhnungs- oder Toleranzeffekt“ auftreten kann, wenn die Klienten herausforderndes Verhalten zeigen. Eine Betreuungsperson, die vielleicht über weniger Erfahrung im Umgang mit den Klienten verfügt, könnte das herausfordernde Verhalten eventuell eher als auffällig bewerten, als KollegenInnen, die schon viele Jahre im Beruf stehen.

Die Analyse der Stichprobe zeigte auch, dass der Großteil der BetreuerInnen viel Zeit mit den Klienten pro Woche verbringt. Die meisten von ihnen sind also Vollzeit in den Einrichtungen beschäftigt. Zusätzlich zur Wochenarbeitszeit wurde auch erhoben, wie lange die BetreuerInnen ihre Klienten insgesamt schon kennen. Auch hier lag der Durchschnitt mit 6 ½ Jahren sehr hoch. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die befragten Personen, die auch die ABC und PAS-ADD-C für die Menschen mit IB ausgefüllt haben, ihre Klienten sehr gut kennen. Deshalb kann man auch daraus schließen, dass sie gute Informanten sind und die Ergebnisse gut verwertet werden können.

Bei einer Revision des Feasibility Fragebogens, könnte bei den demographischen Variablen, noch erhoben werden, wie gut die BetreuerInnen ihr eigenes Wissen bei der Thematik einschätzen. Möglicherweise würden auch die Einschätzungen der Fragebögen variieren. Zu bedenken bleibt aber trotzdem, dass wie auch bei dem Item „ Sind Sie der Meinung über genug fachliche Erfahrung mit der Betreuung von intellektuell beeinträchtigten Personen haben, um alle Fragen in der gewünschten Weise zu beantworten“, die soziale Erwünschtheit eine Rolle spielen könnte.

Weiters könnte man noch erheben, ob die Betreuungspersonen regelmäßig an Fortbildungen teilgenommen haben. Es könnte durchaus sein, dass sich Unterschiede in den Bewertungen, zwischen Personen die regelmäßig Fortbildungen besucht haben und BetreuerInnen bei denen das nicht der Fall ist, zeigen. Hierzu wären weitere Untersuchungen wünschenswert.

## **13.2 Interpretation und Diskussion der Skala**

### **Benutzerfreundlichkeit**

Mit dieser Dimension sollte erhoben werden, inwieweit die Instrumente PAS-ADD-C und ABC benutzerfreundlich gestaltet sind, sodass sowohl die Instruktion als auch die Fragen, von nicht psychologisch geschulten Personen, eindeutig verstanden werden. Dies dient auch der Qualität des Outcomes und ist für den routinemäßigen Einsatz eines Instrumentes, wie ihn Slade et al. (1999) beschreiben, unerlässlich. Auch eine Gestaltung, die die Zeitressourcen der Ausfüller bei weitem übersteigt, wäre kontraproduktiv und würde zu Motivationsverlust und zu einem Nicht-einsetzen der Instrumente führen.

Die Instruktion eines Fragebogens ist sehr wichtig, da gerade hier im speziellen Fall, die Wichtigkeit des Instrumentes für die BetreuerInnen hervorgehoben werden sollte. Es sollte auf eine größt mögliche Transparenz geachtet werden. Dies wird in weiterer Folge auch Auswirkungen auf die Akzeptanz und den Einsatz eines Instrumentes haben, was auch für die Qualität des Outcomes von großer Bedeutung ist. Der Outcome ist, wie in Kapitel 4.2 beschrieben, wichtig für eine einzelne Person, aber auch für die Institution und in weiterer Folge für das gesamte Gesundheitssystem.

Insgesamt gesehen ist die Anforderung der Benutzerfreundlichkeit bei beiden Instrumenten, PAS-ADD-C und ABC, gut erfüllt. Es gibt kaum Unterschiede in den Bewertungen zwischen PAS-ADD-C und ABC. Die befragten Personen sind der Meinung, dass sowohl die Instruktion und auch die Fragen der Instrumente gut verständlich sind. Außerdem wurden auch die Fragen eindeutig formuliert und die benötigte Zeit zum Ausfüllen der Instrumente wurde als angemessen empfunden.

### **13. 3 Interpretation und Diskussion der Skala Anwendbarkeit**

Die Skala Anwendbarkeit Ziel darauf ab, herauszufinden ob die BetreuerInnen der Stichprobe über genügend Arbeitserfahrung mit Personen mit IB verfügen, um die Fragen der Instrumenten auf sinnvolle Weise zu beantworten und ob sie auch genügend Information bezüglich des Klienten besitzen. Wäre dies nicht der Fall, wären auch die Daten der Fragebögen PAS-ADD-C und ABC nicht sinnvoll verwertbar, da von einem Bias der Antworten ausgegangen werden müsste.

Bei einem routinemäßigen Einsatz könnte dies weitreichende Folgen für die Klienten haben.

Außerdem wurden die Personen auch gefragt, ob es ihnen möglich war, die Person durch das vorgegebene Antwortformat vollständig abzubilden. Bei dieser Frage lag der Durchschnitt der beiden Instrumente, im Vergleich zu den anderen Fragen, am niedrigsten. Bei Betrachtung der Häufigkeitsverteilung zeigt sich ein sehr inhomogenes Antwortverhalten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es durch das Antwortformat bei der PAS-ADD-C, als auch bei der ABC, nicht möglich ist, alle Verhaltensfacetten einer Person aufzuzeigen. Möglicherweise geht dadurch viel Information über die betreffende Person verloren. Insgesamt schnitt die ABC, bei dieser Frage, ein wenig besser ab als die PAS-ADD-C.

Eine Möglichkeit, das Antwortformat zu erweitern, wäre eine zusätzliche Kategorie mit der Antwort „kommt nur in bestimmten Situationen vor“. Außerdem könnte dem/der AusfüllerIn Platz gegeben werden, die Situation zu beschreiben. Irblich (2003) schreibt über problematische Verhaltensweisen bei Menschen mit IB: *„Funktion und Bedeutung von Verhaltensstörungen und psychischen Auffälligkeiten erschließen sich oft nur unter der Berücksichtigung situativer, entwicklungspsychologischer, biographischer und systemischer Faktoren und deren Wechselwirkung“* (S. 312).

Insgesamt zeigten sich bei dieser Skala, sehr niedrige Werte bei der Reliabilität. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass die Items nicht geeignet sind, um sie in einer Skala zusammenzufassen. Deshalb sollte bei einer Überarbeitung des Feasibility Fragebogens, die Fragestellung und die Zuordnung dieser Items geändert werden. Das Item „Sind Sie der Meinung, dass es Ihnen durch das vorgegebene Antwortformat möglich war, die Person vollständig abzubilden?“ erwies sich als problematisch. Möglicherweise sollte dieses Item weiter aufgegliedert und spezifiziert werden in:

- „Erschien Ihnen das Format der Antworten im Fragebogen als passend?“  
und
- „Inwieweit war es Ihnen möglich, das betreffende Verhalten einer Person vollständig abzubilden?“

Denkbar wäre auch eine Frage, ob das Verhalten einer Person Kontext- oder situationsinduziert ist.



### **13.4 Interpretation und Diskussion der Skala Akzeptanz**

Bei dieser Dimension ging es darum herauszufinden, ob für die Personen die Zielsetzung des Fragebogens nachvollziehbar und die Bedeutsamkeit der Fragen erkennbar war. Außerdem ging es darum aufzuklären, ob die Fragen in die Privatsphäre der Personen eindringen und ob es für die Betreuungspersonen unangenehm war manche Fragen zu beantworten.

Aufgrund der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass die Dimension der Akzeptanz bei den beiden Instrumenten, PAS-ADD-C und ABC, gut erfüllt ist.

Laut Slade et al. (1999) hat der Zweck der Messung hat einen großen Einfluss auf die Feasibility. Deswegen ist es wichtig für den/die AusfüllerIn die Zielsetzung und die Bedeutsamkeit der Fragen und des Instrumentes zu erkennen. Wenn diese Punkte für die Betreuer nachvollziehbar sind, wird auch weniger Reaktanz und Widerstand bei der Benutzung der Instrumente entstehen. Dies ist natürlich wichtig für ein aussagekräftiges, verwertbares Ergebnis. Wenn es für die Betreuungspersonen unangenehm ist manche Fragen über ihre Klienten zu beantworten, wird die Akzeptanz des Instrumentes sinken.

Bei den Fragen „Empfinden Sie die Fragen als die Privatsphäre verletzend?“ und „Empfanden Sie es unangenehm manche Fragen zu beantworten?“, wurden die BetreuerInnen auch nach expliziten Items gefragt und auch Platz für die Angaben von Gründen gelassen. Hier wurden von den BetreuernInnen keine Angaben gemacht.

Kritisch anzumerken bei der PAS-ADD-C ist, dass mit dem Instrument die psychische Gesundheit der Klienten eingeschätzt werden soll. Tatsächlich wird aber nach spezifischen Verhaltensweisen gefragt.

Da die Arbeit mit Menschen mit IB ein besonderes Feld ist, sollte bei der Konstruktion der Items sensibel herangegangen werden. Wichtig dabei ist, dass es nicht zu einer überwiegend negativen Formulierung kommt. Dies könnte, durch die Nähe zu einem Menschen mit IB, für eine Betreuungsperson eine Belastung darstellen und möglicherweise zu Reaktanzeffekten führen. Gerade deshalb ist es auch von großer Wichtigkeit, dass ein Instrument eine hohe Augenscheinvalidität besitzt.

Da die BetreuerInnen eine emotionale Bindung zu ihren Klienten besitzen, führt möglicherweise die intensive Auseinandersetzung mit den Problemen ihrer Klienten

zu einer Reflexion, was wiederum zu einem Belastungserleben führen könnte. Das reine Abfragen von problematischen Verhaltensweisen und Symptomen, könnte das Empfinden der Reduktion einer Person auf Symptome zu Folge haben. Deshalb ist auf eine sensible Itemkonstruktion zu achten, sowie auf ein passendes Antwortformat.

In den untersuchten Fragbögen werden Symptome, die auf psychische Störungen und herausfordernde Verhaltensweisen hindeuten, abgefragt. Keine der beiden enthält jedoch Items, die Überangepasstheit von Menschen mit IB erheben würden. Auch dieses Verhalten kann Ausdruck eines Problems sein, aber dies zu erkennen ist schwierig. Möglicherweise könnte das Abfragen solcher Items, die BetreuerInnen auf ein vorliegendes Problem aufmerksam machen.

Insgesamt gesehen, ist das Gütekriterium der Feasibility, bei beiden in der Studie überprüften Instrumenten, gut erfüllt. Deshalb scheinen auch beide für einen routinemäßigen Einsatz in der Praxis geeignet zu sein.

## **14. Einschränkungen der Studie**

Eine große Einschränkung gibt es bei dieser Studie sicher aufgrund der geringen Anzahl der Personen in der Stichprobe. Leider konnten nicht alle Teilnehmer des Pomona-Projektes für die Studie gewonnen werden. Trotzdem war der Rücklauf relativ hoch. Dieser kann leider nicht genau beziffert werden, da in der Datenbank des Pomona-Projektes nur die Menschen mit IB gelistet sind, nicht aber die Anzahl der Betreuungspersonen in den verschiedenen Einrichtungen. Es kann aber nicht davon ausgegangen werden, dass jede Person mit IB über eine eigene Pflegeperson verfügt.

Ein weiteres Problem, welches auch zu Einschränkungen führte, war die zeitliche Verzögerung der Befragung der BetreuerInnen. Leider konnten nicht alle zeitnah, nach Abschluss des Projektes befragt werden. Dies war, aufgrund des Fortschrittes des Projektes, teilweise erst später durch postalistische Befragung geschehen. Um die Erinnerung der Teilnehmer wieder aufzufrischen wurden die PAS-ADD-C und die ABC nochmals mitgeschickt. Dieser diente aber nur zur Ansicht und war nicht gedacht, um ihn nochmals auszufüllen. Möglicherweise führt nur die alleinige Betrachtung der Instrumente als Erinnerungsstütze zu einer verzerrten Bewertung

im Vergleich zur Befragung nach dem realistischen Einsatz der Fragebögen. Außerdem stellt sich die Frage, ob die befragten Personen sich nochmals so intensiv die Zeit genommen haben, um die Instrumente zu bewerten, als das direkt nach dem Einsatz der Fall gewesen wäre.

Als weitere Einschränkung muss die Repräsentativität der Stichprobe genannt werden. Insgesamt schienen die befragten Personen hinsichtlich Alter, Arbeitserfahrung und Erfahrung mit der Person, die sie betreuen, sehr homogen. Die kürzest angegebene Arbeitserfahrung lag bei drei Jahren, was berufserfahrungsmäßig nicht mehr als kurz gewertet werden kann. Es wäre in dieser Studie ein Vergleich zwischen den Bewertungen der Instrumente bei viel und wenig Arbeitserfahrung geplant gewesen. Eine weitere Untersuchung in dieser Hinsicht wäre wünschenswert, da es durchaus möglich wäre, dass Personen, die über weniger Arbeitserfahrung verfügen, die Instrumente anders bewerten könnten, als Kollegen die schon langjährige Erfahrung im Umgang mit Menschen mit IB haben. Möglicherweise ändert sich die Bewertung der auffälligen Verhaltensweisen, wenn die Personen schon lange im Beruf stehen in Gegensatz zu Berufsneueinsteigern. Denkbar wäre ein gewisser Gewöhnungseffekt, der dazu führt, dass herausforderndes Verhalten vielleicht als weniger schwerwiegend beurteilt werden würde, wenn man viel Erfahrung im Umgang mit Menschen mit IB hat. Hierzu wären weitere Studien notwendig, um diese Vermutung zu untersuchen. Außerdem stammt die Stichprobe von BetreuerInnen, die in Wien oder Niederösterreich berufstätig sind. Personen aus anderen Bundesländern wurden in diese Stichprobe nicht miteinbezogen. Dies schränkt die Repräsentativität weiter ein. Durch diese genannten Einschränkungen der Repräsentativität der Stichprobe sind auch keine allgemeingültigen Aussagen möglich.

Bei der Planung der Studie wäre auch ein Vergleich der Bewertungen von PAS-ADD-C und ABC, zwischen Personen mit facheinschlägiger und nicht-facheinschlägiger Ausbildung, beabsichtigt gewesen. Da aber insgesamt nur drei Personen angeben haben über keine facheinschlägige Ausbildung zu verfügen, ist eine sinnvolle inferenzstatistische Auswertung nicht möglich. Der Vergleich wäre interessant gewesen, weil die PAS-ADD-C für Personen ohne facheinschlägige Ausbildung konzipiert wurde. Gerade in diesem Fall wäre die Bewertung der Instrumente hinsichtlich Verständnisses der Fragen, eigene fachliche Erfahrung,

Zielsetzung usw. spannend gewesen. Dies könnte Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein.

Ebenso war ein weiterer Vergleich zwischen den unterschiedlichen Wohnformen und den Bewertungen der Instrumente geplant. Auch hier konnte aufgrund der zu geringen Anzahl an BetreuerInnen, die in einer Werkstätte tätig sind, keine statistische Auswertung vorgenommen werden. Auch hier wären weiterführende Studien wünschenswert.

Eine große Herausforderung war die Literatursuche zum Gütekriterium der Feasibility. Da dies ein eher neues Konzept in der Psychologie ist und noch wenig zu diesem Thema geforscht wurde, findet sich auch wenig Literatur. In weiterer Folge ist auch die Operationalisierung und Definition des Begriffes Feasibility schwierig. Es gibt keine allgemein gültige Definition und auch der Konsens zwischen den bestehenden Konzepten ist gering. Die Entwicklung des Feasibility-Fragebogens beruht daher auch nur auf den Arbeiten von Slade et al. (1999), Andrews et al. (1994) sowie auf dem Feasibility-Fragebogen, der in einem Workshop unter der Leitung von Prof. Salvador-Carulla. entwickelt wurde.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße, war es nicht möglich eine Voruntersuchung durchzuführen und die gängigen Gütekriterien zu erheben. Daher wurde ein Expertengespräch mit einer Betreuerin, die mit Menschen mit IB arbeitet, geführt.

Bei der Erstellung des Feasibility Fragebogens wurde darauf geachtet, selbst die genannten Kriterien der Feasibility zu erfüllen. Eine Überprüfung dieses Gütekriteriums, ist bestenfalls nur indirekt möglich.

Bei der Reliabilitätsanalyse zeigten sich niedrige Werte bei der Skala Anwendbarkeit. Aus den niedrigen Reliabilitätswerten, lässt sich schließen, dass die Messgenauigkeit hier nicht gegeben ist. Die Items scheinen nicht geeignet zu sein, um zu einer Skala zusammengefasst zu werden.

Die Faktorenanalyse ergab eine andere Faktorenstruktur, als die im Feasibility-Fragebogen a priori konstruierte. Bei einer weiteren Evaluation würde sich daher eine Überarbeitung empfehlen.



## Literaturverzeichnis:

- Aman, M. & Singh, N. (1994). *Aberrant Behavior Checklist-Community, Supplementary Manual*. East Aurora, NY: Slosson Educational Publications.
- Andrews, G., Peters, L. & Tesson, M. (1994). *Measurement of Consumer Outcome in Mental Health. A Report to the National Mental Health Information Strategy Committee*. Clinical Research Unit for Anxiety Disorders: Sydney.
- APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition – DSM IV*. Washington, DC: Autor.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Bischoff, V., Schulz, P. & Poppele, G. (2008). Herausforderungen in der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Menschen mit intellektueller Behinderung. In *Behinderte Medizin? Intellektuelle Behinderung als Barriere für medizinische Versorgung. Tagungsbericht. 23. Oktober 2008. (S.47)*. Wien: Caritas der Erzdiözese Wien.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Deutschland: Springer Medizin Verlag.
- Breitsprecher, R., Terrell, P., Schnorr, V. & Morris, W. (1997). *Pons. Globalwörterbuch-Teil1*. Wien: ÖBV
- Brinkley, J., Nations, L., Abramson, R. K., Hall, A., Wright, H. H., Gabriels, R., Gilbert, J. R., Pericak-Vance, M. & Cuccaro, M. L. (2007). Factor Analysis of the Aberrant Behavior Checklist in Individuals with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*, 37, 1949-1959.

- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. & Allen, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35.
- Cornelsen, (2009). *Oxford Wörterbuch*. Oxford: University Press.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt M.H. (Hrsg.). (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with severe learning disabilities*. (2., neu bearbeitete Aufl.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Essink-Bot, M.L., Krabbe, P., Bonsel, G. & Aaronson, N. (1997). An empirical comparison of four generic health status measures. *Med Care*, 3, 533-537.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics using SPSS*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M.J., Jones, D.R. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assessment*, 2, 14.
- Health systems performance glossary. Geneva: World Health Organization; 2000. Available from: <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm> [4.1.11].
- Irblich, D. (2003). Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung*. (S. 312-388). Deutschland: Hogrefe Verlag

- Luckasson, R., Coulter, D., Polloway, E., Reiss, S., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D. & Stark, J. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Matson, J. & Neal, D. (2009). Psychotropic medication use for challenging behaviors in persons with intellectual disabilities: An overview. *Research in Developmental Disabilities* 30, 572–586.
- Pomona. Health indicators for people with intellectual disabilities. (2004-2005). Verfügbar unter: <http://www.pomonaproject.org/description.php> [6.11.2010].
- Kannig, U.P. (1999). *Die Psychologie der Personenbeurteilung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kramer, S. & Hackmann, E. (2007). Machbarkeitsstudien – fundierte Entscheidungen treffen. *Tipps & Trends*, 47, 4-6. Wien.
- Kubinger, K. (2009). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Wien: Hogrefe Verlag
- Lambrechts, G. & Maes, B. (2009). Analysis of staff reports on the frequency of challenging behaviour in people with severe or profound intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 863-872.
- Moss, S., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., Rowe, S. et al. (1998). Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 173-183.
- Moss, S. (2002). *The PAS-ADD checklist (revised)*. Brighton: Pavilion Publishing.
- Moss, S. (2003). Book review – The Mini PAS-ADD Interview Pack. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 493-494.



- Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2008). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur Auswertung*. Wien:Facultas wuv.
- Seidel, M. (2002). Referat Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Der Nervenarzt*, 73 (5), 484-486.
- Slade, M., Glover, G.& Thornicroft, G. (1999). The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34; 243-249.
- Sturmey, P. (1998). Classification and Diagnosis of Psychiatric Disorders in Persons with Developmental Disability. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10 (4).
- Sturmey, P. (2007). Diagnosis of mental disorders in people with intellectual disabilities. In N. Bouras & G. Holt (Hrsg.), *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities*. (S.3-23). Cambridge: Cambridge University Press.
- Weber, G. (1997). *Intellektuelle Behinderung. Grundlagen, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Weber, G., Fritsch, A. & Rögner, M. (2003). *Checkliste für abweichendes Verhalten: ABC-Community*, deutschsprachige Version. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Wien.
- Weber, G., Fritsch, A. & Rögner, M. (2003). *PAS-ADD Checkliste*, deutschsprachige Version. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Wien.
- Weber, G. & Rojahn, J. (2009). Intellektuelle Beeinträchtigung. In Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3 Störungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 352-366). Heidelberg: Springer.
- WHO (World Health Organization) (1992). *The International Classification of Diseases, 10th Revision*. Geneva: World Health Organization.

Wittchen, H.U., Apelt, S.M., Backmund, M., Bühringer, G., Gastpar, M., Götz, J. et al. (2008). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. *Drug and alcohol Dependence*, 95, 245-257.

Zeilinger, E., Weber, G. & Haveman M. J. (2011). Psychometric properties and norms of the ABC-Community and the PAS-ADD Checklist in German language. Unveröffentlichtes Manuskript, University of Vienna.

# Anhänge

## Anhang A – Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Geschlechterverteilung.....	32
Abbildung 2:	Altersverteilung.....	33
Abbildung 3:	Verteilung der Wohnform.....	34
Abbildung 4:	Arbeitserfahrung der Betreuungspersonen in Monaten.....	35
Abbildung 5:	Kenntniszeit der Personen mit IB in Monaten insgesamt.....	36
Abbildung 6:	Scree-Plot PAS-ADD-C.....	46
Abbildung 7:	Scree-Plot ABC.....	46

## Anhang B – Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Einteilung der Intelligenzminderung nach ICD-10.....	7
Tabelle 2	Häufigkeit der Ausbildungen.....	34
Tabelle 3:	Zuordnung der Items zu den einzelnen Skalen und Mediane der Items und der Skalen.....	38
Tabelle 4:	Häufigkeitsverteilung der Frage „Sind die Fragen für Sie verständlich?“.....	40
Tabelle 5:	Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Skala Benutzerfreundlichkeit.....	40
Tabelle 6:	Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Skala Anwendbarkeit.....	41
Tabelle 7:	Häufigkeitsverteilung der Frage „Sind Sie der Meinung, dass es Ihnen durch das vorgegebene Antwortformat möglich war, die Person vollständig abzubilden?“.....	42
Tabelle 8:	Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Skala Akzeptanz.....	43
Tabelle 9:	Häufigkeitsverteilung der Frage: „Ist die Bedeutsamkeit der gestellten Fragen für Sie erkennbar?“.....	44
Tabelle 10:	Häufigkeitsverteilung der Frage: „Empfinden Sie die Fragen als die Privatsphäre verletzend?“.....	44
Tabelle 11:	Rotierte Komponenten Matrix des Feasibility Fragebogens bei der PAS-ADD-C.....	47
Tabelle 12:	Rotierte Komponenten Matrix des Feasibility Fragebogens bei der ABC.....	48
Tabelle 13:	Reliabilitätsanalyse PAS-ADD.....	49
Tabelle 14:	Reliabilitätsanalyse ABC.....	49
Tabelle 15	Korrelationskoeffizienten von Arbeitserfahrung und Skalen der PAS-ADD-C.....	50
Tabelle 16	Korrelationskoeffizienten von Arbeitserfahrung und Skalen des ABC	50

## Anhang C – Erhebungsinstrument Feasibility Fragebogen



### Evaluation des Fragebogens zum POMONA II Folgeprojekt– Fremdeinschätzung

Vielen Dank für Ihre bisherige Unterstützung bei der Erhebung im Zuge des POMONA II Folgeprojektes. Als Betreuungsperson ihres/ihrer Klienten/Innen haben Sie uns viele wichtige Informationen gegeben.

Natürlich sind wir bemüht, die Qualität der von uns eingesetzten Fragebogen zu sichern und im gegebenen Fall Mängel zu beheben.

Daher ist uns Ihre Meinung wichtig!

Da das Ausfüllen der Fragebögen, die hier bewertet werden sollen, schon einige Zeit zurück liegt, sind diese nochmals beigelegt. Um sie wieder ins Gedächtnis zu rufen, lesen Sie sich diese bitte nochmals durch. Vergessen Sie dabei bitte auch die Instruktion nicht.

Der nachfolgende Fragebogen besteht aus drei Teilen. Im ersten Teil werden Angaben zu Ihrer Person erfragt. Im zweiten Teil beurteilen Sie bitte die PAS-ADD Checkliste.

Danach werden ihnen dieselben Fragen nochmals gestellt, allerdings beziehen sie sich diesmal auf die ABC (Aberrant Behavior Checklist – Checkliste für abweichendes Verhalten).

Bitte beantworten Sie alle Fragen Ihrer persönlichen Meinung folgend und lassen Sie dabei keine aus.

Natürlich behandeln wir alle Angaben streng vertraulich, sodass Ihre Anonymität gewahrt bleibt.

Für eventuelle Rückfragen stehen wir ihnen gerne per e-mail zur Verfügung:

Daniela Berndl: [a0402783@unet.univie.ac.at](mailto:a0402783@unet.univie.ac.at)

Nora Hickel: [a0442444@unet.univie.ac.at](mailto:a0442444@unet.univie.ac.at)

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Diese Studie wird durchgeführt im Rahmen der Diplomarbeit von Daniela Berndl und Nora Hickel an der Fakultät für Psychologie am Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie der Universität Wien.

**Teil 1: Angaben zur Ihrer Person:**

1. Alter: .....

2. Geschlecht:     m     w

3. Was ist Ihre Muttersprache?

Deutsch

Andere

Falls andere: Wie gut schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

sehr gut                        schlecht  
    1            2            3            4            5

4. Welche Ausbildung haben Sie?

Einschlägige Berufsausbildung:	Nicht einschlägige Berufsausbildung:
<input type="radio"/> Sozialarbeiter/in <input type="radio"/> Psychiatrische Krankenschwester <input type="radio"/> Sonder- und Heilpädagoge/in <input type="radio"/> Psychologe/in <input type="radio"/> Psychiatrische/r DPGK <input type="radio"/> Andere Ausbildungen: .....	<input type="radio"/> .....

5. In welcher Art von Einrichtung arbeiten Sie?

Werkstätte

Wohngemeinschaft

Andere:.....

6. Wie lange arbeiten Sie schon mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung?

..... Jahre

..... Monate

7. Wie viele Stunden verbringen Sie durchschnittlich pro Woche mit der Person, für die der Fragebogen ausgefüllt wird?

..... Stunden pro Woche

8. Wie lange betreuen Sie die betreffende Person schon?

..... Jahre

..... Monate

**Teil 2: Beurteilen Sie bitte die PAS-ADD Checkliste:**

9. Sind Sie der Meinung, dass es Ihnen durch das vorgegebene Antwortformat möglich war, die Person vollständig abzubilden?      Nein 1    2    3    4    5    6    ja
10. Sind Sie der Meinung, dass Sie genug fachliche Erfahrung mit der Betreuung von intellektuell beeinträchtigten Personen haben, um alle Fragen in der gewünschten Weise zu beantworten?      Nein 1    2    3    4    5    ja
11. Sind Sie der Meinung über genügend Information bezüglich der Klienten/innen zu verfügen, um die gestellten Fragen auch beantworten zu können?      Nein 1    2    3    4    5    ja
12. Sind die Fragen Ihrer Meinung nach eindeutig formuliert?      Nein 1    2    3    4    5    ja
13. Ist die Instruktion für Sie verständlich?      Nein 1    2    3    4    5    ja
14. Sind die Fragen für Sie verständlich?      Nein 1    2    3    4    5    ja
15. Empfinden Sie die benötigte Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens als angemessen?      Nein 1    2    3    4    5    ja
16. Ist die Zielsetzung des Fragebogens für Sie nachvollziehbar?      Nein 1    2    3    4    5    ja
17. Ist die Bedeutsamkeit der gestellten Fragen für Sie erkennbar?      Nein 1    2    3    4    5    ja
18. Empfinden Sie manche Fragen als die Privatsphäre verletzend?  
falls ja, welche und warum? (Geben Sie bitte jeweils die Nummer der Frage an)
- Nr.:..... Grund .....
- Nr.:..... Grund .....
- Nr.:..... Grund .....
- (Platz für weitere Fragennummern und Anmerkungen unten)

19. Empfinden Sie es unangenehm manche Fragen zu beantworten?

falls ja, welche und warum? (Geben Sie bitte jeweils die Nummer der Frage an)

Nr.:..... Grund .....

Nr.:..... Grund .....

Nr.:..... Grund .....  
(Platz für weitere Fragennummern und Anmerkungen unten)

Nein     1     2     3     4     5     ja

**Weitere Anmerkungen:**



**Teil 3: Beurteilen Sie bitte die ABC:**

20. Sind Sie der Meinung, dass es Ihnen durch das vorgegebene Antwortformat möglich war, die Person vollständig abzubilden?      Nein  1    2    3    4    5      ja
21. Sind Sie der Meinung, dass Sie genug fachliche Erfahrung mit der Betreuung von intellektuell beeinträchtigten Personen haben, um alle Fragen in der gewünschten Weise zu beantworten?      Nein  1    2    3    4    5      ja
22. Sind Sie der Meinung über genügend Information bezüglich der Klienten/innen zu verfügen, um die gestellten Fragen auch beantworten zu können?      Nein  1    2    3    4    5      ja
23. Sind die Fragen Ihrer Meinung nach eindeutig formuliert?      Nein  1    2    3    4    5      ja
24. Ist die Instruktion für Sie verständlich?      Nein  1    2    3    4    5      ja
25. Sind die Fragen für Sie verständlich?      Nein  1    2    3    4    5      ja
26. Empfinden Sie die benötigte Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens als angemessen?      Nein  1    2    3    4    5      ja
27. Ist die Zielsetzung des Fragebogens für Sie nachvollziehbar?      Nein  1    2    3    4    5      ja
28. Ist die Bedeutsamkeit der gestellten Fragen für Sie erkennbar?      Nein  1    2    3    4    5      ja
29. Empfinden Sie manche Fragen als die Privatsphäre verletzend?  
falls ja, welche und warum? (Geben Sie bitte jeweils die Nummer der Frage an)
- Nr.:..... Grund .....
- Nr.:..... Grund .....
- Nr.:..... Grund .....
- (Platz für weitere Fragennummern und Anmerkungen unten)

1    2    3    4    5    ja  
Nein

30. Empfinden Sie es unangenehm manche Fragen zu beantworten?

falls ja, welche und warum? (Geben Sie bitte jeweils die Nummer der Frage an)

Nr.:..... Grund .....

Nr.:..... Grund .....

Nr.:..... Grund .....

(Platz für weitere Fragennummern und Anmerkungen unten)

**Weitere Anmerkungen:**

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!**

## **Anhang D – Abstract deutsch**

**Ziel der Studie:** Das Ziel dieser Evaluierungsstudie war es, die PAS-ADD-C und die ABC hinsichtlich eines neuen Gütekriteriums, nämlich dem der Feasibility, zu untersuchen. Dies dient der Qualitätssicherung und Verbesserung von klinischen Instrumenten. Weiters soll sich dies auch in der Qualität des Outcomes widerspiegeln. Die Qualität von klinischen Instrumenten bei Personen mit IB hat weitreichende Folgen für die Person, aber auch für die Institute und das gesamte Gesundheitssystem.

**Methode:** Zur Evaluation der Instrumente PAS-ADD-C und ABC wurde ein Feasibility Fragebogen erstellt, mit dem die BetreuerInnen von Menschen mit IB des Pomona II Folgeprojektes befragt wurden. Dieser besteht insgesamt aus drei Skalen: Benutzerfreundlichkeit, Anwendbarkeit und Akzeptanz. Teilweise wurden die Fragebögen direkt bei der POMONA II Folgestudie (2009) beigelegt. Dem Großteil der teilnehmenden Personen wurde der Fragebogen, nach telefonischer Ankündigung, per Post zugeschickt. Die Instrumente sollten hinsichtlich den Skalen Benutzerfreundlichkeit, Anwendbarkeit und Akzeptanz beurteilt werden. Die Auswertung der Daten erfolgte hauptsächlich mittels deskriptiven Statistikmaßen.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass beide Instrumente, PAS-ADD-C und ABC, das Gütekriterium der Feasibility gut erfüllen. Beide Fragebögen wurden nahezu gleich gut bewertet. Am besten wurde die Skala Benutzerfreundlichkeit beurteilt. Aber auch die anderen Dimensionen der Feasibility, Anwendbarkeit und Akzeptanz, wurden als gut erachtet. Weiters gab es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Arbeitserfahrung der Betreuungspersonen und der Bewertung der Instrumente PAS-ADD-C und ABC.

**Konklusion:** Nach dem in der Arbeit präsentierten Konzept der Feasibility, wurden die Instrumente, PAS-ADD-C und ABC als gut bewertet.

## Anhang E – Curriculum Vitae

Daniela Berndl  
Schlachthammerstrasse 30/15  
1220 Wien  
daniela.berndl@inode.at

### Curriculum Vitae

#### Angaben zur Person

Geboren 30.1.1981 in Allentsteig  
Familienstand ledig

#### Schul und Berufsbildung

1987 bis 1991 Volksschule, Waidhofen/ Thaya  
1991 bis 1995 Hauptschule, Waidhofen/ Thaya  
1995 bis 2000 Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik, Sacre Coeur Pressbaum  
Juni 2000 Matura

#### Arbeitserfahrung

August 2000 Ferialjob bei Telekom Austria; Call-Center, Wien  
September 2000 Kindergärtnerin, Kinder in Wien, Österreichischer Kinderbetreuungsverein  
Mai 2001 Kindergärtnerin, Pädagogischer Kinderbetreuungsverein, Kindergarten Knusperhäuschen  
Mai 2003 Angestellte bei HaPe International, Arbeitstätigkeit in Ningbo, China  
Oktober 2004 Beginn des Studiums an der Universität Wien, Psychologie  
Jänner 2005 - laufend Assistentin im Projektmanagement, CCI Valve Technology, Wien  
Dezember 2009 6-Wochen Praktikum, Fa. Humanware, Wien

#### Fremdsprachen:

Englisch in Wort und Schrift, Mandarin Grundkenntnisse in Wort

#### EDV – Kenntnisse:

MS-Office, SPSS, Adobe Acrobat Professional, Adobe Illustrator

#### Zusätzliche Fortbildungen:

Informationsabend der Fachsektionen Klinische- und Gesundheitspsychologie des BÖP – Militärpsychologie  
Student Mentor – Cascaded Blended Mentoring  
Teilnahme an der 6. Tagung der Fachgruppe Arbeits- und Organisationspsychologie im September 2009