

Emotionale Entwicklung besser verstehen

Evaluation eines Weiterbildungskurses in der Begleitung von Menschen mit Intelligenzminderung

von Marieke Conty¹, Joana Birkner², Tanja Sappok²

Im Kontext der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland wurden relevante sozialpolitische Themen wie zum Beispiel das Bundesteilhabegesetz oder § 119c SGB V zur qualitativ hochwertigen ambulanten Behandlung in sogenannten Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZE) auf den Weg gebracht. Die damit angestrebte Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe und Gesundheit von Personen mit intellektueller oder schwerer Mehrfachbehinderung ist jedoch immer abhängig von den unmittelbar im Lebensalltag beteiligten Akteuren, darunter an vorderster Front die Wohn- und Werkstattmitarbeitenden. Um die Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung weiter zu optimieren, wurde ein modularisierter Weiterbildungskurs entwickelt und evaluiert, der auf dem emotionalen Entwicklungsansatz basiert.

Einleitung

Intelligenzminderung und emotionale Entwicklung

Menschen mit Intelligenzminderung werden häufiger psychisch krank, wobei neben psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne auch schwere Verhaltensstörungen auftreten können, die die Teilhabefähigkeit und Lebensqualität relevant beeinträchtigen können (1, 2). Die Ursachen für Verhaltensstörungen sind komplex, und neben Lebensereignissen, körperlichen oder psychischen Krankheiten und Umgebungsfaktoren können auch Verzögerungen der emotionalen Entwicklung mit schweren Verhaltensstörungen assoziiert sein (3, 4).

Der emotionale Entwicklungsansatz wurde von Došen auf der Grundlage von neurobiologischen und entwicklungspsychologischen Erkenntnissen entwickelt (3, 5). Die Skala der emotionalen Entwicklung – Diagnostik (SEED) (6) ist ein standardisiertes, evidenzbasiertes Erhebungsinstrument zur Feststellung des IQ-unabhängigen, emotionalen Entwicklungsstands (7). Die Kenntnis des emotionalen Entwicklungsstands kann der Schlüssel zum Verständnis für das innere Erleben und für Verhaltensweisen sein, die im Arbeitsalltag der Betreuenden häufig als Herausforderung erlebt werden.

Fort- und Weiterbildung

Fort- und Weiterbildung sind in vielen Unternehmen ein Standard, der Innovation, Fortschritt, Qualifikation und Qualität fördern soll (8). Die Frage nach geeigneten Fortbildungsmöglichkeiten von Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe beschäftigt die Praxis und Forschung insbesondere dann, wenn die in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht ausreichen, um im Berufsalltag

¹ v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bethel.regional, Fachdienst Autismus

² Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen

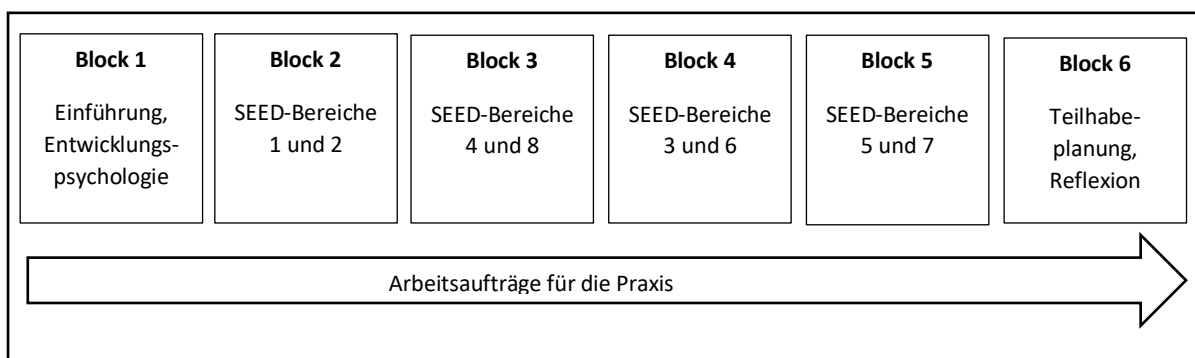
vorkommenden Situationen adäquat begegnen zu können. Dies zeigt sich insbesondere im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen und Gewaltsituationen (9). Es ist deutlich geworden, dass Mitarbeitende auf der Umsetzungsebene (im direkten Kontakt mit Klienten) Fortbildung und Anleitung benötigen, um gelernte Interventionen erfolgreich umzusetzen (10). Für die Entwicklung nachhaltiger Fort- und Weiterbildungskonzepte sind die Effektivität des Trainings, Ökonomieaspekte und die Akzeptanz der Mitarbeitenden wichtige Erfolgsvariablen (10). Gleichzeitig gilt es, Trainingsprogramme an Unternehmensstrategien und Qualitätsrichtlinien anzulehnen, geeignete, praxisnahe Lernkonzepte umzusetzen, die Anwendung im Arbeitsalltag in der Seminarplanung zu berücksichtigen sowie eine kritische Evaluation durchzuführen (8).

Entwicklung eines Bildungsprogramms zum emotionalen Entwicklungsansatz

In einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe, bestehend aus pädagogischen, psychologischen, medizinischen und pflegerischen Fachkräften des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge und der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel, wurde ein Bildungsprogramm zum emotionalen Entwicklungsansatz konzipiert, um Menschen mit Intelligenzminderung so zu begleiten, dass sich deren Lebensqualität erhöht und sie Umgebungen vorfinden, die zu ihren individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten passen. Ziel der Weiterbildung ist es, das Verhalten vor dem Hintergrund des jeweiligen emotionalen Entwicklungsstands zu interpretieren, die Beziehung zum Klienten professionell und entwicklungsfreundlich zu gestalten und passgenaue Interventionen planen zu können.

Um oben genannte Qualitätsvariablen zu berücksichtigen, wurde ein Seminarplan entwickelt, der neben der Wissensvermittlung zum emotionalen Entwicklungsansatz praxisnahe Anteile und Arbeitsaufträge für die direkte Umsetzung im Arbeitsalltag mit Klienten einbezieht. Die für Fachkräfte in der Behindertenhilfe berufsbegleitende Weiterbildung umfasst 12 Schulungstage, die sich blockweise über einen Zeitraum von 8 bis 10 Monaten aufteilen und sich an den Entwicklungsbereichen der SEED orientieren (6). Jeder Teilnehmende bringt dabei einen Indexklienten aus der eigenen Einrichtung in die Fortbildung ein und erhält parallel praktische Arbeitsaufträge für den Berufsalltag (vgl. *Abbildung 1*).

Abbildung 1: Ablauf und Inhalte der Weiterbildung in 6 Blöcken



Anmerkung: SEED-Bereiche 1 und 2: Umgang mit dem eigenen Körper und Umgang mit Bezugspersonen, SEED-Bereiche 4 und 8: Emotionsdifferenzierung und Affektregulation, SEED-Bereiche 3 und 6: Umgang mit Umgebungsveränderung – Objektpermanenz und Umgang mit der materiellen Welt, SEED-Bereiche 5 und 7: Umgang mit Peers und Kommunikation

Im Seminar werden Vorträge, Diskussionen in der Gruppe und Kleingruppenarbeiten eingesetzt und anhand von Videos und Hausaufgaben die einbrachten Indexfälle reflektiert. Inhaltlich lernen Teilnehmende zunächst entwicklungspsychologische Grundlagen kennen, um sich dann in den weiteren Blöcken detaillierter anhand der Indexpersonen mit den verschiedenen

Entwicklungsbereichen der SEED zu beschäftigen. Für die Begleitung im Lebensalltag werden dann auf Basis des jeweiligen Entwicklungsprofils Interventionen für die praktische Arbeit entwickelt, durchgeführt und reflektiert. Ein Block zur Teilhabe- und Interventionsplanung schliesst das Kursangebot ab. Ziel dieser Studie ist es, in einem längsschnittlichen Kontrollgruppendesign die kurz- und mittelfristigen Effekte des Schulungsangebots mit quantitativen und qualitativen Methoden zu evaluieren.

Methode

Studiendesign und Intervention

Die Effekte des Weiterbildungsangebots auf die Teilnehmenden, die Klienten und das Umfeld wurden mit verschiedenen qualitativen und standardisierten Assessment-Instrumenten erhoben. Am oben beschriebenen Bildungsprogramm, durchgeführt von einer Diplom-Sozialpädagogin, nahmen 10 Mitarbeitende aus 4 Wohneinrichtungen für Personen mit Intelligenzminderung eines grossen, diakonischen Trägers der Eingliederungshilfe teil. Die 10 Mitglieder der Kontrollgruppe waren in der jeweils gleichen Wohneinrichtung tätig und füllten die Fragebögen aus, ohne an der Weiterbildung teilzunehmen. Der Kurs lief über einen Zeitraum von 9 Monaten von Oktober 2017 bis Juli 2018. Die in der Studie erhobenen Daten bezogen sich jeweils auf die in die Weiterbildung eingebrachte Indexperson. In der Kontrollgruppe beziehen sie sich auf einen Klienten, für die die Teilnehmer als Bezugsmitarbeitende zuständig waren.

Die Daten der Studie wurden zu Beginn des Kurses zu Messzeitpunkt 1 (MZP 1), mit Abschluss des Kurses (+9 Monate, MZP 2) und 5 Monate nach Kursende (MZP 3) erhoben.

Stichprobe/Teilnehmer

Für die 20 Klienten wurden am MZP 1 deskriptive Basisdaten erhoben, wobei sich die Interventions- und Kontrollgruppe diesbezüglich nicht unterschieden (vgl. *Tabelle 1*). In beiden Gruppen kam es im Verlauf des Schulungszeitraums zu je einem Dropout. In der Kontrollgruppe verstarb eine Klientin, in der Interventionsgruppe befand sich eine Mitarbeiterin am MZP 2 im Mutterschutz. Aus diesem Grund wurden nur von 18 Personen die Daten am MZP 2 und 3 erhoben.

Der Grad der Intelligenzminderung der Klienten wurde durch den Disability Assessment Schedule (DAS) (11) (eigene Übersetzung) erfasst.

Der Stressindex (12) besteht aus 11 Items, die potenziell belastende Ereignisse innerhalb der letzten 12 Monate abfragen, zum Beispiel: «War ein Krankenhausaufenthalt wegen einer Erkrankung notwendig?», «Ist ein Freund oder Verwandter von XY verstorben?», «Bekam XY eine neue Arbeitsstelle?». Alle Fragen werden mit Ja oder Nein beantwortet und zusätzlich wird jeweils beurteilt, ob das Ereignis gut oder schlecht für den Patienten war.

Die Clinical Global Impression Scale (CGI) (13) vermittelt einen Gesamteindruck der Schwere der psychiatrischen Erkrankung. Auf einer 7-stufigen Skala (1 = Patient ist überhaupt nicht krank; 7 = Patient ist extrem schwer krank) schätzt die Bezugsperson den Schweregrad der Erkrankung ein.

Tabelle 1:

	Interventions- gruppe (n = 10)	Kontrollgruppe (n = 10)	Statistische Signifikanz
Alter M (SA)	42,8 (11,12)	50,0 (13,29)	p = 0,22; n. s. ¹
Geschlecht			p = 0,36; n. s. ²
weiblich	3 (30%)	5 (50%)	
männlich	7 (70%)	5 (50%)	
DAS			p = 0,69; n. s. ²
IQ < 70, leicht	0 (10%)	1 (10%)	
IQ < 50, mittelgradig	3 (50%)	2 (30%)	
IQ < 35, schwer	4 (20%)	3 (40%)	
IQ < 20, schwerst	3 (20%)	4 (20%)	
Stressindex M (SA)	2,30 (1,34)	2,20 (1,87)	p = 0,89; n. s. ¹
CGI			p = 0,71; n. s. ²
Überhaupt nicht krank	0	1	
Nur leicht krank	1	0	
Mässig krank	1	2	
Deutlich krank	5	4	
Schwer krank	1	1	
Extrem schwer krank	1	2	
Nicht beurteilbar	1	0	

Anmerkung: Alle Daten erhoben zu MZP 1

Abkürzungen: M: Mittelwert; SA: Standardabweichung; DAS: Disability Assessment Schedule (Stressindexwert entspricht Summe der potenziell belastenden Ereignisse [Maximalwert = 11]); CGI: Clinical Global Impression Scale

¹t-Test zweiseitig; ²Chi-Quadrat-Test

Outcomes/abhängige Variablen

Für die Überprüfung kurz- und mittelfristiger Effekte beurteilte die Untersuchungsgruppe nach dem Ende der Schulung (MZP 2) sowie 5 Monate später (MZP 3) verschiedene Aspekte der Schulung in einem freien Frageformat. Ausserdem bewerteten die Mitarbeitenden beider Gruppen zu allen 3 Messzeitpunkten das Verhalten ihrer Klienten und das eigene Erleben bezüglich ihres Arbeitsalltags mithilfe standardisierter Fragebögen.

Qualitative Inhaltsanalyse

Für die Teilnehmenden der Schulung (Interventionsgruppe) wurde ein Fragebogen mit folgenden offenen Fragen entwickelt:

1. Sind Veränderungen des Klienten sichtbar geworden? Wenn ja, welche?
2. Konnten Sie positive oder negative Reaktionen aus dem persönlichen Umfeld des Klienten beobachten (Angehörige, Werkstatt, Fahrdienst, Therapierende...)?
3. Haben Sie den Eindruck, an (Fach-)Wissen dazugewonnen zu haben?
4. Welche Veränderungen haben sich für Sie persönlich in Bezug auf Wahrnehmung und Interpretation von Verhaltensweisen Ihrer Klienten ergeben?
5. Hat sich Ihre Beziehung zum Klienten verändert?
6. Haben Sie mehr Sicherheit im Umgang mit dem Klienten gewonnen?
7. Welche Veränderungen haben sich für Sie im Arbeitsalltag ergeben?
8. Welche Reaktionen zeigt(t)en Ihre Kollegen bezüglich Ihrer Erkenntnisse aus der Fortbildung?

9. In welchen Zusammenhängen nutzen Sie Ihre neuen Erkenntnisse (Reha-/Hilfepflangespräch, Team, Angehörige, Arbeitsplatzgespräche ...)?

Die Antworten der Teilnehmenden des Kurses wurden nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (14) analysiert, indem ein Expertenteam zunächst die Texte inhaltlich im Detail erschloss und einen am Text orientierten Kodierleitfaden mit aus dem Text generierten Ankersätzen entwickelte. Die dabei gefundenen Kategorien bilden die schulungsbedingten Veränderungen ab. Zur Objektivitätsprüfung wurde das erarbeitete Kodiersystem durch 2 weitere fachkundige Personen beurteilt, um sicherzustellen, dass der gesamte Text inhaltlich vollständig aufgeklärt und durch die gefundenen Kategorien zusammengefasst wurde.

Neben diesen projektspezifischen Fragen füllten die Teilnehmenden ausserdem einen allgemeinen Feedback-Bogen zur Seminarevaluation aus, in dem die Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten wie Themenspektrum, Lernatmosphäre, Auswirkungen der Fortbildung auf den eigenen Arbeitsbereich etc. in freiem Format erfragt wird und Wünsche für weitere Themen angegeben werden können.

Quantitative Assessment-Methoden

Das Inventar für Verhaltensprobleme (15) ist ein Fremd-Rating-Fragebogen, der mögliche herausfordernde Verhaltensweisen in den Kategorien selbstverletzendes Verhalten (14 Items), stereotypes Verhalten (24 Items) und aggressives/destruktives Verhalten (11 Items) erfasst. Die Fragen werden dabei jeweils nach Häufigkeit (0 = nie bis 4 = stündlich) und, falls zutreffend, nach Schweregrad (1 = leicht, 2 = mittelgradig, 3 = schwer) beurteilt. Neben den vorgegebenen Items gibt es pro Subskala auch eine freie Frage nach weiteren Verhaltensauffälligkeiten, die in der gleichen Skalierung bewertet werden können. Für die 3 Subskalen können dann jeweils 2 Summenwerte (Häufigkeit und Schweregrad) gebildet werden, wobei hohe Werte stärkeren Verhaltensproblemen entsprechen.

Als Mass der Veränderung wurde zunächst gruppenweise die Differenz der Summenwerte (MZP 1 bis MZP 2) gebildet, und anschliessend wurden die Interventions- und Kontrollgruppe miteinander verglichen, wobei grössere Differenzen eine stärkere Symptomreduzierung abbilden.

Der Fragebogen «Erleben bei der Arbeit» basiert auf der deutschen Version (16) des weit verbreiteten Maslach Burnout Inventory (MBI) (17) und wurde speziell für Berufe im Gesundheitswesen adaptiert. Er erfasst verschiedene arbeitsbezogene Einstellungen in den Subskalen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit. Die 22 Items werden auf einer 6-stufigen Likert-Skala (1 = überhaupt nicht bis 6 = sehr oft) beurteilt. Anschliessend werden 3 Summenscores gebildet, wobei höhere Werte für eine stärkere Belastung stehen.

Um Veränderungen in der Arbeitszufriedenheit zu erheben, wurden die Differenzwerte MZP1 minus MZP2 berechnet, wobei höhere Differenzwerte für eine stärkere Symptomreduktion sprechen.

Statistische Analysen

Alle Analysen wurden mit SPSS 23.0 (IBM Corp., 2015) durchgeführt. Die Differenzwerte zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wurden jeweils mit t-Tests berechnet. Aufgrund multipler Vergleiche wurde das Signifikanzniveau auf $p < 0,01$ festgelegt.

Eine Missing-Data-Analyse ergab, dass bei den Outcome-Massen jeweils nur einzelne Werte fehlten, was aber weniger als 1 Prozent der Werte betraf und unsystematisch sowie gruppenunspezifisch auftrat, sodass dies die Ergebnisse nicht verzerrte.

Ergebnisse

Die Veränderungen in der qualitativen Inhaltsanalyse lassen sich in 3 Hauptkategorien abbilden, die sich auf Veränderungen bei den Klienten (I), bei den Mitarbeitenden (II) beziehungsweise auf das weitere Umfeld und den Transfer auf andere Kontexte (III) bezogen. Die Kategoriensammlung bezieht sich auf die gefundenen Veränderungen und umfasst insgesamt 17 Kategorien.

Ergebnisse auf Ebene der Klienten

Die qualitativen klientenbezogenen Veränderungen lassen sich in 3 Oberkategorien abbilden (vgl. *Tabelle 2*).

Tabelle 2: Hauptkategorie: Veränderungen Klienten

Oberkategorie	Ankersätze
1 Entspannung, positiver Gefühlsausdruck	«Der Klient wirkt im Allgemeinen glücklicher»
2 Mehr Aktivität, mehr Selbstwirksamkeit	«Der Klient fordert mehr neue Aufgaben ein»
3 Verhaltensänderung positiv	«Er zeigt wenig SVV und fast gar kein FVV»

Im Inventar für Verhaltensprobleme (IVP) findet sich für den Gesamtwert in den Skalen «Häufigkeit» und «Schweregrad» in beiden Gruppen deskriptiv ein leichter, nicht signifikanter Symptomanstieg von MZP 1 zu MZP 2. Die Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich dabei weder im Schweregrad noch in der Häufigkeit (siehe *Tabelle 4*).

Ergebnisse auf Ebene der Mitarbeitenden

Die Veränderungen, die sich für die Teilnehmenden der Schulung ergeben haben, sind in 7 Oberkategorien zusammengefasst (*Tabelle 3*).

Tabelle 3: Hauptkategorie: Veränderungen Mitarbeitende

Oberkategorie	Ankersätze
4 Wissenszuwachs Entwicklungspsychologie, veränderte Interpretation von Verhalten	«Ich kann meine Klienten besser verstehen und manches Verhalten besser reflektieren»
5 Mehr eigene Sicherheit, Entlastung	«... bin ich offener und sicherer im Umgang»
6 Mehr Bedürfnisorientierung in Angeboten (auf Hintergrund des emotionalen Entwicklungsansatzes)	«... mehr spontan auf die Bedürfnisse einzugehen»
7 Mehr/angepasste Angebote	«Bessere Umgangsweisen, Ideen für Interventionen, auf das EE-Niveau angepasst»
8 Rollenveränderung: Anleitung Kollegen	«Kollegen in das Thema bringen und dranbleiben, um es umzusetzen; Interventionen verteidigen und gemeinsam anpassen»
9 Übertragung auf andere Klienten	«Das bezieht sich auf alle Klienten. Ziel ist es, den Klienten bestmöglich zu unterstützen und so ihm oder ihr das Gefühl zu geben, verstanden zu werden»
10 Beziehung gestärkt, mehr Vertrauen	«... habe ich persönlich eine gute vertrauensvolle Beziehung aufbauen können»

Im Fragebogen «Erleben bei der Arbeit» finden sich in den beiden Gruppen im Gesamtwert und in den einzelnen Subskalen leichte Veränderungen, wobei diese aber in beiden Richtungen auftreten und sich kein systematischer Gruppenunterschied feststellen lässt (vgl. *Tabelle 4*). Anmerkung: Auch in der

Follow-up-Untersuchung zeigen sich weder in IVP noch im Erleben bei der Arbeit signifikante Gruppenunterschiede.

Tabelle 4:

	Interventionsgruppe (n = 9) M _{prä} –M _{post} (Differenz)		Kontrollgruppe (n = 9) M _{prä} –M _{post} (Differenz)		Statistische Signifikanz ¹
Klienten					
IVP-Gesamtwert: Häufigkeit	17,11–24,11	–7,00	20,33–25,22	–4,89	p = 0,66; n. s.
IVP-Gesamtwert: Schweregrad	10,22–17,11	–6,89	15,11–16,66	–1,55	p = 0,22; n. s.
Mitarbeitende					
EA: Emotionale Erschöpfung	20,11–21,67	–1,56	20,78 – 19,22	1,56	p = 0,23, n. s.
EA: Depersonalisation	7,67–7,75	–0,08	7,22–7,67	–0,44	p = 0,96, n. s.
EA: Reduzierte Leistungsfähigkeit	17,56–16,00	1,56	24,11–26,67	–2,56	p = 0,55, n. s.
EA: Gesamtwert	45,33–45,44	–0,11	52,11–53,56	–1,44	p = 0,85, n. s.

Anmerkung: n = 18; M_{prä}: Mittelwert zu MZP 1; M_{post}: Mittelwert zu MZP 2; IVP: Inventar für Verhaltensprobleme; EA: Erleben bei der Arbeit; ¹t-Test zweiseitig; n. s.: nicht signifikant

Ergebnisse auf Ebene des Umfelds

Die Veränderungen, die sich mit der Schulung für das Umfeld ergeben haben, wurden ausschliesslich in der qualitativen Analyse untersucht. Sie lassen sich in 7 Oberkategorien zusammenfassen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Hauptkategorie: Veränderungen Umfeld

Oberkategorie	Ankersätze
11 Kritische Rückmeldung/ Desinteresse durch Kollegen	«Einige Kollegen (...) können kein Verständnis entwickeln»
12 Positive Rückmeldungen/ Interesse von Kollegen	«Nachfragen der Kollegen aus dem Betreuungsteam, Interesse an Intervention (positive Reaktionen)»
13 Kollegen übernehmen Interventionen	«Viele versuchen nach (dem emotionalen Entwicklungskonzept) zu handeln»
14 Einfluss im Hilfeplangespräch	«Es wurden neue Massnahmen und Ziele in dem Reha-/Hilfeplangespräch vereinbart»
15 Positive Rückmeldungen/ Interesse von Werkstatt/Arbeit	«Werkstatt ist am (emotionalen Entwicklungskonzept) sehr interessiert»
16 Positive Rückmeldungen/ Interesse von Angehörigen	«Schwester: findet den Grundgedanken super. Mehr Verständnis dafür, wie es ihrem Bruder gehen muss, und für bestimmte Verhaltensweisen»
17 Aktive Bearbeitung in Team und Umfeld	«...und an Interventionen (entwickeln und durchführen) mitzuwirken»

Diskussion

In der vorliegenden explorativen Studie wurden die Effekte eines Weiterbildungsprogramms zum emotionalen Entwicklungsansatz für Mitarbeitende der Eingliederungshilfe untersucht. Während sich in den quantitativen Verfahren keine signifikanten Veränderungen zeigen, finden sich in der qualitativen Inhaltsanalyse der Teilnehmenden positive Effekte in Bezug auf Wohlbefinden und Verhalten der Klienten, die eigene Arbeitshaltung und den Transfer in das Lebensumfeld. Im Vordergrund steht dabei ein Wissenszuwachs im Verständnis für das Erleben und Verhalten der Klienten.

Menschen mit Intelligenzminderung zeigen häufig herausforderndes Verhalten ohne erkennbaren Auslöser. Mitarbeitende in Wohngruppen sehen sich oft mit auto-, sach- oder fremdaggressiven Verhaltensweisen konfrontiert, aber auch eigenartige Stereotypen, offensichtliches Unwohlsein trotz aller Bemühungen des Umfelds oder die wiederholte Missachtung scheinbar einfacher Regeln können die Beziehung zum Klienten stark belasten. Die Kenntnis des emotionalen Entwicklungsstands kann hier eine neue Perspektive auf Verhaltensbesonderheiten und -störungen eröffnen und Einsicht in die individuelle Bedürfnis- und Fähigkeitslage gewähren (4, 7).

Diese neuen Perspektiven finden sich auch in den Rückmeldungen der Teilnehmenden des Schulungsprogramms. Auf der Basis von vertieftem entwicklungspsychologischem Wissen und professionalisiertem Verständnis für das Verhalten der Klienten konnten individuell angepasste Interventionen und Förderkonzepte entwickelt werden, um die Klienten bestmöglich zu unterstützen, herausforderndes Verhalten zu reduzieren und die Lebensqualität zu verbessern (7). Auch auf die Betreuungsbeziehung, deren Qualität ein wichtiger Prädiktor für das Wohlbefinden von Menschen mit Intelligenzminderung ist (18), scheint sich erweitertes Fachwissen zur emotionalen Entwicklung positiv auszuwirken (7).

Der direkte Nachweis von Verhaltensänderungen von Klienten durch Mitarbeitertrainings ist erschwert (19, 20). Für eine nachhaltige Verbesserung ist insbesondere der Transfer des Entwicklungswissens in das gesamte Wohn- und Hilfesystem von grosser Relevanz. Das Design des Fortbildungsprogramms, in das die Mitarbeitenden jeweils eigene Indexklienten einbrachten und in dem sie ihre Kollegen in die Arbeit einbezogen, stellt eine vielversprechende Methode zur Multiplikation und Implementierung des Gelernten in den Betreuungsalltag dar (8, 19).

Insgesamt sprechen Rückmeldungen der befragten Teilnehmer für kurz- und mittelfristige positive Effekte des Fortbildungsangebots. Möglicherweise sind die Fallzahlen zu gering, um die Effekte mithilfe der quantitativen Methoden abzubilden.

Limitationen der Studie beziehen sich auf das offene, eher explorative Untersuchungsformat und die kleine Untersuchungsgruppe. Aufgrund des Pilotcharakters und der Analyse nur eines Fortbildungsblocks mit einer Referentin sind die Ergebnisse nur eingeschränkt generalisierbar. Auch eine Randomisierung in Interventions- und Kontrollgruppe fand nicht statt. Es ist nicht auszuschliessen, dass die eingesetzten Instrumente nicht ausreichend sensitiv waren und eine Untersuchung mit alternativen Instrumenten die Effekte deutlicher herausgearbeitet hätte. Das Entstehen von überschneidenden Effekten ist denkbar, da die Mitarbeitenden aus Interventions- und Kontrollgruppe in den gleichen Wohneinrichtungen tätig waren. Da jeweils nur wenige Mitarbeitende pro Team geschult wurden und für die Umsetzung der neu entwickelten Interventionen verantwortlich waren, sind Veränderungseffekte möglicherweise subtiler ausgefallen. Dies zeigt sich auch in der qualitativen Auswertung der Rückmeldungen der Teilnehmenden, wo insbesondere der Transfer ins Umfeld und die Weitergabe von Informationen an Kollegen als Herausforderungen empfunden wurden. Eine Schulung kompletter Teams und eine gesicherte Aufnahme der Interventionen in Teilhabe- und Hilfeplanung sowie in den praktischen Arbeitsalltag der Begleitpersonen sollten deshalb noch stärker

in den Fokus genommen werden. Eine Ergänzung des Formats um zeiteffiziente, aber breit gestreute Informationsangebote für alle Mitarbeitenden, die nicht an der längerfristigen Schulung teilnehmen können, könnte hier eine Lücke schliessen, um letztlich für Klienten mehr Lebensqualität durch eine bedürfnisbezogene, entwicklungsfreundliche Begleitung zu ermöglichen.

Merkpunkte

Die Analyse des modularisierten Weiterbildungsangebots zum emotionalen Entwicklungsansatz weist darauf hin, dass

- Klienten entspannter, aktiver und weniger verhaltensauffällig sind.
- Teilnehmende entwicklungspsychologisches Grundlagenwissen erworben haben und anwenden.
- Mitarbeitende verständnisvoller, offener und sicherer im Umgang sind.
- das Umfeld insgesamt offen und interessiert für die entwicklungsbasierte Arbeit ist.

Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei all den Menschen bedanken, die diese Studie möglich gemacht haben. In erster Linie sind dies alle Teilnehmenden, die die Fragebögen ausfüllten, sowie ihre Dienstvorgesetzten, die die Evaluation unseres Fortbildungsangebots ermöglichten. Ein besonders grosser Dank gilt der gesamten Projektgruppe aus dem Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH und den v. Bodelschwingschen Stiftungen, die uns mit Hilfsbereitschaft, fachlicher Begleitung, Mitdenken und Diskussionsfreude unterstützt hat: Sabine Zepperitz, Isabell Gaul, Steffan Schuster, Shunyam Murmann, Jutta Meyer auf der Heide und Jacques Meyer-Kemper. Darüber hinaus danken wir den v. Bodelschwingschen Stiftungen für die finanzielle Unterstützung der Untersuchung.

Korrespondenzadresse:

Marieke Conty
Bethel.regional, Fachdienst Autismus
Herbergsweg 10
D-33617 Bielefeld
E-Mail: marieke.conty@bethel.de

Literatur:

1. Böhm J et al.: Emotionale Entwicklung, Aggressionsregulation und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Intelligenzminderung. Fortschr Neurol Psychiatr 2019; 87(08): 437–443.
2. Kroezen M et al.: Development of the guideline 'Challenging behavior in adults with intellectual disability'. Eur J Public Health 2019; 29, 4, 185–636.
3. Došen A: Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen: Hogrefe, 2010.
4. Sappok T et al.: The missing link: delayed emotional development predicts challenging behavior in adults with intellectual disability. J Autism Dev Disord 2014; 44(4): 786–800.
5. Sappok T et al.: Scale of emotional development-Short. Res Dev Disabil 2016; 59: 166–175.
6. Sappok T et al.: SEED: Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik. Bern: Hogrefe, 2018.
7. Sappok T et al.: Das Alter der Gefühle – Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. Bern: Hogrefe, 2019.
8. Kauffeld S: Nachhaltige Personalentwicklung und Weiterbildung – Betriebliche Seminare und Training entwickeln, Erfolge messen, Transfer sichern. Berlin: Springer, 2016.

9. Beech B, Leather P: Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggress Violent Behav* 2006; 11(1): 27–43.
10. Parsons MB et al.: Evidence-based staff training: a guide for practitioners. *Behav Anal Pract* 2012; 5(2): 2–11.
11. Holmes N et al.: The Disability Assessment Schedule: a brief screening device for use with the mentally retarded. *Psychol Med* 1982; 12(4): 879–890.
12. Burt DB, Aylward EH: Test battery for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2000; 44(Pt 2): 175–180.
13. Guy W: Clinical Global Impressions (CGI). In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare, 1976.
14. Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz, 2015.
15. Rojahn J et al.: The Behavior Problems Inventory: an instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior, and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *J Autism Dev Disord* 2001; 31(6): 577–588.
16. Büssing A: Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D) [Measuring burnout: a study of a German version of the Maslach Burnout Inventory (MBI-D)]. *Diagnostica* 1992; 38(4): 328–353.
17. Maslach C et al.: *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463–3464). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
18. Schalock RL: The concept of quality of life: what we know and do not know. *J Intellect Disabil Res* 2004; 48(Pt 3): 203–216.
19. Jahr E: Current issues in staff training. *Res Dev Disabil* 1998; 19(1): 73–87.
20. Hassiotis A et al.: Clinical outcomes of staff training in positive behaviour support to reduce challenging behaviour in adults with intellectual disability: cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2018; 212(3): 161–168.