

A. Kruse  
C. Ding-Greiner

## Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbstständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung

### Promotion and maintenance of independence in older people with intellectual disability – results of an intervention study

■ **Zusammenfassung** Die Ergebnisse gerontologischer Forschung sind erst in Ansätzen auf Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung übertragen worden. Doch lassen erste Ergebnisse aus internationalen Studien die Annahme zu, dass auch bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung Lern- und Veränderungsfähigkeit gegeben ist. Die vorliegende Studie wurde mit dem Ziel

einer systematischen Analyse des Lern- und Veränderungspotenzials älterer Menschen mit geistiger Behinderung ausgerichtet. Den theoretisch-konzeptuellen Ausgangspunkt bildete ein Kompetenzbegriff, der zum einen die Merkmale Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Sinnerleben als Kompetenzmerkmale beschreibt, der zum anderen die Einflüsse der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt auf diese Merkmale hervorhebt. Der Studie lag die Annahme zugrunde, dass Mitarbeiter in Einrichtungen der Behindertenhilfe durch eine differenziertere Wahrnehmung der Selbstständigkeitspotenziale älterer Menschen mit geistiger Behinderung einen Beitrag zur Förderung von Selbstständigkeit und alltagspraktischer Kompetenz der Bewohner leisten können. Aus diesem Grunde wurde ein Interventionsprogramm entwickelt und eingesetzt, dessen Ziel darin bestand, auf Seiten der Mitarbeiter eine differenziertere Einschätzung der Selbstständigkeitspotenziale älterer Menschen mit geistiger Behinderung herzustellen sowie zur kritischen Reflexion des eigenen Betreuungs- und Pflegekonzepts anzuregen. Es wurde erwartet, dass durch dieses Interventionsprogramm eine vermehrte Förderung sowohl der Selbstständigkeit als auch der all-

tagspraktischen Kompetenz bei älteren Bewohnern erzielt würde. Die Effekte sollten sich in einer Zunahme sowohl der Selbstständigkeit als auch der alltagspraktischen Kompetenz widerspiegeln. An der Studie haben 40 ältere Menschen mit geistiger Behinderung und 40 Mitarbeiter teilgenommen. Das Betreuungs- und Pflegeverhalten der Mitarbeiter wurde auf der Basis von Videoaufnahmen in natürlichen Betreuungs- und Pflegekontexten erfasst und eingeschätzt. Selbstständigkeit und alltagspraktische Kompetenz der Bewohner wurden auf der Grundlage von Videoaufnahmen sowie durch einen Fragebogen zur Erfassung des Grades unabhängiger Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschätzt. Zur Bestimmung möglicher Interventionseffekte wurde ein Prä-Post-Kontrollgruppen-Design gewählt. Die Ergebnisse zeigen eine statistisch hochsignifikante Zunahme sowohl der Selbstständigkeit als auch der alltagspraktischen Kompetenz in der Interventionsgruppe. Die Annahme, dass die differenziertere Wahrnehmung der Selbstständigkeitspotenziale älterer Menschen mit geistiger Behinderung Grundlage für die Förderung ihrer Selbstständigkeit und alltagspraktischen Kompetenz bildet, wurde damit bestätigt.

---

Diese Studie wurde durch das Diakonische Werk Württemberg und die Robert Bosch Stiftung gefördert.

---

Eingegangen: 20. März 2003  
Akzeptiert: 12. Juni 2003

---

Prof. Dr. Andreas Kruse (✉)  
Christina Ding-Greiner  
Institut für Gerontologie  
der Universität Heidelberg  
Bergheimer Straße 20  
69115 Heidelberg, Germany  
Tel.: 06221/548181  
E-Mail:  
andreas.kruse@urz.uni-heidelberg.de

### ■ Schlüsselwörter

Geistige Behinderung –  
Behindertenhilfe – Kompetenz –  
Selbstständigkeit –  
Lernpotenziale –  
Veränderungspotenziale – Umwelt

■ **Summary** Results of gerontological research have seldom been used for the development of new concepts for housing, promotion and supply in people with intellectual disability. However, recent findings from international studies support the assumption that capability to learn and plasticity are also apparent in people with intellectual disability. The present study was designed as an empirical test of this assumption. As a theoretical starting point we describe competence as a comprehensive construct which integrates aspects of independence, self-responsibility, self-determination and experienced meaning of life. Moreover, the construct of competence refers to the impact

of the physical, social, and infrastructural environment on the aforementioned aspects. We hypothesised that independent living in older people with intellectual disability could be enhanced by a more differentiated perception of respective potentials by the members of the institutional staff. An intervention program for caregivers was developed to initiate an examination of their own behaviour in daily interaction with intellectually disabled residents, particularly in terms of a possible support of dependent and ignorance of independent behaviour. We expected that unmasking contingencies between behaviour of care-givers and dependency in intellectual disabled residents should lead to increases in residents' independent behaviour and everyday competence. 40 intellectually disabled residents and 40 staff members participated in the present study. Videotapes were used to assess beha-

viour of staff members and residents in daily care and support. Moreover, a questionnaire was developed for further assessment of independence and everyday competence in intellectually disabled residents. Effects of the developed intervention program were tested with a pre-post-control group-design. Results show highly significant increases in residents' independence and everyday competence. Therefore, our hypothesis that independent living in older people with intellectual disability could be enhanced by a more differentiated perception of existing potentials by the members of the institutional staff received strong support.

### ■ Key words

Intellectual disability –  
competence – independence –  
capability to learn – plasticity –  
environment

## 1. Ein neues Verständnis von Behinderung und Aufgaben der Behindertenhilfe

Die Chancen auf schulische Förderung, einen Arbeitsplatz auf dem Sonderarbeitsmarkt oder die Verwirklichung individueller Interessen und Bedürfnisse (z. B. nach Kontakt, Sexualität, Privatheit oder Selbstbestimmung in der Alltags- und Lebensgestaltung) haben sich für Menschen mit geistiger Behinderung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert. Diese Tatsache spiegelt einen Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe wider. Die Entwicklung von Wohn-, Förder- und Betreuungskonzepten orientiert sich heute an der Leitidee einer prinzipiellen Lern- und Bildungsfähigkeit, das Bemühen um die Sicherung von Lebensqualität und Wohlbefinden hat gegenüber der Kompensation und Linderung von Defiziten deutlich an Bedeutung gewonnen. Zugleich wird die Stärkung von Möglichkeiten zur Artikulation individueller Bedürfnisse und Interessen sowie zur Umsetzung von Fähigkeiten („Empowerment“) als zentrale Aufgabe der Behindertenhilfe genannt. Diese schließt die Zugänglichkeit von sozialen, kulturellen und medizinischen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen („soziale Partizipation“) ein. In fehlenden Möglichkeiten zur Teilhabe an Bil-

dung, gesellschaftlicher und kultureller Entwicklung sowie medizinischem Fortschritt wird ein Verstoß gegen elementare Rechte des Menschen gesehen [vgl. 9, 35, 39, 44, 47, 50, 51]. Auf der Grundlage einer umfangreichen Expertenbefragung in den USA haben Factor und Anderson [14] Maßnahmen entwickelt, durch die soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderung gefördert wird. Dabei wurde jenen Maßnahmen besondere Bedeutung beigemessen, die auf eine Stärkung sowohl der Kontrolle über die Umwelt als auch der Entscheidungskompetenz zielen. In den von Heller [18] sowie von Haveman & Michalek [17] entwickelten Bildungsprogrammen für ältere Menschen mit geistiger Behinderung nimmt das Training in Zieldefinitionen und Entscheidungsverhalten eine hervorgehobene Stellung ein. Der von Schalock [36, 37] entwickelte Fragebogen zur Erfassung von Lebensqualität bei Menschen mit geistiger Behinderung enthält die Dimension „Selbstbestimmung“ (self-determination), die folgende fünf Merkmale umfasst: Entscheidung über (1) tägliche Aktivitäten, (2) über das, was ich esse und trinke, (3) über die Art und Weise, wie ich meine Zeit verbringe, (4) persönliche Meinungen, (5) persönliche Ziele. Als eine Grundlage von Selbstbestimmung wird dabei die *Fähigkeit* wie auch die *Motivation* des Individuums ge-

wertet, Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig auszuführen [siehe auch 29].

Ähnlich wird im *Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen* [9] argumentiert. Die in diesem Memorandum niedergelegten Aussagen zu den Rechten von Patienten und Menschen mit Behinderungen sind in hohem Maße an dem Prinzip der Stärkung individueller Verantwortung und Entscheidungskompetenz orientiert, die Aussagen zur integrierten Versorgung an dem Prinzip der Flexibilität mit dem Ziel einer möglichst weiten Beachtung der Bedürfnisse und Kompetenzen des Individuums.

### ■ 1.1 Die Nutzung gerontologischer Erkenntnisse in der Behindertenhilfe

Die Übertragung des skizzierten Perspektivenwechsels auf das Alter ist in der internationalen Diskussion von Konzepten „erfolgreichen Alterns“ für Menschen mit geistiger Behinderung erkennbar [siehe Beiträge in 20, sowie 38, 45, 52]. Unter dem Titel *Self-advocacy for a good life in older years* wurde zum Beispiel im Bundesstaat Maryland eine Verordnung erlassen, die vier grundlegende Ziele der Förderung von Menschen mit Behinderung nennt [vgl. 15]: 1. *Freiheit* (freedom) – definiert als die Fähigkeit des Individuums, Entscheidungen in Bezug auf Wohn- und Versorgungsbedingungen zu treffen, 2. *Kontrollmöglichkeiten* (authority) – definiert als die Fähigkeit des Individuums, Budgets für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen selbstständig und selbstverantwortlich zu verwalten (hier sind auch Erfahrungen zu nennen, die in den Niederlanden mit dem System persönlicher Budgets gewonnen wurden), 3. *Entscheidung für bestimmte Formen der Unterstützung* (support) – definiert als flexibles Arrangement von formellen und informellen Dienstleistungen, unter denen der Mensch auswählen kann. Dieses Arrangement zielt auf die Fähigkeit des Menschen, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen, sowie auf eine Erhöhung der Lebensqualität durch vermehrte Kontrolle über die Umwelt, 4. *verantwortliches Handeln* (responsibility) – definiert im Sinne der Fertigkeiten, die das Individuum benötigt, um selbstständig, selbstverantwortlich und mitverantwortlich handeln zu können. Dabei ist auch auf die Entwicklung von Lebensbedingungen zu achten, durch die der Mensch überhaupt in die Lage versetzt wird, selbstständig, selbstverantwortlich und mitverantwortlich zu handeln (*response-ability*).

Im deutschsprachigen Raum ist dagegen die Übertragung von Erkenntnissen gerontologischer Forschung auf die Entwicklung von Wohn-, Förder-

und Versorgungskonzepten für ältere Menschen mit geistiger Behinderung erst in Ansätzen erkennbar: „Die Fragestellungen bewegen sich noch eher im Bereich der ad-hoc-Hilfen, als dass eine konzeptionelle Fundierung der Angebote angestrebt würde“ [45, S. 91]. Auch wenn mit Tews [41] davon auszugehen ist, dass es im Zuge eines „generellen Strukturwandels des Alters“ auch für geistig behinderte Menschen zukünftig zu einer individuellen und kollektiven Aufwertung des Alters als eigenständiger Lebensphase kommen wird, so sind die gegenwärtig entwickelten Interventionsansätze für diese Personengruppe noch nicht als ausreichend anzusehen, was damit zu tun hat, dass das Alter von Menschen mit geistiger Behinderung primär im Sinne von (genetisch determinierten) Verlusten gedeutet und dabei übersehen wird, dass die im Lebenslauf erzielten Bildungserfolge bei Menschen mit geistiger Behinderung bis ins hohe Alter fortwirken, wenn die Bildungsanstrengungen bis in diese Lebensphase hinein fortgesetzt werden – eine Aussage, die für die Beibehaltung der Wiedereingliederungshilfe auch nach Austritt aus dem Beruf spricht [24]. Darüber hinaus wird die auch bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung gegebene Lern- und Veränderbarkeit oftmals übersehen.

Mit der vorliegenden Interventionsstudie sollte der Versuch unternommen werden, die Lern- und Veränderungsfähigkeit älterer Menschen mit geistiger Behinderung nachzuweisen. Dabei wurde auf Ergebnisse eines umfangreichen, theoretisch fundierten Forschungsprogramms zu Möglichkeiten der Förderung von Selbstständigkeit alter Menschen in Institutionen zurückgegriffen; diese Erkenntnisse sollten auf Einrichtungen der Behindertenhilfe übertragen werden.

Die Beiträge in der von Herr und Weber [20] herausgegebenen Monographie „Ageing, Rights and Quality of Life“ verdeutlichen, dass lebensbereichsspezifische Behinderungen nicht selten Merkmale der räumlichen, sozialen sowie (nicht zuletzt) rechtlichen und institutionellen Umwelt widerspiegeln [siehe auch 23, 32, 33]. Selbstbestimmung und soziale Teilhabe werden als Persönlichkeitsrechte genannt, die behinderten Menschen ebenso wenig vorenthalten werden dürfen wie nicht behinderten Menschen [siehe auch 50]. Daraus ergeben sich unmittelbare Implikationen für die Entwicklung von Förder-, Betreuungs- und Rehabilitationskonzepten für Menschen mit Behinderung [vgl. 11, 26]: 1. Die bereitgestellten Hilfen sollten sich nicht allein auf Gesundheit und Versorgung beschränken, sondern in gleichem Umfang Veränderungen in der Umwelt einschließen (erhöhter Anregungsgehalt, Zugänglichkeit von öffentlichen Räumen und sozialen Dienstleistungen, Stärkung der Kontrolle über die Umwelt, Stärkung der sozialen und kulturellen Teilhabe). 2. Hil-

fen für behinderte Menschen sollten nicht länger im Sinne verordneter und erbrachter Dienste verstanden werden, sondern im Sinne umweltbezogener Ressourcen, auf die behinderte Menschen einen gesetzlich geregelten Anspruch haben. 3. Hilfen für behinderte Menschen sollten in Richtung auf ein integriertes Unterstützungssystem gestaltet werden. Die von behinderten Menschen genutzten Hilfen – wie medizinische Dienste, Bildungsangebote, Gestaltung des Wohnraums, Transporthilfen – müssen stärker aufeinander abgestimmt sein, sie sind als modulares System und nicht als unabhängig voneinander bestehende Komponenten zu verstehen. 4. Ausbildung und Training von Dienstleistenden im Bereich der (technischen) Hilfen sollten so beschaffen sein, dass deren Fertigkeiten noch stärker auf das Erkennen und die Beseitigung von Barrieren gerichtet sind. 5. Die gesetzlichen Bedingungen müssen in der Hinsicht weiterentwickelt werden, dass Menschen mit Behinderungen in ihrer eigenen Wohnung leben können und gleiche Möglichkeiten zur Nutzung von medizinischen Angeboten sowie von Bildungs- und Freizeitangeboten haben; darüber hinaus ist ihren Bedürfnissen bei der Gestaltung der Wohnung und des Wohnumfeldes Rechnung zu tragen.

## ■ 1.2 Der Kompetenzbegriff in der Behindertenhilfe

Die Entwicklung von Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepten für Menschen mit geistiger Behinderung orientieren sich zunehmend an einem Verständnis von Kompetenz, welches die Bedeutung der Umwelt für die Erhaltung der Leistungskapazität des Menschen hervorhebt [28, 43]. Kompetenz wird definiert als „die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zur Erhaltung oder Wiederherstellung eines selbstständigen, selbstverantwortlichen und sinnerfüllten Lebens in einer anregenden, unterstützenden, zur selbstverantwortlichen Auseinandersetzung mit Anforderungen anregenden sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Umwelt [24, 25, 29]. Für die Behindertenhilfe erweist sich eine derartige Definition von Kompetenz in dreifacher Hinsicht als hilfreich:

1. Die in der Literatur zum Alter vielfach anzutreffende Beschränkung auf die Selbstständigkeit (zum Beispiel im Sinne der selbstständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens) wird hier vermieden. Selbstständigkeit bildet zwar ein bedeutsames Merkmal der Kompetenz, doch keinesfalls das einzige Merkmal. Hinzu kommt die Selbstverantwortung des Menschen, die als Fähigkeit und Bereitschaft verstanden wird, das Leben in einer den eigenen Leitbildern eines guten Lebens („Wer bin ich? Was will ich?“) folgenden Weise zu gestalten. In der Selbstverantwortung kommt

nicht nur eine Fähigkeit zum Ausdruck (Reflektion eigenen Handelns), sondern auch eine Motivlage (Bereitschaft, Ziele zu definieren und diese zu verwirklichen). Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Behindertenhilfe nicht nur die Fähigkeiten, sondern eben auch die *Motivlage* des Menschen besondere Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellt. Wie kann es – vor allem nach Ausscheiden des Menschen mit Behinderung aus der Werkstätte – gelingen, diesen dazu zu motivieren, neue Ziele zu definieren und sich verantwortlich mit den Entwicklungsaufgaben des höheren Lebensalters auseinander zu setzen [vgl. 44]? Wie kann es gelingen, den Menschen dazu zu motivieren, seine Fähigkeiten (im kognitiven, im alltagspraktischen, im physischen Bereich) einzusetzen und aufrechtzuerhalten [vgl. 16, 17]? In der angeführten Definition wird neben der Selbstständigkeit und der Selbstverantwortung die sinnerfüllte Lebensgestaltung als bedeutsames Merkmal der Kompetenz gewertet. Auch hier haben wir es nicht nur mit einer Fähigkeit, sondern zudem mit einer Motivlage zu tun: Sinnerfahrung ist nur möglich, wenn Menschen offen für den Aufforderungscharakter, den Anregungsgehalt einer Situation sind [siehe zum Beispiel 28, 30, 43]. Bei der sinnerfüllten Lebensgestaltung wird deswegen von einer Fähigkeit gesprochen, da Menschen zum einen in der Lage sein müssen, zu beurteilen, in welchen Lebenssituationen sich die Erfahrung der Stimmigkeit einstellen kann, da sie zum anderen über Techniken verfügen müssen, solche Situationen aktiv aufzusuchen oder herzustellen. Die Angebote zur Tagesstruktur – die ein zentrales Element der Behindertenhilfe darstellen – lassen sich im Kern von dem Ziel leiten, ein „sinnstiftendes Angebot“ zu unterbreiten, welches zum Beispiel nach Ausscheiden aus der Werkstätte für Behinderte die frühere Berufstätigkeit zu ersetzen vermag [21, 39].

2. In dieser Definition wird die große Bedeutung der Umwelt für die Fähigkeiten des Menschen zu einem selbstständigen, selbstverantwortlichen und sinnerfülltem Leben betont. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass eine rein personenzentrierte Definition von Behinderung – die ausschließlich die bei einem Menschen bestehenden Einschränkungen im Blick hat, hingegen nicht die möglichen Umweltbarrieren eines selbstständigen, selbstverantwortlichen und sinnerfüllten Lebens – aufgegeben werden muss zugunsten einer Definition von Behinderung, welche die Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt akzentuiert. In der vorgeschlagenen Kompetenzdefinition wird hervorgehoben, dass die Umwelt – und zwar die räumliche, die soziale, die infrastrukturelle Umwelt –



durch Anregungen, Unterstützung und Motivation (nämlich zur selbstverantwortlichen Auseinandersetzung mit Anforderungen und Aufgaben) einen substanziellen Beitrag zur Erhaltung und Weiterentwicklung von Fähigkeiten leistet [48].

3. In dieser Definition sind Merkmale der Person und der Umwelt aufgeführt, die eng mit den in der Behindertenhilfe entwickelten Bildungs- und Förderkonzepten verwandt sind. Die Eingliederungshilfe und die auf dieser gründenden heilpädagogischen Konzepte bleiben ausdrücklich nicht bei der Selbstständigkeit stehen, sondern sehen auch die Schaffung von Rahmenbedingungen für ein selbstverantwortliches und sinnerfülltes Leben als bedeutsame Aufgabe an. Dabei wird hervorgehoben, dass sich die Funktion der Umwelt keinesfalls auf die Unterstützung des Menschen mit Behinderung beschränke, sondern ausdrücklich auch anregende und motivierende Aspekte einschließen müsse. Integriert man diese drei Funktionen der Umwelt mit jenen Fähigkeiten, die – der genannten Definition von Kompetenz zufolge – kompetentes Handeln konstituieren (Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, Sinnerfahrung), so erkennt man in dieser Wechselwirkung zentrale Komponenten eines Bildungsbegriffs. Die Behindertenhilfe versteht den Einsatz ihrer Fördermaßnahmen auch als Beitrag zur lebenslangen Bildung des Menschen. Dabei wird auch in der Arbeit mit älteren behinderten Menschen mehr und mehr die Frage nach möglichen Potenzialen gestellt [42], also nach Fähigkeiten und Interessen sowie nach möglichen Ressourcen für die Gemeinschaft.

Lempp [30] kommt auf der Grundlage seiner Analyse von Förderprogrammen zum Ergebnis, dass gegenwärtig zwar zahlreiche Einrichtungen der Behindertenhilfe aus eigener Initiative Förderprogramme zur Aktivierung und Erhaltung motorischer Fähigkeiten, zur Anregung und Erhaltung der kognitiven, psychischen und psychosozialen Fähigkeiten sowie zur Vorbereitung auf den Übergang von überwiegender Arbeitstätigkeit auf vermehrte Freizeit entwickeln und erproben, dass aber bewährte und anerkannte Programme nach wie vor nicht zur Verfügung stehen.

## 2. Fragestellung, Zielsetzung und Annahmen

Die Interventionsstudie baut auf den im Arbeitskreis von Margret Baltes ausgerichteten Untersuchungen zu sozialen und institutionellen Ursachen von Unselbstständigkeit auf. Diese belegen, dass unselbstständiges Verhalten älterer Menschen in stationären Einrichtungen häufig weniger auf im Alternsprozess

eingetretene Kompetenzeinbußen als vielmehr auf soziale und institutionelle Verstärkungspläne zurückgeht, in denen sich negative Erwartungen hinsichtlich des Alternsverlaufs widerspiegeln [5].

Eine wichtige theoretische Grundlage des Forschungsprogramms von Margret Baltes und Kollegen bildete zunächst das operante Lernparadigma. In Anlehnung an Baer [2] wurden drei aufeinander aufbauende methodische Zugänge unterschieden und im Sinne einer "logischen Phasenabfolge realisiert [vgl. 3]. In der ersten Phase wurden experimentelle Konditionierungsuntersuchungen zum Nachweis der grundsätzlichen Modifizierbarkeit von unselbstständigem Verhalten im Selbstpflegebereich durchgeführt [vgl. zusammenfassend 3, 4]. In diesen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die gezielte Verstärkung von selbstständigkeitsorientierten Verhaltensweisen (durch Lob) in relativ kurzer Zeit zu einer deutlichen Zunahme dieser Verhaltensweisen führte. Mit dem Nachweis der Bedeutung entsprechender Verstärkungskontingenzen für selbstständiges Verhalten wurde gleichzeitig demonstriert, dass unselbstständiges Verhalten häufig nicht auf irreversible biologisch-physiologische oder psychologische Verluste im Alternsprozess zurückgeht. In der zweiten Phase des Forschungsprogramms wurden Beobachtungsstudien zu den Interaktionssequenzen zwischen alten Menschen und ihren Sozialpartnern durchgeführt. Diese Studien bilden in quantitativer Hinsicht den größten Teil im Forschungsprogramm von Margret Baltes und Kollegen. Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sowie (zu Vergleichszwecken) in Privathaushalten lebende alte Menschen wurden bei der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens beobachtet, wobei die Interaktionen mit den anwesenden Sozialpartnern detailliert registriert und mit Hilfe von sequenzanalytischen Verfahren ausgewertet wurden [7, 49]. Die Befunde der Untersuchungen in den Alten- und Pflegeheimen zeigen, dass unselbstständige Verhaltensweisen der alten Menschen von den Mitarbeitern in der Pflege am häufigsten mit unselbstständigkeitsunterstützenden Verhaltensweisen beantwortet werden, während selbstständige Verhaltensweisen zumeist ignoriert (und damit nicht verstärkt) werden. Diese Sequenzmuster wurden als *dependency-support script* bzw. *independence-ignore script* bezeichnet [vgl. 4, 8]. In der dritten Phase des operanten Forschungsprogrammes wurden Interventionsstudien im natürlichen Umfeld durchgeführt, in denen ein eigens entwickeltes Trainingsprogramm für Mitarbeiter in der Pflege eingesetzt wurde [6, 53]. Dieses besteht aus einem theoretischen Teil, in dem vor allem Wissen über soziale Ursachen von Unselbstständigkeit im Alter vermittelt werden soll, und einem praktischen Teil, in dem Techniken der Verhaltensmodifikation geübt

werden, die darauf abzielen, selbstständiges Verhalten effektiv zu verstärken. Die durchgeführten Studien belegen, dass es möglich ist, durch eine Schulung des Pflegepersonals zu einer Zunahme selbstständigen Verhaltens und einer Abnahme unselbstständigen Verhaltens von Altenheimbewohnern beizutragen. Die Befunde der durchgeführten Interventionsstudien sprechen dafür, dass die in den Beobachtungsstudien ermittelten Interaktionssequenzen kausale Beziehungen widerspiegeln. Des Weiteren belegen sie die Modifizierbarkeit der (natürlichen) Verhaltensmuster des Pflegepersonals wie auch – über diese vermittelt – der Verhaltensmuster der Bewohner.

Nach Baltes [3, 4] folgt aus den in ihrem Arbeitskreis durchgeführten Studien eindeutig, dass unselbstständiges Verhalten älterer Menschen keinesfalls automatisch – wie etwa im *Modell der gelernten Hilflosigkeit* von Seligman [vgl. 1] – auf das Erleben einer nicht-kontingenten Umwelt und einen daraus resultierenden Verlust an Kontrolle zurückgeführt werden kann, sondern dass die Lebenswelten alter Menschen gerade durch klar diskriminierbare Kontingenzen (im Sinne des dargestellten Unselbstständigkeitsunterstützungsskripts) geprägt sind. Unselbstständiges Verhalten kann deshalb für alte Menschen neben negativen durchaus auch positive Konsequenzen haben, d.h. im Dienste einer erfolgreichen Anpassung der Person an die Anforderungen ihrer Umwelt stehen. So ist auf der Grundlage der dargestellten Ergebnisse davon auszugehen, dass unselbstständiges Verhalten im Selbstpflegebereich durch das Pflegepersonal in stationären Einrichtungen häufig verstärkt wird und deshalb für alte Menschen in stationären Einrichtungen häufig auch als eine Möglichkeit zu werten ist, eine persönlich zufrieden stellende Beziehung zum Pflegepersonal herzustellen oder aufrechtzuerhalten.

Da der Alternsprozess bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht grundlegend anders verläuft als bei Menschen ohne geistige Behinderung [12, 13, 22], gingen wir davon aus, dass die in den ersten beiden Phasen des skizzierten Forschungsprogramms von Margret Baltes ermittelten Ergebnisse auch für Menschen mit geistiger Behinderung Gültigkeit beanspruchen können, Kompetenzeinbußen also auch bei diesen zum Teil von biologisch-physiologischen und psychologischen Verlusten unabhängige Verstärkungskontingenzen widerspiegeln. In der vorliegenden Interventionsstudie sehen wir in zweifacher Hinsicht eine Fortführung des von Baltes initiierten Forschungsprogramms. Erstens: Alterungs- und behinderungsbedingte Auswirkungen scheinen sich wechselseitig zu verstärken, (vermeintlich) altersbedingte Abbauprozesse treten bei stärker behinderten Menschen möglicherweise nicht nur früher auf, sondern verlau-

fen auch schneller [41]. Damit erscheinen gezielte Fördermaßnahmen in besonderem Maße indiziert, zugleich aber auf den ersten Blick wenig erfolgversprechend, da mit umfassenden Einschränkungen gerechnet werden muss. Der Nachweis, dass die bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung vorliegenden Selbstständigkeitseinbußen zu einem nicht geringen Teil auf Verstärkungskontingenzen rückführbar und damit modifizierbar sind, ist angesichts der genannten wechselseitigen Verstärkung von alterungs- und behinderungsbedingten Auswirkungen besonders schwer zu erbringen. Wenn hingegen dieser Nachweis erbracht werden kann, dann ist damit eine bedeutende empirische Grundlage für die Annahme gewonnen, dass es sich bei den Einschränkungen der Selbstständigkeit *auch* um das Ergebnis von Verstärkungskontingenzen handelt, und zwar um Verstärkung von Unselbstständigkeit oder Abhängigkeit. Zweitens: Das Prinzip des „lebenslangen Verbleibs“ [45] hat eine starke Individualisierung von Betreuungsbeziehungen zur Folge, so dass die Hypothese aufgestellt werden könnte, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter infolge einer im Prinzip lebenslangen intensiven Förderung über die Potenziale geistig Behinderter bestens orientiert sind; damit erscheint eine Intervention auf Mitarbeiterebene nicht als indiziert. Wenn hingegen der Nachweis erbracht werden kann, dass durch ein Interventionsprogramm, das auf der Herstellung einer differenzierteren Wahrnehmung der Selbstständigkeitspotenziale beruht, die Selbstständigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung tatsächlich gefördert werden kann, dann ist damit auch die Annahme bestätigt, dass trotz einer intensiven, über mehrere Jahre andauernden Betreuung und Pflege die Potenziale *älterer* Menschen mit geistiger Behinderung unterschätzt werden. Dies kann durchaus mit einem negativen Altersbild erklärt werden.

---

### 3. Untersuchungsdesign

Für die Interventionsstudie wählten wir ein Pre-Posttest-Kontrollgruppen-Design. Das Betreuungsverhalten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in zuvor definierten Situationen wurde zu zwei Messzeitpunkten auf Video aufgezeichnet und später inhaltsanalytisch ausgewertet.

Zwischen den beiden Messzeitpunkten wurde den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Interventionsgruppe in persönlichen Reflexionsgesprächen die Möglichkeit gegeben, die auf Video aufgezeichneten Sequenzen zu analysieren. In den Reflexionsgesprächen wurde besonderer Wert auf die Frage gelegt, inwieweit das Betreuungsverhalten selbstständigkeitsversus abhängigkeitsorientiertes Bewohnerverhalten

hervorrufen, verstärkt oder ignoriert. Als zusätzliche Interventionsmaßnahme wurde eine zweitägige Fortbildung angeboten, in der gerontologische, geriatrische, gerontopsychiatrische und psychologische Inhalte vermittelt wurden. Die Teilnehmer wurden in die Methode der Verhaltensmodifikation eingeführt. Auf der Grundlage der Vermittlung entsprechender Kompetenzen sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Lage versetzt werden, durch gezielte Förderung der betreuten Personen verloren gegangene Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für eine selbstständige Bewältigung von Alltagsaufgaben notwendig sind, wieder aufzubauen.

In einer anschließenden Übungsphase sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – bei Bedarf supervidiert durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts für Gerontologie – ihr neu erworbenes Wissen in die Praxis umsetzen. Zu einem zweiten Messzeitpunkt wurde die Mitarbeiter-Bewohner-Interaktion in der definierten Betreuungssituation erneut aufgezeichnet.

Da wir davon ausgehen mussten, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Interventionsgruppe mit potenziellen Kontrollpersonen über die Art der Intervention und insbesondere auch über die Inhalte der Fortbildung kommunizieren, kamen für die Kontrollgruppe nur Personen in Betracht, die in ihrem beruflichen Alltag keinen nennenswerten Kontakt zu Teilnehmern der Interventionsgruppe hatten.

Die Entscheidung für die Durchführung einer zweiten Interventionsphase (in anderen Einrichtungen) hatte verschiedene Gründe: (a) Die Methode der Videoaufzeichnungen von Verhalten und Interaktionen in der Gruppe behinderter älterer Menschen bildet ein Novum und steht daher noch in einem Entwicklungsprozess. (b) Es wurde ein ganz neuer Interventionsansatz erarbeitet, der eine Verfeinerung in der Methodik und Didaktik erforderte. Der Ausbau der Methode der Videoaufzeichnung und Interpretation, ebenso wie die Weiterentwicklung der Interventionsansätze bildeten den Kern des zweiten Untersuchungsdurchgangs. (c) Es sollte die Frage beantwortet werden, ob die im ersten Studiendurchgang beobachteten Effekte auch in einer anderen Interventionsgruppe nachweisbar sind, ein für die Beurteilung der Qualität der Intervention bedeutsamer Aspekt.

## 4. Stichprobe und Methode

In den beteiligten Einrichtungen der Behindertenhilfe wurden jeweils Probandenpaare – eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter und eine Bewohnerin oder ein Bewohner, die bereit waren, an der Studie teilzunehmen – gewonnen. Dabei beschränkten wir uns

auf Bewohnerinnen und Bewohner, die zumindest einzelne alltagspraktische Tätigkeiten wie z. B. Zähneputzen, sich rasieren, sich anziehen, essen oder Äpfel schälen nur mit der aktiven Hilfe und Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausführen konnten.

Insgesamt wurden 40 Bewohnerinnen und Bewohner sowie 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus 5 Einrichtungen zu zwei Messzeitpunkten gefilmt, davon 24 im ersten und 16 im zweiten Durchgang des Interventionsprojekts. Legt man die Einschätzungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die medizinischen und pflegerischen Dokumentationen zugrunde, dann lag bei 7 Bewohnerinnen und Bewohnern eine leichte, bei 29 Bewohnerinnen und Bewohnern eine mittelgradige und bei 4 Bewohnerinnen und Bewohnern eine schwere geistige Behinderung vor. Hinsichtlich des Grades der geistigen Behinderung ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsdurchgängen.

Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf Veränderungen der Kompetenz älterer Menschen mit geistiger Behinderung, wie sie in den Videoaufzeichnungen sowie in differenzierten Kompetenzeinschätzungen durch Mitarbeiter des Instituts für Gerontologie deutlich wurden. Daneben sollte im Forschungsprojekt „Lebensqualität im Alter bei Menschen mit geistiger Behinderung – Erhaltung und Förderung der Kompetenz“ auch die Perspektive von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behindertenhilfe abgebildet werden. Zu diesem Zweck wurden mit Hilfe von standardisierten Fragebögen und einem halbstrukturierten Interview (Dauer ca. 60 Minuten) unter anderem Wissen über generelle Altersveränderungen und Altersbilder, die Wahrnehmung von Altersprozessen bei geistig behinderten Menschen, Möglichkeiten der Erhaltung und Förderung von Kompetenz, für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen vorhandene Qualifikationen sowie in der täglichen Arbeit gewonnene Erfahrungen erfasst.

### ■ 4.1 Videoaufnahmen

Im Kontext der Durchführung der erwähnten halbstrukturierten Interviews wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach für die Videodokumentation geeigneten Alltagssituationen gefragt. Diese Situationen sollten erstens Alltagsroutinen widerspiegeln, also regelmäßig an bestimmten Orten zu bestimmten Zeiten auftreten und durch ein bestimmtes Verlaufsschema charakterisierbar sein, zweitens Unterstützungsleistungen zeigen, die im Alltag typischerweise (wenn nicht ausschließlich) von den jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erbracht werden. Des Weiteren wurde darauf geachtet, dass zu einem

späteren Zeitpunkt zu Zwecken der Evaluation hinreichend vergleichbare Situationen hergestellt werden konnten. Für die Durchführung der Videoaufzeichnungen wurden schriftliche Einverständniserklärungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Bewohner bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter eingeholt.

In der ersten Projektphase wurden sowohl im Wohnbereich als auch im tagesstrukturierenden Bereich Interaktionen zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Bewohnerinnen und Bewohnern gefilmt. Die Dauer der einzelnen Sequenzen war je nach gefilmter Szene sehr unterschiedlich: Bei der Körperpflege wie z.B. Zähne putzen fand sich die kürzeste Sequenz mit 2 Minuten, 30 Sekunden, bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie Kuchen backen und Kochen wurde bis zu 75 Minuten gefilmt.

In der zweiten Projektphase sind ausschließlich Sequenzen im Wohnbereich gefilmt worden; es handelt sich überwiegend um Situationen der Selbstpflege. Diese Situationen sind sehr komplex und bieten eine sehr intensive Interaktion zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Bewohnerinnen und Bewohnern pro Zeiteinheit. Sie erwiesen sich daher als sehr geeignet um Veränderungen im Verhalten der Probanden zu dokumentieren. Die Dauer der einzelnen Sequenzen lag zwischen 1 Minute und 23 Sekunden und 10 Minuten und 44 Sekunden.

In der ersten Phase des Projekts wurden Interaktionssequenzen von 24 Probandenpaaren aufgezeichnet. Von diesen gehörten 18 zur Interventionsgruppe und 6 zur Kontrollgruppe. Es wurden folgende Tätigkeiten gefilmt:

- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten in 11 Sequenzen
- Handwerkliche Tätigkeiten in 2 Sequenzen
- Erhalt der Mobilität in 1 Sequenz
- Nahrungsaufnahme in 2 Sequenzen
- Körperpflege in 4 Sequenzen
- Sich An- und Auskleiden in 8 Sequenzen.

In der zweiten Projektphase wurden Interaktionssequenzen von 16 Probandenpaaren aufgezeichnet. Die Interventionsgruppe setzte sich aus 12, die Kontrollgruppe aus 4 Probandenpaaren zusammen. Es wurden folgende Tätigkeiten gefilmt:

- Pflegesituationen in 21 Sequenzen
- Gehen in 1 Sequenz
- Spülmaschine einräumen in 1 Sequenz.

#### ■ 4.2 Kompetenzeinschätzung

Zur Erfassung der alltagspraktischen Kompetenz wurde ein für die vorliegende Studie entwickelter Fragebogen eingesetzt. Dieser erfasst mit insgesamt 34 Items den Grad der Selbstständigkeit in den fünf Bereichen: Selbstpflege, Nahrungsaufnahme, Mobili-

tät, Hauswirtschaft und persönlicher Bereich. Der Grad der Selbstständigkeit bei der Ausführung der Aktivitäten wurde jeweils auf einer dreistufigen Skala – mit den Skalenpunkten 1=Die Aktivität kann ohne Hilfe ausgeführt werden, 2=Für die Ausführung der Aktivität ist Hilfe in begrenztem Maße notwendig, 3=Für die Aktivität ist Hilfe in hohem Maße notwendig – eingeschätzt. Diese Einschätzung wurde sowohl von Mitarbeitern der Einrichtungen als auch von Mitarbeitern des Instituts für Gerontologie vorgenommen. Eine abschließende Einschätzung erfolgte in Konsensuskonferenzen, in denen die Einschätzungen der Mitarbeiter der Einrichtungen sowie die Einschätzungen der Mitarbeiter des Instituts für Gerontologie verglichen wurden. Als globales Maß für die alltagspraktische Kompetenz wird ein über die 34 Items gebildeter *Summenwert* verwendet. Eine geringere Anzahl von Punkten entspricht einem höheren Grad an alltagspraktischer Kompetenz.

## 5. Ergebnisse

### ■ 5.1 Quantitative Analyse der Videoaufnahmen

Im Unterschied zu den im Arbeitskreis von Margret Baltes durchgeführten Beobachtungsstudien ging es uns weniger um den Nachweis und die Korrektur eines dem Mitarbeiterverhalten zugrunde liegenden Unselbstständigkeitsunterstützungsskripts, als vielmehr um im Bewohnerverhalten erkennbare Veränderungen im Grad der Selbstständigkeit. Aus diesem Grunde orientierten wir uns bei der quantitativen Analyse des Videomaterials nicht an der von Baltes und Mitarbeitern vorgeschlagenen Differenzierung von selbstständigkeitsförderndem, unselbstständigkeitsförderndem und irrelevantem Verhalten (gleichwohl nahmen wir in den Reflexionsgesprächen ebenso wie bei der Mitarbeiterfortbildung ausführlich auf diese Differenzierung Bezug). Bei der Kodierung der Videosequenzen gingen wir von der Annahme aus, dass sich die aufgezeichneten Hauptaktivitäten sinnvoll in Teilaktivitäten zerlegen lassen, für welche sich wiederum eindeutig bestimmen lässt, ob sie von der Bewohnerin bzw. dem Bewohner oder aber der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter ausgeführt werden. Der Grad der Selbstständigkeit bei der Ausführung einer spezifischen Hauptaktivität lässt sich dann als Anteil der durch die Bewohnerin bzw. den Bewohner ausgeführten Teilaktivitäten an der Gesamtzahl der Teilaktivitäten bestimmen.

Die statistische Signifikanz von Veränderungen im Grad der Selbstständigkeit wurde mit Hilfe des Allgemeinen Linearen Modells überprüft. Infolge der ungleichen Zellenbesetzung (10 Probandenpaare



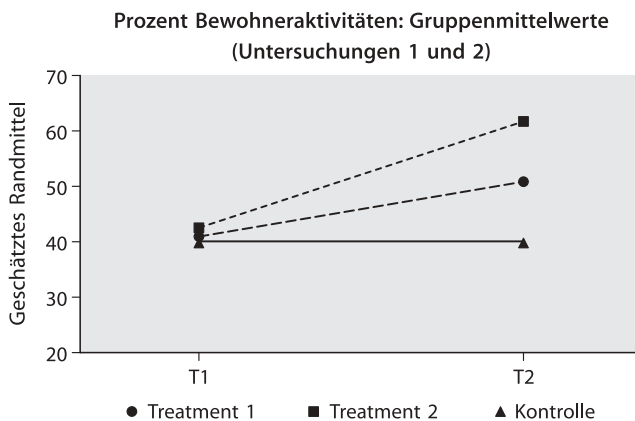
gehörten den beiden Kontrollgruppen, 30 Probandenpaare den beiden Interventionsgruppen an) entschieden wir uns, Veränderungen in den beiden Interventionsgruppen durch Vergleich mit einer Gesamtkontrollgruppe abzusichern. Als abhängige Variable wurde der Anteil der von den Bewohnern ausgeführten Teilaktivitäten an der Hauptaktivität (als Summe aus Teilaktivitäten von Bewohnern und Mitarbeitern) gewählt. Als feste Faktoren gingen der Zeitpunkt der Messung (erster vs. zweiter Messzeitpunkt) sowie die Untersuchungsbedingung (Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe) ein. Der Erfolg der Interventionsmaßnahme wird im gewählten Vorgehen durch eine signifikante Interaktion zwischen Messzeitpunkt und Untersuchungsbedingung belegt.

In Abbildung 1 sind die Veränderungen im Grad der Selbstständigkeit der Bewohner für die beiden Interventionsgruppen sowie die Kontrollgruppe wiedergegeben. Zum ersten Messzeitpunkt unterscheiden sich die drei Gruppen nicht im durchschnittlichen Grad der Selbstständigkeit der Bewohnerinnen bzw. Bewohner. Auf die Mitglieder der Kontrollgruppe entfielen im Durchschnitt 40%, auf die Mitglieder der Interventionsgruppe I 40,7% und auf die Mitglieder der Interventionsgruppe II 42 Prozent der Teilaktivitäten. Zum zweiten Messzeitpunkt wurden in der Kontrollgruppe nach wie vor 40% der Teilaktivitäten durch die Bewohnerinnen bzw. Bewohner ausgeführt, in Interventionsgruppe I (mit 50,7%) und vor allem in Interventionsgruppe II (mit 61,7%) sind dagegen deutliche Zuwächse im durchschnittlichen Grad der Selbstständigkeit der Bewohnerinnen bzw. Bewohner erkennbar. Im Allgemeinen Linearen Modell erwiesen sich beide Faktoren (Messzeitpunkt und Untersuchungsbedingungen) als sta-

tistisch signifikant. Der durchschnittliche Grad der Selbstständigkeit war für den zweiten Messzeitpunkt und die beiden Interventionsgruppen höher. Des Weiteren erwies sich die Interaktion zwischen Messzeitpunkt und Untersuchungsbedingung als statistisch hoch signifikant; eine Steigerung des Grads der Selbstständigkeit zwischen den beiden Messzeitpunkten trat allein in den Interventionsgruppen auf. Die Ergebnisse sprechen damit für die Effektivität des in der Studie gewählten Interventionsansatzes.

## 5.2 Kompetenzeinschätzung

Für den Fragebogen zur alltagspraktischen Kompetenz ermittelten wir zum ersten Messzeitpunkt durchschnittliche Summenwerte von 76,3 für die Kontrollgruppe, 75,8 für Interventionsgruppe I und 76,6 für Interventionsgruppe II. Zum zweiten Messzeitpunkt war der Summenwert für die Kontrollgruppe mit durchschnittlich 76,5 nahezu unverändert; die beiden Interventionsgruppen erzielten dagegen mit 62,5 (Interventionsgruppe I) und 55,8 (Interventionsgruppe II) zum zweiten Messzeitpunkt niedrigere Summenwerte. Die statistische Bedeutsamkeit der beobachteten Unterschiede wurde mit dem Allgemeinen Linearen Modell überprüft. Als abhängige Variable wurden die im Fragebogen ermittelten Summenwerte gewählt; als feste Faktoren gingen wiederum der Zeitpunkt der Messung (erster versus zweiter Messzeitpunkt) sowie die Untersuchungsbedingung (Interventionsgruppe versus Kontrollgruppe) ein. Als statistisch bedeutsam erwies sich allein die Interaktion zwischen Untersuchungsbedingung und Messzeitpunkt. Der in der quantitativen Analyse der Verhaltensbeobachtung nachgewiesene Effekt wird damit durch die mit dem Fragebogen zur alltagspraktischen Kompetenz ermittelten Ergebnisse gestützt. Die Verbesserungen in der Ausführung spezifischer Aktivitäten gehen offenbar mit einer Steigerung der allgemeinen alltagspraktischen Kompetenz einher.



**Abb. 1** Veränderungen im Grad der Selbstständigkeit der Bewohner für die beiden Interventionsgruppen sowie die Kontrollgruppe

## 6. Diskussion

Im dargestellten Projekt haben wir uns um Übertragung und Erweiterung der im Arbeitskreis von Margret Baltes gewonnenen Erkenntnisse zu Ursachen von Unselbstständigkeit in stationären Einrichtungen bemüht. Die Notwendigkeit und Dringlichkeit dieses Anliegens wird unmittelbar deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass nicht nur die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung angestiegen ist und weiter ansteigen wird, sondern sich damit

auch gleichzeitig neue Anforderungen für Mitarbeiter von Einrichtungen der Behindertenhilfe ergeben. Mit der höheren Lebenserwartung stellt sich nicht nur die Aufgabe, Menschen mit geistiger Behinderung auf eine Nacherwerbsphase außerhalb der Behindertenwerkstatt vorzubereiten und Angebote zu entwickeln, die eine als befriedigend und sinnvoll erlebte Gestaltung der freien Zeit ermöglichen. Angesichts der vielfach getroffenen Annahme, dass Menschen mit geistiger Behinderung zwar nicht grundlegend anders, aber möglicherweise doch schneller altern, stellt sich auch die Aufgabe einer angemessenen Vorbereitung auf das Alter sowie der Förderung eines angemessenen Umgangs mit (vermeintlich) altersgebundenen Einschränkungen und Verlusten.

Das für die Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit von älteren Menschen mit geistiger Behinderung entwickelte Interventionsprogramm hat sich im dargestellten Projekt bewährt. Unabhängig davon, ob man den auf der Grundlage einer detaillierten videogestützten Verhaltensbeobachtung quantifizierten Anteil selbstständig ausgeführter Teilaktivitäten an alltagspraktischen Anforderungen oder den auf der Grundlage eines differenzierten Fragebogens eingeschätzten allgemeinen Grad an alltagspraktischer Kompetenz als Kriterium verwendet, in jedem Falle zeigt sich in den beiden Interventionsgruppen eine statistisch hochbedeutsame Verbesserung, während in der Kontrollgruppe keine bedeutsame Veränderung zu beobachten ist. Der Erfolg der Intervention macht deutlich, dass auch bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung von einer lebenslangen Lern- und Bildungsfähigkeit auszugehen ist, Einbußen in der Selbstständigkeit zu einem guten Teil nicht nur vermeidbar, sondern auch korrigierbar sind.

Anders als im Forschungsprogramm von Margret Baltes und Mitarbeitern haben wir uns in dem hier

beschriebenen Projekt nicht unmittelbar um den empirischen Nachweis eines Unselbstständigkeitsunterstützungsskripts bemüht. Unter der Zielsetzung, die Selbstständigkeit älterer Menschen mit geistiger Behinderung zu erhalten und zu fördern, erschien uns eine direkte Bestimmung der alltagspraktischen Kompetenz von älteren Menschen mit geistiger Behinderung sinnvoller. Gegen eine Übertragung der im Arbeitskreis von Margret Baltes gewonnenen Erkenntnisse auf ältere Menschen mit geistiger Behinderung mag deshalb eingewendet werden, dass die Entwicklung von Unselbstständigkeit nicht notwendigerweise auf unzweckmäßiges Mitarbeiterverhalten verweist. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich sowohl die Reflexionsgespräche als auch die Mitarbeiterfortbildung an Margret Baltes' Theorie der gelernten Abhängigkeit orientierten. Der Erfolg der Intervention ist unseres Erachtens unter der Annahme, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Behindertenhilfe infolge besonders langfristiger und intensiver Betreuungsbeziehungen in der Lage sind, vorhandene Potenziale zu erkennen, nicht sinnvoll erklärbar. Entsprechend deuten wir die hier berichteten Befunde als einen Hinweis darauf, dass sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Behindertenhilfe auch an negativ überzeichneten Altersbildern orientieren, die dem Anspruch einer optimalen Förderung widersprechen. Diese Schlussfolgerungen haben unmittelbare Konsequenzen für die Entwicklung von Curricula, die einer verbesserten Ausbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behindertenhilfe zugrunde gelegt werden können. Auf der Grundlage der Ergebnisse des dargestellten Projekts wurde ein neues Curriculum für die Ausbildung in der Heilerziehungspflege entwickelt [vgl. 27]. Inwieweit sich dieses gegenüber einer traditionellen Ausbildung als überlegen erweist, wird in weiteren Untersuchungen zu klären sein.

## Literatur

1. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JY (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 87:49-74
2. Baer DJ (1973) The control of developmental process: Why wait? In: Nesselroad JR, Reese HW (eds) *Life-span developmental psychology: Methodological issues*. Academic Press, New York, pp 187-193
3. Baltes MM (1995) Verlust der Selbstständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. *Psychologische Rundschau* 46: 159-170
4. Baltes MM (1996) *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press, New York
5. Baltes MM (1998) Alter und Altern: Bewältigung von Verlusten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 27:75-77
6. Baltes MM, Neumann EM, Zank S (1994) Maintenance and rehabilitation in old age: An intervention program for staff. *Psychology and Aging* 9:179-188
7. Baltes MM, Wahl HW (1992) The dependency-support script in institutions: Generalization to community settings. *Psychology and Aging* 7: 409-418
8. Baltes MM, Wahl HW (1996) Patterns of communication in old age: The dependency-support and independence-ignore script. *Health Communication* 8:217-231
9. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen et al (2002) Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen. Berlin

10. Cotton PD, Spurrison CL (1986) The elderly mentally retarded (developmentally disabled) population: A challenge for the service delivery systems. In: Brody SJ, Ruff GE (eds) *Aging and rehabilitation: Advances in the state of the art*. Springer, New York, pp 158–185
11. Ding-Greiner C, Kruse A (im Druck) Altersprozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Kruse A, Martin M (Hrsg) *Enzyklopädie der Gerontologie*. Huber, Bern
12. Evenhuis HM (1997) Medical aspects of ageing in a population with intellectual disability. *Mobility, internal conditions and cancer*. *Journal of Intellectual Disability Research* 41:1–8
13. Evenhuis HM et al (2001) Healthy ageing – adults with physical health issues. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 14:175–194
14. Factor AR, Anderson D (1992) Person-centered planning innovative approaches in case management and habilitation planning. *American Association on Mental Retardation*, New Orleans
15. Goldmeier J, Herr SS (1999) Empowerment and Inclusion in Planning. In: Herr SS, Weber G (eds) *Aging, Rights, and Quality of Life*. Brookes, Baltimore, pp 311–326
16. Haveman M (2001) Perspektiven der Integration älterer Menschen mit geistiger Behinderung. In: Hessisches Sozialministerium, Landeswohlfahrtsverband Hessen & Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung eV (Hrsg) *Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung*. Lebenshilfe-Verlag, Marburg, S 157–180
17. Haveman MJ, Michalek S (1998) *Selbstbestimmt älter werden – ein Lehrgang für Menschen mit geistiger Behinderung*. Universität Dortmund, Fachbereich Sondererziehung und Rehabilitation, Dortmund
18. Heller T (1996) Impact of person-centered later life planning training program for older adults with mental retardation. *Journal of Rehabilitation* 62:77–83
19. Herr SS (1999) Legal rights and vulnerable people. In: Herr SS, Weber G (eds) *Aging, rights, and quality of life*. Brookes, Baltimore, pp 59–77
20. Herr SS, Weber G (eds) (1999) *Aging, rights, and quality of life*. Brookes, Baltimore
21. Hessisches Sozialministerium, Landeswohlfahrtsverband Hessen (2000) *Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung. Fachliche Leitlinien und Empfehlungen*. Hessisches Sozialministerium, Wiesbaden
22. Kapell D, Nightingale B, Rodriguez A et al (1998) Prevalence of chronic medical conditions in adults with mental retardation: Comparison with the general population. *Mental Retardation* 36:269–279
23. Kommission (2001) *Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
24. Kruse A (2001a) Psychology of education in old age. In: Smelser NJ, Baltes PB (eds) *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences Vol 6*. Pergamon, New York, pp 4223–4227
25. Kruse A (2001b) Der Beitrag der Erwachsenenbildung zur Kompetenzentwicklung im Alter. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 4:555–575
26. Kruse A (2001c) Selbstbestimmung und soziale Partizipation – Kompetenzerhaltung und –förderung. In: Hessisches Sozialministerium, Landeswohlfahrtsverband Hessen und Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung eV (Hrsg) *Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung*. Lebenshilfe-Verlag, Marburg, S 85–110
27. Kruse A, Ding-Greiner C, Grüner M (2002) Den Jahren Leben geben. *Lebensqualität im Alter bei Menschen mit Behinderungen*. Diakonisches Werk Württemberg, Waiblingen
28. Kruse A, Schmitt E (2002) Entwicklung der Persönlichkeit im Lebenslauf – die Analyse von Entwicklung aus einer aufgaben-, konflikt- und daseinsthematischen Perspektive. In: Jüttemann G, Thomae H (Hrsg) *Persönlichkeit und Entwicklung*. Beltz, Weinheim, S 122–156
29. Kruse A, Schmitt E (im Druck) *Differenzielle Psychologie des Alterns*. In: Pawlik K (Hrsg) *Enzyklopädie der Psychologie*, Band VII: *Differenzielle Psychologie und Persönlichkeitspsychologie*. Hogrefe, Göttingen
30. Lempp R (2001) *Geistige Behinderung im Lebenslauf*. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg) *Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung*. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung Bd V. Leske + Budrich, Opladen, S 123–139
31. Meininger HP (2000) *Autonomy and professional responsibility in care for persons with intellectual disabilities*. *Nursing Philosophy* 2:240–250
32. Moss S (1992) *Aging and developmental disabilities: Perspectives from nine countries*. *World Rehabilitation Fund & University of New Hampshire*, Durham
33. Moss S (1994) *Quality of life and aging*. In: Goode DA (ed) *Quality of life for persons with disabilities*. Brookline Books, Cambridge, pp 218–234
34. Neumann EM, Zank S et al (1993) *Selbständigkeit im Alter – ein Trainingsprogramm für Pflegendende*. Trainerband. Huber, Bern
35. Paeslack V (1998) *Rehabilitation älterer Menschen*. In: Kruse A (Hrsg) *Psychosoziale Gerontologie, Band 2: Intervention*. Hogrefe, Göttingen, S 85–93
36. Schalock RL (ed) (1996) *Quality of Life, Vol. I: Conceptualization and measurement*. American Association of Mental Retardation, Washington, DC
37. Schalock RL (ed) (1997) *Quality of Life, Vol. II: Application to persons with disabilities*. American Association of Mental Retardation, Washington, DC
38. Skiba A (1996) *Fördern im Alter: Integrative Geragogik auf heilpädagogischer Grundlage*. Bad Heilbrunn
39. Sozialministerium Baden-Württemberg (1999) *Ältere Menschen mit Behinderung. Leitlinien für eine neue Aufgabe der Behindertenhilfe*. Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart
40. Staudinger U, Dittmann-Kohli F (1994) In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger U (Hrsg) *Alter und Altern*. Studententext zur Gerontologie. de Gruyter, Berlin
41. Tews HP (2001) *Behindertenpolitik für ältere Menschen mit geistiger Behinderung*. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg) *Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung*. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung Bd V. Leske + Budrich, Opladen, S 11–42
42. Theunissen G (2002) *Die Stärken-Perspektive. Impulse für die pädagogische und therapeutische Arbeit mit Menschen, die als geistig behindert gelten*. *Geistige Behinderung* 3:2002
43. Thomae H (1996) *Das Individuum und seine Welt* (3. Auflage). Hogrefe, Göttingen
44. Wacker E (2000) *Helfen auf neuen Wegen. Konsequenzen eines sich wandelnden Bildes von Menschen mit Behinderung für den Heilberuf*. *Behinderte in Familien, Schulen und Gesellschaft* 23:49–63

45. Wacker E (2001) Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung – ein kompetenz- und lebensqualitätsorientierter Ansatz. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg) Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung Bd V. Leske + Budrich, Opladen, S 43–122
46. Wacker E, Metzler H, Trost R (1996) Förderung und das Recht auf Ruhestand: ein Spannungsverhältnis. In: Berghau H, Knapic KH, Sievert U (Hrsg) Abschied vom Fürsorgedenken. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, S 56–78
47. Wacker E, Wetzler R, Metzler H, Hornung C (1998) Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohn- einrichtungen der Behindertenhilfe. Nomos, Baden-Baden
48. Wahl HW (1998) Alltagskompetenz – Ein Konstrukt auf der Suche nach Identität. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31:243–249
49. Wahl HW, Baltes MM (1990) Die soziale Welt pflegebedürftiger alter Menschen in Privathaushalten: Eine Beobachtungsstudie. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 22:266–283
50. Walker A (1982) Community care: The family, the state, and social policy. Blackwell, Oxford
51. Walker A, Walker C, Gosling V (1999) Quality of life as a matter of human rights. In: Herr SS, Weber G (eds) Aging, rights, and quality of life. Baltimore: Brookes, pp 109–132
52. World Health Organization (2001) Healthy Ageing – Adults with intellectual disabilities: Summative Report. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 14:256–275
53. Zank S, Baltes MM (1998) Förderung von Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit alter Menschen in stationären Einrichtungen. In: Kruse A (Hrsg) Psychosoziale Gerontologie Bd. II: Intervention. Hogrefe, Göttingen, S 60–72