



# Psychotherapie

## Aktuell

- Ψ Zahlen und Fakten zur Psychotherapie
- Ψ Lizenzfreie Testverfahren
- Ψ Das Qualitätsmanagement-System EPA-Psychotherapie



## Gesundheitspolitik

- 2 **Dieter Best**  
Zahlen und Fakten zur Psychotherapie
- 8 **Mechthild Lahme**  
Bewertungsausschuss: Aufgaben und Funktion
- 9 **Hans Nadolny**  
Verlagerungseffekte stationär/ambulant
- 10 **Heiko Borchers**  
Psychiatrische Institutsambulanzen.  
Die Psychiatrie-Enquête – Beginn des Wandels in der Psychiatrie

## Fachbeiträge

- 12 **Sabine Schäfer**  
Immer öfter eine gute Wahl: Lizenzfreie Testverfahren
- 17 **Angelika Enzian**  
Die Quadratur des Kreises. Über das Messen psychischer Vorgänge
- 18 **Sara Willms / Anja Klingenberg**  
Kooperationsprojekt: Das Qualitätsmanagement-System EPA  
für psychotherapeutische Praxen
- 21 **Mechthild Lahme**  
EPA – Psychotherapie. Ein alternatives Konzept zur Einführung eines  
Qualitätsmanagementsystems in der Psychotherapeutischen Praxis?
- 24 **Elvira Stradinger / Kerstin Thill / Isabel Fröhlich**  
EPA – Praxisbericht

## Aus Wissenschaft und Forschung

- 26 **Cornelia Rabe-Menssen**  
Zur Gruppentherapie bei schweren psychischen Störungen

## Aus der Praxis – für die Praxis

- 29 **Praxisabgabe**  
Drei KollegInnen berichten über ihre Erfahrungen bei der Praxisabgabe  
Denken Sie manchmal an den Vor-Ruhestand??  
Erfahrungsbericht: Abgabe einer Kassenzulassung  
Praxisabgabe zwischen Frust und Freud – ein Erfahrungsbericht
- 33 **Informationsblatt**  
Datenschutz: Wo sind Informationen über mich gespeichert und was ist  
zu tun, wenn ich mit ihrer Veröffentlichung nicht einverstanden bin?
- 35 **Christina Seimetz**  
Ausbildungs- und Fortbildungskosten können Steuern mindern  
– Fallstricke und Gestaltungsmöglichkeiten

## Ausbildung

- 38 **Barbara Lubisch**  
Umfassende Novellierung der Psychotherapie-Ausbildung notwendig.  
Der Berufsstand braucht ein einheitliches akademisches Qualitäts-  
niveau!
- 40 **Kerstin Sude**  
8.000. Mitglied der DPtV: Interview mit Annette Flügel-Buchholz

## Rechtsfragen

- 42 **Jens-Peter Jahn**  
Kürzung des Kaufpreises bei sittenwidriger Überhöhung

## Veranstaltungen

- 43 **Veranstaltungskalender Oktober bis Dezember 2010**
- 44 **Kleinanzeigen**

## Verbandsintern

- 45 **Adressen DPtV/Impressum**

## Rezensionen/Humorvolles

- 46 **Gabriele Kennert**  
Ressourcenorientierte Psychoökologie. Psyche und Körper ermutigen
- 47 **Britta Liebing**  
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung und Zwangserkrankungen.  
Therapie und Selbsthilfe
- 47 **Humorvolles**

## Leserbriefe

- 48 **Leserbrief zum Beitrag von Carsten Frege**  
Lerneffekte für den Reformprozess – was zeigen die Niederlande?
- 48 **Leserbriefe zum Beitrag von Sabine Schäfer**  
Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie

# Immer öfter eine gute Wahl Lizenzfreie Testverfahren

Sabine Schäfer

den Erfassung der psychischen Symptomatik und der Vergabe einer möglichst validen, standardisierten Diagnose zu schlagen.“ (Tritt et al. 2008).

### Anwendung

Die Aufgabenstellung des ISR ist eine möglichst umfangreiche und störungsübergreifende Evaluation psychischer Symptomatik auf der Basis der ICD-10. Das ISR ist als Selbstbeurteilungsinstrument konzipiert. Der Einsatzbereich des ISR ist die stationäre und ambulante Routineversorgung von Erwachsenen. Es lässt sich bezüglich seiner Einsatzmöglichkeiten und den abgefragten Störungsbildern grob mit dem SCL-90-R vergleichen. Der SCL-90-R ist allerdings vor allem für psychiatrische Patienten konzipiert.

### Aufbau

Das ISR baut auf dem Kapitel V (F-Diagnosen) der ICD-10 auf, indem es die dort aufgeführten Diagnosen zu übergeordneten Syndromen zusammenfasst. Das Syndrom-Rating umfasst 17 Items (Beschwerden), die fünf Subskalen mit den Syndromen Depression, Angst, Zwänge, Essstörungen sowie dem somatoformen Syndrom zugeordnet sind. Darüber hinaus existiert eine Zusatzskala mit 12 weiteren Einzelitems, die als Screening-Funktion für einzelne andere Syndrome dient (z.B. Belastungsstörung oder Derealisierung). Der Patient schätzt bezüglich jeder Beschwerde den Schweregrad seiner Symptomatik ein von „0 = trifft nicht zu“ bis „4 = trifft extrem zu“. Da nicht alle Syndrome des ICD-10 für eine Selbstbeurteilung geeignet sind und somit auch nicht in das ISR aufgenommen wurden (z.B. das schizophrene Syndrom), ist es notwendig, dass der Psychotherapeut die Diagnostik durch sein Expertenrating ergänzt.

### 1. Für erwachsene Patienten:

**ISR:** ICD-10-Symptom-Rating  
**HAQ:** Helping Alliance Questionnaire – Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung

### 2. Für Erwachsene und Kinder/jugendliche Patienten:

**GAS:** Goal Attainment Scale – Zielerreichungsskala  
**GAF:** Global Assessment of Functioning – Skala zur Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus  
**GARF:** Global Assessment of Relational Functioning – Erfassung der Beziehungsfunktionen

### 3. Für Kinder und Jugendliche:

**SDQ:** Strengths and Difficulties Questionnaire – Fragebogen zu Stärken und Schwächen

## ISR – ICD-10-Symptom-Rating

### Hintergrund

Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR) ist ein relativ neues, umfassendes psychodiagnostisches Screening-Instrument für verschiedene psychische Störungen, das vom Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) in 2007 entwickelt wurde. Ziel der Entwicklung war, „in möglichst zeit- und ressourcenökonomischer Form die Brücke zwischen einer störungsübergreifen-

Gute lizenzfreie Tests gibt es. Sie können in ihrem Einsatzbereich sogar problemlos mit kostenpflichtigen psychometrischen Instrumenten mithalten. Ursprünglich wurden sie aus unterschiedlichen Gründen entwickelt: zu Forschungszwecken, zur Kostenreduktion oder im Rahmen größerer Qualitätssicherungsprojekte. „Kostenlos muss auch hier nicht mit „qualitativ minderwertig“ gleichgesetzt werden!

Ich möchte Ihnen einige ausgewählte, einfache Anwendungen vorstellen, die bereits in renommierten Modellprojekten, die eine neuartige Qualitätssicherung für Psychotherapeuten in ambulanter Praxis erproben, regelmäßig angewendet werden: der sogenannten QS-PSYBAY (Modellprojekt der KV Bayern) und dem sogenannten TK-Modell der Techniker Krankenkasse. Beide Projekte haben eine modifizierte angemessenere Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie zum Ziel. Nützliche Hinweise für hochwertige, lizenzfreie Tests erhielt ich auch vom IQP (Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik) in München, einer Treuhandstelle für die Daten aller Patienten von 20 psychosomatischen Kliniken in Bayern.

Zunächst habe ich mich im deutschsprachigen Raum auf die Suche nach Instrumenten gemacht, die sich sowohl für den Einsatz in Kliniken als

auch für unsere ambulante psychotherapeutische Tätigkeit eignen. Weiter sollten die Instrumente möglichst verfahrensübergreifend einsetzbar sein, d.h. von Psychotherapeuten unterschiedlicher (Richtlinien-)Verfahren genutzt werden können.

Nach den lizenzfreien Instrumenten sucht man deutlich länger als nach lizenzierten, da sie nicht öffentlich erworben werden. Natürlich stellen wir als Psychotherapeuten die gleichen Anforderungen an diese Instrumente wie an kostenpflichtige: Sie sollen valide und reliabel, zielgerichtet, angemessen für die Behandlung, leicht durchführbar und natürlich auch unkompliziert auszuwerten sein.

Ausschließlich mittels Tests und Fragebögen lassen sich keine psychischen Störungen diagnostizieren, aber mit ihrem Einsatz, im Sinne eines diagnostischen Screenings, Hinweise auf deren Vorhandensein gewinnen. Sinn machen psychometrische Tests bereits in der internen Qualitätssicherung. Für eine externe Qualitätssicherung und für Forschungszwecke (wie z.B. der Versorgungsforschung) sind festgesetzte Normwerte jedoch Voraussetzung, um eine Vergleichbarkeit erhalten zu können.

Im Folgenden stelle ich Ihnen hier exemplarisch sechs Tests vor:

Die Auswertung ist unkompliziert und dauert – je nach Übung – etwa 10 Minuten. Die angekreuzten Werte der einzelnen Syndrome werden zusammengezählt und durch ihre Anzahl geteilt. Auf einem Profilbogen werden die Werte für jedes Syndrom eingetragen und ein Gesamt-Score ermittelt. Für die einzelnen Syndrome sowie den Gesamt-Score kann auf den Auswertungsbogen der Grad der Symptombelastung des Patienten abgelesen werden. Für die Zusatzskala sowie für die Verlaufsmessung liegen jeweils eigene Profilbögen vor.

#### Gütekriterien

Für den Gesamt-Score des ISR ergab sich laut Tritt et al. 2010 ein Cronbachs Alpha von 0.92 sowie Werte von 0.78 bis 0.86 für die einzelnen Syndromskalen. In eben dieser Studie wurden das ISR mit dem SCL-90-R verglichen und hohe Korrelationen bezüglich der Validität gefunden. Eine syndromspezifische Normierung liegt ebenfalls vor. Die faktorenanalytische Validität der Syndromskalen wurde auch bestätigt.

Dieses lizenz- und damit kostenfreie Screening-Instrument kann ebenso wie die anderen hier vorgestellten psychometrischen Testverfahren neben der oben genannten Funktion als psychodiagnostischen Screening gut zur Prä-Post-Messung zur Ermittlung des Therapieerfolgs (Therapie-Outcome) eingesetzt werden. Auf dem zusätzlichen Profilbogen zur Verlaufsmessung lässt sich die Entwicklung des Patienten bezüglich der fünf Syndrome sowie des Gesamt-Scores als Kurve darstellen.

#### Ausblick

Die ISR-Items und -Skalen sollen zukünftig noch eine weiterführende Funktion erhalten, die auf die Absi-

cherung der klinischen ICD-10-Diagnostik abzielt. Auf der Basis der Antworten zu den ISR-Items sollen, wenn ein noch empirisch zu bestimmender Schwellenwert überschritten wird, im Rahmen von adaptiven Tests ggf. weitere Items angeboten werden, deren Antworten möglichst gute Hinweise für eine standardisierte ICD-10-Diagnostik liefern sollen. Für die Syndrome, die nicht durch Patientenratings abgedeckt sind, wird hierfür ein nachgeschaltetes Expertenrating durch den Psychotherapeuten als Diagnostiker als Ergänzung notwendig sein. Dieser zweite Schritt – der dann als Option angeboten und nur in Form einer elektronischen Abnahme durchführbar sein wird – befindet sich momentan in der Umsetzungsphase.



#### Download

Das ISR in der gekürzten Version 2.0 sowie die syndromspezifische Testnormierung liegen zum Download vor. Zunächst für den stationären Bereich konzipiert, steht der ISR auch als einfache elektronische Version im Rahmen eines kompakten elektronischen Basis-Dokumentationstools kostenlos zum Herunterladen im Internet zur Verfügung. Beides zu finden unter: [www.iqp-online.de](http://www.iqp-online.de) Eine Kurzanleitung zum ISR finden Sie unter: [www.praxisschaefer.de](http://www.praxisschaefer.de)

#### HAQ (Helping Alliance Questionnaire) – Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung

#### Hintergrund

Der HAQ – Helping Alliance Questionnaire – wurde 1984 von Luborsky et al. im Rahmen des sogenannten „Penn Psychotherapy Project“ ent-

wickelt. Bassler et al. übersetzten den HAQ 1995 ins Deutsche.

#### Anwendung

Der HAQ wird zur Beobachtung der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung in psychotherapeutischen Behandlungen eingesetzt. D.h. er misst bzw. vergleicht nicht einen Status der Befindlichkeit (ISR, GAF, GARF, GAS). Er findet sich als psychometrisches Erhebungsinstrument in einigen bedeutenden Modellprojekten, die neue Ansätze im Rahmen der Qualitätssicherung für Psychotherapeuten in ambulanter Praxis prüfen, beispielsweise in der QS-PSY-BAY und im sogenannten TK-Modell.

Patient und Psychotherapeut wenden den HAQ getrennt an, d.h. es gibt einen Selbsteinschätzungsbogen für den Patienten sowie einen Psychotherapeutenbogen.

Der HAQ ist geeignet zur einmaligen Erhebung beispielsweise gegen Ende der Behandlung, sinnvoller ist sein Einsatz aber in der Verlaufsmessung bzw. Prozessevaluation.

#### Aufbau

Der HAQ besteht aus 12 Items bzw. Aussagen. Bassler et al. beschreiben in ihrem Artikel von 1995 zwei Subskalen, unter die alle Items subsumiert werden können. Die eine Subskala misst die Beziehungszufriedenheit (Item 1, 6, 7, 8, 9 und 10), damit gemeint ist die Zufriedenheit mit der Art und Weise, wie sich die Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut gestaltet. Als Beispiel sei hier das Item 6 genannt: „Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten verlassen zu können.“ Die andere Subskala erfasst die Erfolgswilligkeit von Patient und Psychotherapeut (Item 2, 3, 4, 5 und 11), z.B. Item 3: „Ich habe einige neue Ansichten ge-

wonnen.“ Die Antwortmöglichkeiten werden durch eine Likertskala in sechs Abstufungen von „sehr zutreffend“ bis „sehr unzutreffend“ angegeben.

Das zwölfte Item spricht die direkte Veränderungsmessung im Vergleich zum Behandlungsbeginn an und gilt als Zusatzitem, das Bewertungen von 1 bis 7 mit dem Mittelwert 0 (= der Zustand ist unverändert) vorsieht.

#### Gütekriterien

Bassler et al. (1995) befinden den HAQ in der Messung von Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit reliabel und valide und darüber hinaus auch sensibel genug, um Veränderungen während des Therapieprozesses abbilden zu können.

Die Skalen wurden faktorenanalytisch validiert und ergaben bezüglich der Beziehungszufriedenheit ein  $\alpha = .89$ , bezüglich der Erfolgswilligkeit ein  $\alpha = .84$ . (Hank, Krampen, 2008). Außerdem stellten Hank und Krampen fest, dass beide Skalen mit  $r = .43$  korrelierten. Konstruktvalidität ist ebenfalls gegeben (ebd.).

Für den HAQ wurden bislang keine Normwerte ermittelt. Dieses Manko hat aber nur ein eingeschränktes Gewicht, da der Test inhaltlich auf die Patient-Psychotherapeut-Beziehung fokussiert und eine Normierung mit einer Repräsentativ-Stichprobe weniger sinnvoll erscheint.



#### Download

des Patienten- und des Psychotherapeutenfragebogens sowie eines Entwurfs eines Auswertungsblattes zur systematischen Darstellung der Ergebnisse: [www.praxisschaefer.de](http://www.praxisschaefer.de)

**GAS (Goal Attainment Scale) – Zielerreichungsskala**

**Hintergrund**

Die Frage nach dem Therapieerfolg und Methoden, diesen zu messen, ist immer wieder Gegenstand der Forschung gewesen. Eine Antwort auf diese Frage ist die Goal Attainment Scale (GAS, zu Deutsch Zielerreichungsskala). Sie wurde erstmals 1968 von Thomas Kiresuk und Robert Sherman in den USA vorgestellt (Kiresuk et al. 1968). Der ursprüngliche Einsatzbereich der GAS war die Psychiatrie, von wo aus sie schließlich auch in Rehabilitation, Forschung sowie in die Basisdokumentation stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Einrichtungen und Psychiatrischer Institutsambulanzen Eingang fand.

**Anwendung**

Mithilfe des GAS kann der Grad der Zielerreichung einer Psychotherapie erfasst werden. Da es in der Psychotherapie immer um sehr individuelle Ziele geht, werden standardisierte Instrumente hier oft als zu grob oder ungeeignet empfunden. *Lege artis* werden in ambulanten Psychotherapien die Behandlungsziele mehr oder minder detailliert mit dem Patienten zu Beginn einer Psychotherapie gemeinsam festgelegt. Diese Ziele werden mit der GAS schriftlich und etwas mehr formalisiert niedergelegt. Zu Beginn der Behandlung, am Besten im Laufe der probatorischen Sitzungen, formuliert der Patient mithilfe eines Fragebogens die Ziele, die er durch die Psychotherapie erreichen möchte. Die Auswahl der Ziele kann so vielfältig sein, wie seine Probleme und Symptome. Zusammen mit dem Psychotherapeuten werden diese Ziele besprochen.

Die Erfahrung zeigt, dass durch die Anwendung der GAS die Motivation des Patienten für die Behandlung steigt, da die Ziele von Patient und Therapeut ganz konkret gemeinsam festgelegt werden. Der Patient übernimmt so mehr Eigenverantwortung. Am Ende der Psychotherapie – oder auch zwischendurch – werden die so vorab festgelegten Ziele dann in Bezug auf die aktuell erreichten Veränderungen überprüft. Dabei ist es möglich, dass Patient und Therapeut unterschiedliche Einschätzung hierzu haben. Beide Einschätzungen werden festgehalten, die

GAS ist somit sowohl ein Selbstbeurteilungs- als auch ein Fremdbeurteilungsinstrument.

Die Verwendung der GAS kann für die interne Qualitätssicherung interessant sein, da der Therapieerfolg im Rahmen einer Verlaufsmessung durch die Formalisierung der Therapieziele zugänglich gemacht werden kann.

Ein Vorteil der GAS ist sicherlich, dass sie aufgrund ihrer Anpassungsfähigkeit schulen- bzw. verfahrenübergreifend ist. In der Verhaltenstherapie werden u.a. von Margraf Fragebögen, die auf der GAS beruhen, schon regelhaft im Therapieprozess eingesetzt.

**Aufbau**

Die GAS kann als eine Art Bausatz verstanden werden. So existieren unterschiedliche Ausformungen bzw. Weiterentwicklungen der GAS. Sie wurde auf die unterschiedlichsten Bereiche der Betreuung und Therapie angepasst. Ihre Flexibilität macht eine individuelle Anpassung – unter Einhaltung einiger Regeln – auch in der Psychotherapie möglich. Die Konstruktion einer Skala ist relativ einfach:

1. Es werden in der Regel drei bis fünf Therapieziele beschrieben und schriftlich festgehalten.
2. Es können bestimmte Kriterien formuliert werden, anhand derer die Erreichung des Ziels oder auch eine mögliche Verschlechterung abzulesen wäre.
3. Die Ratingskala für die abschließende Bewertung kann unterschiedlich skaliert werden, numerisch, prozentual oder auch in Worten z.B. „mehr erreicht als das Therapieziel; Therapieziel erreicht“; Therapieziel teilweise erreicht; Therapieziel nicht erreicht; Therapieziel entfällt. So kann ein Ziel beispielsweise zu 100% oder 50% erreicht worden sein. Möglich ist auch, dass der Zustand sich im Vergleich zum Beginn der Therapie gar nicht verändert (0%)

oder sogar verschlechtert hat. Eine andere Methode ist, den Grad der Zielerreichung in einem Spektrum von Graden (-2 bis +2) anzugeben. Die Erfahrung zeigt, dass ein Ziel sich im Laufe der Psychotherapie auch als hinfällig erweisen kann und diese Möglichkeit einbezogen werden sollte. In derartigen Fällen kann ein neues Therapieziel gemeinsam formuliert werden.

4. Für die Darstellung der Auswertung existieren ebenfalls sehr unterschiedliche graphische Umsetzungen der GAS-Skala. So kann das Ergebnis z.B. als Kurve dargestellt werden, die den Weg vom Anfangszustand über die Zwischenergebnisse bis zum Grad der Zielerreichung zu Therapieende beschreibt oder aber die (Zwischen-)Ergebnisse werden tabellarisch, nebeneinander angeordnet festgehalten.
5. Es lässt sich nun ein Gesamt-Score über alle einzelnen (Problem-)Skalen eines Patienten ermitteln, indem die Werte aufaddiert werden. So können in einer Praxis bei gleichen GAS-Konstruktionen interindividuelle Vergleiche angenähert werden.

Bei der Festlegung und Ausformulierung der Therapieziele ist es hilfreich, folgende Eckpunkte zu beachten:

- Die individuellen Ziele können sich auf Verhaltensauffälligkeiten oder -defizite, bestimmte Symptome sowie die soziale Umwelt des Patienten beziehen. Sie können also sehr different sein: psychisch, somatisch, psychosozial, privat, beruflich etc.
- Idealerweise beziehen sich die Ziele auf Probleme, Konflikte und Einschränkungen, mit denen der Patient im Alltag konfrontiert wird.
- Wichtig ist, dass die Ziele möglichst verständlich formuliert werden.
- Die Ziele sollten für den Patienten realistisch erreichbar sein und dies auch innerhalb des zur Verfügung

stehenden (Behandlungs-)Zeitraumes.

- Bei der Bestimmung der Ziele erweist es sich für die spätere Bewertung als nützlich, wenn möglichst konkret überprüfbare Kriterien angegeben werden, an welchen festgestellt werden kann, ob oder in welchem Ausmaß das Ziel erreicht wurde. Werden die Ziele bzw. Zwischenziele zu „schwammig“ formuliert, fällt die Einschätzung der Zielerreichung zum Zeitpunkt der Bewertung entsprechend schwer.

Ein Beispiel für eine Zielformulierung wäre nach V. G. Dahling (s.u.):

**Ziel: Verbesserung des Kontakt- und Gesprächsinteresses**

- Ausgangszustand befindet sich bei -1: „das Gesprächsinteresse reduziert sich auf wenige vertraute Personen“
- Verschlechterung auf -2: „mutistischer Rückzug“
- Verbesserung um einen Grad auf 0: „entwickelt Interesse für Kontakte zu anderen Personen“,
- Verbesserung auf den Grad +1: „nimmt Kontakt zu alten Bekannten auf“
- Vollständige Erreichung des Ziels mit Grad +2: „schließt neue Bekanntschaften“

Wie hier relativ gut ersichtlich, sollten die Stufen der Zielerreichung möglichst nahe einem Intervallskalenniveau angegeben werden, um eine gewisse Skalenqualität zu erzielen. D.h. die Schwierigkeit des Patienten von einem Grad aus den nächsten zu erreichen, sollte jeweils gleich groß sein. Dies ist insbesondere für den Fall wichtig, dass (ggf. in einem größeren Umfang) eine (statistische) Vergleichbarkeit der Ergebnisse vom Behandler angestrebt wird.

**GAS (Goal Attainment Scale) – Zielerreichungsskala**

Pat. Chiffre: \_\_\_\_\_ Datum der Zielbeschreibung: \_\_\_\_\_ Datum der Endbewertung: \_\_\_\_\_

**Ziele für Ihre Psychotherapie festlegen und überprüfen**  
Bitte besprechen Sie hier jedes einzelne Ziel zu 2 Zielen. Beschreiben Sie möglichst genau, woran es merken werden, dass Sie ein Ziel erreicht haben, oder sogar mehr als erreicht haben. Woran werden Sie merken, dass der Ausgangszustand sich verschlechtert hat? Am Ende Ihrer Behandlung können Sie anhand dieses Diagramm noch einmal bewerten, ob Sie Ihre Ziele erreicht haben. Es kann im Laufe der Therapie vorkommen, dass ein Ziel entfällt, auch dieses können Sie dann vermerken.

Ziel-Nr.	Ziel	Ziel erreicht	Ziel nicht erreicht	Ziel teilweise erreicht	Ziel erreicht am Ende der Therapie	Ziel nicht erreicht am Ende der Therapie	Ziel teilweise erreicht am Ende der Therapie
1. (Wichtigste)							
2. Ziel							
3. Ziel							

**Goal Attainment Scale - Zielerreichungsskala**

Pat. Chiffre: \_\_\_\_\_ Datum der Zielbeschreibung: \_\_\_\_\_ Datum der Endbewertung: \_\_\_\_\_

**Ziele für Ihre Psychotherapie festlegen und überprüfen**  
Bitte besprechen Sie hier jedes einzelne Ziel zu 2 Zielen. Beschreiben Sie möglichst genau, woran es merken werden, dass Sie ein Ziel erreicht haben, oder sogar mehr als erreicht haben. Woran werden Sie merken, dass der Ausgangszustand sich verschlechtert hat? Am Ende Ihrer Behandlung können Sie anhand dieses Diagramm noch einmal bewerten, ob Sie Ihre Ziele erreicht haben. Es kann im Laufe der Therapie vorkommen, dass ein Ziel entfällt, auch dieses können Sie dann vermerken.

Ziel-Nr.	Angewandte Kriterien im Beginn der Psychotherapie (mögliche konkrete Beispiele)	Gewünschter Endzustand (mögliche konkrete Beispiele)	Ergebnis (Grad der Zielerreichung mit Angabe des Punktes)	Therapieziel (Grad der Zielerreichung mit Angabe des Punktes)
1. Ziel				
2. Ziel				
3. Ziel				

### Gütekriterien

Für die folgenden Ausführungen erwies sich eine Dissertation von Volker Günter Dahling (2006) als ergiebig. Die Reliabilität wird in Studien im Allgemeinen zurückhaltend bis kritisch beurteilt, steigt allerdings, wenn die Durchführenden ein spezielles GAS-Training absolviert haben.

Inhaltliche Validität ist im Einzelfall gegeben, schließlich stellt die konkrete und individuell auf den Patienten bezogene Benennung der Therapieziele die optimale Operationalisierung der relevanten Zielbereiche dar. In Studien dagegen erweist sich die Messung der Validität als schwierig, da ein anerkanntes Referenzkriterium schwer zu bestimmen ist.

Die GAS wurde seit den 60er Jahren in verschiedener Weise weiterentwickelt, so zum Beispiel von G. Heuft und W. Senf (z.B. Heuft et al. 1996). Sie erarbeiteten ein Kategoriensystem mit fünf verschiedenen Hauptkategorien, unter das sich 130 Einzelkategorien an individuellen Therapiezielen (ITZ) subsumieren lassen. Durch eine Systematisierung des Grundschemas der GAS wird versucht, deren Mängel vor allem im methodischen Bereich, z.B. hinsichtlich einer präziseren statistischen Auswertung, zu begegnen. Dies spielt in erster Linie im Bereich größerer Studien eine Rolle.

Der GAS kann also für die interne Qualitätssicherung hilfreich sein. Aufgrund der Qualität der Gütekriterien und des Schulungsbedarfes ist er zur externen Qualitätssicherung nur eingeschränkt brauchbar.



#### Download

Kurzanleitung sowie diverse Fragebögen zur

Erhebung der Ziele des Patienten:  
[www.praxisschaefer.de](http://www.praxisschaefer.de)

**GAF (Global Assessment of Functioning Scale) – Globale Erfassung des Funktionsniveaus**

### Hintergrund

Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) wurde erstmals von der American Psychiatric Association 1989 vorgelegt. Sie basiert auf der Achse V des 1994 erschienen DSM-IV:

der Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus des Patienten. Die deutsche Übersetzung wurde 1996 von Henning Saß, Hans-Ulrich Wittchen und Michael Zaudig veröffentlicht.

### Anwendung

Die GAF dient dem Psychotherapeuten als diagnostische Einschätzung in Form eines Expertenratings. Es handelt sich um eine Skala zum psychosozialen Funktionsniveau eines Patienten, unabhängig von dessen kulturellen Hintergrund. Die Skalierung wird zweimal durchgeführt, einmal zur Beurteilung des gegenwärtigen Anpassungsniveaus bzw. Wohlbefindens und einmal zur Beurteilung des Anpassungsniveaus im letzten Jahr. Die Skalierung erfolgt auf einer Skala von 1 bis 100. Bei diesem Rating sollten keine körperlichen Einschränkungen berücksichtigt werden, ebenso keine umgebungsbedingten Merkmale.

Die GAF kann als einfache momentane Statuserhebung verwendet werden oder auch als Wiedergabe des höchsten Niveaus, das der Patient beispielsweise innerhalb der letzten zwei Jahre erreicht hat. Sie eignet sich auch durch den Vergleich von Prä- mit Post-Messung zur Erfassung des Therapieerfolges und kann somit auch umfassende Aussagen über den klinischen Fortschritt von Patienten wiedergeben.

Der GAF-Wert kann dazu dienen, die „Bedürftigkeit“ des Patienten bezüglich einer Psychotherapie zu bewerten. So kann der GAF-Wert Hinweise bezüglich der Bedürftigkeit hinsichtlich einer Psychotherapie liefern.

### Aufbau

Die GAF-Skala ist in zehn Niveaus unterteilt. Von 100 („hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten“) wird bis auf 1 („ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen ... oder anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ...“) in Zehnerschritten abwärtssteigend das soziale und berufliche Funktionsniveau beschrieben. Der beurteilende Psychotherapeut „schreitet“ diese Stufen von oben her ab, bis er das Niveau erreicht, das er dem Patienten hinsichtlich seines Zustandes

zuschreibt. Liegen Schweregrad der Symptome und Funktionsniveau in verschiedenen 10er-Stufen, wird schließlich das schlechtere Niveau gewählt. Die Zuweisung von Zwischenwerten wie beispielsweise 87, 56 oder 44 lässt eine weitere Differenzierung der Einschätzung zu.

### Gütekriterien

Die GAF hat sich als reliabel erwiesen, insbesondere bei Behandlern, die ihn schon länger verwenden und damit über eine gewisse Erfahrung verfügen (z.B.  $r=0.81$  bei Söderberg et al. 2005).

Problematisch erscheint der Nachweis von ausreichender Validität. So besteht zum Beispiel hinsichtlich prognostischer Validität Unklarheit, wie vielen Kriterien ein Patient genügen muss, damit er in eine bestimmte Kategorie fällt sowie mit welcher Begründung ein bestimmter Wert vergeben wird (vgl. Woldroff 2004). Trotzdem bleibt sie als einfach zu handhabender und wenig aufwendiger klinischer Test brauchbar.



#### Download

GAF-Skala mit Kurzanleitung und Langanleitung:

[www.praxisschaefer.de](http://www.praxisschaefer.de), auch:  
[www.psychiatrie-in-berlin.de/soziotherapie/gaf\\_skala.pdf](http://www.psychiatrie-in-berlin.de/soziotherapie/gaf_skala.pdf), oder:  
[www.dbsh.de/gaf.pdf](http://www.dbsh.de/gaf.pdf)

**GARF-Skala (Global Assessment of Relational Functioning Scale) – Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen**

### Hintergrund

Auch dieses Instrument ist Bestandteil des DSM-IV und hier eine der drei Skalen, die im Appendix des DSM-IV aufgeführt werden (siehe Saß et al. 1997). Weitere Unterskalen sind die Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) und die Defensive Functioning Scale. Das Instrument wurde analog zur individualumszentrierten Achse V des DSM-IV (der GAF Global Assessment of Functioning) vom Committee on the Family of the Group for the Advancement of Psychiatry in den Vereinigten Staaten konstruiert.

Die GARF dient als Maß für die Reife und Stabilität der Beziehungen inner-

halb einer Familie, eines Freundeskreises oder der Beziehung eines Paares und wird mit Werten zwischen 1% und 100% kodiert, wobei Hilfen zur Einschätzung vorgegeben sind, die sich darauf beziehen, wie befriedigend das Zusammenleben ist und wie gut Schwierigkeiten gelöst werden.

### Anwendung

Die GARF hat in der Anwendung große Ähnlichkeit mit der GAF. Er kommt ebenso wie dieser als diagnostische Einschätzung zum Einsatz und ist als Fremdeinschätzungsinstrument für klinische Fachleute konstruiert.

Während die GAF-Skala das gesamte individuelle Funktionsniveau abfragt, erfasst die GARF die Beziehungsfunktionen. Genauer: Der Untersuchungsgegenstand sind die Familie, der Freundeskreis oder andere Beziehungsformen des Patienten. Mit der Zuweisung eines Wertes zwischen 1% und 100% wird eine Einschätzung des Funktionsniveaus der Familie etc. vorgenommen.

### Aufbau

Analog der GAF ist die GARF-Skala in Funktionsniveaus unterteilt. Hier wird in insgesamt fünf Zwanzigerschritten der Bereich von 1% (dysfunktionale Beziehungen) bis 100% (funktionierende Beziehungen) abgedeckt. Beschrieben werden jeweils Abstufungen von Schweregraden von Beziehungsbeeinträchtigungen sowie ergänzend das Funktionsniveau für jede Stufe. Die Beeinträchtigungen und das Funktionsniveau werden anhand von drei Dimensionen bewertet: Zum einen der Problemlösungskompetenz (z.B. Anpassungsfähigkeit bei Stress), der Organisationsfähigkeit (z.B. hierarchisches Funktionieren) und des emotionalen Klimas (z.B. gegenseitige affektive Verantwortlichkeit). Fallen Schweregrad der Beziehungsbeeinträchtigungen und Funktionsniveau in unterschiedlichen Dimensionen, wird bei der Beurteilung der Wertebereich des niedrigeren Niveaus gewählt. Die Bewertung mithilfe der GARF sollte sich auf den aktuellen Zeitraum (die letzten zwei Wochen) beziehen.

Ebenso wie die GAF ist die GARF ein Instrument, das für die Messung des aktuellen Status, der Veränderung und des Therapieerfolgs im Bereich



**Sabine Schäfer**

Psychologische Psychotherapeutin, stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und Mitglied in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses.



der Beziehungsfunktionen verwendet werden kann. So wird die GARF je nach Zielsetzung zu Beginn und zum Ende einer Therapie durchgeführt (Prä-Post-Messung), für eine detailliertere Veränderungsmessung auch (mehrfach) während der laufenden Therapie. Auch der GARF ist ein leicht zu handhabendes und wenig aufwendiges Instrument.

**Gütekriterien**

Die GARF hat sich als ausreichend reliabel erwiesen (z.B.  $r=0.91$  nach Spearman-Brown-Formel bei Hilsenroth et al. 2000). Auch die Validität der GARF-Skala als ein Index der Persönlichkeits-Pathologie wird hier bestätigt. Konstruktvalidität ist in Studien nachgewiesen worden (vgl. Ross et al. 2001). Bezüglich der prognostischen Validität ergeben sich dieselben Probleme wie bei der GAF-Skala.



**Download**

der GARF-Skala samt Kurzanleitung:

[http://cip-medien.com/media/download\\_gallery/06-01/2006-1-06.%20Stasch.pdf](http://cip-medien.com/media/download_gallery/06-01/2006-1-06.%20Stasch.pdf), oder unter: [www.praxisschaefer.de](http://www.praxisschaefer.de)

**SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) – Fragebogen zu Stärken und Schwächen**

**Hintergrund**

Ursprünglich wurde der SDQ in Großbritannien 1997 von Goodman und dann 1998 von Goodman et al. weiterentwickelt. Inzwischen wurde er in über 40 Sprachen übersetzt. Das kann sich als besonders hilfreich erweisen, sollten Eltern (oder Kinder) über ungenügende Deutschkenntnisse verfügen. 1999 erweiterte Goodman den

SDQ um eine zweite Seite bei Verdacht auf klinisch bedeutsame Beschwerden des Kindes. Hier finden sich z.B. Fragen zu Chronifizierung, Stress, sozialer Einbettung und Problemen. In einer dritten Version kann der SDQ auch als Follow-up Fragebogen eingesetzt werden. Hierfür werden auf dem Zusatzfragebogen noch zwei weitere Fragen gestellt, danach ob die Behandlung die Probleme reduzierte und ob diese hilfreich war.

**Anwendung**

Der SDQ dient als valides diagnostisches Basis-Screening zur Ermittlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Dabei wird Bezug genommen auf deren Stärken und Schwächen. Der Fragebogen im Fremdrating durch die Eltern ist für Kinder ab 3 Jahren einsetzbar, der im Selbstrating ab 11 Jahren. Ziel ist die Erfassung psychischer Auffälligkeiten. Damit grenzt er sich von den altersspezifischen Vorsorgeuntersuchungen ab, welche Entwicklungsdefizite in Motorik, Sprache, kognitive Leistungen etc. feststellen. Der SDQ eignet sich darüber hinaus auch für Längsschnittuntersuchungen, zur Messung therapeutischer Effekte und für wissenschaftliche Fragestellungen. Für das Ausfüllen eines Fragebogens werden ca. 5 Minuten benötigt, die Auswertung dauert je nach Übung ca. 10-15 Minuten.

**Aufbau**

Als Selbstbeurteilungsinstrument ist der SDQ für 11- bis 17-jährige Jugendliche konzipiert. Ergänzend wurden auch unterschiedliche Fremdbeurteilungsbögen entwickelt für 3- bis 4-jährige Kinder sowie eine Version für Eltern von 4- bis 16-Jährigen, für schulpflichtige 4- bis 16-Jährige auch eine Lehrer-Version.

Die Fragebögen liegen in einer ein- und einer zweiseitigen Variante vor. Die Items der ersten Seite sind inhaltlich über alle Versionen identisch. Die zweite Seite ergänzt wahlweise Fragen zur Beeinträchtigung, oder dient in einer Folgebefragung der Erhebung der erlebten Veränderungen. Die Normen und die Auswertungsanweisungen aller Fragebogenversionen gelten immer nur für die 25 Items der ersten Seite.

Der SDQ besteht aus fünf Skalen: Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und Prosoziales Verhalten. Jeder Skala sind fünf Items zugeordnet. Die Auswertung der Fragebögen wird durch Schablonen erleichtert, mithilfe derer den Antworten („nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“) jeweils ein Wert von 0 bis 2 zugeordnet wird. Die Werte werden für jede Skala addiert, ein Gesamtscore ergibt sich durch die Addition der Werte der ersten vier Skalen (d.h. ohne die Skala „Prosoziales Verhalten“).

Die Interpretation der addierten Skalenwerte sowie des Gesamtscore ergibt eine „normale“, „grenzwertige“ oder „auffällige“ Problematik des Kindes oder Jugendlichen. Für die Normierung wurde angenommen, dass ca. 80% der Kinder und Jugendlichen als „normal“ und jeweils 10% als „grenzwertig“ bzw. „auffällig“ eingestuft werden können. Leider erfasst dieses Screening-Instrument einige bedeutsame Störungen wie Phobien, Trennungsangst oder Essstörungen nicht ausreichend.

**Gütekriterien**

Bezüglich der internen Validität wurde die Faktorstruktur bestätigt (Woerner et al. 2002). Die Messung der in-

ternen Konsistenz für den Gesamtscore ergab einen Cronbachs Alpha von 0.80 für die Selbstbeurteilungsversion der Jugendliche sowie von 0.87 für die Fremdbeurteilung-Lehrer-Version. Dagegen fiel die Test-Retest-Reliabilität eher moderat aus: Der Gesamtscore liegt bei 0.62 (Jugendliche) und 0.80 (Lehrer). Auch wenn in verschiedenen Veröffentlichungen der diagnostische Wert für den deutschen SDQ nachgewiesen wurde, wurde bisher keine Normierung festgelegt. Becker 2007 bestätigt normierte Cut-off-Werte für die drei Kategorien „normal“, „grenzwertig“ und „auffällig“, sowohl für den Gesamtproblemwert als auch für die Subskalen.



**Download**

Frage-, Antwort- und Auswertungsbögen sowie Auswertungsschablonen des SDQ und eine umfangreiche Literaturangabe finden Sie hier: [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org)



**Literaturhinweis:**

Das ausführliche Literaturverzeichnis zu allen Testverfahren finden Sie unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).