

# Instruktionen für die teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten (Version 1.2)

PAP-S: Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz

lic. phil. Aureliano Cramer, HAP, 044 268 34 32, [acramer@hapzh.ch](mailto:acramer@hapzh.ch)

<b>1</b>	<b>DIE DOKUMENTATION.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>DIE PATIENTINNENLISTE UND DIE ID-NUMMER.....</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>ÜBERPRÜFUNG DER EINSCHLUSSKRITERIEN: IST DER PATIENT / DIE PATIENTIN FÜR DIE STUDIE GEEIGNET? .....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>WANN WIRD DER PATIENT / DIE PATIENTIN ÜBER DIE STUDIE INFORMIERT? .....</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>ANONYMITÄT DER PERSON UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG .....</b>	<b>4</b>
<b>6</b>	<b>ANMELDUNG ZUM ASSESSMENT.....</b>	<b>4</b>
<b>7</b>	<b>FÜHRUNG DES STUNDEN-PROTOKOLLBOGENS UND PROZESSMESSUNGEN .....</b>	<b>4</b>
<b>8</b>	<b> Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF).....</b>	<b>5</b>

# 1 Die Dokumentation

Folgende auf **grünem** Papier gedruckte Formulare bzw. Fragebögen werden vom **Therapeuten**, von der **Therapeutin** ausgefüllt:

1. **Basisdokumentation** betreffend **PsychotherapeutIn**: Damit werden zu Beginn der Studie Angaben über die Ausbildung und die aktuelle Tätigkeit der teilnehmenden Therapeuten und Therapeutinnen erhoben. Der Therapeut/die Therapeutin füllt diese Basisdokumentation aus, bevor er/sie eigene Patienten/Patientinnen in die Studie aufnimmt, und schickt sie mit dem beiliegenden Kuvert an die HAP zurück.
2. **PatientInnenliste**: Auf dieser Liste werden alle Neuanmeldungen *fortlaufend* eingetragen. Die Führung dieser Liste ist wichtig, um Angaben über die Repräsentativität der rekrutierten Patientenstichprobe zu erhalten.
3. **Basisdokumentation** betreffend **PatientIn, Eintritt** (BaDo Pat Eintritt): Damit werden soziodemographische und anamnestische Angaben über den Patienten, die Patientin bei Beginn der Therapie erhoben.
4. **Basisdokumentation** betreffend **PatientIn, Austritt** (BaDo Pat Austritt): Erhebung von Informationen über die durchgeführte Behandlung und die soziale Situation des Patienten, der Patientin am Schluss der Therapie.
5. **Stunden-Protokollbogen**: Darauf wird das Datum jeder Therapiesitzung eingetragen. Das Formular informiert auch, wann welche Fragebögen ausgefüllt werden müssen.
6. Fragebögen zur **Prozessmessung** für die **TherapeutIn** (nach jeder 5. Sitzung): Therapeutische Beziehung und Therapieverlauf aus der Sicht der Therapeutin
7. **Interventionslisten**: Nach jeder Stunde gibt der Therapeut, die Therapeutin die angewandten methodenspezifischen und allgemeinen Interventionen an.

Es gibt zusätzlich eine Einverständniserklärung für delegierende Fachärzte.

Die **gelbe** Dokumentation ist für den Patienten, die Patientin:

8. **Informationsblatt** für PatientInnen
9. **Einverständniserklärung** für PatientInnen
10. **Wegleitung zum Assessment-Center**
11. Fragebögen zur **Prozessmessung** für die **PatientIn** (nach jeder 5. Sitzung): Therapeutische Beziehung und Fortschritte aus der Sicht der PatientIn.

Die Therapeutin muss auf sämtlichen Fragebögen, die sie selbst ausfüllt oder die sie der Patientin zum Ausfüllen abgibt, die **ID-Nummer** (siehe unten), das **Datum** und die **Sitzungsnummer** in die gekennzeichneten Felder eintragen. Die ID-Nummer dient dazu, alle Daten einer und derselben Person verknüpfen zu können. Das Datum bzw. die Sitzungsnummer sind wichtig, um die verschiedenen Messungen chronologisch einordnen zu können.

## 2 Die PatientInnenliste und die ID-Nummer

Die **PatientInnenliste** dient dazu *fortlaufend alle* Patienten und Patientinnen aufzuzählen, die während der ersten Studienjahre *neu* um einen Therapieplatz ersuchen. Dafür genügt es das Datum des Erstgesprächs mit der Angabe, ob die Person an der Studie teilnimmt bzw. aus welchem Grund sie nicht teilnimmt.

Nimmt ein Patient, eine Patientin an der Studie teil, so wird der **PatientIn-Code** für die Bildung seiner, ihrer **Identifikationsnummer** im Rahmen dieser Studie verwendet.

Die Identifikationsnummer (ID-Nummer) besteht aus zwei Codes, die mit einem Trennstrich verbunden sind (Bsp.: 1B-4). Die Abbildung auf folgender Seite zeigt wie die ID-Nummer zusammengesetzt wird.

Die ID-Nummer muss auf allen Formularen oder Fragebögen in das entsprechende Feld eingetragen werden und wird *bei der Anmeldung der PatientIn für das Assessment weitergegeben*.

PatientIn-Code	Datum des Erstgesprächs	Teilnahme an der Studie	Therapie nicht zustandegekommen	Jünger als 18 J. o. älter als 60 J.	Ungenügende Deutschkenntnisse	Verweigerung der PatientIn an der Studie teilzunehmen	Andere Gründe (Bitte angeben)
1		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. PatientIn-Code:**  
Wird von der TherapeutIn aus der PatientInnenliste abgelesen.

ID- Nummer:	Th	Pat
	1B	4

**2. TherapeutIn-Code:**  
Wird von der Projektleitung zu Beginn der Studie vergeben

### 3 Überprüfung der Einschlusskriterien: Ist der Patient / die Patientin für die Studie geeignet?

#### 1. Alter

Der Patient/die Patientin muss zwischen 18 und 60 Jahr alt sein.

#### 2. Sprachkenntnisse

Hinreichende Deutschkenntnisse, um die Fragebögen zu verstehen (bzw. für die Hauptstudie in der Romandie: hinreichende Französischkenntnisse).

#### 3. Vorliegen eines Therapieauftrages

Wenn es sich um eine Beratung oder Abklärung handelt, wird der Patient/die Patientin nicht in die Studie aufgenommen.

#### 4. Freiwilligkeit

Bereitschaft des Patienten/der Patientin, an der Studie teilzunehmen.

## 4 Wann wird der Patient / die Patientin über die Studie informiert?

Der Therapeut/die Therapeutin sollte den Patienten/die Patientin bereits in der ersten Stunde informieren und ihm/ihr das „Informationsblatt für PatientInnen“ abgeben. Dies, damit das Assessment möglichst früh stattfinden kann. Wir möchten ja die maximale Wirkung der untersuchten Therapie erfassen. Deshalb soll die anfängliche Symptomatik/Problematik mit dem Assessment erfasst werden, bevor die ersten positiven Therapiewirkungen auf das Wohlbefinden der Patienten/Patientinnen erfolgt sind. Bitte beachten Sie, dass Patienten/Patientinnen Anrecht auf eine Bedenkfrist haben, bevor sie sich definitiv für oder gegen die Teilnahme entscheiden.

## 5 Anonymität der Person und Einverständniserklärung

Es ist wichtig zwischen der *Anonymität* in der Verwendung der Forschungsdaten und der Anonymität im Kontakt mit den Forschungsmitarbeitern/-mitarbeiterinnen zu unterscheiden. Die erhobenen Patientendaten werden anonymisiert ausgewertet. D.h. in den Auswertungen ist die Identität der Einzelnen nicht erkennbar. Anders steht es mit der Anonymität gegenüber den Forschungsmitarbeitern. Weil die Studie externe Assessments erfordert, geben die PatientInnen ihre Identität gegenüber der Interviewleiterin preis. Bereits für die Anmeldung zum Assessment muss sich der Patient/die Patientin einverstanden erklären, dass sein/ihr Name und seine/ ihre Telefonnummer an die Interviewleiterin weitergegeben werden.

Selbstverständlich unterstehen alle am Projekt beteiligten Forschungsmitarbeitern/-mitarbeiterinnen der Schweigepflicht.

Mit der Einverständniserklärung bittet der Forscher den Patienten um Erlaubnis, Informationen über ihn zu erheben und auszuwerten. Die Einverständniserklärung wird von uns mit den anderen Forschungsunterlagen (Fragebögen, Basisdokumentation) aufbewahrt. Deshalb bitten wir Sie, die unterschriebenen Einverständniserklärungen an uns zu schicken. Sie können selbstverständlich eine Kopie für Ihre Akten machen.

## 6 Anmeldung zum Assessment

**Vorgehen für Zürich:** Der Therapeut/die Therapeutin meldet den Patienten/die Patientin bei der Assessmentverantwortliche Frau Hana Hernandez Fente, lic. phil., (Tel. 078 863 61 91) an und vereinbart ein Assessmenttermin. An Frau Hernandez wird die ID-Nummer, den Namen und die Telefonnummer des Patienten/der Patientin weitergegeben. Die Assessments finden an der Schoffelgasse 7 in 8001 Zürich statt (Niederdorf, Nähe des Rüdenschplatzes, Wegleitung liegt der Falldokumentation bei). Am Ende der Therapie und ein Jahr danach (Katamnese) erfolgt nochmals ein Assessment ähnlich wie beim Eintritt.

## 7 Führung des Stunden-Protokollbogens und Prozessmessungen

Für jede Therapie, die Sie in die Studie aufgenommen haben, führen Sie einen Stunden-Protokollbogen, auf dem Sie das Datum der Therapiesitzungen eintragen. Dieses Formular dient auch als Checkliste, die Sie über die wichtigsten Schritte im Studienablauf informiert.

Nach jeder Sitzung füllen Sie die Interventionslisten aus. Zusätzlich nach jeder 5. Sitzung füllen Sie und Ihr Patient/Ihre Patientin Fragebögen zur Prozessmessung aus (Bitte Sitzungsnummer nicht vergessen).

Patienten/Patientinnen füllen die gelben Fragebögen aus und verschliessen diese im beiliegenden Kuvert.

Therapeuten/Therapeutinnen füllen die grünen Fragebögen aus und schicken diese zusammen mit denjenigen des Patienten/der Patientin (im kleinen Kuvert verschlossen) und mit den Interventionslisten der letzten 5 Stunden an die HAP zurück.

## 8 Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Zu Beginn der Therapie muss der Therapeut, die Therapeutin das psychosoziale Funktionsniveau des teilnehmenden Patienten, der teilnehmenden Patientin auf der GAF-Skala angeben.

Hier folgt die Wegleitung nach DSM-IV (Achse V, Seite 23):

Die GAF-Skala kann insbesondere dazu dienen, die umfassenden Aussagen über den klinischen Fortschritt des Patienten anhand eines einzigen Masses zu verfolgen. Auf der GAF-Skala werden nur die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Die Instruktionen geben vor: „Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollen nicht einbezogen werden“. Die GAF-Skala wird unterteilt in 10 Funktionsniveaus. Bei der GAF-Beurteilung wird ein einzelner Wert festgelegt, der das allgemeine Funktionsniveau des Patienten am treffendsten wiedergibt. Die Beschreibung jedes der 10 GAF-Niveaus besteht aus zwei Komponenten: Der erste Teil umfasst jeweils den Schweregrad der Symptome, der zweite Teil bezieht sich auf die Funktionen. Der GAF-Wert liegt innerhalb eines bestimmten Dezilbereichs, wenn **entweder** der Schweregrad der Symptome **oder** das Funktionsniveau in diesem Bereich liegen. Zum Beispiel beschreibt der erste Teil des Bereichs von 41-50 „Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle)“ und der zweite Teil umfasst „Eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten)“. Es ist zu beachten, dass in Fällen, in denen Schweregrad der Symptome und Funktionsniveau nicht übereinstimmen, die abschliessende GAF-Beurteilung das schlechtere Niveau reflektiert. So läge z. B. bei einer Person, die ernsthaft eigengefährdet ist, im Übrigen jedoch nicht beeinträchtigt, der GAF-Wert unter 20. In gleicher Weise läge der GAF-Wert bei einer Person mit geringfügiger psychischer Symptomatik, jedoch erheblicher Funktionsbeeinträchtigung bei 40 oder darunter (z. B. wenn die übermässige Beschäftigung mit einem Substanzkonsum zu einem Verlust von Arbeitsplatz und Freundschaften geführt hat, darüber hinaus jedoch keine psychopathologischen Auffälligkeiten vorhanden sind). In den meisten Fällen sollte die Bewertung auf der GAF-Skala sich auf den aktuellen Zeitraum beziehen (also das Funktionsniveau zum Zeitpunkt der Beurteilung), da der Skalenwert für das augenblickliche Funktionsniveau in der Regel den Bedarf an Behandlung und Fürsorge widerspiegelt. Um sicherzustellen, dass bei der GAF-Beurteilung kein Element der GAF-Skala übersehen wird, kann bei der Entscheidung nach folgender Methode vorgegangen werden:

**Schritt 1:** Beginnend beim höchsten Niveau ist bei jeder Abstufung zu fragen: „Ist entweder der Schweregrad der Symptome oder die Funktionsbeeinträchtigung niedriger als auf dieser Stufe beschrieben?“

**Schritt 2:** Die Skala ist nach unten weiterzuverfolgen, bis das Niveau erreicht wird, das am besten zum Schweregrad der Symptome oder zur Funktionsbeeinträchtigung passt, je nachdem welches von beiden niedriger ausgeprägt ist.

**Schritt 3:** Zum Vergleich ist das nächst niedrige Niveau zu betrachten, um zu verhindern, dass zu früh entschieden wurde. Dieses Niveau sollte sowohl für den Schweregrad der Symptome als auch für die Funktionsbeeinträchtigung zu niedrig sein. Ist dies der Fall, so hat man das passende GAF-Niveau erreicht (und fährt mit Schritt 4 fort). Ist dies nicht der Fall, sollte zu Schritt 2 zurückgegangen und die Skala weiter nach unten verfolgt werden.

**Schritt 4:** Um den spezifischen GAF-Wert innerhalb des ausgewählten Dezilbereichs festzulegen, ist zu erwägen, ob die Person hinsichtlich ihrer Funktionen am oberen oder unteren Rand des Dezilbereichs einzuordnen ist. Ein Beispiel wäre eine Person, die Stimmen hört, welche jedoch das Verhalten nicht beeinflussen (z. B. jemand mit seit langem bestehender Schizophrenie, der die Halluzinationen als Teil seiner Erkrankung akzeptiert). Wenn die Stimmen relativ selten auftreten (z. B. höchstens einmal wöchentlich), wäre ein Wert von 39 oder 40 angemessen. Im Gegensatz dazu wäre ein Wert von 31 oder 32 passend, wenn die Person fast ständig Stimmen hört.

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code	(Beachte: Benutze auch entsprechende Zwischenwerte, z. B. 45, 68, 72)
100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie ausser Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.
90-81	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
70-61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) <b>oder</b> einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60-51	Mässig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) <b>oder</b> mässig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
50-41	Ernste Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) <b>oder</b> eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde; Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) <b>oder</b> starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst <b>oder</b> ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken) <b>oder</b> Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20-11	Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) <b>oder</b> ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) <b>oder</b> grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (grösstenteils inkohärent oder stumm).
10- 1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltausübung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten <b>oder</b> ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
0	Unzureichende Informationen