

4. Methodik

In diesem Abschnitt werden zunächst die in dieser Studie angewandten Skalen und Instrumente vorgestellt, anschließend die der Arbeit zugrunde liegenden Hypothesen und deren Operationalisierung aufgezeigt.

4.1. Verwendete Instrumente

Zur Anwendung kamen zum einen traditionelle psychometrische Instrumente zur Veränderungsmessung nach nomothetischem Ansatz wie die weit verbreiteten Skalen GAF und CGI, zum anderen das Goal Attainment Scaling (GAS) als individualspezifischer, idiographischer Ansatz sowie die ebenfalls vielfach eingesetzte Prognoseskala nach Strauss & Carpenter. Darüber hinaus wurden mit dem Klientenbogen zur Behandlungsbewertung [KliBB, siehe 57, 91] Daten zur Patientenzufriedenheit erhoben; eine Darstellung von Methode und Ergebnissen zur Patientenzufriedenheit ist im Rahmen einer späteren Veröffentlichung geplant. Weitere Instrumente kamen in den Fragebögen zur peer review zum Einsatz, die von den Besuchern sowie den Mitgliedern der besuchten Teams auszufüllen waren. Sie werden aus Gründen der besseren Verständlichkeit den jeweiligen Abschnitten der Ergebnisauswertung vorangestellt (5.5., 5.6.1. und 5.8.).

4.1.1. Goal Attainment Scaling – GAS

Das Goal Attainment Scaling kann als das Kerninstrument dieser Arbeit gelten: Mit der Prognoseskala nach Strauss & Carpenter ist es das einzige psychometrische Instrument, das nur in der Experimentalgruppe eingesetzt wurde. Neben seiner Funktion als Messinstrument einer einzelfallbezogenen Therapiezielerreichung nimmt das GAS insofern eine Sonderstellung ein, als es in den wechselseitigen Verhandlungen der Therapieziele zwischen Therapeut und Klient auch eine therapeutische Intervention bedeutet. Solch ein „therapeutischer Effekt“ [vgl. 25, 95, 107] ist aus praktischer Sicht zwar zu begrüßen und mag für den Klienten sehr wertvoll sein, erschwert aber die Beantwortung psychometrisch-methodischer Fragestellungen [siehe Abschnitt 1.2., vgl. Roecken, 95].

Nach einem kurzen historischen Rückblick zur Entwicklung des GAS wird die Methode, wie sie in dieser Arbeit zur Anwendung kommt, anhand von Beispielen kurz dargestellt. Es folgen

Anmerkungen zur Psychometrie sowie eine Auflistung der wesentlichen Vorteile und Kritikpunkte der Methode. Die Einbettung des GAS in den Studienverlauf wurde bereits unter dem Abschnitt „Ablauf“ (3.2.) beschrieben.

Zum GAS liegen, besonders aus den USA, umfangreiche Arbeiten vor. Auf eine ausführliche Darstellung vielfältiger Modifizierungen des Verfahrens kann im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden, diesbezüglich sei der Verweis auf die weiterführende Literatur im Anhang erlaubt [z.B. 71, 95, 109].

Methodische Besonderheiten des GAS werden – soweit sie Fragestellungen dieser Arbeit betreffen – ausführlich in der Ergebnisauswertung diskutiert (Abschnitte 5.6.2.-3. und 5.7.4.).

4.1.1.1. Historischer Rückblick

Das Goal Attainment Skaling wurde als einzelfallbezogener zielorientierter Ansatz der Erfolgsmessung in den 60er Jahren in den USA entwickelt und erstmals 1968 von Kiresuk & Sherman [64] vorgestellt.

Während der sozialrefomerischen Ära von Kennedy und Johnson waren in den USA von staatlicher Seite erhebliche Mittel für psychische Gesundheit – insbesondere für die seit 1963 aufgebauten Community Mental Health Centers – ausgegeben worden. Dies führte in der Folge zunehmend zu öffentlichen Forderungen nach Effektivitätsnachweisen [nach Roecken, 95, siehe auch 1.1.1.3. und 1.1.2.].

Einer ähnlichen Situation also wie in Deutschland unter den verbesserten personellen Bedingungen durch den Erlass der Psych-PV 1991, konstatieren in diesem Zusammenhang Stieglitz und Haug [112].

Den Rufen nach Erfolgsnachweisen stand gleichzeitig ein eklatanter Mangel an zuverlässigen Meßmethoden gegenüber [vgl. 95]. Nach Lund und Kiresuk [82] gab es vor allem zwei Hauptrichtungen:

- Standardisierte Messungen wie Persönlichkeitsfragebögen, Symptom-Checklisten, Besserungsratings und Ratings zur Einschätzung der sozialen Anpassung
- Klient-Zufriedenheits-Messungen, zumeist in Form von auf das zu evaluierende Programm zugeschnittenen Fragebögen zur Erfassung der Klienten-Einstellung zum Programm

Die genannten Methoden wurden und werden wegen ihrer einfachen und ökonomischen Handhabung häufig angewandt, haben jedoch erhebliche Mängel aufzuweisen:

Bei den standardisierten Messungen werden unterschiedliche Klienten ungeachtet ihrer besonderen Problematik alle mit demselben Maß gemessen (siehe Abschnitt 1.1.) und bei den Zufriedenheits-Messungen muss von einer hohen interindividuellen Variation des subjektiven Anspruchsniveaus ausgegangen werden [Roecken, 95].

Das „Goal Attainment Modell“ versteht sich nach Suchman [1967, referiert in Roecken, 95] als eine grundlegende Evaluationsstrategie, in der die Erreichung von selbst gesetzten Zielen einer Einrichtung, als Erfolgskriterium gilt.

Dabei war Programmevaluation in ihrer ersten Phase fast ausschließlich auf die Organisationsebene konzentriert, Klienten-Erfolge wurden lediglich als Faktoren für den Erfolg von Programmen als Ganzes betrachtet. Erst später verschob sich das Gewicht in Richtung eines individualspezifischen Ansatzes.

Verschiedene bereits vorliegende Evaluationsansätze, theoretische Konzeptionen und früher erprobte zielorientierte Ansätze zur Messung des Therapieerfolges nahmen nicht unerheblichen Einfluss auf die Entwicklung des GAS [Näheres bei Kiresuk 1973, 65 und Kiresuk & Lund 1978, 67].

Seit den ersten Publikationen Ende der 60er Jahre erlebte dieses Evaluationsverfahren in den 70er Jahren besonders in den USA eine Verbreitung in hunderten von psychiatrischen Einrichtungen und Publikationen [vgl. Bolm, 9, Beidel et al., 4, Roecken, 95].

Im deutschsprachigen Raum hat sich der Ansatz weniger durchsetzen können, am wenigsten in der Psychiatrie [112]. Beispielhaft für Anwendungen des GAS als Messverfahren in der deutschen Psychiatrie seien genannt: Die Stuttgarter [Göllner, Volk & Ermann, 49] und Heidelberger [Kordy & Scheibler, 72 und 73, Kordy & Senf, 74 sowie Rad, Senf & Bräutigam, 93] Katamneseprojekte, die ergebnisorientierte Evaluation einer Schweizer Tagesklinik [Jost & Saameli, 60], die Studie zur Evaluation einer psychiatrischen Übergangseinrichtung von Roecken & Weis [96] sowie die Arbeiten von Bolm [9, 11], auf deren Erfahrungen die vorliegende Studie aufbaut.

Ein größerer Anwenderkreis wird in Deutschland auf dem Gebiet der Psychotherapie erreicht: So hat eine modifizierte Version des GAS Eingang in die Basisdokumentation Psychotherapie [Heuft & Senf, 56] gefunden. Besonders von Verhaltenstherapeuten wird häufiger auf das Verfahren zurückgegriffen, z.B. im Rahmen praktizierter Selbstmanagement-Therapie [z.B. Kanfer et al., 63]. In analytischer Orientierung sei die Göttinger Studie zur Evaluation ambulanter psychoanalytischer Therapie erwähnt [Leichsenring et al., 78].

4.1.1.2. Theoretisches Konzept und Darstellung der GAS-Methode

Das Erfolgskriterium einer Behandlung bzw. eines Programms ist beim GAS die Erreichung von zum Behandlungsbeginn oder zu einem späteren Zeitpunkt prospektiv festgelegter, einzelfallbezogener und relevanter Therapie- oder Arbeitsziele (siehe Kapitel 1.).

In der vorliegenden Studie wurden hierzu für jeden einzelnen Klienten 3-5 bedeutsame Problembereiche ausgewählt, in denen eine Änderung während der Therapie angestrebt wurde. Dabei konnte es sich sowohl um Verhaltensexzesse bzw. -defizite, soziale Bedingungen als auch Bereiche der Symptomebene handeln. Eine Liste möglicher Therapieziele, wie sie auch den Besuchern zur Information ausgehändigt worden war, findet sich in Abbildung 3.

LISTE MÖGLICHER BEHANDLUNGSZIELE ZUR AUFSTELLUNG EINER "GOAL-ATTAINMENT-SCALE"

Welche der folgenden Behandlungsergebnisse werden angestrebt? Bitte nur ca. 3-5 der wichtigsten Ergebnisse nennen, dabei jeweils das wahrscheinlichste Ergebnis sowie das möglicherweise schlechteste und das möglicherweise beste Ergebnis in überprüfbareren Worten skizzieren.

1. Selbständigkeit in lebenspraktischen Dingen anstelle der Abhängigkeit von anderen (z. B. Körperpflege, Kleidung, Wäsche, Gesundheitsverhalten bei körperlichen Krankheiten, Essen, Einkaufen, Umgang mit Ämtern, Benutzen von Verkehrsmitteln, Regelung der Schulden, Sicherung des Unterhalts, Einteilung des Geldes; im Wohnbereich: Finden einer Wohnung, Einrichten, Reparieren und Pflegen der Wohnung...).
2. Neuerwerb oder Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bildungs- und Freizeitbereich (z. B. Schulabschluss, Sprachkurs, Musikgruppe, Urlaub, Sport, andere Hobbys...).
3. Behandlung der Krankheitssymptome. Wird unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs die Verhütung einer Verschlimmerung angestrebt oder die Milderung einer chronischen Symptomatik oder die völlige Beseitigung der Symptomatik? Am Verlauf welcher speziellen Symptome, inklusive "Minussymptome", Suchtverhalten und Suizidalität kann man das erwünschte Behandlungsergebnis am besten festmachen?
4. Erwünschtes Ergebnis der beruflichen Wiedereingliederung (z. B. Herstellen oder Erhalten einer beruflichen Stellung bis hin zu arbeitsähnlichen unbezahlten Tätigkeiten, Arbeitserprobung, -vorbereitung, -training, Fort- und Weiterbildung, Abwendung einer evtl. Kündigung, Arbeitsplatzwechsel, Verbesserung von Leistung und Pünktlichkeit, Steigerung der Arbeitsmotivation, Anpassung zu großen Ehrgeizes an die Fähigkeiten des Patienten ...).
5. Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen (z. B. der Durchsetzungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit, des Konfliktlöseverhaltens, des Umgangs mit Nähe und Distanz, der Genussfähigkeit etc. im Zusammenleben mit Altfamilie, Neufamilie, Nachbarschaft, Freunden, Bekannten und im Arbeits- bzw. Schulbereich; Abbau von Spannungen, Herstellen und Halten von Kontakten...).
6. Verbesserung des Umgangs mit der Krankheit und Selbsthilfemöglichkeiten (z. B. Psychohygiene, Laien- und Betroffenenhilfe, Krankheit nicht mehr vor sich und anderen verleugnen, Selbstmedikation...).

Abb. 3: Liste möglicher Behandlungsziele. Quelle: Bolm 1998, unveröffentlichtes Projektmaterial.

In einem zweiten Schritt wurden nun die Zielerreichungskriterien dieser Problembereiche vom Rater aufgrund seiner klinischen Erfahrung und seines theoretischen Wissens in konkreten, beobachtbaren und überprüfaren Sachverhalten in einer fünfstufigen Skala ausformuliert. Dabei sollte ein einheitlicher Behandlungszeitraum von 3 Monaten bis zur Nachuntersuchung sowie die Ressourcen des Klienten und des Behandlungssettings berücksichtigt werden.

Den Nullpunkt jeder Skala bildet das wahrscheinlich erreichbare Therapieziel, davon ausgehend waren die übrigen Skalenwerte in der Spanne von „Ergebnis viel geringer als erwartet“ (-2) bis „Ergebnis viel besser als erwartet“ (+2) zu konstruieren.

Anhand ausgesuchter Beispiele in den Abbildungen 4-6 werden diese Sachverhalte veranschaulicht.

Code-Nr.: Datum:	Problem 1 Trauer über Verlust des Hauses	Problem 2 Wohnung	Problem 3 Arbeit	Problem 4 Krankheitseinsicht
Ergebnis viel geringer als erwartet -2	Prozesse, Eindringen ins Haus, Anmaßung von Eigentümern	Wohnarrangement platzt, Pat. muss vollstationär aufge- nommen werden	fliegt aus der Caf�bar (TK-interne Arbeits- therapie) wegen Diebstahls	Verleugnung nimmt zu
Ergebnis etwas geringer als erwartet -1			Caf�bar (TK-interne Arbeitstherapie) →	"Ich bin krank, will aber nicht hinsehen", lehnt Teilnahme an Psychosese Gruppe ab
erwartetes oder wahrscheinlichstes Ergebnis 0	kein stabiler Verzicht, erkennt den Verlust des Hauses im Augen- blick an, lässt Gespräche darüber zu → X	Wohnung gehalten trotz zunehmender Schwierigkeiten	Betriebspraktikum im Büro geplant und Vorkontakte erfolgreich	lässt vereinzelt Informationen über Krankheit zu → X
Ergebnis etwas besser als erwartet +1		hält die Wohnung mit Schwierigkeiten (Diebstahl), "opfert" sich als Putzfrau →		
Ergebnis viel besser als erwartet +2	stabiler Verzicht aufs das Haus	punktuell besseres Einwohnen, kann eigene Wünsche adäquater gegenüber der Mitbewohnerin äußern oder findet andere Wohnung für betreutes Einzelwohnen X	erste Bew�ahrung im Büro X	Rückbesinnung auf Krankheits- geschichte

Abb. 4: Beispiel für einen individuellen Therapieplan mit GAS

Der Ausgangszustand (U1) wurde mittels einer Markierung (→) festgelegt. Zum Ende des Beobachtungszeitraums bzw. zum Entlassungszeitpunkt (U2) sollte mittels einer anderen Markierung (X) beschrieben werden, welcher Zustand erreicht wurde.

Code-Nr.: Datum:	Problem 1 Umgang mit Drogen	Problem 2 soziales Umfeld	Problem 3 Tagesstruktur	Problem 4 Wohnsituation	Problem 5 Compliance (Medikation)
Ergebnis viel geringer als Erwartet -2	weitere Zunahme der Drogenmenge	nutzt soziales Umfeld für eigene Vorteile aus	kann sich den Tag ohne Hilfe nicht einteilen	lebt im Heim für psychisch Kranke	lehnt jegliche medikamentöse Behandlung ab
Ergebnis etwas geringer als Erwartet -1	denkt über Drogenkonsum nach →	schiebt Verantwortung auf Behandler und Familie → X	über tagesklin. Behandlung gute Einbindung möglich →	Aufnahme in TWG nicht mehr möglich	
erwartetes oder wahrschein- lichstes Ergebnis 0	Stellt sich einmal in Suchtberatung vor	delegiert Verantwortung an Behandler	Ablehnung von Tagesstruktur über Begegnungs- stätte X	Betreutes Einzelwohnen (Betreuer, Einzelfallhelfer) → X	lässt sich auf Fluanxol einstellen → X
Ergebnis etwas besser als erwartet +1	Stellt sich mehrfach in Suchtberatung vor X	denkt über Eigen- verantwortung nach	mehrfache Teilnahme am Programm der Begegnungs- stätte	lebt selbständig mit Unterstützung vom Einzelfallhelfer	
Ergebnis viel besser als erwartet +2	begibt sich in Sucht- behandlung	kann in Teilbereich Verantwortung für sich übernehmen	Struktur über Arbeits- erprobung in Berlin	kommt ohne Einzelfallhelfer aus	erwägt Einstellung auf Clozapin

Code-Nr.: Datum:	Problem 1 Kontakt- und Gesprächsinteresse	Problem 2 Arbeit	Problem 3 Wohnung	Problem 4 Partnerschaft / sexuelle Problematik
Ergebnis viel geringer als erwartet -2	Mutistischer Rückzug	strebt Rente an	hat kein Interesse an eigener Wohnung	verleugnet Problematik
Ergebnis etwas geringer als erwartet -1	Gesprächsinteresse reduziert sich auf wenige vertraute Personen →	verliert Interesse an Arbeit	verliert Interesse an eigener Wohnung zunehmend	deutet Probleme an, bleibt im Gespräch verschlossen →
erwartetes oder wahrscheinlichstes Ergebnis 0	entwickelt Interesse für Kontakte zu anderen Personen	wartet noch ab → X	hat Interesse an eigener Wohnung, lebt weiter bei Eltern →	bringt Probleme ins Gespräch ein X
Ergebnis etwas besser als erwartet +1	nimmt Kontakt zu alten Bekannten auf X	erwägt therapeutischen Arbeitsversuch	erkundigt sich nach Wohnungen X	entwickelt eigenes Problemverständnis
Ergebnis viel besser als erwartet +2	schließt neue Bekanntschaften	führt therapeutischen Arbeitsversuch durch	bewirbt sich um eigene Wohnung	sucht nach angemessenen Lösungsschritten

Abb. 5 + 6: Beispiele für individuelle Therapiepläne mit GAS

4.1.1.3. Psychometrische Grundannahmen und Voraussetzungen

Die **Auswahl von Behandlungszielen** kann verglichen werden mit der Ziehung einer relevanten und repräsentativen Stichprobe aus dem Gesamt von Problemen des Klienten [Roecken, 95].

Bei der **Skalenkonstruktion** ist darauf zu achten,

- dass die Indikatoren – also die ausformulierten konkreten möglichen Ergebnisse – zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eine klare und eindeutige Entscheidung über Erreichung versus Nicht-Erreichung einer bestimmten Skalenstufe zulassen, d. h. messbar sind [vgl. 95, 112].
- dass die Abstände der einzelnen Skalenstufen möglichst eine Vergleichbarkeit auf Intervallskalenniveau erreichen. Es sollte also für einen Klienten in etwa genauso schwierig sein, vom Wert -1 nach 0 wie von +1 nach +2 zu kommen.

In der **Auswertung** kann der Zielerreichungsgrad anhand der Abweichung vom „erwarteten Ergebnis“ (Skalenwert 0) quantitativ bestimmt werden. In einem nächsten Schritt lässt sich durch Aufsummieren der Differenzbeträge zum Skalenwert 0 der einzelnen Skalen eines jeden Klienten ein Gesamtscore (GAS-Score) errechnen. Damit kann auf der Einzelfallebene eine Aussage über den Grad des Erfolges bzw. Misserfolges anhand des Erwartungswertes 0 gemacht werden. Die Berechnung der GAS-Scores ermöglicht schließlich auch die Durchführung interindividueller Vergleiche. [vgl. z.B. 95]

Anmerkung: Auf eine Gewichtung der einzelnen Zielbereiche nach ihrer relativen Bedeutsamkeit wie im „klassischen GAS“ [Kiresuk & Sherman 1968, 64] wurde aus Gründen der Praktikabilität, wegen fehlender Kriterien für die Beurteilung der „Wichtigkeit“ [Seaberg & Gillespie 1977, 101] und um statistische Probleme zu vermeiden [Smith & Cardillo 1979, Smith 1981, 107] in dieser Studie bewusst verzichtet [vgl. auch 9]. Ebenso wurde die von Sherman [106] beschriebene T-Transformation [siehe Roecken, 95] nicht durchgeführt, da sie nicht wie behauptet die statistischen Voraussetzungen für einen interindividuellen Vergleich verbessert [Bolm, 9].

4.1.1.4. Reliabilität und Validität des GAS

Reliabilität

Hinsichtlich der Auswahl relevanter Problembereiche weisen Reliabilitätsstudien auf eine maximal mittlere Interrater-Reliabilität hin [nach Stieglitz & Haug, 112, vgl. 95]. Smith [107] bezweifelt jedoch, dass unterschiedliche Zielkonzeptionen zweier Rater (Roecken spricht hier von der Interrater-Konsistenz) der Beweis für eine mangelnde Reliabilität des GAS sind.

Studien dagegen, die das Ausmaß der Übereinstimmung zweier Rater hinsichtlich zeitgleich aber separat durchgeführter Einstufungen auf den GAS-Skalen nach Behandlung zugrunde legen (Interrater-Äquivalenz nach Roecken), kommen überwiegend zu einer deutlich höheren Einschätzung der Reliabilität [siehe 25, 68, 107]: Roecken berichtet in seiner Übersichtsarbeit [95] von Interkorrelationen zwischen $r = .52$ und $r = .99$, Bolm fand eine Interkorrelation von $r = .60$ für voneinander unabhängige und parallel von zwei Ratern durchgeführte Beurteilungen des Behandlungsergebnisses (Interkorrelationen mit zwei getrennt entworfenen GAS-Skalenbögen fielen hier deutlich geringer aus).

Cytrynbaum et al. (1979) beurteilen die Reliabilität zurückhaltend bis kritisch und verweisen dabei besonders auf Unklarheiten hinsichtlich der Varianzanteile am GAS-Score (Ausmaß der Repräsentation von Klient, Interviewer oder Methodik) [25].

Smith (1981) dagegen beurteilt die Reliabilität des GAS-Score (im Sinne der Interrater-Äquivalenz) äußerst günstig („... and perhaps more reliable than any present method of outcome assessment utilizing clinical judgment.“), wenn die Interviews der Nacherhebung kompetent durchgeführt und (die Skalen der) Zielerreichungsbögen sorgsam konstruiert werden [107]. Mit Letzterem könnte Smith auf die Problematik der Operationalisierbarkeit verschiedener Arten von Zielbereichen angespielt haben (siehe Kritikpunkte).

Bei insgesamt uneinheitlichen Bewertungen zur Reliabilität des GAS soll hier nicht versäumt werden, darauf hinzuweisen, dass in den wenigsten der angeführten Literaturstellen von einem – wie in der vorliegenden Untersuchung durchgeführtem – GAS-Training ausgegangen werden kann. Kiresuk & Lund erwarteten, dass sich gerade durch ein solches Training die Genauigkeit des GAS erhöhen lässt [67].

Validität

Die inhaltliche Validität, also das Ausmaß der Repräsentation der im GAS abgebildeten für die klinische Problematik des Patienten relevanten Verhaltens- oder Eigenschaftsbereiche [vgl.

Sherman 1974, 106] sowie die Evidenz oder Augenscheinvalidität [Mauger et al. 1974 referiert in Roecken, 95] sind offensichtlich; (dies ist bei konventionellen Skalen wiederholt bezweifelt worden, da diese gegenüber den individuellen Problemen eines Patienten hochgradig abstrakt bleiben [Bolm, 9]). Dahingegen ist die Studienlage zu empirisch überprüfbaren Validitätsaspekten heterogen und z. T. widersprüchlich [9, 95]. Validierungsstudien erweisen sich als problematisch, da es kein allgemein akzeptiertes Referenzkriterium gibt.

Da die vorliegende Arbeit auch zu diesem Aspekt Stellung beziehen will, schien es sinnvoll die Problematik der Validität des GAS ausführlich und zusammen mit den eigenen Ergebnissen zu diskutieren (siehe Abschnitt 5.7.4.).

4.1.1.5. Vorteile, Besonderheiten, Kritik

Vorteile

- Beim GAS handelt es sich um einen einzelfallorientierten Ansatz, der schulenübergreifend akzeptiert werden kann, da er keiner speziellen ätiologischen Theorie verpflichtet ist [z.B. 71, 95, 112, 117].
- Es handelt sich um einen praxisorientierten Ansatz mit hoher Relevanz. Durch Rückmeldung über Veränderungen kann der Anwender sein therapeutisches Vorgehen reflektieren (höhere Transparenz) und ggf. modifizieren [112].
- Durch das Aufstellen eines Therapieplans mit konkreten Zielbereichen gemeinsam mit dem Patienten erhöht sich – im Sinne eines „Ziel-Tropismus“ nach Davis [27] die Wahrscheinlichkeit der Erreichung dieser Ziele. Solche förderlichen Effekte von Zielsetzung auf die Ausführungsleistung konnten in zahlreichen Studien bestätigt werden [vgl. 25, 95, 107, 109, siehe auch Abschnitt 1.2.].
- Hohe inhaltliche bzw. Augenschein-Validität des GAS im Vergleich zu konventionellen Skalen [vgl. Bolm, 9 und Roecken, 95]: Für viele, besonders chronisch kranke Patienten ist es oft die Verhütung einer weiteren Verschlechterung, die als Therapieziel angestrebt wird und Therapieerfolg bedeutet; ein solcher Therapieerfolg wird auf herkömmlichen Skalen (Nullresultat) nicht abgebildet (siehe Abschnitte 1.1. und 1.2.).
- Als individueller Erfolgsmaßstab entlastet das GAS in der Therapie im Vergleich mit herkömmlichen Erfolgsmessungen, bei denen chronisch Kranke an einer Norm geistiger Gesundheit beurteilt werden, die Therapeuten und dient damit deren Psychohygiene [nach Bolm, 9].

- Das GAS erlaubt quantitative wie qualitative Aussagen [112].
- Der Ansatz ist flexibel in der Anwendung und kann sowohl der Evaluation von einzelnen Therapien wie ganzen Programmen dienen [95, 112].

Nachteile und Kritikpunkte – Lösungsstrategien

- Ein erstes Problem kann sich in der Auswahl der Zielbereiche ergeben, da auf der einen Seite relevante Therapieziele gefordert werden, auf der anderen jedoch die Operationalisierbarkeit mit steigender Komplexität oft schwieriger wird, was nicht selten mit weniger eindeutig bestimmbar Ausformulierungen des erwarteten Verhalten oder Zustandes einhergeht. Dies kann wiederum eine Erschwerung in der Zuordnung durch den Follow-up-Rater bedeuten und so die Messgenauigkeit verringern [vgl. Seaberg & Gillespie 1977, 101, 95]. (siehe 4.1.1.4.)
- Mögliche technisch-formale Fehlerquellen bei der Skalenkonstruktion [siehe 95]: Neben der oben angesprochenen unzureichenden Quantifizier- oder Bestimmbarkeit können Mehrdimensionalität und mangelnde Trennschärfe von Skalen und Skalenstufen eine eindeutige Einstufung durch den Follow-up-Rater erschweren.

Im Ideal strebt die GAS-Skalenkonstruktion eine Vergleichbarkeit der Abstände der einzelnen Skalenstufen auf Intervallskalenniveau an. Auch wenn dies psychometrisch nicht erreichbar ist, wäre es Voraussetzung für eine genügende Skalenqualität und statistische Verwendbarkeit.

Wie auch bei anderen psychologischen Messungen werden beim GAS Daten auf Ordinalskalenniveau für mathematische Berechnungen verwendet, die grundsätzlich Intervallskalenniveau erfordern, was verschiedentlich kritisiert wurde [siehe 95].

Um formale Fehlerquellen zu reduzieren, war in dieser Studie eine externe Überprüfung der Skalenentwürfe und ggf. Änderung in Rücksprache mit dem Skalenkonstrukteur vorgesehen (siehe Ablauf 3.2.1.).

- Inhaltliche Fehlerquellen bei der Skalenkonstruktion: Bereits 1968 wiesen Kiresuk & Sherman auf den möglichen Einfluss persönlicher Werte- und Zielpräferenzen des Skalenkonstrukteurs auf den Zielfestlegungsprozess hin. Besonders wurde auf die Gefahr einer systematischen Verzerrung der Ergebnisse (siehe Abschnitte 5.6.2.-3.) bei einer generell „zu leichten“ bzw. „zu schweren“ Zielsetzung, also einem übermäßigem therapeutischen Optimismus respektive Pessimismus hingewiesen [vgl. 11, 55, 60, 64, 95]. Als Ansätze einer Reduzierung solcher Störfaktoren nennt Roecken [95] ein systematisches GAS-Training, eine Überprüfung der Therapieziele hinsichtlich Relevanz und Realismus durch Fachexperten

sowie Klient-Beteiligung und Zielsetzung im Team, wie sie in diesem Projekt zur Anwendung kamen (siehe Abschnitt 1.2.).

- Die Güte der Evaluation mit dem GAS ist somit direkt an die Genauigkeit der Prognose gebunden (siehe Abschnitte 5.6.2.-3. und 5.7.4.1.), was gegenüber normativen Verfahren eine zusätzliche Fehlerquelle bedeutet [vgl. 11, 55, 117].
- Durch die Berechnung des GAS-Score werden die unterschiedlichen inhaltlichen Ausprägungen der einzelnen Skalen eliminiert, woraus sich eine Reihe von methodologischen Problemen ergeben [nach 95, vgl. Kordy & Hannover, 71, Zitat Garwick 1975 in 101].
- Zu Methodenproblemen bei im Therapieverlauf notwendigen Zieländerungen und diesbezüglichen Präventivmaßnahmen siehe Roecken [95] und Jost & Saameli [60].
- Im Vergleich zu klassischen Ansätzen hoher Zeitaufwand [z.B. 9, 71, 95, 109, 117].
- Die durch die Anwendung des GAS entstehende Transparenz durch konkrete und überprüfbare Therapieziele und der bei manchen Therapeuten dadurch entstehende hohe Erfolgswang kann Ursache erheblicher Widerstände gegen die Einführung dieser Methode sein [vgl. 9, 95].

Fazit: Trotz einiger Schwierigkeiten, wie z.B. dem höheren Zeitaufwand und noch ungelöster methodischer Probleme, sollte das GAS [nach Stieglitz & Haug, 112] in Hinsicht auf seine Anwendung zur Qualitätssicherung stärker berücksichtigt und weiterentwickelt werden, wobei es jedoch nicht alternativ sondern – wie in der vorliegenden Studie – komplementär mit „klassischen“ nomothetischen Ansätzen eingesetzt werden sollte.

4.1.2. Clinical Global Impressions – CGI

Die CGI (siehe Abb. 7) ist ein weit verbreitetes globales Fremdbeurteilungsverfahren, bei dem der Rater ein integrales Urteil über die Merkmale Schweregrad der Erkrankung und Heilungsverlauf (sowie ggf. therapeutische Wirksamkeit) abgeben soll [siehe 114]. Dabei hat der Untersucher den Krankheitsgrad auf der Basis seiner gesamten Erfahrung mit dieser speziellen Patientengruppe – in unserem Fall Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis – festzustellen [19].

Für die Beurteilung muss ein klarer zeitlicher Bezugsrahmen definiert werden: In diesem Projekt bezog sich die Beurteilung für das erste Item (Schweregrad) auf den Untersuchungszeitpunkt (U1 bzw. U2), für das zweite Item (Zustandsänderung) sollte zum Zeitpunkt U2 die Zeitspanne seit Untersuchungsbeginn berücksichtigt werden.

Anleitung	
Beurteilen Sie den Schweregrad der Krankheit und die Zustandsänderung beim Patienten. Bitte kreuzen Sie bei den Fragen jeweils nur eine, d.h. die am ehesten zutreffende Ziffer an!	
Schweregrad der Krankheit - CGI und CGI 2a	Gesamtbewertung der Zustandsänderung - CGI
Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen.	Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand des Patienten mit dem zu Beginn der Studie, und geben Sie an, inwieweit sich das Krankheitsbild des Patienten geändert hat. Beurteilen Sie dabei die Zustandsänderung insgesamt, also nicht nur das Ergebnis der Medikamentenbehandlung. Diese Frage muss bei Erstbewertungen ausgeklammert werden, indem man die Rubrik 1 (= "nicht beurteilbar") ankreuzt.
Nicht beurteilbar	Nicht beurteilbar
Patient ist überhaupt nicht krank, sondern normal	Zustand ist sehr viel besser
Patient ist ein Grenzfall einer psychiatrischen Erkrankung	Zustand ist viel besser
Patient ist nur leicht krank	Zustand ist nur wenig besser
Patient ist mäßig krank	Zustand ist unverändert
Patient ist deutlich krank	Zustand ist etwas schlechter
Patient ist schwer krank	Zustand ist viel schlechter
Patient gehört zu den extrem schwer Kranken	Zustand ist sehr viel schlechter

Abb. 7: CGI-Skala

Bezugsquelle der *Clinical Global Impressions (CGI)*:
Testzentrale Göttingen, Robert-Bosch-Breite 25, 37079 Göttingen, Tel. (0551) 50-688-0,
Fax: (0551) 50-688-24.

Die CGI-Skala war im Rahmen der PRB Collaborative Schizophrenia Studies entwickelt worden, um eine Nutzen-Risiko-Bewertung bei der medikamentösen Behandlung psychisch Kranker vornehmen zu können [vgl. 19, 88]. Die Items zur therapeutischen Wirksamkeit von Arzneimitteln und unerwünschten Wirkungen kamen in der vorliegenden Studie nicht zur Anwendung und sind daher oben nicht abgebildet.

Die Skala zeichnet sich durch eine hohe Augenscheinvalidität und die Einfachheit in der Anwendung aus [vgl. 19].

In einer Untersuchung zu Demenzkranken fanden sich für die Skala Schweregrad Interrater-Reliabilitätskoeffizienten nach Pearson von .66 und für die Skala Zustandsänderung von .51 (bei 2 Ärzten). Die Retest-Reliabilität über einen Zeitraum von 8 Wochen ($n = 12$) lag für das erste Item bei .65 [26; weiterführende Literatur unter 19].

Nach Hautzinger [54] hat sich die CGI vor allem bei der Arzneimittelprüfung und Kombinationsstudien bewährt, der Einsatz bei rein psychotherapeutischen Fragestellungen müsse noch ergänzend überprüft werden.

Eine multizentrische Studie [Haro et al., 53] untersuchte eine Weiterentwicklung der CGI-Skala, die neben einer globalen Messung der Krankheitsschwere auch Positiv-, Negativ-, depressive und kognitive Symptome differenziert abbilden sollte, an 114 stationären (51) oder ambulanten (63) Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie (nach ICD-10 oder DMS-IV) hinsichtlich Kreuz-Validität, Interrater-Reliabilität und Sensitivität. Die Autoren attestierten der CGI-Skala gute psychometrische Eigenschaften: Die Skala sei valide und reliabel in der Evaluation von Schweregrad und Therapieeffekten bei schizophren Erkrankten.

Die CGI findet unter anderem Anwendung in der Basisdokumentation-Psychiatrie (BADO-DGPPN) [20].

[Zur methodischen Problematik siehe auch Stieglitz et al., 110, 115].

4.1.3. Global Assessment of Functioning – GAF

Bei der GAF-Skala (siehe Abb. 8) handelt es sich ebenso wie bei der CGI um ein etabliertes und verbreitetes globales Fremdbeurteilungsverfahren [vgl. 111, 114]. Auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit soll der Untersucher ein integrales Urteil zum Funktionsniveau der psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit abgeben; unberücksichtigt bleiben sollen Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund körperlicher (oder umgebungsbedingter) Einschränkungen.

Wie bei der CGI erfolgte die Beurteilung auf der GAF-Skala in diesem Projekt im zeitlichen Bezug auf die Untersuchungszeitpunkte U1 und U2. Es besteht jedoch generell die Möglichkeit, mit GAF auch andere Zeitabschnitte (z.B. das höchste Funktionsniveau über mindestens 2 Monate des letzten Jahres) zu beurteilen.

Anleitung	
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. 5, 68, 72))	
100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten, Schwierigkeiten im Leben scheinen nicht 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, Vertrieben, 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 und zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit), höchstens geringfügige 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) ODER 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) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
50-41	Ernstere Symptome (z.B. Suizidgedanken), schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine ernsthafte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40-31	Einige Beeinträchtigungen der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER 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 ODER eine starke Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken) ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den 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) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10-1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
0	Unzureichende Informationen

Abb. 8: GAF-Skala

Bezugsquelle der *Global Assessment of Functioning (GAF)*:

Testzentrale Göttingen, Robert-Bosch-Breite 25, 37079 Göttingen, Tel. (0551) 50-688-0, Fax: (0551) 50-688-24.

Die Beurteilung der gesamten psychischen Funktionen auf einer Skala von 0-100 war von Luborsky (1962) mit der Gesundheits-Krankheits-Skala operationalisiert worden [81]. Die Arbeitsgruppe um Spitzer entwickelte eine Revision der Gesundheits-Krankheits-Skala, die „Globale Beurteilungsskala“ (Global Assessment Scale, GAS) genannt wurde [35]. Eine modifizierte Version der GAS war im DSM-III-R als Global Assessment of Functioning (GAF) Scale enthalten.

Die GAF-Skala ist ein häufig in Studien als Ergebnismaß eingesetztes Verfahren und kann nach Laiteiter et al. [76] hinsichtlich Reliabilität und Validität als hinreichend evaluiert angesehen werden [vgl. 18]. Eine häufig genannte Kritik betrifft die Mitbewertung der Psychopathologie bei der Einschätzung des Funktionsniveaus [vgl. Coffey, Jones & Thornicroft 1996, 18 sowie Goldman, Skodol & Lave 1992 und Monroe & Steiner 1986, referiert in Laireiter et al., 76; zur methodischen Problematik siehe auch 77].

Die abgebildete Skala entspricht inhaltlich der Skala, mit der auf Achse V der DMS-IV [100] die Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus erfasst wird und findet ebenso wie die CGI-Skala Verwendung in der psychiatrischen Basisdokumentation [20].

4.1.4. Strauss & Carpenter – Prognostic Scale

In der klinischen Psychiatrie interessiert in besonderem Maße seit jeher die individuelle Prognose für den mittel- und langfristigen Verlauf. Von besonderer Bedeutung sind bei schizophrenen Erkrankungen die zukünftige soziale Anpassungsfähigkeit und Rückfallhäufigkeit im Hinblick auf die Planung der sozialen Wiedereingliederung sowie das frühzeitige Erkennen von leichteren psychischen Störungen als Vorboten schwerer und chronischer Erkrankungen zum Zwecke der Frühintervention [vgl. 83].

Es zeigte sich, dass das Behandlungsergebnis schizophrener Patienten ein komplexes Phänomen ist [vgl. 40, 41, 113, 116], diagnostische Einordnung allein – wie zu Beginn des Jahrhunderts von Kraepelin postuliert – oder einzelne Prognosevariablen erwiesen sich diesbezüglich in ihrem Vorhersagewert als nicht ausreichend aussagekräftig [vgl. 83, 85]. Dies führte zur Zusammenfassung der in prospektiven Verlaufsstudien identifizierten Prognosekriterien mittels eines Summenscores in Prognoseskalen, um so den prädiktiven Wert zu erhöhen.

Die Prognoseskala von Strauss & Carpenter (1974) ist die am häufigsten verwendete Skala, sie ist für Stichproben schizophrener Patienten mit variabler Dauer der Vorerkrankung entwickelt worden. Möller et al. (1986) und Gaebel und Pietzcker (1987) [referiert in Grabe & Maier, 50]

konnten für diese Skala die höchste prädiktive Validität ermitteln, auch die Testgüte (Reliabilität) ist demnach ausreichend durch empirische Untersuchungen belegt.

Die Prognoseskala nach Strauss & Carpenter beinhaltet 21 Einzelitems. In der vorliegenden Arbeit kommt eine gekürzte Version (siehe Abb. 9 a - c) nach Händel et al., 1996 [52] mit 12 durch eine Faktorenanalyse isolierten Einzelitems zur Anwendung; die von Händel empfohlene Aufteilung der Prognoseskala in die zwei Subskalen "Ausmaß der sozialen Anpassung in den letzten 12 Monaten vor Eintrittsuntersuchung" und "Ausmaß der Beeinträchtigung durch psychiatrische Symptome" unterblieb jedoch. Schon Möller et al. wiesen 1984 [85] auf die Möglichkeit hin, mit einer Reduktion der Skala auf die relevantesten Merkmale und diesbezüglicher Summenscorebildung ähnliche prognostische Resultate zu erreichen wie auf der Basis der Gesamtskala, machten jedoch gleichzeitig auf eine starke Stichprobenabhängigkeit der Einzelprädiktoren aufmerksam.

Die in dieser Studie eingesetzten Items wurden übersetzt aus Kokes et al., 1977 [69].

Instruktionen: Die Informationsquelle für jede Frage wird links von der Frage mit einem Buchstaben angegeben:	
S = Sozialanamnese, P = Psychiatrische Anamnese, B = Psychiatrische Befunderhebung	
I. Umfang nützlicher Arbeit im letzten Jahr	
"Arbeit" schließt bezahlte Arbeit, Studium, Hausarbeit ein, Zeit im Krankenhaus wird ausgeschlossen. Allerdings wird die Punktzahl nicht durch einen beliebigen Krankenhausaufenthalt im vergangenen Jahr gesenkt. Arbeit als Student während zweier Semester wird mit "4" eingestuft.	
S	"Angestellt" ganztags kontinuierlich 4
	"Angestellt" etwa während $\frac{3}{4}$ der Arbeitsstunden eines Jahres (z. B. Ganztagsstelle über 9 Mon.) 3
	"Angestellt" etwa während der Hälfte der Arbeitsstunden eines Jahres (z. B. kontinuierliche Halbtagsstelle oder 6 Mon. ganztags) 2
	"Angestellt" etwa während $\frac{1}{4}$ der Arbeitsstunden eines Jahres (z. B. halbtags für 6 Mon.) 1
	Keine nützliche Arbeit 0
II. Ganz überwiegende Qualität nützlicher Arbeit im letzten Jahr	
Diese Bewertung soll Alter, Bildung, Training und verfügbare Chancen berücksichtigen - aber <u>nicht</u> die Psychopathologie "herausrechnen" - sowie das Funktionieren bei der Arbeit in Bezug auf das Niveau an Komplexität und Kompetenz, deren Bewältigung man erwarten kann.	
S	Sehr kompetent 4
	Kompetent 3
	Mäßig kompetent 2
	Grenzwertig kompetent 1
	Inkompetent 0

Abb. 9a: Strauss & Carpenter – Prognoseskala, Item I und II

III. Häufigkeit überwiegender sozialer Beziehungen im letzten Jahr	
Treffen mit Freunden oder Unternehmungen in sozialen Gruppen, Kegeln, Vereinstreffen etc. Ausgeschlossen sind Verabredungen mit dem anderen Geschlecht oder soziale Aktivitäten nur mit dem Ehepartner.	
S,P	Treffen mit Freunden im Durchschnitt wenigstens einmal / Woche 4
	Treffen mit Freunden etwa einmal alle 14 Tage 3
	Treffen mit Freunden etwa einmal / Monat 2

	Einschließlich aller Bekanntschaften:
	Trifft keine Freunde, außer im Treppenhaus oder bei der Arbeit oder in der Schule 1
	Trifft sich überhaupt nicht und unter keinen Umständen mit Freunden 0
IV. Qualität der sozialen Beziehungen	
Wie war die häufigste Qualität der o. g. sozialen Beziehungen im vergangenen Jahr?	
S,P	Eine oder mehrere enge Beziehungen 4
	Eine oder mehrere ziemlich enge Beziehungen 3
	Eine oder mehrere mäßig enge Beziehungen 2
	Eine oder mehrere nur ziemlich oberflächliche Beziehungen 1
	Nur sehr oberflächliche Beziehungen (z. B. die einzige soziale Beziehung ist das Grüßen der Nachbarn) 0
V. Häufigste Art der heterosexuellen Beziehungen im letzten Jahr	
S	Verheiratet ohne Scheidung oder Trennung, oder regelmäßige Rendezvous 4
	Verheiratet mit Konflikten, die eine oder mehrere kurze Trennungen auslösen, oder gelegentliche Rendezvous 3
	Unverheiratet oder getrennt, Rendezvous nicht häufig 2
	Unverheiratet oder getrennt, Rendezvous selten 1
	Unverheiratet oder getrennt, keine Rendezvous 0
VI. Alter beim ersten Beginn irgendwelcher psychiatrischer Störungen	
P	Über 30 Jahre alt 4
	21 bis 30 Jahre alt 3
	16 bis 20 Jahre alt 2
	10 bis 15 Jahre alt 1
	Unter 10 Jahre alt 0
VII. Verhaltensauffälligkeiten nach dem 12. Lebensjahr	
Umfasst alle versuchten oder vollendeten Gewalttaten, Mord, Suizidversuche sowie Verurteilungen wegen eines Verbrechens, AUSGESCHLOSSEN sind Alkohol- oder Drogenabusus.	
P	Keine 4
	Ziemlich leere Vorgeschichte, z. B. ein bis zwei der o. g. Ereignisse 3
	Vorgeschichte mit einigen der o. g. Ereignisse, z. B. drei bis fünf 2
	Vorgeschichte mit ziemlich häufigen Ereignissen wie oben genannt, z. B. sechs bis neun 1
	Vorgeschichte mit häufigen Ereignissen wie oben genannt, z. B. über zehn .. 0

Abb. 9b: Strauss & Carpenter – Prognoseskala, Item III bis VII

VIII. Frühere psychiatrische Krankenhausaufenthalte		
oder intensive Beaufsichtigung durch die Familie, über das für Alter und Geschlecht übliche Maß hinaus.		
B,P	Niemals	4
	Bis zu 1 Monat	3
	1 bis 3 Monate	2
	Mehr als 3 Monate, weniger als 3 Jahre	1
	Insgesamt mehr als 3 Jahre	0
IX. Wie viel Zeit ist seit dem ersten Auftreten von Halluzinationen oder Wahnideen verstrichen?		
P	Keine solchen Symptome oder keine bis vor 1 Woche	4
	1 oder mehrere dieser Symptome zeigte sich vor zwischen 1 Woche und 6 Monaten	3
	Erstes Auftreten eines dieser Symptome vor über 6 Monaten, jedoch weniger als 2 Jahren	2
	Erstes Auftreten eines dieser Symptome vor 2 bis 5 Jahren	1
	1 oder mehrere dieser Symptome waren vor über 5 Jahren vorhanden	0
X. Längster Zeitabschnitt mit <u>schweren</u> psychiatrischen Problemen, die mehr oder weniger kontinuierlich andauerten (Auftreten mindestens einmal / Woche)		
P	0 bis 4 Wochen	4
	Mehr als 4 Wochen, weniger als 6 Monate	3
	6 Monate bis 1 Jahr	2
	Über 1 Jahr bis 2 Jahre	1
	Mehr als 2 Jahre	0
XI. Längster Zeitabschnitt mit <u>irgendwelchen</u> bedeutsamen (einschl. mittelschweren und schweren) psychiatrischen Symptomen, die mehr oder weniger kontinuierlich andauerten (Auftreten mindestens einmal / Woche)		
P	0 bis 4 Wochen	4
	Mehr als 4 Wochen, weniger als 6 Monate	3
	6 Monate bis 1 Jahr	2
	Über 1 Jahr bis 2 Jahre	1
	Mehr als 2 Jahre	0
XII. Wie erfüllt war das Leben ganz überwiegend im vergangenen Jahr?		
P,S	Sehr erfülltes Leben	4
	Erfülltes Leben	3
	Mäßig erfülltes Leben	2
	Ziemlich unerfülltes Leben	1
	Die Existenz erscheint als 'Dahinvegetieren'	0

Abb. 9c: Strauss & Carpenter – Prognoseskala, Item VIII bis XII

4.2. Annahmen, Hypothesen und Operationalisierung

Anmerkungen:

Der folgende Abschnitt soll einen kurzen Überblick über zentrale Fragestellungen und Anforderungen geben, denen sich das Projekt mit statistischen Methoden nähern will. Dabei unterscheidet die Überschrift ganz bewusst Annahmen von Hypothesen:

Nur für einige Untersuchungen waren geeignete und hinsichtlich Gütekriterien und statistischer Anwendbarkeit ausreichend überprüfte Instrumente vorhanden, teilweise waren neue Instrumente entwickelt worden.

Im Folgenden werden nur solche methodischen Ansätze mit dem Zusatz „Operationalisierung“ versehen, von denen nach Durchsicht der angegebenen Literatur erwartet werden kann, dass sie psychometrischen Gütekriterien genügen. Auf die besondere methodische Problematik des GAS sei hier noch einmal explizit hingewiesen (siehe Abschnitte 4.1.1. und 5.7.4.).

Dennoch werden auch die anderen Verfahren in der Auswertung statistischen Prozeduren unterzogen. Teilweise werden erste Analysen zur methodischen Güte gemacht, um so die Basis für eine weitere wissenschaftliche Überprüfung zu schaffen. Die so erzeugten Daten sollten aber zurückhaltend interpretiert und nicht als im statistischen Sinn beweiskräftig gewertet werden.

Mehrfach wird im Folgenden in Projekthälften unterschieden. Diese wurden so erzeugt, dass sich für alle einzelnen Fragestellungen zwei zahlenmäßig etwa gleichstarke Probandengruppen ergaben. Für die Zuordnung war dabei das Datum der Erstuntersuchung (U1) entscheidendes Kriterium.

-1- Die Aufenthaltsdauer wird durch das Projekt kürzer.

Operationalisierung: Vergleiche Experimentalgruppe / Kontrollgruppe sowie 1. und 2. Projekthälfte der Gesamtstichprobe hinsichtlich der Gesamtaufenthaltsdauer. (Abschnitt 5.3.)

-2- In der Experimentalgruppe kommt es zu weniger ungeplanten Entlassungen.

Operationalisierung: Vergleich Experimentalgruppe / Kontrollgruppe hinsichtlich ungeplanter Entlassungen im Beobachtungszeitraum. (Abschnitt 5.2.)

-3- Die Patienten der Experimentalgruppe werden zum Ende des Beobachtungszeitraums etwas gesünder.

Operationalisierung: Verlaufsentwicklung von CGI und GAF im Vergleich zur Kontrollgruppe. (Abschnitt 5.4.)

Folgende Betrachtungen beziehen sich lediglich auf die Experimentalgruppe:

-4- Im Verlauf des Projektes verbessern sich – in Einschätzung durch die Besucher – sowohl die Dokumentation von Therapiezielen und geplanter Therapiedauer als auch die Angemessenheit der geplanten Therapiedauer.

Auswertung drei entsprechender Items des Projektfragebogens für Besucher im Vergleich der Projekthälften: Gefragt wurde – vor der Konstruktion des GAS – ob und in welchem Umfang Therapieziele dokumentiert sind, ob sich Angaben zur geplanten Therapiedauer finden und inwieweit die geplante Therapiedauer dem Besucher angemessen erscheint. (Abschnitt 5.5.)

-5- Die Therapieziele werden im Verlauf des Projektes relevanter.

Auswertung eines entsprechenden Items des Projektfragebogens für Besucher im Vergleich der Projekthälften. Gefragt wurde, ob die – vor der Konstruktion des GAS – angegebenen Therapieziele von zutreffendem Gewicht sind. (Abschnitt 5.6.1)

-6- Die Therapieziele werden im Verlauf des Projektes realistischer.

Operationalisierung: Es werden für die Experimentalgruppe erste und zweite Projekthälfte dahingehend verglichen, ob der in der GAS-Skala definierte Wert 0 = „Ergebnis wie erwartet“ in der zweiten Projekthälfte eher erreicht wird. (Abschnitt 5.6.2.)

Darüber hinaus erfolgt im Vergleich der Projekthälften eine Auswertung der Einschätzungen der Besucher ob die – vor der Konstruktion des GAS – angegebenen Therapieziele realistisch sind. Auch hier sah der Projektfragebogen für Besucher ein entsprechendes Item vor. (Abschnitt 5.6.1)

-7- Die Einbeziehung von Patientenwünschen in die Therapiezielplanung wird durch das Projekt intensiver.

Auswertung eines entsprechenden Items des Projektfragebogens für Besucher im Vergleich der Projekthälften. Gefragt wurde – vor der Konstruktion des GAS – ob eine mögliche Übereinstimmung der Therapieziele zwischen Patient und Therapeut erreicht wird. (Abschnitt 5.6.1)

-8- Die Rückmeldungen der Besucher helfen dem behandelnden Team.

Auswertung von 6 Items und der freien Kommentare des Projektfragebogens für die besuchten Teams im Vergleich der Projekthälften. (Einzelheiten siehe Abschnitt 5.8.)

-9- Durch das Projekt werden die Sichtweisen aller Berufsgruppen in die Therapiezielplanung stärker einbezogen.

Auswertung je eines entsprechenden Items der Projektfragebögen für Besucher und für die besuchten Teams im Vergleich der Projekthälften. Gefragt wurde, ob nach der Beratung die Sichtweise anderer Berufsgruppen besser (als vorher) in die Therapieziele einfließen kann. (Abschnitt 5.8.)