

INSTITUTIONS-CODE:							
Berater(in) / Therapeut(in)-Code:							
Berater(in) / Therapeut(in)-Code:							
Fall-Kenn-Nummer:							

Grundmodul 7 Problembeschreibung durch Berater(in) / Therapeut(in)

Datum der Modulbearbeitung zu Beginn der Berat./Therapie
bzw. während einer bereits laufenden Berat./Therapie: _____

Datum der Modulbearbeitung zum Abschluß der Berat./Therapie: _____

1 Diagnose und Problembeschreibung

Diesem Fragebogen sind drei Listen beigefügt (⇒ GARF-Skala; ⇒ Diagnose-Kategorien nach ICD 10; ⇒ Problemliste).
Nehmen Sie bitte zuerst die ICD 10-Kategorien zur Hand.

1.1 ⇒ Wenn Sie mit den Krankenkassen abrechnen, geben Sie bitte die **Diagnose nach den ICD 10-Kategorien** für die Indexpatientin / den Indexpatienten bzw. die Indexpatienten / Indexpatientinnen an.

Bestimmen Sie mittels der beiliegenden Liste (ICD 10-Kategorien) die Diagnose, und tragen Sie die entsprechende Nummer ein. Sollten Sie für eine Person zwei oder mehr Diagnosen angeben, vermerken Sie bitte die Hauptdiagnose zuerst usw.

Diagnose nach den ICD 10-Kategorien: _____ für _____ (z.B. Partner(in), Kind 1,2 usw.)
 _____ für _____ (z.B. Partner(in), Kind 1,2 usw.)
 _____ für _____ (z.B. Partner(in), Kind 1,2 usw.)

Diesen Fragebogen bitte jetzt zu Beginn bzw. während
bearbeiten.

und dann noch einmal zum Abschluß der Beratung/Therapie

Zu Beginn bzw. während der Beratung / Therapie:
Bearbeiten Sie bitte nur die linke Seite der Bögen!

Zum Abschluß der Beratung / Therapie:
Bearbeiten Sie bitte nur die rechte Seite der Bögen!

1.2 ⇒ **GARF-Skala.** Wie schätzen Sie die generelle Funktionalität des Beziehungssystems ein? Bitte geben Sie einen Wert zwischen 0 - 100 an (s. hierzu Beilage GARF-Skala).

GARF-Wert: _____

GARF-Wert: _____

⇒ Beschreiben Sie nun bitte auf der folgenden Seite 2, welche, **gemeinsam mit dem Einzelnen / dem Paar / der Familie identifizierten Probleme**, in der **Beratung / Therapie verändert** werden sollen. Bitte ordnen Sie der jeweiligen Kurzformulierung des Problems die Nummer aus der **beigelegten Problemliste** zu. Es können bis zu fünf Probleme angegeben werden.

Zu Beginn bzw. während der Beratung / Therapie

1.3 Problembeschreibung
1.3.1
In der Beratung / Therapie soll(en) folgende(s) Problem(e) verändert werden.
 Das wichtigste hier bei 1 eintragen usw. Bitte genau benennen, bei **wem** das Problem besteht (z.B. Partner(in), Kind 1, 2..., Paar, Familie) und die **Problemnummer** aus der Problemliste übertragen.

In der Beratung / Therapie soll(en) folgende(s) Problem(e) verändert werden.	Das Problem besteht seit: (... Monaten / ... Jahren)	Beeinträchtigung durch das Problem: Kreuzen Sie bitte an: 0 : gar nicht 1: wenig 2 : mittel 3: sehr
1. Probl.nr.: _____ Bei wem: _____ Kurzform.: _____	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2. Probl.nr.: _____ Bei wem: _____ Kurzform.: _____	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3. Probl.nr.: _____ Bei wem: _____ Kurzform.: _____	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
4. Probl.nr.: _____ Bei wem: _____ Kurzform.: _____	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
5. Probl.nr.: _____ Bei wem: _____ Kurzform.: _____	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

Zum Abschluß der Beratung / Therapie

1.3 Problembeschreibung
1.3.1 Beschreiben Sie die Änderungen der anfangs genannten Probleme.
Bitte beziehen Sie sich auf die zu Beginn (siehe links) angegebenen Probleme.

Das Problem ist inzwischen: Kreuzen Sie bitte an: -2: viel schlechter -1: schlechter 0: unverändert 1: verbessert 2: wesentl. verbessert 3: gelöst	Beeinträchtigung durch das Problem jetzt : Kreuzen Sie bitte an: 0: gar nicht 1: wenig 2: mittel 3: sehr
1. <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2. <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3. <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
4. <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

5.

-2 -1 0 1 2 3 0 1 2 3

Zu Beginn bzw. während der Beratung / Therapie

1.3.2 Gibt es zusätzliche Probleme, welche nicht Gegenstand dieser Beratung / Therapie sein sollen?

Nein Ja, und zwar folgende(s)

Problem(e)

Bitte angeben bei **wem** (Partner(in) / Kind 1, 2, .../ Paar / Familie) und mit **Nummer aus der Problemliste** benennen.

1 _____

 2 _____

 3 _____

Beeinträchtigung

Kreuzen Sie bitte an:
 0: gar nicht 1: wenig
 2: mittel 3: sehr

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3

2 Konnte zusammen mit dem Paar / der Familie bereits eine systemische oder beziehungs-dynamische Sichtweise des Problems bzw. der Probleme erarbeitet werden?

Nein Ja

(Bitte Fokus formulieren)

Wenn bejaht, wurde mit dem Paar/der Familie vereinbart, diese in der Beratung / Therapie zu thematisieren?

Nein Ja

3 Indikationsentscheidung falls Beratung / Therapie vereinbart

Aufgrund welcher der nachfolgenden Indikationsentscheidung(en) halten Sie eine Beratung /Therapie für indiziert?

Mehrfachantworten möglich (bitte in den Klammern gewichten; 1 für das Wichtigste, usw.)

- () Die Symtome des IP sind Manifestationen von Familienproblemen / interpersonellen Schwierigkeiten / Systemdysfunktionalitäten.
- () Die / der IP ist Kind oder Jugendlicher - jünger als 18 Jahre. Die Unterstützung der Familie für Veränderungen im Verhalten, in den Beziehungen, im Leben des IP wird für notwendig erachtet.
- () Das Paar / die Familie / oder einzelne Mitglieder befinden/t sich in einer aktuellen Krise.

() Mehrere Systemmitglieder weisen Störungen auf bzw. berichten über Probleme. Statt Einzelgesprächen ist eine Behandlung des Paares / der Familie indiziert.
 () Diese Beratung / Therapie übernimmt Unterstützungsfunktion bei anderweitig durchgeführten Maßnahmen.

Zum Abschluß der Beratung / Therapie

1.3.2 Ist während der Beratung/Therap. ein neues Problem aufgetreten?

Nein, kein neues Problem.

Ja, und zwar folgende(s)

Problem(e)

Bitte angeben bei **wem** (Partner(in) / Kind 1, 2, ... Paar / Familie) und mit **Nummer aus der Problemliste** benennen.

1 _____

 2 _____

 3 _____

Beeinträchtigung

Kreuzen Sie bitte an:
 0: gar nicht 1: wenig
 2: mittel 3: sehr

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3

2 Falls zu Beginn noch keine systemische oder beziehungs-dynamische Sicht des Problems/ der Probleme bestand, konnte im weiteren Verlauf eine solche erzielt werden?

Nein Ja

(Bitte Fokus formulieren)

Falls ja, wann wurde eine Vereinbarung darüber in der Beratung / Therapie erzielt?

im ersten im zweiten im dritten im letzten Viertel der Beratung / Therapie.

3 Beratungs- / Therapieverlauf

3.1 Wie beurteilen Sie den Erfolg der Beratung / Therapie ?

Die Beratung / Therapie ist insgesamt gesehen:

erfolgreich. Kreuzen Sie bitte an:
 0 1 2 3 0: gar nicht 1: wenig 2: erfolgreich 3: sehr erfolgreich

Zu Beginn bzw. während der Beratung / Therapie

() Die Beratung / Therapie soll eine andere psychotherapeutische Hilfestellung bei einem einzelnen Mitglied vorbereiten.
 () Die Beratung / Therapie erfolgt nach einer anderen Hilfestellung bei einem Mitglied, die keine Veränderung brachte.
 () Das Paar / die Familie selbst definiert ihr Problem als Paar- / Familienproblem.
 () Die / der IP wünscht eine Beratung / Therapie zusammen mit dem Partner / der Familie.
 () _____

4 Beratungs-/Therapieverlauf

Was glauben Sie, wie erfolgreich diese Beratung / Therapie sein wird?
 Die Beratung / Therapie wird vermutlich:

erfolgreich. Kreuzen Sie bitte an:
 0 1 2 3 0: gar nicht 1: wenig 2: erfolgreich 3: sehr

5 Interesse an der Beratung / Therapie

Gibt es juristische Vorgaben / Auflagen, die zur Vorstellung in der Beratung / Therapie führten?

Ja Nein

An der Beratung / Therapie interessiert:

Kreuzen Sie bitte an:
 0: gar nicht 1: wenig
 2: interessiert 3: sehr interessiert

ist Partnerin/ Frau/ Mutter
 0 1 2 3

ist Partner/ Mann/ Vater
 0 1 2 3

ist Kind (Alter und Geschlecht angeben; Älteste(r) zuerst)

 0 1 2 3

 0 1 2 3

 0 1 2 3

 0 1 2 3

ist sonstige Person, _____
 0 1 2 3

und zwar:
 0 1 2 3

Außerdem möchte ich festhalten, dass...

Zum Abschluß der Beratung / Therapie

3.2 Welchen Anteil messen Sie der Beratung / Therapie an den Veränderungen bei?

Die Beratung / Therapie hat an den Veränderungen:

Anteil. Kreuzen Sie bitte an:
 0 1 2 3 0: keinen 1: wenig 2: erheblichen 3: alleinigen Anteil

3.3 Welche Gründe könnten außer der Beratung / Therapie an den Veränderungen beteiligt gewesen sein?

Günstig gewesen ist zudem:

Erschwerend kam hinzu:

3.4 Wenn Sie alles bedenken, wie zufrieden sind Sie selbst mit der Beratung / Therapie ?

zufrieden Kreuzen Sie bitte an:
 0 1 2 3 0: gar nicht 1: wenig 2: zufrieden 3: sehr zufrieden

4 Zum Abschluß der Beratung / Therapie

Die Fortsetzung dieser Beratung / Therapie wäre wünschenswert: Ja Nein

Die Fortsetzung einer anderen Beratung / Therapie wäre wünschenswert:

Nein Ja Falls bejaht, ist eine solche geplant und welche?

Was führte zum Abschluß?

Beratung / Therapie ist beendet, weil:

von dem Paar / der Familie / dem/r Klient(in)en gewünscht

von Berater(inne)n / Therapeut(inn)en festgelegt

<input type="checkbox"/> von allen Beteiligten gewünscht
<input type="checkbox"/> einzelne Personen nicht mehr interessiert sind
<input type="checkbox"/> Wohnortwechsel
<input type="checkbox"/> _____ (Sonstiges angeben.)
Außerdem möchte ich festhalten dass, ...