

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Förderkennzeichen:	01VSF19009
Akronym:	SAD-gB
Projekttitel:	Entwicklung und Validierung eines Selbstbeurteilungsbogens für Angst und Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung
Autorinnen und Autoren:	Anika Gabriel, Almut Helmes, Markus Antonius Wirtz, Jürgen Bengel
Förderzeitraum:	1. März 2020 bis 29. Februar 2024
Ansprechperson:	Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Universität Freiburg, Institut für Psychologie, 79085 Freiburg, bengel@psychologie.uni-freiburg.de, Tel.: 0761-2033046

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt SAD-gB wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF19009 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Angststörungen und Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung (SIE). In der Versorgungspraxis basiert die Diagnostik psychischer Störungen bei dieser Patient:innengruppe meist auf Fremdbeurteilungen. Gerade für Störungsbilder mit stark internalisierender Symptomatik sollten klinische Urteile jedoch Selbstauskünfte berücksichtigen. Ziel des vorliegenden Forschungsprojektes war es, (a) einen Selbstbeurteilungsbogen in Leichter Sprache zur Erfassung von Angst und Depression zu entwickeln und (b) an erwachsenen Menschen mit einer Lernbehinderung oder einer leichten bis mittelgradigen SIE ($35 < IQ \leq 84$), ihren Bezugspersonen sowie normintelligenten Personen zu validieren.

Methodik: Auf Basis der spezifischen Diagnosekriterien des Diagnostic Manual of Intellectual Disabilities 2 (DM - ID 2) wurde eine Prüfversion des Selbstbeurteilungsbogens (SAD - gB) mit 49 Items entwickelt. Nach Kontaktaufnahme mit $N = 233$ Einrichtungen kooperierten $N = 63$ Institutionen. $N = 286$ Proband:innen mit SIE nahmen gemeinsam mit ihren Bezugspersonen und - wo gegeben - ihren gesetzlichen Betreuer:innen an der Studie teil. Zusätzlich wurden $N = 50$ Patient:innen ohne SIE zur Fragebogenvalidierung eingeschlossen. Die faktorielle Struktur des Fragebogens wurde mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse für ordinale Daten (CFA, WLSMV-Schätzung) untersucht. Die interne Konsistenz der Skalen für Angst und Depression wurde mit dem Cronbach-Alpha- und dem McDonald's Omega-Koeffizienten in der Substichprobe von Proband:innen mit SIE berechnet, die Validität als Korrelationen zwischen den SAD - IE-Skalen zu Angst und Depression und den Angst- und Depressions-Skalen des Fremdbeurteilungsinstruments Mini PAS - ADD-Interview (Kriteriumsvalidität) sowie zwischen den SAD - IE-Skalen mit dem BAI / BDI - II (Konstruktvalidität) durchgeführt.

Ergebnisse: Ein zweifaktorielles Modell spiegelt die latente Struktur des Fragebogens sehr gut wider (CFI = .956; TLI = .954, RMSEA = .040, SRMR = .069). Der erste Faktor Depression wird durch 22 Items zuverlässig erfasst ($r(it,c) = .520-770$; $\alpha = .900$, $\omega = .901$). Der zweite Faktor Angst wird durch 17 Items zuverlässig erfasst ($r(it,c) = .504-796$; $\alpha = .895$, $\omega = .897$). 10 Items stellen Einzelaspekte psychischer Belastung dar und konnten keiner Skala zugeordnet werden. Korrelationen mit Werten der Fremdbeurteilung (PAS - ADD: Depression: $r = .468$, $p < .001$; Angststörung: $r = .305$, $p < .001$) und mit Werten einer Stichprobe ohne SIE (BDI: $r = .662$, $p < .001$; BAI: $r = .724$, $p < .001$) weisen auf eine gute Validität hin.

Diskussion: Der SAD - IE ist ein valider und reliabler Selbstauskunftsfragebogen zur Messung von Angst und Depression bei Menschen mit Lernbehinderung sowie einer leichten oder mittelgradigen SIE.

Schlagnote: Störung der Intelligenzentwicklung, Angststörungen, Depression, Selbstbeurteilungsbogen, Leichte Sprache

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	4
II	Abbildungsverzeichnis	4
III	Tabellenverzeichnis	4
1	Projektziele	5
2	Projektdurchführung	6
2.1	Projektbeteiligte	6
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts.....	6
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	7
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen	9
3	Methodik	10
3.1	Darstellung des Studiendesigns.....	10
3.2	Zielpopulation	10
3.3	Fallzahlplanung und Rekrutierung.....	11
3.4	Endpunkte: Darstellung, Operationalisierung und Erhebung	12
3.5	Auswertungsmethoden	17
3.6	Änderungen aufgrund der Corona-Pandemie	18
4	Projektergebnisse.....	19
5	Diskussion der Projektergebnisse	25
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	28
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	29
IV	Literaturverzeichnis.....	30
V	Anlagen.....	33

I Abkürzungsverzeichnis

BAI	Beck Angst-Inventar
BDI-II	Beck Depressions-Inventar Revision
CFA	Konfirmatorische Faktorenanalyse
DM-ID 2	Diagnostic Manual - Intellectual Disability 2
DGSGB	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
DRKS	Deutsches Register Klinische Studien
GAS-ID	Glasgow Anxiety Scale for People with an Intellectual Disability
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GDS-LD	Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability
IA	Innovationsausschuss
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IQ	Intelligenzquotient
LPK BW	Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Mini PAS-ADD	Mini Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities
SAD-gB	Selbstbeurteilungsbogen für Angst und Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung (Prüfversion des Fragebogens)
SAD-IE	Selbstbeurteilungsbogen für Angst und Depression bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung (Endversion des Fragebogens)
SIE	Störungen der Intelligenzentwicklung
WLSMV-Schätzer	Weighted Least Square and Mean Variance Adjusted Estimator

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Datenerhebung und Zuständigkeit	9
--	---

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Messinstrumente	15
Tabelle 2: Stichprobencharakteristika	20
Tabelle 3: Item-Häufigkeiten und Trennschärfe	23

1 Projektziele

Eine Störung der Intelligenzentwicklung oder Lernbehinderung findet sich bei etwa 1 % bis 3 % der Gesamtbevölkerung (Neuhäuser et al., 2013; Seidel, 2014). Die Befundlage zur Prävalenz verschiedener psychischer Störungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung (SIE) ist uneinheitlich: Während in manchen Studien die Prävalenzraten vergleichbar mit der Allgemeinbevölkerung sind (Neuhäuser et al., 2013), sprechen andere Studien für ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko bei Menschen mit SIE an einer psychischen Störung zu erkranken (Janßen, 2018; Lotz & Koch, 1994). Einigkeit besteht jedoch darin, dass der Zugang zur Versorgung für diese Personengruppe erschwert ist (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [DGPPN], 2009; Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2014; Kremitzl et al., 2018; Glasenapp et al., 2019). Angststörungen und Depressionen zählen zu den häufigsten Störungsbildern bei Menschen mit SIE (Cooper et al., 2007; Costello & Bouras, 2006). Sie bleiben trotz eines hohen Leidensdrucks bei den Betroffenen oftmals unentdeckt, da sie durch ein hohes Maß an internalisierender Symptomatik charakterisiert sind (Costello & Bouras, 2006; Hermans et al., 2013). Bei Störungsbildern mit internalisierender Symptomatik wird allgemein zur Verwendung von Selbstbeurteilungsinstrumenten als Teil der Diagnostik geraten (Moss et al., 1996). Dennoch basiert die Diagnostik bei Menschen mit SIE gegenwärtig zumeist ausschließlich auf Fremdbeurteilungen durch Bezugspersonen. Ein Grund hierfür ist das Fehlen von verfügbaren und hinreichend validierten Fragebögen zur Erfassung von Ängsten und Depression, die Betroffene mit einer Lernbehinderung oder einer leichten bis mittelgradigen SIE selbst oder mit geringfügiger Unterstützung ausfüllen können. Ziel des Projektes war daher die Entwicklung und Validierung eines „Selbstbeurteilungsbogen für Angst und Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung“ (Prüfversion: SAD - gB; Endversion: SAD - IE). Das Projekt soll die Diagnostik bei Menschen mit SIE und psychischen Belastungen sowie psychischen Störungen verbessern. Neben dem Erkennen der Störungen soll die Feststellung einer Behandlungsbedürftigkeit mit validierten Instrumenten ermöglicht werden. Damit sind auch eine Früherkennung und ein Einleiten von Maßnahmen zur Prävention von Chronifizierungen möglich. Das Assessment-Instrument soll als Selbstbeurteilungsbogen verfügbar sein, um eine weitgehende Selbstbestimmung in der Mitteilung von psychischen Belastungen und Symptomen zu ermöglichen; das Instrument soll jedoch auch gemeinsam mit Bezugspersonen ausgefüllt werden können. Insgesamt wird mit diesem Projekt die Teilhabe von Menschen mit SIE in der Prävention und Versorgung psychischer Störungen verbessert. Kurz- und langfristige Ziele sind:

- Bereitstellung eines validierten Instruments zur Erfassung von Depression und Angst
- Klärung der differenziellen Diagnostizierbarkeit von Depression und Angst auf Basis von Selbstauskünften (Konstruktvalidierung)
- Verbesserung der Versorgung (Früherkennung, Verhinderung von Chronifizierung als sekundäre Prävention, Zuweisung zur Versorgung)
- Verbesserung der diagnostischen Grundlagen bei Behandlungsentscheidungen
- Sensibilisierung des Versorgungssystems für psychische Störungen bei Menschen mit SIE

- Verbesserung der Forschungsmöglichkeiten, insbes. in der Verlaufserhebung und der Effektevaluation bei Therapiestudien und bei der Analyse störungsassoziierter Merkmale

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Bei dem Forschungsprojekt SAD - gB handelte es sich nicht um ein Forschungsprojekt mit Konsortialpartnern. Die Projektleitung hatte Jürgen Bengel von der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie, Arbeitsgruppe für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie. Beteiligt war die Pädagogische Hochschule Freiburg, Fachrichtung Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften (Prof. Dr. Markus Wirtz).

Die Datenerhebung erfolgte in Kooperation mit insgesamt 63 Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen für Menschen mit SIE in allen 16 deutschen Bundesländern. Mitarbeiter:innen der Einrichtungen, sogenannte Versuchsleiter:innen vor Ort, wurden geschult, um potentiell interessierte und für die Studie geeignete Personen mit SIE über das Projekt aufzuklären und bei Einwilligung zur Studienteilnahme den Austausch von Dokumenten und Terminen zur Fragebogenerhebung mit der Projektleitung zu koordinieren.

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Die Zielgruppe für den Selbstbeurteilungsbogen SAD - IE sind Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen SIE oder einer Lernbehinderung. Eine allgemeine Klassifikation von SIE kann nach dem Diagnostic Manual-Intellectual Disability 2 (DM - ID 2) anhand von drei Kriterien erfolgen: Ein Intelligenzquotient (IQ) von 70 oder niedriger (leichte - mittelgradige SIE $35 < IQ \leq 70$), Defizite in der adaptiven Funktionsfähigkeit sowie einem Beginn vor dem 18. Lebensjahr (Fletcher, et al., 2017). Bei Menschen mit einer Lernbehinderung beziehen sich die Defizite primär auf schulisch erworbene Fertigkeiten und der IQ liegt im Bereich zwischen 71 und 85 (Greving & Gröschke, 2000). Durch die beschriebenen Beeinträchtigungen und die damit assoziierten Folge-Einschränkungen treten bei Menschen mit SIE oder Lernbehinderung vermehrt Vulnerabilitäten bei begrenzten Ressourcen auf und für die Entwicklung psychischer Störungen besteht ein erhöhtes Risiko (Janßen, 2018). Angststörungen und Depressionen gehören dabei zu den häufigsten Störungsbildern.

Je ausgeprägter die SIE und je niedriger die sozio-emotionale Entwicklungsstufe der Betroffenen ist, desto größer sind in der Regel die Herausforderungen im diagnostischen Prozess. Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit, eine unzureichende Introspektionsfähigkeit und Verständnisschwierigkeiten auf Seiten der Patient:innen werden dabei als die zentralen Barrieren betrachtet (Schmidt & Meir, 2014). Entsprechend hat sich ein Rückgriff auf Fremdbeurteilungen als Standardvorgehen etabliert. Insbesondere bei stark internalisierenden Störungsbildern entziehen sich zentrale Symptome jedoch oft der unmittelbaren Beobachtung und sollte durch Selbstauskünfte ergänzt werden. Das im Rahmen des Projektes entwickelte Instrument sollte daher von der Zielgruppe selbstständig oder assistiert durch eine Bezugsperson ausgefüllt werden können. Insgesamt wird mit

diesem Projekt die Teilhabe von Menschen mit SIE in der Prävention und Versorgung psychischer Störungen verbessert und stellt damit auch einen Beitrag zu Empowerment und Partizipation einer benachteiligten Personengruppe im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dar.

Das Projekt konzentrierte sich auf die Erstellung von diagnostischen Skalen für Depression und Angst in einem Fragebogen, da diese Störungen weit verbreitet und als Komorbiditäten vieler anderer psychischer Störungen bedeutsam sind. Darüber hinaus kann ein solches Instrument jedoch auch zum Screening auf psychische Belastungen und Symptome beitragen, die mit psychischen Störungen generell assoziiert sind.

Bei der Konstruktion des SAD - IE wurde darauf geachtet, dass sowohl die Assistenz bei der Fragebogenbearbeitung als auch die Auswertung keine besonderen diagnostischen Vorkenntnisse oder Qualifikationen voraussetzen, so dass neben medizinischem und psychologischem Fachpersonal auch Betreuungspersonen wie z.B. Sonderpädagog:innen ein Screening durchführen und im Verdachtsfall eine fachliche Abklärung einleiten können.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Die erste Projektphase beschreibt die kriteriengeleitete Entwicklung einer Prüfversion des Screeningfragebogens (SAD - gB). Er wurde in der zweiten Projektphase an N = 286 Erwachsenen mit SIE aus kooperierenden Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen in ganz Deutschland geprüft (Querschnittsstudie).

Noch vor Projektbeginn wurden Datenschutz- und Ethikvoten eingeholt. Hierzu wurden alle teilnehmerbezogenen Materialien in Leichte Sprache übersetzt, mit Bildern zur unterstützten Kommunikation ergänzt und durch ein Büro für Leichte Sprache geprüft. Die Studie wurde im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) registriert [DRKS00 023728].

Ursprünglich war die Projektlaufzeit von März 2020 - Ende Februar 2023 geplant. Der Ausbruch der Covid-19-Pandemie machte insbesondere im Hinblick auf die Erhebungen an den Proband:innen mit SIE zeitliche Anpassungen notwendig, um die Projektziele weiterhin erreichen zu können. Im Folgenden sind die tatsächlichen Projektabläufe dargestellt. Unter dem Abschnitt 3 wird genauer auf die methodischen Implikationen und Ausgleichsmaßnahmen aufgrund der Covid-19-Pandemie eingegangen. Es ergaben sich keine Änderungen an den grundlegenden Projektstrukturen oder dem Konzept des Fragebogens.

Zu Projektbeginn hat sich die Mitarbeiter:innengewinnung verzögert. So konnte die Einstellung der Hauptmitarbeiterin im Projekt erst zwei Monate später als geplant erfolgen (Mai 2020 statt März 2020). Die personalbedingte Verzögerung zu Projektbeginn konnte durch die Einstellung einer zusätzlichen Mitarbeiterin mit einem geringen Stellenanteil abgemildert werden. Zu Beginn des Projekts wurde von Mai 2020 bis August 2020 eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt, ein Itempool wurde erstellt und die notwendige Vernetzungsarbeit geleistet. Daran schlossen sich die Reduktion des Itempools sowie die Ausgestaltung der Prüfversion des Fragebogens (Formulierung von Instruktionen und Items in Leichter Sprache, Entwicklung eines für Menschen mit SIE kompatiblen Antwortformats, Bebilderung mit Bildern zur unterstützten Kommunikation, Layout) in einem iterativen Prozess mit Experten-Panels und Büros für Leichte Sprache an (methodische Beschreibung siehe 3.).

Parallel fand die Prüfung des Datenschutzkonzepts statt, welche sich als deutlich zeitintensiver als erwartet erwies: Der Schutz der vulnerablen Zielgruppe des Projekts (Erhebung personen- und gesundheitsbezogener Daten bei Menschen mit SIE sowie komorbiden psychischen Störungen, i.d.R. eingeschränkte juristische Mündigkeit mit eingesetzten Betreuer:innen im Bereich Gesundheitssorge) erforderte ausführliche Erörterungen mit juristischen und administrativen Expert:innen und eine zusätzliche Datenschutz-Folgeabschätzung. Durch die Vielzahl der im Erhebungsprozess beteiligten Personengruppen (Projektmitarbeiter:innen, Versuchsleiter:innen der Kooperationseinrichtungen, Proband:innen mit SIE mit und ohne komorbiden psychischen Störungen, Proband:innen ohne SIE mit psychischen Störungen, Bezugspersonen der Proband:innen mit SIE, gesetzliche Betreuer:innen in Gesundheitssorge der Proband:innen mit SIE) gestaltete sich die Prüfung der Dokumente zur Information, Einwilligung und Schweigepflicht als ein komplexer und aufwendiger Prozess. Zudem kam es immer wieder zu Pausen im Prüfprozess des Projektes, da die Bearbeitung von Studien im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie vorgezogen wurden. Dadurch verzögerte sich die Erteilung des Ethikvotums. Ohne das Vorliegen eines positiven Ethikvotums konnte jedoch weder die Registrierung der Studie im DRKS abgeschlossen, noch mit den Erhebungen an den Proband:innen begonnen werden. Die Zeit wurde genutzt um den Erhebungsprozess zu bahnen. Mit einem positiven Ethikvotum und einem ersten Entwurf der Prüfversion des SAD - gB wurden Kognitive Interviews mit der Think-aloud-Technik an N = 5 Proband:innen mit SIE durchgeführt. Deren Rückmeldungen wurden eingearbeitet und anschließend eine Pilotierung des modifizierten Bogens an weiteren N = 6 Proband:innen mit SIE durchgeführt. Die Vorlage der pilotierten Prüfversion des SAD - gB erfolgte schließlich im August 2021. Das Training der Interviewer:innen in Vorbereitung auf die Erhebungsphase fand im September 2021 statt.

Die pandemiebedingten Mehrbelastungen führten dazu, dass Kooperationseinrichtungen nur wenige Ressourcen für die Unterstützung des Forschungsprojekts zur Verfügung stellen konnten. Infolgedessen musste der ursprüngliche Zeitplan mehrfach korrigiert werden, sodass die Erhebungsphase erst im Oktober 2021 beginnen konnte. Da sich bereits zu diesem Zeitpunkt abzeichnete, dass die Erhebungen nicht innerhalb der geplanten Projektlaufzeit abgeschlossen werden können, wurde eine Laufzeitverlängerung um zwölf Monate mit zusätzlicher finanzieller Aufstockung beantragt. Nach deren Bewilligung konnten die Erhebungen im Oktober 2023 erfolgreich abgeschlossen werden (vgl. 3.). Die Proband:innen ohne SIE in den institutsinternen Ambulanzen der Universität Freiburg konnten rasch rekrutiert werden. Die Erhebungsrate der Proband:innen mit SIE steigerte sich mit zeitlicher Distanz zum Pandemie-Geschehen. Parallel zur Rekrutierung und Datenerhebung fand die Dateneingabe und -prüfung statt, so dass im Oktober 2023 mit der letzten Datenerhebung ein fertiger Rohdatensatz im Statistikprogramm SPSS vorlag. Darüber hinaus wurde bereits ab März 2023 die Syntax für die umfangreichen statistischen Datenanalysen geschrieben. Die Datenauswertung konnte im Januar 2024 abgeschlossen werden. Bis zum offiziellen Projektende am 29.02.2024 wurden die Ergebnisse zusammengefasst. Im Juni 2025 erfolgte die Publikation zur strukturellen Analyse des Fragebogens (Gabriel et al., 2025), ein weiteres Manuskript befindet sich in Vorbereitung. Dem Fachpublikum wurden Ergebnisse und Projekthinhalte im Projektzeitraum auf drei Kongressen präsentiert (1. Deutscher Psychotherapie Kongress 2022 Berlin, EAMHID-Kongress 2023 Helsinki, 3. Deutscher Psychotherapie Kongress 2024 Berlin).

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Zuständigkeiten im Erhebungsprozess der Validierungsstudie. Es wird zudem die typische Reihenfolge der Erhebungsschritte (1 bis 4) pro Proband:in mit SIE dargestellt. Bei Proband:innen ohne SIE erfolgt die Erhebung in einem einzigen Schritt. Insgesamt ist zu beachten, dass es sich um eine Querschnittsstudie handelt.

	Kooperationspartner	Studienzentrum Freiburg
Proband mit SIE	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 1: Kontaktaufnahme / Rekrutierung von Proband mit SIE und dessen Bezugsperson </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 2: Einholen des informed consent von Proband mit SIE (+ ggf. gesetzlicher Betreuer) + Bezugsperson </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 3: Termin Datenerhebung mit Proband mit SIE: <ul style="list-style-type: none"> • Basisdokumentation • SAD - gB </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 100px;"> 4: Termin Datenerhebung mit Bezugsperson, telefonisch: <ul style="list-style-type: none"> • Mini PAS - ADD Interview </div>
Proband ohne SIE		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Datenerhebung im Rahmen der Eingangsdiagnostik der psychotherapeutischen Hochschulambulanz: <ul style="list-style-type: none"> • Informed consent • Basisdokumentation • BAI • BDI-II • SAD-gB </div>

Abbildung 1: Datenerhebung und Zuständigkeit

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

In der Validierungsstudie zeigte sich eine gute Anwendbarkeit der Prüfversion des SAD - gB. Der SAD - gB bzw. SAD - IE ist ein paper-pencil-Fragebogen, dessen Durchführung keine weiteren Materialien erfordert. Die Bilder zur unterstützten Kommunikation sind so gestaltet, dass sie auch im Schwarz-Weiß-Druck gut erkennbar sind. Es bedarf keiner besonderen diagnostischen Vorkenntnisse oder Schulungen, um der ausfüllenden Person mit SIE zu assistieren. Es zeigte sich, dass die Bereitstellung einiger schriftlichen Hinweise zu Unterstützungs- und Anpassungsmöglichkeiten bei möglichst geringer Einflussnahme auf das Antwortverhalten für die Assistenzpersonen als ausreichend eingestuft wurde. Dies ergibt sich aus der hohen Datenqualität und dem Durchführungsprotokoll, welches von den Assistenzpersonen im Anschluss an die Fragebogenerhebung mit den Proband:innen mit SIE ausgefüllt wurde. Insgesamt wurde neben einer guten Durchführbarkeit auch eine hohe subjektive Nützlichkeit von den Assistenzpersonen bestätigt. Oftmals wurde davon berichtet, dass Personen, die selten zu spontanem Rapport neigen, sehr differenziert auf die Items antworteten. Hinzu kam, dass das Ausfüllen des Selbstbeurteilungsbogens von den wenigsten

Betroffenen als belastend empfunden wurde, sondern vielmehr als wertvolle Zeit ungeteilter Aufmerksamkeit, in der sie die Möglichkeit hatten, ihre eigenen Gedanken und Gefühle in den Mittelpunkt zu stellen.

Es ist davon auszugehen, dass sich die positiven Implementierungserfahrungen auch auf die Anwendung des SAD - IE außerhalb des Studienkontextes übertragen lassen, da die Datenerhebung unter weitgehend naturalistischen Bedingungen stattfand. Sowohl die Proband:innen mit SIE als auch die Assistenzpersonen gehörten der Zielgruppe der Anwender:innen an. So wiesen die Proband:innen eine Lernbehinderung oder eine leichte bis mittelgradige SIE auf. Durch die Rekrutierung in klinischen sowie nicht-klinischen Settings handelt es sich um eine gemischte Stichprobe mit psychisch unauffälligen Proband:innen sowie Proband:innen mit diversen komorbiden Belastungen und Störungen. Ein breiter Altersrange von 18- 77 Jahren konnte abgebildet werden, Männer und Frauen mit SIE waren vergleichbar häufig vertreten (n = 130 weiblich, n = 125 männlich), eine Person identifizierte sich als non-binary. Die Assistenzpersonen hatten deutlich unterschiedliche Grade an Vorerfahrung mit der Nutzung diagnostischer Instrumente und deckten ein breites Spektrum an Professionen und Beziehungen zu den Proband:innen mit SIE ab (u.a. Werkstättenmitarbeiter:innen, heilerziehungspflegerische Bezugsbetreuer:innen, Psychologische Psychotherapeut:innen, Ärzt:innen, Angehörige). In der Regel fanden die Erhebungen in den bekannten Arbeits- und Wohnumgebungen der Proband:innen statt, gelegentlich auch in Praxen und anderen institutionellen Räumlichkeiten. Die schriftlichen Hinweise zu Unterstützungsmöglichkeiten bei möglichst geringer Einflussnahme auf das Antwortverhalten, die die Assistenzpersonen für die Durchführung im Studiensetting erhalten haben, werden mit der Endversion des Fragebogens bereitgestellt.

3 Methodik

3.1 Darstellung des Studiendesigns

Beim Projekt SAD - gB handelte es sich um eine Querschnittsstudie zur Entwicklung und Validierung eines Selbstbeurteilungsfragebogens für Angst und Depression.

3.2 Zielpopulation

Die Zielpopulation waren Erwachsene mit einer Lernbehinderung oder einer leichten bis mittelgradigen SIE ($35 \leq IQ \leq 84$). Für diese Proband:innen galten als Einschlusskriterien das Vorliegen ausreichender Deutschkenntnisse und ausreichender verbaler Fähigkeiten für die Bearbeitung von Fragen in Leichter Sprache sowie die Teilnahmebereitschaft einer Bezugsperson, die die Person mit SIE seit mindestens sechs Monaten kannte und in regelmäßigem Austausch mit ihr stand. Als Ausschlusskriterien galten das Vorliegen einer bekannten psychotischen Symptomatik oder einer Substanzabhängigkeit mit aktuell bestehendem Konsumverhalten (ausgenommen Tabak). Für die Entscheidung, ob ein Proband oder eine Probandin das Einschlusskriterium Lernbehinderung oder leichte bis mittelgradige SIE ($35 \leq IQ \leq 84$) erfüllt, galt einerseits der klinische Eindruck des Versuchsleiters vor Ort und andererseits die Einschätzung der Bezugsperson im Beurteilungsbogen Schweregrad

Intelligenzminderung (Koch et al., 2017). In einer früheren Studie der Arbeitsgruppe zeigte sich, dass eine psychometrische Intelligenzdiagnostik einen weitreichenden Eingriff in die Privatsphäre der Proband:innen bedeutet und ethisch kritisch einzustufen ist (Müller et al., 2019). Die Entscheidung, ob bei einer Person mit SIE ein Intelligenztest durchgeführt wird oder nicht, sollte nicht im Rahmen einer Studienteilnahme entschieden werden. Hinzu kamen der zeitliche Aufwand und die mangelnde Standardisierung als limitierende Faktoren. In vielen vergleichbaren Studien wird ebenfalls auf die Ermittlung des Intelligenzniveaus mittels psychometrischer Intelligenztestung verzichtet und es wird das klinische Urteil oder Angaben aus Patientenakten verwendet, um den Schweregrad zu bestimmen (Hamers et al., 2019; Hermans et al., 2013). Zusätzlich zu den Proband:innen mit SIE wurde eine Gruppe von Proband:innen ohne SIE, aber mit aktuell vorliegender psychischer Störung benötigt. Die Proband:innen mussten ebenfalls volljährig sein, über ausreichend Deutschkenntnisse für die Fragebogenbearbeitung verfügen und durften weder unter einer bekannten psychotischen Symptomatik oder einer Substanzabhängigkeit mit gegenwärtigem Konsumverhalten (ausgenommen Tabak) leiden.

3.3 Fallzahlplanung und Rekrutierung

Die Phase der Datenerhebung war geplant für den Zeitraum März 2021 – Juli 2022. Zur validen Anwendung der konfirmatorischen Faktorenanalyse (CFA) wurde vor Projektbeginn eine Stichprobengröße von $N = 300$ Personen angesetzt. Diese Stichprobengröße sollte bei Anwendung des Weighted-Least-Square-and-Variiances-Algorithmus (WLSMV) eine verlässliche Bestimmung der Modellparameter und der globalen und lokalen Modellgütemaße gewährleisten. Dabei wurde von einer non-response-Rate von 10 % und zusätzlich von 5 % nicht auswertbaren Datensätzen ausgegangen, was zu einem geplanten Einschluss von $N = 345$ Studienteilnehmer:innen führte. Die tatsächlich Drop-out-Rate lag bei 12,8 % und resultierte in einer endgültigen Stichprobe von $N = 286$ Teilnehmer:innen mit SIE. Elf weitere Personen mit SIE wurden für den vorgeschalteten Prozess der Fragebogenentwicklung (Kognitive Interviews: $N = 5$; Pilotierung: $N = 6$) untersucht. Aufbauend auf den Ergebnissen projektinterner unveröffentlichter Vorstudien und der durchgeführten Stichprobenumfangsplanung, konnte bei einer Pearson Korrelation von $r = 0.74$, einer statistischen Power von 0.9 und einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0.05$ davon ausgegangen werden, dass eine Stichprobengröße von mindestens $N = 15$ in der Subgruppe der Proband:innen ohne SIE zur Prüfung der konvergenten Validität notwendig sein würde (Faul et al., 2009).

Die Rekrutierung von Proband:innen mit SIE erwies sich erwartungsgemäß als aufwändig. Menschen mit SIE leben in der Regel in einem Betreuungssystem und verschiedene (Bezugs-) Personen sind bei der Entscheidung zur Studienteilnahme involviert. Es wurde deutschlandweit mit unterschiedlichen Kooperationspartnern zusammengearbeitet (z.B. Wohneinrichtungen oder Werkstätten für Menschen mit SIE, psychotherapeutische Ambulanzen und psychiatrische Kliniken mit Schwerpunkt SIE). Die Rekrutierung basierte primär auf Internetrecherchen und Telefonaquise. Die gute Vernetzung der Arbeitsgruppe über Forschung, Versorgung sowie Fort- und Weiterbildung konnte dafür gewinnbringend eingesetzt werden. Der Zugang wurde ferner durch die Deutsche Gesellschaft für seelische

Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW) unterstützt. Die Rekrutierung der Proband:innen ohne SIE erfolgt über die Psychotherapeutischen Ambulanzen für Menschen mit psychischen Störungen des Instituts für Psychologie der Universität Freiburg.

Insbesondere aufgrund der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie musste der Erhebungszeitraum deutlich verschoben und verlängert werden (vgl. 2.3). Die tatsächliche Datenerhebungsphase erstreckte sich im Zeitraum Oktober 2021 - Oktober 2023. Mit der Bewilligung des Antrages auf Laufzeitverlängerung mit finanzieller Aufstockung konnte trotz der pandemiebedingten Herausforderungen die angestrebte Stichprobengröße nahezu erreicht (N = 286 Proband:innen mit SIE; N = 50 Proband:innen ohne SIE) und damit die statistischen Voraussetzungen für alle angestrebten Analysen sowie einen erfolgreichen Projektabschluss gesichert werden.

3.4 Endpunkte: Darstellung, Operationalisierung und Erhebung

Das Projekt wurde als monozentrische Studie in der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Freiburg in Zusammenarbeit mit der Pädagogischen Hochschule Freiburg und unterschiedlichen Kooperationspartnern aus ganz Deutschland (u.a. Wohneinrichtungen oder Werkstätten für Menschen mit SIE, psychotherapeutische Ambulanzen und psychiatrische Kliniken mit Schwerpunkt SIE, sowie weiteren Multiplikatoren) durchgeführt. Die Fragebogengenerierung begann mit der Entwicklung eines umfassenden Itempools aus validierten Selbstauskunftsfragebögen. Grundlage hierfür bildete keine systematische Literaturrecherche im engeren Sinne, sondern die Ergebnisse einer akademische Abschlussarbeit der Arbeitsgruppe (Scharte, 2020), die durch manuell durchgeführte Literaturanalysen innerhalb des Vorgängerprojekt (Müller, 2022) substantiell erweitert wurden. Der methodische Ansatz von Scharte (2020) orientierte sich streng an den Diagnosekriterien etablierter klinischer Klassifikationssysteme (DSM-5, ICD-10, DM-ID 2 und DC-LD). Für die Itemgenerierung wurden ausschließlich deutschsprachige, validierte Fragebögen verwendet, die für die Diagnostik von Depressionen und Ängsten bei Erwachsenen konzipiert sind. Dies umfasste N = 16 Fragebögen für die Diagnostik von Depressionen sowie N = 21 Fragebögen für die Diagnostik von Ängsten. Aus einem initialen Pool von N = 213 Items, die den Depressionskriterien zugeordnet werden konnten (siehe Anlage 4), und N = 252 Items, die den Angstkriterien entsprachen (siehe Anlage 5), wurde ein fokussierter Itempool mit n = 76 Depressionsitems und n = 84 Angstitems erstellt. Die Itemselektion erfolgte anhand drei zentraler Auswahlprinzipien: 1) Konformität mit den Regeln der Leichten Sprache, 2) Berücksichtigung allgemeiner Richtlinien zur Itemformulierung und 3) semantische Übereinstimmung der Itemformulierung mit den Formulierungen der diagnostischen Kriterien. In einem weiteren Prozessschritt wurden den identifizierten Diagnosekriterien gezielt Items zugeordnet, die das jeweilige Kriterium operationalisieren. Da Menschen mit SIE zielgruppenspezifische Charakteristika aufweisen, die in standardisierten Fragebögen für normintelligente Personen nicht adäquat repräsentiert sind, wurden zusätzlich händisch klinische Fragebögen des Kindes- und Jugendalters nach passenden Itemformulierungen gescreent sowie Erkenntnisse aus englischsprachigen

Literatursichtungen im Rahmen des Forschungsprojektes von Müller (2022) zu Rate gezogen. Die klinischen Fragebögen, die letztendlich den Experteninnen-Panels zugrunde gelegt wurden, umfassten $n = 30$ Selbstauskunftsbögen für Erwachsene und $n = 5$ Selbstauskunftsbögen des Kindes- und Jugendalters. Die Fragebogenitems wurden im Diskussionsprozess um weitere symptom-spezifische Itemformulierungen aus den Experten-Panels (s.u.) ergänzt. Insgesamt gingen $n = 116$ Items zu Angst und $n = 156$ Items zu Depression in den Itempool ein. Die Kriterien für Angststörungen und Depression des DM - ID 2 (Fletcher et al., 2017) - ein an der DSM - 5 (American Psychiatric Association, 2015) orientiertes Klassifikationssystem psychischer Störungen bei Menschen SIE - bildete die strukturelle Grundlage der Itemzuordnung. Der Itempool wurde in mehreren Diskussionsrunden mit $N = 13$ erfahrenen Praktiker:innen und Forscher:innen aus den Bereichen der Versorgungsforschung, Psychiatrie, Psychotherapie, Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik stufenweise so weit reduziert, dass für jedes Symptom von Angst und Depression mindestens ein Item erhalten blieb. Die angesprochenen Experten waren der Arbeitsgruppe bekannte Fachpersonen, die das gesamte Spektrum der Versorgungsstruktur abbildeten. Diskussionsrunden wurden zunächst in Präsenz abgehalten und beschränkten sich auf Expert:innen aus dem Raum Freiburg, im weiteren Verlauf erfolgte der Austausch schriftlich, so dass eine räumliche Nähe zu Freiburg nicht mehr notwendig war. Die Auswahl ergab sich aus der zeitlichen Verfügbarkeit für die aufwändigen Diskussionsrunden. Hierbei fand eine ständige Orientierung an den Kriterien Leichter Sprache (Netzwerk Leichte Sprache, 2020) und an den Erkenntnissen aus den bisherigen Validierungsstudien der Arbeitsgruppe zu den deutschen Versionen der Glasgow Anxiety Scale for People with an Intellectual Disability und der Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability (GAS - ID und GDS - LD; Müller et al., 2019; Müller et al., 2024) statt. Die verbliebenen 49 Items wurden von einem Übersetzungsbüro für Leichte Sprache geprüft und deren Korrekturvorschläge wurden eingearbeitet. Es folgten kognitive Interviews mit $N = 5$ Personen mit SIE, die den Fragebogen ausfüllten und währenddessen ihre Gedanken dazu laut aussprachen (zur Methodik siehe Pohontsch & Meyer, 2015). Die Pilotierung erfolgte an $N = 6$ weiteren Personen mit SIE. Die Proband:innen für die kognitiven Interviews und die Pilotierung wurden an der Ambulanz für Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen am Lehrstuhl für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg sowie an Institutionen regionaler Kooperationspartner rekrutiert. Es handelte sich um eine zufällig zusammengestellte Gruppe von Patient:innen mit depressiven Störungen und Angststörungen, die zu dieser Zeit in der Ambulanz behandelt wurden sowie um Personen mit SIE aber ohne psychische Belastungen. Die Proband:innen erfüllten die gleichen Einschlusskriterien wie die Proband:innen der Hauptstudie. Anhand der Rückmeldungen wurde der Fragebogen letztmalig überarbeitet. Diese Prüfversion wurde entsprechend dem Titel der damaligen Antragstellung SAD - gB genannt, die evaluierte Endversion des Selbstauskunftsboogens wird als SAD - IE bezeichnet. Die Bezeichnung "Störungen der Intelligenzentwicklung" wird seit Inkrafttreten der deutschen Version der ICD - 11 am 01.01.2022 empfohlen, sodass diese Begrifflichkeit für die Endversion des Frageboogens übernommen wird.

Die Validierungsstudie stellt die zweite Projektphase dar. Für die Validierung der Prüfversion des SAD - gB wurden vier Proband:innengruppen benötigt: (1) eine Gruppe von Proband:innen mit SIE und komorbider Depression (gemäß „Skala 1: Depressive Störung“

des Mini PAS - ADD Interviews), (2) eine Gruppe von Proband:innen mit SIE und komorbider Angststörung (gemäß „Skala 2: Angststörung“ des Mini PAS - ADD Interviews), (3) eine Gruppe von Proband:innen mit SIE ohne Angststörung oder Depression und (4) eine Gruppe von Menschen ohne SIE aber mit psychischen Störungen (darunter auch Angststörungen und Depression gemäß BAI bzw. BDI - II). Die Subgruppe von Proband:innen ohne SIE wurde benötigt, um die Konstruktvalidität der Skalen Angst und Depression des SAD - IE zu überprüfen. Dies konnte nicht an Menschen mit SIE erfolgen, da bisher keine entsprechend psychometrisch geprüften Instrumente für diese Zielgruppe vorliegen.

Die Proband:innen und Bezugspersonen nahmen nach umfassender Informationsgabe und ohne finanzielle Vergütung an der Befragung teil. Für die Menschen mit SIE wurden Studieninformation, Datenschutzinformation und Einwilligungserklärungen in Leichter Sprache bereitgestellt und, wenn notwendig, zusätzlich die Einwilligungen der gesetzlichen Betreuer:innen im Bereich der Gesundheitsfürsorge eingeholt. Nur bei einem vollständigen schriftlichen informed consent aller beteiligten Personen erfolgte die Datenerhebung. Für die Erhebung der Daten der Proband:innengruppen mit SIE füllte die Bezugsperson zunächst den Beurteilungsbogen Schweregrad Intelligenzminderung (Koch et al., 2017) und eine Basisdokumentation mit Fragen zu personenbezogenen Merkmalen der Person mit SIE aus. Die Proband:innen mit SIE bearbeiteten in einem zweiten Schritt den Selbstbeurteilungsbogen SAD - gB zu Ängsten und Depression. Der oder die Versuchsleiter:in vor Ort war hierbei anwesend, um die Person mit SIE ggf. zu unterstützen und füllte unmittelbar im Anschluss an die Erhebung das sog. Durchführungsprotokoll mit Fragen zum Erhebungsverlauf aus. Um das Vorliegen einer psychischen Störung bei den Proband:innen mit SIE abzuklären, führte eine Psycholog:in des Forschungsteams von Freiburg aus mit der Bezugsperson spätestens zwei Wochen nach der Erhebung des SAD - gB telefonisch das Mini PAS - ADD Interview (Moss, 2002) durch. Die Psycholog:innen waren alle in begonnener oder abgeschlossener Ausbildung zum/zur psychologischen Psychotherapeut:in und wurden zu Durchführung und Interpretation des Mini PAS - ADD Interviews geschult. Erhebungsbegleitend erhielten die Interviewer:innen Supervision durch approbierte psychologische Psychotherapeut:innen, die Vorerfahrung in Diagnostik und Therapie von Menschen mit SIE hatten. Anhand der Verdachtsdiagnosen aus dem Mini PAS - ADD Interview wurden sie beim Vorliegen einer Psychose oder Substanzabhängigkeit von den Analysen ausgeschlossen. Weiterhin wurde bestimmt, ob die Proband:innen von Ängsten und/oder Depression betroffen waren. Die Proband:innen ohne SIE füllten den SAD - gB zusätzlich zur regulären Eingangsdiagnostik der Institutsambulanzen der Universität Freiburg aus. Diese Eingangsdiagnostik enthielt neben einer Basisdokumentation auch das BAI (Beck et al., 2007) und das BDI - II (Hautzinger et al., 2006). Einen Überblick und eine detaillierte Beschreibung der eingesetzten Messinstrumente bietet Tabelle 1.

Tabelle 1: Übersicht Messinstrumente

Name	Beschreibung	Bearbeitet von
Beurteilungsbogen Schweregrad Intelligenzminderung (Koch et al., 2017)	Zur Prüfung ob das Einschlusskriterium einer Lernbehinderung oder einer leichten bis mittelgradigen SIE ($35 \leq IQ \leq 84$) erfüllt ist, wurde der Beurteilungsbogen Schweregrad Intelligenzminderung genutzt. Die Einschätzung erfolgte nach gegebenem informed consent durch die Bezugsperson. Der Fragebogen basiert auf der Definition von Intelligenzminderung gemäß den Kriterien des ICD - 10. Anhand typischer Ausprägungen in den Funktionsbereichen Sprache, Lesen, Schreiben und Rechnen, Selbstbestimmung, Aktivitäten des täglichen Lebens, berufliche Fertigkeiten und zwischenmenschliche Fertigkeiten erfolgt eine Gesamteinschätzung des Schweregrades der SIE auf fünf Stufen: Lernbehinderung, leichte Intelligenzminderung, mittelgradige Intelligenzminderung, schwere Intelligenzminderung oder schwerste Intelligenzminderung. Zudem werden Fragen zu aktenkundigen Diagnosestellungen der Intelligenzminderung, Ursachen und dem Zeitpunkt des Auftretens gestellt.	Bezugsperson des/der Proband:in mit SIE
Basisdokumentation	Mittels der Basisdokumentation wurden soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, Wohnsituation, höchster Schulabschluss, Berufsausbildung, Arbeitssituation, psychische Vorerkrankungen und aktuelle Behandlung psychischer Probleme) der Proband:innen erhoben. Für Proband:innen mit SIE wurde eine adaptierte Version der Basisdokumentation der Hochschulambulanzen genutzt (Ergänzung: Dauer und Art der Bekanntheit zwischen Proband:in und Bezugsperson).	Bezugsperson des/der Proband:in mit SIE
SAD - gB	Der von der Forschungsgruppe entwickelte SAD - gB wurde als Screeninginstrument zur Abfrage von Angst- und Depressionssymptomen bei Proband:innen mit SIE entwickelt. Er ist ein Selbstbeurteilungsinstrument im paper-pencil-Format und kann von den Proband:innen mit SIE selbstständig oder assistiert durch eine/n Versuchsleiter:in bearbeitet werden. Der SAD - gB umfasste in seiner Prüfversion 49 Items in Leichter Sprache, die Antwortskala war dreistufig. Der SAD - gB	Proband:in mit SIE und Proband:innen ohne SIE

	wurde zu Validierungszwecken sowohl von Teilnehmer:innen mit und ohne SIE ausgefüllt.	
Durchführungsprotokoll	Das Durchführungsprotokoll enthielt zum einen Hinweise zur assistierten Durchführung des SAD - gB. zum anderen wurde die Assistenzperson gebeten, direkt nach der Bearbeitung des SAD - gB Angaben zu folgenden Punkten zu machen: Bearbeitungsdauer, Unterstützungsbedarf, Angaben zu Unterbrechungen und sonstigen besonderen Vorkommnissen.	Assistenzperson (i.d.R. Versuchsleiter:in vor Ort)
Mini PAS - ADD Interview (Weber & Fritsch, 2003)	Zur Erfassung psychischer Störungen bei Proband:innen mit SIE kam das Mini PAS - ADD Interview zum Einsatz, für das eine deutsche Adaptation vorliegt (Weber & Fritsch, 2003). Es orientiert sich an den Diagnosekriterien der ICD - 10. Das Mini PAS - ADD Interview ist ein halbstrukturiertes Interview mit detaillierten Symptombeschreibungen für eine reliable Kodierung der einzelnen Items. Es ist ein Instrument zur Fremdbeurteilung durch Bezugspersonen und erfasste die folgenden psychischen Störungsbereiche: depressive Störung, Angststörung, Manie, Zwangsstörung, Psychose, unspezifische Störung. Zusätzlich wurden in der vorliegenden Studie Fragen zur Abklärung von Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit ergänzt. Für die Studie wurde, wie von den Autoren empfohlen, ein Beurteilungszeitraum von vier Wochen gewählt. Die Durchführung dauerte etwa 40 - 60 Minuten. Die InterviewerInnen waren Psycholog:innen, mind. in Ausbildung zum/zur psychologischen Psychotherapeut:in, die eine Schulung für die Durchführung des Interviews durchliefen und fortwährend supervidiert wurden. Die Interviews wurden telefonisch vom Standort Freiburg aus durchgeführt.	Bezugsperson des/der Proband:in mit SIE
Basisdokumentation Hochschulambulanz	Bei Proband:innen ohne SIE wurde das im Rahmen der Eingangsdiagnostik der Hochschulambulanzen auszufüllende Formular zur Basisdokumentation übernommen. Diese enthält Fragen zu soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Wohnsituation, höchster Schulabschluss, Berufsausbildung, Arbeitssituation, psychische Vorerkrankungen und aktuelle Behandlung psychischer Probleme).	Proband:in ohne SIE

BDI-II (Hautzinger et al., 2006)	Bei Proband:innen ohne SIE wurden Symptome zu Depression zusätzlich zum SAD - gB mit dem Selbstauskunftsbogen BDI - II erhoben. Das BDI - II ist Teil der Eingangsdiagnostik für Patient:innen der Hochschulambulanzen der Uni Freiburg. Das BDI - II umfasst 21 Items mit je vier Antwortmöglichkeiten (Skala 0 - 3), welche sich auf die vergangenen zwei Wochen beziehen. Jedes Item steht für ein Symptom und es soll jeweils diejenige Antwortmöglichkeit gewählt werden, welche die Gefühle der Person am besten ausdrückt. Durch Aufsummieren der Einzelwerte wird ein Gesamtwert von 0 - 63 gebildet.	Proband:in ohne SIE
BAI (Beck et al., 2007)	Bei Proband:innen ohne SIE wurden Symptome zu Ängsten zusätzlich zum SAD - gB mit dem Selbstauskunftsbogen BAI erhoben. Das BAI ist Teil der Eingangsdiagnostik für Patient:innen der Hochschulambulanzen der Uni Freiburg. Das BAI umfasst 21 Items mit je vier Antwortmöglichkeiten (0 - 3), welche sich auf die vergangenen sieben Tage beziehen und sowohl physiologische als auch kognitive Symptome von Angst erfassen. Durch Aufsummieren der Einzelwerte wird ein Gesamtwert von 0 - 63 gebildet.	Proband:in ohne SIE

3.5 Auswertungsmethoden

Zuerst wurde eine Missing-Data-Analyse durchgeführt - sowohl für die Nicht-Teilnahme (person-non-response) als auch für das Fehlen von Angaben zu Einzelitems (item-non-response): rein zufälliges Fehlen (Missing-completely-at-random), bedingt zufälliges Fehlen (Missing-at-random) und nicht zufälliges Fehlen (Non-random-missing; Little & Rubin, 2002). Die fehlenden Werte wurden mit Hilfe des Expectation-Maximization-Algorithmus in SPSS Version 29 (Schafer & Graham, 2002) berechnet. Die erhobenen Daten der Items des SAD - gB wurden dann anhand der Substichprobe mit SIE deskriptiv ausgewertet. Diese Analyse umfasste die Berechnung von Item-Schwierigkeit und Trennschärfe. Daraufhin wurde eine CFA unter Verwendung des Algorithmus der gewichteten kleinsten Quadrate mittlerer Varianz (WLSMV) durchgeführt, um die faktorielle Struktur des Fragebogens zu untersuchen. Der WLSMV-Algorithmus basiert auf der nichtparametrischen Annahme von nicht-normalverteilten Ordinaldaten (Brauer et al., 2023).

Entsprechend des Itemkonstruktionsrationalis wurde angenommen, dass ein Zwei-Faktoren-Modell mit den Faktoren "Depression" und "Angst" der Itemstruktur bzw. der Dateninformation zugrunde liegt. Zusätzlich wurde ein einfaktorielles Modell berechnet, um in einem hierarchischen Modellvergleich zu testen, ob die vorgeschlagene Zwei-Faktoren-Lösung eine bessere Modellierung der Dateninformation erlaubt. Die globale Modellpassung

wurde mittels Maßen des approximativen Modellfits geprüft (Schermele-Engel et al., 2003): Comparative Fit Index (CFI; Werte $\geq .95$ akzeptabel; $\geq .97$ gut), der Tucker-Lewis-Index (TLI; Werte $\geq .95$ akzeptabel; $\geq .97$ gut), das standardisierte Root-Mean-Square-Residuum (SRMR; Werte $\leq .08$ akzeptabel; $\leq .05$ gut) und der Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA; Werte $\leq .07$ akzeptabel; Hooper et al., 2008). Items mit Ladungen $> .50$ wurden als reliable Konstruktindikatoren akzeptiert. Das endgültige Modell wurde dann weiter auf lokaler Ebene getestet. Für jedes Item wurden Signifikanz und standardisierte Ladungen λ_i (Kriterium $> .63$) sowie die Indikatorreliabilität (Kriterium $> .25$) bestimmt. Die psychometrische Eignung der einzelnen Erhebungsskalen wurde anhand der durchschnittlich extrahierten Varianz (AVE; Kriterium $> .50$) und der Faktorenreliabilität (Kriterium $> .60$) geprüft (Kline, 2023). Die interne Konsistenz der beiden Subskalen wurde mit Cronbach's Alpha und McDonald's Omega geprüft, wobei Werte von $\geq .70$ als akzeptabel und $\geq .80$ als gut gelten (Kline, 2023).

Zur Überprüfung der Diskriminationsfähigkeit des SAD - gB erfolgte die Berechnung der Area under the ROC-Curve (AUC; Swets, 1996). Sensitivität und Spezifität wurden in den Substichproben mit SIE ermittelt, wobei die Ergebnisse der Störungsdiagnostik im Rahmen der Mini PAS - ADD Interviews als Referenzstandard dienten. Mittels Receiver-Operating-Characteristic-Analyse (ROC-Analyse) und der Ermittlung des maximalen Youden-Index wurden die bestmöglichen Cut-off-Werte für die Skalen Angst und Depression bestimmt, um Personen mit SIE und Angststörung bzw. Depression von denjenigen ohne oder einer anderen psychischen Störung zu unterscheiden (Ruopp et al., 2008). Für die Ermittlung der konvergenten Validität der SAD - gB-Skalen mit dem BAI/BDI - II wurde eine Produkt-Moment-Korrelation mit den Daten der Substichprobe ohne SIE durchgeführt. Alle Analysen wurden mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 29 und MPlus 8.2 durchgeführt.

3.6 Änderungen aufgrund der Corona-Pandemie

Wie bereits unter 2.4 erwähnt, kam es zu deutlichen Abweichungen im Zeitplan des Projektes. Der wichtigste Faktor für diese Abweichungen war die Covid-19-Pandemie, die einen Erhebungsbeginn auch nach Eingang des positiven Ethikvotums in Quartal 4 2021 von Seiten der kooperierenden Einrichtungen bis zum Frühjahr 2022 größtenteils unmöglich machte. Die Covid-19-Pandemie behinderte die Arbeit bereits seit Projektbeginn im März 2020 auf mehreren Ebenen. Hierbei sind zum einen Faktoren zu nennen, die die Projektmitarbeiter:innen unmittelbar selbst betrafen: eigene Infektionen mit folgenden Quarantänezeiten oder Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie wie Lockdowns und reduzierte Nutzungsmöglichkeiten gemeinsamer Büroräume. Dadurch wurden die Arbeitsprozesse verkompliziert und gingen mit einem erhöhten Kommunikationsaufwand einher. Schwerwiegender waren jedoch die Probleme für die Proband:innen und die kooperierenden Versorgungseinrichtungen. Da es sich bei Menschen mit SIE um eine Risikogruppe handelt, konnten Projektmitarbeiter:innen nicht wie geplant in Einrichtungen wie Kliniken oder Wohnstätten fahren und für das Projekt werben. Auch Initiierungstreffen vor Ort durchzuführen oder im Freiburger Raum Unterstützung bei der Durchführung der Fragebogenerhebung anzubieten war nicht möglich, was den Aufwand für die Einrichtungen erhöhte und eine Studienteilnahme unattraktiver machte. Die Initiierungstreffen wurden in ein Online-Format übertragen. Durch die Pandemie kam es zudem zu wiederkehrenden

Anpassungen in den Einrichtungen: z.B. immer neue Implementierungen von Hygienemaßnahmen, Einzel- statt Gruppenangebote, psychische Belastungen bei Betreuten und Betreuenden sowie Personalausfälle. Die Personalausfälle gingen laut den Einschätzungen der Versuchsleiter:innen vor Ort auf Covid-19-Infektionen, stressassoziierte Erkrankungen, familiäre Notsituationen wie die Sicherung der Kinderbetreuung und im späteren Verlauf auch Verstöße gegen die Impfpflicht für Pflegepersonal zurück. Dadurch waren trotz hoher Motivation und Zuspruch für unser Projekt deutlich geminderte personelle Ressourcen vorhanden. Insbesondere die Omikron-Variante führte dazu, dass Kooperationseinrichtungen zeitweise ihre Versorgungsangebote stark reduzieren oder ganz einstellen mussten, da sich Covid-19-Infektionen unter den Menschen mit SIE häuften und die Krankheitsverläufe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung schwerwiegender waren. In einzelnen Einrichtungen waren mehrere Todesfälle zu betrauern. Gleichzeitig kam es nur selten zur Auflösung der Zusammenarbeit mit dem Projekt. Dieses hohe Commitment war neben der Ansicht, dass es ein sehr lohnendes Projekt ist, sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass die Projektleitung proaktiv den Austausch mit den Versuchsleiter:innen vor Ort aufrechterhielt und die Projektplanung auf die Herausforderungen vor Ort anpasste. Durch die pandemiebedingt langen Zeiträume zwischen den Schulungen zum geplanten Erhebungsbeginn und dem tatsächlichen Erhebungsstart sowie vermehrten Personalwechselln in den Einrichtungen musste sehr häufig nachgeschult werden. Im Verlauf des Pandemiegeschehens haben die Einrichtungen rückgemeldet, dass sie angesichts der anhaltend angespannten Lage deutlich weniger Proband:innen rekrutieren können als ursprünglich geplant. Um die geringeren Rekrutierungszahlen pro Einrichtung auszugleichen, nutzte das Projektteam die pandemiebedingt erhebungsarme Zeit zum Ausbau des Kooperationsnetzes. Über das Internet und bereits bestehende Kontakte wurden deutschlandweit Versorgungseinrichtungen für erwachsene Menschen mit SIE erfasst und in Telefonaten und Mails über das Projekt informiert. Als weitere Maßnahme wurden die Erhebungen in den verschiedenen Einrichtungen nicht gestaffelt initiiert, sondern erfolgtenparallel. Um den dadurch entstehenden personellen Mehraufwand zu kompensieren, wurden teamintern Aufgaben umverteilt. Der Erhebungsbeginn fand daher erst in Quartal 4 2021 anstatt wie ursprünglich geplant im Quartal 4 2020 statt. Die Verschiebungen im Erhebungsplan setzten sich für die Kalenderjahre 2022 und 2023 fort. Die dargestellten Maßnahmen wie die Aufstockung der Anzahl von Kooperationseinrichtungen und eine Ausweitung des Erhebungsgebiets auf alle 16 deutschen Bundesländern konnten dieses Defizit jedoch nicht hinreichend ausgleichen. Ein Antrag auf Laufzeitverlängerung um ein Jahr und eine finanzielle Aufstockung wurde gestellt und bewilligt. Letztendlich wurde der angestrebte Stichprobenumfang um $n = 14$ Proband:innen nur sehr knapp verfehlt. Das Studienziel der Entwicklung eines validierten Fragebogens konnte aufgrund der guten Datenlage auch mit einem $N = 286$ erreicht werden.

4 Projektergebnisse

Von $N = 328$ Personen mit SIE, die sich ursprünglich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt hatten, mussten $n = 42$ Datensätze ausgeschlossen werden, was einer Drop-out-Rate von 12,8 % und einer endgültigen Stichprobe von $n = 286$ Teilnehmer:innen mit SIE entspricht. Die Gründe für den Ausschluss waren (1) Studienabbruch durch Versuchsleiter:innen vor Ort

(n = 11), durch Teilnehmer:innen mit SIE (n = 6) oder durch die Bezugspersonen (n = 3), (2) akute Psychose (n = 8), (3) Sucht mit gegenwärtigem Konsum (n = 2), (4) keine Borderline-, leichte oder mittelgradige SIE mit Beginn vor dem Erwachsenenalter (n = 7), (5) Sprachbarriere seitens der Bezugsperson (n = 1), (6) kein regelmäßiger Kontakt zwischen Teilnehmer:in und Bezugsperson innerhalb der letzten 4 Wochen (n = 2) und (7) Überschreitung der 14-Tage-Frist zwischen der Durchführung des SAD - IE und des Mini PAS - ADD Interviews (n = 2). Bei den Personen ohne SIE füllten n = 60 die Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme aus, wobei n = 50 in die Studie eingeschlossen werden konnten. Bei n = 9 Personen ohne SIE fehlten Fragebögen oder Angaben zu Diagnosen, n = 1 Person hat die Einwilligung zur Studienteilnahme widerrufen. Die Missing-Data-Analysen deuteten generell auf keine systematischen Missings im Hinblick auf Variablen wie das Geschlecht oder Alter hin. Die Analyse fehlender Daten in Bezug auf den SAD - gB bei Personen mit SIE ergab, dass unter den N = 286 Teilnehmer:innen insgesamt n = 36 fehlende Werte identifiziert wurden, mit einem Maximum von n = 4 fehlenden Werten pro Item. Die fehlenden Daten wurden mit Hilfe des Expectation-Maximization-Algorithmus (Schafer & Graham, 2002) in SPSS Version 29 (Schafer & Graham, 2002) korrigiert.

Das Durchschnittsalter der in die Studie eingeschlossenen N = 286 Teilnehmer:innen mit SIE betrug 40,91 Jahre (SD = 13.4) und reichte von 18 bis 77 Jahren. Die Geschlechterverteilung zeigte, dass sich n = 130 Teilnehmer:innen mit SIE als weiblich, n = 125 Teilnehmer:innen mit SIE als männlich und n = 1 Teilnehmer:innen mit SIE als divers identifizierten. Was den Schweregrad der SIE betrifft, so hatten n = 59 Teilnehmer:innen eine Lernbehinderung, n = 160 Teilnehmer:innen eine leichte SIE und n = 67 Teilnehmer:innen eine mittelgradige SIE. Bei den n = 50 Teilnehmer:innen ohne SIE betrug das Durchschnittsalter 36,26 Jahre (SD = 14.13) und reichte von 18 bis 73 Jahren. In der Stichprobe ohne SIE identifizierten sich n = 34 Personen als weiblich, n = 16 Personen als männlich und keine Person als divers. Tabelle 2 stellt die Ergebnisse der deskriptivstatistischen Auswertung der Basisdokumentation, aufgeschlüsselt nach den Schweregraden der Intelligenzminderung, dar.

Tabelle 2: Stichprobencharakteristika

	Schweregrad Intelligenzminderung			Total N = 286
	Borderline n = 59	Leicht n = 160	Mittelgradig n = 67	
Alter, M, (SD)	40.4 (13.9)	40.1 (12.6)	43.4 (14.7)	40.9 (13.4)
Geschlecht, n				
Männlich	24	74	27	125
Weiblich	35	85	40	160
Divers	-	1	-	1
Wohnsituation, n				
Alleine	6	7	-	13
Bei Eltern/Verwandten	3	8	8	19

SAD-gB (01VSF19009)

Mit Partner:in	1	5	-	6
Ambulant begleitetes Einzelwohnen	22	43	17	82
Ambulant begleitete Wohngruppe	10	20	3	33
Stationäre Einrichtung	13	69	37	119
Sonstiges	4	8	2	14
<hr/>				
Höchster Schulabschluss, n				
In Schule		2	-	2
Ohne Schulabschluss	6	32	17	55
Förder-/Sonderschule	28	108	43	179
Haupt-/Volksschule	20	15	3	38
Mittlere Reife	4	-	-	4
Andere	-	3	4	7
Missing	1	-	-	1
<hr/>				
Aktuelle Berufstätigkeit, n				
Erwerbstätigkeit erster Arbeitsmarkt	11	10	1	22
Erwerbstätigkeit zweiter Arbeitsmarkt	36	115	50	201
Ausbildung/Umschulung	2	1	-	3
Berentet	4	12	8	24
Arbeitssuchend	3	4	2	9
Sonstige	3	18	6	27
<hr/>				
Aktuelle Diagnose psychische Störung(en), n				
Nein	32	74	41	147
Ja	24	83	24	131
Missing	3	3	2	8
<hr/>				
Aktuelle Einnahme Psychopharmaka, n				
Nein	38	86	42	166
Ja	20	73	25	118
Missing	1	1	-	2
<hr/>				

SAD-gB (01VSF19009)

Aktuell KEINE Behandlung psychischer Probleme, n				
Nicht angekreuzt	34	102	32	168
Angekreuzt	25	58	35	118
Aktuell hausärztliche Behandlung psychischer Probleme, n				
Nicht angekreuzt	58	152	65	275
Angekreuzt	1	8	2	11
Aktuell psychiatrische Behandlung psychischer Probleme, n				
Nicht angekreuzt	43	117	53	213
Angekreuzt	16	43	14	73
Aktuell neurologische Behandlung psychischer Probleme, n				
Nicht angekreuzt	52	137	59	248
Angekreuzt	7	23	8	38
Aktuell psychotherapeutische Behandlung psychischer Probleme, n				
Nicht angekreuzt	52	128	60	240
Angekreuzt	7	32	7	46
Dauer Bekanntheit Proband:in und Bezugsperson in Monaten, M, (SD)	65.9 (86.3)	89.0 (104.1)	107.2 (103.1)	88.5 (101.0)

Die CFA-Fit-Indizes zeigten eine bessere Passung des Zwei-Faktoren-Modells im Vergleich zum Ein-Faktoren-Modell mit .954 für CFI, .952 für TLI und .074 für SRMR. Die beiden Faktoren "Depression" und "Angst" sind im SAD - IE hoch korreliert ($r = .71$), was den typischen Befunden in der Literatur entspricht (Kühner et al., 2007; Nilges & Essau, 2015). Um einen genesteten Modellvergleich durchführen zu können, wurden die Modelle zusätzlich mittels der Maximum-Likelihood-Prozedur geschätzt (Kline, 2023). Es zeigte sich auch hier eine Überlegenheit des Zwei-Faktoren-Modells gegenüber dem Ein-Faktoren-Modell, da für das zweifaktorielle Modell eine signifikant bessere Modellpassung resultierte ($\Delta\chi^2$ (df = 1) = 175,505). Diese Ergebnisse bestätigen somit, dass die Informationen in den SAD - IE-Items durch zwei separate Faktoren, nämlich "Depression" und "Angst", besser erklärt werden als durch die Annahme eines einzigen übergeordneten Faktors für psychische Belastung.

In einem zweiten Schritt wurden insgesamt $n = 9$ Items aufgrund von Ladungen $\lambda_i < .5$ aus dem Zwei-Faktoren-Modell ausgeschlossen. Dabei handelte es sich um fünf Items, die ursprünglich dem Faktor "Depression" zugeordnet wurden (Item 3 Gleichgültigkeit, Item 5 Aggressivität gegenüber Objekten, Item 6 Aggressivität gegenüber sich selbst/anderen, Item 12 Appetitsteigerung, Item 24 Gedanken an den Tod) und vier Items, die dem Faktor "Angst" zugeordnet wurden (Item 35 spezifische Phobie Blut- und Injektionsart, Item 36 spezifische Phobie Tierart, Item 37 spezifische Phobie Umweltart Dunkelheit, Item 38 spezifische Phobie Umweltart Höhe). Das Zwei-Faktoren-Modell mit reduzierten Items zeigte die beste Modellanpassung mit der größten inkrementellen Verbesserung des SRMR (SRMR = .069; CFI = .956, TLI = .954, RMSEA = .040). In der Folge wurde dieses Modell als finales Modell für den SAD - IE ausgewählt (siehe Anlage 6). Im finalen Modell waren die Faktorladungen generell hoch (min = .504, max = .796) und die Validität auf Strukturebene wurde darüber hinaus durch die lokale Anpassungsgüte in der Item-Total-Korrelation mit zufriedenstellenden Skaleneigenschaften (diskriminante Validität: min: $r = .408$; max: $r = .678$) und durch die guten bis ausgezeichneten Werte für die interne Konsistenz der Subskalen (Depression: $\alpha = .900$, $\omega = .901$; Angst: $\alpha = .895$, $\omega = .897$) gestützt, was eine hohe Zuverlässigkeit der Subskalen belegt. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die itemspezifischen Antworthäufigkeiten und Trennschärfen im finalen Modell.

Tabelle 3: Item-Häufigkeiten und Trennschärfe

Iteminhalt	Häufigkeiten			Ladungen	Trennschärfe
	0	1	2		
Depression					
1 Traurigkeit	91	128	67	.708	.576
2 Weinerlichkeit	136	104	46	.601	.474
4 Reizbarkeit	60	103	123	.521	.432
7 Interessensverlust	177	73	36	.510	.450
8 Freudverlust	148	88	50	.617	.546
9 Gefühllosigkeit	169	77	40	.573	.447
10 Fertigkeitenverlust	136	72	78	.567	.485
11 Sozialer Rückzug	161	72	52	.678	.557
13 Appetitverlust	190	60	36	.539	.430
14 Schlafprobleme	127	88	71	.607	.510
15 Müdigkeit	71	111	104	.547	.485
16 Psychomotorische Unruhe	108	106	72	.679	.523

SAD-gB (01VSF19009)

17 Psychomotorische Verlangsamung	159	77	50	.603	.488
18 Erschöpfung	127	59	100	.682	.534
19 Energielosigkeit	123	98	65	.652	.563
20 Antriebsminderung	164	73	49	.566	.490
21 Verlust Selbstvertrauen	151	89	46	.758	.602
22 Selbstwertminderung	153	67	66	.770	.610
23 Konzentrationsschwierigkeiten	128	106	52	.688	.587
25 Suizidalität	248	32	6	.626	.416
26 Grübeln	120	82	84	.659	.505
27 Hoffnungslosigkeit	147	70	69	.726	.534
<hr/>					
Angst					
<hr/>					
28 Angsterleben intensiv	142	78	66	.792	.667
29 Angsterleben übermäßig	181	56	48	.776	.585
30 Vermeidungsverhalten	169	73	44	.609	.487
31 Sicherheitsverhalten	140	59	87	.531	.469
32 Trennungsangststörung Trennung	157	66	63	.677	.579
33 Trennungsangststörung Verlust	129	68	89	.504	.408
34 Selektiver Mutismus	115	75	96	.648	.498
39 Panikstörung Auftreten	196	50	40	.679	.551
40 Panikstörung Körperreaktion	134	62	90	.736	.636
41 Panikstörung Erwartungsangst	166	55	65	.778	.678
42 Agoraphobie Verkehrsmittel	219	45	22	.556	.419
43 Agoraphobie Klaustrophobie	205	34	47	.640	.476
44 Agoraphobie Menschenansammlung	173	61	52	.727	.607
45 Agoraphobie Platz	194	43	49	.528	.442
46 Soziale Phobie	109	86	91	.778	.590
47 GAS themenübergreifende Sorgen	98	87	101	.796	.591
48 GAS Kontrollverlust Sorgen	135	83	68	.787	.593

Die ROC AUC weist in der Gesamtgruppe der Proband:innen mit SIE für Depression auf eine moderate Diskriminationsfähigkeit hin (0.782 bei 95 % KI [0.708; 0.855]), für Angst fällt die ROC AUC geringer aus (0.670 bei 95 % KI [0.604; 0.737]; siehe Anlage 7). Des Weiteren wurde in der Gesamtgruppe der Proband:innen mit SIE für die Depressionsskala ein optimaler Cut-Off-Wert von 14.5 (=15) bei einem maximalen Youden-Index von .46 ermittelt. Die Sensitivität liegt hierbei bei .91 und die Spezifität bei .54. Der gerundete Cut-Off-Wert von 15 ergibt sich auch bei einzelner Betrachtung der drei Subgruppen zum Schweregrad SIE. Die Fehlklassifizierungsrate liegt bei 0.399. In der Gesamtgruppe der Teilnehmer:innen mit SIE findet sich für die Skala Angst der höchste Youden-Index von 0,27 bei drei unterschiedlichen Cut-Off Werten (11,5; 15,5; 17,5). Da der SAD - gB als Screeninginstrument eingesetzt werden soll, kommt der Sensitivität eine besondere Gewichtung zu. Entsprechend wurde der Youden-Index mit der höchsten Sensitivität (0,63) gewählt, welcher bei einem Wert von 11,5 (=12) liegt. Dieser Wert weist gleichzeitig eine befriedigende Spezifität von 0,63 auf. Die Fehlklassifizierungsrate liegt hier bei 0.637. Die Ergebnisse der Pearson-Produkt-Moment-Korrelation zwischen der SAD - IE-Depressionsskala und dem BDI - II sowie der SAD - IE-Angstskala und dem BAI an der Stichprobe von Teilnehmer:innen ohne SIE weisen auf eine gute konvergente Validität beider SAD - IE-Skalen hin (BDI: $r = .662$, $p < .001$; BAI: $r = .724$, $p < .001$). Die Kriteriumsvalidität der SAD - IE-Subskalen zu Angst und Depression wurde anhand der Ergebnisse der Fremdbeurteilungen in den Mini PAS - ADD-Subskalen zu Angst und Depression berechnet und fielen zufriedenstellend aus (PAS - ADD: depressive Störung: $r = .468$, $p < .001$; PAS - ADD: Angststörung: $r = .305$, $p < .01$; siehe Anlage 8).

5 Diskussion der Projektergebnisse

In dem vorliegenden Studienprojekt sollte ein Screeninginstrument für Angst und Depression entwickelt und evaluiert werden, das Menschen mit SIE selbstständig oder mit geringer Assistenz bearbeiten können. Dieses Ziel konnte mit der Bereitstellung des SAD - IE erfüllt werden. Im Vergleich zu anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten wie den deutschsprachigen Adaptionen der Glasgow Scales (Müller et al., 2019; Müller et al., 2024) ist der SAD - IE der erste Selbstauskunftsbogen für Menschen mit einer Lernbehinderung oder einer leichten bis mittelgradigen SIE, der in Leichter Sprache und mit Bildern zur unterstützten Kommunikation gestaltet ist und die zielgruppenspezifischen Diagnosekriterien für Angststörungen und Depressionen nach DM - ID 2 berücksichtigt.

Die Strukturanalyse des SAD - IE mittels CFA an einer Stichprobe von $N = 286$ Personen mit SIE bestätigte das angenommene Zwei-Faktoren-Modell mit den latenten Variablen Angst und Depression. Die Prüfversion SAD - gB umfasste 49 Items und konnte für die Endversion SAD - IE auf insgesamt 41 Items mit einer Ladung $< .50$ im Frage-Format reduziert werden. Die beiden Faktoren "Depression" und "Angst" erwiesen sich als hoch korreliert ($r = .71$), was den typischen Befunden in der Literatur entspricht (Kühner et al., 2007; Nilges & Essau, 2015). Von den in der Endversion verbliebenen Items sind 22 Items der Depressionsskala zugeordnet und 17 Items der Angstskala. Zwei Zusatzitems dienen Diagnostiker:innen zur Einschätzung der generellen psychischen Belastung und gehen in der Auswertung in keine der beiden störungsspezifischen Skalen des SAD - IE ein. Die Prüfung der psychometrischen Güte des SAD - IE erfolgte zusätzlich zu den $N = 286$ Personen mit SIE an $N = 50$ Patient:innen der

psychotherapeutischen Ambulanzen der Universität Freiburg ohne SIE. Der SAD - IE zeigte dabei eine befriedigende bis gute konvergente und Konstrukt-Validität und eine sehr gute interne Konsistenz. Insgesamt zeigte sich im Auswertungsprozess, dass die Gütemaße geringer ausfielen, wenn das Mini PAS - ADD Interview als Referenzstandard genutzt wurde (Konstrukt-Validität, ROC-Analysen). Die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung könnte ein Erklärungsansatz hierfür sein. Allerdings zeigte sich bereits in vorherigen Studien der Arbeitsgruppe (Müller et al., 2022), dass das Mini PAS - ADD Interview wenig sensitiv ist. Da das Mini PAS - ADD Interview das einzige validierte Klinische Interview für psychische Störungen Menschen mit SIE in deutscher Sprache war, musste trotz bekannter Einschränkungen auf dieses zurückgegriffen werden. In Konsequenz wurden die Interviewer:innen für diese Problematik sensibilisiert und der Umgang mit daraus entstehenden diagnostischen Herausforderungen in Super- und Interventionen besprochen und dokumentiert.

Im Entwicklungsprozess des SAD - IE ist einerseits das kriteriengeleitete Vorgehen positiv hervorzuheben, das eine einfache Übertragung der Testergebnisse des SAD - IE auf die Diagnosestellung unter Berücksichtigung des zielgruppenspezifischen DM - ID 2 ermöglicht. Andererseits wurde bei der Formulierung der Items und bei der Auswahl der begleitenden Bilder zur unterstützten Kommunikation auf Einschätzungen von Expert:innen unterschiedlicher Fachbereiche (Psychotherapie, Psychiatrie, Sonderpädagogik, Heilerziehungspflege, Versorgungsforschung) zurückgegriffen. Die Zusammenarbeit mit Büros für Leichte Sprache ermöglichte darüber hinaus die Zertifizierung des SAD - IE in Leichter Sprache. Im Sinne der Partizipation nahmen Betroffene mit SIE als Expert:innen in eigener Sache sowohl in den Überarbeitungsrunden durch die Büros für Leichte Sprache als auch im Rahmen der Kognitiven Interviews unmittelbaren Einfluss auf die Gestaltung des SAD - IE.

Die Prüfversion des Fragebogens erfolgte an einer außerordentlich großen Stichprobe von N = 286 Personen mit Lernbehinderung, leichter oder mittelgradiger SIE. Die Grundgesamtheit an einzuschließenden Personen mit SIE wurde vom Projektteam definiert und mit dem Beurteilungsbogen Schweregrad Intelligenzminderung operationalisiert. Die Auswahl erfolgte jedoch nicht nach einem Zufallsverfahren, so dass es sich um keine repräsentative Stichprobe handelt. Es können entsprechend auch keine Aussagen darüber getroffen werden, wie sich erhobene Merkmale in der Grundgesamtheit von Menschen mit Lernbehinderung, leichter oder mittelgradiger SIE in Deutschland verteilen. Es ist dennoch von einer Generalisierbarkeit der Studienergebnisse auszugehen, da sowohl die Studienteilnehmer:innen mit SIE als auch die Erhebungsbedingungen nahe an der Versorgungspraxis liegen. Hierzu trägt zunächst die Rekrutierung in klinischen (z.B. ambulanten Psychotherapiepraxen oder MZEB) sowie nichtklinischen Settings (z.B. Werkstätten oder betreute Wohngruppen für Menschen mit SIE) in allen 16 deutschen Bundesländern bei. In diesen Settings wurde der Fragebogen durch Mitarbeitende der Einrichtung assistiert durchgeführt. Das ist insofern entscheidend, da der SAD - IE genau für diese Settings und diese Anwender:innen entwickelt wurde. Zugunsten einer hohen Generalisierbarkeit wurden zudem die Einschlusskriterien so gestaltet, dass sowohl Personen ohne psychische Belastungen als auch Personen mit Komorbiditäten des gesamten Spektrums an psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen an der Studie teilnahmen. Ausgeschlossen wurden lediglich Personen, die zum Erhebungszeitpunkt an einer Abhängigkeitsstörung mit Konsum oder einer psychotischen Episode litten, da dies die

Wahrnehmung in der Regel zu stark beeinträchtigt. Die deskriptive Auswertung der personenbezogenen Daten zeigte zudem, dass Personen weiblichen und männlichen Geschlechts in der Stichprobe der Proband:innen mit SIE ebenso ausgewogen vertreten waren, wie Personen mit Lernbehinderung, leichter oder mittelgradiger SIE. Die Altersrange der erwachsenen Teilnehmer:innen erstreckte sich von 18 bis 77 Lebensjahre. Der SAD - IE zeichnet sich somit durch einen breiten Anwendungsbereich bei gleichzeitig hoher statistischer Güte aus. Neben der nicht-repräsentativen Stichprobe ist auch die Einstufung des Schweregrades der Intelligenzminderung durch eine fragebogenbasierte Fremdbeurteilung (Koch et al., 2017) eine Limitation der vorliegenden Studie. Psychometrische Testverfahren hätten eine präzisere Einschätzung des Intelligenzniveaus zugelassen. Fehlende personelle und zeitliche Ressourcen vor Ort sowie ethische Vorbehalte sprachen gegen eine solche Testung.

Bei Menschen mit SIE wird häufig eine Konzentrationsspanne von maximal 30 Minuten als Richtwert angegeben (Laßmann et al., 2019). Bedenken, dass die Prüfversion SAD - gB mit 49 Items insbesondere für Proband:innen mit mittelgradiger SIE überfordernd sein könnte, bestätigten sich jedoch nicht. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer betrug 23.69 Minuten (SD 13.48) und die Rückmeldungen aus den Durchführungsprotokollen zeigten, dass Unterbrechungen des Erhebungsprozesses die Ausnahme waren bzw. längere Erhebungszeiten oftmals auf das Bedürfnis der Proband:innen zurückzuführen war, ihre Antworten gegenüber der Assistenzperson auszuführen. Für viele Personen mit SIE stellte die Bearbeitung des Fragebogens keine Belastung dar, sondern bot vielmehr die Möglichkeit, in einem Zweierkontakt ihren eigenen Gefühlen und Gedanken Raum zu geben.

Eine Besonderheit des SAD - IE im Vergleich zu anderen klinischen Selbstbeurteilungsbögen ist die Verwendung einer dreistufigen - statt der in der Psychologie sonst üblichen fünfstufigen -Likert-Skala. Mit der Wahl einer gleichbleibend formulierten dreistufigen Antwortskala wurde den Empfehlungen zur Methodik der Befragung von Menschen mit SIE nach Sonnenberg (2005) gefolgt. Dem erhöhten Risiko für Messartefakte wie Boden- und Deckeneffekte, die sich aus der reduzierten Anzahl an Antwortoptionen ergaben, wurde u.a. durch die Nutzung des WLSMV-Schätzer für ordinale Daten begegnet. Die Ergebnisse der Strukturanalysen lassen auf eine hinreichende Differenzierungsfähigkeit der Antwortskala schließen.

Die ursprüngliche Idee bei der Konstruktion des SAD - IE war es, in einem einzigen Screeninginstrument neben Depression das gesamte zielgruppenspezifische Spektrum an Angststörungen gemäß DM - ID 2 zu repräsentieren. Bezeichnenderweise handelte es sich bei allen vier Angstitems mit Faktorladungen $< .5$ um Items, die inhaltlich verschiedene Subtypen Spezifischer Phobie operationalisierten. Die Items wurden aus der Angstskala ausgeschlossen, wodurch die Endversion des SAD - IE keine Hinweise auf das Vorliegen einer Spezifischen Phobie geben kann. Neben dieser statistisch basierten Entscheidung, legen auch theoretische Überlegungen die Notwendigkeit eines eigenen Fragebogens für die Diagnostik Spezifischer Phobien bei der Zielgruppe nahe: Menschen mit SIE haben oft Schwierigkeiten Transfer- bzw. Generalisierungsleistungen zu vollziehen. Es war den offenen Rückmeldungen aus dem Durchführungsprotokoll zu entnehmen, dass es einigen Anwender:innen mit Tierphobie in Bezug auf Wespen oder Vögel nicht gelang das Frage-Item 36 (Haben Sie große Angst vor manchen Tieren? Zum Beispiel vor Hunden oder Spinnen oder Mäusen?) zu übertragen. Es bräuchte an dieser Stelle eine umfassende Aufzählung konkreter phobisch besetzter Reize.

Dies kann ein breit aufgestelltes Screeninginstrument wie der SAD - IE jedoch unter Berücksichtigung der geminderten Konzentrationsfähigkeit der Anwender:innen (Laßmann et al., 2019) nicht leisten. Im Hinblick auf die Depressionsskala wurden fünf Items aufgrund von Ladungen $< .5$ ausgeschlossen. Ihr Ausschluss stellte inhaltlich kein Problem dar, da die operationalisierten Symptom-Kriterien durch andere Items hinreichend abgedeckt sind. Lediglich der gemeinsame Ausschluss der Items 5 (Aggressivität gegenüber Objekten) und 6 (Aggressivität gegenüber sich selbst/anderen) ist aus klinischer Sicht problematisch. Gereiztheit und aggressives Verhalten stellt bei Menschen mit SIE in Abgrenzung zu normintelligenten Personen ein Merkmal depressiver Störungen dar und findet sich entsprechend unter den Kernkriterien des DM - ID 2 (Fletcher et al., 2017). In der Literatur finden sich Hinweise, dass Selbst- und Fremdaggression bei Menschen mit SIE zwar gehäuft bei komorbid vorliegender Depression auftreten, jedoch nicht ausschließlich. Vielmehr scheint aggressives Verhalten ein Ausdruck allgemeinen Distress zu sein (Crocker et al., 2014). Dies könnte eine Erklärung dafür sein, warum die Items 5 und 6 zu Aggression in der Prüfversion SAD - gB zwar höher auf den Faktor Depression, aber zugleich auch substantiell auf den Faktor Angst laden. Datengeleitet wurden beide Aggressionsitems aus der Depressionsskala entfernt, das ursprüngliche Item 6 zu Selbst- und Fremdaggression jedoch als Zusatzitem im SAD - IE weiterhin verwendet. Gemeinsam mit dem Zusatzitem zum Leidensdruck kann das Item zu Selbst- und Fremdaggression somit Informationen zur allgemeinen psychischen Belastung der Anwender:innen mit SIE über die Störungsbereiche von Angst und Depression hinaus liefern. Auf die Abfrage von aggressivem Verhalten im SAD - IE gänzlich zu verzichten, erscheint aus klinischer Perspektive nicht sinnvoll, da Selbst- und Fremdaggression in der Regel eine Indikation für Schutzmaßnahmen der betroffenen Person mit SIE bzw. ihres sozialen Umfeldes darstellen und einer weiterführenden diagnostischen Abklärung bedürfen.

Mit der Bereitstellung eines validierten Selbstbeurteilungsinstrumentes für Ängste und Depression schließt der SAD - IE eine Lücke im psychotherapeutischen Versorgungssystem für Menschen mit einer Lernbehinderung oder einer leichten bis mittelgradigen SIE. Es bleibt zudem zu hoffen, dass der SAD - IE darüber hinaus einen Beitrag in der dringend benötigten Psychotherapieforschung leisten kann. Weiterhin besteht ein großer Bedarf an Selbstbeurteilungsbögen, die auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit SIE eingehen. Der SAD - IE könnte dabei als Blaupause für die Entwicklung von zielgruppenspezifischen Selbstbeurteilungsinstrumenten für andere Störungsbilder wie Zwangsstörungen oder Posttraumatischer Belastungsstörungen dienen. Darüber hinaus gilt es Selbstbeurteilungsbögen bereit zu stellen, die Maße psychischen Wohlbefindens wie Selbstwernerleben oder Lebenszufriedenheit erheben.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Für Menschen mit SIE und komorbiden psychischen Störungen ist der Zugang zum Versorgungssystem deutlich erschwert. Eine zuverlässige und niederschwellig verfügbare Diagnostik ist aber die Voraussetzung für eine adäquate Behandlung. Der Fragebogen SAD - IE wird im Frühjahr 2026 über das Testarchiv des Leibniz-Institut für Psychologie (zpid) zum kostenfreien Download Anwender:innen zur Verfügung gestellt. So soll sichergestellt werden, dass weder strukturelle noch finanzielle Hürden einer breiten Anwendung im Wege stehen.

Alle an der Studie beteiligten Kooperationseinrichtungen (Psychotherapeutische Praxen, Werkstätten für Menschen mit SIE, Ambulante Dienste etc.) werden über die Verfügbarkeit per Mail informiert. Als weiterer Informationskanal sollen Homepages von Fachgesellschaften wie der Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) und die Verteiler der Landespsychotherapeutenkammern genutzt werden.

Die Studienergebnisse deuten auf eine gute Durchführbarkeit und eine hohe psychometrische Güte (s.o.) des SAD - IE als Screeningfragebogen für Angst und Depression bei Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen SIE oder einer Lernbehinderung hin. In der Praxis sowie in weiteren Studien sollte ergänzend seine Anwendung als Instrument zum Monitoring von Therapieprozessen sowie im Forschungskontext erprobt werden.

Der SAD - IE ist der erste Screeningfragebogen für die Zielgruppe, der sich inhaltlich an den spezifischen Kriterien des DM - ID 2 orientiert und zugleich in seiner Ausgestaltung die Regeln Leichter Sprache beachtet und Bilder zur Unterstützten Kommunikation nutzt. Eine Übersetzung des SAD - IE in andere Sprachen wäre daher wünschenswert. Zudem hat sich das Forschungsteam in den aktuell entstehenden Artikeln um eine transparente Darstellung des Entwicklungs- und Validierungsprozesses bemüht, so dass eine Übertragung des Vorgehens auf vergleichbare Projekte mit Proband:innen mit SIE leicht möglich ist. Es bedarf weitere Selbstbeurteilungsbögen für andere Störungsbilder (z.B. Zwangsstörungen) sowie allgemeine Indikatoren psychischen Wohlbefindens (z.B. Selbstwert) für Menschen mit SIE oder Lernbehinderungen.

7 Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

Publikation 1: Gabriel, A., Helmes, A. W., Brecht, C. T., Bräutigam, J. I., Wirtz, M. A., & Bengel, J. (2025). Structural Analysis of the German Self-Report Questionnaire for Anxiety and Depression in People With Disorders of Intellectual Development (SAD-IE). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(3), e70105.

Publikation 2: Psychometrische Güte des Selbstbeurteilungsbogens für Angst und Depression bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung (SAD - IE). Einreichung geplant November 2025.

Weitere projektbegleitend entstandene Publikationen zu Diagnostik und Versorgungslage bei Menschen mit SIE:

1: Gabriel A., & Helmes A. (2022). Peter – ein Oszillieren zwischen den Polen. In: Sappok, T. (Hrsg.). *Schon immer irgendwie anders: 12 Fallgeschichten zur psychischen Gesundheit bei Störungen der Intelligenzentwicklung* (S.98-100). Kohlhammer Verlag.

2: Gabriel A., & Helmes A. (2022). Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. *VPP aktuell*, 59, 4-7.

3: Sappok, T., Bayer, M., Helmes, A., Gabriel, A., Wagner, J., Styp von Rekowski, A., & Tergeist, M. (2023). Psychotherapie bei Störungen der Intelligenzentwicklung – aktuelle Evidenz und praktische Umsetzung. *Der Nervenarzt*, 94(5), 446-455.

4: Gabriel, A., Scharte, H., Helmes, A., & Bengel, J. (im Druck). Depressive Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. In: Graser, J., Kleischmann, A., Michalak, J. & Willutzki, U. (Hrsg.). Psychotherapie bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen – Grundlagen, Praxis und Perspektiven. Springer.

5: Gabriel, A., Heinz, J., Helmes, A., & Bengel, J. (im Druck). Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. In: Graser, J., Kleischmann, A., Michalak, J. & Willutzki, U. (Hrsg.). Psychotherapie bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen – Grundlagen, Praxis und Perspektiven. Springer.

IV Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association, Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., & Zaudig, M. (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM - 5®. Hogrefe.

Beck, A. T., Margraf, J. & Ehlers, A. (2007). Beck-Angst-Inventar. Deutschsprachige Adaptation des Beck Anxiety Inventory. Harcourt Test Services.

Brauer, K., Ranger, J. & Ziegler M. (2023). Confirmatory Factor Analyses in Psychological Test Adaptation and Development. A Nontechnical Discussion of the WLSMV Estimator. *Psychological Test Adaptation and Development*, 4(1), 4-12.

Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27–35.

Costello, H. & Bouras, N. (2006). Assessment of mental health problems in people with intellectual disabilities. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 43 (4), 241–251.

Crocker, A. G., Prokić, A., Morin, D., & Reyes, A. (2014). Intellectual disability and co-occurring mental health and physical disorders in aggressive behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(11), 1032-1044.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [DGPPN]. (2009). Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen. Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven. Berlin: Herausgeber.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.

Fletcher, R. J., Loschen, E. L., & Stavrakaki, C. (2017). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability 2 (DM - ID-2): A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*, (2. Aufl.). Kingston.

Gabriel, A., Helmes, A. W., Brecht, C. T., Bräutigam, J. I., Wirtz, M. A., & Bengel, J. (2025). Structural Analysis of the German Self-Report Questionnaire for Anxiety and Depression in

People With Disorders of Intellectual Development (SAD-IE). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(3), e70105.

Glaserapp, J., Dorrman, W., Möslers, T., Rose, A., Poppek, S., & Kemper, J. (2019). Auf dem Weg zu einer barrierefreien Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung. In W. Dorrman, T. Möslers, A. Rose, S. Poppek & J. Kemper (Hrsg.), *Psychotherapie von und für Menschen mit Behinderung* (S. 33-50). Psychotherapie-Verlag.

Greving, H. & Gröschke, D. (Hrsg.). (2000). *Geistige Behinderung-Reflexionen zu einem Phantom. Ein interdisziplinärer Diskurs um einen Problembegriff*. Klinkhardt.

Hamers, P. C. M., van Ool, J. S., Festen, D. A. M., Hendriksen, J. G. M., Bindels, P. J. E., & Hermans, H. (2019). Reliability and validity of the Dutch Anxiety, Depression And Mood Scale in adults aged <50 years with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 32 (3), 568–574.

Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C., & Beck, A. T. (2006). *Beck Depressions-Inventar BDI - II (Revision)*. Harcourt Test Services.

Hermans, H., Wieland, J., Jelluma, N., Van der Pas, F. H. & Evenhuis, H. (2013). Reliability and validity of the Dutch version of the Glasgow Anxiety Scale for people with an Intellectual Disability (GAS-ID). *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (8), 728–736.

Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Evaluating model fit: a synthesis of the structural equation modelling literature. In *7th European Conference on research methodology for business and management studies* (Vol. 2008, pp. 195-200).

Janßen, C. (2018). *Psychotherapie mit Menschen geistiger Behinderung. Besonderheiten einer vernachlässigten Klientel in der Praxis*. *Psychotherapeutenjournal*, 17(4), 337-44.

Kline, R. B. (2023). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Press.

Koch, A., Dobrindt, J. & Schützwahl, M. (2017). *Level of Intellectual Disability Assessment Sheet*. Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany. Zugriff am: 24.01.2021. Verfügbar unter: <https://tinyurl.com/prompt-id-studie>

Kremitzl, K., Engenhorst, A., Simon, T., Wunsch, A., Straub, R., & Nübling, R. (2018). Zur psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg. Eine Befragung Psychologischer Psychotherapeutinnen. *Psychotherapeutenjournal*, 17(2), 135-134.

Kühner, C. B. C. K., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI - II). *Der Nervenarzt*, 78(6), 651-656.

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. (2014). *Mangelhafte psychotherapeutische Versorgung für geistig behinderte Menschen*. Zugriff am 13.10.2020. Verfügbar unter: <https://www.lpk-bw.de/nachrichten/presse>

Laßmann, S., Köb, S., Janz, F., Trumpha, S., & Heyl, V. (2019). Einstellungen von Kindern und Jugendlichen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu Inklusion: Übersetzung eines Fragebogens in Leichte Sprache. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 70(9), 430-441.

Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd. ed.). Wiley series in probability and statistics. Wiley.

Lotz, W., & Koch, U. (1994). Zum Vorkommen psychischer Störungen bei Personen mit geistiger Behinderung. Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. In W. Lotz, U. Koch & B. Stahl (Hrsg.), *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte* (S. 13-39). Huber.

Moss, S., Prosser, H., Ibbotson, B. & Goldberg, D. (1996). Factors associated with staff support and resident lifestyle in services for people with multiple disabilities: a path analytic approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40 (5), 457–465.

Müller, K. (2022). Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: Validierung von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten in deutscher Sprache [Unveröffentlichte Dissertation]. Universität Freiburg.

Müller, K., Helmes, A., Kleischmann, A., & Bengel, J. (2022). Assessing psychiatric symptomatology in adults with intellectual disabilities: Psychometric properties of German versions of the PAS - ADD checklist and the mini PAS - ADD. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 15(2), 111-129.

Müller, K., Helmes, A., Kleischmann, A., Graser, J., & Bengel, J. (2024). Screening for depression: Psychometric properties of the German version of the Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability (individual and carer version). *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 37(1), e13157.

Müller, K., Kufner, K., Prange, K., & Bengel, J. (2019). Screeninginstrument für Angst bei Menschen mit Intelligenzminderung: Deutsche Version der "Glasgow Anxiety Scale for People with an Intellectual Disability" (GAS-ID). *Psychiatrische Praxis*, 46 (5), 274-273.

Netzwerk Leichte Sprache (2020). *Leichte Sprache*. Zugriff am 13.10.2020. Verfügbar unter: <https://www.leichte-sprache.org/>

Neuhäuser, G., Steinhausen, H.-C., Häbeler, F., & Sarimski, K. (2013). *Geistige Behinderung: Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4. Aufl.). Kohlhammer.

Nilges, P., & Essau, C. (2015). Depression, anxiety and stress scales: DASS—A screening procedure not only for pain patients. *Der Schmerz*, 29, 649-657.

Pohontsch, N., & Meyer, T. (2015). Das kognitive Interview – Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. *Die Rehabilitation*, 54(01), 53-59.

Ruopp, M. D., Perkins, N. J., Whitcomb, B. W., & Schisterman, E. F. (2008). Youden Index and Optimal Cut-Point Estimated from Observations Affected by a Lower Limit of Detection. *Biometrical Journal*, 50 (3), 419–430.

Schafer, J. L., & Graham, J. W. (2002). Missing data: our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7(2), 147.

Scharte, H. (2020). Erstellung eines Itempools zur Diagnostik von Depression und Ängsten bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung [Unveröffentlichte Bachelorarbeit]. Universität Freiburg.

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.

Schmidt, H., & Meir, S. (2014). Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 30–33). Schattauer.

Seidel, M. (2014). Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland. Statistik, Lebenswelten, Hilfesysteme und Sozialrecht. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 6–17). Schattauer.

Sonnenberg, K. (2005). Beteiligung statt Ausgrenzung - Zur Methodik der Befragung von Menschen mit Behinderung. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 56(6), 45-53.

Swets, J.A. (1996). *Signal Detection Theory and ROC Analysis in Psychology and Diagnostics: Collected Papers* (1st ed.). Psychology Press.

Weber G., Fritsch A. (2003). Diagnostikum psychischer Störungen bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. PAS - ADD Checkliste und Mini PAS - ADD, deutschspr. Version [Unv. Man.]. Universität Wien.

V Anlagen

- Anlage 1: SAD-gB
- Anlage 2: SAD-IE
- Anlage 3: Durchführungsprotokoll
- Anlage 4: Item-Basispool Depression
- Anlage 5: Item-Basispool Angst
- Anlage 6: Fit-Indizes der CFA-Modelle
- Anlage 7: AUC-Werte
- Anlage 8: Konstrukt- und Kriteriumsvaliditäten

Code: _ _ _ _ _



SAD-gB

Selbstbeurteilungsbogen für Angst und Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung



Entwickelt von der Arbeitsgruppe Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
am Institut für Psychologie der Universität Freiburg

Frage-Bogen zu Angst und Depression

Dies ist ein Frage-Bogen.

Wir möchten wissen:

Wie geht es Ihnen?

Wie haben Sie sich in letzter Zeit gefühlt?

Denken Sie an die letzten 2 Wochen.

Es gibt keine falschen Antworten.



Sie müssen den Frage-Bogen nicht allein ausfüllen.

Es kann Ihnen jemand dabei helfen.

Zum Beispiel Verwandte.

Oder ein Betreuer.

Oder eine Betreuerin.

Die Person kann Ihnen die Fragen vorlesen.

Oder sie kann Ihnen erklären:

Was bedeutet die Frage.

Der Fragebogen hat 49 Fragen.

Nach jeder Frage haben wir

3 Antworten aufgeschrieben.



Das sieht zum Beispiel so aus:

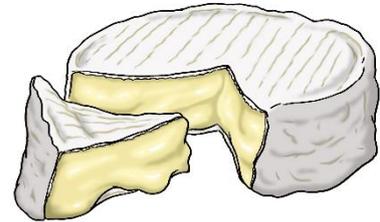
Mögen Sie Käse?

Wenn Sie Käse mögen,
kreuzen Sie an: Ja.

Wenn Sie manchen Käse mögen,
kreuzen Sie an: Teilweise.

Wenn Sie manchmal Käse mögen,
kreuzen Sie an: Teilweise.

Wenn Sie keinen Käse mögen,
kreuzen Sie an: Nein.



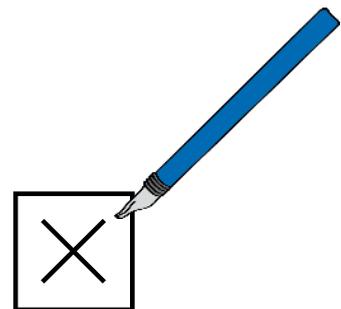
Probieren Sie es gleich aus!

Nehmen Sie einen Stift.

Kreuzen Sie im Beispiel die Antwort an,
die für Sie am besten passt.

Kreuzen Sie an:

- Ja
- Teilweise
- Nein



Bitte beantworten Sie jetzt alle Fragen aus dem Frage-Bogen.

Denken Sie nicht lange über die Antwort nach!

Kreuzen Sie immer nur eine Antwort an.

In den letzten 2 Wochen...

Frage 1: Sind Sie oft traurig?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 2: Weinen Sie oft?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 3: Ist Ihnen alles egal?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 4: Sind Sie schnell genervt?

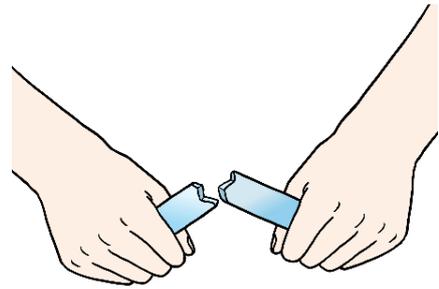
- Ja
- Teilweise
- Nein



In den letzten 2 Wochen...

Frage 5: Wenn Sie wütend sind, machen Sie dann Sachen kaputt?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 6: Wenn Sie wütend sind, tun Sie anderen oder sich selbst weh?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 7: Haben Sie weniger Lust auf Aktivitäten?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 8: Freuen Sie sich weniger?

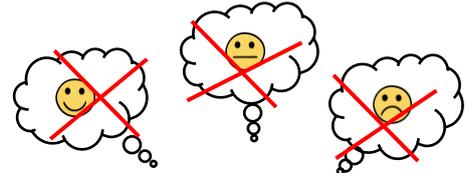
- Ja
- Teilweise
- Nein



In den letzten 2 Wochen...

Frage 9: Können Sie manchmal gar nichts fühlen?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 10: Können Sie Dinge nicht mehr tun, wenn Sie schlechte Stimmung haben?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 11: Haben Sie weniger Lust auf andere Leute als sonst?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 12: Essen Sie mehr, wenn Sie schlechte Stimmung haben?

- Ja
- Teilweise
- Nein



In den letzten 2 Wochen...

Frage 13: Haben Sie weniger Lust auf Essen als sonst?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 14: Schlafen Sie nachts schlecht?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 15: Sind Sie am Tag müde?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 16: Sind Sie oft unruhig?

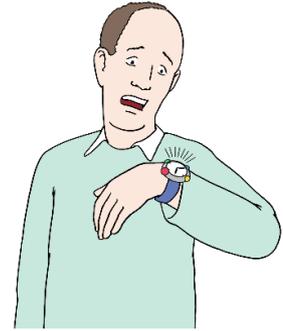
- Ja
- Teilweise
- Nein



In den letzten 2 Wochen...

Frage 17: Brauchen Sie für alles länger als sonst?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 18: Ist alles anstrengender für Sie, wenn Sie schlechte Stimmung haben?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 19: Fühlen Sie sich oft ohne Energie?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 20: Wollen Sie am liebsten nichts tun?

- Ja
- Teilweise
- Nein



In den letzten 2 Wochen...

**Frage 21: Glauben Sie,
Sie machen alles falsch?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 22: Denken Sie oft schlecht über sich?

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 23: Können Sie sich schlechter
konzentrieren als sonst?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 24: Denken Sie oft an den Tod?

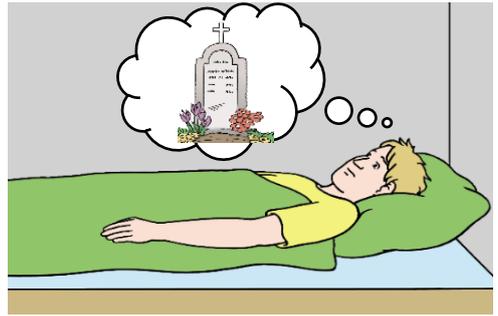
- Ja
- Teilweise
- Nein



In den letzten 2 Wochen...

Frage 25: Möchten Sie nicht mehr leben?

- Ja
- Teilweise
- Nein



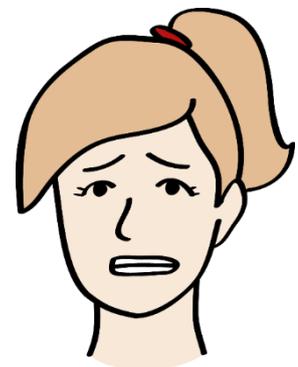
Frage 26: Denken Sie immer wieder über das Gleiche nach?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 27: Macht Ihnen die Zukunft Angst?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 28: Haben Sie oft sehr große Angst?

- Ja
- Teilweise
- Nein



In den letzten 2 Wochen...

Frage 29: Haben Sie mehr Angst als andere?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 30: Machen Sie Sachen nicht, weil Sie Angst haben?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 31: Wenn Sie Angst haben, machen Sie Sachen nur, wenn jemand dabei ist?

- Ja
- Teilweise
- Nein



Frage 32: Wenn Ihr liebster Mensch nicht da ist, haben Sie dann große Angst?

- Ja
- Teilweise
- Nein



In den letzten 2 Wochen...

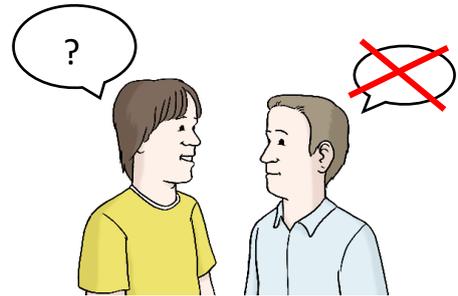
**Frage 33: Denken Sie oft daran,
dass Ihr liebster Mensch sterben könnte?**

- Ja
 Teilweise
 Nein



**Frage 34: Kennen Sie das: Sie wollen sprechen,
aber Sie können es nicht?**

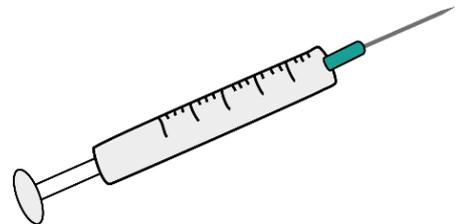
- Ja
 Teilweise
 Nein



**Frage 35: Haben Sie große Angst,
wenn Sie Blut oder Spritzen sehen?**

(Kreuzen Sie „Ja“ an, auch wenn nur eines davon zutrifft.)

- Ja
 Teilweise
 Nein

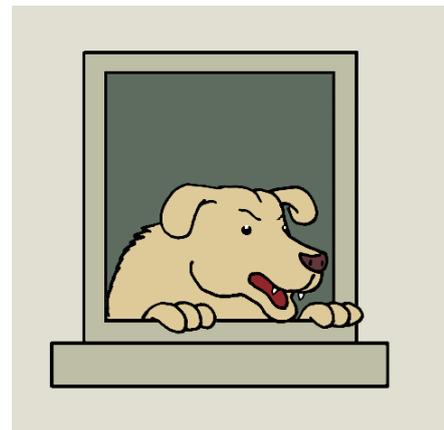


Frage 36: Haben Sie große Angst vor manchen Tieren?

Zum Beispiel vor

- **Hunden,**
- **oder Spinnen,**
- **oder Mäusen?**

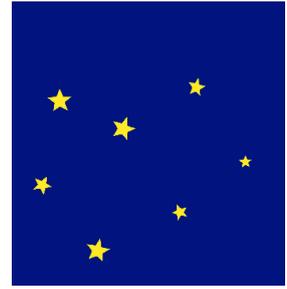
- Ja
 Teilweise
 Nein



In den letzten 2 Wochen...

Frage 37: Haben Sie große Angst im Dunkeln?

- Ja
- Teilweise
- Nein



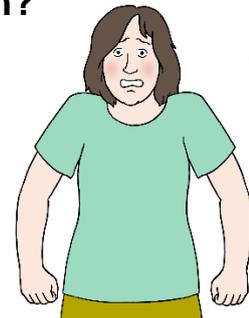
Frage 38: Haben Sie Angst in großer Höhe?

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 39: Kommt es vor,
dass Sie ohne Grund sehr große Angst bekommen?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 40: Kommt es vor,
dass Sie Angst ganz stark im Körper spüren?**

Zum Beispiel:

- **Sie schwitzen.**
- **Ihnen ist übel.**
- **Ihr Herz klopft ganz stark.**

- Ja
- Teilweise
- Nein



In den letzten 2 Wochen...

**Frage 41: Haben Sie Angst davor,
dass die sehr große Angst wieder kommt?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 42: Haben Sie Angst im Bus
oder in der Bahn?**

- Ja
- Teilweise
- Nein

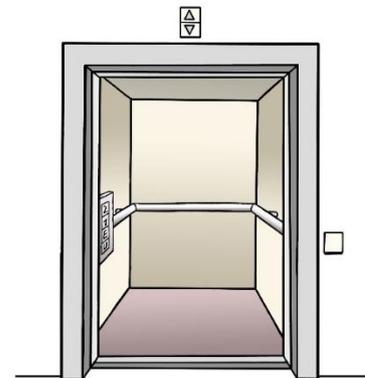


Frage 43: Haben Sie Angst in kleinen und engen Räumen?

Zum Beispiel:

- Im Fahr-Stuhl
- In einer WC-Kabine

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 44: Haben Sie Angst an Orten,
wo viele Menschen sind?**

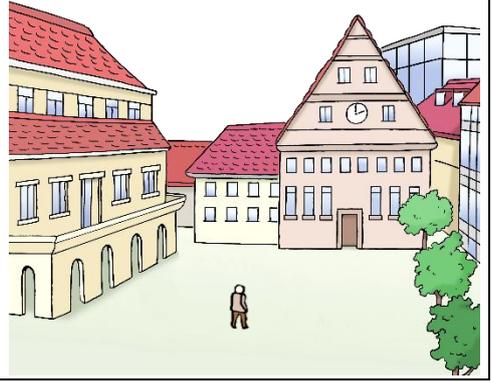
- Ja
- Teilweise
- Nein



In den letzten 2 Wochen...

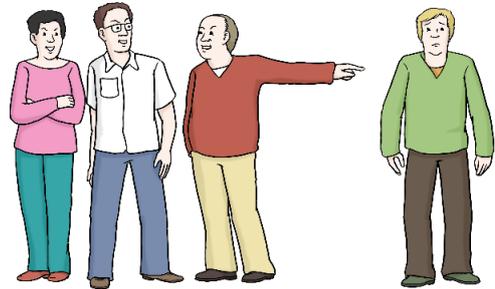
**Frage 45: Haben Sie Angst,
allein auf einem großen Platz zu sein?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



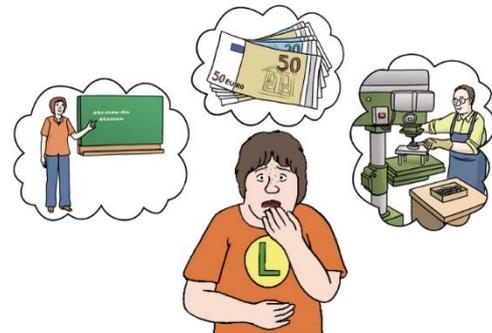
**Frage 46: Haben Sie große Angst,
dass andere Menschen schlecht über Sie denken?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 47: Machen Sie sich viele Sorgen
über verschiedene Sachen?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 48: Können Sie nicht aufhören,
sich Sorgen zu machen?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



In den letzten 2 Wochen...

**Frage 49: Leiden Sie sehr
unter Ihren Gefühlen und Gedanken?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



Informationen zu den Bildern

Diese Bilder wurden gezeichnet von:

Büro für Leichte Sprache im CJD Erfurt

- 2. Bild auf Seite 2
- Frage 3
- Frage 13
- Frage 18, Frage 19
- Frage 26, Frage 27
- Frage 29
- Frage 35

Diese Bilder wurden gezeichnet von:

© Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V., Illustrator Stefan Albers

- Bild auf dem Deckblatt
- Alle Bilder auf Seite 1
- 1. Bild auf Seite 2
- Frage 1, Frage 2, Frage 4
- Frage 5, Frage 6, Frage 7*, Frage 8*
- Frage 9*, Frage 10*, Frage 11*, Frage 12*
- Frage 14*, Frage 15*, Frage 16*
- Frage 17, Frage 20
- Frage 21*, Frage 22*, Frage 23*, Frage 24
- Frage 25*, Frage 28
- Frage 30*, Frage 31, Frage 32*
- Frage 33, Frage 34*, Frage 36*
- Frage 37*, Frage 38, Frage 39, Frage 40*
- Frage 41*, Frage 42, Frage 43, Frage 44*
- Frage 45*, Frage 46, Frage 47*, Frage 48*
- Frage 49

Bilder mit einem * wurden durch die Arbeitsgruppe für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg für diesen Fragebogen angepasst. Die Anpassungen wurden von der Lebenshilfe Bremen freigegeben.



Frage-Bogen zu Angst und Depression

SAD-IE

Selbstbeurteilungsbogen
für Angst und Depression
bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung



Frage-Bogen zu Angst und Depression

Dies ist ein Frage-Bogen.

Wir möchten wissen:

Wie geht es Ihnen?

Wie haben Sie sich in letzter Zeit gefühlt?

Denken Sie an die letzten 2 Wochen.

Es gibt keine falschen Antworten.

Frage-Bogen

~~~~~ ?

~~~~~ ▶ 😊 😐 😞

~~~~~ ?

~~~~~ ?

~~~~~ ?

~~~~~ ?

~~~~~ ?

~~~~~ ?

~~~~~

Sie müssen den Frage-Bogen nicht allein ausfüllen.

Es kann Ihnen jemand dabei helfen.

Zum Beispiel Verwandte.

Oder ein Betreuer.

Oder eine Betreuerin.

Die Person kann Ihnen die Fragen vorlesen.

Oder sie kann Ihnen erklären:

Was bedeutet die Frage.

Der Fragebogen hat 39 Fragen  
und 2 Zusatz-Fragen.

Nach jeder Frage haben wir  
3 Antworten aufgeschrieben.



Das sieht zum Beispiel so aus:

### **Mögen Sie Käse?**

Wenn Sie Käse mögen,

kreuzen Sie an: Ja.

Wenn Sie manchen Käse mögen,

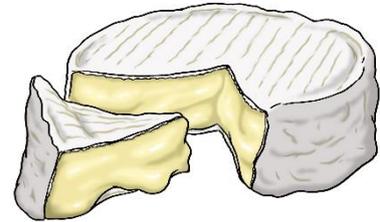
kreuzen Sie an: Teilweise.

Wenn Sie manchmal Käse mögen,

kreuzen Sie an: Teilweise.

Wenn Sie keinen Käse mögen,

kreuzen Sie an: Nein.



Probieren Sie es gleich aus!

Nehmen Sie einen Stift.

Kreuzen Sie im Beispiel die Antwort an,

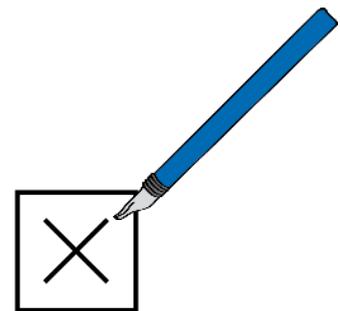
die für Sie am besten passt.

Kreuzen Sie an:

Ja

Teilweise

Nein



Bitte beantworten Sie jetzt alle Fragen aus dem Frage-Bogen.

Denken Sie nicht lange über die Antwort nach!

Kreuzen Sie immer nur eine Antwort an.

## In den letzten 2 Wochen...

**Frage 1: Sind Sie oft traurig?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 2: Weinen Sie oft?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 3: Sind Sie schnell genervt?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 4: Haben Sie weniger Lust auf Aktivitäten?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



## In den letzten 2 Wochen...

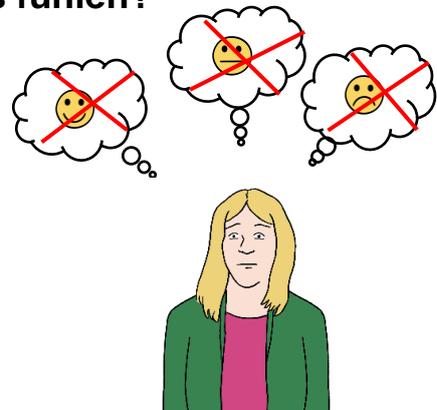
**Frage 5: Freuen Sie sich weniger?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 6: Können Sie manchmal gar nichts fühlen?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



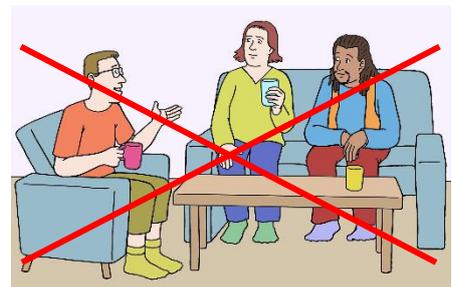
**Frage 7: Können Sie Dinge nicht mehr tun, wenn Sie schlechte Stimmung haben?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 8: Haben Sie weniger Lust auf andere Leute als sonst?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



## In den letzten 2 Wochen...

**Frage 9: Haben Sie weniger Lust auf Essen als sonst?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 10: Schlafen Sie nachts schlecht?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 11: Sind Sie am Tag müde?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 12: Sind Sie oft unruhig?**

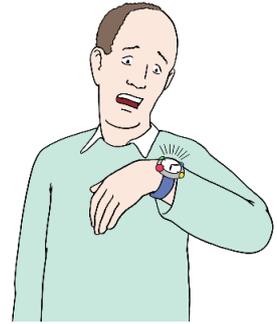
- Ja
- Teilweise
- Nein



## In den letzten 2 Wochen...

**Frage 13: Brauchen Sie für alles länger als sonst?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 14: Ist alles anstrengender für Sie, wenn Sie schlechte Stimmung haben?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 15: Fühlen Sie sich oft ohne Energie?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 16: Wollen Sie am liebsten nichts tun?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



## In den letzten 2 Wochen...

**Frage 17: Glauben Sie,  
Sie machen alles falsch?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 18: Denken Sie oft schlecht über sich?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



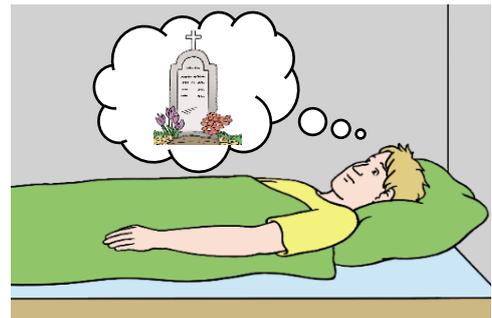
**Frage 19: Können Sie sich schlechter  
konzentrieren als sonst?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 20: Möchten Sie nicht mehr leben?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



## In den letzten 2 Wochen...

**Frage 21: Denken Sie immer wieder über das Gleiche nach?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 22: Macht Ihnen die Zukunft Angst?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 23: Haben Sie oft sehr große Angst?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 24: Haben Sie mehr Angst als andere?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



## In den letzten 2 Wochen...

**Frage 25: Machen Sie Sachen nicht,  
weil Sie Angst haben?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 26: Wenn Sie Angst haben,  
machen Sie Sachen nur,  
wenn jemand dabei ist?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 27: Wenn Ihr liebster Mensch nicht da ist,  
haben Sie dann große Angst?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 28: Denken Sie oft daran,  
dass Ihr liebster Mensch sterben könnte?**

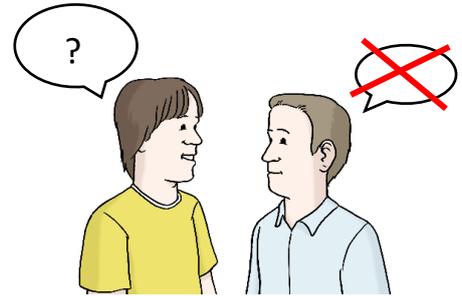
- Ja
- Teilweise
- Nein



## In den letzten 2 Wochen...

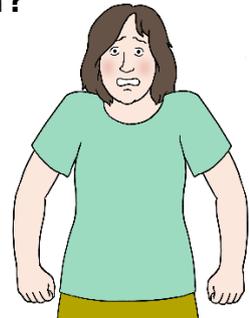
**Frage 29: Kennen Sie das: Sie wollen sprechen, aber Sie können es nicht?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 30: Kommt es vor, dass Sie ohne Grund sehr große Angst bekommen?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 31: Kommt es vor, dass Sie Angst ganz stark im Körper spüren?**

**Zum Beispiel:**

- Sie schwitzen.
- Ihnen ist übel.
- Ihr Herz klopft ganz stark.

- Ja
- Teilweise
- Nein



## In den letzten 2 Wochen...

**Frage 32: Haben Sie Angst davor,  
dass die sehr große Angst wieder kommt?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 33: Haben Sie Angst im Bus  
oder in der Bahn?**

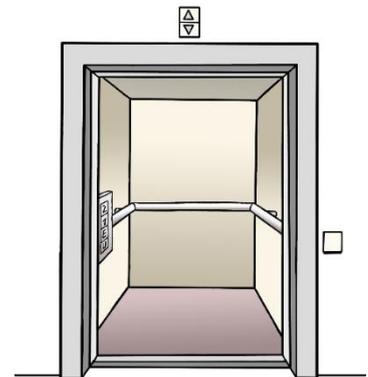
- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 34: Haben Sie Angst in kleinen und engen Räumen?**

**Zum Beispiel:**

- Im Fahr-Stuhl
  - In einer WC-Kabine
- Ja
  - Teilweise
  - Nein



**Frage 35: Haben Sie Angst an Orten,  
wo viele Menschen sind?**

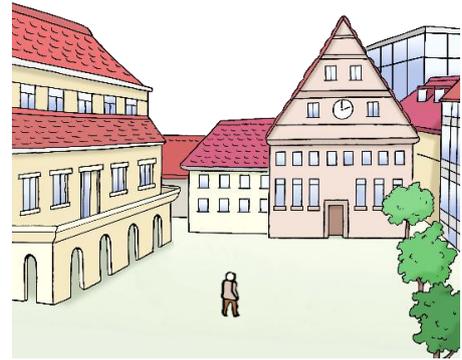
- Ja
- Teilweise
- Nein



## In den letzten 2 Wochen...

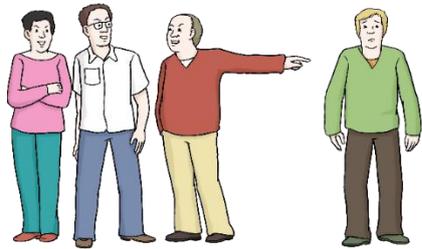
**Frage 36: Haben Sie Angst,  
allein auf einem großen Platz zu sein?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



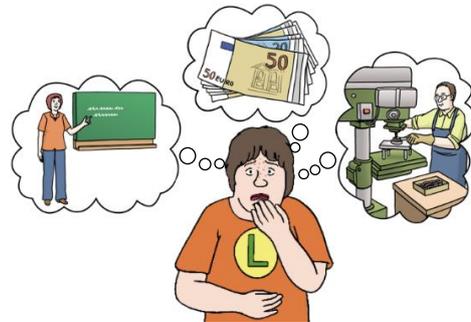
**Frage 37: Haben Sie große Angst,  
dass andere Menschen schlecht über Sie denken?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 38: Machen Sie sich viele Sorgen  
über verschiedene Sachen?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Frage 39: Können Sie nicht aufhören,  
sich Sorgen zu machen?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



## In den letzten 2 Wochen...

**Zusatz-Frage A: Leiden Sie sehr  
unter Ihren Gefühlen und Gedanken?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



**Zusatz-Frage B: Wenn Sie wütend sind,  
tun Sie anderen oder sich selbst weh?**

- Ja
- Teilweise
- Nein



### **Informationen zu den Bildern**

Diese Bilder wurden gezeichnet von:

Büro für Leichte Sprache im CJD Erfurt

- 2. Bild auf Seite 3
- Frage 9
- Frage 14, Frage 15
- Frage 21, Frage 22, Frage 24

Diese Bilder wurden gezeichnet von:

© Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V., Illustrator Stefan Albers

- Bild auf dem Deckblatt
- Alle Bilder auf Seite 1
- 1. Bild auf Seite 2
- Frage 1, Frage 2, Frage 3, Frage 4\*
- Frage 5\*, Frage 6\*, Frage 7\*, Frage 8\*
- Frage 10\*, Frage 11\*, Frage 12\*
- Frage 13, Frage 16
- Frage 17\*, Frage 18\*, Frage 19\*, Frage 20\*
- Frage 23
- Frage 25\*, Frage 26, Frage 27\*, Frage 28
- Frage 29\*, Frage 30, Frage 31\*
- Frage 32\*, Frage 33, Frage 34, Frage 35\*
- Frage 36\*, Frage 37, Frage 38\*, Frage 39\*
- Zusatz-Frage A, Zusatz-Frage B

Bilder mit einem \* wurden durch die Arbeitsgruppe für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg für diesen Fragebogen angepasst. Die Anpassungen wurden von der Lebenshilfe Bremen freigegeben.



**Durchführungsprotokoll für VersuchsleiterInnen  
im Rahmen der Studie SAD-gB:  
Entwicklung und Validierung eines Selbstbeurteilungsbogens für  
Angst und Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich als VersuchsleiterIn zur Verfügung gestellt haben. Wir möchten Ihnen zunächst einige Hinweise zur Durchführung der Erhebung geben.

Hinweise zur Durchführung:

- Ziel ist es, dass der oder die ProbandIn mit kognitiver Beeinträchtigung den Fragebogen so selbstständig wie möglich bearbeitet.
- Ihre Aufgabe als VersuchsleiterIn ist es, den oder die ProbandIn beim Ausfüllen im individuell notwendigen Maße zu unterstützen.
- Bitte führen Sie die Erhebung immer nur mit einem Probanden oder einer Probandin gleichzeitig durch.
- Lesen Sie zu Erhebungsbeginn gemeinsam mit dem oder der ProbandIn die Instruktionen des SAD-gB durch. Stellen Sie hierbei sicher, dass sowohl das Vorgehen als auch die Antwortkategorien verstanden wurden. Die Beispielfrage „Essen Sie gerne Käse?“ dient hierbei der Kontrolle.
- Für ProbandInnen mit höherem Unterstützungsbedarf kann ein Vorlesen der **Fragen** mit Nennung des **Zeitkriteriums** („In den letzten 2 Wochen...“) und der **Antwortoptionen** notwendig sein.
- Bitte seien Sie auch bei ProbandInnen mit scheinbar geringem Unterstützungsbedarf während der Erhebung durchgehend anwesend, um bei Verständnisproblemen und Rückfragen als AnsprechpartnerIn zur Verfügung zu stehen.
- Werden einzelne Worte oder Fragen nicht verstanden, bieten Sie zunächst synonyme Formulierungen an. Geben Sie in einem zweiten Schritt alltagsnahe Beispiele.
- Bitte unterstützen Sie den oder die ProbandIn dabei, seine oder ihre **eigene** Sichtweise zum Ausdruck zu bringen. Der SAD-gB erfragt das subjektive Erleben der ProbandInnen, das vom äußeren Eindruck abweichen kann.
- Bitte prüfen Sie vor Beendigung der Erhebung, ob alle Fragen vollständig beantwortet wurden.
- Wurde mindestens eines der beiden Suizidalitätsitems (Item 24 und 25) bejaht, klären Sie bitte das Suizidalitätsrisiko ab und leiten die notwendigen Unterstützungsmaßnahmen ein.

Außerdem bitten wir Sie **direkt im Anschluss** an die Erhebung einige Fragen zum Erhebungsverlauf zu beantworten. Diese Fragen finden Sie auf Seite 2 des Dokuments.

Albert-Ludwigs-Universität  
Freiburg

Institut für Psychologie  
Arbeitsgruppe  
Rehabilitationspsychologie  
und Psychotherapie

Leiter der Arbeitsgruppe  
Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

Forschungsgruppe SAD-gB  
Dr. Julia Bräutigam  
M.Sc. Anika Gabriel  
Dr. Almut Helmes  
Prof. Dr. Markus Wirtz

Engelbergerstr. 41  
79106 Freiburg

Tel. 0761-203-3041  
Sekt. 0761-203-3046  
Fax 0761-203-3040

anika.gabriel@psychologie.uni-  
freiburg.de

1. Wie viel Zeit hat der oder die ProbandIn gebraucht, um den SAD-gB auszufüllen?

\_\_\_\_\_ Minuten

2. Musste die Erhebung unterbrochen werden?

nein

ja

Falls die Erhebung unterbrochen werden musste, geben Sie bitte die Gründe an:

---

---

3. Wie hoch war der notwendige Grad an Unterstützung, damit der oder die ProbandIn den SAD-gB bearbeiten konnte?

keine Unterstützung notwendig

etwas Unterstützung notwendig

starke Unterstützung notwendig

Falls Unterstützung notwendig war, geben Sie bitte die Art der Unterstützung an:

---

---

4. Gab es irgendwelche Besonderheiten, die Sie uns gerne mitteilen möchten?

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Anlage 4: Item-Basispool Depression

### Item-Basispool Depression nach Scharte (2020)

Kriterium	Manual	Item	Entnommen aus Skala
depressive Stimmung	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	Ich bin traurig	vereinfachtes BDI, STADI, EDS
		Ich möchte weinen	EDS
		Ich weine	vereinfachtes BDI
		Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr empfinden	DASS-21
		ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig	DASS-21
		War ich deprimiert/niedergeschlagen	ADS
		musste ich weinen	ADS
		war ich traurig	ADS
		konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Familie/Freunde versuchten aufzuheitern	ADS
		Item 1: Traurigkeit	BDI-II
		Item 10: Weinen	BDI-II
		war ich niedergeschlagen und traurig	DASS-21
		In letzter Zeit kommen mir öfter die Tränen	D-S
		Ich weine leicht	D-S, TDS
		Ich fühle mich niedergeschlagen und schwermütig	D-S
		leicht weinen	HSCL25
		sich schwermütig fühlen	HSCL25
		Oft fühle ich mich einfach miserabel	D-S
		Stimmung	QIDS16
		... Haben Sie sich bedrückt oder traurig gefühlt?	MDI
		Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit, Hoffnungslosigkeit	PHQ-9
		Ich fühle mich bedrückt, schwermütig und traurig	SDS
		Mir ist oft nach Weinen zumute	SDS
		Ich fühle mich glücklich	HADS
		Neigung zum Weinen	SCL 90
		Schwermut	SCL 90
		Mir ist zum Heulen zumute	STADI
Ich bin in guter Stimmung	STADI		
Ich bin schlechter Stimmung	STADI		
Mir geht es schlecht	STADI		
Ich bin deprimiert	STADI		
Ich bin unglücklich	STADI		
Ich bin niedergeschlagen	STADI		
Ich fühle mich traurig	TDS		
gereizte Stimmung:	DM-ID 2, DC-LD	Ich fühle mich gereizt und verärgert	vereinfachtes BDI
		Item 17: Reizbarkeit	BDI-II
		Ich bin gereizter als gewohnt	SDS
		dem Gefühl leicht reizbar oder verärgerbar zu sein	SCL 90
		Ich fand mich ziemlich empfindlich	DASS-21
	Ich fühle mich angespannt oder überreizt	HADS, TDS	
Interessensverlust	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD:	habe ich weniger geredet als sonst	ADS
		fühlte ich mich einsam	ADS
		Item 4: Verlust von Freude	BDI-II
		Item 12: Interesselosigkeit,	BDI-II
		Es fällt mir schwer etwas zu genießen	vereinfachtes BDI
		Mir fehlt das Interesse an Menschen	vereinfachtes BDI
		Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen	vereinfachtes BDI
		Ich möchte etwas unternehmen	EDS
		Ich habe viele meiner Interessen und Beschäftigungen aufgegeben	CRSD
		Ich war nicht in der Lage mich für irgendetwas zu begeistern	DASS-21
		Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte	DASS-21
		Ich gehe immer noch gern aus und treffe Leute	CRSD
		sich interessenslos fühlen	HSCL25
		Interesse/Beteiligung am Leben	QIDS16
		Ich finde keinen Kontakt mehr zu anderen	D-S
		Ich habe Freude an den verschiedensten Spielen und Freizeitbeschäftigungen	D-S
		hatten Sie kein Interesse an Ihren täglichen Aktivitäten	MDI
fühlten Sie sich passiver als sonst	MDI		

## Anlage 4

		Wenig Interesse oder Freude an Ihren Aktivitäten	PHQ-9
		Ich mache Dinge, die ich früher tat, immer noch gern	SDS
		Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst	HADS
		Ich bin besorgt um mein Aussehen	vereinfachtes BDI
		Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren	HADS
		Ich habe das Gefühl, dass ich das Interesse an vielem verliere	TDS
Antrieb	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD:	war alles anstrengend für mich	ADS
		konnte ich mich zu nichts aufraffen	ADS
		Item 15: Verlust an Energie	BDI-II
		Ich bin oft erschöpft	CRSD
		Ich bin müde und lustlos	vereinfachtes BDI
		Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen	vereinfachtes BDI
		Gefühl das alles eine Anstrengung ist	HSCL25
		Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen	DASS-21
		Ich fand alles anstrengend	DASS-21
		Ich muss mich sehr dazu antreiben etwas zu tun	D-S
		Energielosigkeit	QIDS16
		hatten Sie das Gefühl, das Ihnen Energie und Kräfte fehlen?	MDI
		Müdigkeit oder Gefühl keine Energie zu haben	MDI
		Ich habe das Gefühl, dass ich mich zu allem anstrengen muss	TDS
		Ich fühle mich kraftlos und träge	TDS
Appetit und Gewichtsveränderung	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD:	hatte ich kaum Appetit	ADS
		Item 18: Veränderung des Appetits	BDI-II
		Ich habe keinen Appetit	vereinfachtes BDI
		Ich kann sagen, dass ich ganz schön abgenommen haben	CRSD
		Ich muss mich dazu zwingen wenigstens ein bisschen zu essen	CRSD
		Ich verliere an Gewicht	CRSD
		Appetitlosigkeit	HSCL25
		Ich esse genauso gern wie sonst	CRSD
		Mein Appetit ist viel schlechter als früher	D-S
		Appetitsteigerung:	QIDS16
		Appetitreduktion:	QIDS16
		Gewichtszunahme:	QIDS16
		Gewichtsabnahme:	QIDS16
		War ihr Appetit schlechter als sonst?	MDI
		War ihr Appetit größer als sonst?	MDI
		verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	PHQ 9
		Ich esse immer noch so viel wie früher	SDS
		Ich merke das ich an Gewicht abnehme oder das Gegenteil davon: ich nehme an Gewicht zu	SDS
		...schlechtem Appetit	SCL 90
		...den Drang sich zu überessen	SCL 90
		Mein Appetit ist schlecht	TDS
Schlafstörungen	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD:	habe ich schlecht geschlafen	ADS
		Item 20: Müdigkeit	BDI-II
		Ich habe Schlafstörungen	vereinfachtes BDI
		Ich brauche mehr als eine halbe Stunde zum Einschlafen	CRSD
		Morgens erwache ich viel früher als nötig	CRSD
		Ich wache oft mitten in der Nacht auf	CRSD
		Um nachts einschlafen zu können brauche ich länger als sonst	CRSD
		Mein Schlaf ist unruhig und gestört	CRSD, TDS
		Ein-Durchschlafstörungen	HSCL25
		Ich erwache morgens früher als gewöhnlich	CRSD
		Ich kann nachts schlecht schlafen	D-S
		Hypersomnia	QIDS16
		Durchschlafstörungen	QIDS16
		Früherwachen	QIDS16
		Einschlafstörung	QIDS 16
		hatten Sie Schwierigkeiten nachts zu schlafen	MDI
		Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	PHQ 9
		Ich werde ohne Grund müde	SDS
		Mein Schlaf ist gestört (Art und Weise der Schlafstörungen spielen dabei keine Rolle)	SDS

## Anlage 4

		Einschlafschwierigkeiten	SCL 90
		frühem Erwachen am Morgen	SCL90
		unruhigem oder gestörtem Schlaf	SCL 90
		Ich wache morgens zu früh auf	TDS
		Ich habe Schwierigkeiten ein- und durchzuschlafen	TDS
psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	Item 11: Unruhe	BDI-II
		Es ist wohl ganz deutlich, dass ich verstört und unruhig bin	CRSD
		Ich bin so langsam das ich Hilfe beim Waschen und beim Anziehen brauche	CRSD
		Die meiste Zeit kann ich nichts anderes tun als hin und her laufen	CRSD
		Ich kann manchmal vor lauter Unruhe keine Minute mehr still sitzen	D-S
		Ich fand es schwierig mich zu entspannen	DASS-21
		Ich bin häufig nervös und unruhig	D-S
		sich energielos, verlangsamt fühlen	HSCL25
		Nervosität oder innere Unruhe	HSCL25
		Gefühl der Ruhelosigkeit	QIDS 16
		psychomotorische Verlangsamung	QIDS16
		fühlen Sie sich außergewöhnlich rastlos	MDI
		Waren Ihre Bewegung oder ihre Sprache so verlangsamt das es anderen aufgefallen sein könnte? Oder waren Sie im Gegenteil eher zappelig oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	PHQ 9
		Ich bin unruhig und kann nicht stillhalten	SDS
		Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein	HADS
		Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder Gedanken	SCL 90
		Dem Gefühl gespannt oder aufgeregt zu sein	SCL 90
		Ich bin schnell angespannt	STADI
		Ich bin unruhig und kann nicht stillhalten	STADI
		Ich bin nervös und innerlich unruhig	TDS
verminderte Konzentration	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	hatte ich Mühe mich zu konzentrieren	ADS
		Item 19: Konzentrationsschwierigkeiten	BDI-II
		Beim Zeitunlesen kann ich mich ohne Mühe konzentrieren	CRSD
		Konzentration/Entscheidungsvermögen	QIDS16
		fiel es Ihnen schwerer sich zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunlesen oder beim Fernsehen	MDI
		Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren z.B. beim Zeitunlesen oder Fernsehen	PHQ 9
		Ich kann so klar denken wie immer	SDS
		Gedächtnisschwierigkeiten	SCL 90
		Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten	TDS
		Konzentrationsschwierigkeiten	SCL 90
Schuldgefühle, Wertlosigkeitsgefühle	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	hatte ich das Gefühl, dass die Leute mich nicht leiden können	ADS
		Item 5: Schuldgefühle:	BDI-II
		Item 7: Abneigung gegen sich selbst:	BDI-II
		Item 8: Selbstvorwürfe	BDI-II
		Item 14: Wertlosigkeit	BDI-II
		Ich bin von mir enttäuscht	vereinfachtes BDI
		Ich habe Schuldgefühle	vereinfachtes BDI
		Ich fühlte mich als Person nicht viel wert	DASS-21
		Ich fühle mich als Versager	vereinfachtes BDI
		Ich glaube ich kann nichts leisten	EDS
		Ich mag mich selbst nicht mehr	EDS
		Ich denke so viel wert zu sein wie jeder andere auch	CRSD
		Ich fühle mich wertlos und schäme mich meiner	CRSD
		Ich werfe mir Fehler und Schwäche vor	vereinfachtes BDI
		Gefühl der Wertlosigkeit	HSCL25
		sich die Schuld für etwas geben	HSCL25
		fühlte ich mich als Person wertlos	DASS-21
		Mein Wert als Person hängt größtenteils davon ab, was andere von mir halten	DAS
		Selbstbewertung:	QIDS16
		hatten Sie weniger Selbstvertrauen?	MDI
		hatten Sie ein schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle	MDI
		Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	PHQ 9

## Anlage 4

		Ich glaube, dass ich nützlich bin und dass man mich braucht	SDS
		Minderwertigkeitsgefühlen anderen gegenüber	SCL 90
		dem Gefühl wertlos zu sein	SCL 90
		Schuldgefühle	SCL 90
		Ich fühle mich wertlos	TDS
		Ich fühle mich anderen unterlegen	TDS
		Ich leide darunter, mir Vorwürfe zu machen	TDS
Suizidgedanken/-handlungen	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2	Item 9: Selbstmordgedanken:	BDI-II
		Ich denke daran mir etwas anzutun	vereinfachtes BDI
		Für mich ist der Tod die beste Lösung	CRSD
		Ich wünsche oft ich wäre tot	CRSD
		In letzter Zeit denke ich an Selbstmord	CRSD
		Ich empfand das Leben sinnlos	DASS-21
		Ich denke oft an Selbstmord	D-S
		Gedanken ihr Leben zu beenden	HSCL25
		Am liebsten würde ich mir das Leben nehmen	D-S
		Suizidvorstellungen	QIDS 16
		haben Sie gefühlt, dass das Leben nicht lebenswert ist	MDI
		Ich möchte mir etwas antun	EDS
		Gedanken das Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	PHQ 9
		Ich beschäftige mich gedanklich mit dem Tod oder Selbstmord	SDS
		Gedanken an den Tod und ans Sterben	SCL 90
		Ich denke an das Sterben und an den Tod	TDS
		Ich denke daran mit dem Leben Schluss zu machen	TDS
Zeitkriterium: 2 Wochen/ 2 Jahre	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	Instruktion: gegenwärtiges Lebensgefühl während der letzten Woche (Instruktion)	vereinfachtes BDI ADS
		Instruktion: in den letzten zwei Wochen einschließlich heute	BDI-II
		Instruktion...wie sehr Sie dieses Problem in der letzten Woche-einschließlich heute-geplagt oder belastet hat	HSCL25
		während der letzten Woche	DASS-21
		Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die Beschwerden beeinträchtigt	PHQ-9
		während der letzten Woche, an wie vielen Tagen der vergangenen Woche	QIDS16
		Instruktion: Wie sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben	MDI
		Instruktion: Wie sie sich während der letzten Woche gefühlt haben	SDS
		Instruktion: jetzt zu diesem Zeitpunkt bzw. im Allgemeinen	STADI
		Satz durch Items vervollständigt: Wie sehr litten Sie in den vergangenen 7 Tagen unter...	SCL-90
		in der letzten Woche	HADS
		Instruktion: ... wie sie das Problem in der letzten Woche-einschließlich des heutigen Tages-belastet hat	TDS

## Anlage 5: Item-Basispool Angst

### Item-Basispool Angst nach Scharte (2020)

Kriterium	Manual	Item	Skala
allgemeine Angstsymptome,	DSM-5, ICD-10, DM- ID 2, DC-LD	Mattigkeit, Schwindel oder Schwäche	HSCL25
		Herzklopfen oder Herzrasen	HSCL25
		Zittern	HSCL25, SCL 90
		Kopfschmerzen	HSCL25
		Nervosität oder innerem Zittern	SCL 90
		Ohnmachts- und Schwindelgefühle	SCL 90
		Herz- und Brustschmerzen	SCL 90
		Herzklopfen oder Herzjagen	SCL 90
		Übelkeit oder Magenverstimmung	SCL 90
		Schwierigkeiten beim Atmen	SCL 90
		Hitzewallungen oder Kälteschauer	SCL 90, PAS-P, Angsttest Sheehan
		Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	SCL 90
		dem Gefühl einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	SCL 90
		Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	SCL 90
		Mein Herz schlägt schnell	STADI
		Ich bin kribbelig	STADI
		Ich muss mich gleich übergeben	ACQ
		Ich werde in Ohnmacht fallen	ACQ
		Ich werde einen Herzanfall haben	ACQ
		Ich werde ersticken	ACQ
		Taubheit oder Kribbeln	BAI, PAS-P
		Hitzegefühl	BAI
		weiche Knie oder Beine	BAI
		Schwindelig oder benommen	BAI
		Herzrasen oder Herzklopfen	BAI
		Wackelig oder schwankend	BAI
		Erstickungsgefühle	BAI
		Zitternde Hände	BAI
		Zittrig	BAI
		Atembeschwerden	BAI
		Magen- oder Darmbeschwerden	BAI
		Schwächegefühl	BAI
		Glühendes Gesicht	BAI
		Schwitzen	BAI, BSQ, PAS-P
		Herzklopfen	BSQ
		Druck oder ein schweres Gefühl in der Brust	BSQ
		Taubheit in Armen und Beinen	BSQ
		Kribbeln in den Fingerspitzen	BSQ
		Taubheit in einem anderen Teil ihres Körpers	BSQ
		Gefühl keine Luft zu bekommen	BSQ
		Schwindel	BSQ
		Übelkeit	BSQ
		Flaues Gefühl im Magen	BSQ
		Einen Kloß im Hals zu haben	BSQ
		Weiche Knie	BSQ
		Trockene Kehle	BSQ
		Ich habe mein Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern)	DASS-21
		Ich zitterte (z.B. an den Händen)	DASS-21
		Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung)	DASS-21
		Herzklopfen, Herzrasen oder unregelmäßiger Herzschlag	PAS-P
		Zittern oder Beben	PAS-P
		Atemnot	PAS-P
		Erstickungsgefühl, Enge im Hals	PAS-P
		Schmerzen, Druck oder Enge in der Brust	PAS-P
		Übelkeit oder Bauchbeschwerden	PAS-P
		Schwindel-, Unsicherheit-, Ohnmachts-, oder Benommenheitsgefühle	PAS-P
		Ich habe das Gefühl zusammenzubrechen	SAS
Meine Arme und Beine schlottern und zittern	SAS		
Ich kann spüre wie mein Herz ganz schnell pocht	SAS		
Ich leide unter Schwindelanfällen	SAS		

## Anlage 5

		Ich habe Ohnmachtsanfälle und das Gefühl ohnmächtig zu werden	SAS
		Ich bekomme so ein Gefühl von Taubheit und Kribbeln in den Fingern	SAS
		Ich leide unter Magenschmerzen und Verdauungsstörungen	SAS
		Ich fühle wie mein Gesicht heiß wird und ich erröte	SAS
		Ich bin verkrampft	STAI
		Ich werde ärgerlich	STAXI
		Ich werde laut	STAXI
		Zucken oder Zittern	Angst-Test Sheehan
		Kribbeln oder Gefühllosigkeit in manchen Körperteilen	Angst-Test Sheehan
		Übelkeit oder Magenprobleme	Angst-Test Sheehan
		Gleichgewichtsstörungen	Angst-Test Sheehan
		weiche Knie	Angst-Test Sheehan
		Ohnmacht, Benommenheit, Schwindelanfälle	Angst-Test Sheehan
		Übermäßiges Schwitzen	Angst-Test Sheehan
		Brustschmerzen, Druck oder Unwohlsein	Angst-Test Sheehan
		Herzstolpern, Herzrasen oder Herzklopfen	Angst-Test Sheehan
		Erstickende oder würgende Gefühle, bzw. "Kloß im Hals"	Angst-Test Sheehan
		Atemnot, Erstickungsgefühle, übermäßiges Atmen	Angst-Test Sheehan
		Ich spürte, dass mein Mund trocken war	DASS-21
		Mundtrockenheit	PAS-P
deutliche Angst	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD:	plötzlich grundlos erschrecken	HSCL25
		sich gefangen oder in der Falle fühlen	HSCL25
		sich furchtsam fühlen	HSCL25
		Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend	HADS
		Vorstellungen und Gedanken die Ihnen Angst einflößen	SCL 90
		Anspannung, Panikgefühle	AF (FQ)
		ich fühlte mich grundlos ängstlich	DASS-21
		Befürchtung des Schlimmsten	BAI
		Schrecken	BAI
		Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	GAD-7
		Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	GAD-7
		Ich fühle mich nervöser und ängstlicher als sonst	SAS
		Ich fürchte mich ohne jeden Grund	SAS
		Ich rege mich leicht auf und bekomme das Gefühl in Panik zu geraten	SAS
Vermeidung	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD:	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil sie durch diese erschreckt werden	SCL 90
		Instruktion: Bitte geben sie durch ankreuzen der entsprechenden Ziffern an, in welchem Ausmaß sie diese Situation vermeiden	AF (FQ)
		Instruktion: Geben Sie einmal das Ausmaß ihrer Vermeidung an, wenn sie von einer Person begleitet werden, zu der sie Vertrauen haben, und das andere Mal, wenn sie alleine sind	MI
		Kreuzen Sie die Situation an, die sie vermieden haben oder in denen Angstanfälle oder Beklemmung auftreten könnten, wenn Sie ohne Begleitung sind	PAS-P
		Wie wichtig waren die Situationen, die Sie vermieden haben,	PAS-P
		Haben Sie in der letzten Woche bestimmte Situationen vermieden, aus Angst einen Panikanfall zu erleiden bzw. ein unwohles Gefühl zu haben	PAS-P
		Abhängigkeit von anderen	Angst-Test Sheehan
		Vermeiden von Situationen die mir Angst bereiten	Angst-Test Sheehan
Ruhelosigkeit und Gereiztheit	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein	HADS
		sich angespannt oder aufgedreht fühlen	HSCL25

## Anlage 5

		sich ruhelos fühlen, nicht still sitzen können	HSCL25
		so starker Ruhelosigkeit, dass sie nicht still sitzen können	SCL 90
		Ich bin hektisch	STADI
		Ich bin unruhig	STADI
		Ich bin nervös	STADI
		Ich tendierte dazu auf Situationen überzureagieren	DASS-21
		Ich fand es schwierig mich zu entspannen	DASS-21
		Ich fand es schwer mich zu beruhigen	DASS-21
		Nervös	BAI
		Ruhelosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	GAD-7
		Schwierigkeiten zu entspannen	GAD-7
		Ich bin ruhig	STAI
		Ich bin nervös	STAI
		Ich bin zappelig	STAI
		Ich bin entspannt	STAI
		Ich bewahre meine Ruhe	STAXI
		Ich fühle mich ganz ruhig und kann gut still sitzen	SAS
		Spannung oder Unvermögen mich zu entspannen	Angst-Test Sheehan
		schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	GAD-7
		dem Gefühl leicht reizbar oder verärgerbar zu sein	SCL-90
		Ich rege mich leicht auf und bekomme das Gefühl in Panik zu geraten	SAS
		Ich bin schnell angespannt / Ich fühle mich schnell angespannt	STADI / STAI
		Ich bin überreizt	STAI
		Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte	DASS-21
		Ich fand mich ziemlich empfindlich	DASS-21
		Ich rege mich leichter auf	STAXI
<b>zusätzlich bei spezifischer Phobie</b>	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	Blut sehen	AF (FQ)
		Zum Zahnarzt gehen	AF (FQ)
		Spritzen oder kleine Operationen	AF (FQ)
		Gedanken an Verletzung oder an Krankheit	AF (FQ)
		Über Brücken gehen	PAS-P
		Höhen	PAS-P
zusätzlich bei sozialer Phobie	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	Mit anderen Leuten essen oder trinken	AF (FQ)
		Ich werde Unsinn reden oder stammeln	ACQ
		Beobachtet oder angestarrt werden	AF (FQ)
		Vor Zuhören, reden oder etwas vorführen	AF (FQ)
		Ich werde mich lächerlich verhalten	ACQ
		Befürchtungen wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	SCL 90
		Allein von zu Hause fortgehen	AF (FQ)
		Ich mache mir Sorgen, das ich vor Fremden etwas Falsches sagen oder tun könnte	AnTI
		Ich mache mir Sorgen, das ich mich lächerlich machen könnte	AnTI
		Ich bin beunruhigt darüber, welchen Eindruck ich auf jemanden mache	SANB-5
		Ich fürchte das andere mich nicht anerkennen	SANB-5
		Ich habe Angst vor Leuten, die meine Schwäche bemerken	SANB-5
		Ich fürchte Falsches zu tun oder zu sagen	SANB-5
		Wenn ich mich mit jemandem unterhalte, habe ich Angst davor was der andere von mir denkt	SANB-5
		Ich werde angespannt, wenn ich über mich oder meine Gefühle reden muss	SIAS
		Ich werde angespannt, wenn ich einen Bekannten auf der Straße treffe	SIAS
		Ich fühle mich angespannt, wenn ich mit einer Person allein zusammen bin	SIAS
		Ich fühle mich angespannt, wenn ich zu einer Gruppe dazukomme	SIAS
		Ich glaube immer, dass ich beim Reden etwas Peinliches sagen könnte	SIAS
		Ich bin nervös, wenn ich Leute treffe, die ich nicht gut kenne	SIAS
		Es kommt vor, dass ich mir darüber Sorgen mache, in sozialen Situationen nicht zu wissen, was ich sagen könnte	SIAS
		Ich finde es schwierig mit einer attraktiven Person des anderen Geschlechts zu reden	SIAS
		Mir fällt es schwer einen anderen Standpunkt als andere zu vertreten	SIAS
		Ich mache mir Sorgen, dass ich durch meine Äußerungen ungeschickt erscheinen könnte	SIAS

Anlage 5

		Es fällt mir schwer mich mit anderen Leuten zu unterhalten	SIAS
		Ich werde nervös, wenn ich mit einer Autoritätsperson (Lehrer, Vorgesetzter) sprechen muss	SIAS
		Ich werde ängstlich, wenn ich vor einer anderen Person schreiben muss	SPS
		Ich werde verunsichert, wenn ich öffentliche Toiletten benutze	SPS
		Wenn ich auf der Straße gehe, werde ich nervös, weil ich glaube, andere Leute starren mich an	SPS
		Ich befürchte zu erröten, wenn ich mit anderen zusammen bin	SPS
		Ich mache mir darüber Sorgen, dass ich zittern könnte, wenn ich von anderen Personen beobachtet werde	SPS
		Ich würde angespannt werden, wenn ich im Bus oder Zug anderen Personen gegenüber sitzen müsste	SPS
		Ich bekomme Panik, wenn ich glaube andere könnten sehen, wie ich ohnmächtig werde oder mir übel wird oder ich krank werde	SPS
		Es würde mir schwer fallen in einer Gruppe etwas zu trinken	SPS
		Ich habe die Befürchtung vor anderen die Kontrolle über mich zu verlieren	SPS
		Im Aufzug bin ich angespannt, wenn andere Leute mich anschauen	SPS
		Manchmal werde ich angespannt, wenn ich vor anderen Leuten rede	SPS
		Ich fühle mich ungeschickt und angespannt, wenn ich weiß, dass andere mich beobachten	SPS
		Wenn ich in einer Schlange stehe, kommt es vor, dass ich das Gefühl habe aufzufallen	SPS
		Ich mache mir Sorgen, dass ich etwas tun könnte, das die Aufmerksamkeit der anderen auf mich zieht	SPS
		Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	SCL 90
		allein weit weg von zu Hause sein	PAS-P
		allein zu Hause sein	PAS-P
		Ich muss häufiger als sonst Wasserlassen	SAS
zusätzlich bei der Agoraphobie	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	SCL 90
		Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	SCL 90
		Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	SCL 90
		Eine belebte Straße allein lang gehen	AF (FQ)
		Allein Bus fahren	AF (FQ)
		große offene Plätze oder Gegenden	AF (FQ)
		Flugzeug, U-Bahn, Bus, Bahn, Schiff, Theater/Kino, Kaufhaus, Schlange stehen, Stadion, Feste, Versammlungen, Menschenmenge, Restaurants, Museum, Fahrstühle, geschlossene Räume (z.B. Tunnel), Klassenzimmer, Hörsaal, Autofahren (z.B. im Stau), große Räume (Hallen), auf der Straße gehen, große Plätze, Felder, breite Straßen, Höhen, über Brücken gehen, allein weit weg von zu Hause sein, allein zu Hause sein	PAS-P
		Intensität der Vermeidung von Plätzen allein und in Begleitung: Kinos oder Theater, Supermärkte, Schul- oder Ausbildungsräume, Kaufhäuser, Gaststätten, Museen, Fahrstühle, Säle oder Stadien, Parkhäuser oder-garagen, hohe Plätze, geschlossene Räume (z.B. Tunnel), offene Plätze außen (Straßen, Höfe), offene Plätze innen (große Räume, Hallen)	MI
		Intensität der Vermeidung von Fahren mit (allein und in Begleitung): Bussen, Zügen, U-Bahnen, Flugzeugen, Schiffen, Autos-überall, Autos-auf Autobahnen/Landstraßen	MI
		Intensität der Vermeidung von Situationen (allein/in Begleitung): Schlange stehen, Brücken überqueren, Partys, Feste, Zusammenkünfte, auf der Straße gehen, Zu Hause allein sein, weit weg von zu Hause sein, Menschenmenge	MI
zusätzlich bei der Panikstörung	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	Schreck oder Panikanfälle	SCL 90
		der Furcht in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	SCL-90
		Angst die Kontrolle zu verlieren	BAI
		Ich mache mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte	DASS-21

## Anlage 5

		Ich fühlte mich einer Panik nahe	DASS-21
		Angst zu sterben	BAI
		Wie häufig hatten Sie solche Panikattacken (Angstanfälle)	PAS-P
		Wie schwer waren die Panikattacken in der letzten Woche	PAS-P
		Wie stark war diese Angst vor der Angst?	PAS-P
		Litten Sie in der letzten Woche unter der Angst eine Panikattacke zu bekommen	PAS-P
		Wie lange dauerte ein Anfall durchschnittlich in der letzten Woche	PAS-P
		Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand	HADS
		Traten die meisten Attacken unerwartet oder erwartet (in gefürchteten Situationen) auf?	PAS-P
		Angst zu sterben oder das mir sonst etwas Schlimmes zustoßen wird	Angst-Test Sheehan
zusätzlich bei der GAS	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf	HADS
		sich zu viele Sorgen machen	HSCL25
		dem Gefühl sich zu viele Sorgen machen zu müssen	SCL 90
		Vorstellungen und Gedanken die Ihnen Angst einflößen	SCL 90
		Ich mache mir Sorgen über Probleme, die sich ergeben könnten	STADI
		Ich bin besorgt, dass etwas passieren könnte	STADI
		Ich mache mir Sorgen über das, was auf mich zukommt	STADI
		Ich mache mir viele Gedanken	STADI
		Störende Gedanken, die immer wieder auftreten	AF (FQ)
		Wenn ich ungewohnte körperliche Symptome spüre, tendiere ich dazu, das Schlimmstmögliche zu befürchten	AnTI
		Ich habe Schwierigkeiten damit lästige Gedanken abzustellen	AnTI
		Ich mache mir Sorgen, um meine körperliche Gesundheit	AnTI
		Ich mache mir Sorgen, dass ich meine Gedanken nicht so gut unter Kontrolle halten kann, wie ich es eigentlich möchte	AnTI
		Ich mache mir Sorgen über den Tod	AnTI
		Ich mache mir Sorgen, dass ich nicht so gut wie andere mit dem Leben fertig werde	AnTI
		Ich glaube das ich auf zu viele Sachen im Leben verzichte, weil ich zu viel grübele	AnTI
		übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	GAD-7
		Nicht in der Lage zu sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	GAD-7
		Meine Sorgen sind mir in den letzten Wochen über den Kopf gewachsen	PSWQ
		In den letzten Wochen haben mir viele Situationen Sorgen gemacht	PSWQ
		Ich weiß ich sollte mir keine Sorgen machen, aber ich konnte nichts dagegen tun	PSWQ
		Wenn ich in der letzten Woche unter Druck stand, dann habe ich mir viel Sorgen gemacht	PSWQ
		Sobald ich eine Aufgabe beendet hatte, fing ich an mir über all das Sorgen zu machen, was ich sonst noch tun musste	PSWQ
		Mir fiel auf, dass ich mir über einiges Sorgen gemacht habe	PSWQ
		Wenn ich erst einmal anfang mir Sorgen zu machen, konnte ich nicht mehr damit aufhören	PSWQ
		Ich habe mir die ganze Zeit über Sorgen gemacht	PSWQ
		Ich habe mir über Vorhaben solange Sorgen gemacht, bis sie komplett erledigt waren	PSWQ
		Ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte	STAI
		Ich bin besorgt	STAI
		Ich mache mir Sorgen über mögliches Mißgeschick	STAI
		Nächtliches Aufwachen bzw. unruhiger Schlaf	Angst-Test Sheehan
		Überbesorgtheit um meine Gesundheit	Angst-Test Sheehan
		Einschlafschwierigkeiten	Angst-Test Sheehan
		unruhigem oder gestörten Schlaf	SCL 90
		Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	SCL 90
		unfähig mich zu entspannen	BAI
Zeitkriterium	DSM-5, ICD-10, DM-ID 2, DC-LD	in der letzten Woche am ehesten zutraf	HADS

## Anlage 5

Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter	SCL 90
Instruktion...wie sehr Sie dieses Problem in der letzten Woche-einschließlich heute-geplagt oder belastet hat	HSCL25
im Allgemeinen, jetzt, in diesem Moment	STADI
während der letzten beiden Wochen	DASS-21
in der letzten Woche, einschließlich heute	BAI
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt	GAD-7
Instruktion: In diesem Fragebogen geht es darum wie schwer ihre Symptome in der letzten Woche waren	PAS-P
In der letzten Woche...	PSWQ
Instruktion: während der letzten Woche	SAS
augenblicklicher Zustand, jetzt, in diesem Moment und im Allgemeinen	STAI
So stark litt ich während der letzten Woche unter ...	Angst-Test Sheehan

## Anlage 6: Fit-Indizes der CFA-Modelle

### Fit-Indizes der CFA-Modelle

<b>Model</b>	<b>Number of items</b>	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	CFI	TLI	SRMR	RMSEA [95%-CI]
<b>One-factor model</b>	48	1611.141	1080	<.001	.932	.929	.082	.041 [.037; .046]
<b>Two-factor model</b>	48	1435.637	1079	<.001	.954	.952	.074	.034 [.029; .039]
<b>Model comparison [Δ]</b>	48	175.504	1	<.001	.022	.023		
<b>Final two-factor model</b>	39	1019.554	701	<.001	.956	.954	.069	.040 [.034;.045]

Anlage 7: AUC-Werte

AUC-Werte für die SAD-IE-Skalen nach Subgruppen und Gesamtstichprobe

	Depression SAD - IE		Angst SAD - IE	
	AUC	KI	AUC	KI
<i><b>Lernbehinderung</b></i>	0.704	0.560;0.484	0.582	0.412; 0.751
<i><b>Leichte SIE</b></i>	0.845	0.769; 0.920	0.690	0.605; 0.775
<i><b>Mittelgradige SIE</b></i>	0.712	0.503; 0.921	0.684	0.542; 0.827
<i><b>Gesamt</b></i>	0.782	0.708; 0.855	0.670	0.604; 0.737

## Anlage 8: Konstrukt- und Kriteriumsvaliditäten

### Konstrukt- und Kriteriumsvaliditäten der SAD - IE-Skalen

	Konvergente Validität		Kriteriumsvalidität	
	BDI	BAI	PAS - ADD Depression	PAS - ADD Angststörung
SAD - IE Depression	.662**		.468**	
SAD - IE Angst		.724**		.305**

Anmerkung: \*\*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant