



H. Kufner, M. Coenen, W. Indlekofer

P R E D I

Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik

Ein problem- und
lösungsorientierter Ansatz
Version 3.0

Heinrich Küfner, Michaela Coenen, Wolfgang Indlekofer

P R E D I

Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik

Heinrich Kufner, Michaela Coenen & Wolfgang Indlekofer

P R E D I

Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik*

Ein problem- und lösungsorientierter Ansatz

Version 3.0

unter Mitarbeit von:

*Susanne Graf, Werner Heinz, Hans Huber, Katharina Lütkebohle,
Werner Nickolai, Walter Schild, Bernhard Schmidtreick, Jürgen Voß*



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich, Berlin, Bremen, Miami,
Riga, Viernheim, Wien, Zagreb

* Die Entwicklung und Erprobung des Diagnostiksystems PREDI wurde durch den Deutschen Caritasverband e.V., Freiburg, Referat Gefährdetenhilfe, gefördert.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

*Dr. Heinrich Küfner, Dipl.-Psych.
Approb. Psychotherapeut
Leiter Diagnostik und Therapieevaluation
IFT - Institut für Therapieforschung
Parzivalstr. 25
D-80804 München
Tel. +49 (0) 89 / 360 804 70
Fax +49 (0) 89 / 360 804 49
E-Mail: kuefner@ift.de
www.ift.de*

© 2006 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich
Druck: KM-Druck, D-64823 Groß Umstadt

ISBN 3-89967-292-5

Vorwort

Der Deutsche Caritasverband e.V. hat 1995 gemeinsam mit dem Institut für Therapiefor- schung in enger Verzahnung von Theorie und Praxis mit der Entwicklung des Psychoso- zialen Ressourcenorientierten Diagnostiksystems PREDI begonnen.

Ziel war die Qualifizierung und Weiterentwicklung der Diagnostik in der Weise, dass die Lebenslage der Rat Suchenden und ihre eigene Bewertung ihrer Problemlagen und ihrer Veränderungspotentiale einen hohen Stellenwert bekommen und die Perspektiven der Expertinnen und Experten ergänzen. Auf diese Weise sollten die bestehenden Diagnos- tiksysteme um ein weiteres Instrument für eine fach- und bedarfsgerechte, transparente Hilfeplanung und Hilfestaltung erweitert werden.

PREDI führt eine neue und innovative Perspektive in die Diagnostik, Hilfeplanung und Dokumentation ein, die in Theorie und Methodik der sozialen Arbeit zwar intensiv disku- tiert wird, bisher aber noch keinen systematischen Eingang in die Instrumente der Dia- gnostik und Hilfeplanung gefunden hat. PREDI eröffnet für das Feld der Diagnostik As- pekte der Ressourcenorientierung, der salutogenetischen Perspektive sowie Ansätze der motivierenden Gesprächsführung.

Das Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostiksystem PREDI bietet die Möglichkeit, die Ziele und die Veränderungswünsche sowie die Fähigkeiten und Ressourcen der Rat suchenden Menschen systematisch in die Hilfeplanung und Hilfestaltung einzubezie- hen.

PREDI setzt an den Ressourcen der Rat Suchenden an und überwindet damit eine einsei- tige Problemorientierung. In den Blick kommen damit die „gesunden Anteile“ der Person, die Ansatzpunkt für Motivation, Unterstützung, Veränderung sein können. Die Rat Su- chenden werden damit zu Expertinnen und Experten in eigener Sache, sie werden im besten Sinne zu Mitproduzenten, die Verantwortung für den eigenen Veränderungspro- zess übernehmen.

Über die wichtige fachliche Weiterentwicklung hinaus ist PREDI für die Caritas ein wichti- ger Schritt, einem Menschenbild auch im Bereich der Diagnostik gerecht zu werden, das

- den Rat suchenden Menschen nicht auf seine Defizite und Schwierigkeiten redu- ziert, sondern umfassend in seiner konkreten Lebenssituation wahrnimmt,
- den Rat suchenden Menschen nicht zum Objekt professioneller Interventionen, sondern zum Subjekt und Mitgestalter eines gemeinsam getragenen Hilfeproses- ses macht,
- die Persönlichkeit des Rat suchenden Menschen respektiert und für den Bereich der Diagnostik konkretisiert.

Wir freuen uns daher, dass wir Ihnen PREDI nach langjähriger modellhafter Erprobung und gründlicher Evaluation nun für die praktische Arbeit in der Suchthilfe, aber auch in anderen Feldern der psychosozialen Arbeit zur Verfügung stellen können.

PREDI ist ein lebendiges Produkt, das auch in der nun vorliegenden Form nicht für die Ewigkeit geschrieben sein wird. Wir hoffen deshalb, dass PREDI eine breite Anwendung

und Nutzung erfährt, und dass die Anwenderinnen und Anwender uns mit ihren Erfahrungen und Rückmeldungen in der Weiterentwicklung von PREDI unterstützen, welche die Anforderungen der Praxis und der Wissenschaft zu integrieren vermag.

Renate Walter-Hamann

Deutscher Caritasverband e.V., Freiburg

Vorwort der Autoren

Am Anfang stand die Idee und Initiative von Herrn Bernd Schmidtbreick, dem damaligen Leiter der Psychosozialen Hilfe im Deutschen Caritasverband (DCV) Freiburg, neben der ICD-Diagnostik ein psychosoziales Diagnostiksystem als Ergänzung zu entwickeln. Dazu wurde eine Expertengruppe zusammengestellt und das IFT mit der Gesamtkoordination beauftragt. Über die grundlegende Struktur der Beurteilung, das heißt die Problemperspektive, die Ressourcenperspektive und die Veränderungsperspektive und schließlich als notwendige Ergänzung die deskriptive Perspektive, war man sich bald einig. Die Ausarbeitungen bezogen sich fast ausschließlich auf die PREDI-Feindiagnose, die zunächst völlig im Mittelpunkt stand. Die PREDI-Kurzdiagnose kam erst am Ende der ersten Entwicklungsperiode (1994 – 1997) hinzu, als in Pilotstudien deutlich wurde, dass die gesamte PREDI-Feindiagnose oft nicht erforderlich und auch zeitlich zu aufwändig war.

Unterschiedliche Meinungen gab es vor allem bei der Frage, ob man sich weitgehend auf die Aussagen des Klienten oder des Patienten beziehen sollte, oder inwieweit die Beurteilung durch den Untersucher, der häufig auch noch andere Informationen zur Verfügung hat, ausschlaggebend sei. Das Ergebnis war ein Kompromiss: beides ist zu berücksichtigen und jeweils zu kennzeichnen. Entscheidend für daraus abzuleitende Folgerungen ist letztlich die Beurteilung durch den Therapeuten oder Berater.

Ein weiterer Entwicklungsschub (1999 – 2001) für PREDI ergab sich aus einer empirischen Studie, die mit Hilfe von Geldern der Glücksspirale ebenfalls vom DCV finanziert werden konnte, und eine Anwendung und erste psychometrische Überprüfung des Instrumentes zum Ziel hatte.

Die PREDI-Kurzdiagnose entstand zunächst aus einer Notsituation heraus, als deutlich wurde, dass die Feindiagnose viel zu umfangreich ist, um bei jedem Patienten komplett durchgeführt zu werden. Die PREDI-Kurzdiagnose wurde schrittweise zum zentralen Steuerungselement ausgebaut und entwickelte sich aus dem Versuch, ein zusammenfassendes Profil über alle Lebensbereiche hinweg zu erstellen. Bei den globalen Ratingskalen zu den einzelnen Lebensbereichen wurde schnell deutlich, dass die Ratingskalen zu wenig konkret waren und deshalb unklar blieb, nach welchen Kriterien die jeweilige Einschätzung vollzogen wurde. Deshalb wurde etwa im Verlauf der zweiten Förderperiode mit der Entwicklung der sogenannten Kriterienliste begonnen. Nur mit Hilfe dieser Kriterienliste sind die Ratingwerte konkret interpretierbar.

Die Entwicklung eines ressourcenorientierten Dokumentationssystems erfolgte auf einer weitgehend ungesicherten konzeptuellen Basis. Was Probleme und Defizite im psychosozialen Bereich sind, war hinlänglich bekannt, was dagegen unter Ressourcen im psychosozialen Bereich zu verstehen ist, war und ist wissenschaftlich wenig fundiert. Eine intuitive Vorstellung von Ressourcen im Sinne von psychosozialen Fähigkeiten war zwar ursprünglich vorhanden, aber nicht mehr als das. Erst im Verlauf der Entwicklung der PREDI-Kurzdiagnose erfolgte eine genauere Definition von Ressourcen. Im Mittelpunkt stand die erfolgreiche Lösung psychosozialer Aufgaben.

Bei der Aufteilung in einzelne Lebensbereiche hatte die Beschäftigung mit dem EuropASI (vgl. Gsellhofer, Küfner, Vogt & Weiler, 1999) eine Art Vorbildfunktion gehabt und ermutigt

te uns indirekt, Lebensbereiche pragmatisch zu differenzieren, ohne auf faktorenanalytische oder andere empirisch-statistische Ergebnisse zurückzugreifen. Besonders unklar war hier der Bereich der psychischen Situation. Leitgedanke war hier: Was braucht die einzelne Person, um überleben und im Sinne hoher Lebensqualität gut funktionieren zu können? Dieser damals nicht explizit formulierte Gedanke hat meines Erachtens die Auswahl der Subbereiche bei der psychischen Situation entscheidend beeinflusst.

Unser Dank gilt zunächst Herrn Bernhard Schmidtbreich als dem Initiator, der durch seine Grundidee und Tatkraft das System auf den Weg brachte. Die gesamte Expertengruppe hat konstruktiv und jeweils durch das eigene Erfahrungsfeld maßgeblich zur Entwicklung einer umfassenden Perspektive beigetragen. So hat Herr Hans Huber die systemische Sichtweise betont, Herr Werner Heinz und Frau Katharina Lütkebohle brachten die Erfahrungen im Suchtbereich ein, Frau Susanne Graf ihre Erfahrungen mit Wohnungslosen und Herr Werner Nickolai die Erfahrungen mit delinquenten Klienten. Herr Walter Schild hat unseren Horizont durch Hinweise auf andere Dokumentationssysteme in der Sozialpädagogik erweitert und durch die Weitergabe von PREDI an seine Studenten an der Fachhochschule München uns ermutigt, weiter an der Entwicklung von PREDI zu arbeiten.

Für die Betreuung bei der zweiten Förderperiode möchten wir uns bei Frau Walter-Hamann herzlich bedanken. Schließlich danken wir Frau Edith Kalb und Frau Renate Schlüter für die umfangreichen Korrekturarbeiten, insbesondere bei den Fragebögen der Feindiagnose.

Für die Autoren

Dr. Heinrich Kufner

München, Oktober 2005

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
Vorwort der Autoren	III
Inhaltsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VII
Lesehilfe	VIII
1 Entwicklung von PREDI	3
1.1 Zielsetzung und Bezug zu anderen Diagnostiksystemen.....	3
1.2 Grundstruktur der Beurteilung	8
1.2.1 Lebensbereiche	9
1.2.2 Deskription und Beurteilung.....	10
1.2.3 Problembewertung.....	12
1.2.4 Ressourcenbeurteilung	14
1.2.5 Veränderungsmotivation	19
1.3 Weiterentwicklung von Predi-1.1 zu Predi-3.0.....	20
1.4 Instrumente von PREDI	22
1.5 PREDI-Erstkontaktbogen.....	22
1.6 PREDI-Kurzdiagnose.....	23
1.7 PREDI-Feindiagnose	25
2 Darstellung und Beschreibung der einzelnen Lebensbereiche.....	29
2.1 Alltagssituation	29
2.2 Wohnsituation	29
2.3 Finanzielle Situation.....	29
2.4 Rechtliche Situation	30
2.5 Arbeits- und Ausbildungssituation	30
2.6 Körperliche Situation.....	31
2.7 Psychische Situation.....	32
2.8 Beziehungssituation.....	34
2.9 Soziokulturelle Situation.....	36
3 Testgütekriterien.....	37
3.1 Überblick	37
3.2 Psychometrische Untersuchung	38
3.3 Objektivität bzw. Übereinstimmungsreliabilität	38
3.4 Retest-Reliabilität.....	40
3.5 Ergebnisse zur Validität	41
3.6 Externe Validierung.....	43
3.7 Feindiagnose	44
3.8 Folgerungen.....	44

4	Anwendung.....	45
4.1	Anwendungsmöglichkeiten	45
4.2	Vorgehen.....	47
4.3	Auswertung	47
4.4	Normen	48
5	Konkrete Durchführungshinweise	49
5.1	Erstkontaktbogen	49
5.2	PREDI-Kurzdiagnose	52
5.3	PREDI-Feindiagnose	54
5.3.1	Spezifische Erläuterungen zu den Lebensbereichen der Feindiagnose	55
5.3.2	Deskription Feindiagnose	60
5.3.3	Problemperspektive Feindiagnose	61
5.3.4	Ressourcenperspektive Feindiagnose.....	62
5.3.5	Veränderungsmotivation Feindiagnose	65
5.3.6	Auswertung	67
6	Störungsspezifisches Zusatzmodul Alkohol, Drogen, Medikamente	69
Literatur		71
Anhang		73
I	Kurzanleitung	
II	PREDI-Erstkontaktbogen	
III	PREDI-Kurzdiagnose	
IV	PREDI-Feindiagnose	
V	Inventar Personale Ressourcen (IPR)	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Matrix-Darstellung der neun Lebensbereiche unter den verschiedenen Beurteilungsperspektiven	10
Abbildung 1.2:	Problembewertung	13
Abbildung 1.3:	Ressourcen-Bewertung	18
Abbildung 1.4:	Überblick der verschiedenen PREDI-Instrumente	22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1:	Retest-Reliabilität PREDI-Kurzdiagnose	41
Tabelle 5.1:	Überblick zur Bewertung persönlicher Ressourcen	62

Lesehilfe

Bei der Gesamtdarstellung des Diagnostiksystems, bei der PREDI-Kurzdiagnose und der PREDI-Feindiagnose stehen die gleichen Grundaspekte (Beurteilungsaspekte und Lebensbereiche) im Mittelpunkt, so dass eine Wiederholung kaum vermeidbar war, um die Geschlossenheit der einzelnen Abschnitte zu gewährleisten.

Deshalb wird im folgenden versucht, je nach Ziel und Zweck kürzere Wege des Lesens aufzuzeigen.

Wer primär an der Grundkonzeption von PREDI interessiert ist, dem sei empfohlen Kapitel 1 zu lesen. Die Erfassung von Ressourcen geht über den üblichen klassischen Ansatz einer Skalenentwicklung hinaus und bedarf einer genaueren theoretischen und inhaltlichen Begründung. Auch die Verbindung zu anderen diagnostizierten Ansätzen wird dort kurz dargestellt.

Einen Überblick über die einzelnen Lebensbereiche bekommt man am schnellsten in Kapitel 2.

Wer an Fragen der Testentwicklung interessiert ist wird eine Zusammenfassung von Studienergebnissen in Kapitel 3 finden.

Die Anwendungsmöglichkeiten werden in Kapitel 4 dargestellt. Dazu gehört auch die Auswertung im Abschnitt 4.2.

Ausführlich werden die Lebensbereiche für die Feindiagnose in Kapitel 5 beschrieben. Die Ressourcenbeurteilung wird als Überblick in Tabelle 5.1 zusammengefasst.

Speziell für die Durchführung gibt es Kurzanleitungen (ambulant und (teil-)stationär) zur Erstdiagnose, zur Kurzdiagnose und zur Feindiagnose (Anhang I).

Vor der Anwendung von PREDI empfiehlt es sich, an einem Trainingskurs teilzunehmen, der je nach Bedarf von den Testautoren durchgeführt wird.

Wir hoffen, dass insbesondere die Ressourcenerfassung, aber auch die Veränderungsmotivation zu einer Klärung der Bedeutung dieser Konstrukte für die Behandlung psychischer Störungen beiträgt.

Für die Autoren

München im Oktober 2005

Heinrich Kufner

Handbuch

1 Entwicklung von PREDI

1.1 Zielsetzung und Bezug zu anderen Diagnostiksystemen

Ressourcenorientierung als Ausgleich einseitiger Problemorientierung

Die bisherigen Diagnostiksysteme im Bereich der psychologischen oder psychiatrischen Diagnostik erscheinen einseitig problem- bzw. krankheitsorientiert. Der nach einer Problemerkennung erforderliche zweite diagnostische Schritt hin zu einer Lösungsorientierung steht in der Regel aus. Nur gemeinsam bilden diese beiden Aspekte eine ausreichende diagnostische Grundlage für die konkrete Hilfeplanung in Psychotherapie und psychosozialer Beratung. Die Lösungsorientierung zeigt sich vor allem in der Erfassung personaler, sozialer und materieller Ressourcen, in der Festlegung von Aufgaben und Zielen der geplanten Hilfe und damit zusammenhängend in der Erfassung der Veränderungsmotivation. Die bisherigen erfolgreichen Aufgaben- und Problemlösungen eines Betroffenen¹ weisen auf dessen Fähigkeiten hin, auch mit zukünftigen Aufgaben und Problemen gleicher Art fertig zu werden. Dieser Grundgedanke liegt der Beurteilung personaler Ressourcen zu Grunde.

Die Notwendigkeit einer Modifikation der traditionellen Diagnostik zeigt sich auch darin, dass in den letzten Jahren verstärkt systemische und lösungsorientierte Hilfe- und Therapieansätze Verbreitung fanden, die vorrangig die Lösung eines Problems sowie die zu einer Lösung erforderlichen noch funktionierenden gesunden Anteile einer Person und nicht mehr die Defizite und Probleme in den Vordergrund stellen. Allerdings besteht dabei die Gefahr, in die andere Extremposition zu geraten, wenn die Problemlage zu sehr an Beachtung verliert.

Im Bereich der Gesundheitspsychologie entwickelte sich, zurückgehend auf Antonovsky (1979, 1987) der Trend, anstelle einer pathogenetischen Sichtweise die salutogenetischen Bedingungsfaktoren im Sinne von Schutzfaktoren in den Vordergrund zu stellen. Das heißt, es wird nach Schutz- und Lösungsfaktoren im sozialen Umfeld (meist der Familie), in der Person im Sinne von Widerstandsfähigkeit (resiliency) und personalen Ressourcen, sowie nach den sozioökologischen Bedingungen für eine auf Gesundheit und Wohlbefinden orientierte Lebensführung gefragt (vgl. Doubrawa, 1995). In der Definition von Gesundheitsförderung der WHO (1986, zitiert in Uhl et al., 2001, S. 16) wird die Wichtigkeit sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont.

In praktischer Hinsicht lassen sich sechs diagnostische Grundfragen unterscheiden:

1. Was ist das Problem oder die Störung?
2. Wie ist die Lebenslage des Klienten / Patienten insgesamt?
3. Welche Stärken bzw. Ressourcen hat der Klient / Patient?

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit des Manuals wird im folgenden nur die männliche Form verwendet; die weibliche Form ist dabei immer mit gemeint.

4. Wie hat sich das Problem bzw. die Störung entwickelt?
5. Welche Einfluss- bzw. Bedingungsfaktoren wirken auf das Problem bzw. die Störung und auf die Folgen?
6. Was ist die Motivation des Klienten/Patienten zur Änderung seines problematischen Verhaltens?
7. Wofür braucht der Klient / Patient Unterstützung bzw. therapeutische Hilfe?

PREDI deckt die ersten drei diagnostischen Grundfragen ab. Die Einbeziehung der Frage (4) über die Vorgeschichte des Problems bzw. der Störung hätte zu einer Überfrachtung geführt. Die Frage (5) nach den aktuellen Bedingungsfaktoren lässt sich unseres Erachtens kaum standardisieren. Die Frage (6) nach der Motivation zur Verhaltensänderung stellt in PREDI eine eigene Beurteilungsperspektive dar. Die Frage (7) über den Hilfebedarf ist wegen der Komplexität der Zusammenhänge evidenzbasiert bislang schwer zu beantworten. Auch wenn im Prinzip der Hilfebedarf vom Hilfeangebot unabhängig gesehen werden sollte, besteht in der Praxis eine Abhängigkeit vom vorhandenen Hilfe- und Therapieangebot sowie vom jeweiligen Störungswissen. In PREDI wird der Hilfebedarf in den einzelnen Lebensbereichen nur global hinsichtlich der Dringlichkeit einer Intervention beurteilt.

In theoretischer Hinsicht kann diagnostisch grundsätzlich zwischen einer mehr strukturell-deskriptiven und einer funktional-dynamischen Diagnostik unterschieden werden, unabhängig davon ob der Therapieansatz als verhaltenstherapeutisch, systemisch-lösungsorientiert oder als tiefenpsychologisch charakterisiert werden kann. Ein funktional-diagnostisches Vorgehen fokussiert auf eine bestimmte Aufgabe oder auf ein bestimmtes Problem und versucht dieses nach funktionalen Aspekten zu analysieren. Dazu gehören Fragen wie: Was sind die Einfluss- oder Bedingungsfaktoren dieses Verhaltens, was sind die Auslöser, was sind die Folgen (SORK-Schema in der Verhaltenstherapie; siehe diagnostische Grundfrage 5)? Wie hat der Klient das Problem oder den Konflikt früher oder aktuell bewältigt (siehe diagnostische Grundfrage 4)? In der Tiefenpsychologie heißt funktional, dass nach den Motiven und den zugrundeliegenden Konfliktsituationen gefragt wird.

Bei einem strukturell-deskriptiven diagnostischen Vorgehen würde man dieses Problem als gestörte Funktion oder als ungelöste Aufgabe mit negativen Folgen beschreiben und hinsichtlich der Belastung beurteilen, aber nicht nach den Bedingungsfaktoren fragen. Dies entspricht dem vorherrschenden Ansatz der gegenwärtigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV und den ersten drei diagnostischen Grundfragen (siehe auch nächster Abschnitt). Ressourcen können im Sinne von Stärken einer Person in strukturell-deskriptiver Weise in den einzelnen Lebensbereichen erfasst werden, aber diese komplexen psychosozialen Kompetenzen bleiben zunächst statisch nebeneinander stehen und werden erst zu einem späteren Zeitpunkt in einer funktionalen Analyse miteinander verknüpft. Das funktional-diagnostische Vorgehen im Gespräch mit dem Klienten kann direkt mit beraterischen und therapeutischen Zielen, z.B. der Steuerung von Auslösesituationen verknüpft werden und ist damit Teil eines lösungsorientierten Ansatzes der Beratung oder Therapie.

In der Psychotherapieforschung integrierte Grawe in seiner Konzeption einer Allgemeinen Psychotherapie (vgl. Grawe, 1995; Grawe, Donati & Bernauer, 1994) vier elementare Wirkfaktoren der therapeutischen Arbeit, die er als Problemaktualisierung, Motivationsförderung, Ressourcenaktivierung sowie als aktive Hilfe zur Problembewältigung definiert und die er aus seinen umfangreichen Meta-Analysen über die Ergebnisse empirischer Psychotherapiestudien abgeleitet hat. Drei dieser 4 Faktoren finden sich in direkter Weise auch in PREDI wieder. Der 4. Faktor "Aktive Hilfe zur Problembewältigung" stellt zunächst keine Aufgabe einer klientenbezogenen Diagnostik dar, sondern charakterisiert therapeutische Methoden bzw. Interventionen, die direkt zur Lösung eines Problems oder einer Aufgabe beitragen (z.B. Ablehnungstraining gegen Drogenangebote, Hilfe bei Bewerbungen, Wohnungssuche u.a.) Auf Seite der Klienten entspricht dem die Bereitschaft, aktive Hilfe anzunehmen und zu verwerten. Dieser Aspekt geht in die Veränderungsmotivation ein, die in der Kurzdiagnose als Veränderungsziele und in der Feindiagnose ausführlich erfasst wird. Als weiterer Wirkfaktor wurde von Grawe später noch die Therapeut-Patient Beziehung hinzugefügt (siehe Grawe, 2005, Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004), die durch PREDI nicht beurteilt wird.

Das **Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostiksystem** PREDI wurde zur Erfassung diagnostischer Informationen für unterschiedlichste Arten von Hilfen im Bereich der psychosozialen Arbeit und der Behandlung chronischer Erkrankungen (Rehabilitation) entwickelt. Die erforderlichen Daten sollen problem- und lösungsorientiert erhoben und beurteilt werden und als Grundlage für Hilfeplanungen im psychosozialen Bereich anwendbar sein. Dem Diagnostiksystem liegt keine bestimmte Therapierichtung zugrunde, sondern es wurde schulenübergreifend konzipiert. Dabei wurde versucht, die oben aufgeführten Annahmen und Sichtweisen zu integrieren. Die Besonderheit dieses Diagnostiksystems liegt in der Erfassung personaler Ressourcen, die auch unabhängig von der Problembewertung durchgeführt werden kann. Sowohl für die Entwicklung von PREDI als auch für die Beurteilung im individuellen Fall ist aber die Gegenüberstellung von Problemen, Defiziten und Störungen auf der gleichen Ebene wie die Ressourcenbeurteilung unverzichtbar.

Bezug zur ICD und DSM-IV

Das Diagnostiksystem PREDI ist nicht als Ersatz der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) oder des DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) für den Bereich psychosozialer Hilfe entwickelt worden, sondern stellt ein eigenständiges System für Maßnahmen der Hilfe und Rehabilitation im psychosozialen Bereich dar und reicht damit über den medizinischen Bereich hinaus. Psychiatrische Klassifikationssysteme, wie das ICD-System, werden, soweit erforderlich, zusätzlich verwendet. Die ICD-10 umfasst unterschiedliche Achsen: Achse 1: Krankheitsklassifikation einschließlich Persönlichkeitsstörungen; Achse 2: Psychosozialer Behinderungsgrad; Achse 3: Belastungsfaktoren. Die Achsen 2 und 3 sind jedoch bislang nicht verbindlich, sondern stellen lediglich einen Vorschlag der WHO dar (Dilling, 1998).

Das Achsensystem der DSM-IV ist noch stärker differenziert und umfasst fünf Achsen: Achse 1 beinhaltet die Hauptdiagnose; Achse 2 die Persönlichkeitsstörungen; Achse 3 die aktuellen körperlichen Erkrankungen, die den Umgang mit psychischen Störungen mit beeinflussen oder für deren Verständnis bedeutsam sind; Achse 4 umfasst psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme, welche für die Diagnose, Therapie und Prognose von

Bedeutung sind und auf Achse 5 erfolgt eine globale Beurteilung des Funktionsniveaus (GAF) auf einer Skala von 1 bis 100.

Bemerkenswert ist, dass die Achsen sich auf die Beurteilung der Hauptdiagnose ausrichten und nicht davon unabhängig gesehen werden können. Eine Folge davon ist, dass der Wissensstand über die Bedingungsfaktoren einer Störung und Vorannahmen darüber entscheiden, ob ein bestimmter Bereich (z.B. Lebensereignisse) für die jeweilige Störung überhaupt von Bedeutung ist oder nicht. Je nach Störung können unterschiedliche Aspekte einer Achse wichtig sein. Bei einem rein deskriptiven Ansatz würde man von einem Bezug auf die Hauptdiagnose absehen und damit erhebliche Probleme der ätiologischen Zuordnung vermeiden. Die Achsenerfassung verbleibt insgesamt in der problemorientierten Perspektive, auch wenn dabei indirekt Ressourceneinschätzungen eine Rolle spielen.

Die erhebliche Beeinträchtigung der psychosozialen Alltagsfunktionen wird bei der ICD-10 als wesentliches Kriterium für eine diagnostizierbare und therapeutisch bedeutsame, psychische Störung gesehen. Psychische, soziale und berufliche Funktionen werden als Kontinuum von psychisch gesund bis krank betrachtet. Insgesamt erscheint das Achsenkonzept der ICD-10 nicht ausreichend durchdacht und ausgearbeitet.

Hinsichtlich des DSM-IV Systems bezieht sich PREDI hauptsächlich auf die Achse 4 (Psychosoziale und Umgebungsbedingte Probleme), umfasst aber auch zum Teil die Achsen 1 (psychische Störung) und 3 (funktionale körperliche Erkrankungen). Der Bezug zur ICD-10 ergibt sich über die Achsen 2 (psychosozialer Behinderungsgrad) und 3 (Belastungsfaktoren) und zum Teil auch über Achse 1. Im Unterschied zur ICD-10 sind in PREDI die Beurteilungen in den einzelnen Lebensbereichen, voneinander unabhängig konzipiert. Ein zu erwartender Zusammenhang mit einer Störung oder die Zusammenhänge der Einschätzungen untereinander muss empirisch geklärt werden. DSM-IV und PREDI ergänzen sich im Idealfall zu einem Gesamtbild.

Bezug zum AMDP-System

Neuerdings gibt es im Rahmen der AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) auch einen Erhebungsbogen zur Erfassung gesunder Anteile (EGA), der 34 Items (4stufiges Rating von nicht vorhanden – stark ausgeprägt) in den Bereichen (I) Soziale Beziehungen, (II) Freizeit, (III) Alltagserleben, (IV) Arbeit und (V) Subjektive Zufriedenheit umfasst (Haug et al. 2004).

Konzeptuell wird dabei im wesentlichen auf Konzepte der sozialen Unterstützung und des Coping zurückgegriffen. Außerdem wird auf die Verhaltensanalyse von Kanfer & Saslow (1965) Bezug genommen, in der auch nach angemessenen sozialen Verhaltensmustern sowie nach Fähigkeiten und Talenten gefragt wird. Zur näheren Charakterisierung steht ein Glossar zur Verfügung, in dem die einzelnen Items in globaler Weise beschrieben werden.

Bezug zur OPD

Im Rahmen der psychodynamischen Psychotherapien wurde die Operationalisierte Diagnostik OPD entwickelt. Auch sie wurde als Achsensystem konzipiert und enthält die Achsen (1) Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, (2) Beziehung, (3) Konflikt,

(4) Struktur sowie psychische und psychosomatische Störungen nach der ICD-10 (vgl. Hoffmann, 1998).

Die Achsen erscheinen bislang in theoretischer Hinsicht wenig systematisch entwickelt und stellen eine heterogene Ansammlung psychodynamischer Konstrukte dar. Auch wenn eine Operationalisierung und ausreichende Übereinstimmung in der Beurteilung erreicht wird (s. Schauenburg et al, 1998) bleibt die Validität ein offenes Problem.

Bezug zur ICF

Im Jahr 2001 wurde von der World Health Assembly die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF verabschiedet. Die ICF ist als Ergänzung zur Internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD zu sehen. Damit steht ein Rahmenkonzept zur Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung. Die Beeinträchtigung (und Potenziale) eines Patienten werden in der ICF über die vier Dimensionen „Körperfunktion und -struktur“, „Aktivitäten“ und Teilhabe“, „Umweltfaktoren“ und „persönliche Faktoren“ jeweils bezogen auf die verschiedenen Lebens- und Verhaltensbereiche (domains) abgebildet. Dadurch wird die Integration der biologischen, psychologischen, sozialen und individuellen Sichtweise einer erkrankten Person ermöglicht.

Die Erfassung der funktionalen Gesundheit nach dem Konzept der ICF gilt als Basis der rehabilitativen Diagnostik, Versorgung, Intervention und Evaluation der Ergebnisse. Die Rehabilitation wird als multi- und interdisziplinäres Management der funktionalen Gesundheit einer Person definiert (Stucki, Ewert & Cieza, 2002).

Die Definition von mangelnden Aktivitäten und defizitärer Teilhabe als funktionale Behinderung ist generell und im Einzelfall schwierig, weil sie erheblich von den jeweiligen psychosozialen Normen geprägt ist. Mentale Funktionen werden als Körperfunktionen verstanden. Die Unterscheidung von Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und persönliche Faktoren wie z.B. Geschlecht, Alter und Motivation) und der fokussierten Behinderung erscheint einerseits plausibel, andererseits problematisch wegen der zirkulären Zusammenhänge insbesondere im psychosozialen Bereich. Das ICF bietet keine Klassifikation funktionaler Diagnosen und es gibt bislang außer einer umfassenden, aber empirisch nicht überprüften Checkliste, bezogen auf Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe (WHO, 2001) keine Erfassungsinstrumente zur Beschreibung und Beurteilung der Funktionsfähigkeit (vgl. auch Schuntermann, 2003). Zur Zeit werden für einzelne Störungsbereiche sogenannte ICF Core Sets entwickelt. Die Core Sets sind ausgewählte ICF-Bereiche, die für die Mehrzahl von Patienten mit einer bestimmten Gesundheitsstörung zur Beschreibung und Klassifikation ihrer Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit relevant sind. In einem Kooperationsprojekt der Ludwig-Maximilians-Universität München und der WHO werden die Core Sets für 12 verschiedene Krankheitsbilder, wie z. B. rheumatoide Arthritis, ischämische Herzkrankheiten, Diabetes mellitus und depressive Störungen entwickelt. Die Core Sets werden in einem mehrstufigen Verfahren (prospektive Kohortenstudie, systematische Literaturreviews, Delphi-Verfahren) überprüft. Im Gegensatz zur Vollversion der ICF beinhalten die Core Sets eine überschaubare Anzahl von Items, die auf das entsprechende Krankheitsbild abgestimmt sind. Mit diesem System der krankheitsspezifischen Core Sets wird es zukünftig möglich sein, eine (inter-)national einheitliche Klassifikation von Patienten der verschiedensten Erkrankungen vorzunehmen

(vgl. auch Ewert, Cieza & Stucki, 2002, Stucki, Cieza & Ewert, 2001). Derzeit wird eine internationale Multicenterstudie zur Testung der ICF Core Sets durchgeführt.

Eine intensivere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem neuen Begriffssystem bleibt abzuwarten. Klar ist lediglich, dass der neue Fokus auf die Gesundheit und auf die gesundheitsbezogenen Bereiche gerichtet ist. Das umfassende Begriffssystem bedarf einer eingehenden Diskussion, bevor daraus Folgerungen für die Praxis und für die Datenerhebungen gezogen werden können. Dieser WHO-Ansatz stellt zwar keine Grundlage für PREDI dar, unterstreicht aber die Wichtigkeit, auch einen gesundheitsbezogenen Ansatz in die Diagnostik einzubeziehen. Der PREDI-Begriff der personalen Ressourcen zeigt sich am ehesten in den ICF-Begriffen der Aktivitäten und Teilhabe. Eine genauere Analyse bedarf einer empirischen Untersuchung.

Bezug zur Persönlichkeitsdiagnostik

Das Persönlichkeitskonzept der sogenannten „Big Five“ (siehe NEO-FFI, deutsche Version: Borkenau & Ostendorf, 1993) hat unter allen Persönlichkeitstests zur Zeit die stärkste Verbreitung und Anerkennung gefunden. Dieser Persönlichkeitstest beinhaltet die Dimensionen Extraversion, Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit, soziale Verträglichkeit und Offenheit. Gewonnen und vielfach repliziert wurden diese Dimensionen aus Faktorenanalysen von Hunderten von Persönlichkeitsmerkmalen zur Beschreibung des Verhaltens von Menschen in unterschiedlichsten Situationen. Sie erscheinen hoch plausibel und sehr abstrakt zugleich, so dass die Lebenssituation eines einzelnen Menschen, dessen Testwerte man erhalten hat, in den einzelnen Lebensbereichen wenig konkret und plastisch erscheint. Es bleibt unklar, vor welchen psychosozialen Aufgaben der untersuchte steht, in welchen sozialen Beziehungen er lebt, ob in armen oder reichen Verhältnissen, ob körperlich krank oder gesund, welche Interessen er hat u. s. w. All das wird durch solche Dimensionen der Persönlichkeit nicht dargestellt. Dennoch lässt sich mit diesen fünf Grunddimensionen eine bestimmte Art der Charakterisierung einer Person ableiten: nach außen gewandt oder mehr introvertiert, gewissenhaft oder eher flüchtig, offen für die Einflüsse anderer oder sich mehr abschirmend, sich mit anderen abstimmend oder rücksichtslos, fest und ruhig oder emotional ergriffen und unsicher. All diese Merkmale sind sicherlich hilfreich, um jemanden in seinem Verhalten zu beschreiben, aber es ist eine abstrakte Teilbeschreibung der Persönlichkeit, die für eine Hilfeplanung wenig nützlich ist. Aus diesen Überlegungen lässt sich folgern, dass diese prinzipiell unterschiedlichen Ansätze zur Beschreibung einer Person, wie sie in PREDI und in solchen Persönlichkeitstests zum Ausdruck kommen, sich im Idealfall zu einem umfassenderen Bild ergänzen. Der Überschneidungsbereich beider Ansätze erscheint dagegen eher gering. Letztlich können nur empirische Studien die Zusammenhänge deutlich machen.

1.2 Grundstruktur der Beurteilung

Zur Grundstruktur von PREDI gehören die verschiedenen Lebensbereiche und ihre Erfassung unter den Aspekten der Deskription, der Problembewertung, der Ressourcenbewertung und der Veränderungsmotivation (weitergehende Differenzierung in Abschnitt 1.2.3, 1.2.4 und 1.2.5). Dieses Konzept kann auch für die Praxis der Anamneseerhebung als Strukturierungshilfe nützlich sein.

1.2.1 Lebensbereiche

Die Gesamtsituation einer Person bzw. eines individuellen Person-Umfeld-Systems wird durch neun Lebensbereiche beschrieben (vgl. auch Abb. 1):

1. Alltagssituation
2. Wohnsituation
3. Finanzielle Situation
4. Rechtliche Situation
5. Arbeits-/Ausbildungssituation
6. Körperliche Situation:
 - Gesundheitszustand
 - Gesundheitsverhalten
 - Gebrauch von psychoaktiven Substanzen
7. Psychische Situation
 - Selbstwertgefühl
 - Selbstrealisierung
 - Selbstkontrolle, Selbstregulation
 - Realitätsbezug
8. Beziehungssituation (I-III)
 - Partnerschaft
 - Familie
 - Freundeskreis
9. Soziokulturelle Situation

Die Auswahl dieser Lebenssituationen hat sich aus der Diskussion über die verschiedenen Arbeitsfelder in der Expertengruppe ergeben. Das Freizeitverhalten wurde nicht als eigener Lebensbereich angegeben, sondern wird einzelnen Lebensbereichen zugeordnet (siehe Kapitel 3). Je nach Arbeitsbereich und Aufgaben der Betreuung und Therapie können die einzelnen Lebenssituationen für die Hilfeplanung von sehr unterschiedlicher Bedeutung sein. Die Definition der einzelnen Lebensbereiche und ihre weitere Unterteilung erfolgt in den jeweiligen Abschnitten (siehe Punkt 3 "Darstellung und Beschreibung der einzelnen Lebensbereiche"). Jeder Lebensbereich wird nach den Grundaspekten der Deskription, der Problem- und Ressourcenbeurteilung sowie der Veränderungsmotivation diagnostisch beurteilt, die nachfolgend genauer definiert werden.

Abbildung 1.1 Matrix-Darstellung der neun Lebensbereiche unter den verschiedenen Beurteilungsperspektiven

Lebensbereiche	Beurteilungsperspektiven			
	Deskription	Problem	Ressourcen	Veränderungsmotivation
Alltagssituation				
Wohnsituation				
Finanzielle Situation				
Rechtliche Situation				
Arbeitssituation				
Körperliche Situation Gesundheitszustand Gesundheitsverhalten Gebrauch psychotroper Substanzen				
Psychische Situation Selbstwertgefühl, Grundstimmung Selbstrealisierung Selbstkontrolle, Selbstregulation Realitätsbezug				
Beziehungssituation Partnerschaft Familie/Lebensgemeinschaft Weiteres soziales Netz				
Soziokulturelle Situation				

1.2.2 Deskription und Beurteilung

Generell wird zwischen diagnostischer Beschreibung (Deskription) und diagnostischer Beurteilung unterschieden. Zur Beurteilung gehört z.B. die subjektive Problembelastung des Klienten, aber auch die Beurteilung durch den Untersucher, der zum Teil nach wissenschaftlich begründeten Kriterien, zum Teil nach konsensfähigen Kriterien seines

Fachgebietes und schließlich auch nach mehr oder weniger subjektiven Gesichtspunkten das Verhalten des Klienten einschätzt. Gründe für die Trennung von Deskription und Beurteilung waren spezielle Merkmalsbereiche, wie z.B. die soziodemographischen Daten oder die Wohn- und Arbeitssituation, die oft erst im Zusammenhang mit anderen Informationen (z.B. Ausbildung) hinsichtlich der Problem- und Ressourcenperspektive beurteilt werden können. Außerdem war für die PREDI-Kurzdiagnose erforderlich, die dem individuellen Rating zu Grunde liegenden Kriterien zu erfassen. Diese beinhalten primär deskriptiv dargestellte Verhaltensweisen als Grundlage der Beurteilung.

Bei der Ausarbeitung von PREDI zeigte sich allerdings, dass Deskription und Beurteilung nach Problem- und Ressourcenperspektive nicht immer klar zu trennen sind. Jeder Problem- und jede Ressourcenbeurteilung setzt eine Verhaltens- und Situationsbeschreibung voraus. Oft gehen Beschreibung und Beurteilung unmittelbar ineinander über; nicht zuletzt deshalb, weil Wahrnehmung und Denken von Beginn an auf Beurteilungen hin ausgerichtet sind, und die Deskription nur einen Zwischenschritt im Beurteilungsprozess darstellt. Zur Wahrnehmungserweiterung erscheint aber eine Trennung verschiedener Perspektiven nützlich und notwendig, bevor eine Integration im Schritt der Beurteilung versucht wird. Ein Untersucher sollte sich bewusst machen, was jeweils die Beschreibung einer Situation ist, und wo Einschätzungen und Interpretationen von seiner Seite oder der Seite des Betroffenen in die Wahrnehmung einfließen und bereits zu einer Beurteilung der Situation führen.

Gegenstand der Beschreibung sind die verschiedenen Lebensbereiche einer Person. Die diagnostische, mehrdimensionale Beurteilung erfolgt nach den oben dargestellten Grundperspektiven der Problembewertung, der Ressourcenbeurteilung und nach der vom Patienten beurteilten Dringlichkeit der Veränderung (PREDI-Kurzdiagnose: Veränderungswunsch) bzw. der komplexen Veränderungsmotivation (PREDI-Feindiagnose). Außerdem erfolgt eine Einschätzung der Dringlichkeit von Hilfe und der Wichtigkeit weiterer diagnostischer Abklärung (z.B. mit Hilfe der Module der PREDI-Feindiagnose). Da die aktuelle Lebenslage/-situation eines Klienten erfasst werden soll, wird den verschiedenen Beurteilungsaspekten ein Zeitfenster von zwölf Monaten zugrunde gelegt. Ein kleineres Zeitfenster hätte zwar die Überschaubarkeit und damit vermutlich die Reliabilität der Angaben erhöht, dafür hätte man aber wahrscheinlich an der Validität, wegen der geringeren Bedeutung kurzfristiger Schwankungen, Abstriche machen müssen. Deshalb beziehen sich die Angaben in PREDI, sofern nicht anders angegeben, auf den Zeitraum von zwölf Monaten vor dem Zeitpunkt der Datenerhebung. In einem bislang noch nicht publizierten Selbstbeurteilungsfragebogen *Inventar Personaler Ressourcen* (Küfner, 2000a, siehe Anhang V) wird zwischen den Zeitperspektiven in den letzten 12 Monaten und der Lebenszeit (ausschließlich der letzten 12 Monate) unterschieden. (Erste Ergebnisse als Poster: Küfner, Schnabel & Hackmann, 2004). Die Entwicklungsperspektive wurde bewusst ausgeklammert. Sie kann vielleicht bei manchen problematischen Verhaltensweisen zur Aufklärung der gegenwärtigen Situation beitragen. Im großen und ganzen aber folgt aus der Entwicklungsperspektive nicht unbedingt eine Erklärung der gegenwärtig wirksamen Einflussfaktoren, auf die es aber entscheidend ankommt. Außerdem hätten Fragen zu Entwicklung und Verlauf (Anamnese) der verschiedenen Probleme und Ressourcen zu einer erheblichen Ausweitung des Diagnostiksystems geführt, so dass wir darauf verzichtet ha-

ben. Die Vorgeschichte eines Problems oder einer Störung erfolgt dann im Rahmen einer Anamnese, die praktisch in jedem Fall durchgeführt wird. Die Deskription der PREDI-Kurzdiagnose erfolgt durch die Kriterien der Kriteriumsliste.

1.2.3 Problembewertung

Während bei einer medizinischen Diagnosestellung von Symptomen, Syndromen und Störungen die Rede ist, wird bei der Problembewertung von einer mehr oder weniger dringlichen, chronisch nicht gelösten Aufgabe ausgegangen, die zu Schwierigkeiten und negativen Folgen führt oder geführt hat. Bei einer medizinischen Bewertung geht es um Ursachen, Bedingungsfaktoren und Folgen, bei der Problemperspektive sind primär nur die negativen Folgen zu berücksichtigen.

Ein Problem ist definiert (1) durch die Belastung bzw. den Leidensdruck für den Betroffenen, (2) durch die Belastung für die Angehörigen und des sozialen Umfeldes und (3) durch die mit dem Problem verbundenen, tatsächlich schon eingetretenen oder mit hoher Wahrscheinlichkeit drohenden negativen Folgen im Bereich der körperlichen Gesundheit, der Arbeitsfähigkeit, der psychosozialen Beziehungen und der Persönlichkeit (z.B. Selbstwertgefühl). Probleme entstehen also durch längerfristig nicht gelöste Aufgaben und deren negative Folgen.

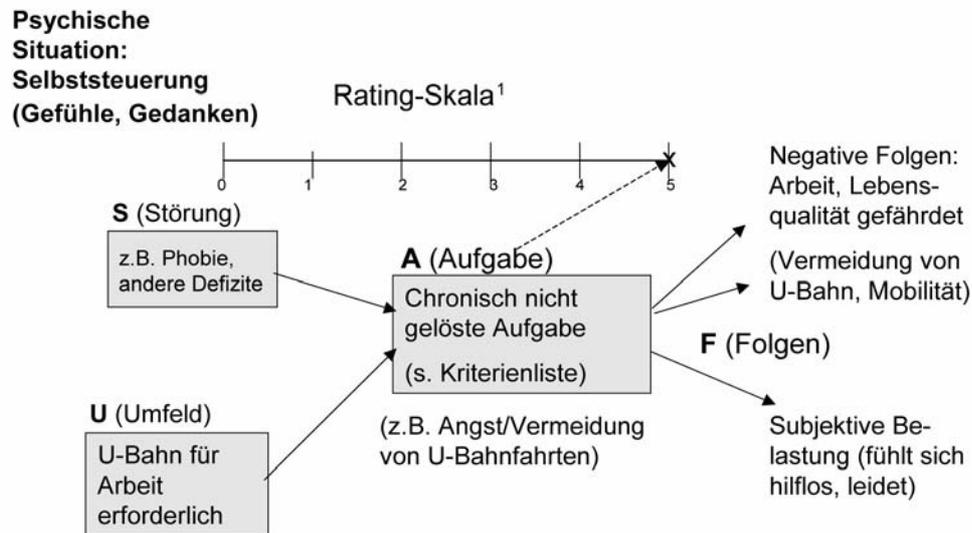
Problem-Rating (siehe Abbildung 1.2)

Für die Bewertung des Schweregrades einer nicht gelösten psychosozialen Aufgabe sind die negativen Auswirkungen und Folgen auf die Lebensqualität im weiteren Sinne entscheidend sowie die dadurch bedingte subjektive Belastung des Betroffenen.

Die Frage nach den Ursachen oder Bedingungsfaktoren ergibt zwei grundsätzlich verschiedene Einflussfaktoren, nämlich einmal Defizite, mangelnde Fähigkeiten des Patienten und zum anderen Einflüsse des sozialen Umfeldes, die die Lösung eines Problems erschweren, aber auch erleichtern können.

Abbildung 1.2: Problembewertung

(A = chronisch ungelöste Aufgabe, F = Negative Folge, S = Störung, U = Umfeldfaktoren)



¹ Ein Rating von 4 oder 5 sollte nur dann angegeben werden, wenn mindestens zwei ausgeprägte negative Folgen erkennbar sind.

Für die spätere Einschätzung der Veränderungsmotivation ist die Differenzierung wichtig, für wen hauptsächlich das Problem besteht, ob 1. für die betroffene Person selbst, 2. für den Untersucher oder 3. für das Umfeld bzw. deren Institutionen. So muss ein erwerbsloser Klient oder ein Klient mit geringen sozialen Kontakten diese Situation nicht unbedingt als problematisch erleben, auch wenn der Untersucher dies als Problem ansieht und entsprechende Änderungen erwartet oder für sinnvoll hält.

Folgerung

Bei der Beurteilung negativer Folgen wird die subjektive Belastungseinschätzung durch den Klienten selbst und die durch den Untersucher unterschieden, der in der Regel die umfassendere Sichtweise einnehmen kann. Beide Aspekte erscheinen für die Folgenabschätzung unverzichtbar (siehe 1.7). Letztlich beurteilt aber der Untersucher die Frage negativer Folgen.

In jedem Lebensbereich bzw. in Teilaspekten dieser Bereiche können Probleme oder problematische Situationen unabhängig voneinander bestehen oder sich gegenseitig bedingen (z.B. Verarmung ⇔ Verlust der Wohnung). Schwerpunktmäßig erfolgt eine getrennte Darstellung der einzelnen Problembereiche. In den Gesamtbeurteilungen der PREDI-Feindiagnose am Ende jedes Lebensbereiches sollten diese Querverbindungen durch den Untersucher berücksichtigt werden. Ob die einzelnen Probleme als funktionelle Beeinträchtigungen der Aktivitäten, der Teilhabe oder als Störung der mentalen Funktion im Sinne der ICF zu sehen ist, bleibt in diesem Ansatz offen.

Zeitperspektive (Zeitfenster)

Parallel zur Störungsbeurteilung in der ICD-10 bzw. DSM-IV sollten primär die letzten 12 Monate berücksichtigt werden. Bei manchen Fragen, z.B. Suizidversuche oder Erkrankungen, ist aber auch ein größerer Zeitraum erforderlich. Entscheidend ist die gegenwärtige Situation oder Lage des Patienten. Ein klar abgeschlossenes, gelöstes Problem sollte nicht mehr codiert werden. Für spezielle Fragestellungen ist aber auch eine spezielle Instruktion möglich, die sich auf die frühere Situation bezieht. Dann wird man als weiteres Kriterium eine Dauer des Problems von mindestens zwei Wochen zu Grunde legen, wie das in der Checkliste ICD-10 gefordert wird.

1.2.4 Ressourcenbeurteilung

Allgemein definiert sind personale Ressourcen biopsychosoziale Fähigkeiten als Funktionseinheiten zur Bewältigung psychosozialer Aufgaben und zur Realisierung weiterer Lebensmöglichkeiten. Dieser Begriff von psychosozialen Fähigkeiten umfasst neben Kompetenzen auch motivationale Faktoren und den Bezug auf elementare psychosoziale Aufgaben. In der Literatur wird bei der Operationalisierung von Ressourcen häufig zwischen personalen, materiellen und sozialen Ressourcen unterschieden (vgl. z.B. Schwarzer, 1990). Materielle und soziale Ressourcen werden mit PREDI nur insoweit erfasst, als deren Nutzung entsprechende personale Ressourcen voraussetzt. Sie fließen deshalb in die Ressourcenbeurteilung mit ein.

Personale Ressourcen können auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen differenziert werden. Sie bilden vermutlich eine hierarchische Struktur, die wir bislang nicht kennen. Übergreifende Ressourcen, wie z.B. Selbstwirksamkeitserwartungen (siehe unten), können als Meta-Ressource bezeichnet werden. Zum Begriff personaler Ressourcen gehört auch die biologische Basis, z.B. das Hormonsystem, soweit damit das Verhalten mitbestimmt wird und ohne die Verhalten nicht denkbar ist (z.B. Testosteron und Aggressivität, Cortisol, Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und Stress u.a. und die neurobiologischen Grundlagen des Lernens). Unter personalen beziehungsorientierten Ressourcen werden Unterstützungsfaktoren des sozialen Umfeldes und des sozialen Netzwerks zur Lösung und Bewältigung unterschiedlichster Aufgaben und Ziele verstanden, soweit diese von den Patienten zugelassen und genutzt werden können. Zum Teil bedingen und beeinflussen sich personale und äußere soziale Ressourcen wechselseitig. Beispielsweise können durch gute Kontaktfähigkeit leichter persönliche Beziehungen aufgebaut werden, die ihrerseits wiederum mehr soziale Unterstützung bedeuten. Meta-Ressourcen sind solche, die bei zahlreichen psychosozialen Aufgaben von großer Bedeutung sind. Eine wichtige personale Meta-Ressource ist die schon erwähnte Selbstwirksamkeitserwartung, die in allen Ressourcenbereichen eine wichtige Rolle spielt. Hierunter versteht man die Überzeugung, durch eigenes kompetentes Handeln spezifische Wirkungen erreichen zu können. In diesem Zusammenhang wird Handlungskompetenz häufig auch als ein Bündel von Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Ausführung von zielorientierten nach außen gerichtetem Verhalten verstanden.

Voraussetzung für die Entstehung von Lösungs- und Lebenskompetenz, die sich auf äußere oder innere Aufgaben wie Selbstkontrolle oder der Realisierung von Lebensmöglich-

keiten beziehen kann, ist die Entwicklung grundlegender biopsychosozialer Fertigkeiten und Fähigkeiten in den unterschiedlichsten Bereichen:

- Soziale Kontaktfähigkeit, Kooperationsfähigkeit
- Einsichtsfähigkeit (bezüglich eigener Schwierigkeiten und des eigenen Anteils daran)
- Steuerungsfähigkeit von Impulsen und Phantasien
- Empathie, soziale Intelligenz für den Umgang mit anderen
- Engagement für andere
- Leistungsfähigkeit (Konzentration, Intelligenz)
- Alltagsbewältigung (Strukturierung des Alltags, Bewältigung von Alltagsproblemen)
- Zielorientiertes Handeln (eigene Ziele haben und diese realisieren)
- Handlungsbereitschaft bei der Lösung eigener Probleme (Bereitschaft, Neues zu erproben)
- Selbstwertgefühl, Selbstbild
- Interessen, Hobbys
- Auftrieb, Vitalität

Dieser Katalog psychosozialer Fähigkeiten ist nicht hierarchisch geordnet und sicherlich nicht vollständig. Eine Meta-Ressource könnten bspw. die schon erwähnten Selbstwirksamkeitserwartungen sein (siehe auch 5.3.1 Abschnitt psychische Situation). Weder empirisch noch als Expertenkonsens ist jedoch in absehbarer Zeit eine Lösung zu erwarten. Deshalb erscheint es sinnvoller, von psychosozialen Aufgaben und Lebensmöglichkeiten im Sinne von Aktivitäten und Teilhabe auszugehen, die pragmatisch geordnet werden können.

Psychosoziale Aufgaben und Lebensmöglichkeiten

Die Aufgaben einschließlich der zu bewältigenden Probleme ergeben sich aus der jeweiligen Lebenssituation in den verschiedenen Lebensbereichen. In Abschnitt 5.3.3 wird ein Überblick globaler Aufgaben in den einzelnen Lebensbereichen versucht. Eine Ressourcenbeurteilung sollte im Hinblick auf solche psychosozialen Aufgaben und der darüber hinaus führenden Lebensmöglichkeiten im Sinne weiterer Lebensqualität erfolgen. Trotz der Individualität der verschiedenen Aufgaben und Lebensmöglichkeiten innerhalb und zwischen den einzelnen Lebensbereichen wird davon ausgegangen, dass personale Ressourcen sich in unterschiedlichsten Lebensbereichen günstig auf die Bewältigung von psychosozialen Aufgaben und die Realisierung von Lebensmöglichkeiten auswirken.

Die Ressourcenbeurteilung orientiert sich zunächst an der Funktionalität für bestimmte Ziele und Aufgabenbereiche (Lösungsorientierung) und an dem Beitrag zur Lebensqualität. Das heißt, dass das aktive Potential eines Klienten (zur Verfügung stehende Mittel, Fertigkeiten oder Fähigkeiten, Motive) im Vergleich zu dessen Zielen, Aufgaben und Lebensmöglichkeiten eingeschätzt wird. So geht es z.B. im Arbeitsbereich um Aufgaben wie: eine Arbeitsstelle finden, die Arbeit durchhalten, mit Kollegen und Vorgesetzten umgehen

oder Freude und Sinn in der Arbeit sehen usw. Mittel und Fähigkeiten, diese Aufgaben zu lösen und darüberhinaus eigene Lebensmöglichkeiten zu realisieren, sind Ressourcen für diesen Bereich. Beim gegenwärtigen Wissensstand wissen wir nicht genau, welche Mittel und Fähigkeiten für die Lösung von psychosozialen Aufgaben erforderlich sind. Auch ist die Struktur der verschiedenen Ressourcen unbekannt. Allgemein ergibt sich ein Bezug zum Konzept der Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura 1977, Schwarzer 1999) als einer Art Meta-Ressource, wobei dort der Kompetenzanteil fehlt. Aus der Bewältigung ähnlicher Aufgaben oder der Realisierung von Lebensmöglichkeiten in früheren oder gegenwärtigen Lebenssituationen können wir jedoch schließen, dass solche Mittel und Fähigkeiten vorhanden sind, auch wenn wir diese im einzelnen nicht kennen. Allerdings ist dabei noch der Einfluss des sozialen Umfeldes zu beachten.

Je nach individuellem Gesamtsetting von Aufgaben und Lebensmöglichkeiten (Aktivitäten und Teilhabe) können manche psychosozialen Fähigkeiten für bestimmte Personen bereits eine Ressource darstellen, während sie für andere den "Normalzustand" bedeuten. So stellt z.B. für einen Patienten mit einer Halbseitenlähmung die Fähigkeit, Körperpflege selbständig zu verrichten, eine erhebliche Ressource dar, während dies für einen Menschen ohne Behinderung eine zwar notwendige, aber nicht weiter erwähnenswerte Ressource im Kontext all seiner Aktivitäten und Teilhaben darstellt. Das bedeutet, dass die Einschätzung von Ressourcen stark von der individuellen Aufgabensituation bzw. der Lebenslage eines Klienten abhängig sein kann. Entscheidend dabei ist die Frage, ob die jeweilige psychosoziale Fähigkeit zur Steigerung der individuellen Lebensqualität im jeweiligen Umfeld beiträgt. Das tut sie sicherlich im Fall der Behinderung. Im Fall einer nicht-behinderten Person ist die Körperpflege kein Problem, so dass die Lösung der Aufgabe Körperpflege, wenn sie darüber hinaus keine besonderen Qualitäten aufweist, nicht zu einer Steigerung seiner Lebensqualität beiträgt und das Ressourcen-Rating je nach Regelmäßigkeit und Umfang im Bereich 1-3 liegt.

Zeitperspektive: Zeitfenster und Verfügbarkeit von Ressourcen

Ressourcen können ungenutzt vorhanden, aber prinzipiell verfügbar sein, sie können früher einmal eingesetzt worden sein, und die betreffende Person kann sich dessen bewusst sein oder auch nicht. Am wichtigsten erscheint die Frage, ob derartige Ressourcen überhaupt einmal vorhanden waren und ob sie zur Zeit verfügbar sind. Auch wenn personale Ressourcen schon einmal erfolgreich zur Lösung einer Aufgabe eingesetzt wurden, nimmt mit zunehmendem zeitlichen Abstand die Wahrscheinlichkeit ab, dass diese wieder, unter Umständen in einem anderen Kontext, verfügbar sind. Vorhandene, aber bislang nicht genutzte oder schon lange nicht mehr verfügbare Ressourcen können zwar prinzipiell bei entsprechender Hilfestellung aktiviert werden, aber dies stellt im Vergleich zum ersten Fall eine ungleich schwierigere Aufgabe dar. Ressourcen können also einerseits auf die gesamte Lebenszeit bezogen sein oder auf einen kürzeren Zeitraum, so dass die gegenwärtige Verfügbarkeit angenommen werden kann. Dafür erscheint ein Zeitfenster von 1-3 Jahren günstig, das ansonsten wegen der Parallelität zur ICD-Diagnostik naheliegende Zeitfenster von zwölf Monaten erscheint für die Ressourcenbeurteilung zu kurz. Die Festlegung der Zeitperspektive hat unter Umständen erheblichen Einfluss auf die Ressourcenbeurteilung. Standardmäßig wird die gegenwärtige Lage beurteilt. Für die Beurteilung des Entwicklungspotenzials ist die Zeitperspektive „früher“ zu wählen. In dem Selbstbeurtei-

lungsfragebogen Inventar personale Ressourcen (IPR) werden beide Zeitperspektiven berücksichtigt.

Ein weiteres Zeitfenster ergibt sich bei einer Verlaufsuntersuchung nach zwei oder drei Monaten. In solchen Fällen werden ausgehend von den Ratingwerten der ersten Erhebung lediglich neu auftretende positive oder negative Lösungsergebnisse psychosozialer Aufgaben berücksichtigt. Bei einer zeitlichen Differenz von mehr als 12 Monaten zwischen den beiden Erhebungen werden die Ratings zum zweiten Erhebungszeitpunkt insgesamt neu erhoben.

Zur Problembewertung werden negative Folgen chronisch nicht gelöster Aufgaben herangezogen, während bei der Ressourcenbewertung positive Folgen von gelösten Aufgaben oder Problemen für die Bewertung entscheidend sind. Aus dem Fehlen von Ressourcen kann keineswegs auf Probleme geschlossen werden, weil diese auch vom äußeren Aufgabendruck und der sozialen Unterstützung abhängig sind. Auch können bestehende Probleme durchaus mit Ressourcen vereinbar sein, wenn z.B. eine Konfliktsituation sehr stark ausgeprägt ist, so dass es trotz guter Ressourcen nicht zu einer Lösung kommt. Deshalb wird die Bewertung einer psychosozialen Fähigkeit oder Fertigkeit als Problem und als Ressource getrennt durchgeführt. Auch kommt es sonst zu einer Vermischung unterschiedlicher Gesichtspunkte, so dass eine Interpretation der Ergebnisse erschwert wäre.

Materielle Ressourcen können sowohl als Problem als auch als Ressource betrachtet werden. So kann der Erhalt eines Erbes sowohl positiv im Sinne einer materiellen Ressource (Zugewinn von Vermögen), aber auch als Problem (z.B. bei Rechtsstreitigkeiten) gesehen werden. Ein weiteres Beispiel hierfür ist die Mitgliedschaft eines Klienten in einer sektenähnlichen Gemeinschaft. Wenn Selbstbestimmung und Autonomie oder Konflikte mit anderen Personen die zentrale Lebensaufgabe eines Klienten darstellen, dann kann eine solche Mitgliedschaft wegen zunehmender Einengung und verstärkten Konflikten mit Personen innerhalb oder außerhalb dieser Gemeinschaft als Problem gesehen werden. Wenn dagegen Werteorientierung und Bindung an eine Gemeinschaft als Bedürfnis im Vordergrund stehen, kann sie im Sinne einer Ressource als Stütze, sozialer Halt und Orientierung verstanden werden und unter Umständen neue Lebensmöglichkeiten schaffen. Der Untersucher muss in solchen Fällen abschätzen, vor welchen Lebensaufgaben der Klient in dem jeweiligen Lebensbereich steht.

Zur Erfassung von Stärken einer Person gibt es auch den Ansatz, dass ein Patient sich selbst mittels simpler Eigenschaftswörter beschreibt, die in die Bereiche soziale, kognitive, emotionale und spirituell-philosophische Stärken gegliedert sind. Da hierbei aber die Abhängigkeit des Verhaltens von der jeweiligen Situation und Aufgabe völlig außer Acht gelassen wird, halten wir diesen Ansatz konzeptionell für zu wenig fundiert und differenziert.