

3. Fachtagung Soziale Diagnostik und Klassifikation

6/7. Mai 2010 in Höhenried/ Bernried

Bildet die soziale Diagnostik die Wirklichkeit ab oder führt sie jeweils eigene Formen der Wirklichkeit mit sich?

Dieser Vortrag möchte nicht die Legitimität und Nützlichkeit diagnostischer Verfahren in der Sozialen Arbeit *als solche* in Frage stellen, denn ihre Funktionalität als Instrument des Dialogs, zur Reduktion von Komplexität und schließlich auch zur Reflexion steht hier außer Frage. Zumal im Rahmen professionellen Handelns ständig Probleme definiert werden bzw. Personen als Klienten identifiziert werden müssen. Wohl aber die soziale Wirkungsmacht standardisierter Diagnoseverfahren in Hinblick auf die ungewollte Erzeugung sowie Stabilisierung sozialer Hilfebedürftigkeit steht hier auf dem Prüfstand. Soziale Diagnostik wirkt auf vielfältige Weise; in den nächsten 45 Minuten liegt der Fokus auf der nicht intendierten Erzeugung und Stabilisierung sozialer Hilfebedürftigkeit durch standardisierte Verfahren. Die Frage lautet folglich: Verändert die soziale Diagnostik unser Erkennen von Problematischem und Unproblematischem? Inwiefern verändern soziale Diagnoseinstrumente ihren Erkenntnisgegenstand – die Wirklichkeit von Hilfsbedürftigkeit bzw. von sozialen Problemlagen? Ich werde versuchen diese Fragen zu beantworten, indem ich, basierend auf ethnographischen Daten, den Prozess der Transformation biographischer Ereignisse und Beobachtungen in Daten, die für Sozialarbeiter als auch für Kostenträger unterschiedlicher Bereiche als relevant erachtet werden, näher beleuchte. Gleich zu Beginn meines Vortrags möchte ich meine Thesen diesbezüglich vorausschicken: Soziale Diagnosemanuale verändern unser Erkennen von Problematischem und Unproblematischem, aufgrund ihrer spezifischen Art der Befragung und Ordnung von Problemlagen. Und: Soziale Diagnosemanuale verändern unser Erkennen von Problematischem und Unproblematischem, indem sie die Mobilität und Unveränderbarkeit steigern.

1. Zur Unbestimmtheit von Hilfsbedürftigkeit

Grundsätzlich gilt und ich denke das ist gerade für alle anwesenden Praktiker besonders einleuchtend: Das was einer sozialen Diagnostik vorausgeht, ist im eigentlichen Sinne

vielseitig und komplex – weitläufige Erklärungen, komplizierte Zusammenhänge und nicht selten unsagbare oder bislang noch-nicht-sagbare Erfahrungen. In Folge der Diagnostik werden solche, je eigenen sinnhaften, Erfahrungen in eng umgrenzte Bereiche des Problematischen und Unproblematischen übersetzt.

Betrachtet man diesen Prozess der Übersetzung aus der Metaebene, so ist auch nachvollziehbar, dass historische- als auch kulturvergleichende Studien¹ immer wieder zeigen, dass die Formen von Hilfsbedürftigkeit bzw. von Problemlagen in ihrer Grenzziehung wählbar sind und auf keine ontologische Wurzel zurückgreifen können. Oder anders ausgedrückt: Die Territorialität von Hilfsbedürftigkeit, die jeweilige Zuschreibung von Hilfsbedürftigkeit, liegt im Auge des Betrachters, eingebunden in seine Zeit und seinen Raum. So galten früher Handlungen und Lebenslagen als problematisch, wie beispielsweise die Homosexualität, Masturbation, sexuelle Kontakte außerhalb der Ehe. Andere, wie Unter- oder Übergewicht, Bewegungsmangel, Bildungsdefizite, übermäßiger Fernseh- und Computerkonsum, um nur ein paar zu nennen sind Problemlagen neueren Datums.

Folglich verändert sich das sozialarbeiterische Erkennen von Problematischem und Unproblematischem mit dem, was in einer Gesellschaft als problematisch anerkannt wird und was nicht: Es verändert sich mit dem verfügbarem Wissen, dem technischem Wandel und dem institutionellen Setting. Hintergrund dieses möglichen Andersseins (Kontingenz), ist die eigentliche Unbestimmtheit von Hilfsbedürftigkeit bzw. von Problemlagen.

Dieses Konzept der Unbestimmtheit und den Prozess der Übersetzung möchte ich an einem Beispiel aus der Praxis nochmals genauer veranschaulichen. Da ich selbst im ambulant-komplementären Bereich der Psychiatrie arbeite und dazu forsche, stammt dieses empirische Beispiel aus dem Bereich Psychiatrie. Hierbei ist eine Besonderheit des sozialpsychiatrischen Hilfesystems kurz hervorzuheben: Durch die weit verbreitete biomedizinische Orientierung der sozialarbeiterischen Praxis schließt die Einschätzung von Hilfsbedürftigkeit oftmals an die medizinisch-psychiatrische Terminologie an, was auch in diesem Beispiel deutlich zu sehen ist. Diese wie auch alle folgenden empirischen Daten wurden anonymisiert.

1 Einen guten Überblick dazu geben Hering, Sabine & Münchmeier, Richard (2007): *Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Juventa. Weinheim/ München; Oder Wendt, Wolf R. (2008): *Geschichte der sozialen Arbeit*. Band 1 +2. Lucius & Lucius. Stuttgart; Weiter nennenswert sind insbesondere für den Bereich Psychiatrie Studien von Michel Foucault, Robert Castel, Alain Ehrenberg

Fallbesprechung in einer Einrichtung für Betreutes Wohnen.

Eine Mitarbeiterin schildert die Ängste einer neuen Bewohnerin, die in den gemeinsamen Einzelgespräche thematisiert werden. Die Bewohnerin berichtet über böswillige Nachrede seitens verschiedener Nachbarn und hat die Befürchtung aufgrund dieser Bezeichnungen ihr Ansehen zu verlieren. Die Mitarbeiterin betont, dass sie wie auch die Mitbewohner der Wohngemeinschaft diese Bezeichnungen nicht hören und aufgrund ihrer Erfahrungen mit den Nachbarn auch nicht nachvollziehen können.

Des Weiteren berichtet die Mitarbeiterin, dass im letzten Arztbrief ähnliche Situationen – Angst vor den Nachbarn – genannt werden. Diese waren im vergangenen Jahr Anlass für eine langfristige stationäre Behandlung.

Die aktuellen Ängste erklärt sich die Betreuerin mit dem Absetzen eines Medikaments: Hintergrund der Bezeichnungen sind nicht die Nachbarn, sondern der seit kurzem verringerte Anteil antipsychotisch wirkender Substanzen im Körper. Darauf hin fasst ihr Kollege die Situation mit folgenden Worten zusammen: "Frau Tiel ist chronisch psychotisch."

Nun, welche Rückschlüsse auf die eigentliche Unbestimmtheit von Hilfsbedürftigkeit oder in diesem Fall psychischem Leiden kann man anhand dieses Beispiels ziehen? Die Erfahrungen und Ängste von Frau Tiel selber sagen nicht, ob sie hypochondrisch, depressiv, psychotisch oder zwanghaft sind. Sie produzieren weder eine der Wissenschaft zugänglichen Sprache, noch interpretierbare Graphiken. Sie sind weder sprachlich bestimmt, noch führen sie automatisch therapeutische Anschlussmöglichkeiten mit sich. Sie sind schlicht unorganisiert; sie sind unbestimmt; sie benötigen einen Transformationsprozess, der stabilisiert und strukturiert – eine Übersetzung, die den Erfahrungen und Ängsten eine kommunikative Form verleihen. Im geschilderten Fall von Frau Tiel werden die Erfahrungen, wird das Leiden von Frau Tiel, während der Besprechung mit Begriffen und Attributen versehen, wie „chronisch psychotisch“, und mit theoretischen Modellen bzw. möglichen therapeutischen Optionen verknüpft. Die Mitarbeiter bringen *Etwas* zur Sprache – statten *Etwas* mit Sinn aus, dass zuvor erst in Erfahrungen oder Gesichtsausdrücken zugänglich war.

2. Welche Wirklichkeit?

In alter Soziologen Manier könnte ich an dieser Stelle mit meiner Analyse enden, indem ich die Wirklichkeit von Hilfebedürftigkeit/ von sozialen Problemlagen ausschließlich auf die Interaktion zwischen den beteiligten Personen zurückführe, wie es beispielsweise im radikalen Konstruktivismus (Labeling Approach) gängig ist. Das heißt, die Wirklichkeit von

Hilfebedürftigkeit/ von sozialen Problemlagen wird interaktiv ausgehandelt und mit einem Etikett versehen; auf die Spitze getrieben ausgedrückt - in unserer Praxis als Sozialarbeiter sind wir eigentlich frei in der Bestimmung von Hilfsbedürftigkeit, von sozialen Problemlagen. Doch hierbei unterschlage ich zwei wesentliche Dinge: Erstens darf nicht vergessen werden und das ist wichtig, die Erfahrungen und Ängste von Frau Tiel sind wirklich spürbar – sie verändern die Wahrnehmung, das Denken, die Lust an der Bewegung und sie können auch wirklich schmerzhaft sein. Und zweitens unterliegt die Bestimmung von Hilfebedürftigkeit nicht der absoluten Willkür. Diagnosen wiederholen sich innerhalb einer Lebensspanne, auch zwischen Personen, auch zwischen Institutionen. Folglich muss die Diagnose mehr als unterschiedliche Perspektiven auf einen Erkenntnisgegenstand sein; mehr als die Interpretation aller anwesenden Personen.

Die niederländische Philosophin Annemarie Mol benennt hierbei zwei Aspekte der Diagnostik: Den Aspekt der Interpretation und den Aspekt der „fleischlichen“ Angelegenheit. In ihrem Buch „the body multiple“ beschreibt sie dies folgendermaßen: *„Patients may interpret bodies, but they also live them.“* (Mol 2002, S. 20) und weiter: *„...the humane does not reside exclusively in psychosocial matters. However important feelings and interpretations may be, they are not alone in making up what life is all about. Day-today reality, the life we live, is also a fleshy affair. A matter of chairs and tables, food and air, machines and blood. Of bodies.“* (Mol 2002, S. 27)².

Das heißt, die Wirklichkeit ist weder eine, die der Beobachtung vorgeschaltet ist (Realismus), noch eine, die ausschließlich in unseren Köpfen entsteht (Konstruktivismus). Sondern: Die Wirklichkeit von Hilfsbedürftigkeit, von sozialen Problemen, entsteht einerseits aufgrund von Möglichkeitsbedingungen, wie z.B. körperliche Schmerzen, die Schwierigkeit sich längere Zeit zu konzentrieren oder Schulden. Denn ohne leidvolle Erfahrung, ohne erlebte Unfähigkeit, ohne erlebte Einschränkung, sprich ohne jemandem der Hilfe sucht kann kein Sozialarbeiter eine soziale Diagnose erstellen. Und andererseits ist die Wirklichkeit von Hilfsbedürftigkeit gleichzeitig eine, die an die jeweilige Praxis gebunden ist - an die Praxis von Professionellen und Betroffenen, die das Erfahrene zur Sprache bringt, die das Erlebte sichtbar, hörbar, fühlbar und verständlich macht.

Es ist folglich eine Wirklichkeit, eine Realität die getan wird – ein „doing social problems“ oder im Bereich Psychiatrie kann man von einem „doing diseases“ sprechen. Michael

² Vgl Mol, Annemarie (2002): *The body multiple. Ontology in medical practice*. Duke University Press. Durham/London

Schillmeier, der sich mit Blindheit befasste, spricht hier auch von *inclusive differences*, d.h. für ihn ist die Erscheinung einer Behinderung an konkrete Praktiken gebunden, die unterschiedliche Topographien der Behinderung zeichnen. Behinderung ist nie ganz Natur oder Kultur, Individuell oder Sozial, sondern je nach Praxis mal mehr oder mal weniger eine dieser Seiten – niemals nur das eine³. In unserem Beispiel von Frau Tiel ist es die Praxis einer Besprechung innerhalb einer Einrichtung für betreutes Wohnen, die den leidvollen Erfahrungen und den Ängsten von Frau Tiel eine Sprache verleihen. Das bedeutet, Hilfebedürftigkeit, soziale Problemlagen, sind spürbar, aber sie existieren nicht länger durch sich selbst. Sie können nicht länger isoliert von ihren Praktiken, die ihnen Form verleihen, betrachtet werden.

Und das bedeutet weiter: Unterschiedliche Praktiken erzeugen auch unterschiedliches Wissen von Hilfebedürftigkeit, von sozialen Problemlagen. Beziehungsweise unterschiedliche Praktiken erzeugen auch unterschiedliche Wirklichkeiten von Hilfebedürftigkeit, von sozialen Problemlagen⁴.

Ich denke, diesen Umstand kennen Sie vermutlich alle auch aus ihrer Praxis: Die Einschätzung von Hilfebedürftigkeit unterscheidet sich von Person zu Person, von Institution zu Institution; manchmal prallen die unterschiedlichen Konzepte von Hilfsbedürftigkeit aufeinander, führen zu Irritationen, werden angeglichen, oder stehen auch mal unvereinbar nebeneinander.

Diese ersten Überlegungen möchte ich nochmals kurz zusammenfassen: Die Wirklichkeit ist demnach nicht etwas, dass unabhängig vorgeschaltet ist und dann in der sozialen Diagnostik einfach abgebildet wird. Sondern: Die Wirklichkeit selbst entsteht erst aufgrund leidvoller Erfahrungen und anhand der Praktiken. Die Frage muss folglich lauten: Wenn die Wirklichkeit von Hilfsbedürftigkeit/ von sozialen Problemlagen erst durch die Praxis entsteht, welchen Einfluss nehmen hierbei formalisierte Instrumente zur sozialen Diagnostik? Welche Wirklichkeit führen soziale Diagnoseinstrumente mit sich?

3. Soziale Diagnosemanuale – jeweils eigene Formen der Wirklichkeit?

Soziale Diagnoseinstrumente sind Teil der sozialarbeiterischen Praxis. Je nach Praxisfeld werden sie in unterschiedlichen Phasen des Hilfeverlaufs, in unterschiedlichen Intervallen, mit unterschiedlicher Beteiligung von Betroffenen, Fachkräften, gesetzlichen Betreuern,

3 Vgl. Schillmeier, Michael (2008): *(Visual) Disability – from exclusive perspectives to inclusive differences*. In: *Disability & Society*. 23/ 6. S. 611-623

4 Dies hat beispielsweise Michel Foucault in seinem Buch „Die Geburt der Klinik“ anhand der neu geschaffenen Institution, dem Krankenhaus, ausführlich vor Augen geführt. Vgl. Foucault, Michel (1988): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Fischer. Frankfurt a.M.

Kostenträgern usw. eingesetzt. Diagnoseinstrumente initiieren und strukturieren Gespräche, werden nach ihrer Fertigstellung von den Bezugsbetreuern aus den Akten hervorgeholt und wiederholt gelesen und sie sind auch verpflichtender Bestandteil bei der Gewährung von Hilfen.

Ziel der sozialen Diagnostik ist die präzise Bestimmung und Einordnung des Hilfebedarfs und dies in Hinblick auf die Eignung der sich anschließenden Maßnahmen. Bei ihrer Anwendung werden grundsätzlich erst einmal problematische und unproblematische Bereiche des Daseins bestimmt. Das Prozessieren von Problematisierungen setzt hierbei einen dualen Mechanismus in Gang, so schreibt Michel Callon⁵ in seinem Artikel „Die Soziologie der Übersetzung: Auseinandersetzungen und Verhandlungen zur Bestimmungen von Problematischem und Unproblematischem“:

„Zuerst wird eine anfängliche Grenze zwischen dem, was analysiert, und dem, was nicht analysiert wird, zwischen dem, was als relevant betrachtet, und dem, was unterdrückt und verschwiegen wird, verfolgt. (...)

Als Nächstes wird eine zweite Grenze zwischen dem nicht Fassbaren, dem selbstverständlich Angenommenen und dem Problematisierten oder Unbekannten nachgezeichnet.“ (Callon 2006, S. 61)

Entlang der eigenen Berufs-Logik wird zunächst das eigene Jagdrevier abgesteckt – d.h. sie als Praktiker schließen alle Fragen aus, die für sie nicht relevant sind, wie z.B. die Frage, wann der letzte Ölwechsel erfolgte oder ob die Zimmerpflanzen regelmäßig gedüngt wurde. Niklas Luhmann würde an dieser Stelle die Unterscheidung zwischen System und Umwelt anführen. Im nächsten Schritt wird innerhalb dieses Jagdreviers eine Grenze gezogen zwischen dem Sicheren und dem Unsicheren – d.h. sie als Praktiker nutzen gerade die Frage-Antwort-Kombinationen, die sich in ihrer Arbeit oder innerhalb der Profession bislang als fruchtbar und anschlussfähig erwiesen haben, wie beispielsweise Fragen, die sich aus typischen Fallkonstellationen ergeben haben.

Kehren wir zu unserem Fall Frau Tiel zurück. Für Frau Tiel wurde in den letzten Monaten selbstverständlich ebenso ein Hilfeplan angefertigt. Im Bereich der psychosozialen Hilfen in Oberbayern wird seit 2005 das Gesamtplanverfahren angewendet; ein Instrument zur sozialen Diagnostik, das der Kostenträger – der Bezirk – in Gemeinschaft mit den Trägern der Wohlfahrtspflege entwickelt hat. Ich werde die Frage, ob die soziale

⁵ Vgl. Callon, Michel (2006): *Die Soziologie der Übersetzung: Auseinandersetzungen und Verhandlungen zur Bestimmungen von Problematischem und Unproblematischem*. In: Bellinger, A. & Krieger D. J. (Hg.): *Anthology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*. Transcript. Bielefeld

Diagnostik jeweils eigene Formen der Wirklichkeit mit sich führt, exemplarisch am Gesamtplanverfahren ausführen. Dies hat natürlich Auswirkungen auf die Übertragbarkeit meiner Überlegungen.

Seite 1 von 5

Anschrift des Leistungsträgers: _____ Anschrift des Leistungserbringers: _____

Tel.: _____
 Ansprechpartner: _____

Fax: _____
 E-Mail: _____

Hilfeplanungs-, Entwicklungs- und Abschlussberichtsbogen (HEB-Bogen)
für den Personenkreis der wesentlich seelisch behinderten Menschen
zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII für
 Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Die im HEB-Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Sozialhilfeträger) bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser HEB-Bogen ist Teil des Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung.

Der HEB-Bogen besteht aus drei Teilen. Bitte verwenden Sie anlassbezogen den jeweils zutreffenden Teil des Bogens. Für die Dokumentation des Ergebnisses der vorläufigen Hilfeplanung verwenden Sie bitte den Teilbogen A) Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung. Für die Erstellung eines Entwicklungsberichtes bitte den Teilbogen B) Entwicklungsbericht sowie bei Beendigung der Maßnahme als abschließendes Berichtsinstrument den Teilbogen C) Bitte möglichst maschinell bearbeiten, Ergänzungen können formlos beigelegt werden.

Paragraf 67 a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialleistungsebene nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Sozialhilfeträger bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder einstellen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

<p>A) <input type="checkbox"/> Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung</p> <p>Bei Neuaufnahmen eines/er Leistungsberechtigten in der Einrichtung/Stelle ist das Ergebnis der Hilfeplanung innerhalb von drei Monaten wie folgt mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage 2. Die Förderziele 3. Die Beschreibung der geplanten Maßnahmen. <p>Diese vorläufige Hilfeplanung ist in enger Abstimmung mit dem/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) zu erstellen. Die Beteiligung der/des Betroffenen wird mit deren/ihres/er Unterschrift (ggf. gesetzlichen Betreuers/in) auf der letzten Seite bestätigt.</p>	<p>B) <input checked="" type="checkbox"/> Entwicklungsbericht</p> <p>C) <input type="checkbox"/> Abschlussbericht</p> <p>Nach Maßgabe des im Bewilligungsbescheid genannten Zeitraumes ist im Entwicklungs- bzw. Abschlussbericht folgendes mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen 2. Die Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes 3. Die Fortschreibung der Förderziele (entfällt beim Abschlussbericht) 4. Die weiteren Maßnahmen <p>Die Beteiligung der/des Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) bei der Erstellung des Entwicklungs- und Abschlussberichtes ist immer erforderlich.</p>
--	--

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen sowie der geschlossenen Rahmenvereinbarung (vgl. § 75 Abs. 3 i. V. m. § 79 SGB XII) sind die Leistungserbringer zur Weiterleitung des HEB-Bogens an den Leistungsträger verpflichtet.

Version: Februar 2007 - AG Gesamtplan Verband der Bayer. Bezirke

Das Gesamtplanverfahren beinhaltet drei unterschiedliche Diagnosebögen: Die vorläufige Hilfeplanung – der sogenannte Hep-A Bogen, der Entwicklungsbericht – Hep-B Bogen und der Abschlussbericht – der Hep-C Bogen. Im Fall von Frau Tiel handelt es sich um einen Hep-B Bogen.

Entlang der linken Seite können sie erkennen, dass der Bogen vertikal in unterschiedlich definierte Felder von Problemlagen unterteilt ist: Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung; Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen; Selbstversorgung und Wohnen; Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung; und letztlich Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Vorname, Name _____, geb. _____, Erstellt am: _____

B) Teilbogen Entwicklungsbericht Nr. 1 Förderzeitraum vom: _____ bis _____

	Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten <input type="checkbox"/> 6 <input checked="" type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 Monate	Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes anhand der Förderziele unter Berücksichtigung der Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfs	Fortschreibung der Förderziele	Beschreibung der geplanten Maßnahmen <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input checked="" type="checkbox"/> 24 Monate
Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)	<p>Fr. T. leidet seit vielen Jahren an einer paranoiden Schizophrenie. Sie fühlt sich verfolgt, verleumdet und hat Angstzustände. Daneben leidet sie unter einem Herz-Lungen-Asthma.</p> <p>Nach anfänglichen Schwierigkeiten und Krisen konnte sie sich in der WG soweit stabilisieren, dass kein weiterer Klinikaufenthalt nötig war.</p> <p>Fr. T. nimmt die psychiatrische Behandlung in der Ambulanz und der Psychotherapie regelmäßig wahr. Die verordneten Medikamente nimmt sie hier mit Hilfe eines Pflegedienstes (2x täglich) ein.</p> <p>(Ebenso nimmt sie regelmäßig die wöchentlichen Gespräche mit der WG-Betreuerin wahr.</p>	<p>Fr. T. fühlt sich trotz weiter bestehender Ängste, Verleumdungserleben und empfundener Anschuldigungen inzwischen relativ sicher und beschützt in der WG. Dafür sind allerdings regelmäßige stützende, reflektieren und aufklärende Gespräche und eine sichergestellte Einnahme der verordneten Medikation nötig.</p> <p>Jahrelang vernachlässigte allgemeine medizinische Versorgung, wie Zahnarzt, Vorsorge etc. nimmt sie jetzt wieder wahr und erledigt selbständig die Termine.</p> <p>Fr. T. möchte weiterhin in dem geschützten Rahmen der WG leben.</p>	<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input checked="" type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	<p>Weitere Stabilisierung und dadurch Erhalt des WG-Platzes.</p> <p>Wahrnehmen der Termine zum Einzelgespräch mit der WG - Bezugsperson und der WG - Meetings (jeweils einmal wöchentlich)</p> <p>Regelmäßige Medikamenteneinnahme</p> <p>Erlernen eines adäquaten Umgangs mit den Auswirkungen ihrer psychischen Erkrankung (Erkennen von Krisensituationen, Überforderungen etc.)</p>	<p>Begleitende psychosoziale Betreuung und regelmäßige Gespräche durch die WG - Betreuerin</p> <p>Begleitung von Aktivitäten / Unternehmungen außerhalb des TWG durch die Bezugsperson</p> <p>Der Pflegedienst übernimmt zwei mal täglich die Medikamentengabe bei Fr. T. Ambulante Psychotherapie (vierzehntägig)</p>

Version: Februar 2007 - AG Gesamtplan Verband der Bayer. Bezirke

Vorname, Name _____, geb. _____, Erstellt am: _____

Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen	<p>Fr. T. hat sich soweit ganz gut in die WG eingelebt, obwohl sie meist eher zurückgezogen in ihrem Zimmer ist.</p> <p>Zu ihrer Herkunftsfamilie besteht ein eher unregelmäßiger, loser Kontakt</p>	<p>Frau T. erlebte den Einzug in die WG anfänglich als sehr schwierig und angstbesetzt. Erst in stabileren Phasen konnte sie Kontakte zu den Mitbewohnern aufbauen. Sie verbringt viel Zeit in ihrem Zimmer, erledigt aber anstehende Termine inzwischen selbständig.</p> <p>Innerhalb des Trägers nimmt sie eher selten an Veranstaltungen teil, war aber, trotz großer Anstrengung und Ängste, im Bewohnerurlaub mit dabei.</p>	<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input checked="" type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input checked="" type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	<p>Aufbau und Erhalt des Gefühls von Sicherheit</p> <p>Integration in die WG und Träger (Kennenlernen anderer Bewohner)</p> <p>Herstellung eines regelmäßigen Kontaktes zu den Mitgliedern ihrer Herkunftsfamilie</p> <p>Aufbau von unverbindlichen Kontakten, z.B. über eine Tagesstätte oder den Träger</p>	<p>Einüben und Begleiten bei Außenkontakten durch die WG Bezugsperson</p> <p>Teilnahme an einzelnen Aktivitäten des Trägers</p> <p>Besuch einer festen Gruppe für Kunstprojekte</p> <p>Regelmäßige Besuche der Cafeteria des Kunstprojekts</p>
---	--	---	---	--	--

Version: Februar 2007 - AG Gesamtplan Verband der Bayer. Bezirke

Vorname, Name		, geb.		Erstellt am:	
Selbstversorgung und Wohnen	Fr. T. hat einen gesetzlichen Betreuer für die Bereiche: Behörden, Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitsfürsorge. Den Bereich Finanzen erledigt Fr. T. selbständig. Fr. T. ist noch damit beschäftigt ihr WG-Zimmer einzurichten. Für die Sauberkeit sorgt sie alleine.	Fr. T. fühlt sich auch in der WG von Nachbarn verleumdet und bedroht und benötigt immer wieder stützende Gespräche und Begleitung durch die WG-Betreuerin. Aufgrund ihres Asthmas ist sie nur begrenzt belastbar, erledigt ihre WG-Aufgaben dennoch selbständig und zuverlässig. Über Jahre vernachlässigte ärztliche Versorgung nimmt sie jetzt selbstständig wieder wahr.	<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input checked="" type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	Erhaltung einer geschützten Wohnsituation. Selbständiges Organisieren und Wahrnehmen von Arztterminen, Behandlungen und Vorsorgeuntersuchungen Aufrechterhaltung eines regelmäßigen Kontaktes mit ihrem gesetzlichen Betreuer, z.B. 1x monatlich. Nachfragen und Interesse zeigen an ihren behördlichen Angelegenheiten und Mithilfe bei der Beschaffung notwendiger Unterlagen Das WG-Zimmer wohnlich zu gestalten.	Motivierende und reflektierende Gespräche mit der WG-Betreuerin (1x wöchentlich) Gemeinsame Gespräche mit dem gesetzlichen Betreuer Sich mit Hilfe der WG Bezugsperson Informationen über gesetzliche Vorschriften etc. beschaffen
	Version: Februar 2007 - AG Gesamtplan Verband der Bayer. Bezirke				

Horizontal ist der Bogen entlang eines Ist-Soll-Verlauf gegliedert: Von der Reflexion der durchgeführten Maßnahmen über die Festsetzung der Förderziele bis hin zu den geplanten Maßnahmen⁶.

Nun, welchen Einfluss nimmt das Diagnosemanual auf das Erkennen von Hilfsbedürftigkeit bzw. von sozialen Problemlagen? Wie gestaltet das Diagnosemanual die soziale Praxis?

Wie sie zunächst sehen, können nur die Erfahrungen in den Bogen aufgenommen werden, die zu einem bestimmten Zeitpunkt von Frau Tiel und ihrer Bezugsbetreuerin einer Versprachlichung bzw. Verschriftlichung zugänglich sind. Alle weiteren Erfahrungen, die nicht oder noch nicht der Sprache zugänglich sind finden keinen Platz. Des weiteren ziehen formale Werkzeuge, wie Diagnosemanuals, eine klare Grenze zwischen dem was in einem spezifischen Feld als relevant erachtet wird und was nicht (entsprechend dem oben genannten Jagdrevier von Callon). Der Hilfeplanbogen gibt auf der Basis anerkannter Sachverhalte – dem Sicherem – bestimmte Arbeitsschritte vor: Nur spezifische

⁶ Bei den Bögen ab 2010 ist die vertikal/ horizontale Ordnung der Bögen genau umgekehrt – die folgenden Überlegungen sind aber ebenso anwendbar.

(zum Teil sehr knappe) Eingaben, die jeweils eigenen Problembereichen zu geordnet werden und einer bestimmten Anordnung folgen, sind erlaubt. So wird die Problemlage von Frau Tiel entlang dieser unterschiedlichen Problembereiche im Hilfeplanbogen gezeichnet. Andere Bereiche der Realität, wie z.B. das Nicht-Sagbare oder das Nicht-Relevante werden in den Schatten zurückgestoßen.

Im Gegenzug wird jeder dieser Problembereiche abgefragt bzw. muss in irgendeiner Form kommentiert werden. Es kommt zu einem Looping-Effekt: Infolge der Diagnostik wird die eigene Vergangenheit bzw. Gegenwart nach Mustern/ Erlebnissen abgesucht und schließlich einer Lebenslage retrospektiv als problematische Lebenslage selbst zu geschrieben. Des Weiteren macht sich dieser Mechanismus in der Praxis folgendermaßen bemerkbar: Von den Betroffenen wird beklagt, dass Hilfsbedürftigkeit dort gesucht wird, wo sie selbst eigentlich nicht beansprucht wird – Hilfemaßnahmen werden dann zum Teil aufgedrängt⁷.

Bemerkenswert ist hier ebenso, dass die Bestimmung von Hilfsbedürftigkeit im Hilfeplanverfahren im groben an der sich anschließenden Maßnahme orientiert. Die Unterteilung in die jeweiligen Problembereiche folgt den verschiedenen Leistungsbereichen bzw. Einrichtungstypen der psychosozialen Versorgung: Medizinische Interventionen; Begegnungsstätten und Tagesstätten; Betreute Wohnformen; Einrichtungen zur beruflichen Integration, Einrichtungen mit tagesstrukturierenden Maßnahmen. Die horizontale Gestaltung des Bogens – von der Entwicklung zur Maßnahme – wiederholt diese Logik (Soziologie des Hilfeplans)⁸. Hilfebedürftigkeit und Therapierbarkeit sind unauflöslich miteinander verbunden. Kurz um: Die Emergenz von Problembereichen bzw. von Hilfebedürftigkeit ist an die jeweilig anschließende Maßnahme geknüpft.

Folglich produziert der Hilfeplan aufgrund seiner spezifischen Art der Befragung und Ordnung von Problemlagen je eigene Unterscheidungen zwischen Problematischem und Unproblematischem⁹. Der Hilfeplan erzeugt unterschiedliches Wissen von Hilfebedürftigkeit und er produziert je eigene Geschichten über Patienten und ihre

7 Herbert Knappe beschreibt in seinem Artikel „Hilf(e)lose Planung. Lernprozesse – eine kritische Betrachtung der Hilfeplanung in Wohnheimen.“ sehr treffend die endgültige Fassung dieser Art von Hilfepläne: „Der Hilfeplan strotzte nur so vor Hilfebedarf. (...) Der Hilfeplan des überweisenden Wohnheims quoll über vor Hilfebedarf und schrieb ihren Wunsch nach fortgesetzter Hospitalisierung fest.“ (Soziale Psychiatrie 2007/04, S. 26 & 27)

8 Die Zuordnung von Erfahrungen und Lebensumständen zu einem eignen Problembereich ist in der Praxis nicht einfach. Diese Schwierigkeit umgehen manche Praktiker indem sie den gleichen Sachverhalt einfach doppelt aufführen, d.h. zwei unterschiedlichen Problembereichen zuordnen.

9 Zudem eröffnet oder befördert der Hilfeplan weitere Spielräume für die Praxis, was im Rahmen dieses Vortrags nicht weiter vertieft wird: 1. Sammlung von Daten wird erleichtert; 2. Kommunikation zwischen Mitarbeitern wird erleichtert durch gleiches Vokabular; 3. Vergleiche innerhalb oder zwischen Patienten sind möglich (Statistik)

aktuellen Notlagen. Heißt dies nun, das der Diagnosebogen selbst den Hilfebedarf von Frau Tiel festgelegt hat? Allgemein ausgedrückt: Heißt dies, dass die Technik uns Wissen bzw. die Wirklichkeit vorgibt? Nein, nur im Zusammenhang konkreter Arbeitsprozesse kommt ein Hilfeplan zum Einsatz. Er allein vollbringt gar nichts. Sondern: Vielmehr ist es eine Verwicklung von Hilfeplan und menschlichem Befragen, Einordnen und Schreiben; ein Hybrid aus Artefakt und menschlichem Tun, das der jeweiligen Erscheinung von Hilfsbedürftigkeit Form verleiht¹⁰.

4. Soziale Diagnosemanuale – unveränderlich mobile Elemente

Thomas Schumacher hat sehr treffend in seinem Artikel von 2008 zur „Konstruktivistischen Erkenntnishaltung in der Sozialen Arbeit“ geschrieben: *„Soziale Arbeit braucht die Konstruktion, nicht um Wirklichkeit aufzuheben, sondern um sich ihr anzunähern.“*¹¹ Das heißt, ohne geeignete, sinnstiftende Instrumente ist eine Praxis schlicht handlungsunfähig. Soziale Diagnosemanuale tun folglich nur das, was in der Praxis ohnehin getan wird: Unzählige Wirklichkeiten hervorbringen und benennen. Oder anders ausgedrückt: Die explosionsartige Emergenz von Informationen oder Daten zu disziplinieren, um ihnen eine handhabbare Erscheinung zu verleihen.

Dennoch besitzen standardisierte Diagnoseinstrumente Eigenschaften, die gerade in Hinblick auf die Dauerhaftigkeit sozialer Hilfebedürftigkeit diskutiert werden müssen und die ich an dieser Stelle betonen möchte: Die Eigenschaft der Mobilität und die Eigenschaft der Unveränderbarkeit. Bruno Latour nennt dies auch in seinem gleichnamigen Artikel: *„Die Macht der unveränderlich mobilen Elemente“*¹².

Die folgenden Überlegungen gelten insbesondere für solche Diagnoseinstrumente, die über das Hier und Jetzt hinausgehen. Es gilt insbesondere für das in Oberbayern verwendete Gesamtplanverfahren, da dieses so angelegt ist,

- dass Hilfepläne mit der Gewährung von Kosten verbunden sind
- dass Hilfepläne folglich mit der finanziellen Sicherung institutioneller Strukturen bzw. mit den Arbeitsplätzen von Professionellen verbunden sind
- dass Hilfepläne hierbei institutionelle Grenzen überschreiten

10 Vgl. Berg, Marc (1997): *Of Forms, Containers, and the Electronic Medical Record: Some Tools for a Sociology of the Formal*. In: Science, Technology, & Human Values. 22/4 S. 403-433

11 Vgl. Schumacher, Thomas (2008): Konstruktivistische Erkenntnishaltung in der Sozialen Arbeit. In: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. 38/3

12 Vgl: Latour, Bruno(2007): *Die Macht der unveränderlich mobilen Elemente*. In: Bellinger, A. & Krieger D. J. (Hg.): *Anthology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*. Transcript. Bielefeld

- dass zeitlich voraus liegende Hilfepläne als Grundlage für die Erstellung neuer, aktueller Hilfepläne dienen

Hierzu ein empirisches Beispiel:

Die Mitarbeiterin einer Einrichtung für ambulantes Wohnen sitzt vor dem PC. Auf dem Bildschirm ist der Hilfeplanbogen HEB-A (vorläufige Hilfeplanung) zu sehen. Verschiedene Eingabefelder wurden bereits ausgefüllt, andere Felder sind noch offen. Rechts neben der Tastatur liegt ein ausgedruckter Hep-C Bogen, der Abschlussbericht der vormaligen Einrichtung, und der letzte Arztbericht. Die Mitarbeiterin blickt abwechseln in den Hep-C Bogen, den Arztbericht und auf den Bildschirm. Nach und nach werden die noch offenen Felder mit weiteren Daten gefüllt. Hierbei übernimmt die Mitarbeiterin teilweise den Wortlaut aus dem Hep-C Bogen und dem Arztbericht; teilweise formuliert sie den Sinninhalt neu oder weitere Sinninhalte werden eingefügt.

Im Anschluss daran legt die Mitarbeiterin den ausgedruckten HEP-A Bogen der Bewohnerin vor. Umformulierungen, Änderungen und Erweiterungen werden am Rand notiert und später von der Mitarbeiterin in die elektronische Version des HEP-A Bogens eingearbeitet und schließlich von der Bewohnerin nochmals Korrektur gelesen. Zu guter Letzt wird der Bogen an den Kostenträger per Post abgeschickt.

Was zeigt sich hier? Der Hilfeplanbogen zirkuliert mal mit Überarbeitung, mal ohne Modifikation zwischen den Leistungsträgern der psychosozialen Versorgung, als auch zwischen den verschiedenen Leistungsträgern und dem Kostenträgern. Der Hilfeplan ermöglicht etwas, was sonst nicht möglich wäre: Er kann die Hilfsbedürftigkeit und die soziale Problemlage in Umlauf bringen und an anderen Plätzen aktualisieren oder zu anderen Zeiten verfügbar machen. Einfach gesagt, ein angstbesetzter Arbeitsplatz kann sich nicht bewegen – ein Hilfeplanbogen kann es, er kann unendlich reproduziert werden, weitergegeben, verschickt und abgeheftet werden. Er ist mobil.

Parallel dazu werden die Geschichten der Hilfebedürftigkeit unveränderlich. Jede weitere Schicht von Hilfeplanung wird auf die vorherige aufgelegt. Der gleiche Blick durch den gleichen Filter, durch die gleiche Fensterscheibe ermöglicht die Wiederholung einer ähnlichen Sprache, ermöglicht die Wiederholung ähnlicher Sinninhalte. Schicht um Schicht werden sozialen Problemlagen übereinander gelagert und Hilfsbedürftigkeit dadurch in ihrer Zuschreibung stabilisiert. Der Hilfebedarf bzw. die soziale Problemlage wird unveränderbar, wird dauerhaft.

Es ist die verbindliche Eigenschaft standardisierter Verschriftlichungen, die Vervielfältigungen erlaubt, Vergleiche oder Verknüpfungen mit neuen Beobachtungen ermöglicht und schließlich den Nachweis einer vorliegenden Behinderung, Krankheit,

Problemlage, etc. haltbar macht. Denn das Nachblättern in einer Akte ist zu jedem Zeitpunkt und an jedem Ort, auch noch Jahre später, immer wieder möglich. So wird Bruno Latour, französischer Soziologe, nicht müde, in Hinblick auf die Dauerhaftigkeit sozialer Bindungen, immer wieder die Bedeutung der Dinge hervorzuheben. Er schreibt: „*In der Praxis sind es stets die Dinge – und ich meine das letzte Wort jetzt buchstäblich -, die ihre »stählerne« Eigenschaft der fragilen »Gesellschaft« leihen.*“ (Latour, 2007 S. 117)¹³. Und dies wirft letztlich die Frage auf, ob nicht auch durch diese Form der Mobilisierung und Unveränderbarkeit die Gefahr einer Stabilisierung von Hilfsbedürftigkeit - oder vielleicht auch - die Gefahr einer systemimmanenten Produktion von Abhängigkeit von sozialen Netzwerken produziert. Dies ist natürlich nicht im Sinne einer alleinigen Verantwortung für Chronifizierung, Stabilisierung oder Dauerhaftigkeit zu verstehen, sicherlich aber als eine gewichtige Komponente.

5. Konsequenzen für die Praxis?

Wie bereits vorhin ersichtlich wurde, kommen wir um eine Reduktion der Daten bzw. um eine soziale Konstruktion von Wirklichkeit nicht umhin. Denn ohne geeignete, sinnstiftende Instrumente ist eine Praxis schlicht handlungsunfähig. Und soziale Diagnosemanuale tun nur das, was in der Praxis ohnehin getan wird. Dem gegenüber zeigte sich aber, dass Diagnosemanuale einen wesentlichen Einfluss auf die soziale Praxis nehmen, indem sie sowohl Mobilität als auch Unveränderbarkeit befördern und dadurch die Einordnung von Hilfsbedürftigkeit auf Dauer stellen. Folglich ist die Frage, die letzten Endes gestellt werden muss: Wie können wir mit diesen Instrumenten dennoch eine angemessene Sinn-Offenheit oder anders ausgedrückt Fluidität gewährleisten?

Einen ersten Ansatz hierzu liefern Messmer und Hitzler in ihrem Artikel von 2008 zur Deklientifizierung im Hilfeplangespräch: „*Eine erste Antwort auf dieses Problem liegt in der Reflexivwerdung dieses grundsätzlich zirkulären Problemsachverhalts im Kontext institutioneller Praxis. Dass Professionelle ihre Klientel im Zuge ihrer Alltagsroutinen fortwährend produzieren, reproduzieren und zuletzt auch dekonstruieren, geschieht einerseits unausweichlich, andererseits jedoch nur selten bewusst.*“ (Messmer & Hitzler 2008, S. 183 & 184). Gerade in Bezug auf Letzteres – der Dekonstruktion von Hilfsbedürftigkeit bzw. der Deklientifizierung im Hilfeplangespräch - schreiben die Autoren, dass zu wenig Detail- und Praxiswissen verfügbar ist und plädieren für eine kritische

¹³ Latour, Bruno (2007): *Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie.* Suhrkamp. Frankfurt a. M.

Überprüfung der Praxis¹⁴.

Dieser Forderung nach mehr Bewusstsein für die Praxis, gerade in Hinblick auf den Prozess der Deklientifizierung, muss meines Erachtens die beständige Reflexion der sozialpädagogischen Praxis als praktisches Feld mit Geschichte und jeweiligem Zeit-/Raumbezug und insbesondere der hierbei verwendeten technischen Hilfsmittel folgen. Und dies nicht nur im Rahmen der Ausbildung an Hochschulen, sondern auch für Praktiker und Entscheidungsträger in diesem Feld.

Und schließlich: Die Entkopplung von Hilfeplanung und Leistungsgewährung, bzw. die Trennung der sozialen Diagnostik von der finanziellen Sicherstellung sozialer Hilfesysteme. Die Kritik daran ist nicht neu. Sie wurde bereits im Zusammenhang mit der Verbreitung und Implementierung des IBRP eingefordert, da sich hier bereits die negative Auswirkung auf die Feststellung des Hilfebedarfs zeigte¹⁵.

14 vgl. Messmer, Heinz & Hitzler Sarah (2008): »Die Hilfe wird beendet werden hier« - Prozesse der Deklientifizierung im Hilfeplangespräch aus gesprächsanalytischer Sicht. " In: Neue Praxis. 2/2008. S. 166-187

15 Vgl. Soziale Psychiatrie 2005/1; darunter: Dörner, Klaus: „Es ist verboten, Personen zu zentrieren!“ und Acker-Wild, Ute & Herr, Branko: „Personenzentrierte Hilfen. Eine neue Zauberformel?“ S. 13: „In Zukunft wird es eher so sein, dass wir die Klientin auch dann immer zum Sozialamt oder Arzt begleiten werden, wenn sie es das eine oder andere Mal vielleicht alleine schaffen würde. Da wir ja sonst die Finanzierung durch die beantragte Fachleistungsstunde verlieren würden, verhindern wir somit Verselbständigung. Wir fürchten, dass die zukünftige Arbeit wieder viel mehr ver-sorgend sein wird und damit zu einer weiteren Chronifizierung beiträgt, als dass Entwicklungen durch sie ermöglicht werden.“