

Manuela Boss & Janik Temperli

# Soziale Diagnostik in der Psychiatrie

Über den Nutzen der Sozialen Diagnostik zur Förderung der  
Autonomie der Klientinnen und Klienten

Bachelor-Thesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit  
Dezember 2018



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek

Edition Soziothek  
c/o Berner Fachhochschule BFH  
Soziale Arbeit  
Hallerstrasse 10  
3012 Bern  
www.soziothek.ch

Manuela Boss & Janik Temperli: Soziale Diagnostik in der Psychiatrie. Über den Nutzen der Sozialen Diagnostik zur Förderung der Autonomie der Klientinnen und Klienten

ISBN 978-3-03796-712-6

Schriftenreihe Bachelor-Thesen der Berner Fachhochschule BFH – Soziale Arbeit.

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor-Thesen von Studierenden publiziert, die mit Bestnote beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.



Dieses Werk wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht.

Lizenz: CC-BY-NC-ND 4.0

Weitere Informationen: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Sie dürfen:

Teilen – das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Unter folgenden Bedingungen:

Namensnennung – Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

Nicht kommerziell – Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.

Keine Bearbeitungen – Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen, dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Manuela Boss & Janik Temperli

# Soziale Diagnostik in der Psychiatrie

Über den Nutzen der Sozialen Diagnostik zur Förderung  
der Autonomie der Klientinnen und Klienten

Bachelor-Thesis zum Erwerb des  
Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Soziale Arbeit

## **Abstract**

Die vorliegende Bachelor-Thesis untersucht die Frage, inwiefern Sozialarbeitende in der Psychiatrie Soziale Diagnostik nutzen können, um die Autonomie der Klientinnen und Klienten zu wahren und zu fördern. Dazu analysierten der Autor und die Autorin den Begriff und die Funktion der Sozialen Diagnostik. Diese dient als strukturierende Grundlage für problem- und ressourcenbezogene Interventionen. Ergebnisse liefert sie in Form von Hypothesen, an denen gemeinsam mit der Klientel gearbeitet wird. Es gibt verschiedene Theorien und Methoden, die sich als sozialdiagnostisch verstehen und zwischen denen teilweise grosse Unterschiede im Vorgehen vorhanden sind. Das hat mit der bewegten Geschichte und mit der Diskussion darum zu tun, ob klassifikatorisch oder rekonstruktiv diagnostiziert werden soll. Obwohl der Begriff heute nicht einheitlich verwendet wird, ist man sich einig, dass es in der Sozialen Arbeit eine solide Grundlage für Interventionen braucht und sich Soziale Diagnostik dafür eignet, eine solche zu erarbeiten.

Die Literatur sowie die relevanten Berufscodizes zeigen, dass Autonomie ein wichtiger Wert in der Psychiatrie ist. Trotzdem wird sie heute teilweise durch Zwangsmassnahmen eingeschränkt. Dahinter steht die Frage nach dem richtigen Mass an Fürsorge und Selbstbestimmung, welche heute nicht abschliessend geklärt ist. Es ergibt sich für die Autorin und den Autoren jedoch eine mögliche Lösung für dieses Spannungsverhältnis, wenn Sozialarbeitende die autonomen Entscheidungen der Klientel zwar kritisch hinterfragen, grundsätzlich aber akzeptieren und für die Anliegen der Klientel anwaltschaftlich eintreten. Die Wichtigkeit dafür wird anhand des Recoverykonzepts deutlich, welches zeigt, dass sich Zwang bzw. fehlende Selbstbestimmung gesundheitsgefährdend auswirken kann.

Vom Empowermentkonzept wurden bestimmte Kriterien abgeleitet, welche anschliessend mit konkreten sozialdiagnostischen Instrumenten abgeglichen wurden, um herauszufinden, ob sie das Potenzial zur Autonomieförderung haben. Anhand dieser Analyse wird aufgezeigt, dass sich die ausgewählten Instrumente grundsätzlich für dieses Vorhaben eignen. Es wurden aber von keinem Instrument sämtliche Kriterien erfüllt.

Es zeigt sich weiter, dass Empowerment über die Anwendung der Instrumente hinaus geht, so dass sich die Haltung der Fachpersonen gegenüber der Klientel sowie die Gestaltung der professionellen Beziehung als weitere Faktoren zur Autonomieförderung identifizieren liessen. Durch die Analyse der Forschungsliteratur konnte zudem festgestellt werden, dass der Mehrwert für die Klientel gering ist, wenn in den interdisziplinären Teams nur Sozialarbeitende ihre Diagnostik auf Empowerment ausrichten. Für eine konsequente Wahrung und Förderung der Selbstbestimmung der Klientel muss das Empowermentkonzept in der ganzen Institution implementiert werden. Eine empirische Forschung, ob eine Förderung von Autonomie durch die dargelegten Faktoren erreicht werden kann, fehlt bisher.

# Soziale Diagnostik in der Psychiatrie

Über den Nutzen der Sozialen Diagnostik zur Förderung  
der Autonomie der Klientinnen und Klienten

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Manuela Boss & Janik Temperli

Bern, Dezember 2018

Gutachterin: Frau Susanne Keller

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1	<i>Fragestellung</i>	4
1.2	<i>Forschungsstand</i>	4
1.3	<i>Methodisches Vorgehen</i>	6
<b>2</b>	<b>Soziale Arbeit in der Psychiatrie</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Soziale Diagnostik</b>	<b>11</b>
3.1	<i>Geschichte Sozialer Diagnostik</i>	12
3.2	<i>Aktuelle Positionen</i>	15
3.3	<i>Begriff und Funktion der Sozialen Diagnostik</i>	17
<b>4</b>	<b>Autonomie</b>	<b>23</b>
4.1	<i>Autonomie in der Psychiatrie</i>	25
4.2	<i>Recovery</i>	31
4.3	<i>Förderung der Autonomie</i>	36
<b>5</b>	<b>Kriterien für die Autonomieförderung durch Soziale Diagnostik</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>Ausgewählte Konzepte und Instrumente</b>	<b>47</b>
6.1	<i>Diagnostisches Fallverstehen</i>	48
6.1.2.	Instrument: Rahmenmodell Biopsychosozialer Diagnostik	49
6.1.1	Abgleich mit den Kriterien	52
6.2	<i>Ressourcendiagnostik</i>	53
6.2.1	Instrument: Ressourceninterview	55
6.2.2	Abgleich mit den Kriterien	57
6.3	<i>Systemisch-biografische Diagnostik des Lebensführungssystems</i>	58
6.3.1	Instrumente: Narrativ-biografisches Interview und Real-Time-Monitoring	62
6.3.2	Abgleich mit den Kriterien	63
<b>7</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>65</b>
<b>8</b>	<b>Fazit und Ausblick</b>	<b>76</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>78</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Kriterien für Autonomieförderung durch Soziale Diagnostik .....	44
Abbildung 2: Rahmenmodell Biopsychosozialer Diagnostik. Nach Gahleitner, Hintenberger, Kreiner & Jobst, 2014, S. 139.....	49
Abbildung 3: Lebensführungssystem als bio-psycho-soziale Form des menschlichen Überlebens (und der sozio-kulturellen Evolution). Nach Sommerfeld, Dällenbach, Rüegger & Hollenstein, 2016, S. 59 .....	60

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Standardisierungsgrad diagnostischer Verfahren. Nach Heiner, 2010, S. 20 .....	19
---	----

# 1 Einleitung

Bis ins Jahr 1981 wurden in der Schweiz Menschen, welche nach Ansicht der Behörden nicht nach den gängigen Moralvorstellungen der jeweiligen Zeit lebten, in psychiatrischen Kliniken weggesperrt – manche von ihnen jahrzehntelang (Simeon, 2018).

Man könnte denken, dass dieses düstere Kapitel der Schweizer Geschichte heute abgeschlossen sei. Doch noch heute wird beinahe jede fünfte Person, welche in Schweizer Psychiatrien behandelt wird, gegen ihren Willen eingewiesen. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (2018) hat einen Bericht publiziert, wonach im Jahr 2016 19,7% der Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Kliniken in der Schweiz mittels einer fürsorglichen Unterbringung, das heisst zwangsweise, untergebracht wurden (Schuler, Tuch & Peter, 2018, S. 1-2). Laut Paul Hoff (2018) bewegen sich Fachpersonen aus dem Psychiatriebereich bei der Anwendung von Zwang in einem ethischen und rechtlichen Spannungsfeld, denn sie müssen die Autonomie der Menschen und die Pflicht zur Fürsorge gegeneinander abwägen (zitiert nach Schuler et al., 2018, S. 1). Eine Lösung dieses Dilemmas ist bisher nicht in Sicht.

Die Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit sind oft Menschen in schwierigen Lebenslagen mit einem besonders hohen Schutzbedarf. Daher ist es für Sozialarbeitende unerlässlich, das eigene professionelle Handeln stets zu reflektieren und an ethischen Richtlinien auszurichten. Diese werden für Sozialarbeitende in der Schweiz im *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz* (AvenirSocial, 2010) festgehalten. Darin wird beschrieben, welche Grundsätze und Prinzipien für die Profession gelten und an welchen Grundwerten sie sich orientiert. Zum Grundsatz der Selbstbestimmung heisst es: „Das Anrecht der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, genießt höchste Achtung, vorausgesetzt, dies gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und legitimen Interessen Anderer.“ (S. 8) Weiter wird der Grundsatz der Ermächtigung genannt, bei welchem es darum geht, die Entwicklung der Stärken von Klientinnen und Klienten zu fördern und sie zu befähigen, ihre Rechte zu wahren (S. 9). Eine zentrale ethische Orientierung der Sozialen Arbeit besteht also in der Wahrung und Förderung der Autonomie der Menschen, mit welchen sie arbeitet.

Der Begriff *Autonomie* wird heute unterschiedlich definiert und ausgelegt und in verschiedenen Zusammenhängen verwendet. So wird etwa im politischen Kontext von Autonomie gesprochen, wenn es um die Selbstverwaltung und Unabhängigkeit von Staaten geht. Des Weiteren wird der Begriff auch in Bezug auf Individuen verwendet im Sinne des Rechts, über sich selber zu bestimmen („autonomy“, 2011). In der vorliegenden Arbeit wird Autonomie nach



dem *Oxford English Dictionary* als die Freiheit verstanden, seinem eigenen Willen zu folgen, die eigenen Angelegenheiten zu kontrollieren und unabhängig zu sein von externen Einflüssen („autonomy“, 2011). Die Autorin und der Autor sind der Ansicht, dass diese Definition auch dem Begriff der *Selbstbestimmung* entspricht, weshalb die beiden Begriffe in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet werden. Ein selbstbestimmtes Leben zu führen, schliesst laut dem *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* „das Recht ein, den eigenen Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem man lebt.“ (Spörke, 2017, S. 746)

Die Fähigkeit der Klientinnen und Klienten zur Selbstbestimmung zu stärken und sie darin zu ermutigen, ihre oftmals verschütteten Ressourcen (wieder) zu entdecken, ist auch das Ziel von Empowerment (Herriger, 2010, S. 7). Dieses stellt in der Sozialen Arbeit sowohl ein Arbeitsprinzip als auch ein handlungsleitendes Konzept dar. Unter Empowerment lassen sich zahlreiche Arbeitsformen und Methoden subsumieren und es kann sowohl auf individueller, als auch auf Gruppen-, Organisations- und Gemeindeebene angewendet werden (Stimmer, 2012, S. 155). Eines der Ziele dabei ist es, Menschen bei der Suche und Gestaltung einer Lebenswelt zu unterstützen, in welcher mehr Autonomie und soziale Teilhabe möglich wird. Der Fokus liegt nicht auf den Defiziten, sondern auf den Ressourcen (Herriger, 2010, S. 7).

Selbstbestimmung stellt laut Mancini (2008, S. 359-360) auch ein entscheidendes Kriterium für die sogenannte *Recovery* von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. Einer der Gründe dafür sieht er in der Tatsache, dass ein Gefühl von Selbstbestimmung eine Voraussetzung für eigenverantwortliches Handeln darstellt, was wiederum zentral ist für *Recovery* und Wohlbefinden. *Recovery* ist ein Konzept, welches im Bereich der Psychiatrie zunehmend an Bedeutung gewinnt. In vielen englischsprachigen Ländern, darunter Kanada und die USA, stellt *Recovery* bereits eine gesundheitspolitische Orientierung für den Psychiatriebereich dar (Amering, 2013, S. 342). Auch im deutschsprachigen Raum richten sich immer mehr Psychiatrien und Institutionen der psychosozialen Rehabilitation am *Recovery*konzept aus (Knuf, 2016, S. 8). Dass Patientinnen und Patienten trotz des Vorhandenseins von Symptomen psychischer Erkrankungen ein selbstbestimmtes Leben führen können, welches sie als erfüllt empfinden, kann daher als eines der zentralen Ziele der modernen Psychiatrie gesehen werden, an welchem sich auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter orientieren sollten. Klientinnen und Klienten zu befähigen, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten, entspricht, wie bereits erwähnt, auch dem Berufskodex der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2010, S. 8). Dies bedeutet, dass die Selbstbestimmung der Klientel in der Psychiatrie auch durch die Interventionen der Sozialarbeitenden gewahrt und gefördert werden sollte. Um überhaupt sinnvolle Interventionen planen und umsetzen zu können, ist die Soziale Arbeit aber auf zuverlässige, methodisch und empirisch fundierte Situationsanalysen angewiesen (Buttner, Gahleitner, Hochuli Freund & Röh, 2018, S. 18).

Sommerfeld, Hollenstein und Calzaferri (2011) konnten zeigen, dass sich soziale Faktoren sehr differenziert auf die Dynamik von Krankheitsverläufen auswirken (zitiert nach Sommerfeld, Dällenbach, Rügger & Hollestein, 2016, S. 7-8). Die komplexen Interdependenzen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren gelten heute in der Wissenschaft als allgemein anerkannt: Soziale Stressoren oder Probleme können sowohl Auslöser als auch Folge von psychischen Erkrankungen sein (Sommerfeld & Rügger, 2013, S. 396; vgl. Verfassung der Weltgesundheitsorganisation von 1946; SR 0.810.1). Um die Bedeutung der sozialen Faktoren richtig zu erfassen und bei den fallbezogenen Interventionen angemessen berücksichtigen zu können, sind Sommerfeld et al. (2011) der Ansicht, dass sie auch sehr differenziert erhoben und abgebildet werden müssen (zitiert nach Sommerfeld et al., 2016, S. 7-8). Eine Möglichkeit, um dies zu leisten, bietet die Soziale Diagnostik (Buttner et al., 2018, S. 18).

Die Idee der Sozialen Diagnose wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten von Mary Richmond entwickelt. Sie bezeichnete damit den Versuch, eine möglichst genaue Definition der sozialen Situation und Persönlichkeit eines Menschen in Not zu erstellen, in Beziehung einerseits zu anderen Menschen, zu welchen ein Abhängigkeitsverhältnis besteht und andererseits zu sozialen Institutionen und zum Gemeinwesen (Richmond, 1917, S. 357). Zu Beginn des Prozesses werden Informationen gesammelt und anschliessend kritisch betrachtet und verglichen. Zuletzt folgt eine Interpretation und daraus die Definition des sozialen Problems (S. 51). Der Gedanke einer Sozialen Diagnostik wurde von der Deutschen Alice Salomon aufgenommen und in ihrem Werk *Soziale Therapie* (1926), welches sie gemeinsam mit Siddy Wronsky verfasste, weiterentwickelt. Die systematische Soziale Diagnostik sollte den Ausgangspunkt darstellen für eine passgenaue, individuelle Hilfeplanung. Laut Alice Salomon muss die Soziale Arbeit einerseits wissenschaftlich fundiert und theorieorientiert sein, andererseits sollte die Zugewandtheit zur Praxis weiterhin einen hohen Stellenwert einnehmen (zitiert nach Gahleitner, Hahn & Glemser, 2013, S. 8). Diese Forderungen sind auch in der heutigen Professionsdebatte noch aktuell. Auch der Diskurs um eine Soziale Diagnostik ist nicht etwa abgebrochen, sondern hat sich bis heute stark weiterentwickelt und ausdifferenziert. In den 1960er und 1970er Jahren wurde häufig die Position vertreten, dass Soziale Diagnosen zu Stigmatisierungen führen und eine Psychologisierung sozialer Probleme einen Verrat am gesellschaftlichen Auftrag der Sozialen Arbeit darstellen würde (Gahleitner et al., 2013, S. 8). Jedoch ist „in den letzten beiden Jahrzehnten der Professionalisierung in der Sozialen Arbeit und verstärkt mit der Ausgestaltung fachsozialarbeiterischer Strömungen (. . .) die Überzeugung gereift, dass die Soziale Arbeit eine spezifische Diagnostik benötigt.“ (S. 9) Heute existieren zahlreiche sozialdiagnostische Modelle und Verfahren, welche

beispielsweise rekonstruktive und klassifikatorische Ansätze kombinieren und so sehr differenzierte Diagnosen ermöglichen (S. 53-55).

In der Psychiatrie erfolgt die Soziale Diagnostik in einem interdisziplinären Arbeitsfeld. Die interdisziplinären Behandlungsteams bestehen neben den Sozialarbeitenden in der Regel aus Psychiaterinnen und Psychiatern, Assistenzärztinnen und –ärzten, Psychologen und Psychologinnen, Pflegefachkräften sowie weiteren Therapeuten und Therapeutinnen, beispielsweise aus den Bereichen Kunst- oder Musiktherapie. Während sich die Klinische Sozialarbeit in den USA zu einer eigenständigen Disziplin entwickelt hat, orientiert sich die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen im deutschsprachigen Raum immer noch stark an der medizinischen Strukturierung (Sommerfeld & Rügger, 2013, S. 396-397).

Der Autonomiebegriff ist in der Psychiatrie von zentraler Bedeutung. Die Fähigkeit zur Selbstbestimmung kann durch verschiedene psychische Erkrankungen zeitweise eingeschränkt sein (Hoff, 2017, S. 175). In der Geschichte der Psychiatrie ist es aber auch immer wieder zu gravierenden Menschenrechtsverletzungen gekommen, beispielsweise während der Zeit des Nationalsozialismus (S. 176-177) und Zwang ist auch in der modernen Psychiatrie noch ein grosses Thema. Daher ist es wichtig, dass alle involvierten Disziplinen die Autonomie der Patientinnen und Patienten respektieren und durch Interventionen gezielt fördern.

## 1.1 Fragestellung

Um die Gesundung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu unterstützen, ist es wichtig, in psychiatrischen Kliniken Bedingungen zu schaffen, welche die Autonomie der Klientinnen und Klienten fördern. Das Empowermentkonzept zeigt verschiedene Wege auf, wie dies im Klinikalltag geschehen könnte. In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, ob auch Instrumente der Sozialen Diagnostik, welche eine differenzierte Analyse der Situation ermöglichen, für die Förderung von Autonomie genutzt werden können. Schliesslich werden die anschliessenden Interventionen aufgrund dieser Situationsanalyse geplant. Die Fragestellung der Bachelor-Thesis lautet also:

*Inwiefern können Sozialarbeitende in der Psychiatrie Soziale Diagnostik nutzen, um die Autonomie der Klientinnen und Klienten zu wahren und zu fördern?*

## 1.2 Forschungsstand

Die Weltgesundheitsorganisation geht in ihrer Verfassung (1946) davon aus, dass Gesundheit das körperliche, geistige sowie soziale Wohlergehen umfasst. Dass sich biologische, psychische und soziale Faktoren gegenseitig beeinflussen, ist schon seit längerem sowohl in der medizinischen, als auch in der sozialarbeiterischen Disziplin anerkannt (Sommerfeld &

Rüegger, 2013, S. 396). Konzepte wie Resilienz und Recovery verbinden gesundheitliche mit sozialen Fragestellungen und gewinnen zunehmend an Bedeutung. Gerade das Recoverykonzept stellt in einigen englischsprachigen Ländern bereits eine gesundheitspolitische Orientierung dar (Amering, 2013, S. 342) und ist mittlerweile breit erforscht (Amering & Schmolke, 2007; Amering, 2013; Assaloni, 2017). Andreas Knuf veröffentlichte im Jahr 2016 das Werk *Empowerment und Recovery*, in welchem er unter anderem festhält, dass viele psychiatrische Institutionen versuchen, sich am Recoverykonzept zu orientieren, indem beispielsweise Peers in die Arbeit einbezogen werden (S. 8).

George Karpetsis (2018, S. 1) stellt jedoch einen Mangel an empirischen Studien zur konkreten Umsetzung des Recoverykonzepts fest. Die Wichtigkeit ethischer und moralischer Fragestellungen hat in den letzten Jahrzehnten für die Praxis und Ausbildung der Sozialen Arbeit stetig zugenommen (Merten & Zängl, 2016, S. 11). Die Autonomie nimmt dabei in den Berufskodizes der Sozialen Arbeit wie auch der Medizin einen wichtigen Platz ein (AvenirSocial, 2010; Beauchamp & Childress, 2013; vgl. Hug, 2016, S. 310-312). Paul Hoff (2017) greift die aktuelle Debatte um den Begriff der Autonomie in der Psychiatrie auf. Er beschreibt, dass Autonomie als Begriff einerseits keineswegs selbsterklärend sei, gleichzeitig aber für die Medizinethik ein zentraler Bezugspunkt darstellt.

Soziale Diagnostik ist ein Thema, welches bereits sehr vielfältig rezipiert und kontrovers diskutiert wurde. Peter Pantucek (2006) beispielsweise beschreibt die Wichtigkeit einer systematischen Sozialen Diagnostik für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit. Cornelia Rüegger (2010) sieht die Soziale Diagnostik als Kern des professionellen Handelns. Bernd Dollinger (2011) geht davon aus, dass eine auf hermeneutisches Verstehen zielende Diagnostik unrealistisch sei, weshalb er eine Diagnostik des Nicht-Verstehens zu skizzieren versucht. An der Fachhochschule Nordwestschweiz (2018b) gibt es heute eine Fülle an verschiedenen Veranstaltungen und Forschung im Bereich der Sozialen Diagnostik. Im März 2018 wurde das *Handbuch Soziale Diagnostik: Perspektive und Konzepte für die Soziale Arbeit* von Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund und Dieter Röh herausgegeben. Dieses stellt den neuesten Stand von theoretischen Perspektiven sowie verschiedene Konzepte und Instrumente vor. Gahleitner, Hahn und Glemser (2013) stellen in ihrem Werk *Psychosoziale Diagnostik* mehrere Studien vor, die sich mit einer zielgruppenspezifischen Umsetzung Sozialer Diagnostik beschäftigen. Hierbei handelt es sich hauptsächlich um Fragestellungen rund um spezifische Erkrankungen. Eine Studie, die sich mit der konkreten Anwendung von sozialdiagnostischen Konzepten und Instrumenten in der Psychiatrie beschäftigt, stammt von Joel Gautschi und Cornelia Rüegger (2013).

Eine theoretische Verknüpfung bestimmter sozialdiagnostischer Instrumente mit dem Empowermentkonzept in der Psychiatrie ist bisher noch nicht erfolgt.

### 1.3 Methodisches Vorgehen

Die Fragestellung soll mittels einer systematischen Literaturrecherche beantwortet werden. Der Grund dafür ist, dass eine sehr ausführliche Studie notwendig wäre, um empirisch zu untersuchen, ob die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten während ihres Klinikaufenthalts und in Bezug auf die Anschlusslösung mithilfe bestimmter sozialdiagnostischer Instrumente gefördert werden kann. Ziel ist es daher, die Fragestellung auf Basis bereits existierender Überlegungen zu diskutieren und zu beantworten.

Nach der Einleitung folgt ein Theorieteil, in welchem das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie vorgestellt und auf die Soziale Diagnostik eingegangen wird. Auch der Begriff *Autonomie* wird von verschiedenen Seiten beleuchtet und es wird dargelegt, weshalb Autonomie für Recovery eine zentrale Rolle spielt. Anschliessend werden einzelne Instrumente der Sozialen Diagnostik ausgewählt, welche anhand bestimmter Kriterien darauf untersucht werden, ob sie die Autonomie der Klientinnen und Klienten fördern. Diese Kriterien werden vorher herausgearbeitet anhand des Empowermentkonzepts, welches Möglichkeiten beschreibt, wie die Selbstbestimmung gefördert werden kann. Durch diese Untersuchung bzw. diesen Abgleich der sozialdiagnostischen Instrumente mit den Kriterien zur Autonomieförderung soll die Fragestellung beantwortet werden, inwiefern Sozialarbeitende in der Psychiatrie Soziale Diagnostik nutzen können, um die Autonomie der Klientinnen und Klienten zu fördern. Anschliessend werden die Ergebnisse zueinander in Beziehung gesetzt und diskutiert. Die Arbeit endet mit einem Fazit und einem kurzen Ausblick auf weiterführende Fragestellungen für mögliche zukünftige Studien.

Die Autorin und der Autor haben versucht einige diagnosekritische Argumente in die Bachelorarbeit aufzunehmen. Jedoch dreht sich der aktuelle Diskurs zur Sozialen Diagnostik eher um die Frage der Praktikabilität einzelner diagnostischer Konzepte und Instrumente als um die Grundsatzfrage, was für und was gegen eine Diagnostik spricht (Dollinger, 2011, S. 29-30).

## 2 Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Die Zeit des Nationalsozialismus stellt in Deutschland ein äusserst dunkles Kapitel in der Geschichte der Psychiatrie dar. Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden verfolgt, zwangssterilisiert oder ermordet. In den 1960er und 1970er Jahren setzten sich dann die Sozialwissenschaften und die Soziologie vermehrt mit der Institution Psychiatrie auseinander. Gemäss Walther (2017) entstanden Studien, welche belegten, dass soziale Faktoren wie Armut oder Arbeitslosigkeit bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen und dass der soziale Status ein wichtiger Faktor ist bei der Verteilung psychischer Störungen in der Bevölkerung. Auch wurde gezeigt, dass gerade Langzeitpatienten in psychiatrischen Anstalten isoliert, geächtet und stigmatisiert werden (S. 31). Die unmenschlichen Zustände in den Psychiatrien, das Vorherrschen des medizinischen Krankheitsverständnisses sowie die ärztliche Dominanz wurden von der antipsychiatrischen Bewegung zwischen Ende der 1950er Jahre und 1975 stark kritisiert. Bekannte Vertreter waren etwa David Cooper und Franco Basaglia (S. 32). Die Bewegung stellte sich gegen die paternalistische und kontrollierende Haltung gegenüber den Patienten und Patientinnen und schlug als Behandlungsalternativen antihierarchische, ambulante Settings vor, in denen die Therapeuten und Therapeutinnen den Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe begegnen sollten. Der Dialog und das gemeinsame Fällen von Entscheidungen sollten die Regel sein (S. 31).

In den 1970er Jahren führte die deutsche Bundesregierung erstmals systematische Studien zur psychiatrischen Versorgungssituation in der Bundesrepublik durch und veröffentlichte einen Bericht, welcher festhielt, dass eine soziale Unterstützung der Menschen mit psychischen Erkrankungen, welche über die medizinische Versorgung hinausgeht, fehlte. An dem Bericht wirkten auch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen mit. Zur selben Zeit fand in Mannheim ein Treffen von Psychiatriemitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen statt, welche mit den Zuständen in den psychiatrischen Kliniken unzufrieden waren und Reformen anstossen wollten (S. 32). Laut Walther (2017) gilt dieses Treffen „als Beginn der sozialpsychiatrischen Bewegung in Deutschland.“ (S. 32) Für die Sozialpsychiatrie ist die Haltung kennzeichnend, „den psychisch kranken Menschen als eine biopsychosoziale Einheit im Wechselspiel zwischen Körper, Seele und sozialen Bedingungen zu verstehen“ (S. 32). Es soll also nicht nur die psychische Krankheit im engeren Sinne behandelt werden, sondern die Patientinnen und Patienten sollen in einem ganzheitlicheren Sinn gesehen und gefördert werden. Schliesslich hängt eine Erkrankung immer eng mit der jeweiligen psychosozialen Situation eines Menschen zusammen; beides kann sowohl Ursache als auch Konsequenz des jeweils anderen sein (S. 32). So halten etwa Spini, Pin le Corre und Klaas (2016, S. 31) fest, dass ein niedriger sozioökonomischer Status verschiedene Phänomene wie Stress,

Stigmatisierung, Diskriminierung, Gewalterfahrungen, Hoffnungslosigkeit und Frustration verstärken kann, welche sich dann ihrerseits negativ auf die Gesundheit auswirken. Der sozioökonomische Status wird in der Studie definiert als derjenige Status eines Menschen in einer Gemeinschaft, welcher sich aus Beruf, Bildungsniveau, Einkommen und Berufsstatus zusammensetzt (Spini, Pin le Corre, & Klaas, 2016, S. 32). Soziale und gesundheitliche Ressourcen beeinflussen sich jedoch gegenseitig. So kann sich eine psychische Erkrankung auch negativ auf den sozioökonomischen Status und andere soziale Faktoren auswirken (S. 33), indem eine Person aufgrund der Erkrankung beispielsweise ihren Beruf nicht mehr ausüben kann, die Wohnung verliert, sich verschuldet oder indem es zu familiären Konflikten kommt. Solche Ereignisse können bei den Betroffenen wiederum Stress und Angst auslösen, was für die Gesundung hinderlich ist. Es ist daher in der Psychiatrie wichtig, auch die soziale Situation der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Sommerfeld et al. (2011) haben in einer Studie anhand der Rekonstruktion zahlreicher Krankheitsverläufe festgestellt, dass die sozialen Faktoren sich sehr differenziert auf die gesamte Dynamik auswirken und dass sie daher auch sehr differenziert erhoben und abgebildet werden müssten, um ihre Bedeutung richtig zu erfassen und bei den fallbezogenen Interventionen auch angemessen berücksichtigt zu werden (zitiert nach Sommerfeld et al., 2016, S. 7-8).

Indem die soziale Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigt und bearbeitet wird, kann das soziale, psychische und körperliche Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten verbessert werden (Spini et al., 2016, S. 32-33). Im Arbeitsfeld der Psychiatrie kümmern sich Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter um die (psycho-)sozialen Belange von psychisch erkrankten Menschen. Sie versuchen, das Wohlbefinden der Klientin oder des Klienten im Alltag zu steigern, indem sie mit den Betroffenen und den Angehörigen zusammenarbeiten und an der Lebenswelt der Klientel ansetzen (Walther, 2017, S. 29).

Seit wann genau Sozialarbeitende resp. Fürsorgerinnen in psychiatrischen Kliniken tätig sind, ist nicht bekannt. Für Deutschland wird nach Brückner (2015) aber die Zeit zwischen dem Ende des Kaiserreichs und dem ersten Weltkrieg vermutet (zitiert nach Walther, 2017, S. 29). Im Gesundheitswesen ist die Soziale Arbeit allerdings bereits viel länger tätig, etwa in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation oder in der Gesundheitsförderung (S. 38).

Mit der Verbreitung der Idee der Sozialpsychiatrie gewann die Soziale Arbeit in der Psychiatrie an Bedeutung. Jedoch unterscheidet sich die Entwicklung im deutschsprachigen Raum von derjenigen in den Vereinigten Staaten: In den USA entwickelte sich *Clinical Social Work*, für welche das biopsychosoziale Modell von Gesundheit die Grundlage bildet, zu einer vollständig akademisierten Profession (Walther, 2017, S. 42; Sommerfeld et al., 2016, S. 9-10). Der grösste Anteil an Sozialarbeitenden ist dort im Bereich der Klinischen Sozialarbeit tätig. Dazu gehört nicht nur der Sektor *Mental Health*, jedoch ist die Soziale Arbeit in den USA in der Versorgung und Behandlung psychisch kranker Menschen zu einer bedeutenden Profession

geworden. Der Recoveryansatz, auf welchen in der vorliegenden Arbeit später noch eingegangen wird, stellt dafür neben anderen Konzepten einen theoretischen Bezugspunkt dar (Sommerfeld et al., 2016, S. 9-10). Im deutschsprachigen Raum konnte sich die Klinische Sozialarbeit bisher nicht zu einer eigenständigen Disziplin entwickeln. Erst wenige Hochschulen in Deutschland und Österreich bieten Masterstudiengänge in Klinischer Sozialarbeit an, in der Schweiz existiert bisher nur ein Weiterbildungsmodul in Form eines *Certificate in Advanced Studies CAS* (Clinical Social Work Switzerland, n.d.). Klinische Sozialarbeit wird hierzulande als eine Ausdifferenzierung der Sozialen Arbeit in Form einer Fachsozialarbeit gesehen, welche vom Verein *Klinische Sozialarbeit Schweiz* wie folgt beschrieben wird:

Klinische Sozialarbeit versteht sich als Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit psycho-sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen/Erkrankungen und Behinderungen befasst. An der Schnittstelle zur Medizin, Psychologie und Soziologie werden auf der Basis aktueller Forschungsergebnisse der Sozialen Arbeit und verschiedener Nachbardisziplinen eigene methodische Ansätze und Interventionsstrategien der sozialen Beratung und Behandlung gestaltet und erweitert. (Clinical Social Work Switzerland CSWS, n.d.)

Die Interventionen der Klinischen Sozialarbeit verfolgen das Ziel, die Gesundheit der Klientinnen und Klienten zu erhalten und zu fördern, indem soziale Fragestellungen bearbeitet und die Passung zwischen Individuum und Umwelt verbessert werden (*Person-in-Environment-Fokus*). Walther (2017, S. 39) nennt als Ziele der Klinischen Sozialarbeit die Erhöhung des Handlungsrepertoires der Klientel sowie die Förderung der Partizipation am gesellschaftlichen Leben. Laut dem Verein *Klinische Sozialarbeit Schweiz* soll der Hilfeprozess aktiv gestaltet werden unter Verwendung passender Instrumente der Anamnese, Diagnose und Behandlungsplanung. Die Klinischen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sollen dabei auch eine behandelnde Rolle einnehmen, indem sie auf eine Veränderung des Verhaltens, Erlebens und der Einstellungen der Adressaten und Adressatinnen hinarbeiten. Das professionelle Handeln im Bereich der Klinischen Sozialarbeit soll, wie in der Sozialen Arbeit im Allgemeinen, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen (Clinical Social Work Switzerland CSWS, n.d.).

Im deutschsprachigen Raum ist die Soziale Arbeit in den Psychiatrien inzwischen zu einem konstitutiven Bestandteil geworden (Sommerfeld & Rügger, 2013, S. 34) und Sozialarbeitende gehören in vielen psychiatrischen Kliniken der Schweiz neben Psychiaterinnen und Psychiatern, Psychologinnen und Psychologen und Pflegefachpersonal zum Behandlungsteam dazu. Trotzdem bleibt der medizinische Diskurs dominant; laut Sommerfeld et al. (2016) findet die interprofessionelle Kommunikation noch nicht im Sinne eines Austauschs auf Augenhöhe statt, sondern eher in Form von Delegation. Zudem werde die Soziale Arbeit in



der somatischen Medizin und in der Psychiatrie zwar geschätzt, jedoch nicht im Sinne einer gleichwertigen Profession, sondern eher in einer Support-Funktion. So erledigen Sozialarbeitende in diesen Arbeitsfeldern oft konkrete, delegierte Aufgaben und die Ressourcen für die Soziale Arbeit sind meist eher knapp bemessen (Sommerfeld et al., 2016, S. 10-11).

Sozialarbeitende arbeiten in Psychiatrien häufig auf Kliniksozialdiensten, wo sie Sozialberatung anbieten. Das Leistungsspektrum deckt eine Vielzahl von Arbeiten ab, so etwa das Organisieren von Anschlusslösungen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt, das Abklären sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche oder die Aufrechterhaltung von Integrationsoptionen, beispielsweise das Erhalten von Wohnung und Arbeitsplatz, Schuldensanierung oder das (Re-)Aktivieren sozialer Netzwerke (Sommerfeld & Rügger, 2013, S. 397-398). Neben den Kliniksozialdiensten stellen auch Wohngruppen ein Arbeitsfeld von Sozialarbeitenden im psychiatrischen Versorgungsnetzwerk dar. Hier stehen eher konkrete Hilfen in alltagspraktischen Dingen im Vordergrund (S. 398). Die Zieldimension der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie fassen Sommerfeld und Rügger (2013) in Anlehnung an Hans Thiersch (1992) und Silvia Staub-Bernasconi (2007) wie folgt zusammen: es soll ein möglichst gelingender Alltag hergestellt werden, in welchem eine möglichst selbstbestimmte Lebenspraxis hergestellt und die menschlichen Bedürfnisse weitgehend befriedigt werden können (Sommerfeld & Rügger, 2013, S. 398). „Es geht um ein langfristiges Rearrangement der Integrationsbedingungen und somit um eine Veränderung der damit einhergehenden psychosozialen Problemdynamik.“ (Sommerfeld & Rügger, 2013, S. 402)

Obwohl also die immense Bedeutung der sozialen Dimension im Psychiatriebereich allgemein anerkannt ist, wird die Komplexität des psychosozialen Zusammenspiels nach Ansicht von Sommerfeld und Rügger (2013, S. 403-404) in der Diagnostik noch zu wenig differenziert analysiert.

### 3 Soziale Diagnostik

Diagnose bedeutet zu entscheiden oder Urteile zu fällen (Hoff, 2005, S. 6). So gesehen ist unser ganzes Leben geprägt von ständigen Diagnosen - nämlich *Urteilen über Situationen und Dinge*. Hoff (2005) erläutert, dass im medizinischen Bereich mit der Diagnose das Erkennen und Benennen von Krankheiten gemeint ist. Diagnostik beschreibt er als zu der Diagnose gehörigen Untersuchungsgang. Das Ziel einer medizinischen Diagnose ist also, eine Krankheit erkennbar zu machen und daraufhin die geeigneten Methoden zu wählen, um diese zu behandeln (S. 6). Rund um diese verschiedenen Arten der Diagnostik gab es schon seit spätestens der Antike Diskussionen. Einerseits kann erfahrungsbasiert versucht werden, Kategorien zu schaffen, die es beispielsweise einem Arzt ermöglichen, Symptome, welche bei Patienten oder Patientinnen auftauchen, einer Krankheit zuzuordnen. Man schliesst also vom beobachtbaren Einzelfall, welcher sich bei verschiedenen Personen wiederholt zeigt, auf die Allgemeinheit und klassifiziert somit. Man schafft sich auch Standards, die schnelleres Behandeln ermöglichen. Klassifikatorische Ansätze beinhalten aber das Risiko, dass Diagnosen gestellt werden, wenn die bekannten Faktoren erfüllt sind, obschon es weitere Gründe und Ursachen haben könnte für die Krankheit. Dies könnte in der Medizin dazu führen, dass die falsche Behandlungsmethode gewählt wird (z. B. ein falsches Medikament). Der Gegenpart zu solch klassifikatorischen Ansätzen stellt die Einzelfallorientierung dar. Jeder Fall hat seine Besonderheit und die Behandlung muss genau darauf abgestimmt sein (Buttner, 2010, S. 4). Die medizinische Diskussion wird in der vorliegenden Arbeit zwar nicht weiter thematisiert, jedoch entwickelte sich in der Sozialen Arbeit ein sehr ähnlicher Diskurs, als Mary E. Richmond 1917 ihr Buch *Social Diagnosis* veröffentlichte.

Um sich der Thematik der Diagnostik für die Soziale Arbeit anzunähern, ist es wenig zielführend, von *der* Sozialen Diagnostik zu sprechen. Vielmehr handelt es sich dabei um einen vielfältigen und vielschichtigen Begriff, der sich im Laufe der Geschichte Sozialer Arbeit stetig weiterentwickelte und verschiedenste *Diagnostiken* hervorbrachte. Dies hat einerseits mit geschichtlichen Zusammenhängen zu tun und andererseits mit der Vielzahl an Kontroversen, welche um die Soziale Diagnostik entstanden sind. Die Autorin und der Autor nehmen deshalb einige relevante Punkte in diese Arbeit auf. Als Hauptquelle für dieses Kapitel diente das *Handbuch Soziale Diagnostik - Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit* (2018), herausgegeben von Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund und Dieter Röh. Sie liefern damit eine übersichtliche Gliederung der geschichtlichen, theoretischen und methodischen Verknüpfungen, die für das Verständnis dieses komplexen Themas ausschlaggebend sind.

### 3.1 Geschichte Sozialer Diagnostik

Besonders durch die Betrachtung der geschichtlichen Hintergründe von Diagnostik in der Sozialen Arbeit wird klar, weshalb der Begriff bis heute teilweise Verwunderung aufwirft oder Kontroversen auslöst.

Soziale Diagnostik wird heute von Buttner et al. (2018, S. 11) als zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit gesehen, obwohl lange Zeit sehr kritisch davon gesprochen wurde, nachdem Mary Richmond (1917) und Alice Salomon (1926) sie einst bereits als wichtigen Pfeiler ihrer Arbeit sahen, um differenziert und angemessen helfen zu können (Buttner et al., 2018, S. 11). Nebst Richmond und Salomon, die heute als Klassikerinnen der Sozialen Arbeit gelten (vgl. Gahleitner et al., 2013, S. 7-8) beschreiben Buttner et al. (2018, S. 11-14) drei weitere Wurzeln Sozialer Diagnostik: Die Hermeneutik als zweite Wurzel, die das Verstehen von Sinnzusammenhängen aus verschiedenen Quellen beschreibt («Hermeneutik», 2008), ermöglicht es überhaupt erst, Diagnosen zu erstellen ohne klare, kausale Zusammenhänge zu erfassen. Eine dritte Wurzel entstand in den 1930er Jahren durch Jacob L. Moreno (1934), welcher begann, interpersonale Beziehungen zu messen. Als vierte Wurzel schliesslich sehen Buttner et al. (2018, S. 13-14) die Entwicklung von neuen Ansätzen für die Sozialforschung. Im Folgenden wird auf diese vier Wurzeln noch genauer eingegangen.

Mit der Sozialen Diagnose wollte Richmond (1917) erfassen, in welchem Verhältnis ein Mensch mit sozialen Problemen zu seiner Umwelt steht. Hierfür waren sowohl die Situation als auch die Persönlichkeit des Individuums entscheidend und Richmond (1917) verstand unter Umwelt sowohl soziale Beziehungen als auch die Institutionen der Gesellschaft. Sie schlug vor, Daten aus multiperspektivischer Sicht zu sammeln, diese dann miteinander zu vergleichen und sie schliesslich auszuwerten. Diesen letzten Schritt der Auswertung betrachtete sie als die eigentliche Diagnose (S. 363). Die Multiperspektivität war vor allem wichtig, um die gestellten Hypothesen überprüfbar zu machen (S. 83). Auch wenn genügend Zeit vorhanden war, wusste sie, dass korrekte Diagnosen manchmal nicht möglich sind. Dies begründete sie mit dem Mangel an *imaginative insight* (S. 363). Sie unterstrich also die Wichtigkeit des Verständnisses und der Interpretation der Sozialarbeitenden, im Bewusstsein darum, dass Resultate nicht garantiert werden können (Buttner et al., 2018, S. 12).

Was die Form der Diagnose anbelangt, zeigte sich Richmond (1917, S. 363) methodenkritisch, da sie der Meinung war, dass sowohl die klassifikatorische *one-word-diagnosis* als auch sehr detaillierte Diagnosen, welche die entscheidenden Faktoren übersehen, das Ziel verfehlen (können). Vielmehr solle die Diagnose die Schwierigkeiten und die wichtigsten Elemente, welche die Problembehebung behindern beziehungsweise voranbringen (*obstacles and aids*), beinhalten. Eine gute Diagnose solle umfassend und deutlich sein und die Behandlung (*the social treatment*) indizieren (S. 364). Damit hat sie gemäss Buttner et al. (2018, S. 12) nicht

nur den Anstoss gegeben für eine Soziale Diagnostik, sondern bereits deren wichtigste Elemente angeführt.

Alice Salomon (1926) hat die zentralen Ideen von Richmond übernommen und so den Diskurs im deutschsprachigen Raum angeregt (Buttner et al., 2018, S. 12). Auch sie sah, dass es nicht nur darauf ankommt, das Problem zu finden und möglichst viel Wissen anzusammeln, sondern die Beziehungen der Individuen zu deren Umwelt einzubeziehen und dann vor allem die Fakten richtig zu deuten (zitiert nach Buttner et al., 2018, S. 12-13). Aus heutiger Sicht bietet ihr Ansatz gemäss Buttner et al. (2018, S. 13) alles, was Diagnostik in der Sozialen Arbeit braucht: Von der Problemanalyse über die Besonderheiten des Falles, die Gründe, die zu dieser Not geführt haben und die möglichen Interventionen sowie Probleme, welche dabei auftreten könnten. Gahleitner et al. (2013) merken an, dass vieles, was Salomon forderte, bis heute nicht eingelöst wurde. Was sie geschrieben hat zu wissenschaftlicher Fundierung, Theorieorientierung und Praxiszugewandtheit, ist heute noch Teil der Debatte zur Professionalisierung Sozialer Arbeit (S. 7).

Jacob L. Moreno (1934) begann in den 1930er-Jahren damit, interpersonale Beziehungen zu messen. Die Soziometrie sah er gar als ein Mittel, die Probleme der Gesellschaft anzugehen (zitiert nach Buttner et al., 2018, S. 13). Obwohl er dies damit nicht erreichte, ist seine Arbeit für die Diagnostik in Gruppen bis heute wertvoll. Das Soziale Atom, die Soziometrie, Netzwerkkarten und vergleichbare Instrumente wurden durch seinen Beitrag beeinflusst (Buttner et al., 2018, S. 13).

Ziel der Hermeneutik heute ist es, Texte, Gespräche oder auch Kunst und Ähnliches zu deuten, um darin enthaltene Sinnzusammenhänge zu verstehen („Hermeneutik“, 2008). Auch sie bietet einen historischen Bezug zur Sozialen Diagnostik, da es durch diverse Entwicklungen (genauer siehe Buttner et al., 2018, S. 14) zu einem ihrer Ziele wurde, Sprachliches, auch Gespräche, zu verstehen; dadurch werden narrative und rekonstruktive Verfahren erst möglich (S. 14).

Auch die Entwicklung von neuen Ideen in der Sozialforschung prägte die Soziale Diagnostik. Es bildeten sich im Zuge der Chicagoer-Schule rekonstruktive und ethnografische Ansätze, welche gemäss Buttner et al. (2018, S. 14) bis heute Einfluss auf verschiedene Verfahren der Forschung und Praxis haben, welche Verstehen ermöglichen sollen.

Besonders in der deutschen Geschichte wurde sichtbar, was für negative Auswirkungen Soziale Diagnostik haben kann und weshalb es so wichtig ist, dass damit sorgfältig und reflektiert umgegangen wird. Kuhlmann (2004) führt aus, dass arme Menschen im 19. Jahrhundert daraufhin beurteilt wurden, ob sie unterstützungswürdig sind oder nicht. Dies basierte aus der damaligen Sicht auf gesundem Menschenverstand und moralischen Wertesystemen (zitiert nach Gahleitner et al., 2013, S. 7). Es war ein Verständnis von Fürsorge, das sich immer mehr am Kollektiv und nicht mehr am Individuum anpasste –

besonders, wenn dieses als minderwertig angesehen wurde (Buttner et al., 2018, S. 14-15). Gemäss Gahleitner et al. (2013, S. 8) verwundert es also nicht, dass Alice Salomon den Gedanken von Mary E. Richmond aufgriff und ihr Verständnis von Sozialer Arbeit mit Richmonds Idee verknüpfte. Salomon war es auch, der es in Zusammenarbeit mit Sidy Wronsky gelang, trotz der Isolation Deutschlands nach dem ersten Weltkrieg methodische Grundlagen einer Sozialen Therapie zu erarbeiten, «die erst im Zusammenwirken mit einer Sozialen Diagnose ihre individuelle Passung erfährt» (Gahleitner et al., 2013, S. 8). Dies waren zwar fortschrittliche Gedanken, sie wurden aber von den Nationalsozialisten pervertiert. Das nationalsozialistische Regime missbrauchte diese neu entwickelten diagnostischen Fähigkeiten für die Eugenik, was schlussendlich dazu führte, dass eine Zeit lang keine Weiterentwicklung im Bereich der Sozialen Diagnostik stattfand (S. 8).

Aus einer daraus resultierten, tiefen Verunsicherung entstand im deutschsprachigen Raum erst in den 1960er und 1970er Jahren wieder ein Diskurs zur Sozialen Diagnostik. Konkret wuchs eine breite Bewegung von Diagnostikkritik gegenüber Psychologie und Medizin. Es gab während dieser Zeit eine Vielzahl an verschiedenen kritischen Gedanken (vgl. Buttner et al., 2018, S. 15-16). So wurden Diagnosen beispielsweise als stigmatisierend und entpersönlichend empfunden (Buttner et al., 2018, S. 15-16; Gahleitner et al., 2013, S. 8). Wichtig ist aber, dass die ursprüngliche Idee von Sozialer Diagnostik nach Richmond (1917) und Salomon (1926) sich im deutschsprachigen Raum vom zweiten Weltkrieg bis in die 60er-Jahre nicht weiterentwickelte, sondern aufgehoben wurde, weil Diagnosen oft grundsätzlich abgelehnt wurden.

Buttner et al. (2018, S. 16-17) nennen verschiedene Gründe, weshalb Diagnostik in der Sozialen Arbeit immer wieder thematisiert wurde: Der Re-Import sozialarbeiterischer Ansätze und damit verbunden die Methodisierung der Sozialen Arbeit in den 1960er-Jahren, die Akademisierung der Sozialen Arbeit in den 1970er-Jahren sowie die allgemeine Wissenschaftsorientierung in den 1980er-Jahre. Verbunden mit dem Wunsch, dass die Soziale Arbeit eine Wissenschaft wird, war der Professionalisierungsdiskurs, welcher immer wieder Bezug auf Diagnosen nahm. In der Jugendhilfe und im Kinderschutz nahm der Druck gemäss Maja Heiner (2013, S. 19) zu, moralisch und strafrechtlich legitime, konkrete Entscheidungen zu fällen.

Der wirtschaftliche Druck, der Wechsel von der Input- zur Output-Steuerung und andere Veränderungen in den 1990er-Jahren lösten schliesslich ein Klima aus, in welchem die Notwendigkeit von Diagnostik offensichtlicher wurde. Dies auch deswegen, weil der Anspruch, dass Soziale Arbeit verbindlich und überprüfbar interveniert, zunahm (Buttner et al., 2018, S. 17).

In den letzten zwei Jahrzehnten wurde in verschiedenen Beiträgen (Dollinger, 2011; Heiner, 2013; Pantucek, 2006; Rügger, 2010) ein breiter Diskurs über die Soziale Diagnostik geführt.

Zudem verlagerte sich der Fokus zunehmend von theoretischen Auseinandersetzungen auf praxisbezogene (Buttner et al., 2018, S. 17). Dollinger (2011, S. 30) schreibt, dass der Kontroverse kaum neue Aspekte hinzugefügt werden können, da sich viele diagnostische Verfahren etabliert hätten und es jetzt mehr darum gehe, die Relevanz und Praktikabilität zu beurteilen.

### 3.2 Aktuelle Positionen

Bei aller Kontroverse hat sich heute also doch ein gemeinsamer Standpunkt ergeben: Soziale Arbeit braucht für ihre Interventionen zuverlässige Ausgangspunkte, die sowohl methodisch als auch empirisch fundiert sind. Und Soziale Diagnostik scheint im Stande zu sein, diese zu liefern. Darüber, mit welchen Konzepten und Instrumenten dies geschehen kann, wird aber weiter diskutiert (Buttner et al., 2018, S. 18).

Buttner et al. (2018) finden es äusserst wichtig, dass kritische Gedanken nicht auf die Soziale Diagnostik per se bezogen werden. So nennen sie die Kritik Kunstreichs (2004), Diagnostik schliesse den Dialog aus (zitiert nach Buttner et al., 2018, S. 18). Während es Instrumente gibt, die durch starke Standardisierung wenig dialogisch ausgerichtet sind, ist Soziale Diagnostik an sich jedoch sogar auf diesen Dialog angewiesen (Buttner et al., 2018, S. 18-19). Buttner et al. (2018) meinen, dass eine kategorische Ablehnung von Diagnostik dazu führt, dass man die Klientel nicht darin unterstützt, sich selbst zu verstehen. Dies würde eine paternalistische Haltung begünstigen: man meint es zwar gut, verwehrt allerdings eine genaue Analyse der Situation. Somit riskiert man, dass Teile des Problems unentdeckt bleiben (S. 19; vgl. Pantucek, 2006, S. 4).

Eine weitere Kontroverse im Diskurs um die richtigen diagnostischen Konzepte dreht sich um die Frage, ob Soziale Diagnostik eher verstehen oder erklären soll. Buttner et al. (2018, S. 19) schlagen hier, ähnlich wie Maja Heiner (2013), einen integrierenden Zugang vor. Verstehen und Erklären sollen sich ergänzen – man solle einführend nachvollziehen und dennoch systematisieren. Beide Aspekte seien wichtig und würden ohne den Gegenpart Falsch-Verstehen begünstigen (Buttner et al. 2018, S. 19). Diagnostizieren (Erklären) und Fallverstehen (Verstehen) werden als polare Gegensätze gesehen, die sich aufeinander beziehen, gegenseitig durchdringen und sich deshalb notwendig ergänzen (Buttner, 2018, S. 19). Maja Heiner hat bereits im Jahr 2010 versucht, die beiden scheinbaren Gegensätze zu vereinen und stellte ein Klassifikationssystem zum Fallverstehen und für die Dokumentation der systematischen Fallentwicklung zur Diskussion (S. 14). Es soll dabei immer darum gehen, den Menschen in seiner Umwelt zu verstehen. Hierfür ist sowohl das relevant, was gerade gesagt wird, als auch das, was rekonstruiert wird (Buttner et al., 2018, S. 19). Ein objektivierender Blick auf die Lebensumstände und eine Klassifikation und Analyse davon sind

aber ebenso Teil von Sozialer Diagnostik. «*Beide* Seiten sind konstitutiv für das Verstehen eines Falles als auch für seine objektivierende Analyse.» (Buttner et al., 2018, S. 19-20) Ohne eine minimale Distanz der analysierenden Person zur Klientel könnte das Gesagte höchstens dupliziert, nicht aber wirklich verstanden werden (Buttner et al., 2018, S. 19-20). Um Fälle wirklich zu verstehen, benötigt es das Spezielle, also Besonderheiten, die den Fall von anderen abheben. Auf der anderen Seite braucht es aber auch Kenntnis darüber, was an dem Fall typisch ist. Ohne Letzteres wäre es unmöglich, das Besondere zu verstehen (S. 20). Somit schliesst sich der Bogen, welchen die Autorin und der Autor am Anfang dieses Kapitels öffneten. Weder Einzelfallorientierung noch Klassifizierungen genügen – es braucht beides. Allerdings soll an dieser Stelle noch angemerkt werden, dass jede objektivierende Kategorisierung auf subjektiven Wahrnehmungsprozessen beruht. Bedenken muss man auch, dass Sozialarbeitende in dem Moment, in dem sie in das Leben einer Klientin oder eines Klienten treten, selber Teil der zu beobachtenden Umwelt werden und gewisse Prozesse bewusst oder unbewusst steuern, die für diagnostische Geschehnisse von Bedeutung sein können (Buttner et al., 2018, S. 20). «Mitfühlendes Verstehen und analytisches Durchblicken sind keine sich ausschliessenden Gegensätze, sondern vielmehr Akzentuierungen, und sie treten in unterschiedlichen 'Mischungsverhältnissen' auf» (S. 20). Dieses Verhältnis wird durch den Auftrag, welchen die Soziale Arbeit in der Institution hat, sowie durch die gegebenen Rahmenbedingungen bestimmt (S. 20).

### **Exkurs**

Buttner et al. (2018, S. 20-21) machen noch einen kleinen Ausblick in Richtung Digitalisierung und Soziale Diagnostik. Es gibt Entwicklungen, die heute bereits digitale diagnostische Instrumente ermöglichen, so z. B. digitale Netzwerkkarten. Auch in den Sozialen Medien und den Daten, die in den verschiedenen Web-Anwendungen gespeichert wurden, sehen Buttner et al. (2018, S. 20-21) enormes diagnostisches Potenzial. Aus Sicht der Autorin und des Autors, in diesem Punkte stimmen sie mit Buttner et al. (2018) überein, wird die Soziale Arbeit extrem herausgefordert werden durch diese Möglichkeiten. Buttner et al. (2018) sind der Meinung, dass diese für die Soziale Diagnostik nicht genutzt werden, da es sich um für kommerzielle Zwecke erhobene Daten handelt (S. 21). Jedoch ist es bereits heute relativ einfach, das Internet nach Daten zu durchforsten, auch ohne dafür zu bezahlen – wo war die Familie X in den Ferien und wie sieht das neue Auto wirklich aus? In Zeiten, in denen in der Schweiz über Sozialdetektive abgestimmt wird (November 2018), scheint die Politik in Richtung *mehr* Kontrolle zu tendieren, um potenzielle Betrüger zu entlarven. Auf kommerziell erwerbbar Daten zurückzugreifen, ist heute zwar vielleicht noch nicht mehrheitsfähig und erscheint aus professioneller Sicht fragwürdig - politisch wäre ein solcher Vorstoss aber aus Sicht der Autorin und des Autors denkbar.

### 3.3 Begriff und Funktion der Sozialen Diagnostik

Wie Buttner et al. (2018) verstehen die Autorin und der Autor dieser Arbeit den Begriff der Sozialen Diagnostik als *diagnostischen Prozess*. Zu Zeiten Mary E. Richmonds und Alice Salomons war mit Diagnose noch viel mehr das Sammeln, Analysieren und Deuten von Daten gemeint, nicht nur das bloße Endergebnis. Der Begriff Diagnose unterscheidet sich heute insofern von der Diagnostik, als dass Diagnose zu erkennen versucht und damit ein klares Resultat anstrebt, Diagnostik hingegen «auf das Methodische und Prozessuale» abzielt und nicht auf das Resultat (Buttner et al., 2018, S. 21). So eine Diagnostik führt somit auch nie zu einer Ein-Wort-Diagnose, wie sie schon Richmond kritisierte (1917, S. 358 & 365). Vielmehr sollen aus Sicht der Autorin und des Autors, wie Richmond (1917, S. 363) dies vorschlägt, Hypothesen entstehen, die multiperspektivisch überprüft werden und mit denen im Verlauf der Zusammenarbeit zwischen Fachkraft und Klientin bzw. Klient laufend überprüft und wenn nötig angepasst werden. Aus diesen Gründen haben sich die Autorin und der Autor dieser Bachelor-Thesis, in Anlehnung an Buttner et al. (2018, S. 21-22), für den Begriff *Soziale Diagnostik* entschieden. Es gibt aber auch alternative Begriffe: Mollenhauer und Uhlendorff (1992) arbeiten mit dem Begriff der sozialpädagogischen Diagnosen, Harnach-Beck (1995) sowie Heiner (2013) sprechen von psychosozialer Diagnostik und Röh (2017) verwendet den Begriff Sozialdiagnostik (zitiert nach Buttner et al., 2018, S. 21).

Soziale Diagnostik hat sowohl eine objektivierend-interventionsgerichtete Seite, die versucht, die für eine Intervention notwendigen Informationen zu sammeln, als auch eine interpretierend-verstehende Seite (Buttner et al., 2018, S. 22). Welche Seite der Sozialen Diagnostik zur Anwendung gelangt, soll prozesshaft durch Klientel und Fachkräfte ausgemacht werden und als Mittel zum gemeinsam bestimmten Zweck dienen (S. 22-23).

Maja Heiner erarbeitete 2013 (S. 28-29) vier normative Postulate, die sich als grundlegende Prinzipien Sozialer Diagnostik und als Antwort auf Diagnostikkritik ergeben. Die Prinzipien sollen dazu dienen, Ergebnisse in Form von wieder überprüfbaren Hypothesen zu liefern. Dies verhindert, dass Ergebnisse von Sozialer Diagnostik stigmatisierenden Charakter haben (Buttner et al., 2018, S. 23).

1. Die partizipative Orientierung: Wenn Sozialarbeitende anerkennen, dass nachhaltige Veränderungen der Klientel nur dann möglich sind, wenn diese eine Änderung wünschen, ist diese Orientierung als «eine der grundlegenden berufsethischen und methodischen Ausrichtungen» zu verstehen (Heiner, 2013, S. 29). Der Dialog ist klar erwünscht und wird als notwendig erachtet. Bei unterschiedlichen Ansichten ist ein Diskurs zwischen Fachkräften und Klientel vorgesehen und zusätzliche Informationen sollen beschafft werden (S. 29).



2. Die sozialökologische Orientierung: Die Soziale Arbeit nimmt hier die Rolle wahr als Vermittlerin zwischen Individuum und Gesellschaft. Sie soll mithelfen, die Bedingungen, in denen Menschen leben, zu verbessern. Wichtig ist auch die Analyse des direkten sozialen Umfelds der Klientel und des Systems der (potenziell) Helfenden. Teil der Analyse ist also auch die Institution, für welche die Sozialarbeitenden tätig sind (Heiner, 2013, S. 29-30).
3. Die mehrperspektivische Orientierung: Die unterschiedlichen Sichtweisen auf einen Fall bzw. das Problem sollen möglichst komplex abgebildet werden, «damit eine multidimensionale Analyse der aktuellen Probleme» (S. 30) ermöglicht wird.
4. Die reflexive Orientierung: Einmal gestellte Diagnosen dürfen nicht als unveränderlich angesehen werden, es besteht immer die Möglichkeit eines Irrtums. Hierfür nennt Heiner (2013, S. 30) vier Elemente: reflexive Orientierung ist «rekursiv, informationsanalytisch, beziehungsanalytisch und falsifikatorisch angelegt» (S. 30). Bei neuen Erkenntnissen sollen die Hypothesen überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. «Im Zentrum des Reflexionsprozesses steht die informationsanalytische Überprüfung der Informationsqualität, einschließlich einer nicht bedrängenden oder suggestiven Gesprächsführung.» (S. 30-31) Dazu gehören auch berufsethische Prinzipien wie das Einhalten des Datenschutzes. Auch zum reflexiven Prozess gehört die Beziehung zwischen Fachkraft und Klientel. In dieser kann es auf beiden Seiten zu Fehlinterpretationen kommen, jedoch kann sie auch als Datenquelle dienen, wenn beispielsweise Übertragungs- bzw. Gegenübertragungsphänomene erkannt werden (S. 30). Das vierte Element verweist darauf, dass versucht werden soll, die Ergebnisse zu falsifizieren, um die ursprüngliche Diagnose zu stärken oder zu revidieren. Heiner sieht auch im Feedback von Berufskolleginnen- und Kollegen eine wichtige Ressource zur Reflexion (S. 31).

Maja Heiner (2010, S. 16-17) beschreibt ausserdem vier Funktionen Sozialer Diagnostik, die in verschiedenen Phasen des Diagnostikprozesses wegweisend sind: Orientierungsdiagnostik, Zuweisungsdiagnostik, Gestaltungsdiagnostik und Risikodiagnostik. Zusätzlich können diese Funktionen nach Akteuren (Leistungsempfänger/Leistungsempfängerinnen, Leistungsträger und Kostenträger) differenziert werden: Sie alle sind am Hilfeprozess beteiligt und ihr Zusammenwirken ist Bedingung für gelingende Interventionen, jedoch ist nicht das gleiche Mass an Informationen aus jeder Phase der Diagnostik für alle Akteure gleich relevant. Zudem stellt Heiner (2010, S. 19-20) fest, dass die Form von Standardisierung verschiedene Ausprägungen haben kann. Sie stellt daher die beiden Dimensionen *Reichweite der Aussagen* und *Präzisionsgrad der Kategorien* vor, mit denen sie die angemessene Form der Standardisierung erkennbar machen möchte.

Funktion \ Standardisierung	Reichweite der Aussagen	Präzision der Kategorien
Orientierungsdiagnostik	hoch	gering
Zuweisungsdiagnostik	mittel	mittel
Gestaltungsdiagnostik	hoch + selektiv gering	gering + hoch
Risikodiagnostik	gering	hoch

*Tabelle 1: Standardisierungsgrad diagnostischer Verfahren. Nach Heiner, 2010, S. 20*

Daraus ergibt sich obenstehende Tabelle, mit deren Hilfe sich passende diagnostische Verfahren für die jeweilige Aufgabe finden lassen sollen. Ist beispielsweise schon eine erste Orientierung anhand von vielen offenen Fragen erfolgt (Orientierungsdiagnostik) und die Zuweisung zu geeigneten Programmen hat stattgefunden (Zuweisungsdiagnostik), können in der Gestaltungsdiagnostik Fragen zu spezifischen Teilgebieten der Intervention gestellt werden. Hier wäre die Reichweite der Aussagen eher gering, dafür sehr präzise. Die verschiedenen Schritte können je nach Entwicklung des Falles mehrfach durchlaufen werden. Die Risikodiagnostik stellt einen Sonderfall dar: Sie kann bei vermuteten Gefahren eingesetzt werden, wenn beispielsweise abgeschätzt werden soll, wie akut eine Gefährdung ist (Heiner, 2013, S. 22-23).

Gerade weil Soziale Diagnostik nicht zum Selbstzweck werden soll, ist es wichtig, sich darauf zu besinnen, wofür und mit wem Fachkräfte der Sozialen Arbeit arbeiten. Generelle Funktion Sozialer Diagnostik soll es sein, eine möglichst differenzierte Grundlage zu schaffen, um Antworten auf die Frage zu finden, wie angemessen interveniert werden soll (Buttner et al., 2018, S. 24). Hier scheint die Soziale Diagnostik also sowohl für Fachkräfte wie für die Klientel Potenzial zu haben: Die Sozialarbeitenden schaffen eine Basis für Interventionen, die der Fragestellung der Klientel möglichst genau entsprechen. Zudem wirkt Soziale Diagnostik strukturierend und begünstigt Reflexionen in einem oft turbulenten Arbeitsalltag mit hoher Dossier-Belastung und undurchsichtigen Akten. Strukturierte Arbeit ermöglicht zudem eine vereinfachte Evaluation, da Arbeitsschritte nachvollziehbar sind. Damit kann Soziale Diagnostik auch für die Forschung dienlich sein (S. 23-24).

Ziel der Sozialen Diagnostik ist es also, wie gezeigt wurde, auf eine strukturierte, reflexive Art und Weise problem- und ressourcenbezogene Interventionen für Menschen mit schwierigen sozialen Problemlagen zu finden (Buttner et al., 2018, S. 24). Die normativen Postulate von Maja Heiner oder auch der Berufskodex von AvenirSocial geben hierfür einen Rahmen.

Aus Sicht der Autorin und des Autors sind jedoch viele Konzepte und Instrumente der Sozialen Diagnostik relativ komplex und die Frage könnte auftauchen, ob bei einer Umsetzung in der Praxis die Aufwand-Ertrag-Rechnung aufgeht. Wenn die zeitlichen Ressourcen und die Weiterbildungen dafür nicht zur Verfügung gestellt werden, ist der Anspruch, komplexe, wissenschaftliche Instrumente anzuwenden, sehr hoch. Viele Sozialarbeitende leisten bereits heute gute Arbeit, ohne bestimmte sozialdiagnostische Konzepte und Instrumente anzuwenden. In seinen Grundzügen ist das professionelle Handeln in der Sozialen Arbeit jedoch aus Sicht der Autorin und des Autors auf die eine oder andere Art auch dann diagnostisch, wenn man es nicht so nennt. Das Denken in Kategorien ist etwas Alltägliches und auch die rekonstruktiven Aspekte, welche die Soziale Diagnostik im hier vertretenen Verständnis beinhaltet, sind für viele Sozialarbeitende nichts Neues.

Buttner et al. (2018) begründen mit ihren theoretischen Bezügen aber, weshalb es wichtig ist, dass man sich selbst strukturiert und das professionelle Handeln bewusst diagnostisch sein sollte. Sie sehen in den Theorien (einerseits in sozialarbeiterischen aber auch in Theorien von anderen Disziplinen) einen entscheidenden Faktor für die Hypothesenbildung und damit verbunden für die Hilfeplanung. Hier vermischen sich in der Konstruktion von Fällen manchmal Alltagstheorien mit wissenschaftlich fundiertem Wissen, was erhebliche Unterschiede ergeben kann in den beobachteten Äusserungen der Klientel und deren Deutungen. Soziale Diagnostik kann also eine Hilfestellung sein, um auch theoretische Aspekte von Problemstellungen multiperspektivisch zu erfassen und nutzbar zu machen (S. 25-26).

Menschen agieren in sozialen Systemen und lebensweltlichen Bezügen, sie konstruieren und dekonstruieren ihre Lebenswelt, leben in teils widersprüchlichen kulturellen, sprachlichen oder handlungsbezogenen Mustern und handeln individuell oder kollektiv in diesem Geflecht aus Deutungen und Strukturen. (Buttner et al., 2018, S. 32)

Dies verweist auf die Entwicklung des Menschen zu dem, was er in dem Moment ist, in welchem er in einer sozialen Institution auf Sozialarbeitende trifft. In der Psychiatrie können für die vorliegende Arbeit diverse theoretische Perspektiven wichtig sein. Auf der individuellen Ebene finden sich unter anderem die Entwicklung der Identität, die Bindungstheorie, biografische Zusammenhänge und daraus entstehende Kompetenzen und Ressourcen. Aus dem multiperspektivischen Verständnis ergeben sich aber auch theoretische Verknüpfungen mit dem Sozialraum und der Gesellschaft (Buttner et al., 2018, S. 32-103). Diese allerdings alle vorzustellen, würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen.

Durch die Anwendung sozialdiagnostischer Konzepte und Instrumente wird einerseits eine Erweiterung von Komplexität in Bezug auf spezifische Aspekte des Falls vorgenommen, andererseits wird diese Komplexität aber auch wieder reduziert und strukturiert. Dies ist notwendig, damit überhaupt eine Bearbeitung des Falles möglich wird und Entscheidungen für

das weitere Vorgehen abgeleitet werden können (Sommerfeld et al., 2016, S. 280). Pantucek (2006, S. 4) beschreibt, dass Sozialarbeitende der Gefahr ausgesetzt sind, Fälle lösen zu wollen, weil sich eine Lösung zu eignen scheint, bevor alle wichtigen Aspekte erkannt wurden. «Die Komplexitätsreduktion wird vorgenommen, bevor die Komplexität der Situation überhaupt erkannt ist.» (Pantucek, 2006, S. 4) Wie genau man aber aus den durch Instrumente erhaltenen Informationen und Daten eine Diagnose stellt, ist heute gemäss Sommerfeld et al. (2016) teilweise noch offen.

Während für die Phase der Komplexitätserweiterung in Bezug auf mögliche Vorgehensweisen konkrete Anhaltspunkte vorliegen, finden sich in der Literatur zur sozialen Diagnostik für die Komplexitätsreduktion – also für den Übergang von der Informationssammlung zur diagnostischen Einschätzung – [...] keine klaren Aussagen dazu, wie aus der Fülle der erhobenen Daten, Rekonstruktionen und der Betrachtung von Wechselwirkungen zwischen Helfer- und Klient/innensystem eine Deutung und Beurteilung zu erstellen ist. (S. 182)

Sozialdiagnostische Konzepte bieten durch ihre Strukturiertheit einen wertvollen Beitrag dazu, komplexe Informationen zu ordnen und zu mehr Wissen zu gelangen. Standardisierungen nehmen immer auch Entscheidungen ab und erhöhen so die Effizienz, insofern die Abläufe klar, verständlich und verinnerlicht sind.

Heute gibt es verschiedene Konzepte, welche versuchen, Soziale Diagnostik für Sozialarbeitende anwendbar zu machen. So erarbeitete die Fachhochschule Nordwestschweiz (2018b) beispielsweise drei Theorien (Integration und Lebensführung, Kooperative Prozessgestaltung sowie Teilhabegestützte Prozessgestaltung), innerhalb derer verschiedene Methoden und Instrumente vorgestellt werden. Auch Maja Heiner (2013) hat versucht, mit ihrem Beitrag zum *Diagnostischen Fallverstehen* einen praktikablen Zugang zur Sozialen Diagnostik zu schaffen. Einige Konzepte, wie etwa die Ressourcendiagnostik, sind dabei eher auf einzelne zu diagnostizierende Aspekte ausgerichtet und benötigen weitere Instrumente, um ein umfassendes Bild zu ermöglichen. An welchem Konzept man sich orientiert, ist nebst der Praktikabilität stark von der Haltung der Sozialarbeitenden, von deren Arbeitsfeld sowie vom Zeitpunkt im Diagnostikprozess abhängig. Es stellen sich also nebst der Frage nach dem *wie* immer auch die Fragen: *wer*, *wo* und *wann*?

Durch die Soziale Diagnostik wird ersichtlich, wie vielschichtig und komplex die Arbeit mit sozial herausgeforderten Menschen sein kann. Ganz gleich, wo gearbeitet wird, ob in einem Kinderheim oder auf einem Sozialdienst: am Ende des Tages geht es immer um Menschen mit den verschiedensten Hintergründen und Herausforderungen. Soziale Diagnostik bedingt die Fähigkeit, ein Gespräch mit einem Gegenüber überhaupt führen zu können. Wenn dies nicht gelingt, ist Soziale Diagnostik kaum möglich und führt, wenn überhaupt, zu ungenügenden Hypothesen und dementsprechend zu unbefriedigenden Interventionen.

Wie schon Richmond (1917, S. 363) antönte, sind Diagnosen nicht immer möglich. Nebst der Fachkompetenz, mit welcher das Wissen geordnet und gedeutet werden soll, ist eine sehr hohe Sozialkompetenz erforderlich, um überhaupt an die Informationen zu gelangen. Die Beziehungsgestaltung ist zu einem grossen Teil Sache der Sozialarbeitenden. Soziale Probleme können verschiedenste Ursprünge haben und viel Fingerspitzengefühl verlangen. Mitfühlendes Verstehen und analytisches Durchblicken (Buttner et al., 2018, S. 20) spielen für die Soziale Diagnostik nach Ansicht der Autorin und des Autors gleichermassen eine entscheidende Rolle. Beides kann die verantwortlichen Sozialarbeitenden vor grosse Herausforderungen stellen. Die Relevanz von Informationen muss dabei oftmals innerhalb sehr kurzer Zeit abgeschätzt werden und entscheidende Details können verloren gehen. Wenn man ernst nimmt, was Heiner (2013) erarbeitet hat und dialogisches Handeln tatsächlich als einen entscheidenden Faktor für gelingende Soziale Diagnostik betrachtet, so ist es unabdingbar, dass Sozialarbeitende die entsprechenden Gesprächsführungskompetenzen mit in ein Gespräch bringen. Der Dialog erfüllt so auch zwei Funktionen: er beschafft Information *zur* und *ist* gleichzeitig bereits Intervention.

## 4 Autonomie

Autonomie ist ein Begriff, der im Kontext der Sozialen Arbeit sehr oft fällt, wenn es um berufsethische Überlegungen geht. Dies ist im Bereich der Psychiatrie nicht anders; laut Paul Hoff (2017) ist der Begriff sogar zu einem zentralen Bezugspunkt der Medizinethik geworden. Jedoch kritisiert Hoff in seinem Text über Autonomie in der Psychiatrie die beinahe inflationäre Verwendung des Begriffs, ohne seine Bedeutung klar zu definieren und zu hinterfragen. Dies sei für die Weiterentwicklung der Psychiatrie in dieser Form nicht hilfreich und könne gar zu Entwicklungen führen, welche sich auf die Patientinnen und Patienten negativ auswirken (S. 175). Daher sind die Klärung des Begriffs sowie eine differenzierte Betrachtung wichtig.

Der Begriff *Autonomie* stammt aus dem Griechischen und kann übersetzt werden mit „sich selbst Gesetze gebend“ (Schröder, 2012, S. 28). Von Autonomie wird in ganz unterschiedlichen Zusammenhängen gesprochen, etwa wenn es um die Selbstverwaltung und Unabhängigkeit von Staaten geht, aber auch bezogen auf Individuen im Sinne des Rechts, über sich selber zu bestimmen („autonomy“, 2011). In der vorliegenden Arbeit bezieht sich der Begriff auf die individuelle Ebene: er wird nach dem *Oxford English Dictionary* als die Freiheit verstanden, seinem eigenen Willen zu folgen, die eigenen Angelegenheiten zu kontrollieren und unabhängig zu sein von externen Einflüssen („autonomy“, 2011). In diesem Sinne wird der Begriff hier gleichgesetzt mit dem Prinzip der Selbstbestimmung. Ein selbstbestimmtes Leben zu führen, schliesst laut dem Fachlexikon der Sozialen Arbeit „das Recht ein, den eigenen Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem man lebt.“ (Spörke, 2017, S. 756)

In der Philosophie ist die Idee der Autonomie erstmals bei Immanuel Kant zentral (Rössler, 2017, S. 31). In seinem berühmten Aufsatz *Die Antwort auf die Frage: Was ist Aufklärung* aus dem Jahr 1784 beschreibt er Autonomie in einem rationalen und moralischen Sinn; er plädiert dafür, dass Menschen ihren eigenen Verstand gebrauchen sollen, um aus ihrer selbstverschuldeten Unmündigkeit hinauszutreten und sich selbst Gesetze zu geben, nach denen sie ihr Leben ausrichten. Laut Kant verfügen Menschen über Autonomie, da sie rationale Wesen sind (zitiert nach Projekt Gutenberg-DE, n. d., Kap. 1-3). Seit der Aufklärung hat sich das Konzept der Autonomie in liberalen, demokratischen Gesellschaften zu einem wichtigen Wert entwickelt und ist zu einem zentralen Thema der Ethik geworden (Rössler, 2017, S. 30). Anders als bei Kant wird Autonomie heute meist nicht mehr kategorisch, sondern eher graduell verstanden: Wenn jemand nicht über die uneingeschränkte Fähigkeit zur Autonomie verfügt, kann er oder sie trotzdem in vielerlei Hinsicht autonome Entscheidungen treffen (S. 32). Für den Philosophen John Stuart Mill ging es bei der Autonomie darum, dass jeder Mensch sein Leben ohne Einschränkungen bis zu einer bestimmten Grenze so leben und gestalten kann, wie er oder sie will. Die Grenze bildet dabei die Autonomie anderer, das

heisst, jeder Mensch darf nur soweit gehen, dass er den anderen Menschen nicht schadet (zitiert nach Rössler, 2017, S. 32). Autonomie wird hier also sehr individuell verstanden, indem nämlich alle Menschen auf ihre eigene Weise danach suchen sollen, was sie wollen und was ihnen guttut. Beate Rössler (2017) hält in ihrem Werk zum Thema Autonomie fest, dass es sich bei dem Konzept um eine Konkretisierung des Freiheitsbegriffs handelt: Es gehe darum, dass wir unsere eigene Wahl treffen können, also um den Akt der Wahl an sich und weniger um den Inhalt der verschiedenen Optionen (S. 36). Trotzdem sei es für das Konzept der Autonomie wichtig, dass einem auch ein gewisses Spektrum an sinnvollen resp. wünschenswerten Optionen zur Verfügung steht. Zudem müsse der Mensch überhaupt in der Lage sein, seine Vorstellungen und Wünsche zu reflektieren und sich damit zu identifizieren (S. 39). Rössler hält auch fest, dass eine Person niemals unabhängig ist von den sozialen Kontexten, in denen sie lebt. Da wir alle sozialisiert und von anderen Menschen geprägt worden sind, kann es auch sein, dass wir gewisse Wertvorstellungen und Motive von anderen übernommen haben oder dass wir in gewissen Entscheidungen stark beeinflusst werden. Dies bedeute jedoch nicht, dass man einer Person in einem solchen Fall die Autonomie insgesamt absprechen müsse, sondern Autonomie wird eben in einem graduellen Sinne verstanden: Man kann in manchen Hinsichten resp. in Bezug auf manche Entscheidungen autonom sein, während man es in Bezug auf andere nicht ist (S. 40). John Christman argumentiert daher, „dass eine Person nur dann autonom genannt werden kann, wenn sie (im Prinzip) in der Lage ist, über die Ursachen ihrer Wünsche und Überzeugungen zu reflektieren und diese dann entweder mit Gründen zu kritisieren oder sie dennoch anzunehmen.“ (zitiert nach Rössler, 2017, S. 43)

Im Umkehrschluss dazu wird eine Person als nicht autonom angesehen, wenn sie ihre Entscheidungen aufgrund von Manipulation, (Selbst-)Betrug oder Entfremdung trifft oder wenn sie sich nie an die eigenen Pläne und Vorhaben hält (Rössler, 2017, S. 43-44).

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter arbeiten oft mit Menschen zusammen, welche aufgrund gewisser Umstände nur eingeschränkten Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen haben und in der Verwirklichung ihres Lebens eingeschränkt sind, weshalb sie einen besonders hohen Schutzbedarf haben. Zur Sozialen Arbeit gehören daher auch moralphilosophische Wissensbestände, welche als Orientierung für das Handeln gegenüber der Klientel dienen. Zudem regen sie zur Reflexion des eigenen Handelns an und liefern ein Argumentarium, um Entscheidungen in der Praxis zu begründen. Im Zentrum dieser moralphilosophischen Wissensbestände steht die Menschenwürde (Beuchat, 2016, S. 61). Aus dieser lassen sich bestimmte Rechte ableiten. Sozialarbeitende begleiten, betreuen, beraten und schützen Menschen in schwierigen Lebenssituationen und leisten auf diese Weise einen Beitrag zur Stabilisierung und Förderung ihrer Entwicklung. Das Ziel dabei ist, die Menschen unabhängiger zu machen, auch unabhängiger von der Sozialen Arbeit (S. 61).

Der *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz* von AvenirSocial orientiert sich an den ethischen Prinzipien für die Soziale Arbeit der *International Federation of Social Workers IFSW* und an verschiedenen internationalen Übereinkommen wie etwa der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UNO. Zudem stimmt er mit der Schweizerischen Bundesverfassung überein (AvenirSocial, 2010, S. 5). Der Berufskodex hält neben den Zielen, dem Menschenbild und den Dilemmata der Sozialen Arbeit auch die Grundwerte und die handlungsleitenden Prinzipien fest. Autonomie resp. Selbstbestimmung wird dabei als einer der Grundwerte der Sozialen Arbeit genannt und wie folgt beschrieben: „Das Anrecht der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, genießt höchste Achtung, vorausgesetzt, dies gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und legitimen Interessen Anderer.“ (S. 8) Dies entspricht also dem oben skizzierten Autonomieverständnis von John Stuart Mill: die Grenze der eigenen Autonomie bildet die Autonomie anderer Menschen. Die Autonomie der Klientinnen und Klienten ist jedoch nicht nur zu achten, sondern auch zu fördern, da die Fähigkeit zur Selbstbestimmung aus verschiedenen Gründen (zeitweise) eingeschränkt sein kann. Dies wird im Berufskodex von AvenirSocial (2010) unter dem Grundsatz der Ermächtigung festgehalten: „Die eigenständige und autonome Mitwirkung an der Gestaltung der Sozialstruktur setzt voraus, dass Individuen, Gruppen und Gemeinwesen ihre Stärken entwickeln und zur Wahrung ihrer Rechte befähigt und ermächtigt sind.“ (S. 9) Es geht dabei also auch um die Förderung von Ressourcen. Zudem müssen die physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Menschen berücksichtigt und geachtet werden, um die Verwirklichung des Menschseins und die Integration der Menschen in die Gesellschaft zu fördern (S. 9).

#### 4.1 Autonomie in der Psychiatrie

Die Schnittstelle zwischen Ethik und Psychiatrie ist komplex (Hoff, 2017, S. 181-182). Die Psychiatrie im Sinne der wissenschaftlichen Disziplin entstand in der Zeit der Aufklärung, in welcher die Stellung und vor allem die Aufwertung des rationalen, entscheidungsfähigen Individuums eines der zentralen Themen darstellte (S. 176). So hielt Immanuel Kant etwa in seinem Werk *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* fest, dass man sich selbst und andere immer als einen Zweck an sich und niemals nur als ein Mittel betrachten dürfe (2014, S. 61). Es ging also um die respektvolle Wahrnehmung anderer Menschen, was auch ein Aspekt des Selbstverständnisses der modernen Psychiatrie ist (Hoff, 2017, S. 177). Dass die konzeptuellen Wurzeln der Disziplin der Psychiatrie in der Aufklärung liegen, konnte allerdings nicht verhindern, dass es in der Geschichte der Psychiatrie immer wieder zu schwerwiegenden Menschenrechtsverletzungen kam und die psychisch erkrankten Menschen unmenschliche Behandlungen über sich ergehen lassen mussten (S. 177). Die Begriffe und Konzepte der



Psychiatrie, wie etwa die Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit oder Behandlung, wurden schon immer stark beeinflusst von impliziten und expliziten Vorstellungen der Gesellschaft darüber, wo die Grenze zwischen gesund und krank, zwischen normal und abnormal liegt. Laut Hoff gehört diese Verschränkung der psychiatrischen Konzepte mit dem jeweiligen sozialen und politischen Umfeld zu den Charakteristika der Psychiatrie (Hoff, 2017, S. 175-176). Zudem sind auch zahlreiche ethische Fragestellungen sehr wichtig: Wer darf etwa aufgrund welcher Legitimation bestimmen, wann eine Person sich noch innerhalb der vielfältigen Lebensmöglichkeiten der Menschen anders verhält als der Durchschnitt und wann von einem behandlungsbedürftigen Leiden gesprochen wird, welches eine psychiatrische Intervention erfordert? Wie verhalten sich psychische und somatische Vorgänge zueinander, das heißt, welche Haltung will man einnehmen gegenüber dem klassischen Leib-Seele-Problem (S. 176)? In welchen Situationen sind Zwangsbehandlungen wie etwa Zwangsmedikation, Isolation oder Fixierung legitim, wenn überhaupt? Welche Bedingungen rechtfertigen aus ethischer Sicht eine fürsorgerische Unterbringung?

Da ethische Fragestellungen für die Praxis der Psychiatrie eine enorme Bedeutung haben, existiert auch in der Medizin eine Berufsethik. Am breitesten anerkannt ist heute die Prinzipienethik nach Tom Beauchamp und James Childress, die *Principles of Biomedical Ethics* (2013). Die beiden Autoren haben vier grundlegende moralische Prinzipien für die Medizinethik aufgestellt: *Respect for Autonomy*, *Nonmaleficence*, *Beneficence* und *Justice*, wobei diese Reihenfolge nicht im Sinne einer Priorisierung gedacht ist (S. 101). Die Autonomie zu respektieren bedeutet für sie, das Recht anzuerkennen, dass die betreffende Person ihre eigene Meinung hat, ihre eigenen Entscheidungen trifft und nach ihren eigenen Werten und Glaubenssätzen handelt. Es wird betont, dass sich diese Akzeptanz auch in den Handlungen gegenüber dieser Person zeigen müsse und nicht nur in Form einer akzeptierenden Haltung. Das Prinzip sei nicht nur im passiven Sinne zu verstehen als ein Nichteinmischen in die Angelegenheiten des Gegenübers, sondern fordere in manchen Situationen auch die Förderung oder Aufrechterhaltung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung sowie das Abbauen von Bedingungen, welche für autonome Entscheidungen hinderlich sind (S. 106-107). Jedoch sind Beauchamp und Childress (2013, S. 107-108) auch der Ansicht, dass in manchen Situationen nicht das Prinzip der Autonomie, sondern eines der anderen Prinzipien oberste Priorität hat und somit die Autonomie nicht immer gewährleistet werden kann, etwa wenn die öffentliche Gesundheit durch gewisse autonome Entscheidungen gefährdet wäre oder wenn unbeteiligte Dritte Schaden nehmen könnten. Zudem werden Personen vom Prinzip der Achtung der Autonomie ausgenommen, welche nicht ausreichend in der Lage sind, autonom zu handeln, da sie etwa urteilsunfähig oder noch zu jung sind: „Infants, irrationally suicidal individuals, and drug-dependent patients are examples.“ (S. 108)

Hier zeigt sich jedoch eine grosse Schwierigkeit, nämlich die Frage, wer nach welchen Kriterien entscheidet, wann ein Mensch nicht in der Lage ist, autonome Entscheidungen zu treffen. Wenn man wie Beauchamp und Childress (2013) davon ausgeht, dass Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung nicht über eine ausreichende Fähigkeit zur Selbstbestimmung verfügen, ist die Gefahr gross, dass man ihnen gegenüber eine paternalistische Haltung einnimmt. Die Fähigkeit zur Selbstbestimmung kann in Bezug auf verschiedene Fragestellungen und Lebensbereiche sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Obwohl die Elemente dieser Medizinethik also allgemein bekannt sind, erweist sich die Umsetzung in der Praxis manchmal als schwierig, insbesondere wenn mehrere Prinzipien resp. Werte gegeneinander abgewogen werden müssen und die Entscheidung schnell gefällt werden muss. So ist die Autonomie der Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie längst nicht immer gewahrt.

Valentin Aichele (2016) äussert in seinem Text *Menschenrechte und Psychiatrie* die Ansicht, dass Zwang in der heutigen Psychiatrie immer noch viel zu weitverbreitet sei, obwohl er einen tiefen Eingriff in die persönliche Integrität der Betroffenen darstelle und damit auch gesundheitsschädigend sein könne (S. 35). Vor allem jedoch verstosse die „Förderung der Gesundheit unter Einsatz von Zwang“ (S. 39) gegen verschiedene Menschenrechte, etwa gegen das Recht auf Freiheit oder das Recht auf Freiheit von grausamer, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung, worunter gerade Isolierung und Fixation durchaus fallen könnten (S. 19). Aichele nimmt allgemein eine sehr kritische Haltung ein gegenüber jeglicher Form von Zwang in der Psychiatrie: „So gelten insbesondere Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung, aber auch andere Formen des Zwangs, die im Zusammenhang von Einrichtungen und Diensten der psychiatrischen Versorgung stehen, als menschenrechtlich stark bedenklich und nach einer international erstarkenden weitergehenden Rechtsauffassung als menschenrechtlich unzulässig.“ (S. 18) Das Recht auf Gesundheit sei beispielsweise ein Freiheitsrecht, aufgrund dessen alle Menschen Entscheidungen bezüglich der eigenen Gesundheit selber treffen dürfen – und nicht andere Personen oder Institutionen. So dürften therapeutische Massnahmen immer nur bei Einwilligung der Patientin oder des Patienten erfolgen. Dies bedeute auch, dass ein Recht auf Krankheit bestehe, dass also eine Behandlung auch dann abgelehnt werden dürfe, wenn dies aus Sicht der Medizin als unvernünftig erscheint. Dies sei jedoch in der Praxis der Psychiatrie noch lange nicht der Fall (S. 22). Die Rechtslage in Deutschland – und auch in der Schweiz - sowie die heutige Praxis in der Psychiatrie stehen in einem Spannungsverhältnis zu den menschenrechtlichen Ansprüchen (S. 20). Aichele (2016) kritisiert, „dass Menschen aufgrund ihrer seelischen, intellektuellen oder psychosozialen Beeinträchtigungen stärker in ihren Rechten beschnitten werden als andere.“ (S. 39) Dabei wird in der UNO-Behindertenrechtskonvention, welche von der Schweiz im Jahr 2014 ratifiziert wurde, festgehalten, dass Menschen mit Behinderungen

nicht diskriminiert werden dürfen und dass ihr Recht auf Selbstbestimmung geachtet werden muss (Art. 5; SR 0.109), was auch bedeute, dass sie vor Übergriffen von Akteuren der Psychiatrie geschützt werden müssen (Aichele, 2016, S. 18-19). Unter die UNO-Behindertenrechtskonvention fallen Menschen mit psychischen Erkrankungen für Aichele auch deshalb, weil eine psychiatrische Diagnose oder auch eine fürsorgerische Unterbringung einen starken Stigmatisierungseffekt mit sich bringen kann (Aichele, 2016, S. 32). In der Bevölkerung seien teilweise immer noch viele Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen vorhanden, welche zu sozialer Exklusion und Benachteiligung führen (S. 28).

In der Praxis der Psychiatrie wird häufig vom Prinzip der Gleichbehandlung abgewichen mit der Begründung, eine Person habe keine Krankheitseinsicht, sei einwilligungsunfähig oder krankheitsbedingt nicht einsichtsfähig. Diese Konzepte sind laut Aichele (2016) aber problematisch, da sie davon ausgehen, dass die betroffene Person aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung nicht autonom resp. nicht in der Lage ist, ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben (S. 23-24). Jedoch sei es äusserst schwierig, dies von aussen zu beurteilen und zudem heikel, dadurch einen Eingriff in ein Menschenrecht zu legitimieren (S. 36-37).

Die Anwendung von Zwang, etwa von Zwangsmedikation oder Isolierung, erfolgt häufig in Situationen, in welchen davon ausgegangen wird, dass eine Person sich selbst oder Dritte gefährdet (Aichele, 2016, S. 30). Die Rechtslage ist auch in der Schweiz so gestaltet, dass dies legitim ist. Im Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB; SR 210) wird etwa festgehalten, dass medizinische Massnahmen vom Chefarzt oder der Chefärztin ohne Einwilligung der Person mit einer psychischen Störung angeordnet werden dürfen, wenn „1. ohne Behandlung der betroffenen Person ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet ist; 2. die betroffene Person bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist; und 3. keine angemessene Massnahme zur Verfügung steht, die weniger einschneidend ist“ (Art. 434 E Abs. 2 Ziffer 1). Hier setzt ein weiterer Kritikpunkt Aicheles an, nämlich, dass es für solche Situationen in der Psychiatrie an mildereren Mitteln fehle. Die Institutionen müssten lernen, besser mit sogenannten schwierigen Patientinnen und Patienten umzugehen, indem es etwa ausgereifere Deeskalationskonzepte oder einen ambulanten Krisendienst gebe, welcher rund um die Uhr aufgeboten werden könnte (Aichele, 2016, S. 33-34). Aichele (2016, S. 31) ist der Meinung, dass grundlegende Reformen zur Zwangsvermeidung in der Psychiatrie notwendig wären. Dass solche umfassenden Reformen bisher ausgeblieben sind, führt er darauf zurück, dass überwiegend medizinische Fachpersonen das unbedingte Einhalten der Menschenrechte in der Psychiatrie als nicht realistisch erachten, da Zwangsmassnahmen in manchen Situationen nicht zu vermeiden seien. Dieses Argument lässt er aber nicht gelten, denn: „Der Anspruch der Menschenrechte jedoch leitet sich nicht aus dem Machbaren, sondern aus unbedingtem

Respekt gegenüber der Menschenwürde ab.“ (S. 32) Es brauche daher ein Umdenken resp. eine Umstrukturierung in der Psychiatrie und man müsse den Stimmen der Psychiatrieerfahrenen grösseres Gewicht verleihen (Aichele, 2016, S. 31).

Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit hat für Sozialarbeitende in diesem Arbeitsfeld spezielle berufsethische Prinzipien formuliert, an denen sie ihr berufliches Handeln ausrichten sollen (Schlittmaier, 2014, S. 7). Diese bauen auf den grundlegenden Prinzipien der Sozialen Arbeit im Allgemeinen auf, wie etwa der Anerkennung der Würde und Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten, der Verpflichtung zur professionellen Berufsausübung und zur Verbundenheit mit einer demokratischen, gerechten Gesellschaft mit gleichen Lebenschancen für alle Menschen (European Centre for Clinical Social Work ECCSW, 2017, S. 2). Die berufsethischen Prinzipien der Klinischen Sozialarbeit sind also auch kompatibel mit der Internationalen Definition der Sozialen Arbeit der *International Federation of Social Workers IFSW* oder dem Berufskodex der Sozialen Arbeit von AvenirSocial, beziehen sich jedoch auf das spezifische Berufsfeld der Klinischen Sozialarbeit. In der Präambel wird das Hauptziel festgehalten, welche die Sozialarbeitenden anstreben sollen: „Das wichtigste Ziel der Klinischen Sozialarbeit ist die Förderung der sozialen und psychischen Gesundheit und des Wohlergehens der Individuen und Familien, welche ihre Dienste in Anspruch nehmen.“ (European Centre for Clinical Social Work ECCSW, 2017, S. 2) Anschliessend werden die drei wichtigsten, grundlegenden Prinzipien formuliert: Strafbare Handlungen sollen vermieden und der Klientel kein Schaden zugefügt werden, der Klientel soll geholfen werden (Wohltätigkeit) und die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten soll gefördert werden. Alle Interventionen, welche geplant und initiiert werden, sollten diese Bedingungen erfüllen (S. 2). Was diese Prinzipien konkret bedeuten, wird in den berufsethischen Prinzipien der Klinischen Sozialarbeit allerdings nicht genauer ausgeführt. Es fällt auf, dass diese drei Prinzipien ungefähr den *Principles of Biomedical Ethics* nach Beauchamp und Childress entsprechen (vgl. Beauchamp & Childress, 2013, S. 101). Dies ist natürlich sinnvoll, da Sozialarbeitende im klinischen Bereich, sei es in einem Krankenhaus oder in einer Psychiatrie, in interdisziplinären Teams arbeiten, in welchen auch Professionelle aus dem medizinischen Bereich tätig sind. Wenn für diese beiden Berufsgruppen ganz unterschiedliche ethische Orientierungen gelten würden, könnte dies zu Konflikten führen, etwa bei der Planung von Interventionen.

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass nach dem Verständnis von Hug (2016) die ethischen Prinzipien der Klinischen Sozialarbeit in Bezug auf die Selbstbestimmung einen Schritt weiter gehen als diejenigen der Medizinethik, da Beauchamp und Childress (2013) das entsprechende Prinzip *Respekt vor der Autonomie* nennen (Beauchamp & Childress, 2013, S. 101), während in der Klinischen Sozialarbeit von der *Förderung von Autonomie* gesprochen wird. Die Autorin und der Autor dieser Bachelor-Thesis teilen diese Auffassung jedoch nicht

ganz, da Beauchamp und Childress (2013) in ihrem Werk *Principles of Biomedical Ethics* bei der Ausführung des Prinzips betonen, dass Menschen auch befähigt werden sollen, autonom zu handeln (Beauchamp & Childress, 2013, S. 107). In der Berufsethik der Klinischen Sozialarbeit des ECCSW werden im Anschluss an die drei Grundprinzipien noch weitere Prinzipien formuliert, welche die ersten drei spezifizieren. An dieser Stelle kann nicht auf alle im Detail eingegangen werden, wichtig scheint in Bezug auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit jedoch das Prinzip der Aufklärung. Dieses besagt, dass Klienten und Klientinnen über die Rahmenbedingungen der angebotenen Dienstleistung, über gegenseitige Grenzen, Rechte, Pflichten und Möglichkeiten informiert werden müssen, um einen Kontext von Informiertheit und Konsens herzustellen, welcher wichtig ist, um die Selbstbestimmung der Klientel zu maximieren (European Centre for Clinical Social Work ECCSW, 2017, S. 4). Anton Schlittmaier hat in seinem Buch *Ethische Grundlagen Klinischer Sozialarbeit* (2014) die ethischen Prinzipien der Klinischen Sozialarbeit in Kontrast gesetzt zur allgemeinen Berufsethik der Sozialen Arbeit und die einzelnen Begriffe und Prinzipien jeweils im Kontext bestimmter ethischer Theorien spezifiziert (Schlittmaier, 2014, S. 8). Das Konzept der Selbstbestimmung beinhaltet laut Schlittmaier vor allem das Recht auf Privatsphäre sowie das Recht auf Freiheit der Person und bedeute im Grunde, dass niemand einem anderen vorschreiben könne, wie dieser zu leben habe (S. 40-41). Jedoch weist Schlittmaier auf die zwei unterschiedlichen Auslegungen des Autonomiebegriffs nach Irrgang (1995) hin, welche zu ganz unterschiedlichen Haltungen in der Praxis führen: auf der einen Seite steht die Selbstbestimmung im Sinne des *Emotivismus*. Demnach sollen Stimmungen, Neigungen und Meinungen einer Person als gültige Entscheidungsgrundlagen angesehen werden, welche es als Sozialarbeiter oder Sozialarbeiterin zu akzeptieren und nicht zu hinterfragen gilt (zitiert nach Schlittmaier 2014, S. 41). Zu entscheiden, ob Entscheidungen der Klientel rational erfolgt sind oder nicht, ist gemäss dem Emotivismus nicht möglich. In dieser Interpretation reicht die Autonomie des Einzelnen also sehr weit. In der anderen Auslegung wird Selbstbestimmung im Sinne von *moralischer Autonomie* verstanden. Hier werden Entscheidungen nur dann anerkannt, wenn sie vernünftig sind, das heisst, wenn andere Menschen in einer vergleichbaren Situation auch so entscheiden würden. Die Entscheidung muss aufgrund der eigenen Vernunft und damit frei von äusseren Zwängen getroffen worden sei. Dies würde bedeuten, dass man als Sozialarbeiter oder Sozialarbeiterin nicht alle Entscheidungen der Klienten und Klientinnen akzeptieren muss, sondern dass diese ihre Entscheidung begründen müssen (zitiert nach Schlittmaier, 2014, S. 41).

Wenn man sich für die erste Auslegung des Autonomiebegriffs (Emotivismus) entscheidet, kann es zu Konflikten zwischen dem Prinzip der Selbstbestimmung und dem Prinzip der Förderung des Wohlergehens kommen, etwa wenn sich ein Klient oder eine Klientin aufgrund von aktuellen Stimmungen zu selbstverletzendem Verhalten entscheidet. Dieses Problem

könnte gelöst werden, indem sich der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin für die moralische Auslegung von Autonomie entscheidet, obschon es auch hierbei im Einzelfall schwierig zu entscheiden wäre, welche Entscheidungen von Klienten und Klientinnen es zu respektieren gilt und welche nicht, das heisst, welche als rational angesehen werden und welche nicht (Schlittmaier, 2014, S. 41). Als mögliche Lösung schlägt Schlittmaier vor, dass die Bedingungen des *informed consent* aus der Medizinethik auf die klinische Sozialarbeit übertragen werden, um eben einen informierten Konsens zwischen der Fachkraft und der Klientel zu erreichen. Die Klientel muss dazu (1) über kognitive, emotionale und sprachliche Kompetenzen verfügen, welche es ihnen ermöglichen, überhaupt zuzustimmen. Die Einwilligung darf nicht unter Zwang erfolgen, sondern muss (2) freiwillig gegeben werden. Über die Art und die Folgen der Behandlung soll die Klientel (3) informiert werden. Die (4) Zustimmung der Klientel ist Voraussetzung für eine Intervention. Auf diese Art sollen willkürliche Entscheidungen möglichst ausgeschlossen werden (Schlittmaier, 2014, S. 43-44). Laut Schlittmaier (2014) besteht in der heutigen Gesellschaft, in welcher eine Pluralität von Werten und Normen herrscht, die einzige gangbare Möglichkeit darin, die ethischen Grundbegriffe immer wieder neu zu diskutieren und in den Kontext des aktuellen philosophischen Diskurses und der heutigen Gesellschaft zu setzen. So müsse auch in Bezug auf den Autonomiebegriff in der Ethik der Klinischen Sozialarbeit immer wieder neu definiert werden, wo die Grenzen der Selbstbestimmung liegen und wie das Prinzip in der Praxis umgesetzt werden kann (S. 42-43).

## 4.2 Recovery

Einer der ersten Wissenschaftler, welcher das Recoverykonzept vom somatischen Bereich auf den Bereich der psychischen Erkrankungen übertragen hat, war William Anthony (1993). Er hält fest, dass ein Mensch mit einer psychischen Erkrankung von dieser genesen kann, auch wenn die Krankheit nicht komplett verschwindet (Anthony, 1993, S. 525-527). Ursprünglich stammt die Idee aus der Betroffenenbewegung. Menschen, welche als chronisch psychisch krank oder unheilbar galten, wollten sich mit dieser düsteren Prognose nicht zufriedengeben und gesunden trotzdem. Sie wollten auf den demoralisierenden Pessimismus aufmerksam machen, der ihrer Ansicht nach von der Psychiatrie ausging und die Bedingungen aufzeigen, welche sie für die Realisierung eines zufriedenen Lebens als förderlich erachteten (Knuf, 2016, S. 12). So wurden unzählige Geschichten von Betroffenen über ihre ganz persönlichen Recoverywege publiziert und damit über die Überwindung der Leidenszustände, welche sie im Rahmen ihrer psychischen Erkrankungen erlebten (Amering, 2013, S. 342). Die Betroffenen beschreiben darin, welche Faktoren sie dabei als unterstützend und welche eher als hinderlich empfunden haben. Später wurde die Idee von Recovery auch im wissenschaftlichen Diskurs

aufgenommen und erforscht. Die eindrucksvollen Erfahrungsberichte in Form von Büchern, Filmen oder Kurzgeschichten dienen dabei als Evidenzbasis (S. 342). Inzwischen hat das Recoverykonzept eine enorme Reichweite erreicht und wurde nicht nur in diversen englischsprachigen Ländern zu einer gesundheitspolitischen Orientierung (Amering, 2013, S. 342), sondern auch im deutschsprachigen Raum richten sich immer mehr Psychiatrien und Institutionen der psychosozialen Rehabilitation daran aus. Anthony (1993) definierte das Konzept wie folgt:

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. (Anthony, 1993, S. 527)

Diese Recoverydefinition von William Anthony ist die in der Literatur am häufigsten zitierte (Amering, 2013, S. 343). Es geht also nicht einfach darum, wieder gesund zu werden, sondern das Konzept ist viel umfassender und bezieht sich auch auf die negativen gesellschaftlichen und persönlichen Folgen, welche eine psychische Erkrankung mit sich bringen kann. So kann Recovery nach Anthony auch bedeuten, sich von der Stigmatisierung zu distanzieren, welche man vielleicht mit der Zeit auch selber verinnerlicht hat oder von den negativen Effekten der Arbeitslosigkeit aufgrund der Erkrankung zu genesen. Das Leben der Betroffenen soll sich nicht mehr primär um die Erkrankung drehen, sondern die Menschen sollen weiter gehen und sich wieder auf andere Interessen konzentrieren können. Eines der zentralen Ziele des Konzepts besteht darin, dass die erkrankten Menschen in ihrem Leben wieder einen Sinn sehen, dass sie sich wieder Ziele setzen, Erfolge erleben und mit ihrem Leben wieder zufriedener sind (1993, S. 527).

Der Recoveryprozess ist sehr individuell, dauert zum Teil sehr lange und bedeutet nicht für jeden Betroffenen und jede Betroffene dasselbe. Vor allem aber muss der Weg zur Recovery von den Menschen mit psychischen Erkrankungen selber gegangen werden; die Mitarbeitenden im Psychiatriebereich können mit der Behandlung und einem entsprechenden Setting nur Bedingungen schaffen, welche für Recovery förderlich sind (S. 527). Wie solche förderlichen Bedingungen genau aussehen, wusste Anthony jedoch nicht, da es zu seiner Zeit noch kaum Forschungen zum Recoveryprozess gab (S. 530). Daher konnte er nur einige Hypothesen dazu aufstellen: dass ein unterstützendes soziales Netzwerk sehr wichtig ist, dass die Unterstützung von Peers einen grossen positiven Effekt haben kann, dass auch Faktoren ausserhalb des Gesundheitssystems wichtig sind (z. B. Sport, Vereine, Erwachsenenbildung oder religiöse Institutionen) und dass es für die Betroffenen zentral ist, wenn jemand an sie glaubt und ihnen Hoffnung vermittelt. Anthony (1993) hielt ebenfalls fest, dass Recovery auch bei phasenweise wiederkehrenden Symptomen möglich ist, dass bei einem gelingenden

Recoveryprozess die Symptome mit der Zeit aber meist weniger häufig und über eine kürzere Zeitspanne auftreten. Zudem werden die zeitweise auftretenden Symptome von den Betroffenen irgendwann nicht mehr als eine Bedrohung für den Recoveryprozess insgesamt wahrgenommen (Anthony, 1993, S. 531-532). Jedoch bleiben die Beeinträchtigungen im sozialen Bereich, welche durch die Erkrankungen entstanden sind – soziale Exklusion in den verschiedensten Bereichen -, oft länger vorhanden als die Symptome selber und die Betroffenen können sich weniger schnell davon erholen (S. 532-533). Wenn den Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht die gleichen Rechte zugestanden werden wie anderen Menschen, wenn sie im Arbeits- und Wohnbereich diskriminiert werden und ihnen die Selbstbestimmung verwehrt bleibt, könne dies dem Recoveryprozess Grenzen setzen (Anthony, 1993, S. 533).

Mit der Zeit entstanden in der Fachliteratur viele verschiedene Definitionen von Recovery und es waren unterschiedliche Vorstellungen davon vorhanden, welche Elemente eine solche Definition enthalten sollte. Onken, Craig, Ridgway, Ralph und Cook (2007) verfassten eine Metaanalyse der bis dahin vorhandenen Literatur, stellten einen zunehmenden Konsens fest und analysierten die Elemente, die für Recovery wichtig sind (S. 9). Ihre Analyse ergab, dass Recovery Elemente von verschiedenen Ebenen beinhaltet, nämlich personenzentrierte Elemente, wiederherstellende Elemente, den sozialen Austausch betreffende sowie gemeinschaftsorientierte Elemente. Die personenzentrierten Elemente sind primär mit dem Individuum assoziiert und haben viel mit der individuellen Motivation zu tun. Dazu zählen Onken et al. (2007) Hoffnung, Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit, Sinn und Zielgerichtetheit sowie Bewusstheit und Möglichkeiten. Diese Faktoren werden natürlich auch immer von Interaktionen mit anderen Menschen beeinflusst, welche beispielsweise die Entwicklung von Hoffnung unterstützen oder behindern können (S. 10). Die Selbstbestimmung wird dabei als eines der zentralen Elemente von Recovery gesehen, welches mit verschiedenen Aspekten des gesamten Prozesses zusammenhängt. Selbstbestimmung bedeutet hier die Freiheit, gewisse grundlegende Entscheidungen über das eigene Leben selbst zu fällen, wie etwa, wo man wohnen will oder wie und mit wem man seine Zeit verbringen möchte (S. 11-12). Den Grund für die Wichtigkeit der Selbstbestimmung sieht Tower (1994) darin, dass jeder Mensch sich selber Gedanken über das eigene Leben machen und seinem Leben einen Sinn geben müsse. Schliesslich sind es die Betroffenen selbst, die den Recoveryweg gehen und ihre Anliegen und Werte am besten kennen. Deshalb müsse jedes Individuum selber entscheiden, welche Schritte es machen will, um die eigenen Ziele zu erreichen (zitiert nach Onken et al., 2007, S. 11). Dies bedeutet auch, dass die Menschen mit psychischen Erkrankungen die passive Opferrolle verlassen müssen, in welcher es primär um Anpassung geht, um stattdessen aktiv ihren Copingprozess zu gestalten (S. 12).



Zu den wiederherstellenden Elementen gehören nach Onken et al. (2007) Coping, Heilung, Wohlbefinden und Gedeihen (S. 14-15). Wichtig ist dabei vor allem, Copingstrategien zu entwickeln, zu erkennen, was einem guttut und wann man sich welche Unterstützung holen muss. In Bezug auf den sozialen Austausch spielen das Funktionieren in sozialen und gesellschaftlichen Rollen, Empowerment sowie die Wahl zwischen bedeutungsvollen Optionen eine Rolle (Onken et al., 2007, S. 15-16). Letztere bedingt einerseits die Selbstbestimmungsfähigkeit, also die Fähigkeit, wichtige Entscheidungen für sich unter Berücksichtigung der Konsequenzen treffen zu können, andererseits müssen den Menschen mit psychischen Erkrankungen jedoch auch bedeutsame Wahlmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Zudem müssen die Betroffenen mit genügend Informationen versorgt werden, welche für die Wahl relevant sein könnten, so etwa Informationen über die psychische Erkrankung und über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten (Onken et al., 2007, S. 16). Zum Schluss werden bei der letzten Ebene, den gemeinschaftsorientierten Elementen, sowohl zwischen-menschliche als auch gesellschaftliche Faktoren erwähnt; wichtig sind hier soziale Verbundenheit und Beziehungen, die sozialen Umstände und Chancen sowie soziale Inklusion (S. 17).

Recovery ist also ein Konzept, welches sehr viele verschiedene Elemente beinhaltet. Einige Autoren und Autorinnen (z. B. Amering & Schmolke, 2007; Assaloni, 2017) sind jedoch der Ansicht, dass die Selbstbestimmung einer der zentralsten Faktoren ist. Anthony Mancini (2008) etwa hat das Recoverykonzept mit der Selbstbestimmungstheorie in Verbindung gebracht, um das Konzept theoretisch zu untermauern und Implikationen für die Praxis abzuleiten (S. 358). Die Selbstbestimmungstheorie nach Richard M. Ryan und Edward L. Deci (2010) ist eine Motivationstheorie, welche besagt, dass die Motivation für ein bestimmtes Verhalten vor allem davon abhängt, ob die drei psychologischen Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit befriedigt sind (zitiert nach Mancini, 2008, S. 358). Mancini sieht in der Theorie grosse Ähnlichkeit zum Recoverykonzept und will mit ihrer Hilfe spezifizieren, was mit Recovery genau gemeint ist und wie der Recoveryprozess unterstützt werden kann (S. 358). Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erleben häufig verschiedene Formen von Zwang, welche die Funktionsfähigkeit der Menschen schliesslich eher beeinträchtigen, obwohl sie eigentlich zur Behandlung oder Unterstützung gedacht wären. Die Fähigkeit, unabhängig zu entscheiden und zu handeln, wird dabei untergraben und die Menschen werden weiter von der Gesellschaft exkludiert. Für Mancini (2008) besteht eine der zentralsten Folgen einer schweren psychischen Erkrankung im Verlust des Autonomiegefühls. Um Recovery zu fördern, muss das Setting der Behandlung laut Mancini so gestaltet sein, dass es die drei Faktoren der Selbstbestimmungstheorie, nämlich Autonomie, das Gefühl von Kompetenz sowie die soziale Eingebundenheit, fördert und nicht etwa behindert. Nur dadurch könnten die gewünschten Ziele erreicht werden. Obwohl all diese

drei Faktoren wichtig sind, stellt für Mancini die Autonomie derjenige Faktor dar, ohne den eine recoveryorientierte Praxis nicht auskommt (S. 359). Dafür nennt er drei Gründe:

First, a feeling of autonomy is a basic condition for self-motivated behaviour, a critical component of recovery and of well-being. Second, because serious mental illness may undermine and intermittently impair a person's ability to initiate desired behaviours and express preferences, the deliberate shoring up of this capability must be a basic aspect of treatment for such illness. Third, the routine infringements on autonomy that people with serious mental illness are subject to would likely further erode the sense of autonomy. Thus, inculcating a greater sense of autonomy through various components of treatment and the treatment environment is critical to the recovery of people with serious mental illness. (Mancini, 2008, S. 359-360)

Autonomie ist also ein zentraler Faktor für die Motivation, welche für Veränderungen sehr wichtig ist. Zudem kann die Selbstbestimmungsfähigkeit durch einige psychische Erkrankungen eingeschränkt sein und sollte daher gestärkt werden. Der positive Effekt von Umgebungen, welche die Autonomie unterstützen, ist in der Literatur umfassend belegt worden (Mancini, 2008, S. 360). So wurde etwa herausgefunden, dass das Wohlbefinden in Pflegeeinrichtungen grösser war, je grösser die wahrgenommene Unterstützung der Selbstbestimmung war, dies im Gegensatz zu einem stark kontrollierenden Umfeld (S. 360). Bei der Therapie von Alkoholmissbrauch wurde festgestellt, dass die Bereitschaft der Patienten und Patientinnen, mitzumachen und die Behandlung durchzuziehen, grösser war, wenn die Entscheidung zur Behandlung selbstbestimmt getroffen wurde (S. 360). Die Selbstbestimmungstheorie weist also viele Parallelen zum Recoverykonzept auf und ist empirisch gut untermauert.

Mancini geht davon aus, dass Programme im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung, welche sich am Recoverykonzept orientieren, für ihre Klientinnen und Klienten die Bedingungen für bessere Resultate schaffen als Programme, welche sich nicht daran orientieren (S. 361). Er merkt jedoch kritisch an, dass traditionelle, eher paternalistisch ausgerichtete Programme teilweise gar nicht darauf ausgerichtet sind, Recovery zu fördern, sondern eher das Ziel verfolgen, die Klientinnen und Klienten zu stabilisieren und eine Verschlechterung zu verhindern (Mancini, 2008, S. 362).

In der Praxis sehen recoveryorientierte Programme für Mancini so aus, dass etwa Strafen und Belohnungen zur Verhaltensmodifikation vermieden werden, dass eine starke Individualisierung stattfindet, die Klientinnen und Klienten in allen Bereichen möglichst ihre eigenen Entscheidungen treffen können und dass das Feedback der Klientel die Basis des Programms bildet. So könne intrinsische Motivation entstehen. Im Grunde müsse das Programm durch die Klientel bestimmt werden (S. 361). Ebenfalls zentral ist, dass die Behandlungsplanung resp. die Betreuungsvereinbarung auf den Zielen und Bedürfnissen der

jeweiligen Person beruht und nicht einfach aus vorgefertigten Textbausteinen zusammengestellt wird (S. 362). Wenn sich eine Person weigert, ihre Medikamente zu nehmen, darf sie in einer recoveryorientierten Institution nicht dazu gezwungen werden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass man als Fachperson die Klientel nicht nach den Gründen für ihre Einstellung fragen oder sie zu überzeugen versuchen darf, die Medikamente trotzdem zu nehmen (Mancini, 2008, S. 362). In recoveryorientierten Institutionen und Programmen sollte jedoch die Medikation nicht als einzige wirkungsvolle Intervention angesehen, sondern in ein viel breiteres Behandlungsangebot integriert werden (S. 362).

Recovery ist also ein äusserst individueller Prozess; jedoch kann trotzdem oder gerade aus diesem Grund gesagt werden, dass die Selbstbestimmung so zentral ist, denn jeder Mensch muss selber für sich herausfinden, was ihm guttut, wann er welche Form der Unterstützung braucht und nach welchen Werten er sein Leben ausrichten will, damit er es (wieder) als sinnvoll erachtet.

### 4.3 Förderung der Autonomie

Neben dem Recoverykonzept ist heute auch Empowerment eines der handlungsleitenden Prinzipien Sozialer Arbeit und weiter Kreise der Sozialpsychiatrie (Knuf, 2016, S. 8-9). Der Begriff *Empowerment* stammt ursprünglich aus den amerikanischen Emanzipationsbewegungen, unter anderem aus der Black-Power-Bewegung. Er bedeutet im Grunde *Selbstbefähigung* oder *Selbstbemächtigung*. Minderheiten und sozial schlechter gestellte Gruppierungen begannen, sich zu formieren und gegen die ihnen widerfahrende Diskriminierung anzukämpfen. Sie gewannen neues Selbstbewusstsein und kämpften dafür, sich zu emanzipieren und mehr Einfluss auf ihr eigenes Leben zu gewinnen. In seiner ursprünglichen Bedeutung kann Empowerment also nur von den betroffenen Menschen selbst vollbracht werden (S. 10). Herriger (2010) übersetzt den Begriff Empowerment auch mit „Stärkung von Eigenmacht und Autonomie“ (S. 13). Jedoch existieren zahlreiche unterschiedliche Definitionen von Empowerment, weshalb kritische Stimmen der Ansicht sind, dass dem Empowermentkonzept die begriffliche Schärfe und Differenziertheit fehle und dass es teilweise eher als modisches Fortschrittsetikett diene, statt tatsächlich etwas Neues zu bieten (Herriger, 2010, S. 8). Herriger nennt als kleinsten gemeinsamen Nenner aller Empowermentdefinitionen die „Entwicklungsprozesse in der Dimension der Zeit, in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen, derer sie bedürfen, um ein nach eigenen Massstäben buchstabiertes, ‚besseres Leben‘ zu leben.“ (S. 13) Einige Zugänge beziehen sich eher auf eine politische Ebene, wobei es kurz gefasst darum geht, dass Menschen oder Gruppen von Menschen, welche in einer Gesellschaft nur wenig Macht besitzen, sich für mehr politische Macht und demokratisches Partizipationsvermögen einsetzen (S. 14). Daneben existieren

lebensweltlich orientierte Definitionen, welche sich eher auf den Alltag der Menschen beziehen. Hier wird unter Empowerment laut Herriger (2010) das Vermögen von Menschen verstanden, „die Unüberschaubarkeiten, Komplikationen und Belastungen ihres Alltags in eigener Kraft zu bewältigen, eine eigenbestimmte Lebensregie zu führen und ein nach eigenen Massstäben gelingendes Lebensmanagement zu realisieren.“ (Herriger, 2010, S. 15) In dieser lebensweltlich orientierten Bedeutung wird der Begriff auch in der vorliegenden Arbeit verwendet. Daneben kann zwischen einer reflexiven und einer transitiven Traditionslinie des Empowermentbegriffes unterschieden werden: In seiner ursprünglichen, reflexiven Bedeutung geht es, wie oben erwähnt, um die Selbst-Bemächtigung, also darum, dass sich Menschen, welche von Machtlosigkeit und Ohnmacht betroffen sind, selbst aktiv neue Macht, Kraft und neues Gestaltungsvermögen aneignen (Herriger, 2010, S. 16). Definitionen im transitiven Sinne betonen, dass andere Menschen – vor allem die professionellen Helfer und Helferinnen in verschiedenen Bereichen der psychosozialen Arbeit - Empowerment ermöglichen, unterstützen und damit die Selbstbestimmung der Betroffenen fördern. Unter Empowerment in diesem Sinne wird also ein „professionelles Konzept der Unterstützung von Selbstbestimmung“ (Herriger, 2010, S. 19) verstanden, welches zu einer veränderten helfenden Praxis führt; das Ziel dieser Praxis besteht nach Herriger (2010) darin, „die Menschen zur Entdeckung ihrer eigenen (vielfach verschütteten) Stärken zu ermutigen, ihre Fähigkeiten zu Selbstbestimmung und Selbstveränderung zu stärken und sie bei der Suche nach Lebensräumen und Lebenszukünften zu unterstützen, die einen Zugewinn von Autonomie, sozialer Teilhabe und eigenbestimmter Lebensregie versprechen.“ (S. 7)

In der Literatur zu Empowerment (Knuf, 2016; Herriger, 2010) finden sich auch Anregungen, wie das Konzept in der Praxis umgesetzt werden kann, das heisst wie die Bedingungen in Institutionen gestaltet werden sollten, wie die Professionellen handeln und welche Haltung sie einnehmen sollten, um den Klientinnen und Klienten zu mehr Selbstbestimmung zu verhelfen. Da das Ziel der vorliegenden Arbeit darin besteht, zu untersuchen, inwiefern Soziale Diagnostik in der Psychiatrie dazu dienen kann, die Autonomie der Klientinnen und Klienten zu fördern – unter anderem, weil dies, wie im vorherigen Kapitel gezeigt wurde, ein essenzieller Faktor für Recovery ist – wird nun im Folgenden aufgezeigt, wie Empowerment in der Praxis konkret erfolgen kann. Zunächst wird ein allgemeiner Überblick gegeben über die unterschiedlichsten Aspekte des Empowerments, wobei die Auflistung nicht abschliessend ist. Im folgenden Kapitel wird dann spezifiziert, welche dieser Faktoren im Rahmen der Sozialen Diagnostik umgesetzt werden können und daher in den folgenden Kapiteln als Kriterien für die Empowermentorientierung sozialdiagnostischer Instrumente dienen können.

Während alle Menschen selber einen Beitrag zu ihrem eigenen Empowermentprozess leisten müssen, besteht die Aufgabe der Professionellen darin, solche Prozesse zu fördern und mögliche Hindernisse zu beseitigen (Knuf, 2016, S. 10). Da das Ziel in der Förderung der

Selbstbestimmung liegt, besteht ein wichtiger Schritt darin, zu ergründen, was ein Klient oder eine Klientin überhaupt möchte und was seine oder ihre Ziele sind. Hier können jedoch schon erste Schwierigkeiten auftreten, denn nicht alle Klientinnen und Klienten wünschen sich mehr Selbstbestimmung und Eigenaktivität (Knuf, 2016, S. 11). Der Grad an Mitbestimmung, den sich jemand wünscht, hängt beispielsweise auch vom Alter und von der Kultur ab und scheint bei jüngeren Menschen und westlichen Kulturen höher zu sein als bei anderen (S. 41). Die Aufgabe der Professionellen besteht darin, Selbstbestimmung zu ermöglichen, jedoch dürfe sie nicht zur Pflicht werden (S. 42). Knuf (2016) ist der Ansicht, dass Menschen mit Psychiatrieerfahrung nicht zu mehr Eigenaktivität gezwungen werden dürfen, wenn sie dies nicht wollen. Vielmehr ist es in unserer Gesellschaft legitim, nur minimal aktiv zu sein, solange andere Menschen dabei nicht gestört werden. Dies müsse auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen gelten, es dürfe nicht jedes Verhalten als Krankheitsfolge interpretiert werden. Hier sollten sich die professionell Tätigen also zurückhalten (Knuf, 2016, S. 80-82). Jedoch ist nicht jede Passivität Ausdruck des freien Willens, denn Selbstbestimmung setzt auch die Fähigkeit zur Selbstbestimmung voraus. In manchen Fällen haben Menschen diese Fähigkeit gar nie richtig erworben, da sie in ihrem bisherigen Leben nur sehr wenig selber entscheiden durften, in anderen Fällen ging die Fähigkeit vielleicht mit der Zeit verloren, da sie es sich inzwischen gewohnt sind, dass andere Leute über ihr Leben entscheiden (S. 42). Bei manchen Klientinnen und Klienten entsteht so mit der Zeit eine erlernte Hilflosigkeit: sie haben ein geringes Selbstwirksamkeitsgefühl, da sie gelernt haben, dass sie ihre Situation sowieso nicht beeinflussen können und sich die Anstrengungen nicht lohnen. Dadurch entsteht Passivität und Hoffnungslosigkeit. Diese Menschen würden jedoch laut Knuf (2016) ihr Recht auf Selbstbestimmung nutzen, wenn bestimmte Bedingungen geschaffen und Hindernisse aus dem Weg geräumt würden. In erster Linie geht es in solchen Fällen darum, die Selbstwirksamkeit zu fördern und die Angst vor ihren eigenen Entscheidungen und deren Konsequenzen abzubauen. Zudem müssen diese Menschen erleben, dass ihre Entscheidungen tatsächlich akzeptiert werden (Knuf, 2016, S. 43 & S. 76-79). Ein zentraler Schritt zur Förderung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung besteht in neuen Lernerfahrungen. Die betreffenden Menschen sollten sich zudem an positiven Modellen orientieren können (zum Beispiel durch Peer-Arbeit), sollten ermutigt werden und die eigene Lebendigkeit erfahren (S. 78-79). Nicht hilfreich ist hingegen, wenn Klientinnen und Klienten zu Entscheidungen gedrängt werden, welche sie vielleicht momentan überfordern. Dies kann zu verstärktem Rückzug führen (S. 47). Am besten wäre es natürlich, wenn gerade im Psychiatriekontext mithilfe des Empowermentkonzepts die Bedingungen schon frühzeitig so gestaltet würden, dass erlernte Hilflosigkeit gar nicht erst entsteht. Wenn sie einmal da ist, braucht es längerfristige Interventionen, um einen Ausweg aus ihr zu finden (S. 78-79).

Um ein selbstbestimmtes Leben zu unterstützen und die Eigenaktivität zu fördern, ist es also zentral, in einem ersten Schritt herauszufinden, was ein Klient oder eine Klientin wirklich möchte und was ihm oder ihr wichtig ist. Um tatsächlich eine Veränderung im Leben zu erreichen, muss die Person selbst motiviert dazu sein. Dies ist aber beispielsweise im Zwangskontext nicht immer der Fall. Hier kann laut Norbert Herriger (2010) die motivierende Gesprächsführung nach William Miller und Stephen Rollnick helfen: „Am Anbeginn aller Empowerment-Arbeit auf der Ebene der Einzelhilfe muss daher stets das Bemühen stehen, die Fallstricke der Reaktanz zu vermeiden und auf Seiten des Klienten [sic!] eine ernstgemeinte und positiv beglaubigte Motivation zu Kooperation und Veränderung herzustellen.“ (Herriger, 2010, S. 89) Auch wenn die Ziele, welche von der Klientel schliesslich genannt werden, nicht denjenigen Zielen entsprechen, welche die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter aus fachlicher Sicht setzen würde, ist es laut Knuf (2016) zentral, diese trotzdem zu akzeptieren, damit auf der Grundlage der Motivation des Klienten oder der Klientin weitergearbeitet werden kann. Dies stellt allerdings für viele Professionelle eine Herausforderung dar (S. 87), denn sie wollen ihre Klientel vor den möglichen negativen Konsequenzen ihrer Entscheidungen schützen. Laut Knuf besteht jedoch auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Recht auf Versuch und Irrtum, denn dies ist sehr wichtig, um aus den eigenen Erfahrungen zu lernen, sich weiterzuentwickeln und Entscheidungen in der Zukunft besser abwägen zu können. Die Konsequenzen eigener Handlungen zu erfahren, ist eine wichtige Form der Eigenständigkeit (S. 45). Natürlich gibt es auch Entscheidungen, die mit grosser Wahrscheinlichkeit schwerwiegende negative Folgen mit sich bringen werden. Hier ist es nach Knuf legitim, wenn die Fachleute versuchen, ihre Klientinnen und Klienten davor zu schützen. In manchen Fällen, etwa bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, sind sie sogar dazu verpflichtet. Jedoch muss dies nach Knuf (2016) die Ausnahme bleiben und es ist ein Abwägen im Einzelfall notwendig (S. 45). Die Entscheidungen der Klientel sollen in der Regel nicht nur akzeptiert, sondern im Sinne der Anwaltschaftlichkeit auch unterstützt und mitgetragen werden: „Das Recht auf Irrtum und Versuch, das Mittragen von Klientenentscheidungen [sic!] und das Recht, Konsequenzen der eigenen Entscheidungen zu spüren, sind sehr wichtig für die Förderung der Selbstbestimmungsfähigkeit.“ (Knuf, 2016, S. 47) Um die Selbstbestimmungsfähigkeit zu fördern, ist es des Weiteren wichtig, Impulse der Klientel für bestimmte Entscheidungen wahrzunehmen und nachzufragen, genügend Entscheidungsspielräume zu öffnen und, wenn die Klientin oder der Klient daran interessiert ist, gemeinsam aufzuarbeiten, wann und warum die Entscheidungsfähigkeit ein Stück weit verloren gegangen ist (S. 47).

In Gesprächen sollen die Fachpersonen eine Sensibilität für die Anliegen der Klientinnen und Klienten entwickeln (S. 59). Wenn eine Person selber weiss, was sie will und was ihr wichtig ist, sollte zudem - für den Fall einer Urteilsunfähigkeit - auch eine schriftliche Willens-

bekundung in Form einer Patientenverfügung oder innerhalb der Behandlungsvereinbarung erfolgen. Zudem sollten auch Vertrauenspersonen darüber informiert werden. Falls dann tatsächlich eine Situation eintritt, in der die Klientin oder der Klient seinen Willen nicht mehr äussern kann oder als nicht urteilsfähig eingestuft wird, ist es die Aufgabe der Professionellen, sich am früher erklärten Willen der Person zu orientieren und dazu allenfalls auch Vertrauenspersonen zu befragen (Knuf, 2016, S. 54).

Ein wichtiger Grundsatz von Empowerment ist die Ressourcenorientierung, denn: „Ohne Fähigkeiten lassen sich keine Probleme lösen. Daher ist es unsinnig, dem Problem mehr Aufmerksamkeit zu schenken als den Fähigkeiten, die zur Lösung notwendig sind.“ (Knuf, 2016, S. 24) Gerade im Bereich der Psychiatrie ist jedoch die Gefahr einer Defizitorientierung gross, da beispielsweise Ärzte und Ärztinnen erst aufgrund des Vorhandenseins bestimmter Symptome oder Defizite eine Diagnose stellen (Knuf, 2016, S. 25). Zudem ist teilweise auch von den Kostenträgern ein gewisser Druck vorhanden, bestimmte Diagnosen zu stellen. Beim Empowerment geht es jedoch darum, diejenigen Ressourcen zu erkennen und zu stärken, welche den Menschen mit psychischen Erkrankungen helfen, belastende Lebensumstände auf eine positive Art und Weise zu verändern (Herriger 2010, S. 7). Um die verfügbaren sowie die inzwischen verschütteten Ressourcen (wieder) zugänglich zu machen, sie zu arrangieren und auf diese Weise systematisch in den Hilfeprozess einzubeziehen, müssen sie erstmal erhoben werden. Dies soll nach Herriger (2010) bereits ab dem Erstgespräch erfolgen: „Im Rahmen des Erstgesprächs und der anschliessenden individuellen Hilfeplanung ist daher eine präzise Vermessung von Ressourcen unverzichtbar.“ (S. 93) Dabei geht es nicht nur um die Ressourcen, welche innerhalb der Person liegen, wie etwa Begabungen, Bewältigungsoptimismus oder Beziehungsfähigkeit, sondern auch um Umweltressourcen. Verschiedene Formen der Ressourcendiagnostik können hier helfen, den Blick weg von der Defizitorientierung zu lenken (S. 103). Darauf wird im Kapitel *Ressourcendiagnostik* noch genauer eingegangen.

Eng mit der Ressourcenorientierung verbunden ist auch die Hilfe zur Selbsthilfe. Diese kann nämlich etwa dadurch erfolgen, dass die Fachperson gemeinsam mit dem Klienten oder der Klientin herausfindet, was ihm oder ihr bisher in schwierigen Situationen geholfen hat. Die bereits praktizierten Formen der Selbsthilfe sollen gewürdigt werden und die Klientel soll zum Ausprobieren neuer, spezifischer Selbsthilfeformen ermutigt werden (Knuf, 2016, S. 93). Auch die Peer- und Netzwerkarbeit sowie Selbsthilfegruppen sollten von professioneller Seite her unterstützt werden (S. 130-132).

Zu erkennen, was man selber bereits tun konnte, um die Situation zu verbessern, ist sehr wichtig, denn viele Menschen mit psychischen Erkrankungen verurteilen sich selbst und sehen sich als Versager bzw. Versagerin und als Opfer ihrer Erkrankung. Eine solche Selbststigmatisierung behindert jedoch den Genesungsprozess und ist eines der grössten

Hindernisse für sämtliche Recovery- und Empowermentprozesse (Knuf, 2016, S. 114). Als ein wirksames Instrument, um diese Selbststigmatisierung aufzulösen, schlägt Herriger (2010, S. 112) die gemeinsame Arbeit an der Biografie der Person vor und dadurch biografisches Lernen. Die Erinnerungsarbeit soll „in biographischer Spurensuche den verschütteten und unerzählten Alltagsgeschichten von Stärke und Lebensgelingen Gehör“ verschaffen (Knuf, 2016, S. 112-113). Dazu werden Handlungskontexte und Sinnzusammenhänge detailgetreu rekonstruiert. Die Idee dahinter ist, dass es neben dem durch äussere Ereignisse chronologisch strukturierten Lebenslauf auch noch die Lebensgeschichte gibt, welche jeder Mensch für sich selbst definieren muss; dadurch erhält das Leben Sinnhaftigkeit und Kohärenz: „Lebensgeschichte ist eine existentielle Konstruktion, Brüche und Weichenstellungen, Widerstände und Krisen müssen in die Geschichte integrierbar sein, damit sie nicht in Fragmente zerfällt, sondern ihre Richtung und ihr Zusammenhang auch anderen gegenüber glaubhaft bekundet werden kann.“ (Herriger, 2010, S. 116) Das Leben soll rückblickend nicht defizitorientiert als eine Geschichte des Versagens, der traumatischen Erfahrungen und der verpassten Möglichkeiten interpretiert werden, sondern es soll eine Erfahrung von Sinnhaftigkeit und Authentizität konstruiert werden. Das Ziel dabei wird von Herriger (2010) wie folgt formuliert: „Das erzählende (Wieder-)Aufgreifen von biographischen Fäden hat zum Ziel, Würde und Wert des eigenen Lebens – allen Lebensniederlagen und Verlusten zum Trotz – zu erinnern, die Schatten negativ eingefärbter Selbst-Typisierungen zu bannen und Schutzschilder gegen Identitätsreduktionen und Ohnmachtserfahrungen aufzubauen.“ (S. 118-119) Um dieses Ziel zu erreichen, ist es wichtig, dass bei der Sozialanamnese nicht nur Fakten gesammelt werden, sondern dass die Betroffenen den Raum erhalten, um wichtige Ereignisse der eigenen Biografie zu erzählen, zu ordnen und interpretativ aufeinander zu beziehen. Durch diese Form des biografischen Lernens soll es also möglich werden, sich selbst weniger zu stigmatisieren, sondern im eigenen Leben Sinnhaftigkeit zu erkennen; die betroffene Person fühlt sich dadurch weniger ohnmächtig und traut sich eher zu, das Leben (wieder) selbst in die Hand zu nehmen (Herriger, 2010, S. 118-119).

Ein weiteres wichtiges Kriterium für selbstbestimmtes Entscheiden besteht in der ausreichenden Information über die vorhandenen Möglichkeiten, etwa über die Vor- und Nachteile von Psychopharmaka oder von verschiedenen Behandlungsalternativen (Knuf, 2016, S. 49-50). Dazu gehört, dass man über die eigene Diagnose, aber auch über alltägliche Dinge auf der Station oder der Wohngruppe informiert ist und seine Rechte als Klient oder Klientin kennt. Sehr wichtig sind laut Knuf auch Informationen darüber, dass es Recovery gibt und dass es sich lohnen könnte, sich dafür einzusetzen. Insgesamt geht es darum, die Klientel beim Durchschauen ihrer Lebenssituation mit den vorhandenen Möglichkeiten zu unterstützen und dadurch freie Entscheidungen zu ermöglichen (S. 103-108).



Hinderlich für Empowerment ist hingegen eine unterschwellige oder offensichtliche Beeinflussung der Klientel auf der Beziehungsebene. In extremen Fällen kann es etwa vorkommen, dass beispielsweise eine Therapeutin oder ein Therapeut mit einem Beziehungsabbruch droht, wenn sich der Klient oder die Klientin dafür entscheiden würde, die Medikamente abzusetzen. Jedoch können Klientinnen und Klienten auch viel subtiler unter Druck gesetzt werden. Gründe dafür können sein, dass sich Therapeuten und Therapeutinnen oder Sozialarbeitende mehr an den Interessen der Angehörigen, der Vorgesetzten oder der kostentragenden Organe orientieren als an denjenigen der Klientel oder auch, dass sich die Fachperson Ärger ersparen und ihren Arbeitsalltag leichter gestalten möchte. Dadurch geht allerdings die Orientierung an den Nutzern und Nutzerinnen verloren (Knuf, 2016, S. 49-52). Wenn Fachpersonen ihre Klientinnen und Klienten von dem von ihnen als sinnvoll erachteten Weg zu überzeugen versuchen, führt dies auf Seiten der Klientel entweder zu Hörigkeit oder zu Widerstand, aber nicht zu Empowerment. Stattdessen sollte man anerkennen, dass die Entscheidung für den Klienten oder die Klientin schwierig ist, offen sein für verschiedene Möglichkeiten, die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen abwägen und der Klientel Zeit lassen (S. 53).

Zum Thema Zeit lassen gehört auch, dass die professionell Tätigen ihren Klientinnen und Klienten im Allgemeinen nicht Aufgaben abnehmen sollten, welche diese selber erledigen könnten. Dies behindert nämlich die Eigenaktivität (Knuf, 2016, S. 84).

Um das Empowermentkonzept (und auch die Recoveryorientierung) in einer Institution zu implementieren, bedarf es nicht nur ein paar spezifischer Instrumente, sondern einer Änderung des professionellen Selbstverständnisses und dadurch der Haltung der Fachpersonen (S. 59). Da sich das Verständnis psychischer Gesundheit und Krankheit verändert hat, löst sich die klassische Unterscheidung zwischen *krank* (Klientinnen und Klienten) und *gesund* (Mitarbeitende im Psychiatriebereich) teilweise auf: „Klienten [sic!] und professionell Helfende rücken näher zusammen und werden zu möglichst gleichberechtigten Partnern [sic!] im Behandlungs- bzw. Unterstützungsprozess.“ (Knuf, 2016, S. 141) Sozialarbeitende sollten ihren Klientinnen und Klienten also möglichst auf Augenhöhe begegnen und bereit sein, Macht zu teilen und Behandlungsangebote wirklich nach den Bedürfnissen der Klientel zu gestalten. Eine konsequente Umsetzung des Empowermentkonzepts in einer Institution würde laut Herriger (2010) auch eine Veränderung der organisatorischen Abläufe, des methodischen Repertoires der Institution, der Kooperationen sowie der Arbeitsplatzgestaltungen mit sich bringen. Entscheidungsprozesse müssten zugunsten eines stärkeren Einbezugs der Klientel angepasst werden (S. 170-171). Zudem sollte sich die Institution darum bemühen, die Türen von Entscheidungsgremien zu öffnen, damit Klientinnen und Klienten mitbestimmen können und neue Chancenstrukturen entstehen (S. 86).

## 5 Kriterien für die Autonomieförderung durch Soziale Diagnostik

Im vorangegangenen Kapitel wurde anhand der Literatur zu Empowerment aufgezeigt, wie in Institutionen des Psychatriebereichs die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten gefördert werden kann. Es wurden zahlreiche Faktoren aufgelistet, welche eine Umsetzung des Empowermentkonzepts in der Praxis ermöglichen. Bei vielen davon geht es grundsätzlich darum, dass die Klientel darin unterstützt werden soll, selbstbestimmt Entscheidungen für ihr Leben zu treffen, welche dann von den Fachpersonen in den allermeisten Fällen akzeptiert und mitgetragen werden sollten (Knuf, 2016, S. 47). Soziale Diagnostik bietet zwar eine Entscheidungsgrundlage, jedoch zählen die Entscheidungen selber - zum Beispiel die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Intervention - nach dem Diagnostikverständnis der Autorin und des Autors nicht mehr zum Diagnostikprozess, sondern werden im Anschluss daran gefällt. Die vorliegende Arbeit hat jedoch das Ziel, herauszufinden, inwiefern Sozialarbeitende in der Psychiatrie die Autonomie ihrer Klientinnen und Klienten im Rahmen der Sozialen Diagnostik fördern kann. Welche der im Kapitel *Förderung der Autonomie* herausgearbeiteten Faktoren der Autonomieförderung lassen sich also für einen Abgleich mit sozialdiagnostischen Instrumenten nutzen?

Zunächst soll festgehalten werden, dass sich nur ein paar der Faktoren aus dem vorangegangenen Kapitel als Kriterien eignen, welche ein Instrument der Sozialen Diagnostik zu erfüllen hat. Dazu gehört beispielsweise, dass das Instrument dialogisch aufgebaut sein sollte (Heiner, 2013, S. 29; vgl. Kapitel *Begriff und Funktion der Sozialen Diagnostik*). Andere der oben beschriebenen Faktoren spielen zwar ebenfalls eine Rolle für die Autonomiewahrung und -förderung durch Soziale Diagnostik, beziehen sich jedoch eher auf die Haltung der Sozialarbeitenden, auf die professionelle Beziehung oder auf die institutionellen Rahmenbedingungen. Im Folgenden werden also all jene Faktoren zusammengefasst, welche nach Ansicht der Autorin und des Autors für die Förderung von Autonomie im Rahmen des sozialdiagnostischen Prozesses wichtig sind. Im Kapitel *Ausgewählte Konzepte und Instrumente* werden diese Kriterien dann mit konkreten sozialdiagnostischen Instrumenten abgeglichen, um Aussagen darüber zu ermöglichen, inwiefern sich diese Instrumente zur Förderung von Autonomie eignen. Die folgende Grafik liefert eine erste Übersicht über die erarbeiteten Kriterien, welche unterteilt werden in Kriterien des Instruments selbst, der Haltung der Sozialarbeitenden sowie Kriterien der Beziehung.

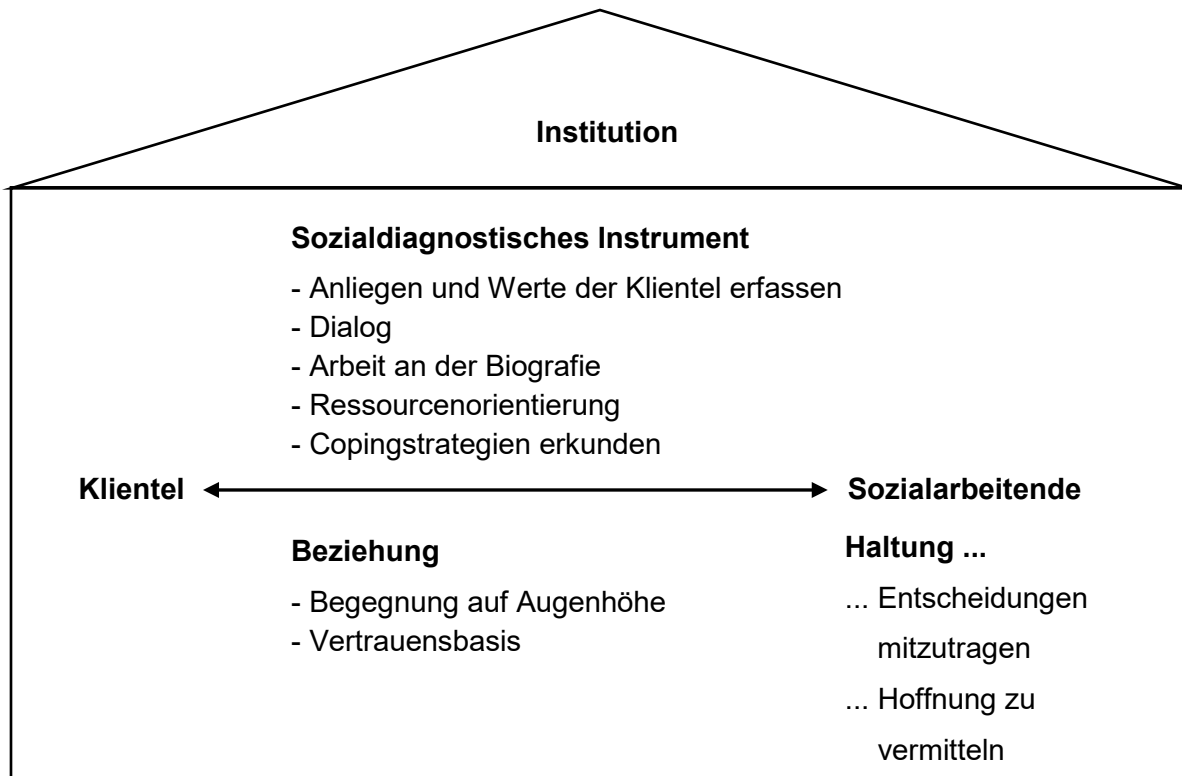


Abbildung 1: Kriterien für Autonomieförderung durch Soziale Diagnostik

Empowerment soll, wie im Kapitel *Förderung der Autonomie* beschrieben, nach der lebensweltlich orientierten Definition Menschen dabei helfen, „eine eigenbestimmte Lebensregie zu führen und ein nach eigenen Maßstäben gelingendes Lebensmanagement zu realisieren.“ (Herriger, 2010, S. 15) Wenn Sozialarbeitende ihre Klientinnen und Klienten dabei unterstützen möchten, müssen sie folglich zuerst ergründen, wie denn für sie ein solch gelingendes Leben aussieht, das heißt, was für sie wichtig ist, welche Werte in ihrem Leben eine zentrale Rolle spielen oder was momentan ihre grössten Anliegen sind (Knuf, 2016, S. 87). Ein Instrument der Sozialen Diagnostik, welches einen Beitrag zur Autonomieförderung der Klientel leisten soll, muss also die **Anliegen und Werte** einer Person erfassen.

An dieser Stelle soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass es sich bei der Sozialen Diagnostik nach dem hier vertretenen Verständnis um einen Prozess handelt, der sich über einen längeren Zeitraum erstreckt und nicht nach dem Erstgespräch abgeschlossen ist. Daher wird in der Regel nicht nur mit einem einzigen Instrument der Sozialen Diagnostik gearbeitet (beispielsweise mit einem standardisierten Fragebogen oder einem offenen Interview), sondern mit einer Kombination von verschiedenen Instrumenten (Gahleitner, Pauls & Glemser, 2018, S. 118-119). In einem ersten Schritt geht es nach Heiner (2013, S. 22-23) für die Fachkräfte darum, sich zu orientieren und mögliche Risiken abzuschätzen (Orientierungs- und Risikodiagnostik). Hierbei entstehen Einschätzungen und Hypothesen, welche im weiteren Verlauf immer wieder neu überprüft, ergänzt und nötigenfalls angepasst werden müssen. Im nächsten Schritt werden bestimmte Informationen gezielter erhoben, um eine grundlegende

Auswahl möglicher Interventionen zu treffen und die Entscheidung zu erleichtern, ob bestimmte Interventionen eingeleitet, fortgeführt oder beendet werden sollen (Zuweisungsdiagnostik). Die Ausgestaltung des Kooperationsprozesses wird dann an der Gestaltungsdiagnostik ausgerichtet, bei welcher die Defizite, Fähigkeiten und Bedürfnisse der Klientin oder des Klienten noch spezifischer analysiert werden. Die Risikodiagnostik kann parallel zum gesamten Hilfeprozess immer wieder wichtig werden (Heiner, 2013, S. 22-23). Je nach Phase des Diagnostikprozesses eignen sich eher klassifikatorische oder rekonstruktive Vorgehensweisen (Gahleitner et al., 2018, S. 118). Wenn eines der grossen Ziele des ganzen Hilfeprozesses jedoch ist, die Selbstbestimmung der psychisch erkrankten Person zu achten und zu fördern, dürfen in all diesen Phasen ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ziele nicht einfach übergangen werden. Daher ist es wichtig, dass diese mithilfe der sozialdiagnostischen Instrumente bewusst erhoben werden.

Ein weiterer Faktor, welcher für den Empowerment- und auch den Recoveryprozess eines Menschen zentral ist, stellt das Erkennen und Stärken der **Ressourcen** der jeweiligen Person dar (Herriger, 2010, S. 7). Sich hauptsächlich auf die Probleme und Defizite zu fokussieren, ist für die Problemlösung nicht hilfreich und kann bei den Klientinnen und Klienten zu Demoralisierung und Hoffnungslosigkeit führen. Dabei konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden, dass Hoffnung ein zentraler Faktor für den Genesungsprozess ist (Onken et al., 2007, S. 11). Um verschüttete Ressourcen wieder zugänglich zu machen und die vorhandenen in den Hilfeprozess mit einzubeziehen, reicht es aber nicht, nur beiläufig danach zu fragen, sondern die Ressourcen müssen laut Herriger (2010) systematisch erhoben und präzise vermessen werden (S. 93).

Mit der Ressourcenorientierung verwandt ist auch das Erfragen der **Strategien, die der Klientin oder dem Klienten in schwierigen Situationen bisher geholfen haben, das heisst der bisherigen Copingstrategien** (Knuf, 2016, S. 93; siehe Kapitel *Förderung der Autonomie*). Auch dies könnten sozialdiagnostische Instrumente leisten. Weiter sollte der Klientel im Rahmen der Diagnostik Raum gegeben werden, um ihre Lebensgeschichte zu erzählen. Diese **Biografiearbeit** kann, wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, dabei helfen, Sinnhaftigkeit zu schaffen, Kohärenz erkennbar zu machen und die Selbststigmatisierung zu überwinden (Herriger, 2010, 112-119). Die Soziale Diagnostik sollte also beispielsweise nicht nur aus einem Fragebogen bestehen, mit dem Fakten gesammelt werden, sondern auch die Arbeit an der eigenen Biografie ermöglichen. So kann es in einigen Fällen, in denen es einer Person sehr schwerfällt, Entscheidungen für ihr Leben selbst zu treffen, auch hilfreich sein, die Geschichte des Verlusts der Selbstbestimmungsfähigkeit aufzuarbeiten (Knuf, 2016, S. 47). Die Umsetzung aller in diesem Kapitel erwähnten Faktoren erfordert, dass der Sozialarbeiter resp. die Sozialarbeiterin in einen **Dialog** tritt mit der Klientin resp. dem Klienten. Schliesslich geht es häufig um die Frage, wie die Klientel die aktuelle

Situation oder vergangene Situationen sieht oder was sie subjektiv als hilfreich empfindet oder früher empfunden hat. Laut Heiner (2013) gehört der Dialog zur partizipativen Orientierung und damit zu einem der grundlegenden Prinzipien der Sozialen Diagnostik (S. 29; vgl. Kapitel *Begriff und Funktion der Sozialen Diagnostik*). Bei der partizipativen Orientierung geht es auch darum, dass die Klientel für eine Veränderung auch motiviert sein muss, damit diese wirklich erreicht werden kann (Heiner, 2013, S. 29). Wenn eine Klientin oder ein Klient gar keine Veränderungsmotivation zeigt oder sehr passiv wirkt, könnte laut Herriger (2010) die Motivierende Gesprächsführung dabei helfen, Ambivalenzen zu thematisieren, Ziele zu setzen und die Motivation zu fördern (S. 89). Allerdings lassen sich die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung nicht mit jedem Instrument der Sozialen Diagnostik kombinieren, weshalb dieser Vorschlag nicht in die Kriterien aufgenommen wird, welche im nächsten Kapitel mit konkreten Instrumenten abgeglichen werden.

Unabhängig von der Wahl der spezifischen Instrumente der Sozialen Diagnostik sollten die Fachpersonen den Klientinnen und Klienten **auf Augenhöhe begegnen** und zu „gleichberechtigten Partnern [sic!] im Behandlungs- bzw. Unterstützungsprozess“ werden (Knuf, 2016, S. 141). Da Gesundheit und Krankheit nach dem salutogenetischen Gesundheitsverständnis als ein Kontinuum gesehen wird und nicht mehr als zwei Pole (Mesenholl-Strehler, 2012, S. 322), rücken in der Psychiatrie auch die Professionellen und die Klientinnen resp. Klienten näher zusammen (Knuf, 2016, S. 141). Einerseits verfügen die Fachpersonen zwar über Fachwissen, welches sie zur Analyse der Situation einsetzen können, andererseits verfügen die Klientinnen und Klienten aber über Expertenwissen über ihr Leben.

Für die Förderung der Selbstbestimmung ist es auch sehr wichtig, dass die Sozialarbeitenden zu den Menschen mit psychischen Erkrankungen eine **vertrauensvolle Beziehung** aufbauen, in welcher letztere ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ängste äussern können. Die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter sollte der Klientel die **Hoffnung vermitteln**, dass eine Verbesserung der Situation und auch Recovery möglich sind (Onken et al., 2007, S. 11).

Die psychisch erkrankten Menschen sollen das Gefühl vermittelt bekommen, dass sie ihre eigenen **Entscheidungen** treffen dürfen und dass diese von den Fachpersonen in der Regel auch **mitgetragen** werden (Knuf, 2016, S. 47). Hier wird jedoch deutlich, dass es nicht nur eine veränderte Haltung und passende Instrumente der Sozialarbeitenden braucht, sondern dass die Implementation einer Empowerment- und Recoveryorientierung auch institutionelle Veränderungsprozesse erforderlich macht. Zusätzlich müssen in den interdisziplinären Behandlungsteams der Psychiatrie der Mehrwert der Sozialen Diagnostik anerkannt und die zeitlichen Ressourcen für eine ausführliche Soziale Diagnostik zur Verfügung gestellt werden.

## 6 Ausgewählte Konzepte und Instrumente

In diesem Kapitel soll nun anhand der in Abbildung 1 (Kapitel *Kriterien für die Autonomieförderung durch Soziale Diagnostik*) dargestellten Kriterien untersucht werden, inwiefern Sozialarbeitende in der Psychiatrie Soziale Diagnostik nutzen können, um die Autonomie der Klientinnen und Klienten zu fördern. Dazu werden ausgewählte sozialdiagnostische Instrumente mit den Kriterien abgeglichen, welche anhand des Empowermentkonzepts erarbeitet wurden. Instrumente der Sozialen Diagnostik werden jedoch in der Regel nicht isoliert entwickelt, sondern sind jeweils im Kontext von Konzepten zu verstehen, welche theoretisch fundiert sind und in der Regel verschiedene diagnostische Instrumente miteinander kombinieren (Buttner et al., 2018, S. 112). Die Konzepte ermöglichen laut Buttner et al. (2018) eine grundlegende Ausrichtung für die Praxis. Obwohl sich die meisten der Konzepte als tendenziell geschlossene Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit verstehen, ist grundsätzlich auch eine eklektizistische Nutzung von Instrumenten unterschiedlicher Konzepte möglich (S. 116). Wie die Instrumente im konkreten Fall kombiniert und angewendet werden, muss von den Sozialarbeitenden aufgrund verschiedener Faktoren entschieden werden. Hierfür spielen zum Beispiel das Arbeitsfeld, der Zeitpunkt im Hilfeprozess sowie die Fähigkeiten der Klientin oder des Klienten eine Rolle.

Da es nach Ansicht des Autors und der Autorin wichtig ist, die übergeordneten Konzepte zu kennen, damit bestimmte Instrumente richtig eingeordnet werden können, wird in den folgenden drei Unterkapiteln jeweils zuerst ein Konzept und anschliessend ein dazugehöriges Instrument vorgestellt. Dieses wird dann mit den Kriterien der Autonomieförderung (Abbildung 1) abgeglichen. Der Abgleich erfolgt nicht auf der Ebene der Konzepte, da diese nach Ansicht der Autorin und des Autors zu wenig konkret sind, um davon aussagekräftige Erkenntnisse in Bezug auf ihr Potenzial, die Selbstbestimmung der Klientel zu fördern, ableiten zu können.

Vorgestellt wird als Erstes das Konzept des Diagnostischen Fallverstehens, da dieses die im Kapitel *Soziale Diagnostik* skizzierte Kontroverse um klassifikatorische vs. rekonstruktiv-fallverstehende Ansätze wieder aufnimmt und abrundet. Anschliessend folgt das Konzept der Ressourcendiagnostik, da herausgearbeitet wurde, dass die Ressourcenorientierung für Empowerment sehr wichtig ist (Knuf, 2016, S. 24) und da sich dieses Konzept daher eignen könnte. Diese beiden Konzepte sind generalistisch und beziehen sich nicht auf ein spezifisches Arbeitsfeld. Das dritte vorgestellte Konzept, die Systemisch-biografische Systemmodellierung, wurde von der Autorin und dem Autor ausgewählt, weil es eines der wenigen sozialdiagnostischen Konzepte ist, welche bereits im Bereich der Psychiatrie erprobt wurden.

## 6.1 Diagnostisches Fallverstehen

Die Diskussion darüber, ob Instrumente der Sozialen Diagnostik klassifikatorisch oder eher rekonstruktiv-fallverstehend gestaltet sein sollten, wurde lange Zeit kontrovers geführt und ist auch heute noch nicht abgeschlossen (Gahleitner et al., 2018, S. 117). Immer mehr Autoren und Autorinnen, darunter auch Maja Heiner, plädieren jedoch für die Entwicklung integrativer Modelle. Heiner prägte den Begriff des *Diagnostischen Fallverstehens*: Dabei handelt es sich um ein Konzept, unter welchem sich eine Reihe von Modellen und Instrumenten subsumieren lassen, welche sowohl klassifikatorische als auch rekonstruktive Formen der Fallanalyse miteinander verbinden und daher als integrativ bezeichnet werden kann (Gahleitner et al., 2018, S. 118). Heiner (2013) ist der Ansicht, dass es eine Reihe von erprobten integrativen Instrumenten brauche, welche arbeitsfeldübergreifend zur Sozialen Diagnostik eingesetzt werden können und in Zukunft zur Grundausstattung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern gehören sollten (S. 18).

Bei klassifikatorischen Ansätzen werden in der Regel standardisierte Erhebungs- und Auswertungsinstrumente eingesetzt, welche bestimmte Phänomene eindeutig bestimmten sprachlichen Klassifikationen zuweisen, was die Informationsverarbeitung möglichst zuverlässig machen soll (S. 18-19). Kritiker solcher Ansätze sind der Ansicht, dass sie der Individualität des Einzelfalles zu wenig Rechnung tragen, blind für Ausnahmen seien und auch zu Stigmatisierungen führen könnten. Heiner wendet hingegen ein, dass dies nur dann der Fall sei, wenn unangemessene Klassifikationssysteme verwendet und die Klassifikationen „nicht als hypothetische Konstrukte begriffen werden, die bestenfalls Hinweise auf wahrscheinliche(re) Entwicklungen liefern, aber nicht jeden Einzelfall präjudizieren.“ (S. 20) Zudem seien Klassifikationen aus einer erkenntnistheoretischen Perspektive notwendig, da bei der Wahrnehmung immer eine Komplexitätsreduktion und gewisse Zuordnungen vorgenommen werden, um überhaupt handeln zu können. „Insofern können wir nicht nicht klassifizieren.“ (Heiner, 2013, S. 20) Zudem betont Heiner (2013), dass man auch mit einem standardisierten Instrument, wie etwa einem Fragebogen oder einer Checkliste, im Gespräch flexibel umgehen kann (S. 20).

Bei den rekonstruktiven Ansätzen werden Informationen in (alltagsnahen) Gesprächen gesammelt und es kann somit flexibel auf die Situation und die Entwicklung der Interaktion reagiert werden. Das Vorgehen ist also offen und auf Verstehen ausgerichtet. Ziel dabei ist es laut Heiner, durch den Dialog mit der Klientin oder dem Klienten deren Einstellungen und Verhaltensmuster zu verstehen (S. 19-20). Hier könnte man allerdings einwenden, dass auch ein solches Gespräch unsensibel geführt werden kann, wodurch verzerrte oder verfälschte diagnostische Informationen entstehen. Die Qualität der Ergebnisse ist bei beiden Ansätzen – klassifikatorisch und rekonstruktiv – abhängig davon, wie sie angewendet werden. Zudem

gehen die beiden Ansätze von ganz unterschiedlichen erkenntnis- und handlungstheoretischen Überzeugungen aus, weshalb es nach Heiner eine Kombination der beiden braucht (Heiner, 2013, S. 20). Im Kapitel *Begriff und Funktion der Sozialen Diagnostik* wurde bereits erwähnt, dass Heiner (2010) die Soziale Diagnostik als Prozess sieht, während welchem die Diagnostik unterschiedliche Funktionen erfüllt: Orientierungsdiagnostik, Zuweisungsdiagnostik, Gestaltungsdiagnostik und Risikodiagnostik. Zu verschiedenen Zeitpunkten des Prozesses seien daher unterschiedliche Standardisierungsgrade sinnvoll, das heisst manchmal eher klassifizierende Instrumente, manchmal eher rekonstruktive (Gahleitner et al., 2018, S. 119).

### 6.1.2. Instrument: Rahmenmodell Biopsychosozialer Diagnostik

Inzwischen wurden verschiedene integrative Instrumente entwickelt. Eines davon, welches im Folgenden vorgestellt wird, wurde von Gahleitner, Hintenberger, Kreiner und Jobst (2014) in einem mehrjährigen Prozess in Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen entwickelt als ein *Rahmenmodell Biopsychosozialer Diagnostik* (S. 146). Das Instrument wird seit einigen

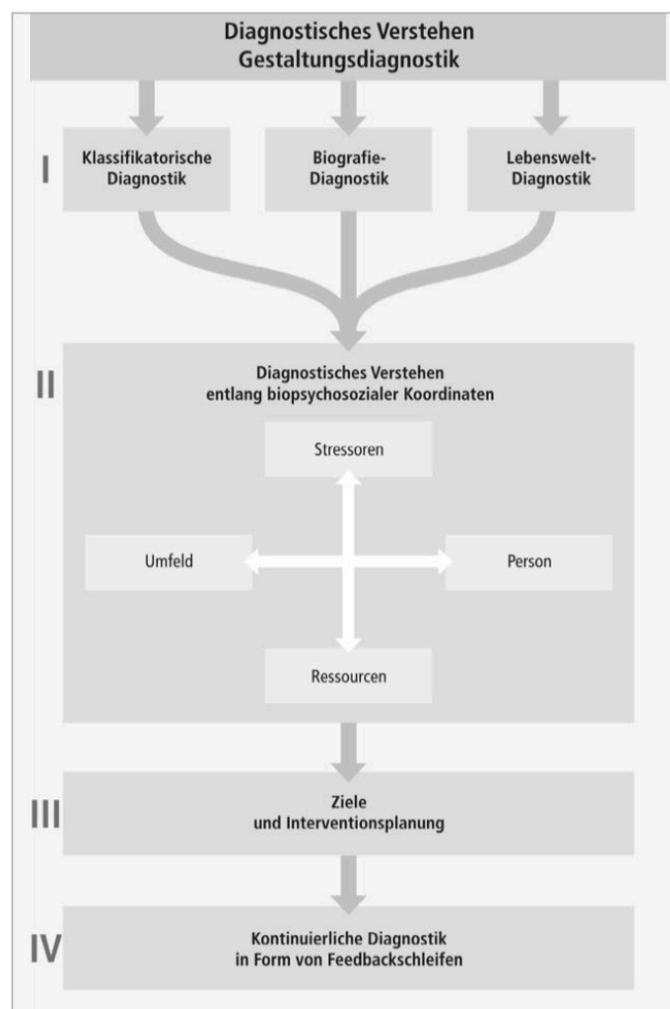


Abbildung 2: Rahmenmodell Biopsychosozialer Diagnostik. Nach Gahleitner, Hintenberger, Kreiner & Jobst, 2014, S. 139



Jahren immer häufiger in der Praxis angewendet und stetig weiterentwickelt (Gahleitner et al., 2018, S. 122).

Wie der Name bereits verrät, wird das Rahmenmodell eher als ein Rahmen resp. als ein strukturgebender Leitfaden verstanden und nicht als ein Instrument, das alles genau vorgibt (Gahleitner et al., 2014, S. 145). Es kann daher individuell auf die Person und die Situation angepasst werden.

In einem ersten Schritt werden dabei auf drei verschiedene Weisen zahlreiche Informationen gesammelt (klassifikatorische Diagnostik, Biografiediagnostik und Lebensweltdiagnostik). Anschliessend wird die Fülle der gewonnenen Informationen in einem handhabbaren Modell entlang der Dimensionen *Individuum - soziale Umwelt* und *Defizite - Ressourcen* zusammengefasst. Auf der Grundlage dieser Darstellung erfolgt dann die Hilfeplanung (Gahleitner et al., 2018, S. 121-122).

Das Modell ermöglicht es - auch unter Einbezug verschiedener Professionen -, medizinische, psychologische, soziologische, pädagogische und kulturwissenschaftliche Wissensbestände zu integrieren. Laut Petzold (2003) ist es aber nicht linear, sondern als ein Prozess gedacht, so dass die Ergebnisse immer wieder überprüft, korrigiert oder ergänzt werden können: „Es folgt einer prozessualen Logik, die sich vom Hier und Jetzt des Phänomens über die erworbenen Strukturen der Vergangenheit in den Entwurf bewegt und dabei eine spiralförmige Bewegung vollzieht.“ (zitiert nach Gahleitner et al., 2014, S. 138)

Beim Schritt der klassifikatorischen Diagnostik wird am häufigsten auf das psychiatrische Klassifikationssystem des ICD-10 zurückgegriffen, da Gahleitner et al. (2014, S. 139-140) der Ansicht sind, dass dieses für alle Berufsgruppen in biopsychosozialen Arbeitsfeldern wichtig sei für die zu planenden Hilfestellungen. Es können hier aber auch andere störungsorientierte Diagnostikinstrumente herangezogen werden. Damit jedoch in diesem Schritt auch die soziale Dimension und der Partizipationsgedanke nicht zu kurz kommen, wird vorgeschlagen, hier noch weitere Klassifikationsinstrumente zu verwenden wie etwa die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) von der WHO oder das Person-in-Environment-System (PIE) (S. 140).

Da die Menschen die objektiven Umweltfaktoren aber immer aus ihrer subjektiven Sicht erleben, welche durch individuelle Vorerfahrungen und im Verlauf der Entwicklung entstandene Verletzlichkeiten geprägt ist, werden die Biografie und die subjektive Wahrnehmung ebenfalls in die Diagnostik mit einbezogen. Dazu wird im Rahmenmodell der Biopsychosozialen Diagnostik aber nicht ein bestimmtes Instrument festgelegt, sondern die Wahl wird der Fachperson überlassen. Vorgeschlagen werden etwa das Lebenspanorama nach Petzold et al. (2000), das szenische Verstehen oder verschiedene Methoden der narrativen Gesprächsführung (Gahleitner et al., 2014, S. 141).

Bei der Lebensweltdiagnostik soll anhand selbst gewählter, lebensweltorientierter diagnostischer Instrumente die Passung zwischen Individuum und Umwelt untersucht werden. Dabei sollen soziale, psychische und körperliche Phänomene mithilfe von soziologischen Wissensbeständen analysiert werden (Gahleitner et al., 2014, S. 142-143). Als Beispiel wird dazu das Instrument der *Fünf Säulen der Identität* vorgeschlagen, mit welchem die subjektive Wahrnehmung der Klientin oder des Klienten von der Situation in den Bereichen Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Arbeit/Freizeit/Leistung, materielles und kulturelles Kapital (nach Bourdieu, 1992) und Werte/Wertorientierungen dargestellt wird. Die Darstellung kann, je nach Präferenz der Klientel, schriftlich oder mündlich erfolgen. Bei Bedarf können die einzelnen Säulen auch noch mit spezifischeren diagnostischen Instrumenten vertieft werden, das soziale Netzwerk beispielsweise mit einem Genogramm (S. 142).

Die durch diese drei Diagnoseschritte gewonnenen Informationen sind sehr umfassend und komplex; für die Soziale Diagnostik ist jedoch auch eine gewisse Komplexitätsreduktion resp. Strukturierung wichtig. Daher wird im Rahmenmodell Biopsychosozialer Diagnostik auf der nächsten Ebene die Fülle der Informationen entlang der Dimensionen *Individuum – Umwelt* und *Defizite – Ressourcen* möglichst umfassend, aber auch prägnant strukturiert und dargestellt. Da möglichst jede Information aus den Diagnostikbereichen Klassifikation, Biografie und Lebenswelt ins Koordinatensystem übertragen werden muss, wird dadurch eine erneute Analyse der Informationen auf Probleme, Ressourcen und Potenziale hin forciert (Gahleitner et al., 2014, S. 143).

Um möglichst alle innerseelischen und interaktionellen Handlungen bzw. Mittel der Hilfe und Unterstützung, mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können, in diesem Schritt im Blick zu behalten, ist es hilfreich, den Menschen und seine Umwelt in der jeweiligen Gesamtheit und Interaktion von kognitiven, emotionalen und körperlichen Prozessen zu sehen, die sowohl wahrgenommen, erfasst, verstanden und erklärt als auch bewertet werden müssen. Ein solcher Prozess des diagnostischen Verstehens erfolgt in dialogischer Auseinandersetzung aller beteiligten Professionellen gemeinsam mit den PatientInnen [sic!]. (S. 143-144)

Hier wird die partizipative Orientierung (Heiner, 2013, S. 29; vgl. Kapitel *Begriff und Funktion der Sozialen Diagnostik*) dieses Konzepts sichtbar: Der ganze Diagnostikprozess soll in Zusammenarbeit mit der Klientin oder dem Klienten erfolgen.

Auf der Grundlage dieses Koordinatensystems werden anschliessend für alle Quadranten Ziele erarbeitet, welche dabei helfen würden, Belastungen abzubauen und Ressourcen zu stärken. Zu den verschiedenen Zielen werden zudem die jeweiligen Interventionsimpulse festgehalten. Danach erfolgt die konkrete Handlungsplanung, bei welcher zuerst die Ziele priorisiert und die Interventionsimpulse auf ihre Praktikabilität hin überprüft werden. Zentral ist

jedoch, dass sich das Rahmenmodell Biopsychosozialer Diagnostik als ein prozessuales Modell versteht. Während des gesamten Hilfeprozesses lernen sich die Klientel und die Sozialarbeitenden immer besser kennen und es können neue Informationen auftauchen, welche auf allen Ebenen des Rahmenmodells integriert werden müssen und zu einem besseren diagnostischen Verstehen führen können. Dies soll auch dazu führen, dass der Behandlungsplan laufend entsprechend angepasst wird (Gahleitner et al., 2014, S. 144-145).

#### 6.1.1 Abgleich mit den Kriterien

Im Folgenden soll eine Einschätzung vorgenommen werden, ob sich das Rahmenmodell Biopsychosozialer Diagnostik zur Förderung der Autonomie der Klientel eignet.

Das erste Kriterium der Autonomieförderung im Rahmen der Sozialen Diagnostik besteht darin, dass durch ein Instrument die **Anliegen und Werte der Klientel erfasst** werden. Dies ist im Rahmenmodell nicht eine festgelegte Kategorie, kann jedoch in den Schritten Biografiediagnostik und Lebensweltdiagnostik sehr gut integriert werden. Die Werte der Klientel werden sogar spezifisch erfasst, wenn sich die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter dafür entscheidet, wie vorgeschlagen bei der Lebensweltdiagnostik mit den Fünf Säulen der Identität zu arbeiten. Die Ziele für die weitere Hilfeplanung werden dann auf der Grundlage des Koordinatensystems gemeinsam gesetzt. Hier sehen der Autor und die Autorin dieser Thesis allerdings die Gefahr, dass schlussendlich die Fachperson die Ziele definiert, da sie die Ergebnisse der Diagnostik mit ihrem Fachwissen verknüpft. Es ist aber wichtig, dass eine gemeinsame Zieldefinition erreicht wird, damit die Klientin oder der Klient motiviert ist, daran zu arbeiten. Die Ziele, die sich für die Sozialarbeitenden aus der Diagnostik ergeben, entsprechen vielleicht nicht denjenigen, die für die Klientel Priorität haben. Um jedoch Ziele zu setzen, welche wirklich im Interesse der Klientel sind, sind eine sensible Gesprächsführung seitens der Sozialarbeitenden und ein Bewusstsein für diese Problematik wichtig.

Die **dialogische Ausrichtung** des Modells ist gegeben, insbesondere deshalb, weil betont wird, dass all die prozessualen Schritte in Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen, aber eben auch im Dialog mit dem Klienten oder der Klientin erfolgen soll. Die **Ressourcenorientierung** und die Defizitorientierung sind nach Einschätzung der Autorin und des Autors im Rahmenmodell grundsätzlich etwa gleichwertig vorhanden, da all die gesammelten Informationen unter anderem entlang der Dimension *Ressourcen - Defizite* geordnet werden. Jedoch kommt es stark auf die konkreten Instrumente an, welche in den Schritten Klassifikation, Biografiediagnostik und Lebensweltdiagnostik zur Anwendung kommen. Je nach Instrument besteht durchaus die Gefahr, dass der Fokus auf den Defiziten liegt und die Ressourcen zu kurz kommen. Ein Pluspunkt des Rahmenmodells im Hinblick auf die Autonomieförderung stellt dafür die eigene Kategorie der Biografiediagnostik dar. Auch wenn hier kein konkretes Vorgehen vorgegeben wird, wird der Klientel auf jeden Fall Raum für

die **biografische Selbsterkundung** und das Herstellen von Kohärenz und Lebensinn gegeben. Das **Erkunden der bisherigen Copingstrategien** ist im Rahmenmodell zwar nirgends explizit vorgesehen, könnte jedoch problemlos in der Biografiediagnostik integriert werden.

Insgesamt lässt sich sagen, dass eine Beurteilung der Eignung des Rahmenmodells Biopsychosozialer Diagnostik zur Autonomieförderung nicht abschliessend erfolgen kann, da das Modell nicht definiert, welche Werkzeuge in den drei Diagnoseschritten konkret angewendet werden müssen. Es werden lediglich Vorschläge dafür gemacht. Wenn jedoch die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter die Kriterien aus Kapitel 5 im Hinterkopf hat und entsprechend vorgeht, eignet sich das Modell durchaus zur Autonomieförderung, insbesondere aufgrund seiner dialogischen Ausrichtung und dem Raum für die Biografiearbeit. Bemängeln lässt sich, dass den Ressourcen tendenziell zu wenig Gewicht beigemessen wird und dass die Gefahr besteht, dass die im Anschluss definierten Ziele nicht wirklich die Ziele der Klientin oder des Klienten sind, sondern eher diejenigen der Sozialarbeitenden oder des Behandlungsteams.

## 6.2 Ressourcendiagnostik

In den letzten 20 Jahren wurde die Ressourcenorientierung immer mehr zu einem der Grundprinzipien der Sozialen Arbeit und einem wesentlichen Qualitätskriterium (Buttner, 2018, S. 76). Auch in der Sozialen Diagnostik hat die Ressourcenorientierung seit den 1980er Jahren Einzug gehalten. Da die methodische Umsetzung der Ressourcenorientierung sowie teilweise auch die zugrundeliegenden Theorien sehr vielfältig sind, stellt die Ressourcendiagnostik kein einheitliches Konzept dar, sondern eher eine Ansammlung ähnlicher Ansätze (Buttner, 2018a, S. 142). Sozialdiagnostische Ansätze sind grundsätzlich ressourcenorientiert, insofern sie gemäss Hochuli Freund und Stotz (2011) nach Problemen, Risiken, aber auch Ressourcen suchen (zitiert nach Buttner, 2018a, S. 142); Ressourcen werden also zumindest implizit immer mitgedacht. Die einzelnen sozialdiagnostischen Ansätze unterscheiden sich jedoch stark darin, wie explizit sie Ressourcen in die Analyse mit einbeziehen (Buttner, 2018a, S. 142).

Da der Ressourcenbegriff abstrakt und daher mehrdeutig ist, ist es auch nicht immer klar, wie die Orientierung an den Ressourcen konkret aussehen soll. Laut Buttner verfolgt die Ressourcendiagnostik in der Sozialen Arbeit aber im Kern immer ein bestimmtes Ziel: „Wer Menschen darin unterstützen will, ihre Stärken und die Unterstützungspotenziale aus ihrer Umwelt wahrzunehmen und zu nutzen, der muss einen Weg finden, wie diese aufgespürt und benannt werden können.“ (Buttner, 2018, S. 76-77)

Herriger (2010, S. 95-99) unterscheidet verschiedene Arten bzw. Quellen von Ressourcen. So sieht er die Potenziale einer Person als *Personenressourcen* und die Potenziale der Umwelt als *Umweltressourcen*. Diese braucht das Individuum, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen, Aufgaben, welche sich durch die Entwicklung oder einen belastenden Alltag ergeben, zu bewältigen sowie Ziele für die Zukunft zu realisieren. Dies führt dazu, dass das eigene Wohlbefinden gefördert wird, da die eigenen Ideale in Einklang mit der Umwelt gebracht werden (Herriger, 2010, S. 95).

Der Versuch, alle diese möglichen Ressourcen zu erkunden, wäre ein riesiges Unterfangen und würde vermutlich scheitern. Bezogen auf einen gegebenen Fall ist dies jedoch auch nicht sinnvoll. Ressourcen sollen vor allem dabei helfen, Fragestellungen, welche sich durch soziale Probleme ergeben, zu bearbeiten und wenn möglich dabei helfen, sie aufzulösen (Buttner 2018a, S. 143). So beschreibt Buttner (2018a, S. 148) auch, dass Ressourcendiagnostik andere Arten von Diagnostik ergänzen und nicht ausschliessen soll. Sowohl diagnostische Instrumente, welche nach Problemen und Defiziten fragen, als auch solche, die konkrete Ressourcen erkunden, sind wichtige Bestandteile der Diagnostik.

Herriger (2010, S. 94) beschreibt drei verschiedene Aspekte, welche Ressourcen erfüllen müssen, damit sie für eine Problemlösung geeignet sind. Vorhandene Potenziale aus der Person oder der Umwelt müssen vom Individuum selbst als sinnvolle Ressource für das vorhandene Problem bewertet werden (Bewertung und Sinnzuschreibung). Wird das Potenzial nicht erkannt, wirkt die Ressource nicht von selbst, auch wenn sie vorhanden wäre (z. B. Attraktivität). Erst wenn eine Ressource in Beziehung zu einem zu lösenden Problem eine Aufgabe erhält, kann sie wirksam werden. Es ist also beispielsweise möglich, dass Persönlichkeitsmerkmale einer Person vorhanden sind, die wirksam werden könnten für ein Problem und somit als Ressource gelten könnten, jedoch von der Person selber nicht als solche erkannt werden (Aufgabenabhängigkeit von Ressourcen). Wenn eine Ressource erkannt wird als solche, kann es aber dennoch sein, dass sie sich als unnütz für die Situation herausstellt. Sie wäre nicht funktional (Funktionalität von Ressourcen) (Herriger, 2010, S. 94). Wenn die Diagnostik als Prozess betrachtet wird, in welchem Hypothesen aufgestellt und auch angepasst werden, ist es entscheidend, dass sich im Verlaufe eines Falles Ressourcen und Potenziale verändern können (Buttner, 2018a, S. 149). So könnte beispielsweise die wichtige Umweltressource *Grossmutter* plötzlich versterben oder eine spannende Begegnung mit einer anderen Person kann einen Veränderungsprozess auslösen.

Dadurch, dass Sozialarbeitende (oder andere Professionelle) sich auf die Suche nach Ressourcen begeben, intervenieren sie immer auch. So wird nämlich der Fokus auf etwas Positives und potenziell Hilfreiches gelenkt, was einen Perspektivwechsel bewirken kann und so im besten Fall bereits zur Lösung eines Problems beiträgt (S. 149).

Um eine Ressourcendiagnostik durchzuführen, gibt es verschiedene Wege und Dinge, die man dabei beachten sollte. Relevant für die Auswahl eines Instruments ist die Zielgruppe. Die Wahl des Instruments wird sich unterscheiden, wenn Sozialarbeitende einmal mit Kindern in einem Heimsetting oder ein andermal mit psychisch erkrankten Erwachsenen zu tun haben (S. 148).

Es können Ressourcen durch Auskünfte der Klientel selbst, aber auch durch Gespräche mit Drittpersonen oder durch das Aktenstudium ermittelt werden. Ressourcendiagnostik soll dementsprechend multiperspektivisch angelegt sein. Es können aber auch standardisierte Fragebögen ausgefüllt, Interviews geführt oder das Verhalten der Klientel im stationären Bereich beobachtet werden, um Potenziale zu erfassen. Nicht nur das Instrument, sondern auch die Art der dadurch ermittelten Ressourcen kann sich unterscheiden, was deutlich wird, wenn man beispielsweise an ein Kleinkind denkt, das zur Beruhigung seinen Teddybären braucht (vgl. Ressourcentaxonomie nach Herriger, 2010, S. 95).

Es muss also abhängig von der zu bearbeitenden Fragestellung entschieden werden, welche Instrumente man dafür wählt. Manche sind offen und nur wenig strukturiert, während andere stärker standardisieren und nach konkreten Ressourcen fragen (Buttner, 2018a, S. 147-148). Um zum Beispiel einen ersten Überblick zu erlangen (Orientierungsdiagnostik nach Heiner), eignen sich gemäss Buttner (2018a, S. 148) offene Instrumente. Diese erlauben es, in kurzer Zeit einen ersten Überblick darüber zu erhalten, wo Fragestellungen und mögliche Potenziale vorhanden sind.

Fallspezifische Ressourcendiagnostik soll sich an einer übergeordneten, situationsadäquaten Strategie orientieren (Buttner, 2018a, S. 142). Herriger (2010) schlägt vor, Ressourcendiagnostik besonders während drei Phasen zum Einsatz zu bringen. So soll (1) schon zu Beginn einer gemeinsamen Tätigkeit zwischen Fachkräften und Klientel, also im Erstgespräch, das Ziel von Empowerment, verwendbare Ressourcen in den Unterstützungsprozess einzubeziehen, angestrebt werden. Frühere, versteckte Ressourcen sollen zudem aufgedeckt und wenn möglich reaktiviert werden (Herriger, 2010, S. 93). Während der Zusammenarbeit (2) sollen diese Prozesse gemeinsam reflektiert werden. Wo haben Veränderungen stattgefunden, wo steht der Ressourcenerschliessung oder -aktivierung noch etwas im Weg und wie kann der Prozess auf Basis dieses Wissens neu gestaltet werden? Damit die Ressourcenarbeit nicht umsonst ist, schlägt Herriger vor, am Ende der gemeinsamen Arbeit (3) zu evaluieren, wo es eine Ressourcenentwicklung gab (S. 93).

### 6.2.1 Instrument: Ressourceninterview

Es soll im Folgenden das an Schiepek und Cremers (2003) angelehnte Instrument des Ressourceninterviews vorgestellt werden. Auf der Website [www.sozial-diagnostik.ch](http://www.sozial-diagnostik.ch) steht es als PDF-Leitfaden zur Verfügung. Es kommt als Baustein der deskriptiven System-

modellierung zur Anwendung (Fachhochschule Nordwestschweiz, 2018; vgl. Sommerfeld et al., 2016, S. 335-336).

Zu Beginn soll dem Klienten oder der Klientin erklärt werden, worum es in diesem Ressourceninterview geht. Es wird also explizit für eine Sitzung eingeplant. Die FHNW schlägt Sätze vor, welche für diese Erklärung von Fachkräften verwendet werden können. Der Begriff *Ressourcen* wird eingeführt als «Mittel, die einem zur Verfügung stehen oder Kraft geben können, die man einsetzen kann, um das eigene Leben zufrieden stellend zu gestalten oder auch ganz konkret, um anstehende Aufgaben oder Herausforderungen auf eine gute Art anzugehen und zu bewältigen.» (Fachhochschule Nordwestschweiz, 2013, S. 1) Anhand eines ausgehändigten Arbeitsblattes (Arbeitsblatt A) kann sich die Klientin oder der Klient selber ein Bild machen und findet einige Beispiele darauf. Wenn ein Verständnis dafür besteht, was Ressourcen sind, wird ein Formular überreicht, welches Ressourcen kodiert. Es geht dabei darum, eine Selbsteinschätzung der Klientel zu erhalten, was sie denken, was für sie wichtig ist. Auch für diese Erläuterungen gibt es vorgeschlagene Sätze, woran sich die Fachkraft halten kann. Das Ausfüllen des Kodierbogens erfolgt gemeinsam, wird jedoch von der Fachperson angeleitet. Der Leitfaden bietet auch hier mögliche Leitfragen. Es geht zuerst einmal darum, zu erfassen, welche Ressourcen vorhanden sind. Parallel dazu soll zurück- und weitergefragt werden, warum die Klientin oder der Klient denkt, dass etwas wichtig sein könnte und weshalb es eine Ressource für sie oder ihn ist. Die erwähnten Ressourcen sollen jeweils auf dem Arbeitsblatt eingetragen werden (Fachhochschule Nordwestschweiz, 2013, S. 1-2).

In einem nächsten Schritt soll auf Basis der erarbeiteten Ressourcen eine Einschätzung durch die Klientel vorgenommen werden, wie relevant die Ressourcen für den Hilfeprozess sind. Dazu gibt es pro Ressource (Spalte) jeweils eine Skala von 1-10. Auf der Skala soll zuerst mit einem «V» eingetragen werden, inwiefern eine Ressource jetzt gerade verfügbar ist. Wenn dies erfolgt ist, soll mit einem «M» symbolisiert werden, wie wichtig die Ressource früher maximal war. Dies kann an gleicher Stelle wie das «V» sein. Und abschliessend soll mit dem Buchstaben «Z» ein erreichbares Ziel für die Unterstützungsdauer eingetragen werden – auch hier kann es sein, dass die gleiche Skalierung vorgenommen wird wie für einen oder beide der anderen Buchstaben. Danach soll die Klientel das Gleiche für alle anderen Ressourcen unter Anleitung der Fachkraft tun (Fachhochschule Nordwestschweiz, 2013, S. 3).

Abschliessend soll die Klientel eine Einschätzung treffen, als wie wichtig sie die genannten Ressourcen für die Zeit des Aufenthalts bzw. der Unterstützung empfindet. Eine Zahl zwischen 1 und 10 soll am Ende der Spalte eingetragen werden (Fachhochschule Nordwestschweiz, 2013, S. 3).

Das Ressourceninterview soll der Klientel einerseits helfen, ihre Situation zu reflektieren in Bezug auf mögliche personale oder soziale Potenziale und andererseits dient es der Planung entsprechender Interventionen. Es kann bei Bedarf auch mehrmals angewendet werden, um

Ressourcenveränderungen zu erheben. Die Sozialarbeitenden können das Ressourceninterview also sehr flexibel und zu unterschiedlichen Zwecken und Zeitpunkten einsetzen (Sommerfeld et al., 2016, S. 335-336).

### 6.2.2 Abgleich mit den Kriterien

Da das vorgestellte Instrument der Ressourcendiagnostik entspringt, ist es wenig überraschend, dass die **Ressourcenorientierung** gegeben ist. Es fragt zielgerichtet sowohl nach vergangenen, mittlerweile vielleicht verschütteten Ressourcen, als auch nach aktuellen und nach möglichen zukünftigen. Durch die M-Skalierung, welche die maximale Stärke der Ressource in der Vergangenheit angibt, wird indirekt also nach **Copingstrategien** gefragt, welche die Klientin oder der Klient bei vergangenen Problemen und Krisen entwickelt hat. Dies ist für die Förderung der Autonomie und besonders für das Erkennen von Selbstwirksamkeit ein wichtiger Faktor. Durch das Fragen nach vergangenen Ressourcen ist implizit auch eine **Arbeit an der Biografie** gegeben. Es werden frühere Ereignisse thematisiert und es wird analysiert, was die Person damals als hilfreich empfunden hat. Die Biografiearbeit ist zwar nicht primäres Ziel des Ressourceninterviews, jedoch kann es durch die Fachkräfte in diese Richtung gelenkt werden. Dies hängt davon ab, wie der Diagnostikprozess insgesamt geplant ist, ob beispielsweise auch Instrumente vorgehen sind, welche explizit biografisch ausgerichtet sind.

Um Partizipation zu ermöglichen, wird der Begriff *Ressource* erklärt und die Fachkraft führt aus, weshalb ein solches Gespräch geführt wird. Bei der Durchführung des Ressourceninterviews kommen die Sozialarbeitenden mit der Klientel in einen Dialog, bei welchem immer wieder rückgefragt werden soll. Wichtig ist, dass die Fachkräfte verstehen, welche Ressourcen weshalb genannt werden. Dadurch ist die **dialogische Ausrichtung** gegeben.

Durch den Prozess der Erkundung von Ressourcen und deren Gewichtung können die Sozialarbeitenden erkennen, was für die Klientin oder den Klienten besonders hilfreich und wichtig ist, was auch einen Einblick in die **Anliegen und Werte der Person** ermöglicht. Für die Förderung der Selbstbestimmung ist es, wie in Kapitel *Förderung der Autonomie* erarbeitet, wichtig, solche Bedürfnisse, Anliegen und Werte zu erkennen, damit die Klientel später darin unterstützt werden kann, ihr Leben nach ihren Vorstellungen zu gestalten. Auf der Grundlage des Ressourceninterviews können die Fachpersonen anschliessend Interventionen gestalten, welche die Ressourcen einbeziehen, fördern oder wieder aktivieren.

Die Kriterien, welche zur Autonomieförderung im Bereich der Haltung und der Beziehungsgestaltung relevant sind, können nicht durch das Instrument an sich erfüllt werden, sondern sind abhängig von den Fachpersonen. Jedoch eignet sich das Instrument sehr gut, um eine **hoffnungsvolle Perspektive** zu vermitteln, weil dadurch der Blick der Klientel auf



Dinge gerichtet wird, die hilfreich sind bei der Bewältigung von Problemen und zur zufriedenstellenden Gestaltung des Lebens.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Instrument durch seine Ressourcenorientierung eine gute Möglichkeit bietet, den Klientinnen und Klienten Hoffnung zu vermitteln. Dies geschieht dadurch, dass Potenziale und neue Perspektiven aufgezeigt werden, wie der Klientin oder der Klient konkret etwas an seiner oder ihrer Situation verändern kann. Durch die Reflexion, wie stark eine von der Klientel benannte Ressource früher maximal vorhanden war (M-Skalierung), bietet das Instrument einen Einblick in die Biografie der Klientel und Copingstrategien können offenbart werden. Es wäre aus Sicht der Autorin und des Autors für die Autonomieförderung also wichtig, dass dieser Schritt des Instruments bewusst geschieht und dem Klienten oder der Klientin genügend Raum für die Erkundung ihrer Geschichte zur Verfügung steht. Das Ressourceninterview ist also grundsätzlich geeignet, die Autonomie von Klientinnen und Klienten zu fördern, es sollte aber nicht für sich alleine stehen. Zusätzlich zur Arbeit an den Ressourcen müssen immer auch Informationen zu Problemen erhoben werden (Buttner, 2018a, S. 148). Ressourcen können nämlich, wie oben erwähnt, erst im Zusammenhang mit einer entsprechenden Problemstellung nutzbar gemacht werden (sofern die Ressource funktional ist). Zwar könnte unter Umständen bereits das Führen des Interviews an sich Autonomie fördern, wenn dadurch die Klientel beispielsweise eine vorher verdeckte Ressource aktivieren kann, aber wirklich effektiv wird es erst, wenn mit den erhobenen Daten im Zusammenhang mit weiteren Informationen gearbeitet wird.

### 6.3 Systemisch-biografische Diagnostik des Lebensführungssystems

Systemisch-biografische Diagnostik des Lebensführungssystems ist eines von zwei wichtigen Konzepten aus der Theorie *Integration und Lebensführung* von Sommerfeld et al. (2016, S. 1). Sie haben versucht, jahrelange wissenschaftliche Forschungsarbeiten mit der Praxis der Psychiatrie zu verbinden, um eine Basis zu schaffen, welche es der Sozialen Arbeit ermöglicht, professioneller zu handeln. Diese Basis wird ermöglicht, indem Sommerfeld et al. einen konsolidierten professionellen Wissenskörper für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie erarbeiten. Ihre Arbeit sehen sie als einen Versuch, eine handlungstheoretische Basis für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie zu schaffen, welche auf Wissen beruht und noch weiterentwickelt werden soll (S. 1, ausführlicher ab S. 34-46). Dies erachten sie als notwendig, weil sich durch verschiedene von ihnen durchgeführte Forschungsarbeiten zeigte, dass die soziale Dimension zwar in der Psychiatrie als wichtige Größe anerkannt wird, jedoch in ihrem Ausmass teilweise unterschätzt wird (S. 1). Soziale Faktoren und psychische Erkrankungen beeinflussen sich gegenseitig (Spini et al., 2016, S. 33). Sommerfeld et al. (2016) integrieren in diesen Wissenskörper metatheoretische Überlegungen, allgemeine Theorien Sozialer

Arbeit und anderer Disziplinen, Forschungsarbeiten, Überlegungen auf Ebene der Methoden sowie ganz praktische Instrumente, mit denen gearbeitet werden kann (S. 15 & 36).

Die Soziale Arbeit als Disziplin wird in ihrem identitätsstiftenden Kern als Handlungswissenschaft gedacht. Das heißt: Die Handlungsprobleme der (professionellen) Praxis bilden den Ausgangspunkt für Fragestellungen, die mit wissenschaftlichen Mitteln (Forschung und Theoriebildung) bearbeitet werden und bilden den Ausgangs- und Endpunkt der Entwicklung des handlungswissenschaftlich konsolidierten, professionellen Wissenskorpus. (S. 21)

Die Professionellen sollen natürlich Zugriff auf diesen Wissenskorpus haben, um auch „in der interprofessionellen Kommunikation darauf Bezug nehmend deutlich (zu) machen, worin denn ihre Funktion besteht und wie diese mit konkreten Inhalten zu füllen ist.“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 15) Einen solchen Wissenskorpus zu erstellen, sehen sie als Projekt, welches mit ihrer Arbeit nicht beendet ist, sondern von der Praxis und Forschung weitergeführt werden muss (S. 45-46). Die Autorin und der Autor haben sich für die Aufnahme dieses Konzepts und einigen damit verbundenen theoretischen Aspekten in diese Arbeit entschieden, da sie für die Anwendung in der Psychiatrie genutzt werden können. Die Theorie soll kurz umrandet werden, damit das Ziel des vorgestellten Instruments, welches darin besteht, eine Systemmodellierung zu erstellen, nachvollziehbar wird. Zudem wird ein zweites, diesem Konzept zugehöriges Instrument vorgestellt, da es aus Sicht der Autorin und des Autors eine erwähnenswerte Ergänzung zu Ersterem liefert und ein kombinierter Einsatz von beiden Instrumenten in der Psychiatrie sinnvoll ist.

Mit der Theorie *Integration und Lebensführung* wird versucht, eine allgemein gültige Theorie Sozialer Arbeit zu begründen, die im Wesentlichen mit der Verknüpfung von Individuum und Gesellschaft zu tun hat (Sommerfeld et al., 2016, S. 50-52). Zuerst wird auf die zentralen Begriffe *Integration* und *Lebensführung* eingegangen. Sommerfeld et al. (S. 51) nehmen Bezug auf Norbert Elias und dessen Ansichten. Individuen sind gemäss ihm weder unwichtige, vorbestimmte Wesen innerhalb der Gesellschaft (holistische Theorien) noch bestimmen sie als Einzelne die Gesellschaft (atomistische Theorien) (zitiert nach Sommerfeld et al., 2016, S. 51). Vielmehr werden Menschen „durch Integration in soziale Figurationen zu menschlichen Individuen.“ (S. 51) Individuation und Integration gehören also zusammen und das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft entwickelt sich ständig in einem dynamischen Prozess (S. 51). Daraus lässt sich ableiten, dass Integration das Individuum prägt - und die Wichtigkeit eines besseren Verständnisses eben dieser Prozesse für die Soziale Arbeit wird offenbar.

Die *Lebensführung* bezeichnen Sommerfeld et al. (2016) nebst der *Integration* als zweite wichtige Kategorie, welche den Menschen prägt und ausmacht (S. 52). Sie meint, vereinfacht ausgedrückt, dass jeder Mensch mit der Welt, in der er lebt, in eine Auseinandersetzung kommen muss. Dies geschieht immer dann, wenn Tätigkeiten ausgeführt oder Dinge erkannt

werden. Hierbei entstehen Probleme, dazugehörige Copingstrategien werden entwickelt, verschiedenste Vorlieben für Dinge bilden sich aus und Weltanschauungen entstehen. Menschen können gar nicht anders, als ihr Leben zu führen (S. 52).

Sommerfeld et al. bauen ihre Theorie auf der Annahme auf, dass jeder Mensch „zur Sicherung seines Überlebens ein sogenanntes Lebensführungssystem (LFS) ausbildet“ (zitiert nach Hollenstein, Calzaferri, Dällenbach, Rügger & Sommerfeld, 2018, S. 184). Eine wichtige Metatheorie, als Ergänzung zu den Erklärungen zum Begriff der Integration, ist die Selbstorganisation als evolutionäres Prinzip, woraus sich begründen lässt, dass sich LFS selbst organisieren. Dies lehnen Hollenstein et al. (2018) an die Systemtheorie der Synergetik von Haken und Schiepek (2010) an (zitiert nach Hollenstein et al., 2018, S. 185). Ein solches Lebensführungssystem wird in der folgenden Grafik gezeigt.

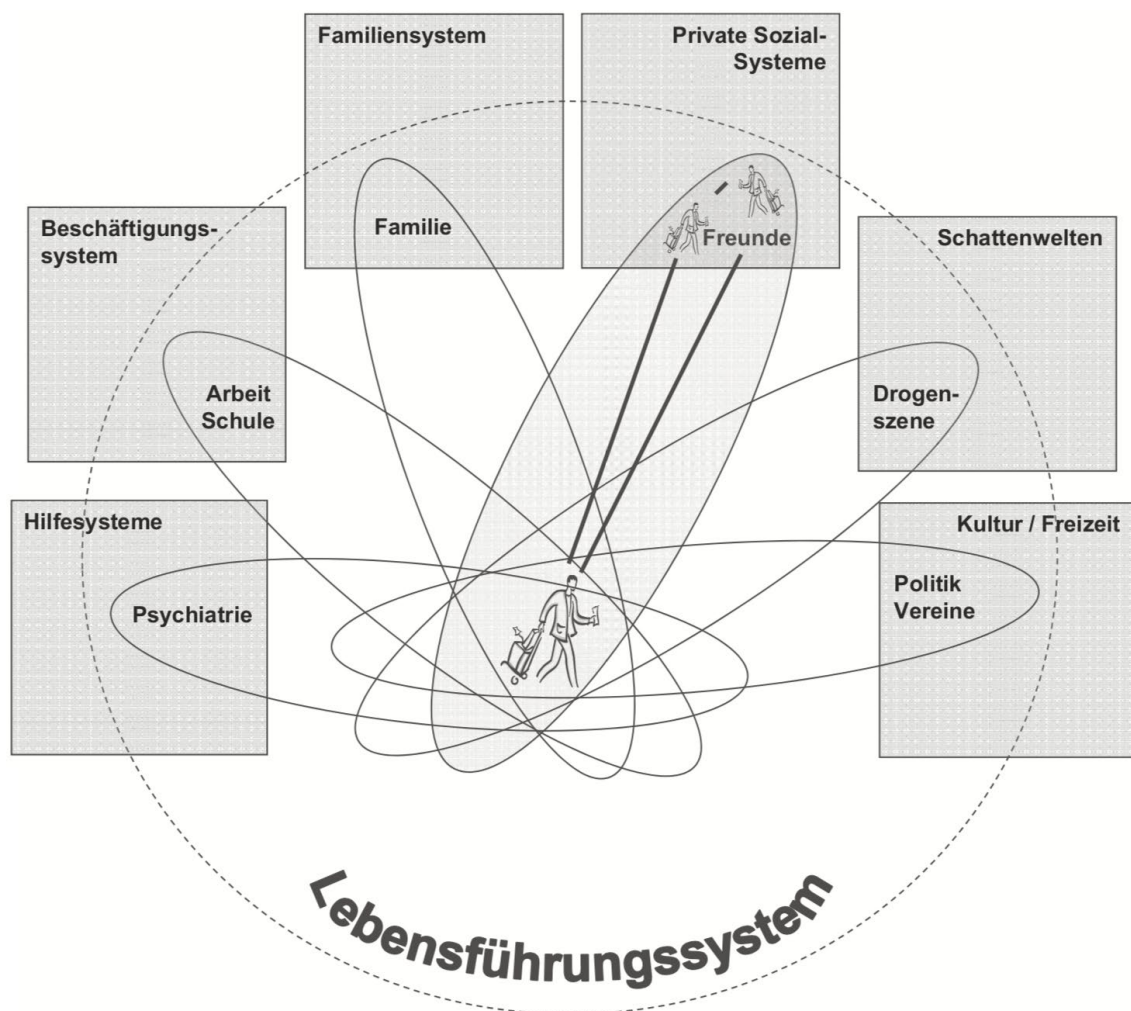


Abbildung 3: Lebensführungssystem als bio-psycho-soziale Form des menschlichen Überlebens (und der sozio-kulturellen Evolution). Nach Sommerfeld, Dällenbach, Rügger & Hollenstein, 2016, S. 59

Diese Lebensführungssysteme verbinden die verschiedenen Einflussfaktoren von Individuum und Gesellschaft und lassen sich mit den vorgestellten Begriffen *Integration* und

*Lebensführung* erfassen. Wie sich das Individuum sein System gebaut hat, ist nicht einfach so ersichtlich, sondern kann erst durch systematisches, dialogisches Vorgehen und die Bildung von Hypothesen ermittelt werden. Fragen auf der Ebene Ausstattung, das Vorhandensein von Mustern in Form von Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern sowie die Integration in die gesellschaftlichen Strukturen sind dabei gleichermaßen von Bedeutung. Diese Ebenen bedingen sich nämlich gegenseitig und durch ihr Zusammenspiel entsteht ein spezifisches Lebensführungssystem (LFS) (Hollenstein et al., 2018, S. 185). Damit gehen immer „Aufgaben der biologischen, psychischen und sozialen Lebensbewältigung“ (S. 185) einher. Die Art, wie solche Aufgaben bewältigt werden, führt zu positiven oder negativen Mustern, die das Leben eines Menschen prägen. Diese sogenannten Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster werden von Sommerfeld et al. (2016, S. 199) als Ordnungszustände bezeichnet, die in gewissen Situationen durch Reize getriggert werden können. Besonders interessant sind sogenannte Problemdynamiken. Es handelt sich dabei um sich gegenseitig beeinflussende negative Muster. Die Problemdynamik beschreibt also, was den Fall antreibt (Sommerfeld et al., 2016, S. 318). Als Fall sehen Sommerfeld et al. (2016) dann auch den „Mensch in seinem problematisch gewordenen Lebensführungssystem“ (S. 271). Die entstandenen Muster sind also in gewissen Bereichen nicht mehr kompatibel mit der sozialen Umgebung des Individuums und werden zu einem sozialen Problem. Die Begriffe Integration und Lebensführung (Hollenstein et al., 2018) sollen es in dem oben aufgeführten Verständnis ermöglichen, dass die gesamte komplexe Systemdynamik eines Menschen „rekonstruiert, visualisiert und verstanden“ wird (S. 185).

Diese Dynamiken gilt es in der systemisch-biografischen Diagnostik zu beobachten, zu analysieren und daraus schliesslich zu einer „Beschreibung und Systemmodellierung der (bio-)psycho-sozialen Problemdynamik des LFS, einer systematisch daraus abgeleiteten Prognose und darauf bezogene Ansatzpunkte für Interventionen“ zu gelangen (S. 185). Bei der Systemmodellierung handelt es sich um eine Form der Darstellung der Systemdynamiken, welche ideografisch oder deskriptiv sein kann. Dieses Systemmodell ist stets nur als Hypothese zu betrachten und mit der Klientel und weiteren fallrelevanten Personen zu überprüfen – bei Bedarf soll es entsprechend angepasst werden (S. 186). Ergebnisse des Diagnostikprozesses werden ausserdem im Team überprüft, was einen Lernprozess anregen kann (S. 187).

Es gibt gemäss Sommerfeld et al. (2016, S. 275) zwei verschiedene Aspekte, die Sozialarbeitende im diagnostischen Blick behalten müssen. Der erste wurde soeben beschrieben – es geht um das Lebensführungssystem der Klientel. Konkret beinhaltet dies, dass relevante Komponenten des LFS und Integrationsbedingungen (z. B. Arbeit oder Familie) erfasst sowie Problemdynamiken ausfindig gemacht werden. Wichtig ist aber auch, die Ressourcen der Klientel zu erkunden und Recoveryfaktoren zu ergründen. Die zweite

Blickrichtung des diagnostischen Prozesses zielt auf das professionelle Hilfesystem. Sozialarbeitende sollen sich auf dieser Ebene einerseits bewusst sein, dass in der Biografie der Klientel auch prägende, zum Teil misslungene Prozesse durch Helfende stattgefunden haben können. Andererseits gibt es während des diagnostischen Prozesses verschiedene Einflussfaktoren, wie etwa die Beziehung zur Klientel, institutionelle Vorgaben wie Standardisierungen o.ä., für die Sozialarbeitende sensibilisiert sein müssen (S. 275).

### 6.3.1 Instrumente: Narrativ-biografisches Interview und Real-Time-Monitoring

Wie erwähnt, besteht der Wissenskorpus, welchen Sommerfeld et al. erarbeiteten, aus verschiedenen (Meta-)Theorien, Methoden und Instrumenten. Wichtig ist daher, dass man die einzelnen Instrumente nicht isoliert betrachtet, sondern sich bewusst ist, dass sie «zwingend an eine allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit sowie an Sach- Wert- und Zielaspekte sozialer Diagnostik gebunden» (Sommerfeld et al., 2016, S. 278-279) sind. Instrumente anzuwenden bedeutet also immer auch, über die notwendigen Kompetenzen und das daran geknüpfte Wissen zu verfügen (Sommerfeld et al., 2016, S. 278-279). Auf Basis dieses Wissenskorpus wurden zwei Diagnostikkonzepte entwickelt: Die deskriptive Systemmodellierung und die systemisch-biografische Systemmodellierung (Fachhochschule Nordwestschweiz, 2018a). Für beide gibt es konkrete Instrumente, welche das Vorgehen bestimmen. Das Ziel ist bei beiden Konzepten, eine Möglichkeit zu bieten, die Schwierigkeit der Komplexitätsreduktion und -erweiterung zu lösen (siehe auch Kapitel *Soziale Diagnostik*). Klar soll jedoch sein, dass ein Diagnostikinstrument nicht als Maschinerie für Diagnosen betrachtet werden soll. Es kann handlungsleitend und hypothesenfördernd sein, jedoch gibt es keine Garantie für Ergebnisse (Sommerfeld et al., 2016, 284).

Im Folgenden soll auf zwei Instrumente aus dem Konzept der systemisch-biografischen Systemmodellierung eingegangen werden.

Zu Beginn der Zusammenarbeit ist ein narrativ-biografisches Interview vorgesehen, bei welchem die Klientel ihre Lebensgeschichte erzählen soll. Der Fokus dabei liegt auf der Entwicklung der Lebensgeschichte und auf den Dynamiken des Lebensführungssystems (Hollenstein et al., 2018, S. 186). Wichtige Ereignisse der Biografie, wie etwa kritische Lebensereignisse oder –phasen, sind dabei ebenso von Bedeutung wie relevante Handlungssysteme. Basierend auf den gesammelten Daten sollen zwei Systemmodellierungen (eine für die relevanten Handlungssysteme und eine für die Lebensphasen) erstellt werden, welche die «individuellen Integrationsverhältnisse, die Aufgaben der Lebensbewältigung sowie vorhandene Ressourcen sichtbar machen.» (Calzaferri & Berger, 2012, S. 33-34) Die Ergebnisse davon sollen interdisziplinär in die gesamte Behandlung und Nachsorge der Klientel einfließen (S. 34). Unterschiede gibt es innerhalb des Instruments bei

der Art der Datenerfassung (transkribiert oder nicht), der Auswertung der Daten und darin, wie weit das Team einbezogen wird (Hollenstein et al., 2018, S. 186).

Als zweites Instrument kann ein *Real-Time-Monitoring*, eine Art Journal, zum Einsatz kommen. Die Klienten und Klientinnen bewerten auf einem Computer oder Laptop verschiedene Faktoren zu ihrem Wohlbefinden, wie zum Beispiel «heute habe ich mich meinen Problemen hilflos ausgeliefert gefühlt», auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 6 (sehr stark) (Schiepek & Schönfelder, 2007, S. 57). Dadurch sollen sie täglich zu einer Reflexion angeregt werden (Fachhochschule Nordwestschweiz, 2018c; Calzaferri & Berger, 2012, S. 34). Das Real-Time-Monitoring wurde speziell für die psychotherapeutische Praxis entwickelt, um Therapieverläufe zu erfassen (Schiepek, 2007, S. 56) und kommt bereits in mehreren Psychiatrien zum Einsatz (Calzaferri & Berger, 2012, S. 34). Es ermöglicht, Entwicklungen und Musterveränderungen im Behandlungsverlauf frühzeitig zu beobachten und erlaubt dadurch Prognosen darüber, wann das Risiko für Rückfälle oder die Chance für Entwicklungen besonders hoch und daher eine Anpassung der Behandlung sinnvoll ist (Fachhochschule Nordwestschweiz, 2018c). Erprobt wurde dies im Rehabilitationszentrum Casa Fidelio, in welchem das Eingeben der Daten und das Bewerten des Wohlbefindens der Klientel als Auslöser für ertragreiche Reflexionsprozesse und als ressourcenaktivierend empfunden wurde (Calzaferri & Berger, 2012, S. 34).

### 6.3.2 Abgleich mit den Kriterien

Das narrativ-biografische Interview, welches zur Rekonstruktion von psycho-sozialen Dynamiken ganz am Anfang stattfinden soll (Hollenstein et al., 2018, S. 186), sowie das behandlungsbegleitende *Real-Time-Monitoring* bieten aus Sicht der Autorin und des Autors mehrere Chancen für die Autonomieförderung der Klientel.

Das narrativ-biografische Interview dient der Erhebung umfassender Informationen, die für weitere Gespräche wichtig sein werden, sowie dem Erkennen von Problemdynamiken. Zudem kann es bei der Klientel das Gefühl fördern, wahrgenommen zu werden und gleichzeitig ihr eigenes Interesse an den Ergebnissen wecken (S. 186).

Die offene Form des Interviews bietet einerseits den Vorteil, dass die Fachkräfte das Instrument sehr flexibel einsetzen können und somit viele verschiedene Faktoren zur Autonomieförderung berücksichtigen können. Andererseits ist, bedingt durch die fehlende Struktur, das Risiko vorhanden, dass wichtige Faktoren zur Autonomieförderung vergessen gehen können. Kritisch angefügt werden soll zudem, dass mit dem biografisch-narrativen Interview per se noch keine Systemmodellierung des Lebensführungssystems erstellt ist und somit auch noch keine Ergebnisse vorhanden sind, mit denen gearbeitet werden könnte. Hierfür braucht es die oben genannte sequenzanalytische Auswertung, welche durch die Sozialarbeitenden erfolgen muss. Dies kostet nach Ansicht der Autorin und des Autors

vermutlich je nach Komplexität viel Zeit und ist nur dann sinnvoll, wenn die Ergebnisse davon als Basis für die Behandlungsplanung verwendet werden.

Das narrativ-biografische Interview lässt den Klientinnen und Klienten viel Raum für die Erkundung ihrer Biografie und bisheriger Copingstrategien. Die Integration in soziale Systeme, die Strategien zur Bewältigung von Problemen und die Ressourcen werden für die weitere Arbeit mit der Klientel sichtbar gemacht. Durch die Ressourcenorientierung werden neue und hoffnungsvolle Perspektiven möglich. Obschon nicht explizit vorgesehen, ermöglicht das Besprechen und Aufarbeiten von schwierigen Lebenssituationen den Sozialarbeitenden, die Klientinnen und Klienten zu würdigen und ihnen, bezugnehmend auf bereits Geleistetes, Hoffnung zu vermitteln. Nach Ansicht der Autorin und des Autors ist das narrativ-biografische Interview auch auf der Beziehungsebene grundsätzlich dafür geeignet, Autonomie zu fördern, indem die Sozialarbeitenden etwa auf Augenhöhe mit ihren Klientinnen und Klienten kommunizieren.

Das Real-Time-Monitoring erfasst das tägliche Befinden der Klientinnen und Klienten, indem diese Aussagen über ihr Wohlbefinden mithilfe von Skalierungen einschätzen sollen. Diese Reflexion durch die Klientel selbst ist nach Ansicht der Autorin und des Autors sehr wichtig. Einerseits kann die Klientel Hoffnung erlangen, wenn sie merkt, dass es über längere Zeit eine positive Entwicklung gab, andererseits wird die Aufmerksamkeit bei negativen Verläufen eher auf Schwierigkeiten und Instabilitäten gelenkt, was der Ressourcenorientierung widerspricht. Die grafische Aufarbeitung der Daten durch die Software lässt erkennen, wann Interventionen besonders sinnvoll sind.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch das narrativ-biografische Interview mit dem Klienten bzw. der Klientin an der **Biografie gearbeitet** wird und **bisherige Copingstrategien erkundet** werden. Zudem ist das Instrument **ressourcenorientiert**. Das alles geschieht in einem **Dialog**, wodurch es den Fachkräften möglich ist, mit der Klientel auf **Augenhöhe** zu kommunizieren, ein **vertrauensvolles** Klima zu schaffen und **Hoffnung zu vermitteln**. Das Real-Time-Monitoring bietet den Klienten und Klientinnen durch die Selbstreflexion die Möglichkeit, sich selbst besser kennenzulernen. Für die Fachkräfte zeigen sich durch die systematische Auswertung dieser Daten Tendenzen, welche sowohl positive als auch negative Musterveränderungen anzeigen können.

## 7 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass Soziale Diagnostik zu den zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit gehört. Das Ziel der Sozialen Diagnostik ist es, auf eine strukturierte und reflektierte Art und Weise eine Basis zu schaffen für problem- und ressourcenbezogene Interventionen für Menschen in schwierigen sozialen Problemlagen (Buttner et al., 2018, S. 24). Die Soziale Arbeit ist für ihre Interventionen auf solche zuverlässige, methodisch und empirisch fundierte Ausgangspunkte angewiesen (S. 11). Dies gilt auch für das Arbeitsfeld der Psychiatrie. Der Verein Klinische Sozialarbeit Schweiz hält auf seiner Website fest, dass Sozialarbeitende, welche im klinischen Bereich tätig sind, den Hilfeprozess aktiv gestalten und dabei passende Instrumente der Anamnese, Diagnose und Behandlungsplanung verwenden (Clinical Social Work Switzerland CSWS, n.d.). Wie sich in der Literatur herausstellte, beeinflussen sich soziale und gesundheitliche Faktoren gegenseitig. In einer Studie von Sommerfeld et al. (2011) wurde gezeigt, dass die Auswirkungen der sozialen Faktoren auf die ganze Dynamik des Krankheitsverlaufs sehr komplex sind, weshalb es auch wichtig ist, sie möglichst differenziert zu erheben und ihre Bedeutung zu erfassen. Nur so können sie in den fallbezogenen Interventionen angemessen berücksichtigt werden (zitiert nach Sommerfeld et al., 2016, S. 7-8).

Zwar wurde die Soziale Diagnostik lange Zeit stark kritisiert, da sie auch missbraucht wurde und zu Stigmatisierungen der Betroffenen führen kann, aber inzwischen herrscht im Fachdiskurs doch mehrheitlich Einigkeit darüber, dass die Soziale Arbeit auf irgendeine Art von Sozialer Diagnostik angewiesen ist. Es könnte sein, dass heutige Kritik darin begründet liegt, dass Soziale Diagnostik missverstanden wird und man sie fälschlicherweise beschuldigt, Kinderkrankheiten, wie etwa Stigmatisierungen, nicht abgelegt zu haben. Dies ist aber, wie gezeigt werden konnte, zumindest auf einer theoretischen Ebene nicht der Fall. Heute existieren zahlreiche, teilweise sehr unterschiedliche sozialdiagnostische Konzepte und Instrumente und der Diskurs dreht sich nun größtenteils um die Frage, welche davon sinnvoll und praktikabel sind und welche eher nicht (Buttner et al., 2018, S. 18; vgl. auch Dollinger, 2011, S. 30). Es lässt sich also ableiten, dass grundsätzliche Kritik an der Sozialen Diagnostik kein Hindernis für deren Anwendung ist.

Soziale Diagnostik stellt den Ausgangspunkt für die weitere Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften und der Klientel dar. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, herauszufinden, inwiefern Sozialarbeitende die Soziale Diagnostik nutzen können, um die Autonomie der Klientinnen und Klienten zu wahren und zu fördern. Daher sollen im Folgenden zunächst die Ergebnisse präsentiert werden, welche begründen, weshalb es überhaupt sinnvoll und wichtig ist, die Selbstbestimmung der Klientel in der Psychiatrie so gut wie möglich zu wahren und zu fördern.



Aus der Literatur geht hervor, dass Autonomie für die Soziale Arbeit im Allgemeinen und für die Psychiatrie im Speziellen ein enorm wichtiger Wert ist. Im Berufskodex von AvenirSocial werden Selbstbestimmung und Ermächtigung als ethische Orientierungen der Sozialen Arbeit festgehalten (AvenirSocial, 2010, S. 8). Schliesslich haben es Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen oft mit Menschen zu tun, welche einen besonders hohen Schutzbedarf haben, da sie nur eingeschränkten Zugang zu gewissen gesellschaftlichen Ressourcen haben und in der Verwirklichung ihres Lebens eingeschränkt sind.

Für die Psychiatrie ist Autonomie unter anderem deshalb ein sehr wichtiger Begriff, weil sich viele Menschen mit psychischen Erkrankungen immer wieder mit Zwang, also dem Gegenteil von Selbstbestimmung, konfrontiert sehen (Aichele, 2016, S. 35). Es wurde ersichtlich, dass auch heute eine kritische Reflexion von Autonomie notwendig ist, denn die teilweise düstere Geschichte der Psychiatrie ist heute nicht vorbei – hier seien die Stichworte fürsorgerische Unterbringung, Zwangsmedikation, Isolierung und Fixation genannt (Brosey & Osterfeld, 2017, S. 148-156). Die Auseinandersetzung mit dem Thema Autonomie bzw. Zwang in der Psychiatrie ist aber keineswegs einfach, was mehrere Gründe hat: der Begriff Autonomie ist einerseits nicht einheitlich definiert und wurde im Laufe der Zeit und von verschiedenen Philosophen ganz unterschiedlich interpretiert und die Auslegung in der Praxis kann sich stark unterscheiden. Hier sei etwa die begriffliche Unterscheidung der Autonomie nach Irrgang (1995) in Emotivismus und moralische Autonomie genannt (zitiert nach Schlittmaier, 2014, S. 41). Andererseits gelten für die Psychiatrie die unterschiedlichen Werte der Medizinethik (Beauchamp und Childress, 2013). Hier stellt Autonomie nur einen Wert unter mehreren dar und diese Werte können in konkreten Situationen immer wieder in Konflikt miteinander geraten. Denn wann nach welchen Kriterien gehandelt werden soll, ist nicht abschliessend geklärt (siehe Kapitel *Autonomie* und *Autonomie in der Psychiatrie*). Grundsätzlich sprechen aber beide Berufskodizes dafür, dass die Autonomie der Klientinnen und Klienten gewahrt und gefördert werden soll.

Neben den beiden Berufskodizes gibt es aber auch noch andere wichtige Argumente, welche dafürsprechen, dass die Wahrung und Förderung von Autonomie gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sehr wichtig sind: In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass die Selbstbestimmung ein zentraler Faktor für Recovery ist (Knuf, 2016, S. 40; Mancini, 2008, S. 358; Onken et al., 2007, S. 11-12) (siehe Kapitel *Recovery*). Zwang hingegen stellt einen starken Eingriff in die persönliche Integrität von Menschen dar und kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken (Aichele, 2016, S. 35). Zudem lässt sich aus den Menschenrechten und der UNO-Behindertenrechtskonvention ableiten, dass Menschen nicht aufgrund ihrer Erkrankungen in ihren Grundrechten eingeschränkt werden dürfen. Dies bedeutet auch, dass diese Menschen Entscheidungen, welche mit ihrer Gesundheit zusammenhängen, selbst treffen dürfen (Aichele, 2016, S. 18-19) (siehe Kapitel *Autonomie in der Psychiatrie*).

In der heutigen Praxis der Psychiatrie wird häufig vom Prinzip der Gleichbehandlung abgewichen mit der Begründung, dass Klientinnen oder Klienten keine Krankheitseinsicht haben, nicht einwilligungsunfähig oder krankheitsbedingt nicht einsichtsfähig seien (Aichele, 2016, S. 23-24). Hier drängt sich die Frage auf, ob nicht Handlungen, welche man zwar eigentlich zum Wohle der Klientel plant, aber gegen deren Willen durchsetzt, dem eigentlichen Ziel der Verbesserung des gesundheitlichen Zustands entgegenwirken und sogar potenziell gesundheitsgefährdend sein können. Zudem kann von aussen nicht immer eindeutig beurteilt werden, ob in einer konkreten Situation die Fähigkeit zur Autonomie und damit die Voraussetzungen für autonome Entscheidungen gegeben sind oder nicht. Daraus lässt sich ableiten, dass solche Eingriffe in die Rechte der Klientel nur schwer legitimierbar sind.

Eine Möglichkeit, wie Sozialarbeitende in der Praxis mit der Problematik Autonomie vs. Zwang umgehen können, wird von Schlittmaier (2014, S. 43-44) vorgeschlagen, indem er die Bedingungen des *informed consent* aus der Medizinethik für die Klinische Soziale Arbeit vorstellt. Durch dieses Prinzip soll eine Basis geschaffen werden, auf welcher Sozialarbeitende Interventionen im Interesse der Klientel planen und durchführen können. Das Problem hierbei ist jedoch, dass die Klientinnen und Klienten dafür laut Schlittmaier (2014) kognitive, emotionale und sprachliche Kompetenzen benötigen. Wenn aus professioneller Sicht davon ausgegangen wird, dass diese Fähigkeiten momentan nicht vorhanden sind, ist ein informiertes Einverständnis nicht möglich, weshalb es zu Interventionen gegen den Willen der Klientel kommen kann. Autonomie im Sinne des Emotivismus verlangt im Gegensatz dazu nicht nach Rationalität. Sozialarbeitende haben laut diesem Verständnis nicht das Recht, die Entscheidungen der Klientel zu hinterfragen, weshalb auch selbstgefährdendes Verhalten zu respektieren wäre (S. 41-42). Dies widerspricht wiederum dem Auftrag der Sozialen Arbeit, Menschen zu schützen (AvenirSocial, 2010, S. 7).

Aus der Diskussion ergibt sich also ein Problem: Sind Menschen zwar in der Lage, ihre Entscheidungen aus ihrer Sicht rational zu begründen, kann es dennoch sein, dass die Gründe für die Professionellen nicht nachvollziehbar sind. Die Fachpersonen aus der Psychiatrie könnten dann zum Schluss kommen, dass die Klientinnen oder Klienten krankheitsbedingt nicht einwilligungsfähig sind und es wird gegen den Willen der Klientel entschieden. Wenn man nach dem Autonomieverständnis des Emotivismus handelt, würden hingegen auch diejenigen Entscheidungen der Klientel akzeptiert, welche die Fachpersonen nicht rational nachvollziehen können.

Der *informed consent* nach Schlittmaier (2014) kann also nur dann erreicht werden, wenn der Klientel kognitive, sprachliche und emotionale Fähigkeiten zugesprochen werden und man sich einig wird. In allen anderen Fällen scheint es davon abzuhängen, wie die involvierten Fachkräfte den Wunsch resp. die Entscheidung der Klientel beurteilen. Daraus lässt sich

schliessen, dass die Anwendung von Zwangsmassnahmen vom Autonomieverständnis abhängig ist, welches vertreten wird.

Die Autorin und der Autor dieser Bachelor-Thesis schlagen aufgrund der erarbeiteten Erkenntnisse für den Umgang mit diesem Problem einen Mittelweg vor:

1. Gerade mit dem Verständnis von Recovery und Empowerment im Hinterkopf scheint es offensichtlich, dass die Klientel autonom handeln können soll. Der professionelle Auftrag der Sozialen Arbeit ist es, Menschen zu schützen und in ihrer Autonomie zu fördern. Nach dem Verständnis des Emotivismus könnten Sozialarbeitende deshalb die Wünsche, Neigungen und Meinungen der Klientel wahrnehmen und achten. Es würde nicht darum gehen, dass man sich einig ist, aber dass man sich um Verständnis bemüht. Dafür könnte man sozialdiagnostische Instrumente nutzbar machen, da diese ein sehr breites Bild einer Problem- und Ressourcenlage der Klientel ermöglichen. Bei der teaminternen Besprechung von Interventionen, die allenfalls gegen den Willen der Klientel gehen, wäre die Aufgabe der Sozialarbeitenden, anwaltschaftlich zu handeln und für die Anliegen der Klientel Gründe zu suchen und dafür einzustehen – selbst dann, wenn man selbst nicht dieser Meinung ist. Man ermöglicht dadurch der Klientel, als Expertin oder Experte ihrer bzw. seiner Lebenswelt indirekt mitzureden. Das Ziel davon wäre, dass Interventionen *soweit wie möglich* dem Wunsch der Klientel entsprechen.
2. Erweiterbar wäre dieser Gedanke durch die Mehrperspektivität von Sozialer Diagnostik. Maja Heiner (2013, S. 28; vgl. Richmond, 1917, S. 363) meint, diagnostisches Fallverstehen müsse mehrperspektivisch orientiert sein. Probleme sollen also möglichst komplex dargestellt werden und verschiedene Dimensionen sind dafür ausschlaggebend. Gerade bei Themen, bei welchen die Klientel eine Meinung vertritt, welche von den Sozialarbeitenden nicht nachvollzogen werden kann, kann versucht werden, durch das Einholen von Ansichten der verschiedenen Beteiligten weitere Argumente für das Anliegen der Klientel zu suchen und diese besser zu verstehen. Jedoch könnte sich hier auch herausstellen, dass das Anliegen der Klientel von anderen Beteiligten nicht geteilt wird, was es wiederum schwieriger macht, die Entscheidung des Klienten oder der Klientin im Team zu vertreten.

Im Psychiatriebereich ist es heute aber dennoch so, dass medizinische Massnahmen auch gegen den Willen von Klienten und Klientinnen durchgesetzt werden können, wenn sie zeitweise als krankheitsbedingt urteilsunfähig gelten (ZGB Art. 434 E Abs. 2 Ziffer 1). Es braucht also von Seiten der Fachkräfte eine hohe Sensibilität, damit legitime Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt werden und es zu keinen groben Eingriffen in die Menschenrechte der Klientel kommt. Auch wenn dieses Thema also sehr spannungsgeladen ist und teilweise

Dilemmata auslöst, ist es aus Sicht der Autorin und des Autors dennoch klar, dass die Wahrung und Förderung von Autonomie grundsätzlich wichtig sind.

In der vorliegenden Arbeit wurde also die Frage untersucht, inwiefern Soziale Diagnostik nutzbar gemacht werden kann, um dieses Ziel zu erreichen. Aus der Literatur zu Empowerment, welche sich mit dem Thema der Autonomieförderung auseinandersetzt, konnten zahlreiche Kriterien herausgearbeitet werden, welche in einer Institution erfüllt sein sollten, um die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten optimal zu achten und zu fördern.

Dabei wurde festgestellt, dass viele dieser Faktoren erst im Rahmen der an die Soziale Diagnostik anschließenden Interventionen zum Tragen kommen, beispielsweise dass die Klientin oder der Klient über mögliche Handlungsoptionen informiert wird (Knuf, 2016, S. 49-50). Für andere der erwähnten Faktoren ist ein längerfristiger Prozess notwendig, z. B. das Sammeln neuer, positiver Lernerfahrungen, um die erlernte Hilflosigkeit zu überwinden und mehr Selbstwirksamkeit zu erleben (S. 78-79).

Trotzdem wurden auch einige Kriterien zur Autonomiewahrung und -förderung herausgearbeitet, welche sich bereits im Rahmen der Sozialen Diagnostik umsetzen lassen: Die Anliegen und Werte der Klientinnen und Klienten müssen erfasst werden, damit diese in den anschließenden Interventionen berücksichtigt werden können. Die Diagnostik muss dialogisch und partizipativ aufgebaut sein, denn die Sozialarbeitenden sollen die Expertise der Klientel für ihr eigenes Leben anerkennen. Weiter sollte die Soziale Diagnostik ressourcenorientiert gestaltet sein, da mit den Ressourcen auch Selbsthilfepotenziale einhergehen. Damit hängt auch zusammen, dass die Copingstrategien erkundet werden, welche für eine Person bei Schwierigkeiten in der Vergangenheit hilfreich waren. Auch so können Ressourcen offenbart werden, welche vielleicht inzwischen verschüttet sind, jedoch unter Umständen wieder aktiviert werden könnten. Zudem sollte die Sozialen Diagnostik der Klientel auch Raum geben, um die eigene Biografie darzustellen und zu erkunden, damit Sinnhaftigkeit und Kohärenz hergestellt, die Selbststigmatisierung überwunden und die eigenen Werte und Motive reflektiert werden können (siehe Kapitel *Kriterien für die Autonomieförderung durch Soziale Diagnostik*).

Des Weiteren wurde gezeigt, dass die Haltung der Fachpersonen gegenüber den Klientinnen und Klienten sehr wichtig ist: Letztere müssen mit ihren Wünschen, Zielen und Bedürfnissen wahrgenommen und respektiert werden und es braucht eine Begegnung auf Augenhöhe. Zudem müssen auch die strukturellen Bedingungen in der Institution so gestaltet sein, dass nur so wenig wie möglich *über* die Klientel gesprochen wird, sondern vielmehr *mit* der Klientel und dass die Menschen mit psychischen Erkrankungen in Entscheidungsprozesse, welche sie betreffen, miteinbezogen werden (siehe Kapitel *Förderung der Autonomie*).

Die erarbeiteten Kriterien zur Autonomieförderung wurden in einem nächsten Schritt mit sozialdiagnostischen Instrumenten abgeglichen, um zu untersuchen, ob diese sich dazu eignen, die Autonomie der Klientel zu fördern. Dabei zeigte sich, dass alle untersuchten Instrumente einige der Kriterien erfüllen, in anderen Bereichen jedoch auch Schwächen aufweisen.

Das Rahmenmodell Biopsychosozialer Diagnostik beinhaltet eine eigene Kategorie für die Biografiediagnostik und geht durch das Modell der *Fünf Säulen der Identität* spezifisch auf die Werte der Person ein und ergründet dadurch, was für sie wichtig ist. Manche Teile sind dialogisch gestaltet, andere nicht zwingend. Die gewonnenen Erkenntnisse werden zwar unter anderem entlang der Dimension *Ressourcen – Defizite* geordnet, jedoch wird nicht spezifisch nach Ressourcen gesucht. Daher ist die Ressourcenorientierung nicht wirklich gegeben. Zudem besteht die Gefahr, dass die Meinung der Klientin oder des Klienten bei der Zielsetzung zu wenig gewichtet wird (siehe Kapitel *Diagnostisches Fallverstehen*).

Das spezifische Erkunden der Ressourcen stellt eine Stärke des Gesprächsleitfadens *Ressourceninterview* dar. Der Blick wird dabei auch auf Ressourcen in der Vergangenheit gerichtet und damit auf bisherige Copingstrategien. Es können also frühere Ereignisse thematisiert werden, jedoch ist die Biografiearbeit kein explizites Ziel des Ressourceninterviews. Die Partizipation wird erleichtert, indem der Begriff Ressource sowie das Instrument insgesamt gut erklärt wird. Das Interview erfolgt in einem Dialog, bei welchem der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin immer wieder Rückfragen stellen soll. Die Anliegen und Werte der Klientel werden nicht direkt erfragt, können aber teilweise anhand der Ressourcen abgeleitet werden. Insgesamt vermittelt dieses Instrument sicher die hoffnungsvollste Perspektive, da es sich ausschliesslich auf die Ressourcen konzentriert. Da jedoch Ressourcen immer nur in Bezug auf bestimmte Fragen oder Probleme sinnvoll erhoben werden können (Buttner, 2018, S. 142) und es für eine umfangreiche Soziale Diagnostik auch eine Analyse der Problemlagen braucht, kann das Ressourceninterview nach Ansicht der Autorin und des Autors nicht alleine verwendet werden, sondern immer nur in Kombination mit anderen diagnostischen Instrumenten (siehe Kapitel *Ressourcenorientierung*).

Das letzte vorgestellte Konzept, die systemisch-biografische Systemmodellierung, ermöglicht aufgrund des biografisch-narrativen Interviews die Arbeit an der eigenen Biografie. Zudem wird bei der sequenzanalytischen Auswertung speziell auf Ressourcen und Copingstrategien geachtet. Dadurch, dass dieses Interview dialogisch stattfindet, wird es für die Sozialarbeitenden möglich, den Fokus auf die relevanten Beziehungsaspekte zu legen. Anhand dieses Interviews werden die Systemmodellierungen erstellt. Das *Real-Time-Monitoring* wird als Ergänzung zu den Systemmodellierungen eingesetzt. Es ermöglicht es den Fachpersonen, den richtigen Zeitpunkt für Interventionen zu bestimmen. Eine Gefahr sehen der Autor und die Autorin hier darin, dass durch die täglichen Reflexionen der Klientel nicht

nur positive, sondern auch negative Veränderungen aufgezeigt werden. Dies kann für den Behandlungsprozess zwar durchaus sinnvoll und hilfreich sein, es kann die Klientel aber auch dazu verleiten, sich stark auf die Probleme anstatt auf die eigenen Ressourcen zu fokussieren (siehe Kapitel *Systemisch-biografische Diagnostik*).

Es gibt also Instrumente, von denen grundsätzlich gesagt werden kann, dass sie besser als andere geeignet sind für Empowerment und somit für die Förderung bzw. Wahrung von Autonomie. Jedoch geben nicht alle Instrumente genau vor, welche Fragen gestellt oder worauf der Fokus gelegt werden soll. Auch wie sie in der Praxis genau umgesetzt werden, ob etwa ein Fragebogen strikt Punkt für Punkt durchgearbeitet oder eher flexibel gehandhabt wird, ist abhängig von den Sozialarbeitenden.

Doch genau die Art der Durchführung ist nach Ansicht des Autors und der Autorin entscheidend, wenn das Ziel ist, die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten im ganzen Hilfeprozess zu achten und fördern. Dies lässt sich davon ableiten, dass sich mehrere der erarbeiteten Kriterien auf die Beziehung zwischen Klientel und Sozialarbeitenden und auf die Haltung der Fachpersonen beziehen (siehe Kapitel *Kriterien für die Autonomieförderung durch Soziale Diagnostik*). Es soll versucht werden, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und den Klientinnen und Klienten zu vermitteln, dass sie ihre Wünsche äussern und eigene Entscheidungen treffen dürfen. Diese Entscheidungen sollten auch so weit wie möglich respektiert und mitgetragen werden, vorausgesetzt, dass dadurch weder sie selbst noch andere gefährdet werden. Weiter ist es zentral, Hoffnung auf eine Verbesserung der Situation und ein erfülltes Leben zu vermitteln, damit die Klientinnen und Klienten nicht in ihrer Resignation stagnieren (siehe Kapitel *Förderung der Autonomie*). Mit einer solchen Haltung können die verschiedensten Instrumente von den Sozialarbeitenden so eingesetzt werden, dass dadurch schliesslich die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten gewahrt und gefördert wird.

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter müssen über hohe Gesprächsführungskompetenzen verfügen, damit die relevanten Informationen für angemessene Interventionen für sie erfassbar werden. Dies ist allerdings für die Soziale Diagnostik insgesamt wichtig und nicht nur für Empowerment. Kritisch betrachtet stellt sich hier die Frage: Reichen die Kompetenzen, welche im Rahmen der Ausbildung erworben werden, aus, um ein Gespräch nach solch vielfältigen Kriterien zu führen?

Aus den Erkenntnissen des Kapitels *Soziale Diagnostik* ergibt sich für den Autor und die Autorin noch ein weiterer wichtiger Punkt: Wenn man als Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter bestimmte sozialdiagnostische Instrumente so anwenden will, dass dadurch die Autonomie der Klientinnen und Klienten möglichst gewahrt und gefördert wird, sollte man sich auch damit auseinandersetzen, wie Soziale Diagnostik heute von den meisten Autorinnen und Autoren verstanden wird (und wie sie auch bereits von Mary Richmond gesehen wurde): Es geht nicht

darum, einen Fall als Expertin oder Experte zu verstehen, zu bewerten und eine endgültige Klassifikation resp. Etikettierung vorzunehmen. Soziale Diagnostik wird als ein Prozess gesehen, bei welchem im Austausch mit der Klientel und anderen relevanten Personen vielfältige Informationen erhoben und anschliessend Hypothesen gebildet werden. Diese Hypothesen müssen im weiteren Verlauf der Zusammenarbeit immer wieder überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Man darf dabei nicht aus den Augen verlieren, dass die Klientinnen und Klienten sich selbst und ihre Situation am besten kennen und daher als Expertinnen oder Experten für ihr Leben gelten (siehe Kapitel *Soziale Diagnostik*).

In Bezug auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit, inwiefern Sozialarbeitende in der Psychiatrie die Soziale Diagnostik dazu einsetzen können, die Autonomie der Klientinnen und Klienten zu wahren und zu fördern, lässt sich also Folgendes festhalten:

Nebst der Frage nach dem für den spezifischen Fall geeigneten sozialdiagnostischen Instrument spielt es eine entscheidende Rolle, *wie* Sozialarbeitende damit arbeiten. Einerseits gibt es verschiedene relevante Faktoren auf der Beziehungsebene, andererseits soll auch eine Haltung eingenommen sein, welche ermutigend und daher förderlich ist für die Autonomieförderung. Zudem sollen Ergebnisse der Diagnostik nicht als fixe Diagnosen gelten, sondern als Hypothesen, welche gemeinsam mit der Klientel weiterentwickelt werden, um Interventionen möglichst genau deren Bedürfnissen und Wünschen anzupassen.

Aus Sicht der Autorin und des Autors ist es, wie dargelegt wurde, wichtig, das Empowermentkonzept weiter in die Praxis einzubinden. Die in dieser Arbeit vorgenommene Verknüpfung von Kriterien, abgeleitet vom Empowermentkonzept, mit konkreten Vorgehensweisen für die Praxis bietet folglich einen wichtigen Beitrag für die Diskussion darüber, wie dieses zentrale Anliegen in der Psychiatrie vorangetrieben werden kann.

Für den spezifischen Arbeitsbereich der Psychiatrie ist jedoch noch eine weitere Ebene entscheidend dafür, ob und wie Autonomie gefördert werden kann. Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen arbeiten in psychiatrischen Kliniken in interdisziplinären Teams und sind den vorgegebenen Strukturen und Abläufen der Institution unterstellt. Sommerfeld et al. (2016, S. 10-11) konnten zeigen, dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie zwar geschätzt, jedoch zum Teil noch nicht als gleichwertige Profession angesehen wird und daher oft eher delegierte Aufträge übernimmt. Für die Autorin und den Autor stellt sich daher die Frage, wie die Soziale Diagnostik in interdisziplinären Teams so umgesetzt werden kann, dass dadurch ein Beitrag zur Förderung der Selbstbestimmung geleistet werden kann. Wie können Synergien zwischen den Disziplinen genutzt werden, damit der Hilfeprozess nicht unübersichtlich wird und die Klientel nicht diverse Male die gleichen Fragen beantworten muss? Dies wäre weder zielführend noch besonders effizient. Dass die Soziale Arbeit mit der Sozialen Diagnostik auf Konzepte zurückgreifen kann, welche diagnostisches Fallverstehen und dadurch auch Interventionen in komplexen Problemlagen ermöglichen, ist für die Professionalisierung sehr

wichtig. Solche sozialdiagnostischen Konzepte in der Psychiatrie anzuwenden, ist aber im Grunde nur dann sinnvoll, wenn die Erkenntnisse daraus für die gesamte Behandlung relevant sind und nicht nur für die Interventionen der Sozialarbeitenden. Andererseits könnten die Sozialarbeitenden auch die gesammelten Informationen und die fachlichen Einschätzungen der anderen Mitglieder des interdisziplinären Behandlungsteams im Sinne der Multiperspektivität (Heiner, 2013, S. 30) in ihre Soziale Diagnostik mit einbeziehen. Insgesamt kommen der Autor und die Autorin zum Schluss, dass das volle Potenzial der Sozialen Diagnostik zur Autonomieförderung in der Psychiatrie nur dann ausgeschöpft werden kann, wenn ihr Wert auch im interdisziplinären Team anerkannt wird und sie einen festen Platz im Behandlungsprozess erhält. Zudem müssten auch auf der Ebene der Institution einige Bedingungen erfüllt sein, damit die Soziale Diagnostik auf die beschriebene Weise durchgeführt werden kann. Es bräuchte dafür etwa genügend zeitliche Ressourcen, welche heute in der Psychiatrie oft eher knapp bemessen sind (Sommerfeld et al., 2016, S. 11). Denkbar wäre zudem, dass die Anwendung bestimmter sozialdiagnostischer Instrumente institutionalisiert wird und dass für die Mitarbeitenden Schulungen angeboten werden, in welchen sie den Umgang mit diesen Instrumenten erlernen könnten. Beides würde jedoch auch Kosten verursachen, welche vermutlich nur getragen werden könnten, wenn die Institution in der Sozialen Diagnostik auch einen Mehrwert sieht.

Es läuft also schliesslich auf die Fragen hinaus: Möchte die Institution gut strukturierte, fachlich fundierte und autonomiesfördernde Konzepte und Instrumente? Ist das Ziel des Teams, dass Klientinnen und Klienten selbstbestimmter werden und auch wieder genesen (Recoveryorientierung)? Oder verfolgen manche psychiatrischen Kliniken etwa gar nicht primär das Ziel, die Autonomie zu fördern, weil vielmehr die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht? Glauben die Fachpersonen daran, dass die Klientinnen und Klienten (wieder) ein selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft führen können? Diese kritischen Fragen, welche sich auch Mancini (2008, S. 362) stellte, sollen als Anregung für weiterführende Überlegungen dienen, können hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden.

Es lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass es nicht ausreicht, dass Sozialarbeitende versuchen, die Soziale Diagnostik zur Autonomieförderung einzusetzen, sondern dass es dafür zusätzliche Veränderungen in den interdisziplinären Teams und auf institutioneller Ebene braucht. Es kann sogar weiter argumentiert werden, dass es nur ein kleiner Schritt im ganzen Hilfeprozess wäre, mithilfe der Sozialen Diagnostik zu versuchen, die Selbstbestimmung der Klientel zu fördern; diese sollte nämlich im ganzen Prozess als wichtiger Wert angesehen werden. Wenn man dafür plädiert, dass die Autonomie der Klientinnen und Klienten in der Psychiatrie konsequent gefördert werden soll, muss folglich das Empowermentkonzept in der ganzen Organisation implementiert werden. Dies bedeutet, dass auch die organisatorischen Abläufe, die Entscheidungsprozesse, die Kooperationen



sowie die Arbeitsplatzgestaltungen auf Empowerment ausgerichtet werden müssten (Herriger, 2010, S. 170-171). Dies würde grosse Umstrukturierungen mit sich bringen und alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Institution sollten der Klientel mit einer Haltung begegnen, welche dem Empowermentkonzept entspricht.

Eine solch konsequente Empowermentorientierung ist heute in psychiatrischen Kliniken jedoch nicht überall die Realität und Sozialarbeitende bearbeiten mit ihren Klientinnen und Klienten oftmals vor allem delegierte Aufträge, beispielsweise das Organisieren einer betreuten Wohnform (Sommerfeld et al., 2016, S. 11). Häufig stehen sozioökonomische Probleme im Vordergrund (Sommerfeld & Rügger, 2013, S. 397-398). Der Autor und die Autorin sind der Ansicht, dass die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen jedoch auch hier, in einem kleineren Rahmen, Instrumente der Sozialen Diagnostik so einsetzen können, dass damit ein Beitrag zur Förderung der Autonomie der Klientel geleistet wird, auch wenn die Bedingungen für die Autonomieförderung im Allgemeinen nicht ideal gestaltet sein sollten.

Im Folgenden soll die Beantwortung der Fragestellung, inwiefern Sozialarbeitende in der Psychiatrie Soziale Diagnostik einsetzen können, um die Autonomie der Klientinnen und Klienten zu wahren und zu fördern, nochmals zusammengefasst werden: Soziale Diagnostik bietet eine Möglichkeit zuverlässige, methodisch und empirisch fundierte Ausgangspunkte zu schaffen (Buttner et al., 2018, S. 11). Eine differenzierte Erhebung von Daten ist nötig, damit soziale Faktoren, welche sich auf die Dynamik des Krankheitsverlaufs auswirken, berücksichtigt werden können (Sommerfeld et al., 2016, S. 7-8) Es kann gesagt werden, dass mit der richtigen Haltung, genügend zeitlichen Ressourcen der Institution sowie diagnostischen Konzepten und Instrumenten, welche die erarbeiteten Kriterien erfüllen, Sozialarbeitende in der Psychiatrie die Soziale Diagnostik dazu einsetzen können, einen Beitrag zur Förderung der Selbstbestimmung von Klientinnen und Klienten zu leisten. Weiter bedarf es für die Autonomieförderung ein breites Verständnis von Empowerment, und zwar teamübergreifend. Die Empowermentorientierung sollte in der Institution implementiert werden, beispielsweise mithilfe von Schulungen und Weiterbildungen. Empowerment passiert nicht einfach so, es braucht dafür Zeit und Geduld von allen involvierten Fachpersonen. Zusätzlich herausgefordert sind die Fachkräfte in der Psychiatrie dadurch, dass die Klientinnen und Klienten, bedingt durch psychische Erkrankungen, zeitweise urteilsunfähig sein können. Es braucht also Fingerspitzengefühl dafür, wie in solchen Situationen dennoch auf ihre Wünsche eingegangen werden kann und grobe Verletzungen der Freiheitsrechte der Menschen verhindert werden können.

Allerdings stellten die Autorin und der Autor durch die Auseinandersetzung mit der Literatur auch fest, dass in der Entscheidung, den Fokus der vorliegenden Arbeit gerade auf die Wahrung und Förderung von Autonomie zu legen, auch eine gewisse Willkür steckt. Zwar konnten zahlreiche Gründe aufgeführt werden, weshalb Autonomie ein wichtiger Wert ist,

welcher gefördert werden sollte, jedoch geht aus den Kapiteln *Autonomie* und *Autonomie in der Psychiatrie* auch hervor, dass Autonomie nur einer von mehreren Werten ist, welche in den Berufskodizes der Sozialen Arbeit und der Medizin festgehalten sind. Im Grunde hätte auch eine andere moralische Orientierung gewählt werden können, zum Beispiel die Klientinnen und Klienten zu schützen (AvenirSocial, 2010, S. 6). In der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress (2013) wird Autonomie nicht höher gewichtet als die anderen Werte (S. 101). Im wissenschaftlichen Diskurs, beispielsweise in Grossbritannien, gibt es auch Stimmen, welche der Ansicht sind, dass autonomes Entscheiden in der Psychiatrie im Vergleich zu anderen Werten überbewertet wird (Lepping & Raveesh, 2014). Eine Alternative wäre stattdessen gewesen, zu untersuchen, wie die Soziale Diagnostik dafür genutzt werden kann, Recovery zu fördern. Zudem zeigt sich im Arbeitsfeld der Psychiatrie auch die Schwierigkeit, dass hier nicht nur Sozialarbeitende an der Arbeit mit der Klientel beteiligt sind, sondern auch andere Disziplinen.

Was die vorliegende Arbeit nicht leistet, ist eine Überprüfung, ob die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung auch in der Praxis anwendbar sind oder inwiefern die Autonomie durch die Sozialarbeitenden vielleicht bereits heute gefördert wird. Dies liegt daran, dass es sich um eine theoretische und keine empirische Arbeit handelt. Die Erkenntnisse wurden aus bereits bestehenden Wissensbeständen unterschiedlicher Disziplinen gewonnen, analysiert und in einen Bezug zur Fragestellung gesetzt. Der Hauptgrund für die Wahl einer theoretischen Arbeit war, dass es im Rahmen einer Bachelor-Thesis sehr schwierig gewesen wäre, den Begriff der Autonomie zu operationalisieren und zu untersuchen, ob nun die Autonomie der Klientinnen und Klienten durch die Anwendung bestimmter sozialdiagnostischer Instrumente gefördert wurde oder vielleicht sogar eher behindert. Der Zeitraum für eine solche empirische Studie wäre sehr kurz gewesen, in Anbetracht dessen, dass ein Zuwachs an Selbstbestimmung manchmal in einem längeren Prozess erfolgt. Zudem wäre es sehr schwierig gewesen, einen solchen von der Klientel empfundenen Zuwachs auf eine bestimmte Ursache – nämlich etwa die Soziale Diagnostik – zurückzuführen. Eine empirische Arbeit würde sich jedoch anbieten, wenn man die Frage untersuchen möchte, ob oder unter welchen Bedingungen sich bestimmte Instrumente der Sozialen Diagnostik in der Psychiatrie umsetzen lassen. Solche Studien existieren bereits heute vereinzelt (z. B. Gautschi & Rügger, 2013) und sind nach Ansicht des Autors und der Autorin in Zukunft vermehrt notwendig, damit die Soziale Diagnostik in einer systematischen Form noch stärker in der Praxis implementiert werden kann.

## 8 Fazit und Ausblick

Sozialarbeitende benötigen für die Planung von möglichst gelingenden Interventionen Informationen von ihrer Klientel, was wiederum bedeutet, dass sozialarbeiterische Interventionen ohne einen Prozess der Datenerhebung bzw. ohne etwas über die Klientel zu erfahren willkürlich und unbrauchbar wären. Dieser Prozess kann auf verschiedene Arten ausgestaltet werden, es sollen dabei aber immer konkrete Fragestellungen oder Probleme ersichtlich werden, welche ressourcenbezogen durch eine sozialarbeiterische Intervention so weit wie möglich beantwortet bzw. gelöst werden können. Die Autorin und der Autor schlagen vor, für diesen Prozess Soziale Diagnostik zu nutzen. Soziale Diagnostik, wie sie in der vorliegenden Bachelorarbeit verstanden wird, trägt maßgeblich zu einer strukturierten und reflektierten Arbeit bei und dient somit auch der Professionalisierung Sozialer Arbeit und der Begründung von Interventionen. Sie ermöglicht durch standardisierte Vorgehensweisen zudem eine vereinfachte Evaluation und dadurch Schlüsse für die Forschung (Buttner et al., 2018, S. 23-24).

Als Antwort auf die Forschungsfrage, inwiefern Soziale Diagnostik von Sozialarbeitenden dafür genutzt werden kann, Autonomie von Klientinnen und Klienten in der Psychiatrie zu wahren und zu fördern, kann Folgendes als Antwort gegeben werden:

Die Autonomie der Klientel, welche als wesentlicher Wert sowohl für die Psychiatrie als auch für die Soziale Arbeit dargelegt wurde, kann mit der richtigen Haltung der Fachpersonen sowie mit diagnostischen Instrumenten, welche sich an den in dieser Bachelorarbeit erarbeiteten Kriterien orientieren, gefördert werden. Bedingung dafür ist, dass die Institution zeitliche und wirtschaftliche Ressourcen zur Verfügung stellt.

Um aber die Selbstbestimmung der Klienten und Klientinnen in der Psychiatrie dahingehend zu fördern, dass sie gestärkt werden für ihre Zukunft und genesen können, müssen darüber hinaus weitere Faktoren erfüllt sein. In Institutionen sollte eine Gesamtstrategie implementiert werden, welche sich am Empowerment- und Recoverykonzept orientiert und die von allen Mitarbeitenden, welche mit der Klientel zu tun haben, mitgetragen werden muss. Die hoffnungsvolle Haltung, dass Genesung möglich ist, soll kultiviert werden.

Mit den erarbeiteten Kriterien zur Autonomieförderung durch Soziale Diagnostik konnte ein Weg entwickelt werden, anhand dessen man Instrumente auf ihre Tauglichkeit zur Autonomieförderung untersuchen kann. Zudem konnte ein mögliches Verständnis von Autonomie begründet werden, mit welchem Sozialarbeitende ihre Schutzfunktion gegenüber der Klientel wahrnehmen und dennoch anwaltschaftlich für die Anliegen ebenjener eintreten können. Das spannungsgeladene Verhältnis zwischen Autonomie und Zwang, welches in der Psychiatrie nach wie vor präsent ist, kann dadurch theoretisch entspannt werden.

Die Bachelor-Thesis bleibt jedoch auf einer theoretischen Ebene und leistet keinen empirischen Beitrag. Ob eine Implementierung in der Praxis erfolgreich und nützlich wäre, kann nicht beantwortet werden. Zudem bleibt offen, inwiefern Soziale Diagnostik in einem interdisziplinären Team umgesetzt werden kann, ohne dass es zu Überschneidungen in der Erhebung von Daten kommt. Nur weil die Soziale Arbeit sozialdiagnostische Methoden zur Verfügung hat, bedeutet dies noch nicht, dass sie in der Praxis der Psychiatrie auch umsetzbar sind. Auch wenn in der Psychiatrie auch andere Disziplinen diagnostisch arbeiten und es daher zu Überschneidungen kommen kann, plädieren die Autorin und der Autor jedoch dafür, dass Sozialarbeitende Soziale Diagnostik für ihre Zuständigkeitsbereiche nutzen sollen.

Es bleibt offen, ob psychiatrische Institutionen bereit sind, die nötigen Ressourcen für eine solche Implementierung der Sozialen Diagnostik bzw. weiter gedacht des Empowermentkonzepts zur Verfügung zu stellen.

Eine ausführliche Untersuchung dazu, wie Psychiatrien heute arbeiten, fehlt in dieser Thesis ebenfalls. Es müsste untersucht werden, ob Sozialarbeitende in psychiatrischen Kliniken heute bereits Soziale Diagnostik einsetzen und dabei versuchen, Autonomie zu fördern.

Um Aussagen darüber zu machen, inwiefern sich Soziale Diagnostik auf die Autonomie der Klientel auswirkt, bräuchte es zudem komplexe empirische Untersuchungen. Grundsätzlich kann aber davon ausgegangen werden, dass man durch eine Orientierung an den erarbeiteten Kriterien, welche an das Empowermentkonzept anknüpfen, die Selbstbestimmung der Klientel begünstigt.

Die Autorin und der Autor vermuten, dass der Diskurs über Soziale Diagnostik auch in Zukunft weitergeführt wird. Es wird weiterhin darum gehen, wie Diagnostik in spezifischen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit genutzt werden kann und welche Konzepte und Instrumente unter welchen Bedingungen sinnvoll und praktikabel sind. Wahrscheinlich werden auch noch weitere Konzepte erarbeitet und die bestehenden weiterentwickelt. Dazu sind aber auch weitere Studien notwendig. Die anfangs erwähnte Studie von Gautschi und Rügger (2013) ist ein guter Ausgangspunkt. Daran wird jedoch ersichtlich, dass es bis zur Implementierung von so komplexen, wissenschaftlich fundierten Methoden in der Praxis unter Umständen noch ein weiter Weg ist. Einerseits braucht es ein tieferes Verständnis von Seiten der Sozialarbeitenden, andererseits muss der Nutzen davon ersichtlich sein, damit es legitim wird, so viel Zeit aufzuwenden für die Soziale Diagnostik. Das interdisziplinäre Team muss diesen Nutzen ausserdem anerkennen und die Arbeit der Sozialarbeitenden mittragen. Aus Sicht der Autorin und des Autors werden Sozialarbeitende auch zukünftig in der Psychiatrie dadurch herausgefordert sein, Änderungen, welche aus ihrer fachlichen Sicht wichtig wären für die Förderung von Autonomie, einzuführen bzw. durchzusetzen. Die Professionalisierung von klinischer Sozialer Arbeit, wie dies in den USA bereits gelang (Walther, 2017, S. 42), könnte hierfür auch im deutschsprachigen Raum ein wichtiger Schritt sein.

## 9 Literaturverzeichnis

- Aichele, Valentin. (2016). Menschenrechte und Psychiatrie. In Martin Zinkler, Klaus Laupichler & Margret Osterfeld (Hrsg.), *Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie* (S. 18-40). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Amering, Michaela. (2013). Recovery. In Wulf Rössler & Wolfram Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendungen* (S. 342-351). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Amering, Michaela & Schmolke, Margrit. (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Anthony, William A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s [PDF]. Abgerufen von <https://recoverydevon.co.uk/2010/what-is-recovery/>
- Assaloni, Herbert. (2017). Hoffnung schöpfen auf ein erfülltes Leben. *Pro Mente Sana aktuell*, 4(17), 15-17.
- Autonomy. (2011). *Oxford English Dictionary*. Abgerufen von <http://www.oed.com>
- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen* [PDF]. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch/de/berufsethik>
- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7. Ausgabe). New York: Oxford University Press.
- Beuchat, Stéphane. (2016). Berufskodex Sozial Arbeit Schweiz – Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. In Ueli Merten & Peter Zängli (Hrsg.), *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert – kontextbezogen – habitusbildend* (S. 61-76). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Brosey, Dagmar & Osterfeld, Margret. (2017). Die Rechte von Klientinnen und Klienten. In Jeannette Bischkopf, Daniel Deimel, Christoph Walther & Ralf-Bruno Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 139-157). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Buttner, Peter. (2010). Diagnostische Ansätze, Verfahren und Instrumente – eine Orientierung für die Soziale Arbeit. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 41(4), 4-13.
- Buttner, Peter, Gahleitner, Silke B., Hochuli Freund, Ursula & Röh, Dieter. (2018). Soziale Diagnostik. Eine Einführung. In Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund & Dieter Röh (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik* (S. 11-31). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.
- Buttner, Peter. (2018). Ressourcen. In Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund & Dieter Röh (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik* (S. 76-84). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.
- Buttner, Peter. (2018a). Ressourcendiagnostik. In Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund & Dieter Röh (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik* (S. 142-151). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.

- Calzaferri, Raphael & Berger, Daniela. (2012). Falldynamiken sichtbar machen und kritische Phasen begleiten. Rehabilitationszentrum Casa Fidelio: Systemmodellierung und Real-Time Monitoring im Praxistest. *SozialAktuell*, 7/8, 33-35.
- Clinical Social Work Switzerland CSWS. (n.d.). *Klinische Sozialarbeit in der Schweiz: Ausdifferenzierung einer Fachsozialarbeit* [Website]. Abgerufen von <http://www.klinische-sozialarbeit.ch/index.html>
- Dollinger, Bernd. (2011). Sozialpädagogische Diagnostik als Kunst des Spurenlesens. *Zeitschrift für Sozialpädagogik*, 9(1), 29-49.
- Fachhochschule Nordwestschweiz. (2013). *Ressourceninterview* [PDF]. Abgerufen von <http://www.soziale-diagnostik.ch/methoden-und-instrumente/integration-und-lebensfuehrung/deskriptive-systemmodellierung>
- Fachhochschule Nordwestschweiz. (2018). *Deskriptive Systemmodellierung* [Website]. Abgerufen von <http://www.soziale-diagnostik.ch/methoden-und-instrumente/integration-und-lebensfuehrung/deskriptive-systemmodellierung>
- Fachhochschule Nordwestschweiz. (2018a). *Integration und Lebensführung* [Website]. Abgerufen von <http://www.soziale-diagnostik.ch/methoden-und-instrumente/integration-und-lebensfuehrung>
- Fachhochschule Nordwestschweiz. (2018b). *Soziale Diagnostik* [Website]. Abgerufen von <http://www.soziale-diagnostik.ch>
- Fachhochschule Nordwestschweiz. (2018c). *Systemisch-biografische Diagnostik* [Website]. Abgerufen von <http://www.soziale-diagnostik.ch/methoden-und-instrumente/integration-und-lebensfuehrung/systemisch-biografische-diagnostik>
- Gahleitner, Silke B., Hahn, Gernot & Glemser, Rolf. (Hrsg.). (2013). *Psychosoziale Diagnostik*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, Silke B., Hintenberger, Gerhard, Kreiner, Barbara & Jobst, Angelika. (2014). Biopsychosoziale Diagnostik: Wie geht denn das konkret? Plädoyer für ein „integratives diagnostisches Verstehen“. *Resonanzen*, 2(2), 134-152. Abgerufen von <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/336>
- Gahleitner, Silke B., Pauls, Helmut & Glemser, Rolf. (2018). Diagnostisches Fallverstehen. In Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund & Dieter Röh (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik* (S. 117-127). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.
- Gautschi, Joel & Cornelia Rügger. (2013). Anwendung neuer diagnostischer Instrumente und Verfahren der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie – eine Evaluation. In Eva Büschi & Claudia Roth (Hrsg.), *Innovationsimpulse in der Sozialen Arbeit. Beiträge zu kooperativen, forschungs- und theoriebasierten Praxisprojekten* (S. 157-181). Opladen: Budrich UniPress.
- Heiner, Maja. (2010). Diagnostik in der Sozialen Arbeit: Zielsetzung, Gegenstand und Dimensionen. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 41(4), 14-28.

- Heiner, Maja. (2013). Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In Silke B. Gahleitner, Gernot Hahn & Rolf Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (S. 18-34). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Hermeneutik. (2008). In Jürgen Mittelstraß (Hrsg.), *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie* (2., neubearbeitete und wesentlich ergänzte Auflage, S. 364-368). Stuttgart: Verlag J. B. Metzler.
- Herriger, Norbert. (2010). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (4., erweiterte und aktualisierte Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Hoff, Paul. (2005). Psychiatrische Diagnose heute – notwendiges Hilfsmittel oder stigmatisierendes Etikett? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 156(1), 4-12. doi:10.4414/sanp.2005.01562
- Hoff, Paul. (2017). Autonomie, ein zentraler, aber sperriger Begriff in der Psychiatrie. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 168(6), 175–182. doi: 10.4414/sanp.2017.00510
- Hollenstein, Lea, Calzaferri, Raphael, Dällenbach, Regula, Rügger, Cornelia & Sommerfeld, Peter. (2018). Systemisch-biografische Diagnostik des Lebensführungssystems. In Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund & Dieter Röh (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik* (S. 183-195). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.
- Hug, Sonja. (2016). Ethische Fragen in der klinischen Sozialarbeit. In Ueli Merten & Peter Zängl (Hrsg.), *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert – kontextbezogen – habitusbildend* (S. 305-324). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Kant, Immanuel. (2014). Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. In Wilhelm Weischedel (Hrsg.), *Immanuel Kant. Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* (21. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Karpetsis, George. (2018). How experienced social workers apply recovery-oriented mental health policies in everyday practice. *European Journal of Social Work*. doi:10.1080/13691457.2018.1474855
- Knuf, Andreas. (2016). *Empowerment und Recovery* (5., erweiterte Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Lepping, Peter & Raveesh, Bevinahalli Nanjegowda. (2014). Overvaluing autonomous decision-making. *The British Journal of Psychiatry*, 204(1), 1-2. doi:10.1192/bjp.bp.113.129833
- Mancini, Anthony D. (2008). Self-determination theory: a framework for the recovery paradigm. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(5), 358–365. doi:10.1192/apt.bp.107.004036
- Merten, Ueli & Zängl, Peter. (2016). Editorial: Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit – ein Problemaufriss. In Ueli Merten & Peter Zängl (Hrsg.), *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert – kontextbezogen – habitusbildend*. S. 11-20. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Mesenholl-Strehler, Elke. (2012). Antonovskys Salutogenese als dynamisches Konzept. *Erfahrungsheilkunde*, 61(6), 321-326. doi:10.1055/s-0032-1314725

- Onken, Steven J., Craig, Catherine M., Ridgway, Priscilla, Ralph, Ruth O. & Cook, Judith A. (2007). An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22. doi:10.2975/31.1.2007.9.22
- Pantucek, Peter. (2006). Soziale Diagnostik. *Klinische Sozialarbeit*, 2(2), 4-8.
- Projekt Gutenberg-DE. (n.d.). *Immanuel Kant: Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?* [Website]. Abgerufen von <http://gutenberg.spiegel.de/buch/-3505/1>
- Richmond, Mary E. (1917). *Social diagnosis*. New York.
- Rogers, Carl. (1973). Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München: Kindler.
- Rössler, Beate. (2017). *Autonomie. Ein Versuch über das gelungene Leben*. Berlin: Suhrkamp.
- Rüegger, Cornelia. (2010). Soziale Diagnostik als Kern des professionellen Handelns – ein Orientierungsrahmen. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 8-9, 35-52.
- Schiepek, Günter & Schönfelder, Vinzenz (2007). Musterhafter Wandel [PDF]. *Gehirn & Geist*, 10, 52–58. Abgerufen von <https://www.spektrum.de/magazin/musterhafter-wandel/902877>
- Schlittmaier, Anton. (2014). *Ethische Grundlagen Klinischer Sozialarbeit* (2., ergänzte Auflage). Coburg: ZKS Verlag.
- Schröder, Achim. (2012). Autonomie. In Werner Thole, Davina Höblich & Sarina Ahmed (Hrsg.), *Taschenwörterbuch Soziale Arbeit* (S. 28-29). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre & Peter, Claudio. (2018). Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien [PDF]. *Obsan Bulletin*, 2. Abgerufen von <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/fuersorgerische-unterbringung-schweizer-psychiatrien>
- Simeon, Dorotea. (2018, 12. Februar). Fremdplatziert und weggesperrt – «Die Behörden hatten einen viel zu grossen Handlungsspielraum». *Schweizer Radio und Fernsehen*. Abgerufen von <https://www.srf.ch/>
- Spörke, Michael. (2017). Selbstbestimmtes Leben. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 746). Baden-Baden: Nomos.
- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rüegger, Cornelia & Hollenstein, Lea. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungen einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Sommerfeld, Peter & Rüegger, Cornelia. (2013). Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In Wulf Rössler & Wolfram Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendungen* (S. 396-405). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Spini, Dario, Pin le Corre, Stéphanie & Klaas, Hannah S. (2016). Psychische Gesundheit und Soziale Ungleichheit. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Psychische*



*Gesundheit über die Lebensspanne* [PDF] (S. 31-41). Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit.html>

Stimmer, Franz. (2012). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Walther, Christoph. (2017). Soziale Arbeit und Psychiatrie. In Jeannette Bischof, Daniel Deimel, Christoph Walther & Ralf-Bruno Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 18-37). Köln: Psychiatrie Verlag.

Zertifizierungsstelle des European Center for Clinical Social Work e. V. (2017). *Berufsethische Prinzipien* [PDF]. Abgerufen von <http://www.eccsw.eu/zertifizierung.pebble.html#Krite>