

**Notwendigkeit und Reichweite lebensweltbezogener
Diagnoseverfahren in der Sozialen Arbeit
am Beispiel der Klassifikation des Person-In-Environment-Systems**

Studienarbeit

von

Andrea Kreppold-Roth

Rheingoldstraße 4

80639 München

Matr.- Nr.: 07241596

im Masterstudiengang

Sozialarbeit in der Psychiatrie

Modul 4

Dozent: Prof. Dr. Manfred Cramer

Abgabedatum: 14.03.2007

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Begriffsklärung	3
1.1. Klassifikation.....	3
1.2. Assessment versus Diagnose	3
1.3. Lebenswelt- und Sozialraumorientierung	5
2 Soziale Diagnose- (Ab-) Klassifizieren in der Sozialen Arbeit?.....	6
2.1. Historische Dimension Sozialer Diagnose.....	7
2.2. Paradigmatischer Wandel	8
3 Notwendigkeit und Reichweite von lebensweltbezogenen Diagnoseverfahren.....	11
3.1. Chancen und Risiken aus Nutzersicht	12
3.2. Möglichkeiten und Grenzen für die Profession der Sozialen Arbeit.....	14
4 Das Person-In-Environment System (PIE)	17
4.1. Ursprung und Entstehungsgeschichte	18
4.2. Aufbau.....	18
4.3. Potentiale und Probleme	25
4.4. Anwendbarkeit im deutschsprachigen Raum.....	29
4.5. Erfahrungsauswertung bei der Anwendung des PIE an 2 Fallbeispielen	30
Schlussbemerkung.....	32
Literaturverzeichnis.....	34
Anhang	37

Einleitung

In den letzten Jahren lässt sich eine lebhafte Diskussion um das weitgefaste Thema „Soziale Diagnostik“ in der Fachöffentlichkeit der Sozialarbeit verfolgen. Schlagworte wie personenzentrierte Hilfeplanung, Assessment, Klassifikation u.ä. kommen hierbei ins Spiel; die Stadt München plant für 2008 eine Tagung „Soziale Diagnose in der Sozialen Arbeit“. Die Debatte im Hinblick auf Potentiale und Gefahren, die mit sozialer Diagnose einhergehen, wird von sehr konträren Standpunkten aus geführt. Befürworter sehen darin die Chance mehr Transparenz im methodischen Handeln der Sozialen Arbeit zu schaffen und damit auch wissenschaftliche Evaluation zu fördern. Die positiv wertenden Argumente stehen im engen Bezug zur Diskussion um Wissenschaftlichkeit und Professionalisierung der Sozialen Arbeit. Kritische Stimmen hingegen, wie beispielsweise die Soltauer Initiative, warnen vor dem unreflektierten Einsatz von standardisierten Verfahren, die über den Zugang zu Leistungen entscheiden (und somit selektieren) und die Wirksamkeit von Hilfemaßnahmen messbar machen sollen. In Zeiten von immer knapper werdenden finanziellen Mitteln besteht die Gefahr, dass unter dem Deckmantel eines personenzentrierten Ansatzes, mittels regulierender Instrumente vordergründig ökonomische Zielsetzungen (hauptsächlich Rationalisierung und Rationierung) verfolgt werden.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit lebensweltbezogenen Diagnoseverfahren, die in ihrer diagnostischen Erhebung den Menschen im Bezug zu seiner Lebenswelt erfassen. Dabei geht es darum, die besonderen Aspekte des individuellen Einzelfalls zu eruieren, gleichzeitig aber auch die vorhandenen gesellschaftlichen Umweltfaktoren kritisch zu beleuchten und ggf. eine Anpassung zu erwirken. Ziel der Arbeit ist zum einen, die wichtigsten Aspekte der aktuellen Diskussion um das Thema soziale Diagnose aufzugreifen. Zum anderen sollen die Auswirkungen von sozialen Diagnoseverfahren im Hinblick auf ihre Notwendigkeit und Reichweite sowohl für die Nutzerperspektive, wie auch für die Pro-

fession der Sozialen Arbeit skizziert werden. Den praxisrelevanten Bezug für die Diskussion stellt die Arbeit mit psychisch kranken Menschen dar.

Im Verlauf der Arbeit erfolgt zunächst eine Klärung von themenrelevanten Schlüsselbegriffen. Danach kommt es zur Diskussion der konträren Sichtweisen von sozialer Diagnose. Dabei wird einerseits näher auf die historische Bedeutung des Begriffs der sozialen Diagnose eingegangen. Andererseits soll der paradigmatische Wandlungsprozess beleuchtet werden, um die Relevanz eines wissenschaftstheoretischen Bezugsrahmens für die Debatte um soziale Diagnose zu verdeutlichen. Im Anschluss wird ein Klassifikationsverfahren beispielhaft in seiner Entwicklung und seinem Aufbau vorgestellt: die Klassifikation des PERSON-IN-ENVIRONMENT SYSTEM nach *Karls und Wandrei*. Es werden sich ergebende besonders relevante Potentiale und Probleme dieser Klassifikation aufgegriffen, auch unter der Betrachtung der Anwendung im deutschsprachigen Raum.

Um dieses Verfahren auf seine Anwendungstauglichkeit in der ambulanten psychiatrischen Alltagspraxis zu testen, wurden zwei Fälle exemplarisch mit dem PIE System klassifiziert. Die Erfahrungswerte des praktischen Einsatzes werden kurz diskutiert.

In Anbetracht des begrenzten Rahmens dieser Studienarbeit wurde aus diesem breitgefächerten Themenkomplex eine Auswahl an Aspekten getroffen, die für eine themenbezogene Diskussion am meisten prägnant und relevant erschienen. Auf diese Auswahl hat sich auch die Recherche der verwendeten Literatur bezogen.

1 Begriffsklärung

Da in der Diskussion um das Thema Soziale Diagnostik häufig vielerlei Begriffe gebraucht werden, die teilweise synonym und unpräzise Verwendung finden oder aus dem Englischen unzureichend übersetzt wurden, gilt es zunächst die zentralen Begrifflichkeiten dieser Arbeit näher zu beleuchten.

1.1. Klassifikation

Meyer (2004, S. 11 f) beschreibt Klassifikation als einen Zustand, „indem vorgegebene Kategorien benutzt und eventuell Zahlen oder Begriffe zugeteilt werden“. Für eine Vergleichbarkeit ist es erforderlich, dass die Erfassung der Daten in einer standardisierten Form- also einem festgelegten System oder Verfahren- erfolgt. Klassifizieren ist dann - in der Ableitung - als Tätigkeit zu verstehen, bei der ein Instrument zur Klassifikation oder Diagnostik angewandt wird.

1.2. Assessment versus Diagnose

Der Begriff „need assessment“ ist in Deutschland verwässert als Hilfeplanung oder Hilfebedarf übersetzt. „Need“ beinhaltet eigentlich im gesamten englischsprachigen Raum zwei Bedeutungen, die sich zum einen auf den individuellen Einzelfall (individual level) und zum anderen auf die Sozialraumorientierung (population level) beziehen. Demnach soll die gesamte psychiatrische und soziale Versorgung, im Sinne einer Personen- statt Einrichtungszentrierung, auf das Bedürfnis des Einzelfalls abgestimmt sein. Gleichzeitig ist die Vergabe und Zuteilung von Mitteln auf den Bedarf der Bevölkerung anzupassen, so dass Ressourcen überall adäquat, effizient und gerecht verteilt und erreichbar sind (vgl. Slade/Glover, 2001, S. 117).

Vereinfacht zusammengefasst kann somit gesagt werden, dass „need“ gleichzeitig bedeutet, das konkrete Bedürfnis des Einzelfalls zu erfassen und aus diesen individuellen Bedürfnissen den Bedarf für die Gemeinschaft (bzw. für den Sozialraum) abzubilden. Für die Ermittlung dieser beiden Komponenten sind lebensweltbezogene Diagnoseverfahren notwendig.

Der Begriff Assessment ist als die Analyse der Lebenssituation des Klienten und die sich daraus ergebenden Hilfeerfordernisse zu verstehen. In einem zielgerichteten Beratungs- und Aushandlungsprozess soll eine kooperative Bestandsaufnahme zwischen Klient und professionellem Helfer entstehen, sowie eine Einschätzung der Situation durch den Hilfebedürftigen selbst erreicht werden (vgl. Löcherbach, 2004, S. 71). Die zentrale Aufgabe des Assessment ist es demnach, vom individuellen und subjektiven Bedürfnis des Klienten zum erforderlichen Bedarf an Hilfen und Leistungen zu gelangen. Dabei wird insbesondere eine Differenzierung und Konkretisierung der Bedürfnisse des Anfragenden vorgenommen. Dies ist von besonderer Relevanz, da ansonsten die Gefahr besteht, dass Nutzer ihre Bedürfnisse oder Wünsche lediglich angebotsorientiert nennen (vgl. ebd. S. 72). Ein Beispiel hierfür wäre: Ein wohnungsloser psychisch kranker Mensch, der sich aktuell kurz vor der Entlassung aus einem stationären Klinikaufenthalt befindet, äußert das Bedürfnis nach eigenem Wohnraum. Er verknüpft dieses Bedürfnis mit der Bewerbung für einen Platz in einer therapeutischen Wohngemeinschaft, da er dieses Angebot vom Sozialdienst erhält. Im Assessmentprozess bestünde hier nun die Notwendigkeit zu überprüfen, ob das eigentliche Bedürfnis des Betroffenen mit dem angenommenen Bedarf übereinstimmt.

Während der Begriff des Assessment in der Sozialen Arbeit in den letzten Jahren, besonders in der Diskussion um Case Management, sehr inflationär und unpräzise benutzt wird, führt der Diagnose-Begriff vielmehr ein Schattendasein. Dieser scheint häufig eher defizitär und pathologisierend assoziiert (vgl. Pantucek, 2005, S. 65 f). *Pantucek* (2005, S. 66) spricht sich aber explizit für die Etablierung des Begriffs der Diagnose aus. Grund dafür ist, dass „Diagnose“ seiner Meinung nach breiter und präziser den Versuch beschreibt, zu einer systematischen Analyse einer Situation und die Ableitung des erforderlichen sozialarbeiterischen Handlungsbedarfes zu kommen. Er plädiert somit für eine Abkehr vom kausalitätsbesetzten Verständnis des Begriffs „Diagnose“.

Auch *Karls & Wandrei* (1994, S. 3), die Autoren des PIE- Systems, das später hier noch näher vorgestellt werden soll, legten dieses kausale Verständnis

zugrunde, indem sie das PIE beschrieben als: „It’s not a diagnostic system because it does not offer a cause- and effect- relationship for the problems identified“.

1.3. Lebenswelt- und Sozialraumorientierung

Der Begriff der Lebensweltorientierung geht auf *Hans Thiersch* zurück. Er versteht Lebensweltorientierung als Ausrichtung an den „Grunddimensionen der Lebenswelt, der Zeit, dem Raum und den sozialen Bezügen“. Methodisches lebensweltorientiertes Handeln in der Sozialen Arbeit soll demnach auf die Maximen Prävention, Regionalisierung/Dezentralisierung, Alltagsorientierung, Integration und Partizipation ausgerichtet sein (Thiersch, 1997, S. 30).

Eine lebensweltorientierte Soziale Arbeit muss kritisch sein: sie muss die Anpassungsleistungen und Selbstregulierungsversuche der Menschen respektieren und honorieren. Ihre Aufgabe ist aber auch im Sinne einer Sozialraumorientierung, schlechte gesellschaftliche Bedingungen und tabuisierte Macht- und Unterdrückungsstrategien aufzudecken und Veränderungen anzuregen (vgl. Wikipedia, 2006). In diesem Zusammenhang wird auch hier die Verbindung der deutschen Begriffe Lebenswelt- und Sozialraumorientierung mit dem englischsprachigen Verständnis von „need assessment“ deutlich. *Marti-Costa & Ser-rano-Garcia* (1983, S. 77) beschreiben in ihrem Text: „Needs Assessment and Community Development: An Ideological Perspective“ den gesellschaftspolitischen Auftrag von „needs assessment“, wie folgt:

“...needs assessment is an integral part of community development, the process of consciousness-raising. It implies a political commitment which undermines the traditional view of a neutral science and a firm commitment to exploited, underprivileged and powerless groups in society.”

und weiter:

“...needs assessment is a political process that can be conceptualized as a tool for the organization, mobilization and consciousness-raising of groups and communities”

2 Soziale Diagnose- (Ab-) Klassifizieren in der Sozialen Arbeit?

Diagnostik wird insgesamt, wie schon in der Begriffsklärung im vorangegangenen Kapitel angesprochen, eher mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Zusammenhängen assoziiert. Viele Kritiker erachten demnach soziale Diagnose als für die Soziale Arbeit unbrauchbar, teilweise sogar als kontraindiziert (vgl. Adler, 2004, S. 165). Als häufiges kritisches Argument gegenüber sozialer Diagnose wird zum einen die Gefahr der Etikettierung durch das Festschreiben von aktuellen Problemlagen und Zuweisen von Defiziten angeführt. Zum anderen erfolgt die Betonung, dass mit der Diagnose auch eine prognostische Wertung verbunden sei und dies im Widerspruch zur Unvorhersehbarkeit sozialer Prozesse stehe. Im weiteren weisen Kritiker auf die Gefahr hin, dass Klienten zu „passiven Objekten von expertokratischen Diagnoseverfahren“ werden könnten (ebd.). Das sozialpädagogische Anliegen, eine auf Partizipation und Teilhabe ausgerichtete Beziehung zwischen Klient und Professionellem zu schaffen, würde in diesem Fall zugunsten einer patriarchalen Struktur in den Hintergrund treten. Auch wäre damit das Potential der Eigendiagnose und die subjektive Einschätzung der Situation durch den Klienten eingeschränkt.

Aus dieser kritischen Sichtweise heraus zeigt sich noch einmal, dass Diagnostik insgesamt eher unter dem Bild eines naturwissenschaftlichen Paradigmas erscheint (vgl. Adler, 2004, S. 165). Sie wird als Instrument zur Erfassung von bestimmten Symptomen oder Merkmalen begriffen, denen sich entsprechende zugewiesenen Interventionen anschließen sollen. Die Kritik, Diagnose fördere eine Medikalisierung und Pathologisierung, ist in diesem Zusammenhang nachvollziehbar.

Im folgenden Kapitel soll zunächst die geschichtliche Entwicklung von sozialer Diagnose kurz skizziert werden, um zu zeigen, dass die aktuelle Wertung und Assoziation dieses Begriffes nicht seit jeher Bestand hat. Im Anschluss wird dann der paradigmatische Wandlungsprozess ansatzweise diskutiert, da die

angeführten kritischen Argumente bezüglich sozialer Diagnose die Relevanz des wissenschaftstheoretischen Bezugsrahmens deutlich gemacht haben.

2.1. Historische Dimension Sozialer Diagnose

Der historische Ursprung und die Entwicklung von Sozialer Diagnostik im weiteren Sinne, lässt sich mit der Pionierin der Sozialarbeit- Alice Salomon (1872-1948)- in Verbindung bringen. Salomon vertrat die Ansicht, dass die Entwicklung von spezifischen beruflichen Handlungsmethoden unerlässlich ist um eine erfolgreiche Professionalisierung Sozialer Arbeit und somit eine Abgrenzung zu anderen Professionen wie z.B. Ärzten, Lehrern oder aber auch gegenüber Laienhelfern zu erreichen. Die zentrale Aufgabe sozialer Diagnose sah Salomon nicht darin - im Sinne eines „Gatekeepers“ - auszuwählen wer bedürftig genug für Hilfe ist, sondern vielmehr in der Funktion, eine individuelle passende Auswahl an Hilfen für den einzelnen Hilfesuchenden zu finden (vgl. Kuhlmann, 2004, S. 11 f). In den Nachkriegsjahren spielte in Deutschland aufgrund der unmittelbaren Bewältigung von Notlagen durch die Kriegsfolgen (Verwitwung, Verwaisung, Wohnungsnot etc.) die Frage einer diagnostischen Professionalität in der Sozialen Arbeit erst mal keine Rolle. Auch Ende der 60iger Jahre, zur Zeit der Studentenrevolte und dem Beginn der sozialen Bewegung, wurde die Diskussion um Soziale Diagnostik nicht aufgenommen. Die Soziale Arbeit sah hier ihre zentrale Aufgabe und Selbstverpflichtung eher darin, die politischen Ursachen von Notlagen aufzudecken und zu bekämpfen, anstatt sich auf die Behandlung der aus den schlechten Bedingungen entstandenen Symptome einzelner Fälle zu beschränken. Erst in den letzten Jahren ist der Fokus in der Sozialen Arbeit wieder vermehrt auf lebensweltliche Probleme von Klienten gerückt. Das heißt, durch das individuelle Verhältnis der Person zu seiner Umwelt erhält die Soziale Arbeit eine spezifischere Funktion zugeschrieben. Sie erfüllt in Abgrenzung zu den Bereichen Politik und Therapie, ihre zentrale Rolle in der auf das konkrete Alltagsleben bezogenen Hilfestellung (vgl. ebd., 2004, S. 22).

Das Person-In-Environment System, welches später noch ausführlicher beschrieben wird, kann als erster Versuch betrachtet werden, an die Idee einer spezifischeren sozialen Diagnose- wie sie von Alice Salomon und Mary Richmond entwickelt wurde- anzuknüpfen (vgl. Kuhlmann, 2004, S 23).

2.2. Paradigmatischer Wandel

In der Arbeit mit behinderten Menschen wird seit einiger Zeit von einem paradigmatischen Wandel gesprochen, dessen Anfänge bis in die frühen 1970iger Jahre zurückreichen. Damit verbunden ist die Hinwendung zu einer ganzheitlichen Sichtweise des Menschen. Insbesondere findet eine Betonung von Wechselwirkungen zwischen Individuum und dessen sozialen Beziehungen, sowie eine Berücksichtigung vorhandener Umweltfaktoren statt (vgl. Meyer, 2004, S. 15). Dies trägt der Erkenntnis Rechnung, dass jede Behinderung auch eine soziale Konstruktion ist, d. h. dass die Art der Behinderung nicht zwangsläufig etwas über die Fähigkeiten und Möglichkeiten der behinderten Person aussagt (vgl. Cramer, 2002, S. 2). Jeder Mensch erfährt seine Behinderung in individueller Weise und Ausprägung, je nach eigenen Empfindungen, Bedürfnissen, Fähigkeiten und Möglichkeiten. Daraus ergeben sich auch individuelle Anforderungen an notwendige Hilfemaßnahmen. Klassische Diagnoseverfahren klassifizieren allerdings nur die im jeweiligen System vorgesehenen Daten und schließen somit individuell bedeutsame Faktoren nicht ein. Die schmale Grenze zwischen Klassifizieren und Abklassifizieren wird in diesem Zusammenhang deutlich (vgl. Meyer, 2004. S. 15)

Aufgrund der Zunahme von chronischen Krankheiten und Behinderungen durch die steigende Lebenserwartung und die veränderten Lebens- und Umweltbedingungen entstand ein neues Krankheitsspektrum. Für dieses reicht das „Konzept Krankheit“ nicht mehr aus, um den Gesundheitszustand der Menschen treffend zu beschreiben (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2006). Auch greift eine primäre, lineare Ausrichtung aller Interventionen auf Heilung oder Wiederherstellung des ursprünglichen,

gesunden oder „normalen“ Zustandes zu kurz. Die fokussierte Verwendung der Begriffe „Behinderung“ „ Teilhabe“ und „Rehabilitation“, die die Grundlage des SGB IX bilden und auch Schlüsselfunktionen in der ICF einnehmen, sind als Folgen dieses Wandlungsprozesses zu betrachten.

Obwohl also zweifelsohne in den letzten Jahren ein Wandlungsprozess vom medizinisch-naturwissenschaftlichen Paradigma hin zu einem bio-psycho-sozialen Konzept stattfindet, lässt sich parallel eine lebhaft Diskussionsum Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im sozialen Dienstleistungsbereich beobachten. Schlagworte wie Outcome-Orientierung, Evidenzbasierte Methoden, Messbarkeit von Leistungen, Prozessbeschreibungen etc. kommen hierbei ins Spiel. Auch im psychiatrischen Bereich hat die Einführung von Hilfeplanverfahren (z. B. der Integrierte Rehabilitations- und Behandlungsplan oder das Gesamtplanverfahren), die als Instrument zur Kostenübernahme beim Leistungsträger fungieren, Einzug gehalten. Die folgende Passage aus der Stellungnahme zur Einführung des *Bayerischen Gesamtplanverfahrens* macht deutlich, dass neben der personenzentrierten Ausrichtung die Forderung nach effizienterem Einsatz der immer knapper werdenden finanziellen Mittel höchste Priorität darstellt.

Um auch in Zukunft die Versorgung von seelisch behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen zu sichern, ist ein „grundlegender Umbau des bisherigen, weitestgehend institutionenzentrierten Hilfesystems zu bewerkstelligen“ (Verband der bayerischen Bezirke, 2004 S. 5). Durch das Gesamtplanverfahren sollen Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit optimiert werden und einem unabgestimmten Zusammenarbeiten der an der Hilfeermittlung und Hilfestellung beteiligten Akteure entgegengewirkt werden (vgl. ebd.).

Eine sehr kritische Haltung dieser Entwicklung gegenüber nimmt die *Soltau Initiative* (2004, S.34 f) ein und greift sie in ihren Impulsen auf. In These 3 wird die Aussage getroffen, dass das „Zauberwort Effizienz“ den Sozial- und Gesundheitssektor dominiere und eine allgemeine Ausrichtung auf Messbarkeit zu spüren sei. Die These 9 spiegelt außerdem plakativ ein Bild von der „manischen Neigung (aller Beteiligten) zur Anwendung unterschiedlichster Instrumente, die

alles regulieren sollen“ wider. Auch wird in diesem Zusammenhang die Verwendung des Begriffs „personenzentriert als Titel flächendeckender normierender Hilfeplanung“ als „ein Widerspruch in sich“ verstanden.

Wie ersichtlich wurde, ist die Diskussion um Klassifikation und die im weiteren Sinne damit verbundenen Auswirkungen, von sehr konträren Standpunkten aus zu führen. Ein Pro und Contra bezüglich der jeweiligen Sichtweise ist deshalb gut und sorgfältig abzuwägen um klassifizieren nicht als abklassifizieren werten zu müssen.

Vor diesem Hintergrund bedingt der paradigmatische Wandel von einem institutions- zu einem personenzentrierten Hilfeansatz in der Folge auch spezielle Anforderungen an die Instrumente und Prozesse in der Hilfebedarfsermittlung (vgl. Armbruster, 2004a, S.104). Der Bedarf des Einsatzes von lebensweltbezogenen Verfahren erscheint dahingehend plausibel. Im nächsten Kapitel soll nun ausführlicher über die Notwendigkeit und Reichweite dieser an der Lebenswelt orientierten Verfahren im Hinblick auf die Klientenperspektive, wie auch auf die Wissenschaftsdiskussion von Sozialer Arbeit berichtet werden.

3 Notwendigkeit und Reichweite von lebensweltbezogenen Diagnoseverfahren

Gerade in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen werden Sozialarbeiter häufig mit disziplinfremden Klassifikationssystemen aus der Medizin oder der Psychologie konfrontiert. Diese, wie bereits geschildert, eher naturwissenschaftlich orientierten Verfahren sind aber für den eigentlichen Auftrag von Sozialarbeit nicht geeignet, nämlich die qualitative Erfassung der Beziehung des Individuums zu seinem individuellen Lebensumfeld und die daraus resultierende Ableitung von Interventionen. Andererseits befindet sich die Soziale Arbeit in dem Dilemma, keine gesicherten Erkenntnisse über Wirkungsweisen von Interventionen zu haben. Sowohl in der Bedarfsermittlung (Assessment) wie in der Auswahl von Hilfen, existieren Vielfalt und Beliebigkeit.

Demgegenüber besteht auch für die Nutzer, also die Klienten, eine Intransparenz bezüglich der nachgefragten Leistung. Es ist für sie in nur sehr bedingtem Maße möglich, vor Inanspruchnahme der Hilfeleistungen zu prüfen, was sie erwarten wird. Dies hat natürlich zum Großteil damit zu tun, dass die Maßnahmen der Sozialen Arbeit auf die Besonderheit des Einzelfalles abzustimmen und soziale Prozesse nicht vorhersehbar sind.

Außerdem stellt es für viele Klienten eine Schwierigkeit dar, das unübersichtliche und stark fragmentierte Hilfeangebot gerade des psychiatrischen ambulant-komplementären Bereichs (das sich auch für viele professionelle Helfer nur schwer erschließen lässt), nur in Ansätzen zu überblicken (vgl. Cramer, 2002, S.3).

Lebensweltbezogene Diagnoseverfahren bieten sowohl für die Nutzerseite, wie auch für die Profession der Sozialen Arbeit das Potential, die auf beiden Seiten bestehende Intransparenz abzuschwächen und methodisches Handeln nachvollziehbarer zu machen.

3.1. Chancen und Risiken aus Nutzersicht

Sozialarbeiter sind in vielen Arbeitsfeldern aufgefordert Einschätzungen vorzunehmen und Entscheidungen zu treffen, die in mehrfacher Hinsicht folgenreich sind. So beispielsweise, wenn sie in ihren Einschätzungen den Zugang zu sozialstaatlichen Leistungen begründen oder verweigern und zum Schutz vor Gefahr und Bedrohung (auch im Sinne von Selbst- und Fremdgefährdung) verhelfen (vgl. Schrapppner, 2004, S. 43). Hieran wird deutlich, dass Sozialarbeiter einen wesentlichen Einfluss in Lebensläufe und auch Eingriffe in die Privatsphäre ihrer Klienten vornehmen; oft viel mehr als offenkundig bekannt und angenommen. Sie fungieren in der Rolle „als Gatekeeper für die Zuteilung von sozialen Chancen und Möglichkeiten“ (vgl. Pantucek, 2005, S. 16). Konkret äußert sich dies in Entscheidungen, wie beispielsweise dem Vor(ent-)halten von Informationen bzgl. bestimmter Hilfen, der Möglichkeit zur Beantragung von Leistungen zur Teilhabe oder zur Existenzsicherung. Die häufig angeführte Kritik bezüglich Diagnosen, sie würden zu einer Stigmatisierung und Etikettierung führen, kann auch von diesem Standpunkt aus beleuchtet werden. *Pantucek* (2005, S. 66) führt in diesem Zusammenhang an, dass stigmatisierende Etikettierungen in der Praxis der Sozialen Arbeit durchaus weit verbreitet sind und häufig Anwendung finden; nämlich durch die nicht nachvollziehbaren Entscheidungen, die sich oftmals auf die trügerische Sicherheit von gewohnt gewordenen Alltagstheorien begründen. Vor diesem Hintergrund wird die Wichtigkeit von Methoden in der Sozialen Arbeit deutlich, die in transparenter Weise die Nachvollziehbarkeit von Situationseinschätzungen und Interventionsauswahl abbilden (vgl. Pantucek, 2006, S. 1).

Lebensweltbezogene Verfahren sind hingegen als nichtstigmatisierend zu begreifen, weil sie nicht die Person diagnostizieren, sondern deren Lebenssituation. Die Klienten sind somit nicht Gegenstand der Diagnose sondern Beteiligte in einem diagnostischen Prozess (vgl. Pantucek, 2005, S. 36). Im weiteren sind die auf Erfassung der Lebenswelt ausgerichteten Methoden ressourcenorientiert, da der Hilfebedarf an den angestrebten Zielen angepasst wird und nicht an den diagnostizierten Defiziten (vgl. Armbruster, 2004, S. 105).

Gerade für das Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie lässt sich sagen, dass dieses „von der Nähe zum Alltag lebt“ (vgl. Armbruster, 2004b, S. 309). Die diagnostische Einschätzung muss also vordergründig die Beziehung zwischen Klient, seinem sozialen Umfeld und dem Helfersystem fokussieren, da sich innerhalb dieses Kontextes Probleme entwickeln, verändern und auch chronifizieren (ebd.). *Pantucek* (2005, S. 27) beschreibt diesen Prozess des Zugangs zur Lebenswirklichkeit von Klienten als „Passung“ zwischen dem Individuum und einem möglichen Hilfsprogramm.

Armbruster (2004a, S. 105 f) fasst in prägnanter Weise zusammen, dass Hilfebedarfserfassung aber immer auch in gewissem Ausmaß vorläufig, vage und experimentell bleiben muss: „Die Hilfebedarfsermittlung muss der Tatsache Rechnung tragen dass psychisch kranke Menschen oft in ihrer Uneindeutigkeit und ihrer verwirrenden Form der Vermeidung von Kommunikation nachvollziehbare Gründe haben, sich Festlegungen auf Problemdefinitionen, Lebensentscheidungen und Zielplanungen zu entziehen und auf diese Weise oft den letzten Rest ihrer Autonomie zu wahren suchen“.

Wie sich gezeigt hat, steht bei einem personenzentrierten Hilfeansatz im Vordergrund, das konkrete Bedürfnis des Einzelfalls zu erfassen und aus diesen individuellen Bedürfnissen den Bedarf für die Gemeinschaft (bzw. für den Sozialraum) abzubilden. Für die Ermittlung dieser beiden Komponenten sind lebensweltbezogene Diagnoseverfahren notwendig. Gerade die Hinterfragung von Strukturmerkmalen der (psychiatrischer) Versorgung im Gemeinwesen ist essentiell für die Einschätzung, welche Ressourcen ein Individuum bei der Bewältigung von sozialen Problemen oder psychischen Störungen in seiner konkreten Lebenssituation und seinem Lebensumfeld aktivieren und welche Protektivfaktoren er ausbilden kann. Leitfragen dazu wären beispielsweise: „welche Auswahl an Angeboten gibt es in einer jeweiligen Versorgungsregion?“ und „wie gut sind Hilfestellen erreichbar, regional und im Kontext von Zugangshürden?“

Unbeantwortet bleibt an diesem Punkt die kritische Überlegung, ob durch Klassifikationsverfahren in der Sozialen Arbeit und die damit verbundene Standardi-

sierung von Problemen in vergleichbaren Kategorien zu einer weiteren zunehmenden „Ausrasterung des persönlichen Lebens“ (Finzen/ Hoffmann-Richter, 2002, S.7) beigetragen wird und somit zu einer Medikalisierung und Psychologisierung von bisher „normalen“ Lebensereignissen, wie Schwangerschaft, Geburt, Tod, Trennung, Arbeitsplatzverlust etc., führen kann.

3.2. Möglichkeiten und Grenzen für die Profession der Sozialen Arbeit

Seit der Entstehung als Berufsstand und Profession bewegt die Soziale Arbeit die Diskussion um ihre Professionalisierung und Wissenschaftlichkeit. Dies geschieht vor dem besonderen Hintergrund der Existenzberechtigung als selbständige Profession.

Soziale Arbeit befindet sich insbesondere im Wirkungskreis der Sozialpsychiatrie in einer doppelten Konfliktsituation. Sie muss sich einerseits in einem medizinisch-naturwissenschaftlich dominierten Gebiet profilieren. Zum anderen muss sie ihre eigene professionelle Haltung im Hinblick auf das Verständnis und die Behandlung von psychischem Leid vertreten (vgl. Armbruster, 2004a, S. 98). Zudem findet Sozialarbeit ihre Handlungsfelder im Vergleich zur Medizin und Psychotherapie in komplexen, unübersichtlichen und schwer planbaren, unvorhersehbaren Settings (vgl. Pantucek, 2005 S. 14). Auch hat die Soziale Arbeit nicht die Definitionsmacht darüber, was als soziales Problem zu gelten hat, während die Medizin legitimiert entscheidet was als Normabweichung und damit als krank zu betrachten ist (vgl. ebd., S. 18). Es fehlt somit ein verbindlicher und eindeutig beschreibbarer Normalitätsstandard, anhand dessen objektive Kriterien gemessen werden könnten (vgl. ebd., S. 77). Trotzdem können in diagnostischen Verfahren, die von der Sozialarbeit angewendet werden, auch Skalierungen zum Einsatz kommen. Skalierungen nehmen eine Einschätzung aber keine Messung vor (vgl. ebd., S. 78). Denn erst durch standardisierte Verfahren wird eine wissenschaftliche Fundierung gegeben, die mittels der Vergleichbarkeit von ähnlichen Fällen auch zur Möglichkeit der Evaluation beitragen könnte (vgl. Pantucek, 2006, S. 4).

Pantucek (2005, S. 17) proklamiert, dass Sozialarbeiter offenbar keine eigene Position haben oder diese nicht mit eigenen Begrifflichkeiten nachvollziehbar darstellen können. Soziale Arbeit gilt deswegen als sprachlos. *Karls/Wandrei* (1994, S. XVii) geben bereits in der Einleitung ihres Buches "Person-In-Environment System" den folgenden Hinweis: "... social work must acquire and use its own language to communicate the work it does and the role it plays in eliminating or alleviating problems in the human condition". Dabei ist zu berücksichtigen, dass die fehlende spezifische Begrifflichkeit von Sozialer Arbeit gerade mit ihrem propagierten Lebensweltbezug zusammenhängt. Während die Medizin ihren Gegenstand erst sprachlich erfassen musste, ist das Alltagsleben, an dem die Soziale Arbeit ansetzt, von den Menschen selbst schon beschrieben. Auch hier findet sich Soziale Arbeit in einem doppelten Dilemma: Einerseits ist der nicht vorhandene fachliche Jargon für die lebensweltorientierte Fallarbeit funktional; aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur Reflexion auf adäquatem wissenschaftlichen Niveau hemmt er andererseits die Entwicklung zu einer eigenständigen Profession (vgl. *Pantucek*, 2005, S. 32 f).

Pantucek (2005, S. 96 f) sieht als ein weiteres wesentliches Problem von Sozialarbeitern, dass sie ihre fallbezogenen Entscheidungen organisationskonform treffen müssen. Das bedeutet, sie müssen sich an den Traditionen und oftmals nur vordergründig ökonomischen Kriterien der Organisation, für die sie arbeiten orientieren. Beispiele hierzu wären u.a. die Ausrichtung auf Vollbelegung oder die Sicherheit von Kostenübernahmen. Diagnostische Verfahren bergen das Potential dieses Abhängigkeitsverhältnis etwas abzuschwächen. Indem sie organisationsübergreifend angewendet werden, wirken sie somit eher neutral im Hinblick auf Entscheidungstraditionen von einzelnen Organisationen.

Die selbstbewusste Weiterentwicklung des professionellen Selbstverständnisses der Sozialen Arbeit, das aus der Sicht von Nachbarprofessionen immer noch eher ein verwaschenes Bild abgibt, ist gefordert. Dazu gehört auch, die Ängste vor einer standardisierten Darstellung und Überprüfung von Daten und Entscheidungen zu überwinden. Eine stichhaltige Dokumentation sollte als kontinuierlicher Prozess in der Fallarbeit betrachtet werden können und nicht als

Instrumentarium über welches methodisches Handeln von Professionellen kontrolliert werden soll (vgl. Pantucek, 2006, S. 3, S. 23).

Armbruster (ebd.) erachtet in der Diskussion um die Professionalisierung der Sozialen Arbeit folgende Frage als zentral: „Gelingt es neben der medizinischen Diagnostik eine eigenständige psychosoziale Diagnostik zu etablieren und bzw. oder kann die alltagsorientierte, interaktionelle und soziale Perspektive in ein ganzheitliches Diagnosekonzept integriert werden?“

Dieses Vorhaben, die Soziale Arbeit als abgrenzbare Profession zu verstehen, hat nur die Aussicht auf Erfolg, wenn:

1. exklusive Handlungsbereiche der Sozialen Arbeit und darauf bezogene Probleme behauptet und durchgesetzt werden können

und

2. in der Entscheidungsfindung eine transparentere Nachvollziehbarkeit entsteht.

Es muss also identifizierbare Probleme geben, die nur die Soziale Arbeit als Disziplin, mit ihren spezifischen Methoden, lösen kann.

4 Das Person-In-Environment System (PIE)

Das Person-In-Environment System ist einzuordnen als ein Verfahren der Situationsanalyse. Situationsanalysen verfolgen das Ziel, ein möglichst konkretes, realitätsbezogenes und aktuelles Bild der Situation des Klienten aus dessen Sicht zu entwerfen. Das Ganze geschieht aber unter der konstruktiv-kritischen Fragestellung des professionellen Helfers (vgl. Stimmer, 2006, S. 121). Bekannte Verfahren zur Situationsanalyse in der Psychologie sind beispielsweise der Gießen-Test (GT) oder das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). In der Medizin, insbesondere in der Psychiatrie, sind ICD 10 und DSM IV weltweit verbreitet (ebd., S. 123).

Das Person-In-Environment System nimmt eine Einschätzung sozialer Probleme von Menschen und somit ihren sozialen Funktionsstörungen vor. Zusätzlich werden psychische Störungen und Verhaltensprobleme sowie körperliche Erkrankungen abgefragt. Vor diesem multidisziplinären Hintergrund kann das PIE folglich als bio-psycho-soziales Assessmentverfahren für eine ganzheitliche Fallanalyse in der Sozialen Arbeit betrachtet werden, das soziale, psychische und körperliche Faktoren integriert (vgl. Adler, 1998, S. 161).

Das Ausfüllen und die Auswertung der Erhebungsbögen kann ohne direkte Beteiligung des Klienten stattfinden, wenn zuvor im Assessment genügend relevante Daten und Informationen erhoben werden konnten. Empfehlenswert ist allerdings, im Sinne einer transparenten Haltung dem Klienten gegenüber, die Erhebungsergebnisse in die weitere Beziehungsarbeit einfließen lassen (vgl. Pantucek, 2005, S. 201).

In diesem Kapitel erfolgt zunächst ein kurzer Abriss zum Ursprung und der Entstehungsgeschichte des PIE. Im weiteren wird dann der systematische Aufbau des Klassifikationsverfahrens vorgestellt. Es schließt sich eine kritische Abwägung der sich durch die Anwendung ergebender Potentiale und Probleme an, bevor eine fokussierte Betrachtung bezüglich dem Einsatz im deutschsprachigen Raum erfolgt.

4.1. Ursprung und Entstehungsgeschichte

Das Person-In-Environment System- in der Abkürzung „PIE“ geläufig- wurde von den amerikanischen Autoren *James M. Karls und Karin E. Wandrei* in Kooperation mit der National Association of Social Workers (NASW)- dem Berufs- und Fachverband der SozialarbeiterInnen in den USA- entwickelt und 1994 veröffentlicht. Der Ansatz des PIE ist aus dem US-amerikanischen „clinical social work“ entstanden und vordergründig für die Arbeit im Gesundheitsbereich konzipiert worden. Die Diskussion um die Anwendung des PIE findet vor diesem Hintergrund im deutschsprachigen Raum überwiegend im Bereich von sozialpsychiatrischen Hilfen und im Case Management der Altenhilfe statt (vgl. Kuhlmann, 2004, S. 23). Bis jetzt existiert keine Übersetzung des PIE in die deutsche Sprache. Es wurde aber von *Adler* (1998 und 2004) gut und prägnant beschrieben. *Pantucek* (2005) hat sich ebenfalls eingehend damit beschäftigt und die Erhebungsbögen ins Deutsche übersetzt. Diese übersetzten Bögen werden in dieser Arbeit für zwei Beispielfälle verwendet.

4.2. Aufbau

Das PIE enthält **4 Faktoren**, die klassifiziert werden können:

- Faktor 1** erfasst die Probleme von Menschen in sozialen Rollen.
- Faktor 2** erhebt hingegen Probleme in der Umwelt des Betroffenen. Eine Klassifikation in Faktor 2 erfolgt aber nur dann, wenn damit Probleme in Faktor 1 im Zusammenhang stehen.
- Faktor 3** fragt nach psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten
- Faktor 4** überprüft zusätzlich körperliche Erkrankungen

Pantucek (2005) übersetzt den Faktor 3 und Faktor 4 als Psychische und Physische Gesundheit, während *Karls & Wandrei* (1994, S. 24) von „Mental Health Problems“ und „Physical Health Problems“ sprechen.

Die Klassifikation entlang der Faktoren 1 und 2, nämlich Probleme in sozialen Rollen und in der Umwelt, stellt den Schwerpunkt für eine sozialpädagogische Diagnose dar und bildet den lebensweltorientierten Bezug ab.

Für die Faktoren 3 und 4 werden Diagnosen nach DSM IV und ICD 10 miteinbezogen, wodurch ersichtlich wird, dass das PIE auf die Kombinierbarkeit mit Klassifikationssystemen anderer Disziplinen ausgerichtet ist (vgl. Panucek, 2005, S. 187).

Im folgenden werden die einzelnen Faktoren ausführlicher beschrieben:

Faktor 1: 1. bis 4. Probleme in Sozialen Rollen

Dieser Faktor stellt den wesentlichen Schwerpunkt innerhalb der sozialen Diagnose dar. Es werden Probleme erfasst, die durch die Einnahme einer bestimmten sozialen Rolle des Individuums entstehen. *Adler* (1998, S. 7) beschreibt die Definition von sozialer Rolle, wie sie von Karls & Wandrei 1994 bei der Vorstellung des PIE verstanden wurde, als „die Erfüllung einer erkennbaren und regulierten Position in der Gesellschaft“.

Es werden dabei Rollen auf 4 Ebenen unterschieden (in Anlehnung an die Übersetzung von Pantucek, 2005 S. 188 ff):

1.	<p>Familienrollen</p> <p>z.B. als Elternteil, Ehepartner, Kind, Geschwister oder andere Rollen, die näher zu beschreiben sind</p>
2.	<p>andere interpersonelle Rollen</p> <p>z.B. Geliebter, Freund, Nachbar, Mitglied, sonstige Rollen</p>
3.	<p>Arbeitsrollen/ Berufliche Rollen</p> <p>z.B. nichtselbständiger Arbeitnehmer, Selbständiger, Student, Schüler, etc.</p>
4.	<p>Rollen in spezifischen Lebenssituationen</p> <p>Konsument, stationärer oder ambulanter Patient/Klient, Immigrant, Flüchtling, etc.</p>

Es sind alle aktuellen problematischen Beziehungen zu erheben und falls es mehrere sind, zu priorisieren (vgl. Stimmer, 2006, S. 125). Diesen Rollen ist jeweils schon eine feste Codenummer zur späteren Codierung zugeschrieben.

Durch eine zusätzliche Codierung auf den folgenden **4 verschiedenen Achsen** können die zuvor erfassten Rollenprobleme differenziert und konkretisiert werden:

▪ **9 TYPEN VON SOZIALEN INTERAKTIONSPROBLEMEN:**

1.	Macht
2.	Ambivalenz
3.	Verantwortung
4.	Abhängigkeit
5.	Verlust
6.	Isolation
7.	Viktimisierung
8.	gemischte Formen
9.	andere Formen

▪ **INTENSITÄTSINDEX: Intensität/Schwere der Probleme in 6 Abstufungen**

1	kein Problem
2	gering
3	mäßig
4	hoch
5	sehr hoch
6	katastrophal

- **DAUER-INDEX:** zeitliche Dauer ebenfalls in 6 Abstufungen

1	> 5 Jahre
2	1 bis 5 Jahre
3	6 Monate bis 1 Jahr
4	1 bis 6 Monate
5	2 Wochen bis 1 Monat
6	< 2 Wochen

- **COPING-INDEX:** bisher beobachtbare Coping-Mechanismen auch in 6 Abstufungen

1	hervorragend
2	überdurchschnittlich
3	adäquat
4	teilweise adäquat
5	inadäquat
6	keine Coping-Fähigkeiten

Nach der Codierung dieser zusätzlichen Parameter wird für das jeweilige Rollenproblem eine **erforderliche Intervention** formuliert und auf dem Erhebungsbogen eingetragen.

Ein vereinfachtes Beispiel zur Erläuterung der Codierung:

Einem Asylbewerber ohne geregelten Aufenthaltsstatus wird die soziale Rolle „Flüchtling in spezifischer Lebenssituation“ zugeschrieben. Als Typ des sozialen Interaktionsproblems kann „Abhängigkeit“ klassifiziert werden. Da der Betroffene bereits aufgrund einer drohenden Abschiebung einen Suizidversuch unternommen hat und sich seit über einem halben Jahr in dieser Situation befindet, muss als Intensitätsindex der höchste Wert (6) „katastrophal“ und als Dauerindex der Wert 3 „6 Monate bis 1 Jahr“ angesetzt werden. Als Copingfähigkeit kann der Wert 4 „teilweise adäquat“ angenommen werden, da sich der Klient nach dem Suizidversuch nun an eine psychische Beratungsstelle gewendet hat. Als erforderliche Intervention könnte als erster wichtiger Schritt, die Hinführung zu einer Rechtsberatung sein.

Faktor 2:	5. bis 10.	Probleme in der Umwelt
------------------	-------------------	-------------------------------

Wie bereits erwähnt, erfolgt eine Klassifikation in Faktor 2 nur, wenn sie Probleme in Faktor 1 tangiert.

Dieser Faktor fokussiert Struktur- und Versorgungsprobleme im Gemeinwesen und in sozialen Netzwerken des Klienten in den folgenden verschiedenen Bereichen (vgl. Adler, 1998, S. 3):

Eine Erfassung erfolgt hier auf 6 Ebenen:

5.	<p>Probleme beim ökonomischen und Grundversorgungssystem</p> <p>z.B. Ernährung, Unterkunft, Beschäftigung, ökonom. Ressourcen, Diskriminierung bzgl. ökonomischer und basaler Bedürfnisse z.B.. ethnische Zugehörigkeit, Sexuelle Orientierung etc.</p>
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.	<p>Probleme im (Aus-) Bildungssystem</p> <p>z.B. Fehlen von (Aus-)Bildungseinrichtungen, Fehlen von Diensten, die den Zugang zu (Aus-)Bildungseinrichtungen ermöglichen, Diskriminierung im Hinblick auf den Zugang zu (Aus-) Bildungseinrichtungen, etc.</p>
7.	<p>Probleme im Rechtssystem</p> <p>z.B. Rechtsprechung und öffentliche Sicherheit, Diskriminierung im juristischen und Rechtssystem z.B. aufgrund des Ausländerstatus, der sexuellen Orientierung oder des besonderen Lebensstils</p>
8.	<p>Probleme im Gesundheit-, Sicherheits-, Sozialsystem</p> <p>z.B. Fehlen einer angemessenen Gesundheitsversorgung oder Unzugänglichkeit zu dieser, eingeschränkte Sicherheit durch gefährliche Wohn- oder Lebensverhältnisse, fehlende Erreichbarkeit von sozialen Diensten, Diskriminierung in diesen Systemen, etc.</p>
9.	<p>Probleme im Selbstorganisationssystem</p> <p>z. B. Fehlen von Unzugänglichkeit von freiwilligen Zusammenschlüssen, z.B. Religionsgruppierungen, Vereinen, Diskriminierung in diesem Bereich, etc.</p>
10.	<p>Probleme im System emotionaler Unterstützung</p> <p>z.B. Fehlen von emotionaler Unterstützung oder das System ist inadäquat für die Bedürfnisse, Diskriminierung in diesem System, etc.</p>

Die einzelnen Ebenen werden wiederum, wie schon bei Faktor 1 beschrieben, mit Parametern auf unterschiedlichen Achsen spezifiziert.

Allerdings findet im Faktor 2 für die Ebenen 5. bis 10. lediglich die Codierung auf den Achsen „**Intensitätsindex**“ und „**Dauer-Index**“ sowie die Ermittlung der **erforderlichen Intervention** statt. Der Coping-Index entfällt, da die Probleme, die im Kontext zur Umwelt entstehen, im allgemeinen nicht im direktem

Einfluss zu den Coping-Möglichkeit des einzelnen Individuums stehen (vgl. Karls/Wandrei, 1994, S. 33).

Auffallend ist im Faktor 2 auf jeder Ebene die zusätzliche Klassifizierung evtl. **diskriminierender Aspekte** in den unterschiedlichen Umweltsystemen. Das heißt, ob der Klient aufgrund seines Alters, seiner ethnischen Zugehörigkeit, seiner Religion, seines Geschlechts oder seiner sexuellen Orientierung etc. keinen oder nur einen erschwerten Zugang zur Umwelt und dem Versorgungssystem hat.

Zur Verständnis wieder ein vereinfachtes Beispiel:

Auf der Ebene 5: „Probleme beim ökonomischen und Grundversorgungssystem“ wird der Problemaspekt „Ernährung“ bei einem Klienten aus der Obdachlosenszene festgestellt. Das Fehlen einer regelmäßigen Essensversorgung wird mit hoher Problemintensität (Item 4) und einer Dauer von ein bis zwei Jahre (Item 2) codiert. Als erste erforderliche Hilfsmaßnahme könnte eine Unterstützung beim Zugang zu kostenlosen Essensangeboten angesehen werden. Ferner ist zu prüfen, ob im Gemeinwesen derartige Angebote vorhanden und wie diese für den Klienten erreichbar sind und ob außerdem evtl. diskriminierende Faktoren vorliegen. Lässt sich innerhalb der Versorgungsregion eine Lücke an derartigen Angeboten bei gleichzeitiger vermehrter Nachfrage feststellen, so ist gemäß einer sozialraumorientierten Versorgung, der Bedarf zu definieren und Schritte zur Umsetzung der Bedarfsdeckung einzuleiten.

Faktor 3:

Psychische Gesundheit

Dieser Faktor entspricht den Entwicklungsschwierigkeiten und psychischen Erkrankungen wie sie im ICD 10 Kapitel V oder im DSM-IV beschrieben sind (vgl. Adler, 2004, S. 169).

Bei dem im Beispiel von Faktor 1 genannten Asylbewerber, der aufgrund der drohenden Abschiebung einen Suizidversuch unternommen hat, wären im Fak-

tor 3 im weiteren psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten diagnostisch abzuklären.

Faktor 4:

Physische Gesundheit

Hier werden körperliche Erkrankungen, im Rahmen der sozialpädagogischen Diagnose in der Regel aber nur beschreibend, erfasst. Der Faktor stellt eine Schnittstelle zur weiteren Klassifikation nach ICD 10 dar (vgl. Adler, 2004, S. 170)

Die Faktoren 3 und 4 stehen oftmals in Wechselwirkung mit den Problemen, die in Faktor 1 und Faktor 2 erfasst werden. Im Sinne einer ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Betrachtung sind deshalb alle 4 Faktoren zu prüfen und in die Situationsanalyse und Interventionsplanung zu integrieren (vgl. Stimmer, 2006, S.129).

4.3. Potentiale und Probleme

Das PIE-System ist als erstmaliges Klassifikationsmodell für die Soziale Arbeit anzusehen, das Probleme und Defizite sowohl in sozialen Rollen (Faktor 1) des Individuums, als auch in den kommunalen Versorgungssystemen und sozialen Netzwerken (Faktor 2) erfasst (vgl. Adler, 1998, S. 5). Es können damit relevante Daten gesammelt werden um eine sozialräumliche Planung und Praxisforschung für die psychiatrische Versorgung zu erreichen (vgl. Hahn, 2006, S. 45). Demnach kann davon ausgegangen werden, dass das PIE-System die doppelte Bedeutung von „need“ erfüllt, wie sie in dieser Arbeit in Kapitel 1 unter der Begriffsklärung von „need-assessment“ nach *Slade & Glover* angeführt wurde. Nämlich durch den Faktor 1 auf dem *individual level* und durch Faktor 2 auf dem *population level*.

Adler (2004, S.166) sieht das PIE als ein Diagnosesystem, welches als eigenständiges Beschreibungs- und Klassifikationssystem der Sozialen Arbeit betrachtet werden könne. Er wirft die Frage auf: wenn Soziale Arbeit bereits in vielen Bereichen und Arbeitsfeldern (z.B. in der Jugendhilfe) diagnostiziert, also Problemlagen analysiert, einschätzt und bewertet und wenn dabei auch teilweise arbeitsfeldspezifische diagnostische Verfahren verwendet werden, warum lassen sich dann die Gemeinsamkeiten nicht in einem grundlegenden und einheitlichen Diagnosesystem- wie beispielsweise dem PIE-System- für die Soziale Arbeit zusammenfassen, das für alle Arbeitsgebiete anwendbar wäre?

Adler (2004, S. 172) stützt seine Aussagen vor allem auf folgende Vorteile, die sich aus der Anwendung einer eigenständigen und standardisierten Diagnostik für die Praxis der Sozialen Arbeit wie auch für deren Forschung und Evaluation ergeben würden: Die Klassifikation nach PIE ist nicht auf eine bestimmte Theorie bezogen, entspricht aber den theoretischen Ansätzen der Alltags- und Lebenswelttheorie. Obwohl im PIE-System in den Bögen zwar Probleme in sozialen Rollen sowie der Umwelt erfasst werden, ist das System nicht defizitär ausgerichtet. Es erfolgt eine explizite Einschätzung der Copingfähigkeiten und somit eine Orientierung auf Ressourcen (vgl. ebd.,S.167).

Ähnlich wie die Klassifikationen ICD 10 und DSM IV nimmt das PIE-System keine ätiologische Erfassung vor, sondern beschränkt sich auf einen rein deskriptiven Ansatz. Es ist demnach als ein Instrument zu verstehen, welches wandelnde Forschungsprozesse überdauert und kann somit als theorieunabhängig und „paradigmenübergreifend“ gelten (vgl. Adler, 1998, S. 2). Im Unterschied hingegen zu ICD 10 und DSM IV , die den Fokus eher auf innerpsychische Prozesse setzen, wird im PIE aber das Konstrukt der sozialen Rolle zugrunde gelegt um Probleme in sozialen Funktionen erfassen zu können (vgl. Adler, 2004, S. 167).

Das PIE-System bietet ein für die verschiedenen Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit gleichermaßen geeignetes Instrument (vgl. ebd., S. 172). Es verfügt über eine große Reichweite und kann in vielen Praxisgebieten der Sozialen Arbeit eingesetzt werden. (vgl. Löcherbach, 2004, S. 78). Es liefert außerdem einen

Beitrag zu einer einheitlichen und vergleichbaren Erfassung der sozialen Situation und der Probleme von Klienten. Insbesondere würde somit auch eine weitere Fragmentierung des Arbeitsfeldes der Sozialen Arbeit weitgehend verhindert werden.

Ebenfalls wird der Sozialen Arbeit durch die standardisierten Begrifflichkeiten des PIE eine einheitliche Sprache zur Verfügung gestellt. Dies könnte die Entwicklung eines allgemeinen Begriffssystems fördern und auch zu einer weitgehenden Integration der verschiedenen nebeneinander existierenden Theorieansätze beitragen (vgl. Adler, 2004, S. 172 f).

Im Hinblick auf die Diskussion um Wirksamkeitskontrolle und Forschung in der Sozialen Arbeit eröffnet das PIE-System das Potential, Fälle gleicher Problematik systematisch zu erfassen und Studien zur Evaluation durchzuführen. Über diesen Weg könnte die Wirksamkeit von Interventionen bei Klienten mit vergleichbaren Problemlagen erstmals erhoben und annähernd überprüft werden. Aufgrund der systematischen Codierung ist eine statistische Verarbeitung der erhobenen Daten leichter umzusetzen (vgl. ebd., S. 172 f).

Durch die Integration von psychischen und physischen Diagnosen schließt das PIE-System an die gängigen Diagnose- und Klassifikationssysteme IDC 10 und DSM an. Damit kann zu anderen Professionen, wie der Medizin und Psychologie, eine Brücke geschlagen werden. Gleichzeitig wird aber eine deutliche Stärkung der eigenen Profession auf gleichem Niveau deutlich gemacht (vgl. ebd., S. 172 f). Der Prozess einer Integration der interdisziplinären Zusammenarbeit könnte dadurch begonnen werden (vgl. Karls/Wandrei, 1992, S. 80).

Als Problem oder Schwachstelle des PIE-System kann die fehlende systematische Unterscheidung der Nutzer- und Expertensichtweise angeführt werden. Es wird somit nicht prozesshaft beschrieben, ob die Problemeinschätzung von der Fachkraft alleine oder in Kooperation von Klient und Helfer entstanden ist und ob gegebenenfalls differierende Meinungen bestehen (vgl. Hahn, 2006, S. 48).

Pantucek (2005, S. 201) hingegen kritisiert als Anwendungsfehler, dass aufgrund der geringen Verbreitung des PIE keine Kommunikation zwischen den

einzelnen beteiligten Hilfestellen mittels diesem Instrument erfolgen könne, wie es eigentlich von einem Klassifikationssystem zu erwarten wäre.

Kritisch angemerkt werden könnte außerdem, dass das PIE als Instrument zur Situationsanalyse in seiner alleinigen Anwendung in Einzelfällen bei Klienten mit komplexen Problemlagen zu kurz greifen könnte. Dies wird insbesondere bei Klienten der Fall sein, bei denen die Sprache nicht als angemessenes Medium für ein aussagekräftiges Assessment betrachtet werden kann. Je nach spezifischem Einzelfall ist abzuwägen, ob die Anwendung ergänzender Verfahren als sinnvoll erachtet werden kann. Aktivierende und visualisierende Verfahren können helfen, unterstützende Faktoren in der Lebenswelt der Klienten differenzierter zu ermitteln (vgl. Rethfeldt/ Stimmer, 2004, S. 190). Ein Beispiel hierfür wäre die Netzwerkanalyse: Sie stellt ein sehr leicht handhabbares und doch aussagekräftiges Instrument zur Abbildung von emotional bedeutsamen Beziehungen von Klienten dar. *Stimmer* (2006, S. 129) merkt zusätzlich an, dass das PIE-System in seiner ursprünglichen Form auf die Arbeit mit Erwachsenen begrenzt ist, also in der Kinder- und Jugendhilfe nicht eingesetzt werden könne. Er sieht zudem Probleme in der Anwendung bei Klientengruppen aus anderen Kulturkreisen.

Adler (2004, S. 169 f) schlägt vor, die Probleme in sozialen Netzwerken und die Einbettung in familiäre Strukturen differenzierter zu erfassen. Er sieht dazu als geeignetes Erweiterungsinstrument, die von Remschmidt & Schmidt 1994, innerhalb des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS), entwickelte spezifische Systematik zur Klassifikation von abnormen psychosozialen Umständen (welche auch in die ICD integriert ist). Damit können Faktoren wie die Qualität der familiären Beziehungen (z.B. abweichendes Verhalten oder Behinderungen in der Familie, inadäquate interne Kommunikationsstrukturen, Erziehungsbedingungen etc.) sowie besondere belastende Lebensereignisse (z.B. Tod, Trennung, gesellschaftliche Belastungsfaktoren, Krankheit oder Behinderung etc.) erhoben werden.

Abschließend ist anzumerken, dass das PIE-System für einen standardisierten Gebrauch nur nach ausführlichem, kontrolliertem Training durchgeführt werden

sollte um zu vermeiden, dass die Bögen lediglich als Abhack –oder Checkliste „entartet“ werden (vgl. Rethfeldt/ Stimmer, 2004 S. 193). Das von Karls und Wandrei vorgelegte Manual zur praktischen Anwendung des PIE-Systems bietet laut *Hahn* (2006, S. 48) dazu aber nur bedingt brauchbare Hinweise, wie die Intensität von sozialen Problemlagen und Umweltproblemen einzuschätzen sei. Im Hinblick auf Validität und Reliabilität werden von *Karls & Wandrei* (1992, S.81, S. 84 f) in den USA Testläufe zur praktischen Anwendbarkeit des Systems, sowie zur Handhabbarkeit des Manuals durchgeführt. Es ist momentan noch offen, ob und wann die von der NASW (National Association of Social Workers) angekündigte revidierte Form des PIE-Systems zu erwarten ist (vgl. *Hahn*, 2006, S. 48). Ein kontinuierlicher Prozess mehrfacher Überarbeitung und Anpassung, wie dies auch bei den Klassifikationen ICD und DSM der Fall ist, erscheint aber in den nächsten Jahren als wahrscheinlich (vgl. *Adler*, 1998, S. 5).

4.4. Anwendbarkeit im deutschsprachigen Raum

Eine deutsche Übersetzung und Anpassung des PIE- Systems ist bisher nur rudimentär vollzogen. Wie bereits erwähnt, haben sich vor allem *Adler* und *Pantucek* eingehender mit dem PIE beschäftigt. *Pantucek* hat die Erhebungsbögen ins Deutsche übersetzt und somit einen basalen Beitrag im Prozess der Implementierung geleistet. Insgesamt lässt sich allerdings beurteilend feststellen, dass für die Anwendung des PIE im deutschsprachigen Raum ein relativ hoher Anpassungsbedarf besteht.

Als wesentliche Hürde im Hinblick auf die Einführung bei uns, ist die fehlende Adaption in das deutsche Sozial-, Rechts- und Gesundheitssystem anzusehen (vgl. *Hahn*, 2006, S. 48). Außerdem gibt es bisher keine größer angelegten Studien zur Anwendbarkeit des PIE, welche zum einen zu einer weiteren Verbreitung, zum anderen aber auch zu Aussagen bzgl. der Validität und Reliabilität des Systems beitragen könnten.

Allerdings könnte mittels einer entsprechenden adäquaten Überarbeitung für

den deutschsprachigen Raum durch das PIE ein Andocken an verschiedene Assessment- und Diagnoseinstrumente ermöglicht werden. Dies wiederum würde ein weiterer Schritt zur Entwicklung eines Klassifikationssystems darstellen, das den hohen Anforderungen an ein modernes bedarfs- und ressourcenermittelndes Verfahrensinstrument erfüllen könnte (vgl. Löcherbach, 2004, S. 79).

4.5. Erfahrungsauswertung bei der Anwendung des PIE an 2 Fallbeispielen

In diesem Abschnitt sollen kurz die prägnantesten Erfahrungswerte bei der praktischen Anwendung des PIE Systems zusammengefasst werden.

Es wurden die von *Pantucek* (<http://www.pantucek.com> Stand: 01.11.2006) ins Deutsche übersetzten Erhebungsbögen verwendet. Die ausgefüllten Bögen sind im Anhang dieser Arbeit beigefügt.

Als Fallbeispiele wurden eine Klientin aus einer therapeutischen Wohngemeinschaft und ein Klient aus dem Betreuten Einzelwohnen ausgewählt. Da die beiden Klienten bereits in einer Maßnahme betreut werden, ging es in der Klassifikation nicht um ein Assessment zur ersten Einleitung von Hilfen. Durch die Anwendung des PIE Systems sollte vielmehr eine Konkretisierung der Probleme in Faktor 1 und Faktor 2 erreicht werden um weiterführende Interventionen planen zu können. Da eine psychiatrische Diagnose nach ICD 10 für beide Klienten bereits vor Maßnahmebeginn vorlag, wurde diese im Faktor 3 übernommen. Ebenfalls wurde zu Beginn und im Verlauf der Betreuungsmaßnahme für beide Klienten der Hilfebedarf gemäß dem Bayerischen Gesamtplanverfahren ermittelt. Die Erfahrungen aus der Erhebung mit dem Gesamtplan können somit als vergleichender Wert zugrunde gelegt werden.

Die Erhebung mit dem PIE-System wurde ohne direkte Beteiligung der Klienten durchgeführt und dauerte pro Klient eine Stunde. Da die Codierung noch nicht geläufig war, war es häufig notwendig auf die vorgegebenen Items zurückzugreifen. Im Verlauf der praktischen Anwendung kann als besonderes auffallend beschrieben werden, dass sich in den beiden Beispielfällen überraschend we-

nig Erhebungen im Faktor 2 ergaben.

Während im Faktor 1 die unterschiedlichen Rollen in ihrer Bedeutung leicht verständlich und präzise formuliert sowie umfassend dargestellt waren, erschien die Erfassung im Faktor 2 auf den ersten Blick eher unübersichtlich und gewöhnungsbedürftig. Ersichtlich wurde dies besonders durch den Bereich „Selbstversorgung“, der vergleichsweise im Integrierten Rehabilitations- und Behandlungsplan (IBRP) oder dem Gesamtplanverfahren ein wesentliches Spektrum einnimmt, im PIE aber nicht explizit aufgeführt wird. Als Items für Selbstversorgung wären beispielsweise zu nennen, die Fähigkeit zur selbständigen Haushaltsführung, der selbständige und adäquate Umgang mit finanziellen Ressourcen, der Umgang mit Behördenangelegenheiten etc.. Alternativ könnte die Überlegung angestellt werden, ob dieser Bereich primär im Faktor 1 unter „Rollen in spezifischen Lebenssituationen differenzierter zu erfassen wäre (z. B. als Konsument, als Leitungsempfänger/-berechtigter etc.).

Im Hinblick auf den Anspruch eines ressourcenorientierten Ansatzes war festzustellen, dass trotz der expliziten Abfrage des Coping-Fähigkeiten, sich die Erfassung in den Bögen eben doch auf Probleme und nicht generell auf Ressourcen konzentriert. Die Probleme werden außerdem nicht weiter differenziert und qualitativ beschrieben, was aber für die konkrete und passgenaue Ableitung von Interventionen indiziert wäre.

Nach der Klassifikation der Probleme und Codierung auf den verschiedenen Ebenen, erfolgte im nächsten Schritt die Auswahl von erforderlichen Interventionen. Dabei lag der Fokus direkt auf der Planung von geeigneten Maßnahmen, das zu verfolgende Ziel bleibt dabei unerwähnt. Außerdem fand keine Aufschlüsselung statt, wer für die Erfüllung einzelner Maßnahme verantwortlich ist, was gerade bei der Beteiligung eines Hilfenetzwerkes aber sinnvoll erscheint.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei einem ersten Assessment, unter Anwendung des PIE System, sich wohl ein guter Überblick ergibt um im folgenden erste Interventionen ableiten zu können. Ein differenzierte Erfassung der Interventionen und durch wen diese genau erbracht werden sollten, war in der vorliegenden Fassung hingegen nicht adäquat möglich.

Schlussbemerkung










Wie sich gezeigt hat, bieten lebensweltbezogene diagnostische Verfahren Chancen, sowohl für die Nutzerseite wie auch für die professionell helfende Seite. Sie können einerseits klientenzentriert die Aufgabe erfüllen, die Sicht der Klienten auf ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten zu schärfen und den Prozess der Hilfebedarfsermittlung für sie transparenter zu gestalten. Andererseits könnten diese Verfahren auch einen Beitrag zur Schärfung des Profils der Sozialen Arbeit und zur Weiterentwicklung ihres Potentials als wissenschaftliche Profession leisten (vgl. Pantucek, 2006, S.2). Zudem erfassen diese Klassifikationsverfahren zum einen die Besonderheit des individuellen Einzelfalls und sind zum anderen sozialraumorientiert. Ein kritisches und sorgfältiges Abwägen von Pro und Kontra bleibt in dieser Diskussion dennoch weiter unerlässlich, damit der mit Lebensweltorientierung und Personenzentrierung einhergehende paradigmatische Wandel nicht nur ein Lippenbekenntnis bleibt.












Im Hinblick auf das PIE-System bleibt als Resümee festzuhalten, dass die Potentiale dieses Klassifikationsverfahrens sicherlich die Probleme aufwiegen können, die eine Adaption ins deutsche Sozial-, Gesundheits- und Rechtssystem mit sich bringt. Das PIE kann als mächtiges Instrument für eine sozialarbeiterische Diagnostik in Abgrenzung zu anderen Professionen erachtet werden. Es aber als allgemeingültiges Klassifikationssystem und als Grundlage für eine gemeinsame Sprache in der Sozialen Arbeit zu betrachten, wäre sicherlich zu hoch gegriffen. Dafür müsste das System weitgehend verbreitet und anerkannt sein und auch von unterschiedlichen Kostenträgern zur Leistungsgewährung gebilligt werden (vgl. Pantucek, 2005, S. 200).



Auch ist die Annahme illusorisch, dass ein einziges soziales Diagnoseverfahren als „das“ klassische oder zentrale Verfahren flächendeckend zum Einsatz kommen könnte (vgl. ebd., S. 20). Gerade die Sozialpsychiatrie benötigt ein breites Spektrum an diagnostischen Ansätzen für jeweils spezifische Zwecke, die ein lebensweltorientiertes, personenzentriertes und interaktionelles Problemverständnis zugrunde legen (vgl. Armbruster, 2004a, S. 106).

Spannend wäre in einer weiteren Arbeit der Frage nachzugehen, in welchem Verhältnis die deutschen Berufsverbände der Sozialen Arbeit zum Person-In-Environment System stehen. Bei einer kurzen Recherche auf den Internetseiten der Verbände ist vordergründig (noch) nicht festzustellen, dass eine Einführung und Anwendung des PIE- Systems als ein aktuelles Thema der deutschen Fachöffentlichkeit verstanden wird. Der Begriff „Person-In-Environment“ ist derzeit eher abgekoppelt vom Klassifikationssystem im Sinne von „Lebensweltorientierung“ und „Personenzentrierter Ansatz im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit“ geläufig.

Literaturverzeichnis

-  **Adler**, H. (1998): Eine gemeinsame Sprache finden. Klassifikation in der Sozialen Arbeit - Ein Versuch: das Person-In-Environment System (PIE). in: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.), Blätter der Wohlfahrts-
pflege (Bd. 7+8, S. 161-164). Stuttgart: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg. online: <http://www.sgbviii.de/S32.html> (Stand: 24.4.2006)
-  **Adler**, Helmut (2004): Das Person-In-Environment-System (PIE) Vorteile einer eigenständigen, standardisierten Diagnostik in der Sozialen Arbeit. in: Heiner, Maja: Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Hand-
buch, S. 165-182. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
-  **Armbruster**, Jürgen (2004a): Diagnostik in der Sozialpsychiatrie zwischen medizinisch- naturwissenschaftlicher und sozialer Perspektive. in: Heiner, Maja: Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. S. 98-108. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und pri-
vate Fürsorge e.V.
-  **Armbruster**, Jürgen (2004b): Ansätze für eine prozessorientierte interakti-
onelle Diagnostik in der sozialpsychiatrischen Arbeit. in: Heiner, Maja: Dia-
gnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. S. 309-316. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Für-
sorge e.V.
-  **Cramer**, Manfred (2002): Case Management im Bereich psychischer Stö-
rungen. S. 1- 15.
http://www.sozw.fhmuenchen.de/lts_MMH/pdf/literatur/4a/cm_mc.pdf
(Stand: 01.11.2006)
-  **Finzen**, A. & **Hoffmann-Richter**, U. (2002). Schöne neue Diagnosenwelt. Psychiatrische Diagnostik im Zeichen von ICD-10 und DSM-IV. in: Soziale
Psychiatrie, Nr.1, S. 4-8
-  **Hahn**, Gernot: (2006): Standardisierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit-
Das Person- In- Environment System (PIE). in: Klinische Sozialarbeit. Zeit-
schrift für psychosoziale Praxis und Forschung Nr. 2 (Sonderausgabe) S.
45-48
-  **Karls**, J. M. & **Wandrei**, K. E. (1994). Person-in-Environment System: The
PIE Classification System for Social Functioning Problems. Washington,
D.C.: NASW Press.
-  **Karls**, J. M. & **Wandrei**, K. E. (1992): PIE: A New Language for Social
Work. in: Social Work Nr. 37, Washington D.C., S. 80-85

-  **Kuhlmann, Carola** (2004). Zur historischen Dimension der Diagnostik am Beispiel von Alice Salomon in HEINER, Maja: Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. S. 11-25. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
-  **Löcherbach, Peter** (2004): Assessment im Case Management und sozialpädagogische Diagnose. in: Schrapppner, Christian (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. S. 69-84. Weinheim. Juventa,
-  **Marti-Costa, S. & Serrano-Garcia, I.** (1983). Needs Assessment and Community Development: An Ideological Perspective. in: Zautra, A. et al. (Hrsg.), Strategies for Needs Assessment in Prevention. S. 75-84. New York: The Haworth Press
-  **Meyer, Almut-Hildegard** (2004): Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren? Heidelberg: Winter Verlag“Edition S“
-  **Pantucek, P.** (2005). Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien: Böhlau Verlag.
-  **Pantucek, P.** (2006). Soziale Diagnostik. Soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. in: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Nr. 2, S. 4-8 http://www.pantucek.com/texte/2006_03_klinische/klinische.html S. 1-12, (Stand: 01.11.2006)
-  **Rethfeldt, Stefan; Stimmer, Franz** (2004): Person-In-Environment- Diagnostik und visualisierende Verfahren in: : Heiner, Maja: Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. S. 190-202. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
-  **Schrapppner, Christian** (2004): Sozialpädagogische Diagnostik zwischen Durchblick und Verständigung. in: Heiner, Maja: Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. S. 40-54. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
-  **Slade, M. & Glover, G.** (2001): The need of people with mental disorders. in: Graham Thornicroft & George Szukler (Hrsg.): Textbook of Community Psychiatry, S. 117-127. Oxford: Oxford University Press.
-  **Soltauer Initiative.** (2005): Soltauer Impulse. http://www.psychiatrie.de/dgsp/soltauer_initiative/article/Soltauer_Impulse.html (Stand: 2.6.2005)
-  **Stimmer, Franz** (2006): Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer

-  **Thiersch, Hans** (1997): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim: Juventa Verlag.
-  **Verband der bayerischen Bezirke** (2004, Dez): Leitfaden der bayerischen Bezirke zum Gesamtplanverfahren gemäß § 58 SGB XII. Verband der bayr. Bezirke.

Internetquellen:

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2006.): http://www.dimdi.de/static/de/klassi/basisinfo_klassi.pdf (Stand: 01.11.2006)

Pantucek, Peter (2006): PIE-Klassifikation- Übersetzung: <http://www.pantucek.com> (Stand: 01.11.2006)

Wikipedia (2006): <http://de.wikipedia.org/wiki/Lebensweltorientierung> (Stand: 01.11.2006)

Erklärung nach §31 Abs.5 Rapo

Hiermit erkläre ich, dass ich die Arbeit selbständig verfasst, noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benützt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

München, im März 2007

Andrea Kreppold- Roth