

Gesundheitliches Gut-achten als sozio-materieller Prozess

Eine Praxeografie der Zuerkennung von gemeindepsychiatrischen Leistungen in Berlin

Abstract: Health Assessment as a Socio-material Process: A Praxeography of Public Community Mental Healthcare Services in Berlin. Historically, social security has been related to medical knowledge in many ways. For instance, medical expertise is incorporated into the granting and assessment of welfare state support measures and social policy fields of application shape medical knowledge practice. This paper deals with health assessment practices in Berlin community mental healthcare institutions. Based on a praxeographic approach and ethnographic research conducted between 2011 and 2017, two characteristics of the assessment process are elaborated: on the one hand, the assessment is distributed over different persons, forms of knowledge and artefacts as well as over time. On the other, it focuses on the beneficiary as a case and tailors the assessment of the person and his or her need for support to existing care services.

The aim of this contribution is to first locate health assessment processes as situated and contingent knowledge practices in the context of welfare state support measures and second to clarify their effects on the establishment of living conditions of psychiatric service users.

Keywords: health assessment, psychiatry, public community mental healthcare, inclusion services, social services, welfare state, expertise, treatment and rehabilitation plan, praxeography

DOI: 10.25365/oezg-2020-31-3-9



Accepted for publication after external peer review (double blind)

Milena D. Bister, Institut für Europäische Ethnologie, Humboldt-Universität zu Berlin, Mohrenstraße 40/41, 10117 Berlin, Deutschland, milena.bister@staff.hu-berlin.de

Einleitung und theoretische Verortung

Das Verhältnis von Sozialpolitik und Medizin wird gesellschaftlich und politisch laufend neu definiert. Ein Indikator für gesellschaftlichen Wandel in diesem Bereich ist die verstärkte Bezugnahme auf medizinisches Wissen in der Sozialgesetzgebung sowie in der Auslegung und Anwendung sozialrechtlicher Regelungen. Dem (fach-)ärztlichen Gutachten kommt in diesem Prozess seit dem 20. Jahrhundert ein besonderer Stellenwert zu. Zur Bewertung unterschiedlichster sozialpolitischer Sachverhalte – wie etwa Erwerbsfähigkeit, Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit – holen staatliche Institutionen, wie Gerichte und Behörden, im Einzelfall schriftliche Stellungnahmen von medizinischen Sachverständigen ein. Medizinische Begutachtungen für sozialpolitische Anwendungsfelder konstituieren daher wesentlich das Expert*innentum der Ärzt*innenschaft. Dabei überschreiten medizinische Gutachten in mehrfacher Hinsicht die medizinische Sphäre: Ärzt*innen wenden sich mit dem Gutachten weder an andere Mediziner*innen noch an Patient*innen, sondern an nicht-medizinische Entscheidungsträger*innen. Das Gutachten richtet sich an einen außermedizinischen Relevanzbereich und beeinflusst Entscheidungen, die außerhalb der Medizin liegen. Hinzu kommt der wachsende gesellschaftliche Anspruch, Gesundheitsfragen mit Lösungsansätzen unterschiedlicher Gesundheitsdisziplinen zu begegnen. Die Tätigkeit des Gutachtens weitet sich daher auf die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen aus und bringt medizinische Expertise in neue Beziehungen zu Wissensformen anderer Professionen.

Diesen zeitgenössischen Verschiebungen gehe ich in der Forschungstradition der sozialanthropologischen *Science and Technology Studies* im vorliegenden Beitrag am Beispiel des Bewilligungsvorgangs öffentlicher Leistungen der *Eingliederungshilfe* im Bereich der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Berlin nach.¹ Gemeindepyschiatrische *Eingliederungshilfe* steht jenen Personen zu, die sozialrechtlich als „seelisch behindert“ klassifiziert werden und deren Lebensunterhalt nicht ausreicht, um erforderliche psychosoziale Hilfeleistungen zu finanzieren. Die *Eingliederungshilfe* stellt daher im Wohlfahrtsstaat einen Eckpfeiler der sozialen Sicherung spezifisch für Menschen in psychosozialen Problemlagen dar. Dabei bildet eine Auswahl an gesetzlich definierten psychiatrischen Diagnosen die notwendige Grundvoraussetzung für die Leistungsberechtigung. Gleichzeitig wird der Leistungsanspruch nicht über ein psychiatrisches Gutachten im engeren Sinn entschieden. Wie die Analyse konkretisieren wird, begutachten unterschiedliche Berufsgruppen unter

1 Vgl. Stefan Beck/Jörg Niewöhner/Estrid Sørensen (Hg.), *Science and Technology Studies. Eine sozialanthropologische Einführung*, Bielefeld 2012.

Bezugnahme auf unterschiedliche Expertisen und unter Mitwirkung eines spezifischen Steuerungsinstruments, des sogenannten *Behandlungs- und Rehabilitationsplans* (BRP), über mehrere Zusammenkünfte hinweg den Gesundheitszustand und die soziale Situation der Leistungssuchenden.

Statt einzelnen Expert*innen und ihrem wissenden Handeln nachzugehen, stehen in diesem Beitrag entsprechend Fragen nach der Herstellung von Expertise im Mittelpunkt der Betrachtung, das heißt die prozesshafte Entwicklung, Anwendung und Aktualisierung von Wissen und Erfahrung sowie ihre gesellschaftlichen Konsequenzen. Demnach untersuche ich Expertise im Begutachtungsprozess nicht als Eigenschaft einer Person (des*der Expert*in), sondern als soziomateriellen Lern- und Herstellungsprozess unter Beteiligung von Akteur*innen und Dingen in konkreten Praxisvollzügen.² Dieser Expertisebegriff ermöglicht, gesundheitliche Gutachten im öffentlichen Sozialsystem auf die Beteiligung unterschiedlicher Personengruppen, den Einsatz von Formularen, Behandlungsplänen sowie Infrastrukturen zu prüfen und die Gebundenheit von epistemischer Kompetenz an Körper, materielle und technologische Umstände zu verdeutlichen.³

Um den Fokus auf die prozesshafte Herstellung von Gutachten innerhalb der gemeindepsychiatrischen Versorgung weiter zu präzisieren, hebe ich das Verb ‚gut-achten‘ hervor. Während mit dem Nomen ‚Gutachten‘ meist eine Einzelleistung in der Bewertung von Personen, Gruppen oder Organisationen in mündlicher oder schriftlicher Form zum Zwecke der Entscheidungsfindung Dritter bezeichnet wird, erlaubt das Verb sowie die Teilung mit dem Trennstrich, jene situierten und kontingenten Wissenspraktiken in den Vordergrund zu rücken, die diese Bewertungen hervorbringen.⁴ Statt von einem bewussten Handeln von Gutachter*innen auszugehen, analysiere ich ‚gut-achten‘ als materiell-semiotischen Prozess, dessen Bedeutung und

2 Vgl. E. Summerson Carr, Enactments of Expertise, in: *Annual Review of Anthropology* 39 (2010), 17–32; Stefan Beck, The Problem of Expertise: From Experience to Skillful Practices to Expertise. Ecological and Pragmatist Perspectives, in: *European Journal of Pragmatism and American Philosophy* VII/1 (2015), 8–23.

3 Der Begriff der Beteiligung bzw. Partizipation von Menschen, Körpern und Dingen am Sozialen geht auf Stefan Hirschauer zurück. Vgl. Stefan Hirschauer, Praktiken und ihre Körper. Über materielle Partizipanden des Tuns, in: Karl H. Hörnig/Julia Reuther (Hg.), *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis*, Bielefeld 2004, 73–91. Zur Definition des Sozialen als inhärent sozio-materieller Prozess vgl. Bruno Latour, *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory*, Oxford 2005.

4 Die Schreibweise mit dem Trennstrich in ‚gut-achten‘ ist Geisthövel und Hess entnommen, die sie ebenfalls nutzen, um Prozesse des Gut-achtens in Abgrenzung zu einem Produkt, wie etwa einem Schriftstück, zu betonen. Analytisch gehen die Autor*innen jedoch weiterhin vom wissenden Handeln von Einzelpersonen aus. Vgl. Alexa Geisthövel/Volker Hess, Handelndes Wissen. Die Praxis des Gutachtens, in: dies. (Hg.), *Medizinisches Gutachten. Geschichte einer neuzeitlichen Praxis*, Göttingen 2017, 9–39.

Hervorbringung in und durch Wissenspraktiken empirisch bestimmbar wird.⁵ Da in der Praxis nicht nur der Gesundheitszustand, sondern auch die soziale Situation der Leistungssuchenden einer Bewertung unterzogen wird, spreche ich im vorliegenden Beitrag nicht von einem ausschließlich medizinischen, sondern von einem ‚gesundheitlichen‘ Begutachtungsprozess und meine all jene Prozesse, durch die sich ein – medizinisches oder anderweitiges – fachliches Urteil über die Gesundheit einer Person auf die Zuwendung öffentlicher Mittel der *Eingliederungshilfe* auswirkt.

Methodologisch verorte ich meinen Untersuchungsansatz in der Praxeografie, wie sie innerhalb der *Science and Technology Studies* als eine spezifische Zuspitzung praxeologischer Theorien begründet wurde.⁶ Praxeografie versteht soziale Phänomene, wie etwa hier die gesundheitliche Begutachtung, stets als kontingentes Ergebnis sozio-materieller, wissensbasierter, verkörperter und prozesshafter Praxis. Folglich nehme ich in der vorliegenden praxeografischen Analyse alltägliche Praktiken des Gut-achtens zum Ausgangspunkt, um das gesellschaftliche Ereignis der sozialen Sicherung zu rekonstruieren und das Verhältnis von Sozialpolitik und Medizin zu erkunden. Meine Absicht ist es, die Herausforderungen einer gesundheitlichen Begutachtung im sozialpolitischen Kontext der *Eingliederungshilfe* auszuarbeiten und somit ihre Gestaltbarkeit sowie ihre Effekte zu bestimmen. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung der Begutachtungsprozesse ist nicht zuletzt aufgrund der Einführung des *Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen* (Bundesteilhabegesetz) in Deutschland geboten. So reformiert die Berliner Senatsverwaltung bis zum Jahr 2023 schrittweise die sozialpolitischen Abläufe in Bezug auf öffentliche Teilhabeleistungen.⁷ Im Zuge dieser Vorgänge löste das *Teilhabeinstrument Berlin* mit Beginn des Jahres 2020 den BRP als Steuerungsinstrument ab. Die historische Bedeutung des BRP für die

5 Zum Ansatz der *material semiotics* vgl. John Law, Actor Network Theory and Material Semiotics, in: Bryan S. Turner (Hg.), *The New Blackwell Companion to Social Theory*, Chichester 2009.

6 Estrid Sørensen/Jan Schank, Praxeographie. Einführung, in: Susanne Bauer/Torsten Heinemann/Thomas Lemke (Hg.), *Science and Technology Studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*, Berlin 2017, 407–428.

7 Für das Themenfeld des vorliegenden Artikels sind insbesondere die Änderungen des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX und SGB XII von hoher Relevanz, die einerseits den Behinderungsbegriff wie andererseits die Bedarfsermittlung betreffen. Eine umfassende juristische Behandlung der Gesetzesänderungen gibt Arne von Boetticher, *Das neue Teilhaberecht*, Baden-Baden 2019. Zu den Änderungen in Berlin vgl. Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Rundschreiben Soz Nr. 08/2017 über zum 1.1.2018 in-Kraft-tretende Änderungen des SGB IX und SGB XII durch das Bundesteilhabegesetz und anderer Gesetze mit Wirkung für die *Eingliederungshilfe* (§§ 53ff. SGB XII). Im April 2019 wurden vom Berliner Senat die Schaffung neuer Teilhabefachdienste sowie die Organisationsform „Haus der Teilhabe“ als neue*r Träger*in der *Eingliederungshilfe* beschlossen. Somit wird die *Eingliederungshilfe* aus den bezirklichen Sozialämtern herausgelöst. Die bezirklichen Häuser der Teilhabe sollen 2022 eröffnet und überbezirklich weiterhin von der für Soziales zuständigen Senatsverwaltung gesteuert werden. Vgl. Berliner Senat, Eckpunkte „Organisation des Trägers der Eingliederungshilfe“. SenV 2145/2019.

Umsetzung der politischen Versorgungsverpflichtung gegenüber Menschen in psychosozialen Problemlagen bleibt noch zu klären. Die vorliegende Analyse der Praktiken des gesundheitlichen Gut-achtens, die der BRP mitgestaltete, setzt den Anfang zu dieser sozialwissenschaftlichen Aufarbeitung.

Empirische Vorgehensweise und Materialkorpus

Meine Ausführungen basieren auf ethnografischer Forschung zu sozialpsychiatrischen Versorgungspraktiken und ihren Auswirkungen, die ich im Zeitraum von 2011 bis 2017 in Berlin durchgeführt habe.⁸ Das Material umfasst mehrmonatige und wiederholte teilnehmende Beobachtung in Einrichtungen der stationären, teilstationären und komplementären Gesundheitsversorgung, ethnografische Interviews mit unterschiedlichen, an der Versorgung beteiligten Gruppen (etwa Patient*innen, Ärzt*innen, Pflegekräften und Sozialarbeiter*innen), qualitative Dokumentenanalyse sowie wiederholte narrative, episodische und mobile Interviews mit Personen mit psychiatrischer Diagnosestellung außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen.⁹ Vor dem Hintergrund dieser Forschungstätigkeit bildet die teilnehmende Beobachtung in einem Berliner Bezirkskrankenhaus und in vier gemeindepsychiatrischen Versorgungseinrichtungen den Kern der vorliegenden Auseinandersetzung. Entsprechend des praxeografischen Ansatzes nahm ich in diesen Institutionen einerseits an Planungs- und Beratungsgesprächen teil, die mit der Erstellung oder Überarbeitung des *Behandlungs- und Rehabilitationsplans* im Zusammenhang standen und verfolgte die Arbeitsprozesse, die zur Genehmigung oder Ablehnung des beantragten BRP durch das Sozialamt führten. Andererseits begleitete ich einzelne Klient*innen, die Angebote der *Eingliederungshilfe* nutzten, durch ihren Alltag in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Aus den Notizen während der teilnehmenden Beobachtung erstellte ich im Nachhinein Beobachtungsprotokolle. Dem Verfahren der *Grounded Theory* folgend, bildeten diese Protokolle zusammen mit weiterem Forschungsmaterial die Grundlage, um in iterativen Vorgängen des Kodierens und theoretischen Samplings während der

8 Vgl. DFG-Projekte „Die Produktion von Chronizität im Alltag psychiatrischer Versorgung und Forschung in Berlin“ (BE 3191/3–1, Laufzeit 2010 bis 2015, gemeinsam mit Stefan Beck, Martina Klausner, Jörg Niewöhner und Sebastian von Peter) und „Die Mobilisierung klinischer Versorgung: Eine qualitativ-ethnographische Pilotstudie zu den Versorgungspraktiken im psychiatrischen Home Treatment“ (BI 1678/1–1, Laufzeit 2016 bis 2017).

9 Zu den Methoden vgl. Siegfried Lamnek, *Qualitative Sozialforschung*, Band 2: Methoden und Techniken, Weinheim 1995; James Spradley, *The Ethnographic Interview*, New York 1979; Christine Bischoff/Karoline Oehme-Jüngling/Walter Leimgruber (Hg.), *Methoden der Kulturanthropologie*, Bern 2014.

Forschung laufend meine empirischen Aktivitäten neu auszurichten und die Analyse zu begründen.¹⁰

Nachfolgend werde ich zunächst die Grundzüge der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Berlin skizzieren. Der Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung der *Eingliederungshilfe* für Personen mit sozialrechtlich definierter „seelischer Behinderung“. Für die Analyse verdichte ich im Anschluss Auszüge aus den Beobachtungsprotokollen zu zwei ethnografischen Vignetten. In diesen Vignetten konstruiere ich zwei Einzelfalldarstellungen, um die sozio-materiellen Praktiken des Zuerkennens von Maßnahmen der *Eingliederungshilfe* zu verdeutlichen. Wie ich zeigen werde, ist die Praxis des Gutachtens über formellen wie informellen Austausch verschiedener Personengruppen, unterschiedliche Wissensformen sowie die Bearbeitung des BRP über die Zeit ‚verteilt‘. Mit diesem Prozess der ‚Verteiltheit‘ geht eine ‚Fallzentriertheit‘ der gesundheitlichen Begutachtung einher, durch die Leistungsberechtigte und ihr Hilfebedarf in erster Linie als ‚Fall für‘ das bestehende gemeindepsychiatrische Unterstützungssystem identifiziert und als solcher evaluiert werden. Hier ist der ‚Fall‘ keineswegs mit der hilfeschuchenden Person, den Fallkonstruktionen der am Planungsgeschehen beteiligten Professionen (Sozialarbeiter*innen, Fallmanager*innen und Ärzt*innen) oder meinen ethnografischen Fallbeschreibungen gleichzusetzen. Vielmehr werde ich zeigen, wie die gesundheitliche Begutachtung eine weitere ‚multidisziplinäre‘ und prozesshafte Fallgenerierung hervorbringt, die sich am etablierten Versorgungsgeschehen ausrichtet. Zum Schluss des Beitrags diskutiere ich die Implikationen der Analyse für die Gestaltung der Zugänglichkeit und Inanspruchnahme der *Eingliederungshilfe* durch anspruchsberechtigte Personen als wesentliches politisches Element der sozialen Sicherung.

Grundzüge der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Berlin

Die gegenwärtige sozialpsychiatrische Versorgung in Berlin ist durch die Psychiatrie-Enquete 1975 geprägt.¹¹ Bundesweit wurde damals auf öffentlichen Druck hin die gesetzliche Grundlage für würdigere Lebensbedingungen für jene Personen mit psychiatrischer Diagnosestellung geschaffen, die jahre- und jahrzehntelang in

10 Vgl. Jörg Strübing, *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*, Wiesbaden 2008.

11 Vgl. Deutscher Bundestag, Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Drucksache 7/4200, Bonn u.a. 1975.

entlegenen psychiatrischen Großanstalten versorgt worden waren.¹² Ihnen und allen zukünftigen Nutzer*innen psychiatrischer Therapieformen sollten als historische Alternative zur Isolation eine psychiatrische Versorgung in örtlichen Allgemeinkrankenhäusern ermöglicht und lokale psychosoziale Leistungen im Wohn- und Beschäftigungsbereich ergänzend zum bestehenden psychiatrischen Behandlungsangebot im niedergelassenen Bereich zur Verfügung gestellt werden.

Das Kernziel der Reformen war der Umbau der Versorgungsleistungen, die bis dahin am Angebotsprofil der hilfeleistenden stationären Institutionen (,institutionenzentriert‘) ausgerichtet gewesen waren. Statt Personen mit einem hohen Versorgungsbedarf zwischen Einrichtungen, wie Krankenhäusern, Pflege- oder Wohnheimen, hin und her zu verlegen, sollte das Angebot ,personenzentriert‘ ausgerichtet werden: Der Hilfebedarf schwer psychisch erkrankter Menschen sollte unabhängig von den Einrichtungen bestimmt und eine kontinuierliche Versorgung im eigenen Lebensumfeld in den Bereichen Gesundheit, Wohnen und Arbeiten durch den Aufbau eines „gemeindepsychiatrischen Verbundes“ (Abb.) ermöglicht werden. Anders gesagt sollten Institutionen erstens ihr Leistungsspektrum erweitern, zweitens auf den individuellen Bedarf ihrer Klient*innen reagieren und ihnen drittens ambulante Hilfeleistungen in ihrer bestehenden Lebenswelt zur Verfügung stellen, statt je nach Institutionentyp und Kostenträger*in eine jeweils spezialisierte Standardversorgung anzubieten.¹³



Abbildung: Der gemeindepsychiatrische Verbund¹⁴

12 Zu den Reformbewegungen in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik vgl. Heinz-Peter Schmiedebach/Stefan Priebe, Social Psychiatry in Germany in the Twentieth Century. Ideas and Models, in: Medical History 48/4 (2004), 449–472.

13 Vgl. Caspar Kulenkampff/Ulrich Hoffmann/Aktion Psychisch Kranke (Hg.), Der Gemeindepsychiatrische Verbund, Köln 1990.

14 Heinrich Kunze, Zeit für einen Paradigmenwechsel. Von institutionszentrierten Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund, in:

Wie obige Abbildung zeigt, besteht der Kern des damals konzipierten gemeindepsychiatrischen Verbundes in der ambulanten sozialpsychiatrischen Behandlung. Im Bedarfsfall sollten den Leistungssuchenden stationäre oder teilstationäre Krankenhausangebote ebenso wie Leistungen zur Selbstversorgung, Tagesgestaltung und Arbeit in Wohnraumnähe zur Verfügung stehen. Im Idealfall würde der Verbund so gut wie ohne Einrichtungsbetten auskommen. Wäre keine eigene Wohnung vorhanden, sollten Leistungen zur Selbstversorgung an oberster Stelle ermöglichen, Wohnraum zu finden und, falls nötig, Hilfen zum selbstständigen Wohnen bereitstellen.¹⁵

Diesem Prinzip folgend sollten gemeindepsychiatrische Leistungen die Enthospitalisierung von psychisch kranken Personen gewährleisten. Zur Zeit der Implementierung stellte der breite Zuständigkeitsbereich des gemeindepsychiatrischen Verbundes die damaligen sozialpsychiatrischen und politischen Akteur*innen vor die Herausforderung, die Zielgruppe der „schwerer und chronisch psychisch kranken Personen“ sozialrechtlich adäquat zu klassifizieren, um mit Mitteln der öffentlichen Hand die Finanzierung der Angebote sicherzustellen.¹⁶ Eine Konkurrenzstellung zum Wirkungsbereich der niedergelassenen Psychiater*innen, die das Monopol auf psychiatrische Versorgung außerhalb von Krankenhäusern ausübten, wurde vermieden. Die damalige Reform ließ bestehende gesetzliche Strukturierungen der medizinischen Versorgung größtenteils unverändert und stellte den vorhandenen medizinischen Versorgungsstrukturen psychosoziale Angebote bei. Das Resultat war eine finanzierungsbedingte Trennung von medizinischen und außermedizinischen – als ‚komplementär‘ zur medizinischen Behandlung bezeichneten – Leistungen, deren Überbrückung bis heute die Akteur*innen der gemeindepsychiatrischen Versorgung beschäftigt und die vorgesehene Personenzentrierung psychiatrischer Hilfen erschwert. Obwohl diese Trennung dem sozialpsychiatrischen Behandlungsverständnis entgegen steht, wurden und werden komplementäre Angebote in den Bereichen Wohnen, Arbeiten und Tagesgestaltung formal als außermedizinisch klassifiziert und der Finanzierung durch die öffentliche Sozialhilfe, nämlich der *Eingliederungshilfe* für „Menschen mit Behinderungen“, zugeordnet.¹⁷ Leistungsberechtigt sind nach wie vor ausschließlich Personen mit solchen psychiatrischen Diagnosen, die gemäß der gesetzlichen Verordnung eine Einschränkung in der Beteiligung am gesellschaftlichen

Peter Kruckenberg/Heinrich Kunze/Aktion Psychisch Kranke (Hg.), *Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung*, Köln 1997, 17–26, 22.

15 Vgl. ebd.

16 Vgl. Kunze, *Zeit*, 1997, 17.

17 Zunächst Bundessozialhilfegesetz (BSHG), seit 2005 Sozialgesetzbuch (SGB) XII. Zu den jüngsten Entwicklungen in Folge des Bundesteilhabegesetzes vgl. Fußnote sieben. Zur damaligen Problemstellung betreffend der Finanzierung des komplementären Bereichs vgl. Meinolf Nowak, *Finanzierungsmöglichkeiten komplementärer Angebote*, in: Gregor Bosch/Caspar Kulenkampff/Aktion Psychisch Kranke (Hg.), *Komplementäre Dienste. Wohnen und Arbeiten*, Köln 1985, 209–218.

Leben zur Folge haben können. Dies sind körperlich nicht begründbare Psychosen, seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen, Suchtkrankheiten sowie Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.¹⁸ Demnach besitzt die Medizin entscheidende Definitionsmacht über den Leistungsanspruch in der Gemeindepsychiatrie, obwohl der Bereich sozialrechtlich als komplementär und damit gleichrangig zur medizinischen Versorgung angelegt ist.

Das Land Berlin schrieb die Prinzipien der Psychiatrie-Enquete und ihren Fürsorgegrundsatz erstmalig umfassend Mitte der 1980er-Jahre im *Gesetz für psychisch Kranke* fest.¹⁹ Für den komplementären Versorgungsbereich regelte das Gesetz unter anderem die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteur*innen, um die wohnortnahe Versorgung von psychisch Kranken und die Freiwilligkeit der Behandlung zu sichern sowie eine Unterbringung in Einrichtungen zu vermeiden.²⁰ Eine weitere wesentliche Grundlage für den politisch-administrativen Umbau des vollstationären zu einem ambulanten und bezirklich-regionalen Versorgungssystem schuf schließlich das *Psychiatrieentwicklungsprogramm des Landes Berlin* im Jahr 1997. Die in diesem Plan festgeschriebene bezirkliche Pflichtversorgung im Bereich Psychiatrie wurde im *Berliner Rahmenvertrag* zwischen Berliner Leistungserbringer*innen und der Senatsverwaltung 1999 weiter konkretisiert.²¹ Demnach ist jeder Bezirk verpflichtet, spezifizierte Typen von Wohn- und Beschäftigungseinrichtungen zu schaffen und zu führen. Diese Einrichtungen unterliegen der Berichtspflicht gegenüber dem Senat, und die Höhe des öffentlichen Budgets richtet sich unter anderem nach der Zahl und dem Hilfebedarf der betreuten Klient*innen.

Zentrales Steuerungsinstrument der geplanten „personenzentrierten“ Begutachtung war der *Behandlungs- und Rehabilitationsplan*, dessen Aufbau in einem durch das *Bundesministerium für Gesundheit* geförderten Forschungsprojekt in den Jahren 1992 bis 1996 entwickelt worden war.²² Als Formular diente der BRP zur Erhebung

18 Vgl. § 3 der *Eingliederungshilfe*-Verordnung nach § 60 SGB XII. Zur geschichtlichen Verortung innerhalb des Sozialrechts vgl. Felix Welti, *Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat*, Tübingen 2005.

19 In Kraft seit 1985, seit 2016 abgelöst durch das *Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten*.

20 Zur Bedeutung der politischen Verantwortung der Gemeinden im Reformprozess der psychiatrischen Versorgung vgl. *Komplementäre Dienste*, 1985. Eine kritische Analyse der (Fehl-)Platzierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Pflegeheimen und der mangelhaften politischen Steuerung in Berlin in den 2000er-Jahren liefern Rubina Vock u.a., *Mit der Diagnose ‚chronisch psychisch krank‘ ins Pflegeheim? Eine Untersuchung der Situation in Berlin*, Frankfurt am Main 2007.

21 Volltitel: „Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Absatz 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales“. Mit 1.1.2020 trat ein neuer Berliner Rahmenvertrag nach SGB IX in Kraft. Vgl. Fußnote sieben.

22 Der Titel des Forschungsprojekts lautet „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ vgl. Volker Kauder/Aktion Psychisch Kranke (Hg.), *Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung*, Bonn 1997.

sowohl der Lebens- und Krankheitsgeschichte als auch der aktuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen sowie des Umfelds der leistungssuchenden Person. In Berlin trat er im Jahr 2000 verbindlich in Kraft. Die Inhalte des BRP wurden mit den potentiellen Klient*innen in den Einrichtungen der *Eingliederungshilfe* oder im Krankenhaus in Zusammenarbeit mit dem *Sozialpsychiatrischen Dienst* der bezirklichen Gesundheitsämter festgelegt und nach 2006 mit dem Fallmanagement des bezirklichen Sozialamts abgestimmt.²³ Die Entscheidung über den Rechtsanspruch auf Leistungen obliegt dem Sozialamt. Fallmanager*innen dieses Amtes haben den Auftrag, die Hilfemaßnahmen unter Beteiligung der leistungsberechtigten Personen im Sinne einer „maßgeschneiderten Leistungsgewährung“ zu planen und zu begleiten.²⁴

Charakteristika des gesundheitlichen Gut-achtens

Nachfolgend arbeite ich die Praktiken des Gut-achtens in der gemeindepsychiatrischen Versorgung aus und beleuchte insbesondere die Involvierung unterschiedlicher Expertisen sowie des Behandlungs- und Rehabilitationsplans als Steuerungsinstrument. Für die Prozesse des Gut-achtens erweisen sich zwei Eigenschaften als charakteristisch: das Gut-achten findet über mehrere Akteur*innen, Schriftstücke und Expertiseformen sowie zeitlich verteilt statt und erzeugt eine Fokussierung der Begutachtungsprozesse auf die*den Leistungssuchende*n und ihren*seinen Hilfebedarf als Fall *für* die bestehenden gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote. Auch wenn die ‚Verteiltheit‘ und ‚Fallzentriertheit‘ auf den ersten Blick als entgegengesetzte Vorgänge erscheinen mögen, will ich mit der nun folgenden Analyse aufzeigen, wie gerade ihre synchrone Wirkungsweise die Praxis des gesundheitlichen Gut-achtens kennzeichnet. Aus heuristischen Gründen stelle ich zunächst beide Aspekte nacheinander dar und behandle ihre gemeinsamen Effekte in der Schlussdiskussion.

Verteiltes Gut-achten

Wesentliches Kennzeichen der gesundheitlichen Begutachtung im Rahmen der *Eingliederungshilfe* war die formelle wie informelle Arbeit am *Behandlungs- und*

23 Der Zeitraum zwischen der Einführung des Fallmanagements im Jahr 2006 und dem Ende der verbindlichen Nutzung des BRP 2019 bildet den juristischen Rahmen für die Untersuchung der Begutachtungsprozesse in diesem Artikel.

24 Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, Handbuch für das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe nach SGB XII (Sozialämter) – Version 3.0, Berlin 2014, 12–14.

Rehabilitationsplan (BRP), die eine Vielzahl an unterschiedlichen Akteur*innen, Wissensformen und Institutionen in Verbindung brachte und hielt. Im Prozess des Gut-achtens war der BRP Koordinations- und Begutachtungsinstrument zugleich. Das 14-seitige Dokument enthält neben allgemeinen Angaben zur antragstellenden Person spezifische Daten zu ihrer sozialen Situation, Ausbildung und Berufstätigkeit.²⁵ Mitarbeiter*innen der leistungserbringenden Einrichtungen oder Sozialarbeiter*innen des Gesundheitsamts (*Sozialpsychiatrischer Dienst*) oder des Krankenhauses ermittelten diese Daten unter Mitwirkung der Klient*innen. Psychiater*innen des Gesundheitsdienstes oder des Krankenhauses nahmen Angaben zur psychiatrischen Behandlung und Krankheitsgeschichte vor. Darunter fielen etwa die gesetzlich erforderliche psychiatrische Diagnosestellung nach der *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten* (ICD-10) sowie Angaben zur Medikation. Die Hilfebedarfsplanung war ebenfalls Teil der gesundheitlichen Begutachtung. Die Planung wurde in den leistungserbringenden Einrichtungen in Zusammenarbeit mit dem *Sozialpsychiatrischen Dienst* oder dem Krankenhaus entworfen und mit dem Fallmanagement des Sozialamts abgestimmt. In der Praxis wurde hierfür der BRP digital oder in Papierform herangezogen. Formal unterscheidet das Dokument vier Lebensfelder voneinander.²⁶ Für jeden dieser Lebensbereiche waren Ziele festzulegen und der Zeitaufwand der angestrebten Hilfeleistung in Minuten anzuführen. Die Addition dieser Minutenwerte ergab die Zuordnung in eine von zwölf sogenannten „Hilfebedarfsgruppen“.²⁷ Mit steigender Hilfebedarfsgruppe nahm die finanzielle Zuwendung seitens des Sozialamts zu. Klient*innen oder ihre gesetzlichen Vertreter*innen bestätigten mit ihrer Unterschrift am BRP ihr Einverständnis mit der Planung. Ebenso unterzeichneten jeweils ein*e Arzt*Ärztin und ein*e Sozialarbeiter*in des *Sozialpsychiatrischen Dienstes* oder des Krankenhauses das Formular in Papierform und brachten derart ihre Befürwortung der Leistungen

25 Der BRP ist auf den Seiten des Berliner Senats abrufbar, http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/_assets/veroeffentlichungen/standards-und-vertraege/ges_100_11_v12sp.pdf (21.9.2020).

26 Diese Lebensfelder lauten im BRP „Selbstversorgung/Wohnen“, „Tages-, Freizeit- und Kontaktgestaltung“, „Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung“ sowie „Ziele im Zusammenhang mit den Beeinträchtigungen aufgrund der psychischen Erkrankung, welche nicht eindeutig den Lebensfeldern I.–III. zuzuordnen sind“. Vgl. ebd.

27 Die Bildung von Bedarfsgruppen wurde durch die Novelle des Bundessozialhilfegesetzes 1999 vorgegeben und in Berlin ab 2004 umgesetzt. Weiterführende Hinweise zur angestrebten Begutachtung der Person und zur Zuordnung von geplanten Hilfen zu sozialpsychiatrischen Leistungsbereichen gibt der Berliner „Begutachtungsleitfaden“, http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/_assets/veroeffentlichungen/standards-und-vertraege/100526_leitfaden_endfassg.pdf (21.9.2020). Für eine sozialwissenschaftliche Untersuchung der gesellschaftlichen Wirkungen von Minutenrechnungen in der *Eingliederungshilfe* vgl. Milena D. Bister, *Minute/s Work – The Participation of Digital Data Objects in the Conjunction and Disjunction of Policy and Care*, in: Anna Lydia Svalastog/Srecko Gajovic/Andrew Webster (Hg.), *Navigating Digital Health Landscapes: a Multidisciplinary Analysis*, Basingstoke (im Erscheinen).

gegenüber dem Sozialamt als Auftraggeber*in zum Ausdruck. Die Erstellung des BRP als Dokument schloss daher die wechselseitige Übermittlung verschiedener Fassungen des BRP ein. Sie war auf die Notwendigkeit mündlicher Absprachen sowie die schriftliche Koordination zwischen dem Gesundheitsamt, dem Krankenhaus, dem Sozialamt und den leistungserbringenden Einrichtungen ausgelegt.

Die folgende ethnografische Vignette gibt Einblick in die Beteiligung mehrerer Akteur*innen, des BRP sowie verschiedener Expertiseformen am Begutachtungsprozess. Außerdem wird die aktive Involvierung des Sozialamtes als Auftraggeber*in deutlich. Der Begutachtungsprozess diente der Vermittlung von Leistungen der *Eingliederungshilfe* an Frau Laringer.²⁸ Frau Laringer war Anfang 30 und verfügte über eine Ausbildung als Bürokraft. Zum Zeitpunkt der Begutachtung war sie arbeitssuchend und bezog Grundsicherung („Hartz IV“). Laut BRP hatte Frau Laringer in einer Wohneinrichtung der *Eingliederungshilfe* gelebt, bis sie in eine eigene Wohnung zog. Der BRP bescheinigte ihr die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und führte eine gesetzliche Vertreterin an. Während meiner Forschungstätigkeit an einer psychiatrischen Abteilung eines Berliner Bezirkskrankenhauses im Jahr 2011 kam Frau Laringer in intensivtagesklinische psychiatrische Behandlung. Die Vignette beschreibt, wie Frau Laringer die komplementäre Hilfe *Betreutes Einzelwohnen* (BEW) vermittelt wurde. *Betreutes Einzelwohnen* unterstützt das Leben in einer Privatwohnung über regelmäßige Besuche von Betreuer*innen, die beispielsweise bei Tätigkeiten der Haushaltsführung, bei Einkäufen oder der Freizeitgestaltung mitwirken.

Vignette: Betreutes Einzelwohnen für Frau Laringer

Frau Laringer kommt aus der Rettungsstelle des Krankenhauses in die psychiatrische Akuttagesklinik. Später beschreibt sie ihre Situation mir gegenüber als trostlos. Sie sei mit dem Alleinsein nicht zurechtgekommen, habe ihre Wohnung nur mehr selten verlassen, sich nicht um den Haushalt gekümmert und mit sich selbst nichts anzufangen gewusst. Die Eltern ihres Freundes hätten sie dazu bewegt, sich Hilfe zu holen, und sie seien mit ihr ins Krankenhaus gefahren. Es waren auch sie, die parallel den *Sozialpsychiatrischen Dienst* kontaktiert hätten. In der Woche nach Frau Laringers Aufnahme nimmt die Sozialarbeiterin des *Sozialpsychiatrischen Dienstes* telefonisch mit Ursula, der Sozialarbeiterin der Akuttagesklinik, Kontakt auf, um sich in der Vermittlung einer Wohnunterstützung für Frau Laringer abzustimmen. Einige Tage später ruft die gesetzliche Betreuerin von Frau Laringer bei Ursula an und erzählt ihr, dass sie sich Sorgen mache, Frau Laringer würde die

28 Nachfolgend sind alle Namen pseudonymisiert. Die Verwendung von Vor- oder Nachnamen spiegelt meinen unterschiedlichen Gebrauch der Anrede während der Forschung wider.

psychiatrische Behandlung abbrechen. Sie bittet die Sozialarbeiterin, sie in die Planung der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt einzubeziehen. Am selben Tag spricht Frau Laringer Ursula an und erzählt ihr, dass sie in der Wohnung nicht allein sein könne, ihr Motivation fehle und sie glaube, *Betreutes Einzelwohnen* könne ihr helfen, mit den Tagen etwas anzufangen und wieder Arbeit zu finden. Die Sozialarbeiterin Ursula versichert Frau Laringer ihre Unterstützung.

Einige Tage später füllen Ursula und Frau Laringer den Erstkontaktbogen für das Fallmanagement aus, den Ursula im Anschluss per Fax an das Sozialamt schickt. In der darauffolgenden Woche findet in den Räumen der Akuttagesklinik eine *Helferkonferenz* zwischen Frau Laringer, der Sozialarbeiterin Ursula, der behandelnden Psychiaterin des Krankenhauses, der gesetzlichen Betreuerin und einer Fallmanagerin des Sozialamts statt. Sie vereinbaren, dass sie für Frau Laringer BEW beantragen werden. Die Mitarbeiterin des *Sozialpsychiatrischen Dienstes* kann den Termin nicht wahrnehmen und wird im Nachgang über das Ergebnis informiert.

In den folgenden Tagen füllt Ursula gemeinsam mit Frau Laringer die ersten vier Seiten des BRP aus und meldet Frau Laringers Fall per Fax zum *Steuerungsgremium Psychiatrie* an.²⁹ Ein Monat nach der Aufnahme ins Krankenhaus und zwei Tage vor ihrer Entlassung beschließt das Steuerungsgremium für Frau Laringer BEW und legt die leistungserbringende Einrichtung fest. Über das Ergebnis verständigt Ursula die behandelnde Psychiaterin der Akuttagesklinik und Frau Laringers gesetzliche Betreuerin.

Zwei Wochen später findet in Ursulas Büro ein BRP-Gespräch statt. Anwesend sind Frau Laringer, Ursula, die Fallmanagerin und Frau Laringers zukünftige BEW-Betreuerin. In etwa 45 Minuten besprechen die Anwesenden die Ziele und erforderlichen Hilfen in den vier Leistungsbereichen des BRP. Ursula hat die betreffenden Seiten bereits vor dem Treffen mit Frau Laringer besprochen, den BRP entsprechend vorformuliert und zur Vorbereitung auf das Treffen an die Fallmanagerin übermittelt. Die vorläufige Zwischenversion des BRP liegt nun auf dem Tisch und die Sozialarbeiterin Ursula geht mit den Anwesenden Seite für Seite die definierten Lebensfelder durch. Während der Schilderungen von Ursula und Frau Laringer signalisieren sowohl die Fallmanagerin als auch die BEW-Betreuerin durchgehend

29 Das *Steuerungsgremium Psychiatrie* ist ein bezirkliches Gremium der Senatsverwaltung für Gesundheit. Das Gremium legt den*die Leistungserbringer*in für den Einzelfall fest und koordiniert und dokumentiert die Angebote der *Eingliederungshilfe* innerhalb des jeweiligen Bezirks. Am *Steuerungsgremium Psychiatrie* nehmen in der Regel Vertreter*innen der Leistungserbringer*innen und des *Sozialpsychiatrischen Dienstes*, Fallmanager*innen, Mitarbeiter*innen des psychiatrischen Bezirkskrankenhauses und die*der bezirkliche Psychiatriekoordinator*in teil. Vgl. FOGS (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich), Abschlussbericht Projekt „Evaluation der Steuerungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung“, im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (SenGUV) Berlin/Köln 2011.

mittels Kopfnicken Verständnis für Frau Laringers Wünsche und Zustimmung für den angegebenen Unterstützungsbedarf sowie die veranschlagten Minutenwerte. Frau Laringer wünscht sich etwa Unterstützung beim Aufräumen der Küche und des Kühlschranks. Ihre langfristigen Ziele seien eine Wohnung, in der sie sich wohlfühle, und Unterstützung im Umgang mit dem Alleinsein. Außerdem möchte sie eine geeignete Beschäftigung oder Ausbildung finden.

Gegen Ende des Treffens addiert Ursula die Minutenwerte aus den Lebensbereichen und ermittelt für Frau Laringer auf Seite zwölf des BRP die *Hilfebedarfsgruppe* vier. Die Fallmanagerin erklärt Frau Laringer, dass die *Hilfebedarfsgruppe* die Kosten für die Maßnahme vorgebe. Sie stellt klar, dass jene nun für ein halbes Jahr gelte und dann neu überprüft werde, wie viel Unterstützung Frau Laringer noch brauche. Frau Laringer unterschreibt den BRP und die Schweigepflichtentbindung. Ihre Unterschrift erlaubt der Sozialarbeiterin Ursula eine Übermittlung des Plans an den *Sozialpsychiatrischen Dienst*, die Einrichtung des*der Leistungserbringer*in und das Sozialamt.

In der Vermittlung des *Betreuten Einzelwohnens* an Frau Laringer wird erkennbar, dass die Begutachtung mittels BRP eine Vielzahl an unterschiedlichen Zusammenkünften und Absprachen impliziert. Der Gesundheitszustand und die soziale Situation von Frau Laringer sowie die Notwendigkeit von ambulanten psychosozialen Hilfsmaßnahmen werden in unterschiedlichen Konstellationen beurteilt. Den Anfang der Begutachtung setzt Frau Laringer, die mit Unterstützung ihrer Angehörigen in die Klinik kommt und der Kontaktaufnahme mit dem *Sozialpsychiatrischen Dienst* zustimmt. In der Akuttagesklinik wendet sie sich selbst mit Überlegungen zum *Betreuten Einzelwohnen* an die Sozialarbeiterin. Diese stimmt in weiterer Folge die Erstellung des BRP in mehreren Telefonaten, über den Postweg und in persönlichen Treffen mit dem Fallmanagement, dem *Sozialpsychiatrischen Dienst*, der zuständigen Psychiaterin, Frau Laringers gesetzlichen Vertreter, dem *Steuerungsgremium Psychiatrie* und der zukünftigen BEW-Betreuerin ab. Neben formalisiertem Austausch in Papierform kommt dabei der informellen Kommunikation ein besonderer Stellenwert zu. Diese erleichtert den einzelnen Mitarbeiter*innen die Bewältigung des Koordinationsprozesses und beschleunigt diesen, insbesondere wenn die Beteiligten über Berufserfahrung verfügen, sich mitunter persönlich kennen und über die gegenseitige unverbindliche Erreichbarkeit Bescheid wissen. Diese Form informeller Expertise beeinflusst den Begutachtungsprozess und trägt wesentlich zur Steuerung der Leistungen im komplementären Bereich bei.

Die Beteiligung der behandelnden Psychiaterin an der *Helferkonferenz* zeigt, dass sie die Vermittlung in die Gemeindepsychiatrie und die Diskussion über adäquate Hilfen außerhalb des Krankenhauses als Teil ihrer ärztlichen Aufgaben versteht. In

dieses Treffen bringt die Ärztin ihr medizinisches Wissen über die psychiatrische Erkrankung von Frau Laringer nicht vordergründig ein, sondern beteiligt sich wie alle Anwesenden daran, Frau Laringers Hauptanliegen zu klären und gemeinsam zu überlegen, welches der bestehenden Hilfsangebote ihr außerhalb des Krankenhauses zugutekommen könnte. Psychosoziale und verwaltungstechnische Expertisen erstrecken sich daher wie informelles Wissen auf alle Beteiligten inklusive die Klient*innen, sind unabhängig von der Berufsgruppe und lassen sich nicht trennscharf von der psychiatrischen Beurteilung abgrenzen. Dennoch kommt der psychiatrisch-diagnostischen Expertise ein besonderer Stellenwert zu, da der Ärztin die alleinige Aufgabe obliegt, im BRP die psychiatrische Diagnose und Krankheitsgeschichte der Klientin festzuhalten. Diese Festlegung erfolgt in Ärzt*in-Patient*in-Gesprächen und entscheidet wesentlich über die Anspruchsberechtigung der Leistungssuchenden.

„Verteiltes Gut-achten“ bezeichnet somit die Praxis, in der unter Einsatz des *Behandlungs- und Rehabilitationsplans* und in formellen, institutionalisierten Versammlungen sowie im informellen, undokumentierten Austausch unterschiedlicher Akteur*innen über einen längeren Zeitraum die gesundheitliche Begutachtung vorgenommen und der Antrag auf *Eingliederungshilfe* erstellt wird. Trotz der vielfachen Überlagerungen von informeller, psychosozialer, sozialpädagogischer, verwaltungstechnischer und psychiatrischer Expertise nimmt letztere – im Einklang mit der sozialrechtlichen Forderung nach einer medizinischen Diagnosestellung – in der Definition von Krankheit, Behinderung und Leistungsberechtigung eine Vorrangstellung ein.

Fallzentriertes Gut-achten

Neben der „Verteiltheit“ des Begutachtungsprozesses ist dessen „Fallzentriertheit“ charakteristisch für die Zuerkennung von gemeindepsychiatrischen Leistungen. „Fallzentriert“ bezeichnet dabei die Ausrichtung der Praktiken des Gut-achtens auf die Bewertung der Lebenssituation der Klient*innen als „Fall für“ bestehende Leistungsangebote der *Eingliederungshilfe*. Diese Verortung der Klient*innen im etablierten Angebotspektrum wird durch die Arbeit am BRP kontinuierlich hervorgebracht und entwickelt. Wie das obige Beispiel von Frau Laringer zeigt, waren persönliche Treffen mit Klient*innen durchaus zentrale Momente in der Erstellung des BRP. Da die Struktur und der Inhalt des Formulars den Austausch zwischen den Akteur*innen anleiteten, verschränkte sich die Bewertung von Frau Laringers Situation jedoch gleichermaßen mit den Bewertungskriterien ihrer Situation als ein Fall für *Betreutes Einzelwohnen*. Derart generierte die Hilfebedarfsplanung mittels BRP eine

Passförmigkeit zwischen der Situation der leistungssuchenden Person und vorhandenen gemeindepsychiatrischen Unterstützungsangeboten, die dem Ideal einer ‚personen-zentrierten‘ Versorgung entgegen stand. Wie andernorts geschildert, ist der Alltag in den komplementären Einrichtungen zu einem erheblichen Teil mit „Arbeit an der Anwesenheit“ (*doing presence*) der Klient*innen ausgefüllt.³⁰ Der BRP war hierbei das Schlüsselinstrument, um die Anwesenheit der Klient*innen zu genehmigen und zu strukturieren. Um Maßnahmen der *Eingliederungshilfe* zu verlängern, überarbeiteten Mitarbeiter*innen der Einrichtungen gemeinsam mit Klient*innen den BRP meist im Halbjahres- oder Jahresrhythmus. Zur Ermittlung des aktuellen Hilfebedarfs wurden ähnlich wie in Frau Laringers Beispiel *Helferkonferenzen* veranstaltet, die verschiedene Akteur*innen des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems an einem Tisch versammelten. Im Anschluss an diese Versammlungen aktualisierten die Mitarbeiter*innen der jeweiligen leistungserbringenden Einrichtung den BRP und übermittelten ihn zur Genehmigung an das bezirkliche Sozialamt.

Der ‚Fall‘, auf den der Prozess des Gut-achtens mittels BRP abzielte, war gleichzeitig dessen Herstellungsleistung. Die Fallkonstruktion ist daher nicht mit jenen der Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen oder Fallmanager*innen gleichzusetzen. Sie steht aber auch nicht in Konkurrenz zu diesen. Vielmehr handelt es sich um einen gemeindepsychiatrischen Hybrid, der im Verlauf des verteilten Gut-achtens aus professionellen Fallkonstruktionen, den Wünschen und der Lebenssituation der*des Leistungssuchenden sowie dem bestehenden Angebot innerhalb der *Eingliederungshilfe* hervorgebracht wurde.

Die nächste Vignette ermöglicht die Problematisierung der Effekte fallzentrierten Gut-achtens. Die Vignette beschreibt ein Gespräch über eine *Helferkonferenz*, das im Jahr 2013 zwischen Herrn Hubert, einem Klienten einer *Therapeutisch betreuten Tagesstätte für seelisch Behinderte* (kurz *Tagesstätte*), der Sozialarbeiterin Saskia und mir stattfand. Die *Tagesstätte* bot über ein tägliches Angebot an Gruppen- und Einzelaktivitäten Möglichkeiten der Beschäftigung und Tagesgestaltung. Herr Hubert war Ende 50, ausgebildeter Handwerker und bezog zum Zeitpunkt des Gesprächs eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Er war seit circa eineinhalb Jahren Klient in der *Tagesstätte* und hatte eine gesetzliche Vertreterin. In den bisherigen BRPs waren Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung und Depression angegeben. Da Herr Hubert weiterhin in die *Tagesstätte* kommen und Leistungen der *Eingliederungshilfe* in Anspruch nehmen wollte, setzte die Sozialarbeiterin das Treffen an, um mit Herrn Hubert die dafür nötige Überarbeitung und Verlängerung des bestehenden BRPs weiter vorzubereiten.

30 Milena D. Bister, The concept of chronicity in action. Everyday classification practices and the shaping of mental health care, in: *Sociology of Health & Illness* 40/1 (2018), 38–52; Bister, Minute/s.

Vignette: Ungewisse Bewilligung einer privaten Wohngemeinschaft für Herrn Hubert

Herr Hubert, die Sozialarbeiterin Saskia und ich gehen in den Holzbearbeitungsraum und setzen uns dort an den freien Tisch. Saskia beginnt, dass sie gerne zunächst für uns alle die Lage von Herrn Hubert zusammenfassen möchte. Herr Hubert ist einverstanden und verfolgt ihre Ausführungen aufmerksam und mit Nicken. Etwa zwei Wochen zuvor hatten Saskia und Herr Hubert eine *Helferkonferenz* beim *Sozialpsychiatrischen Dienst*, an der die gesetzliche Vertreterin von Herrn Hubert leider nicht teilnehmen hatte können. Herr Hubert wolle mit zwei Freunden eine Wohngemeinschaft gründen. Der Psychiater vom *Sozialpsychiatrischen Dienst*, der Herrn Hubert noch nicht persönlich, sondern nur aus der ‚dicken‘ Akte gekannt habe, habe gleich gesagt, er sehe nicht, wie eine WG funktionieren solle. Für ihn sei der Wunsch nach einer WG erst interessant, wenn Herrn Huberts Neurologe das Vorhaben unterstütze. Die Sozialarbeiterin Saskia berichtet weiter, Herr Hubert habe erst in vier Wochen den nächsten Termin bei seinem Neurologen. Herrn Huberts Fallmanagerin des Sozialamts habe die Ansicht vertreten, dass Herr Hubert bereits viel Hilfe in Anspruch nehme: Er sei in der *Tagesstätte*, habe den Pflegedienst und Wohnbetreuung. Der Pflegedienst komme zweimal täglich zu ihm, am Wochenende sogar dreimal täglich. Die Fallmanagerin habe gefragt, warum Herr Hubert nicht wolle, dass es dabei bleibe. Ihrer Meinung nach bringe eine WG einen höheren Betreuungsbedarf mit sich. Sie habe solche WG-Projekte schon scheitern gesehen. Saskia führt weiter aus, dass Herr Hubert in der *Helferkonferenz* geantwortet habe, es könne nicht so bleiben wie bisher, weil er sich einsam fühle.

Die Sozialarbeiterin fasst zusammen, dass die *Helferkonferenz* für Herrn Hubert sehr enttäuschend gewesen sei. Am Ende habe er der Runde gedroht, dass er zwar die letzten Jahrzehnte ‚trocken‘ gewesen sei, aber nicht wisse, was passiere, wenn er in seiner Wohnung allein bleibe. Saskia meint zu Herrn Hubert, dass sein Drohen nicht helfe. Wenn er wieder zur Flasche greife, sei das allein seine Entscheidung. Von den Anwesenden der *Helferkonferenz* werde sich niemand ‚den Schuh anziehen‘, den Rückfall verursacht zu haben. Herr Hubert stimmt ihr zu, was sie sage, sei richtig. Die Sozialarbeiterin Saskia fährt fort, dass Herr Hubert nun mit seiner gesetzlichen Betreuerin eng in Kontakt bleiben müsse, die seinen Plan zur Gründung einer WG unterstütze. Die WG sei ein langfristiges Ziel. Herr Hubert dürfe sich nicht entmutigen lassen, wenn es nach drei Monaten nicht gleich klappe. Es werde von ihm abhängen, wie sehr er die WG wolle und wie sehr er sich dafür einsetzen werde.

Während sich Frau Laringer vom Hilfesystem ein bestehendes Angebot, das *Betreute Einzelwohnen*, wünscht, richtet sich Herrn Huberts Anliegen auf die Unterstützung bei einer Wohnform, die nicht zum Standardangebot der *Eingliederungshilfe* zählt: eine private Wohngemeinschaft mit Freund*innen. Die Nacherzählung der

Helferkonferenz durch die Sozialarbeiterin Saskia verdeutlicht, dass Herrn Huberts Wunsch in der *Helferkonferenz* auf Abwehr gestoßen sei. An dem Treffen haben Herr Hubert, Saskia, der Psychiater des *Sozialpsychiatrischen Dienstes* und Herrn Huberts Fallmanagerin des Sozialamts teilgenommen.

Die Fallmanagerin dürfte seinen Plan einer WG-Gründung im Hinblick auf einen möglichen steigenden Unterstützungsbedarf bewertet haben. Ein solcher wurde im Regelfall innerhalb der Gemeindepsychiatrie als Verminderung der Teilhabe an der Gesellschaft und als Misserfolg der *Eingliederungshilfe* gewertet. Die Maßnahmenplanung über den BRP war darauf ausgelegt, im Idealfall die Person aus einer höheren in eine niedrigere Hilfebedarfsgruppe zu bringen. Eine über längere Zeit gleichbleibende Hilfebedarfsgruppe wurde als Stagnation gewertet.³¹ Herrn Huberts Beispiel stellt diese Annahmen in Frage. Wenn er mit Freund*innen eine WG gründen könne und sich daraufhin zunächst sein Unterstützungsbedarf erhöhen sollte, so könnten dennoch seine Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Teilhabe an der Gesellschaft profitieren. Die Fallmanagerin führt als Unterstützung ihrer ablehnenden Haltung in der *Helferkonferenz* das Argument an, dass sie vergleichbare WG-Projekte schon scheitern gesehen habe. Somit bringt die Fallmanagerin offensichtlich nicht eine drohende gesundheitliche oder soziale Verschlechterung gegen Herrn Huberts Pläne in Stellung, sondern ihre berufliche Erfahrung mit Fällen, die sie für vergleichbar hält. Folglich mobilisiert die Fallmanagerin ihre berufliche Erfahrung mit anderen Klient*innen und transformiert diese in informelle Expertise für Herrn Huberts Fall. Gemäß der Erzählung der *Helferkonferenz* schwächt die Argumentationslinie der Fallmanagerin Herrn Huberts Position und die Aussichten auf Umsetzung seiner Vorstellungen.

Dennoch sind sowohl die Fallmanagerin als auch der Psychiater des *Sozialpsychiatrischen Dienstes* bereit, die endgültige Entscheidung über Herrn Huberts Anliegen vorerst offen zu lassen. Der Psychiater, der Herrn Hubert vor der *Helferkonferenz* nur als Fall aus der Akte seines Amtes gekannt hatte, dürfte sich zwar gegen das Vorhaben gestellt, jedoch keinen abschließenden Standpunkt eingenommen haben. Vielmehr teilte er mit, dass für ihn das Vorhaben nur dann in Betracht komme, wenn Herrn Huberts behandelnder Facharzt für Neurologie und Psychiatrie seine Zustimmung gebe. Welche Angaben den Arzt zu der Schlussfolgerung geführt haben, Herrn Huberts WG-Gründung könne scheitern, bleibt ungeklärt. Gleichzeitig genügen dem Arzt offensichtlich Herrn Huberts aktenkundige Diagnosen, der medizinische Verlauf und das persönliche Gespräch während der *Helferkonferenz*

31 Diese Praxis korrespondiert mit dem sozialgesetzlichen Erfolgsvorbehalt vgl. Minou Banafsche, Die UN-Behindertenrechtskonvention und das deutsche Sozialrecht – eine Vereinbarkeitsanalyse anhand ausgewählter Beispiele (Teil II), in: Die Sozialgerichtsbarkeit 59/8 (2012), 440–445.

nicht, um eine abschließende medizinische Beurteilung von Herrn Huberts Plänen vorzunehmen. Um sein Gutachten stellen zu können, verlangt er ein formal nicht vorgesehenes informelles Zweitgutachten eines niedergelassenen medizinischen Kollegen, der Herrn Hubert über einen längeren Zeitraum als Patienten kenne. Meiner Interpretation nach bestätigt das Hinzuziehen eines Arztkollegen den Stellenwert, den der Psychiater der längerfristigen Erfahrung mit Patient*innen beimisst, um eine gutachterliche Expertise abgeben zu können.³²

Erfahrung und Wissen werden in gesundheitlichen Begutachtungsprozessen nicht ausschließlich kognitiv zur Anwendung gebracht, sondern im Prozess selbst entwickelt und aktualisiert. Beide, Fallmanagerin und Psychiater, beurteilen Herrn Huberts Ansinnen anhand der dokumentierten gesundheitlichen Entwicklung in den jeweiligen Akten, im Vergleich zu anderen aktenkundigen Fällen der *Eingliederungshilfe* und im Hinblick auf die institutionalisierten gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote. Während der *Helferkonferenz* scheint Herrn Hubert klar geworden zu sein, dass sein Anliegen nicht gehört werde. Über die mangelnde Unterstützung seiner Ziele habe er sich bestürzt gezeigt und gedroht, zur Sucht zurückzukehren. Herr Hubert deutet mit der Drohung an, zu verstehen, dass seinem Fall bei Verschlechterung seines Gesundheitszustandes ein erhöhter Unterstützungsbedarf zugesprochen würde. Während den Professionellen der Rückgriff auf die Akte(n) oder ihre Berufserfahrung zur Bekräftigung ihrer Expertise offensteht, bringt Herr Hubert den Umgang mit seinem Körper und seine Kenntnis des Versorgungssystems als Expertise ins Spiel. Somit parodiert er unmittelbar die Widersprüchlichkeit der laufenden Hilfebedarfsermittlung, die im Zusammenspiel sämtlicher unterschiedlicher Expertisen der medizinischen Einschätzung eine erhöhte Entscheidungsbefugnis über die Förderwürdigkeit seiner gewünschten Lebensform zukommen lässt. Im Gespräch oben weist die Sozialarbeiterin Saskia Herrn Hubert darauf hin, dass eine erneute Alkoholerkrankung beim Erreichen seines Zieles nicht helfen werde, da sich die Teilnehmer*innen der *Helferkonferenz* für seinen Rückfall nicht verantwortlich zeigen werden. Obwohl Saskia sein Anliegen der WG-Gründung befürwortet, überlässt sie in diesem Gespräch in einem Netz von Akteur*innen Herrn Hubert rhetorisch die Letztverantwortung für die Umsetzung seiner Pläne. Ihrer Ansicht nach müsse er nun zeigen, wie sehr er die WG wolle. Gleichzeitig legt sie Herrn Hubert ausdrücklich nahe, den Kontakt zu seiner gesetzlichen Vertreterin zu pflegen, die sein Ziel der WG-Gründung unterstütze. Nach dem in der obigen Vignette wiedergegebenen Gesprächsteil beginnen Herr Hubert

32 Für eine fundierte Diskussion der anthropologischen Forschung zur Praxis von Erfahrung im psychiatrischen Kontext vgl. Christine Schmid, *Ver-rückte Expertisen. Eine Ethnografie über Geneungsbegleitung. Über Erfahrung, Expertise und Praktiken des Reflektierens im (teil-)stationären psychiatrischen Kontext*, unveröffentlichte Dissertation, Humboldt-Universität zu Berlin 2019.

und die Sozialarbeiterin Saskia mit der Aktualisierung des BRP, die sie am darauffolgenden Tag fortsetzen. Darin erklären sie die WG-Gründung als Herrn Huberts ausdrücklichen Wunsch. Die Überlegungen, wie Herr Hubert seinen Plan umsetzen und ihn beispielsweise die *Tagesstätte* dabei unterstützen könne, finden jedoch keinen Eingang in das Dokument.

Das obige Gespräch und die anschließende Analyse vermitteln einen Eindruck, wie sehr Leistungsberechtigte im Stande sein müssen, persönlich für ihre Selbstbestimmung einzutreten und sich aktiv um Allianzen mit anderen Akteur*innen der *Eingliederungshilfe* zu bemühen, wenn ihr Unterstützungsbedarf vom regulären gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebot abweicht. Statt entsprechend den oben erwähnten Leitsätzen des Fallmanagements die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Leistungsbezieher*innen zu stärken, führt die Zuspitzung der Hilfebedarfsermittlung auf Leistungssuchende als ‚Fälle für‘ das bestehende Angebotsspektrum der *Eingliederungshilfe* zu einem Prozess, der in der Hilfevermittlung den Wünschen und Bedürfnissen der Klient*innen entgegenwirken kann.

Diskussion der Ergebnisse

In den Berliner Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen *Eingliederungshilfe* war die laufende Überprüfung und Überarbeitung des *Behandlungs- und Rehabilitationsplans* (BRP) im Untersuchungszeitraum alltägliche Praxis. Während die schriftlichen Beiträge von Psychiater*innen zum BRP im Wesentlichen auf die Definition der psychiatrischen Diagnose, Medikation sowie Krankengeschichte beschränkt blieben, verdeutlicht die Untersuchung der Begutachtungsprozesse, wie Ärzt*innen darüber hinaus zur Eingrenzung und Bewertung der angestrebten Hilfeleistungen und ihrer Verhältnismäßigkeit beitrugen. Dabei lässt sich ihre Beteiligung nicht auf sozialmedizinische Inhalte reduzieren. Vielmehr partizipierten Ärzt*innen ebenso mit ihrer Einschätzung zu sozialpädagogischen, verwaltungstechnischen, erfahrungsbasierten und informellen Aspekten an der Umsetzung des Gutachtens. In der oben dargestellten *Helferkonferenz* für Herrn Hubert zeigte sich dies beispielsweise in der Einigung der beteiligten Fachkräfte, betreffend Herrn Huberts Wunsch nach einer privaten Wohngemeinschaft eine weitere, formal nicht vorgesehene Stellungnahme eines niedergelassenen Arztes einzuholen. Hier wurde der ärztliche Wirkungsbereich ausschlaggebend auf die Beurteilung der sozialen Möglichkeiten des Klienten ausgeweitet und die Angemessenheit der bevorzugten Wohnform infrage gestellt.

Umgekehrt zeigen die obigen Ausführungen, dass Ärzt*innen die Deutungshoheit über die Zuerkennung von Leistungen der *Eingliederungshilfe* durchaus mit

anderen Professionen teilen. Die gesundheitliche Begutachtung entlang des BRP erfolgte ‚verteilt‘: Sie ging aus unterschiedlichen Wissensformen und dem formellen wie informellen Austausch verschiedener Personengruppen, allen voran Fallmanager*innen, Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen und Leistungssuchenden, hervor. In diesem Prozess entwickelten und bündelten Akteur*innen unter Nutzung des BRP unterschiedliche Expertisen zur leistungssuchenden Person sowie ihrer gemeindepsychiatrischen Versorgung. Dabei brachten alle Partizipierenden eine Begutachtung hervor, die von einer hybriden Fallkonstruktion gekennzeichnet war, welche professionsspezifische Fallbeschreibungen enthielt und gleichzeitig über diese hinaus reichte. Im Wesentlichen spitzt eine solche gemeindepsychiatrische Fallkonstruktion die Begutachtung des Hilfebedarfs einer Person auf ihre Integrierbarkeit in bestehende Versorgungsstrukturen zu. Das Gutachten erweist sich insbesondere dann als regelhafter und unproblematischer Vorgang, wenn unter Beteiligung der Leistungssuchenden eine Verdichtung des Unterstützungsbedarfs in eine möglichst kohärente und ans Versorgungssystem angepasste Fallzahl gelang. Dies illustriert die an Frau Laringer diskutierte Vermittlung von Leistungen der *Eingliederungshilfe*. Herrn Huberts Beispiel hingegen problematisiert die Effekte eines solchen ‚fallzentrierten‘ Gutachtens. Trotz Fokussierung der Hilfebedarfsplanung auf seine Person erhält er kaum Unterstützung für die angestrebte Gründung einer Wohngemeinschaft. Auch wenn die Beweggründe der beteiligten Fachkräfte für ihre abwartende bis ablehnende Position unbekannt bleiben, veranschaulicht Herrn Huberts Situation einerseits, wie die prozesshafte Verschränkung und Erzeugung unterschiedlicher Formen von Expertise den Verlauf und Ausgang der Begutachtung bestimmen. Andererseits verdeutlicht die mangelnde Unterstützung von Herrn Huberts Plänen die gesellschaftliche Bedeutung der gesundheitlichen Begutachtung für die Zugänglichkeit der *Eingliederungshilfe*. Diese wird bereits durch die sozialrechtlich zwingend notwendige psychiatrische Diagnosestellung erheblich erschwert. Sozial benachteiligten Personen in psychosozialen Notlagen, die eine psychiatrische Diagnosestellung ablehnen, bleibt die *Eingliederungshilfe* gänzlich verwehrt. Liegen Diagnosen vor, kann wiederum der institutionalisierte Zugang zur *Eingliederungshilfe* der Vermittlung von Unterstützungsangeboten zuwiderlaufen. Die steigende Zahl von Personen mit anhaltenden psychischen Belastungen in der Obdachlosigkeit kann als eine Folge dieser Regulierungen und Prozesse gelesen werden. Hier zeigen sich Begrenzungen und Herausforderungen in der Organisation zeitgenössischer gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote.

Zusammenfassend erleichterte der BRP aufgrund seiner Gliederung allen Beteiligten die Formulierung des Unterstützungsbedarfs entlang der Hilfebedarfsgruppen und im Hinblick auf das bestehende Leistungsangebot der *Eingliederungshilfe*. Hingegen erschwerte die Begutachtung mittels BRP die Umsetzung als ungewöhnlich

aufgefasster Unterstützungsmaßnahmen. Die in diesem Beitrag entwickelte praxeografische Analyse gesundheitlicher Begutachtung unterstreicht folglich die Bedeutung, die der Untersuchung mündlicher und informeller, nicht zwingend verschriftlichter Begutachtungspraktiken innerhalb der Zuerkennung staatlicher Unterstützungsleistungen zukommt. Das Gutachten in Papierform ist in diesen Prozessen nur eines der Ergebnisse des gesundheitlichen Gutachtens. Ein weiteres entscheidendes Ergebnis ist die kontinuierliche informelle Definition dessen, welche Leistungen als angemessen oder unangemessen erachtet und entsprechend in die Wege geleitet werden oder nicht. Zukünftige praxeografische Untersuchungen könnten – über das Wirkungsfeld der *Eingliederungshilfe* hinaus – weiter darüber Auskunft geben, wie Praktiken des gesundheitlichen Gutachtens neben dem Zugang zu Sozialleistungen deren Form und Inhalt regulieren und somit maßgeblich die gesellschaftliche Bedeutung von Rechtsansprüchen auf soziale Sicherung festlegen.