

Über die (Un)Möglichkeit einer Sozialen Diagnose

Diagnostizieren in der Sozialen Arbeit ist ein Prozess, an dessen Ende keine Diagnose steht

Silke Jakobs; Dieter Röh

Zusammenfassung

Soziale Diagnose ist ein hoch aktuelles Thema für die Soziale Arbeit. Für die Entwicklung einer Sozialen Diagnose sind neben methodischen und fachwissenschaftlichen Kenntnissen auch personale Kompetenzen nötig, damit die Diagnostik nicht auf ein rein technisches Können reduziert wird. Daher wird für eine Diagnose, die sich als dialogisches Geschehen versteht, ein neuer Expertentypus benötigt. Die Autoren zeigen die kontroverse Diskussion auf und schlagen vor, sich zukünftig vermehrt mit der Herausbildung einer solchen, auf Dialog und Prozess ausgerichteten Diagnosekompetenz in der Sozialen Arbeit zu beschäftigen.

Abstract

Social Diagnosis is a central issue of Social Work's discussion today. For this reason personal skills are as much needed as methodological and scientific expertise in order to prevent Social Diagnosis becoming a kind of pure technical skill. To achieve this, diagnostics in Social Work must be based on a dialogical process in combination with a new type of expert. The authors show the controversy discussion and propose to work strongly at developing a kind of diagnosis which is focussed to dialog and process.

Schlüsselwörter

Diagnose - Soziale Arbeit - Handlungskompetenz - Experte - Methode - Klinische Sozialarbeit

1. Einführung

Das Thema „Soziale Diagnose“¹ beschäftigt die Soziale Arbeit derzeit in Theorie und Praxis in einem außerordentlichen Maße. Dabei greift der Diskurs sowohl auf historische Vorbilder in der frühen Berufsgeschichte (*Richmond 1917, Salomon 1926*) als auch auf aktuelle Versuche einer Bestimmung von Funktion, Ziel und Sinnhaftigkeit einer Sozialen Diagnose zurück. Bereits jetzt ist unseres Erachtens festzustellen, dass es dabei um mehr als nur um eine weitere Methodendiskussion geht. Hinter dem Thema, das in Deutschland unterschiedlich und zum Teil sehr widersprüchlich unter Fachleuten in Theorie und Praxis diskutiert wird, steckt der Wunsch nach Professionalisierung der Sozialen Arbeit ebenso wie der Ruf nach einem veritablen Instrument zur Bestim-

mung sozialer Notlagen, aber auch nach Routine und Sicherheit in der praktischen Arbeit. Hieraus ergibt sich allerdings die Schwierigkeit, diese teilweise divergierenden Anforderungen unter einem einzigen Begriff zusammenzufassen.

Aus diesem Grund existieren mittlerweile auch verschiedenste Termini und Modelle, die dieses Thema beschreiben. Ohne die frühen berufsgeschichtlichen Bemühungen erneut zu zitieren (*Kuhlmann 2004*), seien hier die wesentlichen nationalen Arbeiten genannt. Zunächst wandte sich die Sozialpädagogik dem Thema zu. So wurde der Begriff der „Sozialpädagogischen Diagnose“ durch *Mollenhauer* und *Uhlendorff* (1992, 1995) sowie von *Uhlendorff* (1997) geprägt. Weitere Termini, wie etwa das von *Müller* (1997) vorgeschlagene „Multiperspektivische Fallverstehen“, die Fallrekonstruktion (*Kraimer 2000*) sowie die von *Ader; Schrapper; Thiesmeier* (2001) in die Diskussion eingeführten Modelle des „Sozialpädagogischen Fallverstehens und der sozialpädagogischen Diagnostik“ kennzeichnen weitere Versuche einer Nutzbarmachung für die Soziale Arbeit. Einige Vertreterinnen und Vertreter der Sozialen Arbeit bezeichnen das Ergebnis ihrer Erkenntnisgewinnung auch als psychosoziale Diagnose. Dies soll verdeutlichen, dass die Persönlichkeit eines Menschen um das soziale Umfeld erweitert wird. Psychodiagnostik heißt, dass auf professionelle Weise das Erleben und Verhalten von Personen erkannt beziehungsweise Verhaltenseffekte festgestellt werden sollen (*Harnach-Beck 1997*).

Nicht zuletzt wird jedoch in der Sozialen Arbeit in der Einführung und Verwendung einer Sozialen Diagnose² eine Gefahr für den emanzipatorischen Ansatz der Sozialen Arbeit gesehen (*Kunstreich* u.a. 2003). Schließlich tauchen in jüngeren Publikationen auch Begriffe wie „sozialarbeiterische Diagnostik“ oder „dialogische Diagnostik“ auf. Zuletzt unternahmen *Heiner; Schrapper* (2004) den Versuch, ein „diagnostisches Fallverstehen“ als Kompromiss von Notwendigkeit und Kritik zu beschreiben. In diesem Aufsatz wird Soziale Diagnose vor allem als Instrument der sozialen Einzelfallhilfe verstanden. Nicht ausgeschlossen wird damit, dass sich eine Soziale Diagnose auch auf die Feststellung gesellschaftlicher Einflüsse richten kann. Vielmehr sollten sich in der Sozialen Arbeit ihre beiden Ebenen etwa in der Gemeinwesenarbeit verbinden lassen und je nach Fokus zu ergänzenden Handlungen führen.

Ohne von einer „Inflation der Ratlosigkeit“ (*Hanff 2004*) zu sprechen, kann festgestellt werden, dass es sich beim Diskurs um „Soziale Diagnose“ um eine

schwierige Auseinandersetzung handelt. Der vorliegende Beitrag möchte daher sowohl die Möglichkeit als auch die Unmöglichkeit einer Sozialen Diagnose erörtern, um sich schließlich für das Modell einer „dialogischen Diagnose“ auszusprechen. Obwohl das Diagnosemodell assoziativ eher negativ besetzt ist und gerade wegen der sicherlich fragwürdigen Annahme einer im Diagnostizieren gegebenen Objektivität, wird aus Gründen der Anschlussfähigkeit zunächst am Begriff der Diagnose festgehalten. Schließlich stellt sich auch im Sinne einer Professionalisierung der Sozialen Arbeit die berechtigte Frage, weshalb die Diagnosestellung im Bereich „menschlicher Probleme“ eine Domäne der Medizin und Psychologie bleiben sollte. Immerhin eröffnen sich damit weitere Möglichkeiten, etwa der im Clinical Social Work der USA bereits etablierten Behandlungsautonomie der Sozialen Arbeit.

2. Problematisierung der „Sozialen Diagnose“: Fluch oder Segen für die Soziale Arbeit?

Die Soziale Arbeit kommt um eine kritische Betrachtung der Sozialen Diagnose nicht herum, da sich sowohl ethische als auch fachlich-professionelle Grenzen ergeben (Kling-Kirchner 2002). Eine grundlegende Schwierigkeit, die sich bei der Diskussion um Theorie und Praxis einer Diagnose stellt, besteht im „Normalisierungsparadigma“. Dieses ist deshalb als problematisch anzusehen, weil es die Dialektik zwischen Normfestlegung und Normveränderung außer Acht lässt. Daher war und ist auch die Kritik berechtigt, dass Soziale Arbeit sich nicht nur der Normalisierung durch Integration von Menschen in bestehende Lebenszusammenhänge, sondern immer auch der Normalisierung durch Veränderung dieser Zusammenhänge selbst widmen muss.³ In diesem Kontext stellt die Diagnosestellung als Möglichkeit, Normalität und deren Abweichung festzustellen, eine problematische Kategorie dar.

Trotzdem sind wir der Meinung, dass Soziale Arbeit nicht ohne ein Diagnosehandeln auskommt, will sie zu einer professionell begründeten, ethisch gerechtfertigten und wirkungsvollen Veränderung sowohl individueller als auch gesellschaftlicher Entwicklung beitragen. Daher ist der Ansatz des „Person-in-Environment“ (Adler 1998) auch von besonderer Bedeutung, verdeutlicht er doch das unter den Humanprofessionen (Psychologie, Medizin, Sozialarbeit, Pflege) einzigartige Prinzip der Verbindung von ansonsten getrennt behandelten Feldern: der gleichzeitigen Betrachtung von Person und Umgebung.

Ein kritischer Einwand gilt der Gefahr des „Labeling“ durch eine Soziale Diagnose. Die Erkenntnis der mit

Die Ergebnisse der neuesten Pisa-Untersuchung kamen, kurz vor Beginn der Sommerferien, gerade zur rechten Zeit, damit wir noch unter dem Eindruck der Botschaft „Deutschland wieder nur Mittelklasse“ unsere eigenen Eindrücke Länder vergleichend sammeln konnten.

Ob der Urlaub uns nun nach Österreich, Frankreich, Finnland, Bayern oder Brandenburg führte oder noch führen wird – ein Eindruck stellt sich meistens schnell ein: Die Pisa-Ergebnisse mögen wichtige Impulse bringen und dringend benötigten politischen Handlungsdruck erzeugen, aber bei näherem Hinsehen erscheint ein direkter Bildungsvergleich vor allem so schief wie der Turm aus dem besagten Ort. Besonders augenfällig sind die unterschiedlich hohen Migrantenanteile. Ein multikulturelles Straßenbild wie es als Spiegel der Bevölkerungsstruktur in Paris oder Berlin, Köln oder Hamburg zu beobachten ist, fehlt ganz einfach in Helsinki, Oslo und Salzburg.

Jedes Land, jede Region hat eigene Herausforderungen, Vor- und Nachteile, die sich auch auf die Bildungs- und Berufschancen der Kinder und Jugendlichen auswirken. Zu erspüren ist beim Urlaub fernab von zuhause aber noch etwas, das eben nicht von Pisa erfasst wird: die Lebenseinstellung der Menschen. Oft fällt dabei auf, dass der Alltag dort mit mehr Gelassenheit, aber auch mehr Zuversicht, Lebensfreude und Tatkraft angegangen wird. Diese Urlaubserinnerung sollten wir Deutschen, Weltmeister im Nörgeln und Zweifeln, uns nach der Rückkehr in unseren Alltag möglichst lange als gutes Beispiel bewahren.

Burkhard Wilke
wilke@dzi.de

der Vergabe von Diagnosen auch immer gegebenen Begleiterscheinung einer Festlegung auf „Kranksein“ oder „Abweichung“ stellt für die Patienten und Patientinnen eine erhebliche psychosoziale und lebensweltliche Belastung dar. Hier schlägt der Effekt deutlicher bei chronischen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen als bei kurzfristigen Problemen durch. Aber geht mit dem Diagnostizieren immer auch eine Stigmatisierung der Betroffenen einher? Wenn ja, ist dieser ethische Konflikt aufzulösen? Unseres Erachtens ergibt sich hierzu die folgende Möglichkeit: Sollte es gelingen, eine Diagnose – verstanden als Einschätzung der Person-in-Environment-Situation (PIE) – aufzustellen, so ist diese aus ethischen und inhaltlichen Gründen nicht nur an eine Zustimmung (informed consent), sondern darüber hinaus an eine aktive Partizipation der Betroffenen (shared decision making) zu knüpfen.

Auch ist zu bedenken, dass sich die Soziale Arbeit immer wieder fragen muss, ob sie die von der Gesellschaft übertragenen Handlungsaufträge übernehmen möchte (Hanff 2004). Letztlich darf daher auch in der Diskussion um eine Soziale Diagnose nicht der Hinweis auf die nach wie vor virulente Problematik des so genannten „doppelten Mandats“ fehlen. Soziale Arbeit ist durch ihren Auftrag meist entweder gesetzlich oder gesellschaftlich auf die Bearbeitung eines gesellschaftlichen Problems festgelegt und mit seiner Lösung beauftragt. Sie muss daher immer auch Systemaufträge erfüllen, die in eine Soziale Diagnose mit einfließen werden. So ist zum Beispiel für die Arbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst oder in der Bezirkssozialarbeit im Jugendamt konstitutiv, dass gewisse Garantienpflichten und ordnungsstaatliche Aufgaben (Schutz des Kindeswohls, Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung) gegeben sind, die in die Soziale Diagnose, mindestens jedoch in die entsprechenden sozialarbeiterischen Handlungen mit einfließen (Schaarschuch 1990).

2.1 Für die Sozialpädagogik ein Fluch...

Das Handeln in der Sozialpädagogik bewegt sich in einem Kontext, der „die identifizierten Probleme in einem rechtlichen Rahmen von Sozialleistungsansprüchen von Kindern und Familien, einem institutionellen Rahmen von Kompetenzen und Zuständigkeiten und einem politischen Rahmen verfügbarer Mittel“ (Schrapper 2001, S. 9) zu berücksichtigen hat. Mit der Neufassung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) sind dem Jugendamt bedeutsame Entscheidungsaufgaben zugeordnet worden, die in stärkerem Maße als vorher von den Fachkräften die Abklärung von Sachlagen, die Darstellung von Entstehungsbedingungen sowie die fachliche Einschät-

zung von Problemkonstellationen mit Blick auf die notwendige Intervention abfordern (Harnach-Beck 1997). Dies alles macht ein diagnostisches Vorgehen in der öffentlichen Jugendhilfe unverzichtbar.

Der Zeit- und Kostendruck, der die Fachkräfte in der öffentlichen Jugendhilfe beherrscht, macht es häufig unmöglich, eine sozialpädagogische Diagnose als Kooperationsprodukt gemeinsam mit den Hilfe Suchenden zu erstellen. Somit ergibt sich eine Zusammenstellung von Fremddaten durch die Bearbeitenden, aus der bestimmte Formulierungen werden, die zudem noch mit unter dem Druck der Finanzierbarkeit versehenen Schlussfolgerungen verknüpft werden. Die über lange Zeit verwendeten Negativ- und Defizitdarstellungen in den sozialpädagogischen Diagnosen sind jedoch mittlerweile ressourcenorientierten Formulierungen gewichen.

In der Begleitung und Betreuung, der Versorgung und Unterstützung von Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Familien dominieren daher, so könnte man meinen, Beliebigkeit und Vielfalt. Einen festen und verbindlichen Rahmen für Problembeurteilungen und Interventionsmaßnahmen zu finden, ist mit großen Schwierigkeiten verbunden, denn die Sozialpädagogik verfügt nicht über begründetes Wissen bezüglich der Wirkung ihres Handelns (Schrapper 2001).

Hege weist darauf hin, dass bei der Diagnosestellung oft vorausgesetzt wird, dass die Rat Suchenden freiwillig kommen und ein Eigeninteresse an den Ergebnissen mitbringen (Hege 2001). Im Jugendhilfebereich und besonders im Jugendamt wird jedoch der Kontakt dadurch erschwert, dass die Kinder und Jugendlichen den Sachbearbeitern und Sachbearbeiterinnen gegenüber sitzen, weil Eltern, Lehrkräfte oder eventuell auch Jugendrichter und -richterinnen das wollen. Gleichzeitig soll Diagnostik besonders in der Sozialen Arbeit ein interaktives Geschehen sein, bei dem beide am Diagnoseprozess beteiligten Parteien in dialogischer Zusammenarbeit zu einem Ergebnis kommen. In diesem Sinne ist jedoch auch davon auszugehen, dass das Ziel des dialogischen Kontaktes zwischen den sozialen Fachkräften und der Klientel nicht das „echte Gespräch“ im Sinne Bubers (1994) ist, das vielleicht in der Begegnung zwischen Freunden oder Lebenspartnern entsteht. Dieses Argument entbindet allerdings nicht davon, an einer vertrauensvollen und dialogischen Kommunikation zu arbeiten, wengleich auf der anderen Seite der viel besprochene Vertrauensgewinn zu Beginn der Kontaktaufnahme auf Grund der unterschiedlichen Stellung der beiden Personen, die sich

in die Diagnostik begeben, kaum möglich ist. Zumal die Fachkraft der öffentlichen Jugendhilfe auch noch auf das Zustandekommen der beantragten Maßnahme erheblichen Einfluss nehmen kann.

Hekele (2005) beschreibt die Arbeit mit Diagnosen daher als kritischen Prozess, der je nach Sorgfältigkeit und Ausrichtung tendenziell mehr mit „übler Nachrede“ als mit einer professionellen Diagnostik gleichzusetzen ist. Als Alternative stellt er deshalb die Jugendlichen und ihre Lebenswelt ins Zentrum des Erkenntnisinteresses und stärkt damit die Subjektorientierung der Sozialen Arbeit. *Merchel* (1994) zeigt weiterhin, dass die Alltagserfahrungen wie auch die Untersuchungen zur Praxis der Jugendämter eine mangelhafte fachliche Rationalität bei Entscheidungen zur außerfamiliären Unterbringung von Kindern und Jugendlichen deutlich machen.

Im seit 1991 eingeführten KJHG wird eine andere Schwerpunktsetzung vorgenommen, so dass nicht allein durch die Begriffe Diagnose, Planerstellung und andere eine fachlich rationale Erziehungshilfepraxis erreicht wird. „Trotz einer äußerlichen Analogie im Begriff Hilfeplan sollen das Entscheidungsverfahren und der gesamte Hilfeprozess ein Profil erhalten, das sich von vorangehenden Konzepten, in denen Diagnosen, Anamnesen, Indikation, Vorstellung in Richtung Behandlung etc. einen zentralen Stellenwert einnahmen, in seinem grundlegenden Charakter unterscheidet. Es geht... um einen weitgehenden Perspektivwechsel: weg von einer expertenbestimmten Form vermeintlich rationaler Diagnosen und Behandlungen, hin zu einem den Subjektstatus der Adressaten systematisch einbeziehenden und fördernden Prozess mit Aushandlungscharakter“ (*Merchel* 1994, S. 45).

Von daher setzt die im KJHG konzipierte Hilfeplanung eine bestimmte Grundhaltung der Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen voraus, mit der sie der Klientel gegenüber treten sollen. An die Gestaltung des klimatischen und organisatorischen Kontextes, in dem die Interaktionen mit den Adressaten der Jugendhilfe stattfinden, werden ebenfalls bestimmte Anforderungen gestellt. Das bedeutet, dass über die Diagnosekompetenz hinaus bestimmte Kernkompetenzen professionellen Handelns (wie zum Beispiel Selbstreflexion und Geduld) bei den Fachkräften der Sozialarbeit vorhanden sein müssen.

2.2 ... und für die Klinische Sozialarbeit ein Segen?

Wie steht es mit der Sozialen Diagnose im Bereich der Klinischen Sozialarbeit, hier verstanden als Ar-

beit mit gesundheitlich beeinträchtigten Menschen? Auf professionstheoretischer Seite wird gefordert, dass die Soziale Arbeit im Sinne von Qualitätssicherung über ein geeignetes Instrument verfügen sollte, um soziale Bedarfe, Notlagen oder Probleme feststellen zu können. Auf praktischer Seite stellt sich diese Frage, wenngleich unspektakulär, auf dieselbe Weise, wenn zum Beispiel die Arbeit in multiprofessionellen Teams in vielen sozialen Arbeitsbereichen immer mehr an Gewicht gewinnt.

Die Sichtweise der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ist für medizinisches Personal häufig nicht nachzuvollziehen. Sollte die Sozialarbeit deshalb versuchen, sich mit einer ähnlichen Begrifflichkeit der Medizin anzunähern? Für eine erfolgreiche Kooperation mit anderen Professionen, die ihr Handeln auf die Diagnosestellung aufbauen, scheint es sinnvoll, sich ebenfalls des Diagnosebegriffs zu bedienen. Das interdisziplinäre Handeln wird in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen und enthält große Entwicklungschancen, wie das KISMED-Projekt (*Hedtke-Becker* u.a. 2003) zeigt. Dabei wurde festgestellt, dass durch eine gemeinsam erarbeitete psychosoziale Checkliste, die im Krankenhaus von den Ärzten und Ärztinnen verwendet wird, eine Verbesserung der Kooperation und damit auch der Behandlung erreicht werden konnte.

Von Kritikern wird zu Recht eingewandt, dass sich die Soziale Arbeit mit ihrem multiperspektivischen Blick nicht auf eine Diagnose im Sinne einer Nosologie festlegen kann. Vielmehr betrachtet sie ihre Klientel als sozio-psycho-somatische Einheiten, deren Lage es insgesamt einzuschätzen gilt. Deskription sei erlaubt, jedoch keine Zuschreibung von Kategorien. Doch mit *Staub-Bernasconi* (2003) kann davon ausgegangen werden: „Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen wir es anders.“

In der Diskussion um evidenzbasierte Medizin wird vehement darum gestritten, welchen Stellenwert evidenzbasiertes Handeln in der medizinischen Behandlung haben sollte. So muss auch in der Sozialen Arbeit der Einwand berücksichtigt werden, dass wissenschaftliches und erfahrungsbedingtes Wissen nur gemeinsam eine humane und qualitative Hilfe ermöglichen. Wir gehen dabei von der Grundannahme aus, dass im Behandlungsprozess Sinn erst durch Interaktion entsteht. Im Interaktionsprozess zwischen Helfenden und Klienten und Klientinnen entsteht dieser Sinn durch Kommunikation. In der bisherigen Form stellte diese Kommunikation schlechtestenfalls eine paternalistische, günstigstenfalls eine informative Beziehung dar. Im Gegensatz hierzu erkennt die

Soziale Diagnose die die Person bestimmenden Kontextfaktoren, aber auch deren Eigenwilligkeit an und kann so zu einer dialogischen Diagnose zwischen den Beteiligten werden.

3. Weiterentwicklung: Soziale Diagnose als dialogische Diagnose

Unter Berücksichtigung der Möglichkeiten und Grenzen einer Sozialen Diagnose wollen wir in der Folge das Modell der dialogischen Diagnose in den Vordergrund rücken. Hierin sehen wir die Möglichkeit, die Chancen einer Sozialen Diagnose für die Professionalisierung Sozialer Arbeit mit den kritischen Einwänden konstruktiv zu verknüpfen. Festzuhalten ist zunächst, dass die Soziale Arbeit unseres Erachtens nicht ohne ein Diagnoseverständnis auskommt. *Germain; Gitterman* (1988, S. 21) sprechen davon, dass „Sozialarbeiter und Klient (über die Diagnoseprozesse) zu einem Verständnis der objektiven Gegebenheiten“ zu gelangen versuchen, also zum Beispiel darüber, was das Problem ist, wie und wann es entstanden ist und anderes mehr. Darüber hinaus gilt es nach unserer Ansicht auch, die subjektiven Verarbeitungsprozesse und Realitäten der Klientel zu verstehen und zu erfassen. Aus den beiden Quellen der subjektiven und objektiven Bewertung „zieht der Sozialarbeiter vorläufige Schlussfolgerungen und erwägt Hypothesen, die an der Rückmeldung von Seiten des Klienten, an den von Sozialarbeiter und Klient erzielten Handlungserfolgen und an ihrer wechselseitigen Interaktion zu überprüfen sind“ (*ebd.*).

Soziale Arbeit unterscheidet sich dabei von anderen Humandisziplinen wie der Medizin oder der Psychologie dadurch, dass sie den Anspruch erhebt, in einem Prozess der Interaktion zwischen ihr als Profession und der Klientel mit einer Zirkularität von Anamnese, Diagnose, Intervention und Evaluation zu agieren. Dabei wird erwartet, dass die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen für neue subjektive und objektive Daten (im Sinne von Erkenntnissen, die sich aus dem Dialog mit der Klientel ergeben) stets offen sein müssen, um den Prozess von Erkenntnisgewinnung und Handlungsplanung in einem kontinuierlichen, sich selbst ständig beeinflussenden Gleichgewicht zu halten.

Auf jeden Fall müsste sich eine Soziale Diagnose mit Hilfe des dialogischen Kontakts zwischen den Professionellen und Klienten immer auf die somato-psycho-soziale Gesamtheit des Menschen beziehen, wie dies ja auch im Modell der PIE-Klassifikation (*Adler 1998, Karls; Wandrei 1994*) zum Ausdruck kommt. Da es in diesem wissenschaftstheoretischen Verständnis eine gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen

Ebenen gibt, kann in allen Bereichen der Sozialen Arbeit davon ausgegangen werden, dass immer alle Ebenen virulent wirken und somit betrachtet und eventuell in der Intervention berücksichtigt werden müssen. Hier könnte auf eine Metapher zurückgegriffen werden: Auf einer Filmrolle sind jeweils Standbilder oder einzelne Sequenzaufnahmen und damit Teile des Films zu sehen. Nur beim Abspielen, also bei laufendem Film, entstehen bewegte Bilder und damit ein Ganzes, ein Geschehen. Beim Anhalten des Films erscheinen zwar einzelne Sequenzen und Bilder, jedoch nicht der Zusammenhang, die Bewegung zwischen ihnen.

Die dialogische Diagnose ist damit unseres Erachtens als interaktionelles und prozesshaftes Geschehen zu verstehen, welches sich durch Kommunikation vermittelt und an dessen Ende keine Festschreibung erfolgen darf. Diagnostizieren in der Sozialen Arbeit ist ein Prozess, an dessen Ende keine Diagnose steht. Dies bedeutet, dass nach Diagnosestellung eine Intervention erfolgen muss, die wiederum Anlass gibt für eine Diagnose, die wiederum zu einer Intervention führt und so weiter.

4. Neue Experten als Voraussetzung für eine dialogische Diagnose

Wenn die Soziale Arbeit über eine Diagnosekompetenz verfügen und diese auch zum Einsatz bringen soll, um sich ein Bild vom Problem zu verschaffen, dann ist es unvermeidbar, theoretisch ein neues Expertenverständnis zu entwickeln. Der durch die Experten- und Versorgungskritik zunehmend infrage gestellte alte Typ von Experten zeichnete sich dadurch aus, dass er paternalistisch, einseitig professionsorientiert und unter Zuhilfenahme eines Fachjargons ein Problem diagnostizierte und die für die Lösung notwendigen Hilfen verordnete. In den meisten Fällen war die Diagnose dann – auch in der Sozialen Arbeit – defizitorientiert. Indem aber ein Lebensproblem defizitär diagnostiziert wird, nehmen die Fachleute eine höchst widersprüchliche Position ein. Einerseits werden sie als Problemlösungsexperten angerufen, andererseits sollen sie dazu beitragen, dass die Betroffenen selbst die Lösung herausfinden und umsetzen. *Herriger* fasst dieses Problem als konstitutiv auf, indem er schreibt, dass „diese Konfrontation zwischen expertenseitiger Defizitzuschreibung und klientenseitiger Normalitätsbehauptung ... ein kritischer Markierungspunkt in der institutionellen Interaktion (ist)“ (*Herriger 1997, S. 71*).

Auf die konkrete Frage nach einem neuen, postmodernen Expertenverständnis schreibt *Luhmann* dagegen, In die Sozialdimension zurückübersetzt heißt

dies, dass man bei allen Versuchen, sich zu verständigen, von der Unsicherheit des anderen ausgehen kann. Wenn er sie leugnet, kann man sie ihm nachweisen. Verhandlungen haben dabei den Sinn, die Unsicherheit aller so zu vergrößern, so dass man sich nur noch verständigen kann. Dem entspricht der moderne Typus des *Experten*, das heißt des Fachmanns, dem man Fragen stellen kann, die er nicht beantworten kann, und den man dann allenfalls auf den Modus der Unsicherheit zurückführen kann“ (Luhmann 1992, S. 141 f.).

Doch was sind das für Experten, die am Ende einer solchen Definition übrig bleiben? Ist überhaupt noch ein Sozialtypus zu erkennen, der zum professionellen Handeln befähigt ist? Luhmann schlägt zur Lösung dieser Frage vor, dass die Gesellschaft insgesamt mehr „Unsicherheitstoleranz“ entwickeln sollte, um ohne den alten Expertentypus auszukommen. Die Expertenkritik geht bei Luhmann darauf zurück, dass er unseres Erachtens zurecht bemerkt, dass „man die Kommunikation eines Spezialisten oder eines zuständigen Stelleninhabers als sorgfältig geprüft unterstellt, weil man anderenfalls die Prüfung selbst durchführen müsste. Man greift nicht auf dessen Informationsquellen oder seine Schlussfolgerungen zurück, sondern geht von seiner Kommunikation als Tatsache, als gegebener Informationsverdichtung aus. Entsprechend kommt es zur Koppelung von Verantwortung (= Unsicherheitsabsorption) und Autorität, Autorität begriffen als ‚capacity for reasoned elaboration‘. Man unterstellt in der weiteren Kommunikation, dass eine mit Autorität versehene Kommunikation erläutert und begründet werden könnte“ (ebd., S. 175).

Unseres Erachtens ist diese Argumentation für die Frage der Sozialen Diagnose insofern fruchtbar, da der neue Typus der Experten keine Allmacht suggeriert, die sich sowohl auf die Feststellung (Diagnose) als auch Lösung (Behandlung) des Problems stützt, sondern vielmehr Unsicherheit als konstitutionelles Merkmal einer Problemsituation zulässt. Unsicherheit wird dabei nicht als Rückzug der Professionellen verstanden, sondern als Möglichkeit, Räume für die Betroffenen zu eröffnen, um das Problem selbst oder gemeinsam mit den Professionellen zu lösen. Dies führt dazu, dass der Hilfeprozess als Koproduktion verstanden werden muss und deshalb ein „Verschreiben“ von – auch psychosozialen – Rezepten nicht mehr genügt. Vielmehr sind Fähigkeiten der Verhandlung, Vernetzung und Mediation von größter Bedeutung. Sowohl Patienten und Patientinnen als auch Professionelle sind in diesem Sinne als mündige, aufeinander angewiesene Fachleute zu sehen,

die sich gemeinsam um den Prozess der Hilfe sorgen. Von einer paternalistischen, einseitigen Hilfeverordnung entsteht ein Übergang zum „shared decision making“ beziehungsweise einem „informed consent“. Dieser Wandel vom autoritären zum partnerschaftlichen Expertentum vollzieht sich entlang des auch als postmodernen Wandlungsprozess bezeichneten Wegs der Gesellschaft insgesamt. Er beeinflusst auch das Verhältnis von Professionellen und Laien beziehungsweise von professionellen Helfenden und Hilfe Empfangenden.

5. Ausblick

Die Soziale Arbeit braucht eine Diagnosekompetenz in zweierlei Hinsicht. Zum einen stellt sie eine Form der Qualitätssicherung dar und damit einen Nachweis darüber, dass die Regeln der Zunft beherrschbar sind, ohne dass nur „aus dem Bauch heraus“ oder mit dem gesunden Menschenverstand Hilfe geleistet wird. Zum anderen steht die Soziale Arbeit als Humandienstleistung – ob sie es mag oder nicht – in einem fortschreitenden Wettbewerb um Mittel, Zuständigkeiten und Kompetenzen. In diesem Wettbewerb kann sie nur dann eine gute Position erringen, wenn sie ihr professionelles Profil, zu dem auch die Diagnosekompetenz gehört, selbstbewusst vertreten und belegen kann. Aus diesem Grund ist die Weiterentwicklung der Sozialen Diagnostik, insbesondere deren empirische Überprüfung und die gezielte Herausbildung von Diagnosekompetenzen für die weitere Professionalisierung der Zunft von großer Bedeutung.

Anmerkungen

- 1 Unter den Begriff der Sozialen Diagnose fassen wir, solange nicht anders benannt, sowohl den sozialarbeiterischen als auch den sozialpädagogischen Zugang, das heißt eine sozialarbeiterische wie auch eine sozialpädagogische Diagnostik.
- 2 Im Folgenden wird einheitlich der Begriff der Sozialen Diagnose verwendet. Darunter subsumieren wir, sofern nicht anders genannt, die in diesem Absatz genannten Begriffe.
- 3 Vergleiche hier die im New Public Health aufgenommene Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisveränderung.

Literatur

- Ader, Sabine; Schrapper, Christian; Thiesmeier, Monika: Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster 2001
- Adler, Helmut: Eine gemeinsame Sprache finden. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 7-8/1998, S. 161-164
- Buber, Martin: Das dialogische Prinzip. Gerlingen 1994
- Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: Praktische Sozialarbeit: das life-model in der Sozialen Arbeit. Stuttgart 1988
- Harnack-Beck, Viola: Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Weinheim 1997
- Hanff, Susanne: Zur Diagnose/Diagnostik in der Sozialen Arbeit oder: Zur Inflation der Ratlosigkeit. In: Forum SOZIAL

2/2004, S. 15-17

