

tungshaltung, nunmehr als Künstlerin oder Künstler anerkannt zu werden, kann mehrheitlich zu Enttäuschung führen und das Risiko des Motivationsverlustes oder auch eines Rückfalls in frühere Symptomatik nach sich ziehen. Die durch ein künstlerisches Selbstverständnis bedingte Sensibilisierung und die erhöhte Vulnerabilität ziehen so wieder Ausstiegs- und Abbruchsszenarien nach sich.

Auch beim Einsatz kunstbezogener Methoden in der Sozialen Arbeit ist daher an ein „Back-home-Syndrom“ zu denken: Es bedarf schon während des Betreuungsprozesses einer stetig kritischen, das Realitätsprinzip vertretenden Reflexion, darüber hinaus wird es aber bei manchen Klientinnen und Klienten tatsächlich möglich sein, ein künstlerisches Tun und eine Einbeziehung ästhetischer Aspekte auch in ihr zukünftiges Leben zu integrieren – dies muss aber durch soziale Bildungsarbeit und praktische Ressourcenaktivierung bereits während des Betreuungsverlaufs vorbereitet werden.

Literatur

Adorno, Theodor: Theorie der Ästhetik. Frankfurt am Main 1974, S. 384

Balon-Rohr, Elisabeth: Die diagnostische und interventionelle Anwendung kunsttherapeutisch orientierter Methoden in der sozialen Arbeit. Fachhochschule Campus Wien, Sozialarbeit im städtischen Raum. Wien 2008

Dewe, Bernd u. a.: Professionelles soziales Handeln. Weinheim 2001

Jäger, Jutta; Kuckhermann, Ralf (Hrsg.): Ästhetische Praxis in der Sozialen Arbeit. Weinheim 2004

Limbrunner, Alfons: Sind alle Klienten Künstler, Frau Jäger? Über Kunstaustellungen, ästhetische Praxis und Soziale Arbeit. In: Sozialmagazin 2/2008, S. 51-53

Menzen, Karl-Heinz: Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen. München 2004

Metzenbauer, Karin: Kunst als soziale Strategie. Am Beispiel der KünstlerInnengruppe „Wochenklausur“. Akademie für Sozialarbeit. Wien 1997

Purer, Stefanie: Graffiti – Soziale Konsequenzen einer kriminalisierten künstlerischen Ausdrucksform. Fachhochschule Campus Wien, Sozialarbeit im städtischen Raum. Wien 2006

Schorer, Michaela: Was kann Kunsttherapie für die Sozialarbeit leisten? Linz 2002

Schwarz, Werner u. a. (Hrsg.): Ganz Unten. Die Entdeckung des Elends. Wien 2007

Soziale Diagnostik und Klassifikation

Peter Buttner; Alban Knecht

Zusammenfassung

Im Nachgang zu einer Fachtagung¹ reflektieren die Autoren den augenblicklichen Stand der Diskussion zur sozialen und sozialpädagogischen Diagnostik. Sie meinen, dass die zunehmende Vielfalt an Diagnose-techniken kein Problem, sondern eine angemessene Antwort auf die Vielfalt der Fragestellungen darstellt. Insbesondere sollten hermeneutische und klassifikatorisch-subsumptionslogische Zugänge nicht gegeneinander ausgespielt werden – sie können als sinnvolle Ergänzung verstanden werden. Da Diagnosen auch Machtinstrumente sind, kann die angemessene Berücksichtigung der Betroffeneninteressen infrage gestellt werden. Allerdings sollte daraus keine generelle Absage an die Diagnostik abgeleitet werden, vielmehr ist ihre reflektierte Verwendung zu fordern.

Abstract

Following a symposium, the authors reflect upon the current state of discussion concerning social and social-pedagogical diagnostics. It is argued that the growing variety of diagnostic techniques is not a problem, but an adequate answer to the variety of issues. Notably, hermeneutic and classificatory subsumption-logic approaches should not be played off against each other, since they can be understood as expedient complements. The fact that diagnoses are partly used as instruments of power may present a challenge as to appropriately considering the interests of those concerned. From this, however, it cannot be concluded that diagnostics ought to be rejected altogether – what should be demanded, however, is its reflective use.

Schlüsselwörter

Diagnostik – Klassifikation – Soziale Arbeit – Methode – Macht – Sozialarbeiter – Klient

Einleitung

Manchmal kommt die Soziale Arbeit unter Druck, nämlich dann, wenn eine psychosoziale Katastrophe eintritt, durch die Medien öffentlich gemacht wird und die Fachleute der Sozialarbeit nicht eingegriffen haben. Der Schweriner „Fall Lea-Sophie“ und der „Fall Amstetten“ sind Beispiele dafür. Genauso kann die Soziale Arbeit unter Druck geraten, wenn sie eine Kindeswohlgefährdung vermutet und eingreift, indem sie Kinder aus Familien nimmt. Die erwähnten Fälle und andere brachten jedenfalls den Vor-

wurf der Tatenlosigkeit zu Gehör und damit auch die Unterstellung, dass nicht erkannt wurde, was doch irgendwie erkennbar gewesen sei.

In solche Vorwürfe mengt sich die Frage nach der diagnostischen Kompetenz der Profession Soziale Arbeit: Hat dieses Übersehen von Gefahren und Gefährdungen System? Haben diese Katastrophen mit einem Mangel an diagnostischer Sensibilität und Solidität zu tun – oder liegt das Problem bloß im Mangel an Fachkräften oder an Dokumentationsdefiziten? Wie auch immer die einzelnen Fälle zu beurteilen sein werden: Die Frage nach den diagnostischen Möglichkeiten und Fähigkeiten ist gestellt, und solange die Schlagzeilen noch im Gedächtnis bleiben, liegt auf den Fachdiskussionen zur Diagnostik ein gewisser öffentlicher Druck. Als im vergangenen Mai in St. Pölten eine Tagung zum Thema soziale Diagnostik stattfand, saß der geständige Inzesttäter von Amstetten nur ein paar Steinwürfe entfernt im Gefängnis – wie eine personifizierte Mahnung an die Profession.

Doch die Dramatik der großen Fälle ist eines, und die alltägliche Praxis der Sozialen Arbeit meist etwas anderes – weniger weil dieser Alltag nicht auch dramatisch sein kann, sondern weil es um weit mehr Sachverhalte und Fragen geht als die spektakulären Fälle präsentieren. Die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit erstrecken sich über alle Lebensalter und -domänen, und entsprechend weit gefächert sind die Problemlagen, Anforderungen und Ziele an Diagnostik wie auch deren Möglichkeiten und Ansätze. Diese prinzipielle *Vielfalt* lässt sich kaum auf einen Nenner bringen und die Bezeichnungen „soziale Diagnose“, „soziale Diagnostik“, „sozialpädagogische Diagnose“ und „psychosoziale Diagnose“ sind in ihrem Bedeutungsumfang weit gespannt – jeder der Begriffe für sich und zusammengekommen erst recht. Wie weit die Spanne der Handlungsfelder reicht, zeigt sich in der einschlägigen wissenschaftlichen Produktion. Die Beiträge auf der St. Pöltener Tagung bezogen sich beispielsweise auf institutionelle Zusammenhänge und Handlungsfelder wie die Kinder- und Jugendhilfe, den Allgemeinen Sozialdienst, sozialpädagogische Familienhilfe, verschiedene Felder und Methoden der Beratung, berufliche Rehabilitation, betreutes Wohnen, klinische Sozialarbeit und Sozialarbeit im Gesundheitswesen inklusive Sozialpädiatrie, Sozialpsychiatrie und Palliativversorgung, Betreuung/Sachwalterschaft bis hin zur Sozialarbeit im ländlichen Raum. Eine Perspektivenvielfalt ergibt sich schließlich auch durch die unterschiedlichen Bezüge zu den Nachbardisziplinen, sei es durch institutionelle Verbindungen, sei es durch

die Herkunftsdisziplinen derer, die sich mit Diagnose in der Sozialen Arbeit beschäftigen. Die während der Tagung behandelten Ansätze und Instrumente zeigten zum Teil direkte und enge Bezüge zu den diagnostischen Herangehensweisen der angrenzenden Praxis- und Wissenschaftsbereiche wie klinische Psychologie, Pädagogik, Psychiatrie und Rehabilitationswissenschaft. Soziale Diagnostik betrifft – so lässt sich der Stand der Dinge zusammenfassen – offenbar alle gesellschaftlichen Funktionssysteme, in denen Soziale Arbeit operiert und alle Handlungsfelder, und sie bezieht auch die relevanten Nachbarwissenschaften ein.

Umgang mit der Vielfalt

Diagnostik ist in der Sozialen Arbeit kein randständiges Thema mehr. Es gibt mittlerweile eine beachtliche Vielfalt an Positionen, Ansätzen, Verfahren, Instrumenten und begleitenden Diskursen in den einzelnen Handlungsfeldern. Dass ein nicht unerheblicher Teil der Verfahren und Instrumente aus anderen Disziplinen entliehen ist, kann als Kolonialisierung der Sozialen Arbeit gesehen werden, und es spricht viel dafür, dem unkritischen Import Grenzen zu setzen. Auf der anderen Seite ist aber nichts dagegen einzuwenden, sinnvolle Elemente anderer Wissenschaften in den methodischen und theoretischen Korpus der Sozialen Arbeit zu integrieren. Hier und da wird sogar eine weit stärkere Aufarbeitung des in anderen Disziplinen vorliegenden Bestandes gefordert, so zum Beispiel von *Jakob und Wahlen* (2006, S. 158) bezüglich des in Psychologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhandenen diagnostischen Wissens. Unabhängig davon, wie man zum Import von Diagnostik stehen mag, stellt sich aber die Frage, wie die Soziale Arbeit als Profession, als Ausbildungsinstanz und als gesellschaftliches Handlungssystem mit dieser Vielfalt umgehen soll.

Eine erste Option ist die prinzipielle Kritik des Diagnostizierens und Klassifizierens im Sinne einer Herrschaftsanalyse. In diesem Sinne schreiben *Kunstreich* u. a. (2004), dass „die Renaissance der Diagnostik in der Sozialen Arbeit ... als eine freiwillige Unterwerfung der Profession unter die gesellschaftlichen Machtverhältnisse“ gedeutet werden kann. Diese Kritik hat Gewicht, sollte unseres Erachtens aber nicht zu einer rigorosen Ablehnung jedes Diagnostizierens und Klassifizierens führen, sondern als Mahnung verstanden werden, das Individuum nicht zu negieren. Das Besondere, Individuelle, Einmalige darf nicht durch die Allgemeinbegriffe (hier: die Diagnose) getilgt werden. Diese Kritik kann auch als Hinweis darauf gelesen werden, dass der Erkenntnisgewinn durch Diagnose und Klassifikation begrenzt

ist. In einem der zentralen Texte der Vernunftkritik (*Horkheimer; Adorno* 1969) ist dies auf die Formel gebracht: „Klassifikation ist Bedingung von Erkenntnis, nicht sie selbst, und Erkenntnis löst die Klassifikation wieder auf.“

Abgesehen nun von dieser ersten Option, die sich mit dem Bemühen verbindet, die sozialarbeiterische Expertise möglichst weitgehend im partizipativen Dialog aufgehen zu lassen, gibt es für die Profession aus unserer Sicht zwei grundsätzliche Haltungen, mit der realen Vielfalt der Methoden, Instrumente und Ansätze umzugehen: Die eine bestünde im Versuch, die sich herausbildende Vielfalt an Instrumenten, Methoden und Herangehensweisen durch Abstraktion und Systematisierung zu zügeln. Die Hoffnung dabei könnte sein, auf diesem Wege zu einer gemeinsamen Sprache, zu einer wenigstens professionsinternen Vergleichbarkeit oder Anschlussfähigkeit zwischen den Ansätzen der verschiedenen Handlungsfelder zu kommen. Die andere, pragmatischere und theoretisch erst einmal weniger aufwendige Grundhaltung bestünde dagegen darin, der Vielfalt vorläufig freien Lauf zu lassen und den in ihr liegenden Widersprüchen Raum zu bieten. Konkret würde das bedeuten, an den speziellen handlungsfeldtypischen Fragen und Details engagiert weiterzuarbeiten und spezifische diagnostische Zugänge zu entwickeln beziehungsweise anzupassen, sei es durch weitere Importe aus anderen Wissenschaften, sei es indem mehr eigenes diagnostisches „Werkzeug“ entwickelt wird.

Wir glauben, dass dieser zweite Weg weit realistischer ist als jeder Systematisierungsversuch im großen Stil, zumal es auch gar keine Instanz gibt, die in der Lage wäre, strukturierend und vereinheitlichend in alle Bereiche der Sozialen Arbeit einzugreifen. Es ist auch fraglich, ob die Soziale Arbeit einer solchen Vereinheitlichung bedarf, und schließlich gibt es auch kein Gericht, das sagen könnte, was in der Sozialen Arbeit erlaubt ist und was nicht. So gehen die Dinge in den unterschiedlichen Handlungsfeldern ihren eigenen Weg – wie man es ja auch aus anderen Wissenschaftsbereichen kennt. Eine über den ganzen Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit vereinheitlichende Systematisierung (Klassifikationssystem) oder Standardisierung (diagnostische Methodik) dürfte im Übrigen schon an der Vielgestaltigkeit der Funktionssysteme scheitern, in denen die Soziale Arbeit operiert.

Die Ausdifferenzierung und damit die Vielgestaltigkeit und Spezialisierung scheint auch der „natürliche“ Weg der Wissenschaft zu sein; zumindest ist

dies der Weg, den die Wissenschaften seit der Neuzeit beschritten haben. Vor diesem Hintergrund ist vielleicht auch verständlich, warum sich Diagnostik und Klassifikationsansätze in anderen Wissenschaftsbereichen im Laufe der Zeit so stark ausdifferenziert haben. Der Korpus an diagnostischen Ansätzen, Verfahren, Instrumenten in Psychologie, Schulpädagogik und Medizin zeigt dies deutlich. Wenn in der Medizin heute dennoch eine relativ große Übereinstimmung in Fragen der Krankheitsklassifikation besteht, beruht dies zum Teil auf politischen Entscheidungen zur verpflichtenden Einführung statistischer Erhebungen, im Besonderen der International Classification of Diseases (ICD).²

Die Ausdifferenzierung diagnostischer Ansätze und Werkzeuge hat auch mit der simplen, wenngleich gelegentlich übersehenen Tatsache zu tun, dass jedwede Diagnose nur Sinn ergibt, wenn sie der Situation angepasst ist, in der sie angewendet werden soll. Eine Diagnose „an sich“ hat keinen Wert, solange sie nicht eine Antwort auf eine Frage ist. Solche Fragen können zum Beispiel sein: Welche Bedürfnisse hat eine Person? Welche Gefährdungen bestehen für die Person? Welche Ressourcen stehen einer Person zur Verfügung? Welche Hilfe benötigt die Person X? Welche Intervention hat im Fall Y Aussicht auf Erfolg? Konkretere Fragen führen zu entsprechend konkreteren beziehungsweise spezielleren diagnostischen Herangehensweisen. Dass nun besondere und spezielle Fragen auch zu spezialisierter Diagnostik führen, ist also schlüssig und an sich unproblematisch. Dies sollte bloß nicht zu dem Glauben verführen, dass spezielle Testergebnisse oder diagnostische Feststellungen eine Bedeutung „an sich“ hätten. Bedeutung gewinnen sie eben erst im Licht der Frage oder des Anliegens, das zum diagnostischen Handeln herausfordert, wobei immer auch eine Rolle spielt, wer das Anliegen hat, das dann mit der Diagnostik bearbeitet werden soll. Unsere vorher gestellte Frage nach dem Umgang mit der Vielfalt beantworten wir folgendermaßen: Es spricht viel für einen lockeren Umgang mit der Vielfalt diagnostischer Zugänge, wobei es in erster Linie darauf ankommt, in der Sache die richtigen Fragen zu stellen. Die diagnostischen Vorgehensweisen, Ansätze und Instrumente sollten sich dann immer an diesen ausrichten und nicht umgekehrt.

Zum Hintergrund von Diagnostik und Klassifikation

Dass die Soziale Arbeit sich der Thematik Diagnosen und Diagnostik wieder bemächtigt hat, ist kein Zufall, sondern eine Folge mehrerer Entwicklungen: Erstens ist die Soziale Arbeit einem zunehmenden Legitima-

tionsdruck in punkto Wirksamkeit ausgesetzt. Sie muss aufzeigen, dass ihre Interventionen gehaltvoll und vor allem auch effizient sind. Dieser Druck lässt sich einerseits als Aspekt eines allgemeinen Trends zu Qualitätssicherung, Outputorientierung und Transparenz verstehen, andererseits als eine Erscheinung der Ökonomisierung des Sozialen, vor allem wo es um die Effizienz von Interventionen und Angeboten geht. Wie aber lassen sich Effektivität und Effizienz von Interventionen feststellen? In der Regel durch den Nachweis, dass eine Intervention für einen bestimmten Falltyp hilfreich ist, dass sie unter bestimmten Voraussetzungen wirksam ist. Diagnostik hilft dann, solche speziellen Teilmengen aus der Gesamtmenge der Klientel herauszugreifen.

An dieser Stelle wird klar, dass sich Diagnostik nicht notwendigerweise an den Klienten und Klientinnen, ihren Nöten, Defiziten, Bedarfen oder Ressourcen und an der Sorge für sie orientiert. Soziale Diagnostik kann auch an den Rahmenbedingungen ausgerichtet sein. Man könnte auch sagen: an den Bedingungen, die durch das Verwalten des Sozialen vorgegeben werden. In Gegenposition zu diesem Effizienzdruck schreibt *Otto Speck* (1999, S. 131): „Es ist dieses unbedingte Wertsein des Menschen, des Andren, der mir begegnet und der meine Hilfe anspricht, das alle Ethik und alles Soziale begründet, nicht die eigene oder organisationale Rationalität, die dem Hilfebedürftigen entgegentritt und ihn taxiert nach einer zufälligen und willkürlichen externen Wertigkeit.“

Die Hinwendung zur sozialen Diagnostik ist aber nicht nur eine Funktion des Trends zur Qualitätssicherung und der ökonomischen Ausrichtung. Die verstärkte Beschäftigung mit Diagnose und Diagnostik folgt auch aus der Wende von der Institutionen- zur Personenzentrierung in der Sozialen Arbeit. Solange Klientinnen und Patienten das „bekamen“,³ was die Institution zu bieten hatte und für das die Institution da war, musste nicht so viel diagnostiziert werden. Sobald aber differenzielle Hilfen im Rahmen eines auf die einzelne Person abgestimmten Hilfeplans begründet werden müssen, entsteht die Notwendigkeit, den Einsatz bestimmter Hilfen mit Merkmalen der Betroffenen, also mit Symptomen, speziellen Bedarfen, Defiziten etc. zu belegen.⁴ Das Erheben solcher Merkmale wird dann zur Diagnose. Zusammenfassend: Die Entwicklung zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit geht in Teilen auf Erfordernisse und Ansprüche zurück, die von außen an die Soziale Arbeit herangetragen werden, sie kann als Funktion verschiedener anderer Entwicklungen verstanden werden. Dies sollte auch in jedem Einzelfall und bei jeder Diagnose bewusst bleiben.

Einordnen oder Verstehen?

In einem weiten Sinne basiert jede Art von Diagnose auf Kategorisierungen, auch jede individualisierende Diagnose, denn erst durch abstrakte Referenz beziehungsweise den Rückgriff auf Allgemeinbegriffe wird die Beschreibung des Besonderen und Individuellen verständlich. Eine extrem individualisierende Diagnose wäre demzufolge keine Diagnose mehr, sondern nur eine Art von phänomenologischer Beschreibung ohne Bezug zum Allgemeinen. Wenn es an einem Fall aber nichts Allgemeines mehr festzustellen gäbe, hätte er auch keine Bedeutung mehr für die Allgemeinheit, wäre es kein Fall mehr, den man bearbeiten müsste. Kurz: Keine Diagnose kommt ohne Bezug zum Allgemeinen aus. Wie weit darf aber nun das Allgemeine für das Besondere stehen? Inwieweit ist es richtig, in der Sozialen Arbeit Einzelfälle in die vorgezeichneten Kategorien von Klassifikationen einzuordnen?

Zwei Ansätze von Diagnostik stehen hierzu in der Diskussion: Auf der einen Seite der hermeneutische Ansatz und auf der anderen Seite der an klassifikatorischer Zuordnung orientierte subsumptionslogische Ansatz. Während der hermeneutische Zugang einer Reflexion über den Einzelfall entspricht, besteht der subsumptionslogische darin, den Einzelfall unter die Haube einer abstrakten Aussage oder Zuschreibung zu bringen, das heißt ihn als einen „Fall von“ zu kategorisieren. Die klassische subsumptionslogische Diagnose basiert auf einer vorgängig schon vorhandenen Markierung und Einteilung typischer Fälle: der Klassifikation. Der Einzelfall wird dann als einer der dort schon vorgegebenen Fälle gekennzeichnet.

Auf diese Weise werden in der Botanik die zu diagnostizierenden Individuen identifiziert, das heißt einer Pflanzenart zugeordnet, und so stellen sich vielleicht auch heute noch manche junge Psychiaterinnen und Psychiater das Diagnostizieren vor: Es gibt die Krankheiten, so wie es Pflanzenarten gibt, und das Diagnostizieren bestehe nur darin, die bei den Patienten und Patientinnen erfasste Störung (ihr Verhalten, Berichte von Angehörigen) einer bestimmten Krankheitseinheit zuzuordnen. *Foucault* (1976, S. 103) spricht in einem ähnlichen Sinne von den „Botanikern auf dem Feld des Pathologischen“.

Tatsächlich verbinden sich mit solch einer „naiv botanisierenden“ Diagnostik mehrere Probleme. Eines besteht darin, dass es mehr als fraglich ist, ob es Krankheiten im obigen Sinne, also so wie die Pflanzenarten, gibt. Auf jeden Fall spricht viel dafür anzunehmen, dass die in der ICD oder dem DSM (Diag-

nostic and Statistical Manual and Mental Disorders) klassifizierten Störungen keine „natürlichen Arten“ sind, das heißt, dass es sie nicht unabhängig von unserem Denken „in der Natur“ gibt. Es ist plausibler, anzunehmen, dass ihr So-Sein mit unseren Konzepten und Theorien zusammenhängt.⁵ Ein fast schon klassisches Beispiel dafür ist das Konzept der Multiplen Persönlichkeit. Das Erscheinen und die explosionsartig zunehmende Verbreitung dieser Störung in den USA ging eng einher mit medialen und wissenschaftlichen Aktivitäten einer Gruppe von Fachleuten (*Hacking* 1996, *Ofshe; Watters* 1996). Ein zweites Problem betrifft den diagnostischen Vorgang selbst, die Tatsache, dass unsere Wahrnehmung immer auch theorieabhängig ist. Wir „sehen“ also vermehrt das, was uns die Theorie (zum Beispiel in Form einer Klassifikation) vorgibt. Dies bedeutet für das Diagnostizieren, dass wir uns darüber bewusst sein sollten, dass wir das Gestalthafte und die Zusammenhänge unter Umständen „in die Dinge hineinsehen“. Ein drittes Problem schließlich besteht in der nicht selten anzutreffenden Vorstellung, dass mit einer Diagnose (mit dem Etikett) das Wichtige schon gesagt sei. Dies ist ein grobes Missverständnis. In Wirklichkeit folgt aus einer klassifikatorischen Zuordnung wie zum Beispiel „Schizophrenie“ noch reichlich wenig, auf jeden Fall kein konkretes Handeln. Ob der betroffene Mensch schwerst gestört und in hohem Maße hilfebedürftig oder ob er bei guter Laune, sozial integriert und ohne Bedarf an Hilfe ist, das ist mit der reinen Diagnose nicht gesagt. Beides ist möglich.

Ohne den Gegensatz zwischen hermeneutischem und klassifikatorischem Vorgehen hier in angemessener Tiefe entwickeln zu können, möchten wir aber doch einer Haltung das Wort reden, wie sie auch auf der St. Pöltener Tagung geäußert wurde: Es hat wenig Sinn, die beiden Zugänge gegeneinander auszuspielen. Sie erfüllen andere Zwecke und sie ergänzen sich. Der hermeneutische Zugang eignet sich beispielsweise kaum für die Zwecke der Statistik. Umgekehrt folgt aus einer klassifikatorischen Zuordnung noch ziemlich wenig für das sozialarbeiterische Handeln. Es kommt darauf an, die Stärken der verschiedenen Vorgehensweisen zu kombinieren. Die liegen im Nachzeichnen des Besonderen bei den hermeneutischen Verfahren und dem Aufzeigen des Allgemeinen bei den klassifikatorischen Verfahren.

Wir meinen, dass es bei der sozialen (sozialpädagogischen, psychosozialen) Diagnose immer darum geht, die Angemessenheit im Auge zu behalten. Es geht immer um *konkrete* Fragen, sei es im einzelnen Fall, sei es in der Frage einer sozialen Klassifikation.

Es muss immer im Auge behalten werden, dass Klassifikationen von Menschen gemachte Einteilungen zu bestimmten Zwecken sind und nicht „einfach“ die Realität abbilden. Klassifikationen und Diagnosen sind in diesem Sinne immer auch vorläufig.

Was wird diagnostiziert?

Bei der Weiterentwicklung sozialer Diagnostik wäre es hilfreich, im Auge zu behalten und explizit zu machen, was die einzelnen Instrumente eigentlich abbilden sollen. Das ist gleichermaßen für die Orientierung als auch für die kritische Begleitung wichtig. Ein immer wieder genannter Kritikpunkt an sozialen Diagnosen ist zum Beispiel die Zuschreibung von Persönlichkeitsmerkmalen als Grundlage einer Stigmatisierung. Richtig daran ist: Wer Betroffenen unveränderliche negative Eigenschaften zuschreibt, kann diese unter Umständen tatsächlich brandmarken, zumindest so lange, wie solchen Zuschreibungen innerhalb der zuständigen Institutionen geglaubt wird. Richtig ist aber auch: Soziale Diagnostik erschöpft sich nicht im Zuschreiben von solchen *Traits* beziehungsweise Persönlichkeitsmerkmalen (*Priller* 1996), im Gegenteil. Bei sozialer Diagnostik geht es, wie die Tagung gezeigt hat, mehr um andere Dinge: die soziale Lage eines Menschen, seine Lebenslage, die objektiv wie subjektiv gedachte Bestandsaufnahme des Leidens, der Situation, der Ressourcen eines Menschen, die sozialen Beziehungen beziehungsweise das soziale Netzwerk eines Menschen, seine vollzogene oder sich vollziehende Entwicklung – oder auch die Möglichkeiten und Chancen von Menschen zu weiterer Entwicklung im Rahmen möglicher Hilfen oder Interventionen (*Knecht; Buttner* 2008). Soziale Diagnostik beschränkt sich zudem nicht auf den einzelnen Menschen, sondern macht gegebenenfalls auch Aussagen über Gruppen, Familien, Milieus bis hin zu Sozialräumen.

Wie wird diagnostiziert?

Die einzelnen Verfahren sozialer und sozialpädagogischer Diagnostik haben unterschiedliche Zielpunkte. Zum Teil stellen sie sogar nichts weiter dar als minimal formalisierte Beschreibungen. Die von *Pantucek* (2006, S. 105 ff.) so bezeichneten „Sichtdiagnosen“ und „Kurzdiagnosen“ fallen hierunter. Er nennt sie „elementarste Form der Diagnose“. Im medizinischen Sprachgebrauch würde man sie als Befunde bezeichnen. Eine „visuelle Ersteinschätzung“ einer Person kann beispielsweise ein wichtiges Element einer umfassenderen Beschreibung einer Person sein und – je nach Fragestellung und Zusammenhang – für eine Diagnose Bedeutung erlangen, zum Beispiel wenn es darum geht, den Ernährungszustand eines Kindes zu erfassen. Am Bei-

spiel solcher elementaren (Vor-)Formen von Diagnosen lässt sich schön zeigen, dass es schon auf dieser „einfachen“ Ebene die Gefahr stigmatisierenden Handelns gibt, nämlich dann, wenn von der reinen Beschreibung abgewichen wird und stattdessen Eigenschaften benannt werden.

Schon eine einfache Beschreibung des Erscheinungsbildes einer Person kann also respektlos sein. Was für diese elementare Ebene gilt, gilt auch für die höherstufigen und komplexeren Diagnosen: Es geht darum, den Respekt vor der einzelnen Person und vor dem Besonderen zu wahren. Dazu muss das Besondere in der Beschreibung, im Befund oder in gewisser Weise auch in der Diagnose Raum haben, ohne abqualifiziert zu werden. Wenn dies beachtet wird, lässt sich auch feststellen, dass soziale Diagnostik nicht der etikettierende und stigmatisierende Bösewicht ist. Wenn sie ihre Ergebnisse durchschaubar und den Weg zu ihnen nachvollziehbar macht, wenn der Respekt vor dem Besonderen und Abweichenden gewahrt ist, hilft sie sogar, die Praxis eines „organisationskonformistisch pervertierten Alltagsverstandes“ (ebd., S. 67), der ja gerade zur Zuschreibung von Eigenschaften neigt, zu begrenzen.

Wer diagnostiziert?

Ein Problem der aktuellen Diskussion zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit ist die Vieldeutigkeit der Begriffe und Bezüge. Bislang haben wir in diesem Text nicht genau unterschieden zwischen sozialer, psychosozialer und sozialpädagogischer Diagnose, aber es sollte klar sein, dass diese Begriffe aus unterschiedlichen Kontexten stammen und deshalb auch für unterschiedliche Erfahrungen stehen. Während der Ausdruck „soziale Diagnose“ an den historischen Stand von *Mary Richmond* und *Alice Salomon* anschließt und dort eher der Kontext der *Sozialarbeit* angesprochen ist, bezieht sich die „sozialpädagogische Diagnose“ in erster Linie auf die Kinder- und Jugendhilfe beziehungsweise die *Sozialpädagogik*. Der Begriff „psychosoziale Diagnose“ wird in verschiedenen Disziplinen wie der Psychologie, Medizin, Pädagogik und eben auch in der Sozialen Arbeit gebraucht, dort gleichermaßen in Handlungsfeldern wie der Jugendhilfe und klinischen Sozialarbeit (*Harnach-Beck* 2003, *Pauls* 2004, *Geißler-Piltz* 2005).

Dass das Verständnis von Diagnostik offenbar viel mit dem Erfahrungshintergrund dessen zu tun hat, der darüber spricht, wird klar, wenn man die einschlägigen Publikationen aus den Handlungsfeldern vergleicht. Da wo Autorinnen oder Autoren mit kranken Menschen befasst sind, wo der rehabilitative Gedanke im Vordergrund steht, da wo deutliche Defizite

eine Rolle spielen, ist die Orientierung am Arsenal der klinischen Psychologie, Psychiatrie, Neurologie, Sonderpädagogik und anderen einschlägigen Nachbarwissenschaften klar erkennbar und dort scheint auch die Neigung zur klassifikationsbezogenen Diagnose größer, wenngleich auch hier der hermeneutische Zugang in Form biographisch-diagnostischer Ansätze einen wichtigen Platz hat (*Hanses* 2000). In der Kinder- und Jugendhilfe geht es weniger um definite Störungen und es steht der hermeneutische Ansatz im Vordergrund, das Verstehen, die Individualität des Falles beziehungsweise der Person werden besonders betont. Dass aber auch hier verschiedenartige Erfahrungen zu verschiedenen Haltungen gegenüber Diagnostik führen können, darauf weist zum Beispiel *Meinhold* in einer Bemerkung hin (*Kunstreich* u. a. 2003, *Harnach-Beck* 2003). Dass das hermeneutische Vorgehen wiederum nicht auf das pädagogische Feld beschränkt ist, belegt auch die psychosomatische Medizin, die dem hermeneutischen Denken tief verpflichtet ist. Interessanterweise ist hier inzwischen aber auch ein eigenes Klassifikationssystem entstanden (*Arbeitskreis OPD* 2006). Dies ist auch ein klarer Hinweis darauf, dass sich der hermeneutische und der klassifikatorische Zugang ergänzen.

Fazit

Kritische Autoren und Autorinnen haben darauf hingewiesen, dass Klassifikation und Diagnose (auch) Herrschaftsinstrumente sind. Diese unangenehme Wahrheit sollte nicht vergessen werden. Sie sollte aber keinesfalls zu einer blinden Ablehnung von Klassifikation und Diagnostik führen, sondern zu einem bedachten Umgang mit ihnen, denn sie stellen ein pragmatisches und notwendiges Mittel der Sozialen Arbeit dar. Dies ist implizit auch im Qualifikationsrahmen *Soziale Arbeit (Fachbereichstag Soziale Arbeit 2007)* reflektiert, der die Ausbildung zur Sozialen Arbeit an deutschen Hochschulen abstrakt darstellt. Dort sind in Kategorie B (Beschreibung, Analyse und Bewertung) verschiedene Aspekte von diagnostischen Fähigkeiten angesprochen.

Es sollte im Auge behalten werden, dass die verschiedenen Handlungsbezüge beziehungsweise Handlungsfelder unterschiedliche Anforderungen an Diagnose und Diagnostik stellen und somit auch zu einer Vielfalt führen, die immer auch Widersprüchliches enthält. Wir meinen, dass diese Vielfalt nicht verhindert, sondern gepflegt werden sollte. Wo die Soziale Arbeit keine eigenen Instrumente und Routinen entwickelt hat, soll sie den Import an diagnostischen Instrumenten *aktiv* gestalten und das Vorgefundene an die speziellen Erfordernisse in der Sozialen Arbeit

anpassen. Dabei sollten der hermeneutische und der subsumptionslogische Zugang in der Diagnostik nicht gegeneinander ausgespielt werden. Sie ergänzen sich – und gute Soziale Arbeit kann auf keinen der beiden Zugänge verzichten.

Ein deutlicher Entwicklungsbedarf besteht unseres Erachtens im Feld der Klassifikation. Mit dem Person-In-Environment-System (Karls; Wandrei 1994, Adler 2004) gibt es einen ersten genuin sozialarbeiterischen Ansatz in der Klassifikation, aber er hat noch kaum Eingang in die Praxis gefunden. Auf der Tagung in St. Pölten hat sich nun ein aus unserer Sicht bemerkenswerter Schritt für die Soziale Arbeit vollzogen: die öffentliche Aufforderung, an der Entwicklung eines (oder auch mehrerer?) Klassifikationsverfahrens zu arbeiten. Mark Schrödter (2008) hat als Gesichtspunkt inhaltlicher Systematisierung die Frage nach Verwirklichungschancen im Sinne der sozialen Gerechtigkeit vorgeschlagen und Dieter Röh (2008) machte den pragmatischen Vorschlag, Konsensuskonferenzen und eine entsprechende Begleitforschung einzusetzen. Auch wenn es Argumente gibt, die die Entwicklung eines Klassifikationssystems für alle Belange der Sozialen Arbeit (zunächst) als zu schwierig erscheinen lassen – der hier vorgeschlagene Weg ist auf alle Fälle ein Versuch wert. Ebenso wichtig erscheint uns, die Themen Diagnose, Diagnostik und Klassifikationen sowie die damit einhergehenden ethischen Fragen in der Ausbildung der Sozialen Arbeit zu verankern.

Anmerkungen

1 Die hier vorgestellten Gedanken sind im Nachgang zur internationalen Fachtagung „Soziale Diagnostik – Stand der Entwicklung von Konzepten und Instrumenten“ entstanden, die am 8. und 9. Mai 2008 in St. Pölten, Österreich, stattfand und von der Fachhochschule St. Pölten und der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg veranstaltet wurde. Sie beziehen sich deshalb an mehreren Stellen auf diese Tagung.

2 In deutschen Krankenhäusern wurde die Dokumentation nach ICD (9. Revision) zuerst 1986 vorgeschrieben, in der 10. Revision wurde sie im Jahr 2000 eingeführt. Viele deutsche Ärzte und Ärztinnen hatten gegen die damit verbundene neue Pflicht zur Dokumentation protestiert.

3 Zunächst ist hier die Bedeutung „erhielten“ gemeint – aber manchmal „bekommen“ Patienten oder Patientinnen ja auch genau die Symptome, die die Institution von ihnen erwartet.

4 Uns ist durchaus bewusst, dass sich auch Hilfepläne nach institutionellen Bedarfen zurechtschneiden lassen, dass sie also nicht notwendigerweise nur an der einzelnen Person ausgerichtet sind.

5 Das soll nicht heißen, dass psychische Störungen in der Regel nicht real oder reine Phantasieprodukte wären. Die Störungen beziehungsweise Krankheiten, um die es in der Psychiatrie geht, sind durchaus real, insofern die betroffenen Menschen und oft auch deren Umwelt leiden, real auch inso-

fern, als es auch intersubjektiv unstrittige Defizite, Abweichungen und Besonderheiten gibt. Hier geht es nur darum, aufzuzeigen, dass es die Störungsklassen nicht als solche geben muss. Die Störungen könnten auch anders eingeteilt werden (Hacking 2006).

Literatur

Adler, H.K.: Das Person-In-Environment-System (PIE). Vorteile einer eigenständigen, standardisierten Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Heiner: a.a.O. 2004, S. 165-182

Arbeitskreis OPD (Hrsg.): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern 2006

Fachbereichstag Soziale Arbeit: Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit. In: HRK / Hochschulrektorenkonferenz (Hrsg.): Bologna-Reader II. Neue Texte und Hilfestellungen zur Umsetzung der Ziele des Bolognaprozesses an deutschen Hochschulen. Bonn 2007

Foucault, M.: Die Geburt der Klinik. Frankfurt am Main 1976

Geißler-Piltz, B. (Hrsg.): Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit. Münster 2005

Hacking, I.: Multiple Persönlichkeit. München 1996

Hacking, I.: Leute erfinden. In: ders.: Historische Ontologie. Zürich 2006, S. 119-135

Hanses, A.: Biographische Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Über die Notwendigkeit und Möglichkeit eines hermeneutischen Fallverstehens im institutionellen Kontext. In: neue praxis 4/2000, S. 357-379

Harnach-Beck, V.: Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Weinheim 2003

Heiner, M.: Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Berlin 2004

Horkheimer, M.; Adorno, Th. W.: Dialektik der Aufklärung. Frankfurt am Main 1969

Jakob, A.; Wahlen, K.: Das multiaxiale Diagnosesystem der Jugendhilfe (MAD-J). München 2006

Karls, J. M.; Wandrei, K. E. (Hrsg.): Person-In-Environment System. The PIE Classification System for Social Functioning Problems. Washington DC 1994

Knecht, A.; Buttner, P.: Die Ressourcentheorie in der Sozialen Arbeit. Armut besser verstehen. In: standpunkt sozial 1+2/2008, S. 45-49

Kunstreich, T. u.a.: Diagnose und/oder Dialog? Ein Briefwechsel. In: Widersprüche 88/2003, S. 11-32

Kunstreich, T.: Dialog statt Diagnose. In: Heiner: a.a.O. 2004, S. 26-39

Ofshe, R.; Watters, E.: Die missbrauchte Erinnerung. München 1996

Pantucek, P.: Soziale Diagnostik. Wien 2006

Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit. Weinheim 2004

Priller, J.: Anamnese, Exploration, Psychosoziale Diagnose. Sankt Augustin 1996

Röh, D.: Klassifikationen (in) der Sozialen Arbeit: Fluch oder Segen für die Professionalisierung. Vortrag am 9. Mai 2008 in St. Pölten

Schrödter, M.: Standardisierte Diagnostik ja, aber richtig! Vortrag am 9. Mai 2008 in St. Pölten

Speck, Otto: Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und sozialer Arbeit. München 1999