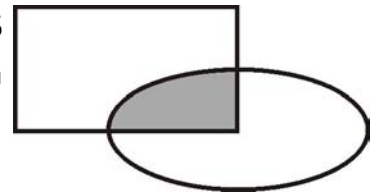


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



2. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2006

Inhalt

Themenschwerpunkt: Psychosoziale Diagnostik

- 3 Editorial
- 4 Soziale Diagnostik
Peter Pantucek
- 8 Assessments in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen
Marion Laging
- 10 Biografiethoretische Konzeptualisierung
als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen
Heidrun Schulze
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat
- 2 Impressum

Herausgeber

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ■ Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis

Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Prof. Dr. Marion Laging

Fachhochschule Esslingen – Hochschule für Sozialwesen
laging@hfs-esslingen.de

Prof. Dr. Peter Pantucek

Diplomsozialarbeiter, Soziologe, Supervisor,
Fachhochschule St. Pölten, Österreich
www.pantucek.com; peter@pantucek.com

Dr. phil. Heidrun Schulze

Dipl.-Sozialpädagogin, Dipl.-Sozialtherapeutin,
Psychotherapeutin
Universität-Gesamthochschule Kassel,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Psychosoziale
Beratungsstelle des Studentenwerks
HeidSchul@aol.com

Aktuelles

Arbeitsgemeinschaft Zulassung zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegründet (AZA-KJP)

Die Ausbildungsgänge zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) erfahren eine sehr hohe Nachfrage seitens der Diplom-SozialpädagogInnen. Dies hat fachliche Gründe: SozialpädagogInnen mit Hochschulabschluss sind in ihrem Studium in großem Umfang mit Problemstellungen des Kindes- und Jugendalters befasst. Die im Sozialarbeits- bzw. Sozialpädagogikstudium vermittelten „klinischen Kompetenzen“ (vgl. Pauls & Mühlum 2004, Pauls 2005) betonen die Integration und Vernetzung der beratenden, sozial- und psychotherapeutischen sowie pädagogischen Arbeit, die beispielsweise im Rahmen der Elternberatung und Familienhilfe, der Interventionen im Alltag des Kindes und der Kooperation z.B. mit Schulen und psychiatrischen Einrichtungen besondere Beachtung finden.

Psychotherapie ist damit offenkundig nicht Domäne einer Berufsgruppe. Durch die Reform der deutschen Hochschulen ist aber die bisherige Zugangsregelung zur Ausbildung von KJP in Frage gestellt. Für Psychologen wird im Rahmen des universitären Studiums angestrebt, einen Master of Science (MSc.) 'Klinische Psychologie' zu etablieren, der verbindliche Zulassungsvoraussetzung werden soll. Praxis, Verbände und Hochschulen für Soziale Arbeit sind damit herausgefordert, ein tragfähiges Profil der Zugangsqualifikation zu liefern, um eine Festbeschreibung des Uni-Masters in Klinischer Psychologie als alleiniger Zugangsberechtigung zur KJP zu verhindern. KJP würde als Profession ohne (sozial-)pädagogische und klinisch-sozialarbeiterische Kenntnisse und Kompetenzen eine fachlich unververtretbare Verkürzung erfahren.

Die ersten berufsbegleitenden Masterstudiengänge im Bereich Klinischer Sozialarbeit haben ihr hohes wissenschaftliches und fachliches Niveau bereits durch eine erfolgreiche Akkreditierung mit der Empfehlung der AbsolventInnen für den Höheren Dienst nachgewiesen. Um dieses Qualifikationsniveau durch Ausbildungsstan-

dards für Masterabschlüsse im Bereich der Sozialen Arbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik zu bewahren, hat sich eine Arbeitsgemeinschaft Zulassung zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegründet (AZA-KJP). Die Standards nehmen Bezug auf die klinischen Inhalte der KJP-Ausbildung und sollen eine reibungslose Schnittstelle der Zugangsabschlüsse mit der KJP-Ausbildung gewährleisten. Das formulierte klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterische Profil soll zur Grundlage für die Akkreditierung von Masterstudiengängen als Eingangsvoraussetzung für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verbindlich gemacht werden. Das Profil wurde am 7.3.2005 einstimmig beschlossen.

Soll Psychotherapie - und insbesondere Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - eine angemessene professionelle Antwort auf gesundheitliche Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse bereitstellen, muss sie u. E. effektiv zu einer Verbesserung der psychosozialen Passung in den verschiedenen Dimensionen des menschlichen Lebens und der jeweils vorhandenen sozialen Chancenstruktur beitragen, welche als Faktor von Gesundheit und Krankheit zunehmend an Bedeutung gewinnen wird.

Literatur

Pauls, H. & Mühlum, A. (2004). *Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) - Sektion Klinische Sozialarbeit*. Online verfügbar unter: www.klinische-sozialarbeit.de/Klinische%20Kompetenzen%20-%20Eine%20Ortsbestimmung%20der%20DGS-Sektion%20KlinSA.pdf [24.6.2005]

Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 1(1), 10f.

Information

Weitergehende Information zur AZA-KJP und den erarbeiteten Kriterien kann auf Anfrage von der Redaktion zur Verfügung gestellt werden.

Wissenschaftlicher Beirat

Dipl.-Soz.päd. Kirsten Becker-Bikowski
Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Peter Buttner
Fachhochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld
Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech
Evangel. Fachhochschule Darmstadt

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner
HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum
Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls
Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Redaktionsteam:

Uwe Klein (Leitung)
Norbert Gödecke-Geenen
Silke Birgitta Gahleitner
Gernot Hahn

Anzeigenakquise:

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion:

Redaktion "Klinische Sozialarbeit"
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Hohensteig 1, 12526 Berlin
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857
Email: zks-berlin@ipsg.de

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Ilona Oestreich, Berlin

Druck:

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift im DVSG –
FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN:

1861-2466

Auflagenhöhe:

2250

Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

frauen | trauma | sucht
Eine frauenspezifische Annäherung
Internationales Symposium
22. – 24. Sept. '06 Bremen

Dr. Stephanie Covington | Kalifornien
Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner | Ludwigschafen
Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz | Berlin
Richterin Joanne M. Smith | Minnesota
Connie Lee Gunderson | Bremen
Leeann Spangler | Minnesota
Angelika Klosa-Dringenberg | Berlin
Vicki Nelson | Minnesota

new beginnings

Infos und Anmeldung: Tel. (04 21) 63 93 677 | www.newbeginnings.de/symposium

Die soziale Pathologie (= das soziale Leiden) jedes Menschen besteht darin, dass er aufgehört hat, sich an seinen Bedürfnissen und Gefühlen zu orientieren. ... Wenn die Familienmitglieder erleben, dass sie sich wohler fühlen, wenn sie selbst etwas für die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse tun – und nicht verzweifelt darauf warten müssen, bis andere das an ihrer Stelle tun – dann lösen sich manche Konflikte in einem emanzipatorischen Sinn. So sind aus psychoanalytischer Sicht die Bedürfnisse der Patienten auch deren 'Ressourcen', die sie zur Lösung ihrer Beziehungsprobleme nützen können. (Bauriedl 2002:100)

Diagnose – das meint von seinem griechischen Wortursprung her Durchforschung und unterscheidendes Erkennen. In der Begegnung mit dem Anderen ist das Wahrnehmen der Differenz, des Ich und Du die Grundlage für den Kontakt, für weiteres Fragen und für die (gemeinsame) Suche nach Verständigungsmöglichkeiten.

Insofern vermag die Beziehungsanalyse (Bauriedl 1980, 1994) die Basis aller weiteren diagnostischen Schritte in der Klinischen Sozialarbeit zu bilden. Noch bevor auch nur ein einziger Anamnesebogen als Instrument der Klärung von lebensgeschichtlichen Ereignissen in der Beziehung Sozialarbeiter-Klient seine Anwendung findet, sind auf bewußter wie unbewußter Ebene zahlreiche Wahrnehmungs-, Phantasie- und Beziehungsprozesse entstanden, deren Thematisierung die weitere Arbeit voranbringen kann – sofern dies dem Arbeitsauftrag und der Arbeitsvereinbarung entspricht. Hier sehen wir die erste Konsequenz, die aus einer beziehungsanalytischen Diagnostik erwachsen kann: die Ermöglichung der Kontaktaufnahme ist das eine, die Beantwortung der Frage, worum es gehen soll, das andere.

Dabei ist zu klären, wie weit der diagnostische Blick schweifen soll, um zur Lösung eines anstehenden Problems beizutragen. Genügt die Behandlung gegenwärtiger innerer Erlebensweisen des Klienten unter Nutzung der Beziehung zum Sozialarbeiter, um zukünftig in dieser Welt besser zu bestehen? Bedarf es der Hinzunahme einer biografischen Perspektive, mit Fokus auf Familien-, Bildungs- und Berufsbiografie, eingebettet in gesellschaftlich-historische Kontexte, um den momentanen Erlebens- und Handlungsweisen einen subjektiven Sinn zu geben? In welcher Wechselwirkung stehen aktuelle materielle Notlagen, körperliche wie seelische Beeinträchtigungen und subjektiv wahrgenommener Handlungsspielraum zueinander?

Psychosoziale Diagnose in der Klinischen Sozialarbeit bedeutet also immer Beziehungs- und Lebensweltdiagnose, so wie es Alice Salomon (1926/2004: 299ff.) bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts beschrieben hat: "Alles Wissen um den Menschen ist auch ein Wissen um seine Beziehungen zur Umwelt, um die Summe dieser Beziehungen, um seine Anpassung an die Lage, in die das Leben ihn gestellt hat und um die Einwirkungen, die er von der Umwelt erfährt."

Psychosoziale Diagnostik umfasst demgemäß unterschiedliche methodische Ansätze, die für eine Beziehungs- und Situationsklärung hilfreich sind. Die Leitidee ist die Ausgestaltung einer heterogenen, nicht einer vereinheitlichten Diagnostik. Der aktuelle Diskurs zu Diagnosen und Diagnostik (Heiner 2004) in der Sozialen Arbeit führt in die Richtung einer Konsolidierung einzelner diagnostischer Ansätze mit einem zwar noch vorhandenen, aber geringer werdenden kritischen Abgrenzungsbedürfnis. Maja Heiner (2005) stellt Funktionen und Methoden von Diagnostik in der Sozialen Arbeit auf einem Kontinuum zwischen biografischer Aufarbeitung von Lebensthemen (z.B. narrative Diagnostik) und Klassifikationsdiagnostik (z.B. psychiatrische Diagnostik) mit daran gebundenen Tendenzen zur zu- oder abnehmenden Standardisierung, Expertendominanz und einer Trennung von Analyse und Intervention dar. Ein solches Schema vermag sodann auch aus der Medizin oder Psychologie stammende Diagnoseverfahren im Sinne von Verwendbarkeit und Anschlussfähigkeit zu inkludieren, ohne sie der Kernidentität einer Psychosozialen Diagnostik zuzuordnen.

Entsprechend dieser Sichtweise hält **Peter Pantucek** in seinem Beitrag "Soziale Diagnostik" die Arbeit an einer systematischen Diagnostik für einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung, und zwar als präzise Beschreibung jedes einzelnen Verfahrens. Das Spannungsfeld zwischen standardisierter sozialer Diagnostik und verstehender Diagnostik berücksichtigend, beschreibt Pantucek ausgehend von der "Arbeit an der Problemdefinition" unterschiedliche diagnostische Verfahren mit ihren jeweiligen Praxisimplikationen. Er verbindet mit der Weiterentwicklung der Sozialen Diagnostik die Hoffnung auf eine höhere Akzeptanz im interprofessionellen Diskurs, einer Akzeptanz auf Augenhöhe.

Marion Laging zeigt in ihrem Artikel "Assessments in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen" die hohe Bedeutung einer Zielgruppenspezifität diagnostischer Verfahren. Dabei legt sie einen besonderen Schwerpunkt auf die Wirksamkeit von Assessments im Sinne einer Frühintervention. Mit Bezug auf eine von

ihr durchgeführte Studie erläutert sie die Praxisrelevanz eines Tests zur Identifizierung riskanten oder abhängigen Alkohol- und Drogengebrauchs. Die Testergebnisse können dabei Kriterien für die Notwendigkeit einer umfassenderen Risikoeinschätzung und einer eventuellen sozialpädagogischen Begleitung liefern.

In ihrem Text "Biografiethoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen" rückt **Heidrun Schulze** die lebensweltlichen Selbstdeutungen der KlientInnen der Sozialarbeit in den Vordergrund. Klinische Sozialarbeit sollte im Rahmen einer rekonstruktiven biografiethoretischen Analysekompetenz den KlientInnen Raum zur Entdeckung der eigenen Lebensgeschichte zur Verfügung stellen. Über diese narrative Hinwendung zur eigenen Lebensgeschichte kann es den KlientInnen gelingen, krisenhafte Ereignisse in bisher nicht wahrgenommene Zusammenhänge zu stellen und darüber neue Möglichkeiten der Gestaltung des eigenen Lebens zu sehen. Dabei bedarf das biografiethoretische Fallverstehen in der Klinischen Sozialarbeit einer Kompetenz- und Habitusentwicklung sowohl in der Ausbildung wie auch in einer dauerhaften Verschränkung von Forschung, Lehre und Praxis in Form von Forschungswerkstätten.

Für die Redaktion:

Uwe Klein

Literatur

Bauriedl, Thea (1980). *Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie*. Frankfurt: Suhrkamp.

Bauriedl, Thea (1994). *Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.

Bauriedl, Thea (2000). Der psychotherapeutische Prozess in der Paar- und Familientherapie. In Michael Wirsching & Peter Scheib (Hg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 87-105), Heidelberg: Springer.

Geißler-Piltz, Brigitte (2005) (Hg.). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. Münster: Lit.

Heiner, Maja (Hg.) (2004). *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch*. Frankfurt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Heiner, Maja (2005). Konzeptionelle und methodische Ansätze der Diagnostik in der Sozialen Arbeit. *Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 535-539.

Salomon, Alice (1926/2004). Soziale Diagnose. In Alice Salomon, *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften. Bd. 3: 1919-1948* (S. 255-314), Neuwied: Luchterhand 2004. (Originalausgabe 1926)

Soziale Diagnostik

Peter Pantucek

Dagnostizieren, das hatte in der Sozialarbeit lange Zeit keinen guten Ruf. Eine „sozialpädagogische Diagnose“, ausgerichtet an der biografischen Methode und aufgerüstet mit hermeneutischer Methodik, beherrschte das Feld, zumindest das Feld des veröffentlichten Diskurses zum Thema. Erst in den letzten Jahren wurden zusehends auch andere Formen von Diagnostik für die Soziale Arbeit publiziert. Die Ablehnung von nachvollziehbaren und standardisierten Verfahren bleibt aber weiterhin spürbar.

Im Zuge einer gewünschten Professionalisierung der Sozialen Arbeit und ihrer besseren Positionierung in der Zusammenarbeit mit anderen Experten wird sie jedoch nicht umhin kommen, sich zumindest einiger der Wege, wie sie zu Situationseinschätzungen kommt, bewusster zu werden. Dazu gehört wohl auch die Beschreibung von Verfahren der Situationsabbildung und Situationseinschätzung. Diese Verfahren können grundsätzlich standardisiert werden, d.h. es kann ihr Ablauf beschrieben und es können Bedingungen dafür genannt werden, wie sie kunstgerecht anzuwenden seien.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Eine Soziale Diagnostik, die den Charakter der Sozialarbeit als dialogische Profession aushebelt, wäre kontraproduktiv. Die Sicht der KlientInnen von ihrer Situation, deren Eigendiagnose, muss weiterhin pragmatischer Ausgangspunkt von Beratungsstrategien bleiben. Und die Fantasie, dass es ein zentrales Verfahren, sozusagen das ultimative Verfahren, geben könnte, das dann „die“ Diagnose für die Soziale Arbeit darstellte, ist nicht nur unerfreulich, sondern auch unrealistisch. Wir haben also von einer Vielfalt an möglichen diagnostischen Verfahren auszugehen. Diese Vielfalt relativiert gleichzeitig das Gewicht der einzelnen Verfahren: Keines ist alleine geeignet, die Komplexität des Falles abzubilden, und keines erspart weitergehende Überlegungen oder gar den Dialog mit den KlientInnen, die Verhandlungen mit den Fallbeteiligten über das, was zu tun ist.

Soziale Beratung als Interventionsform der Sozialarbeit bietet den Klienten einerseits Informationen (juristische, medizinische, soziale Informationen – Informationen über die Bedingungsstrukturen für ihre Versuche, das eigene Alltagsleben in den Griff zu bekommen), andererseits wird mit ihnen an ihrer eigenen Sicht der Dinge, an ihrer Eigendiagnose, gearbeitet. Diagnostische Verfahren können klientenzentriert sein, d.h. sie können ein Werkzeug für die Klienten sein, um ihre Sicht auf ihre Handlungsmöglichkeiten zu

schärfen. Andere Verfahren wiederum dienen in erster Linie den Fachkräften, um sich ein eigenes differenziertes und pointiertes Bild zu verschaffen.

Indem wir uns mit der Frage beschäftigen, wie eine systematische Diagnostik in der Sozialen Arbeit aussehen könnte, arbeiten wir auch an der Klärung des Bildes von Sozialarbeit selbst, an der Schärfung ihres Profils und an der Entwicklung ihres Potenzials als eine wissenschaftlich gestützte Profession. Jedes einzelne Verfahren, vor allem, wenn man versucht, es genau zu beschreiben und die Interpretationsmöglichkeiten gleichermaßen einzuschränken (nicht zu überdehnen) und zu erschließen, verweist auf eine Eigenheit, eine Charakteristik professioneller Situationseinschätzung, Entscheidungsfindung und Interventionsplanung.

Zu klären ist auch das Verhältnis von tendenziell zu standardisierender sozialer Diagnostik und „Verstehen“, also einem dialogischen und hermeneutischen Zugang zu Fällen und Klienten. Schließlich propagieren die Vertreter einer „sozialpädagogischen Diagnostik“ hermeneutische Verfahren als Königsweg, und begründen ihre Ablehnung anderer Verfahren mit der Befürchtung, dass der Sozialarbeit ihr klienten- und verstehensorientierter professioneller Kern abhanden kommen könnte.

Dem wäre zuallererst entgegenzuhalten, dass die bisherige Orientierung auf unstandardisierte und verstehende Verfahren nicht dazu geführt hat, dass die Beliebtheit der Interventionsplanung und ihre Schwachstellen – vor allem die mangelnde Nachvollziehbarkeit – beseitigt werden konnten. Die alleinige Ausrichtung auf hermeneutische Zugänge scheint die Praktiker zu überfordern und kann selten in einer methodisch einigermaßen sauberen Form angewandt werden.

Die Verwendung standardisierter (hier: beschriebener und beschreibbarer) Verfahren zur Falleinschätzung kann und soll die basale Logik sozialarbeiterischer Fallbearbeitung nicht außer Kraft setzen. Das heißt vor allem, dass sie den notwendig dialogischen Charakter der Arbeit mit den Klienten nicht suspendieren, sondern unterstützen müssen. Die Ergebnisse der Diagnose bleiben auch Momentaufnahmen, sind im Laufe der Zeit zu überprüfen oder auch wieder zu verwerfen. Sie kleben nicht am Klienten wie ein Etikett, sie dienen der Analyse einer Situation, in der sich die Person befindet, nicht einer Einschätzung der Person. Viele Vorbehalte gegen Diagnostik in der Sozialarbeit nähren sich aus dem Missverständnis, dass dadurch Personen verunglimpft würden. Dies wäre allerdings nur der Fall, wenn

und insoweit es sich um eine Personen-diagnostik handeln würde, aus der dann umstandslos auch Prognosen abgeleitet würden, die den Klienten den Zugang zu Lebenschancen absprechen.

Es scheint praktisch zwei gravierende Probleme bei sozialarbeiterischer Situationseinschätzung zu geben, beide sind der Komplexität des Felds und dem grundsätzlich offenen Fokus, der vermeintlichen „Allzuständigkeit“ der Sozialarbeit geschuldet.

Das erste Problem ist die nötige Gewinnung eines differenzierten und die Komplexität der Situation erfassenden Blicks auf die Situation. Hier besteht die Gefahr, dass die Erkundung zu schnell abgebrochen wird oder dass potenziell für die Bearbeitung des Falles bedeutende Informationen nicht eingeholt werden. Dieser Mangel kann zu kurzfristigen Interventionsstrategien führen, die Schwierigkeiten eher perpetuieren als lösen. Für die Fachkräfte liegt ein abgekürzter Prozess der Datenfindung nahe, sobald sich eine vermeintlich passende Erklärung für die sich darbietende Situation gefunden hat. Sie entgehen dadurch der Gefahr eigener Unsicherheit, ersparen sich die Notwendigkeit des Umgangs mit widersprüchlichen Informationen und/oder Hypothesen. Die Komplexitätsreduktion wird vorgenommen, bevor die Komplexität der Situation überhaupt erkannt ist.

Das zweite Problem ist das Fehlen von Systemen der Ordnung von Daten, die beim Vorhandensein von zahlreichen Informationen über die Lebenssituation der Klienten eine Gewichtung der Informationen und die begründete Fokussierung der Interventionen ermöglichen. Die Komplexität des Falles wird so zwar erfasst, kann aber nicht auf nachvollziehbare Weise wieder reduziert werden und die Interventionsstrategien müssen zufällig bleiben oder persönlichen Vorlieben folgen.

So manchem erfahrenen Sozialarbeiter gelingt es, diese Schwierigkeiten mithilfe eines „tacit knowledge“ zu bewältigen. So aner kennenswert das auch ist, kann das für eine Profession nachvollziehbare Verfahren zur Bewältigung der oben genannten Probleme der Fundierung ihrer Interventionen nicht ersetzen. Die Kunstfertigkeit, die aus der reflektierten beruflichen Erfahrung kommt, soll nicht abgewertet werden, im Gegenteil, aber sie muss bei einer Profession ein Surplus darstellen, Kennzeichen der Meisterschaft sein, die auf einem soliden Bestand vermittelt- und beschreibbaren Handwerks aufruhet.

Ich habe versucht, eine Reihe von Verfahren zu beschreiben, mit denen die genannten Schwierigkeiten in den Griff zu bekommen wären. Um sie gewinnbringend anwenden zu können, ist allerdings auch eine Weiterentwicklung des professionellen Selbstverständnisses gefordert. Zum einen wäre die verbreitete Furcht vor einer strukturierten Darstellung und Überprüfung von Daten und Entscheidungen

zu überwinden. Zum anderen müssten die Fachkräfte lernen, dass die schriftliche Niederlegung von Daten nicht wie bei einer bloßen Dokumentation Endpunkt der Arbeit ist, sondern erst Ausgangspunkt für die interpretatorischen Aufgaben. Die Diagnose ist also nicht schon z.B. durch die Erstellung einer Netzwerkkarte geleistet, sondern das so entwickelte Bild von bestimmten Aspekten der Situation bedarf erst seiner Deutung – einer Deutung, die sich vorerst einmal auf die Aussagekraft und die innere Logik des Modells einzustellen hätte. Erst wenn diese Arbeit geleistet ist, können mit Gewinn die Findings auf die Fallsituation als ganze bezogen und in ihrer Bedeutung für die weitere Strategie der Bearbeitung eingeschätzt werden.

Wie die ersten Erfahrungen bei Versuchen praktischer Nutzung diagnostischer Verfahren zeigen, ist dieses Vertrauen in die mögliche Aussagekraft geordneter und ggf. visualisierter Daten selten gegeben. Viele Fachkräfte neigen dazu, schon bei der Auswertung unkontrolliert weitere Informationen oder anders gewonnene Einschätzungen einzuspielen. Das führt dann gelegentlich dazu, dass mögliche neue Sichten auf den Fall frühzeitig abgewehrt oder wegargumentiert werden. Der Gewinn bleibt dann sehr begrenzt.

Worin sollte der Gewinn bestehen? M.E. haben beschreibbare Verfahren der Datengewinnung, Datenordnung und Dateninterpretation richtig angewandt eine Serie von Vorzügen, die im Prozess der Fallbearbeitung selbst wirksam werden:

- Sie leiten Teile der Exploration an und verringern so die Gefahr, dass Unterstützungsnöwendigkeiten übersehen werden.
- Sie ermöglichen zumindest partiell die Gewinnung von Abstand und sind so ein Gegengewicht zur Involvierung der Fachkräfte, die sich stets von selbst herstellt.
- Sie geben den Fachkräften Mittel zu einer nachvollziehbaren Strukturierung von Interventionen und Gesprächen in die Hand.

Darüber hinaus ermöglicht die für die Erstellung von Verfahren notwendige Modellbildung eine bessere wissenschaftliche Fundierung der Interventionen der Sozialen Arbeit.

Es sollte außerdem in der Debatte nicht übersehen werden, dass Organisationen und Fachkräfte schon bisher systematisch Daten sammeln, aufzeichnen und interpretieren. Mangels klar beschriebener professioneller diagnostischer Verfahren sind es i.d.R. allerdings von den Organisationen unter wesentlichem Einfluss der Verwaltungsebenen selbstgestrickte Dokumentationsraster, die die Fallbearbeitung und die Interventionsentscheidungen maßgeblich beeinflussen und strukturieren. Juristische und verwaltungspragmatische Begriffe und Überlegungen stehen

dabei naturgemäß im Vordergrund. Oder anders gesagt: Ohne organisationsübergreifende standardisierte diagnostische Verfahren wird nicht die Lebenslage der Klienten, sondern das Handlungsproblem der Organisation im Zentrum des diagnostischen Interesses stehen.

Ich stelle in der Folge beispielhaft einige Verfahren vor, die auf unterschiedliche Weise zu strukturierten Situationseinschätzungen führen¹, wie sie für sozialarbeiterische Interventionsentscheidungen relevant sind.

Arbeit an der Problemdefinition

Am Beginn der Arbeit am Fall steht gewöhnlich (zumindest) ein – von wem auch immer formuliertes – Problem. Um es zum Ausgangspunkt der Arbeit machen zu können, muss zuerst an einer vollständigen Problemformulierung gearbeitet und festgestellt werden, wer der Beteiligten bereit ist, für die Lösung welches Problems auch Energie einzusetzen. Für eine handwerklich solide Sozialarbeit ist die seriöse Arbeit mit dem präsentierten Problem bzw. den präsentierten Problemen notwendiger Ausgangspunkt. Dies auch, weil nur so eine praktische Eingrenzung des Feldes möglicher Interventionen erreicht werden kann. Vergleichbar ist das mit den ersten Schritten in einer medizinischen Diagnostik, wo die vom Patienten beschriebenen Schmerzen der logische Ausgangspunkt für die weitere erkundende Vorgehensweise des Arztes sind.

In der ersten Exploration wird der nähere Problemkontext erhoben und eine bearbeitbare Problemformulierung gesucht. So entfaltet sich der mögliche „Fall“ bereits in dieser ersten Annäherung an ihn im Eröffnungsgespräch. Relevant sind der inhaltliche, soziale, individualhistorische und phänomenologische Rahmen des Problems: Mit welchen anderen lebensführungsrelevanten Problemen ist das präzentierte Problem verbunden (von welchen wird es beeinflusst und welche beeinflusst das Problem oder eine mögliche Lösung)? Wer ist noch vom Problem und/oder seiner Lösung betroffen und wie ist die Sicht dieser Personen auf den Sachverhalt? Welche vergeblichen oder erfolgreichen Versuche der Problemlösung gab es bereits? Wie genau, seit wann genau und wie oft genau tritt das Problem auf? Inwiefern ist es ein Problem, das die alltägliche Lebensführung behindert oder gar dominiert? Solche und ähnliche Fragestellungen schaffen Voraussetzungen für die beratende und praktische Unterstützung. Sie dienen der Erfassung des Interventionsraumes.

Wie so manches andere Verfahren auch sind die Arbeit an der Problemdefinition und die Erkundung des Problemkontextes kooperative Verfahren, das heißt, dass sie von der Fachkraft strukturiert und angeleitet werden, aber unter wesentlicher akti-

ver Beteiligung der Klienten stattfinden. Man kann bei solchen Vorgehensweisen von einer Einheit von Diagnose und Intervention sprechen, denn die systematische Erhebung der Daten in Gesprächsform leitet die Klienten schon zu einer geordneten Reflexion ihrer Situation an, hat Beratungscharakter, ist Arbeit an der Eigendiagnose der Klienten. Da eine der bedeutenderen Interventionsstrategien der Sozialarbeit das Hinführen der Klienten zu bewussten eigenen Entscheidungen auch unter schwierigen Rahmenbedingungen (Stress, Unübersichtlichkeit der Situation etc.) ist, kann eine solche Form der ersten Diagnostik (die übrigens beim Auftauchen neuer Fragestellungen/Themen in der Beratung wiederholt werden kann) auch als Interventionstechnik beschrieben werden. Gleiches gilt für das in der Folge dargestellte Netzwerkinterview und die Formen der Black-Box-Diagnostik.

Notationen: strukturierte Datenerhebung und Datendarstellung

Um Fallsituationen überblicken zu können, ist eine dem sozialarbeiterischen Fallverständnis angemessene Form der Notation von Daten hilfreich. Fälle haben den Klienten als personales Zentrum, getreu der paradigmatischen Sichtweise „Person in Umwelt“ umfassen sie jedoch auch für die Klienten relevante Personen aus dem familiären, nachbarschaftlichen und institutionellen Umfeld. Die Konstruktion eines Falles umschließt ein Set von Personen, gegenseitigen Verpflichtungen und Beziehungen, in das Sozialarbeit immer auch direkt oder indirekt eingreift. Der Sozialarbeiter selbst ist jedenfalls Teil des Geflechts.

Die einzige wirklich weit verbreitete Form der Notation ist derzeit das Genogramm. Notationsmethoden, vor allem visualisierende, enthalten stets ein Bündel an impliziter Theorie. Sie stellen bestimmte Daten und bestimmte Beziehungen zwischen den Daten dar, während sie andere notwendig ausblenden. Notationen sind anschauliche Modellbildungen, daher würde sich die theoretische und kontrolliert empirische Auseinandersetzung mit Notationsformen lohnen. Das Genogramm konzentriert den Blick auf die verwandtschaftlichen Beziehungen und unter denen wieder auf direkte Abstammungslinien. Individualbiografisches wird kaum sichtbar, soziale Beziehungen außerhalb der verwandtschaftlichen kommen nur unzureichend in den Blick. Die Popularität des Genogramms ist ein Nachhall der Popularität früherer Formen der Familientherapie. Seine Angemessenheit als nahezu alleinige oder zumindest dominante Form der Visualisierung von klientenbezogenen Daten in der Sozialarbeit wäre zumindest zu hinterfragen.

Ich schlage weitere Notationen vor, z.B. als basale Erschließung des Fallinventars

die Erstellung einer Personalliste, die alle Mitspielerinnen und Mitspieler einer Problembearbeitung auflistet (Pantucek 2005: 134ff.). Die relativ einfache Listen-erstellung hat bereits den Vorzug, den Fall als *sozialen* Fall zu entfalten, somit die genuin sozialarbeiterisch-professionelle Sichtweise in der Aufzeichnung der Basisdaten aufzunehmen.

Hilfen zur Interventionsplanung

Diagnostische Verfahren, die die Lebenslage zu erfassen versuchen, dienen einer umsichtigen Interventionsplanung. Schließlich soll vor allem bei Interventionsprozessen, die über eine Kurzberatung hinausgehen, abgesichert sein, dass Gefährdungen für die Klienten nicht übersehen werden und chancenreiche Wege gesucht und gefunden werden. Die Breite der sozialarbeiterischen Zuständigkeit erfordert dabei Ansätze, die tendenziell alle wesentlichen Dimensionen der Lebensführung bzw. der sozialen Einbindung der Klienten erfassen und eine nachvollziehbare Reihung von Themen ermöglichen. Dafür gibt es einige Möglichkeiten. Das Inklusionschart (s. Abb. 1) nimmt die Möglichkeiten der Teilhabe von Klienten an lebensführungsrelevanten sozialen Bezugssystemen in den Blick und ermöglicht die Beurteilung der Dringlichkeit von Interventionen. Für die Interventionsentscheidung ist nicht nur die Tatsache des derzeitigen (teilweisen) Ausschlusses relevant, sondern auch die aktuelle Tendenz: Droht eine Verschlechterung, so ist die Unterstützung dringend.

Netzwerkd Diagnose: Kartographierung des sozialen Kapitals

Wenn es denn eine Königsdisziplin der sozialen Diagnostik geben sollte, dann ist das wohl die Netzwerkanalyse. Für die Einzelfallarbeit können mit Instrumenten wie der Netzwerkkarte die sozialen Beziehungen von Personen anschaulich modelliert werden. Anschaulich, das heißt, dass die Netzwerkgrafik nicht nur dem geübten Interpreten Möglichkeiten der Deutung und der Entwicklung einer Strategie zur Verfügung stellt, sondern dass das Bild auch für Klienten verstehbar, bearbeitbar und nutzbar ist. In der Literatur findet man einige Varianten dieser Modellierung personenbezogener Netze (z.B. bei Kleve 2003, Budde 2005).

Ich empfehle ein einfaches Modell (s. Abb. 2), das die Fläche mit der Ankerperson im Zentrum in vier Sektoren einteilt, die jeweils einen Grundtypus von Beziehungen repräsentieren: Verwandtschaftlich/familiäre, freundschaftlich/nachbarschaftliche, kollegiale, professionelle. Weiters empfehle ich den Verzicht auf die bei anderen grafischen Darstellungen gebräuchlichen Kennzeichnungen des dzt. dominanten Charakters der Beziehungen, z.B. als Koalition oder Konflikt. Aus gutem

INKLUSIONS-CHART								
Klientin: Maria Rabic, 26a		erstellt von: Ingrid Kramer, SozArb		erstellt am: xx.xx.2003				
Presenting Problem: Misshandlung und Isolierung durch den Lebenspartner								
Funktionssystem	Inkludierungsgrad					Tendenz	Kennzeichen	Maßnahmen
	voll	weitgehend	teilweise	exkludiert	durchgehend			
A. Erwerbsarbeit				X		=	seit 8 Jahren im Haushalt	
B. Sozialversicherung		X				=	mitversichert bei Ehemann	
C. Geldverkehr				X		=	kein selbstverwaltetes Geld, keine Bankomatkarte. Keine Schulden (?)	
D. Mobilität				X		=	völlige Kontrolle durch Ehemann, kein Auto	
E. Bildung				X		=	seit Hauptschulabschluss keine Bildungsaktivitäten	
F. Information		X				+	Medienkonsumentin, zuletzt Information auch über Internet (Frauenberatung)	Beratung: rechtlich, Handlungsoptionen
G. Gesundheit		X				=	guter körperlicher Zustand, Arztbesuche fallweise	keine
H. lebensw. Support			X			=	Telefonkontakte zu M, Schwester, einer Freundin. Besuche nur in Abwesenheit des Ehemannes	Netzwerkanalyse, Netzwerkaktivierung (evt. Feldintervention)

Abbildung 1: Inklusionschart

Grund: Die überwiegende Mehrzahl der Beziehungen hat i.d.R. ambivalenten Charakter, d.h. sie sind sowohl unterstützend, als auch einschränkend, sie belasten und eröffnen Möglichkeiten. Die Nicht-Fixierung des Beziehungscharakters im Modell erleichtert die Thematisierung ihres Potenzials bzw. der je nicht-dominanten Seite der Ambivalenz. Die einzige Beziehungsform, die eine gesonderte Kennzeichnung erfährt, ist eine eventuelle multiplexe Beziehung. Unter multiplexen Beziehungen werden jene verstanden, in denen die Beziehungspartner einander in

zahlreichen Rollen begegnen. Solche Beziehungen tendieren zur Ausschließlichkeit, dünnen also das Netzwerk aus, und drohen bei zusätzlichen Belastungen, gekündigt zu werden.

Die Netzwerkd Diagnosen eröffnen in der Sozialarbeit ungewöhnliche Möglichkeiten: Einige Charakteristika eines personenbezogenen Netzes sind auch in Kennzahlen ausdrückbar, vor allem Netzwerkgröße und Dichte (Pearson 1997); die Visualisierung von personenbezogenen sozialen Netzen kann mittels geeigneter Software verbessert werden. Dafür wäre

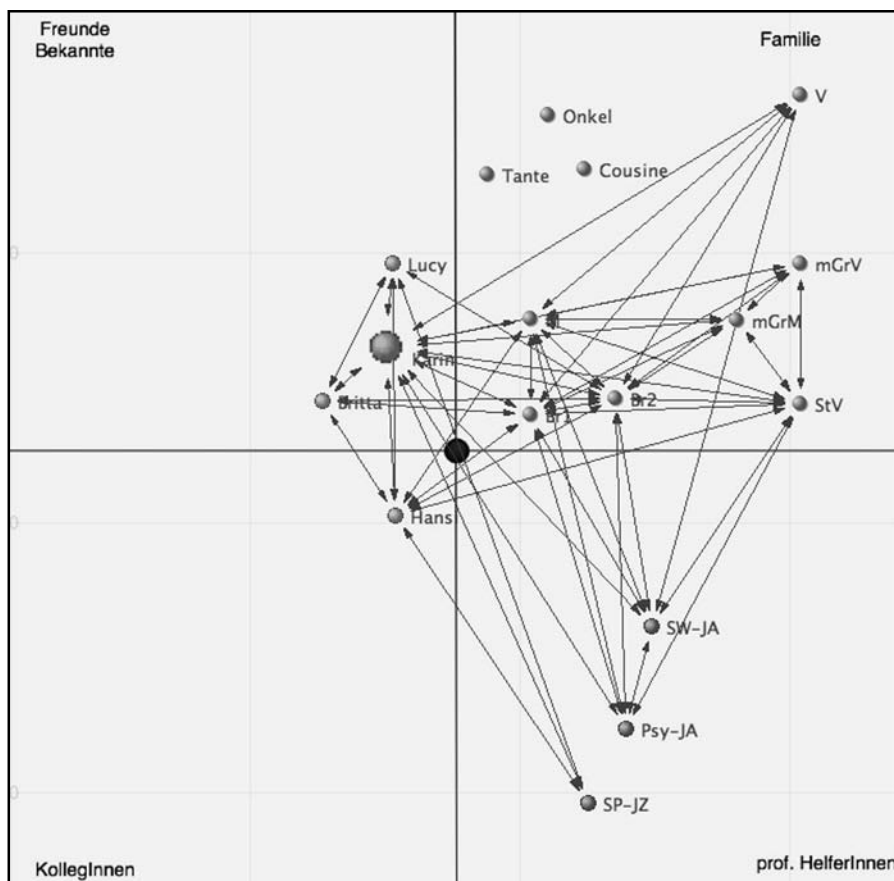


Abbildung 2: Modell zur Kartographierung sozialen Kapitals

allerdings noch einiges an Arbeit zu leisten. An der FH St. Pölten sind derzeit in Zusammenarbeit mit Experten für Simulationstechnik Entwicklungsprojekte in Planung, um geeignete Software zu erstellen.

Black-Box-Diagnostik

Unter Black-Box-Diagnostik verstehe ich jene Verfahren, die es Klienten ermöglichen, die Eigendiagnose ihrer Situation so zu strukturieren, dass ihnen die Arbeit an Verbesserungen erleichtert wird. Während Expertendiagnostik den Fachkräften einen klareren Blick auf den Fall und seine Herausforderungen erleichtert, leistet Black-Box-Diagnostik das Gleiche für die Klienten. Das Spektrum reicht von relativ einfach anzuwendenden Problemrankings und Skalierungen bis zu Familienkonferenzen. Für das Gelingen sind klare Vorgaben für den Ablauf und ggf. die Unterstützung durch Beispiele oder einfache Formulare entscheidend.

Die Ranking-Technik – um ein einfaches Beispiel zu verwenden – funktioniert so, dass Klienten ersucht werden, von einem Beratungstermin zum nächsten eine „Hitparade“ der Probleme, an denen sie arbeiten wollen (oder der Ziele, die sie erreichen wollen) aufzustellen, diese Liste niederzuschreiben und zur nächsten Sitzung mitzubringen. Auf Anfrage kann man ihnen zugestehen, dass sie sich dazu auch mit Personen aus ihrem sozialen Umfeld beraten können, jedoch solle die Liste ihre ganz persönliche Entscheidung enthalten. Man werde die Liste dann als Ausgangspunkt für die Planung der weiteren Unterstützung verwenden. In der Regel nehmen die Klienten diese Aufgabe sehr ernst, können sich abseits des Zeitdrucks der Beratungssituation damit beschäftigen. Der Zwang zur Reihung erfordert eigene Entscheidungen, einen ordnenden Blick, eine Fokussierung. So einfach die Aufgabe aussieht, wird in ihre Lösung doch die ganze Komplexität der Situation einbezogen werden und ein realistischer Blick auf das Mögliche gefördert.

Deutlich aufwändiger, aber dem gleichen Prinzip folgend, ist für die Familiensozialarbeit das Verfahren des „Family Decision Making Program“. Hier wird in einer Situation, in der das Eingreifen des Jugendamtes bevorsteht (zum Beispiel bei möglicher Fremdunterbringung) der Rat der erweiterten Familie einberufen, der alleine tagt, bei seinen Beratungen Experten konsultieren kann und dem Jugendamt einen alternativen Prozedierungsvorschlag unterbreiten soll, der dann verhandelt wird.

Black-Box-Diagnostik erfordert die Bereitschaft der Sozialarbeiter, die Klienten alleine (oder vielleicht mit Personen ihres Vertrauens) an der Situationseinschätzung arbeiten zu lassen und das Ergebnis dann auch als Verhandlungsgrundlage zu akzeptieren. Die Fähigkeit, zwischen der eigenen Situationseinschätzung, den eigenen fachlichen Prioritäten,

	Code	Typus	Intensität	Dauer	Coping	erforderliche Intervention
1. Familienrollen						
Vater/Mutter	11					
PartnerIn	12					
Kind	13					
Bruder/Schwester	14					
anderes Familienmitglied	15					
wichtigeR AndereR	16					
2. andere interpersonale Rollen						
LiebhaberIn	21					
FreundIn	22					
NachbarIn	23					
Mitglied	24					
andere: ...	25					
3. Arbeitsrollen						
Arbeit – bezahlt	31					
Hausarbeit	32					
FreiwilligeR	33					
StudentIn	34					
andere: ...	35					
4. Rollen in spezifischen Lebenssituationen						
KonsumentIn	41					
PatientIn/KlientIn stationär	42					
PatientIn/KlientIn ambulant	43					
bedingt Entlassener/auf Bewährung Verurteilter	44					
GefangeneR	45					
ImmigrantIn (legal)	46					
ImmigrantIn (undokum.)	57					
ImmigrantIn – Flüchtling	58					
andere: ...	59					
Keine Probleme in Rollen	0000					

Abbildung 3: PIE - Faktor I: 1.-4. Probleme in Rollen

und der mit den Klienten auszuhandelnden Strategie zu unterscheiden, scheint mir generell für die Wirksamkeit von Unterstützungsprozessen unter Verwendung diagnostischer Verfahren entscheidend zu sein: Kein Verfahren, keine Diagnose, stellt das letzte Wort dar.

PIE und das Problem der Klassifikation

In der sozialarbeiterischen Debatte zur Diagnostik wurde in den letzten Jahren häufig auf das „Person-In-Environment“ Klassifikationssystem für die Soziale Arbeit von Karls und Wandrei (1994) Bezug genommen. Dieser Versuch, eine Klassifikation zu entwickeln, die der Sozialarbeit eher angemessen ist, als die entsprechenden Abschnitte in medizinischen Klassifikationssystemen (z.B. ICD 10), ist jedenfalls interessant schon von seinem Ansatz her und verdiente eine intensivere Beschäftigung und wissenschaftliche Ausarbeitung.

Das PIE identifiziert 4 relevante Achsen: Probleme in Rollen, Probleme in der Umwelt, psychische und physische Gesundheit. Vor allem die erste Achse (s. Abb. 3)

klassifiziert die erkennbaren Probleme danach, in welcher der Alltagsrollen sie erscheinen (z.B.: Person in Rolle als Mutter, als Bruder, als Konsument etc.) und ordnet ihnen Indizes der Stärke, der Dauer und der Copingfähigkeiten zu. Die Indizierung ermöglicht eine anschauliche Reihung, die bei Mehrproblemfällen für die Entscheidung über die Interventionsstrategie sehr hilfreich sein kann. Die zweite Achse bietet eine umfassende Möglichkeit der Einschätzung der sozialen und gesellschaftlichen Umwelt der Klienten.

Sowohl die Übersetzung des Manuals als auch die wissenschaftlich gestützte Erprobung stehen hierzulande noch aus. Als alleiniges oder hauptsächliches Instrument sozialer Diagnostik ist das PIE m.E. nicht geeignet, weil es nicht kooperativ erstellt werden kann und weil es in der anschaulichen Erfassung von Ansätzen für aussichtsreiche Bearbeitungsstrategien deutliche Schwächen hat. Allerdings: Gerade im Gesundheitswesen, das von medizinischen Sichtweisen dominiert ist, ist eine sozialarbeiterisch-fachliche gemeinsame Sprache über die zu bearbeitenden Sachverhalte wohl unerlässlich.

Wird keine adäquate Form der Klassifikation gefunden und in der Branche durchgesetzt, drohen sozialarbeiterische Sichtweisen unterzugehen, und die Sozialarbeit muss in ihrer Berichterstattung und Leistungsabrechnung unangemessenerweise entlang medizinischen Klassifikationen agieren. Es bleibt zu befürchten, dass dies negative Auswirkungen auf die professionelle Autonomie hat. Eine konzertierte Anstrengung zur Erarbeitung eines alternativen Modells, das vom Vorschlag des PIE ausgehen kann, nicht aber bei ihm enden muss, scheint dringend zu sein.

Resümee

Die professionelle und wissenschaftliche Beschäftigung mit Sozialer Diagnostik hat gerade erst begonnen. Eine Entwicklung sozialarbeiterischer Professionalität erfordert Ernsthaftigkeit und Genauigkeit bei den Wegen zu Interventionsentscheidungen, namentlich bei solchen, die Lebenschancen für Klienten zuteilen. Ein Bild von Sozialarbeit, das die Profession wegen der Gesprächsförmigkeit und ihres dialogischen Charakters per se als menschenfreundlich wahrnimmt und Kriterien der Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit ihrer Entscheidungen ablehnt, erweist nicht nur der Profession, sondern auch den Klienten keinen guten Dienst. Was

aktuell ansteht, ist die Ausarbeitung, Erprobung und Verbesserung von Verfahren der Diagnostik, Entscheidungsfindung und Klassifikation, die Sozialarbeit auf Augenhöhe mit anderen Professionen des Sozial- und Gesundheitswesens bringen.

Anmerkung

(1) Eine ausführliche Darstellung dieser und weiterer Verfahren findet sich im Band "Soziale Diagnostik" (Pantucek 2005), einzelne auch auf www.pantucek.com.

Literatur

- Ader, S., Schrappner, C. & Thiesmeier, M. (Hg.) (2001). *Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis*. Münster: Votum.
- Boeck, T., Fleming, J. & Kemshall, H. (2006). The Context of Risk Decisions: Does Social Capital Make a Difference? *Forum Qualitative Sozialforschung* (Online Journal), 7(1), Art. 17: www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-06/06-1-17-e.htm [7.2.2006].
- Budde, W. & Früchtel, F. (2005). Fall und Feld. Oder was in der sozialraumorientierten Fallarbeit mit Netzwerken zu machen ist. Das Beispiel Eco-Mapping und Genogrammarbeit. *sozialmagazin*, 6, 14-23.
- Castel, R. (2001). Von der Gefährlichkeit zum Risiko. Auf dem Weg in eine post-disziplinäre Ordnung? *episteme. Online-Magazin für Philosophie und Praxis*, www.episteme.de/htmls/Castel.html [7.2.2006].
- Höpfner, N., Jöbgen, M. & Becker, R. (1999). Zur Methodisierbarkeit von Hilfe oder Braucht die Soziale Arbeit Diagnosen? In F. Peters (Hg.), *Diagnosen, Gutachten, hermeneutisches Fallverstehen*. Frankfurt: IGFH.

Karls, J. M. & Wandrei, K. E. (Eds.) (1994). *Person-In-Environment System*. Washington: NASW.

Karls, J. M. & Wandrei, K. E. (Eds.) (1994). *PIE-Manual. Person-In-Environment System*. Washington: NASW.

Lindemann, K.-H. (1999). Gutachten der Sozialarbeit zwischen professioneller Objektivität, Betroffenenbeteiligung und formalisierten diagnostischen Verfahren. In F. Peters (Hg.), *Diagnosen, Gutachten, hermeneutisches Fallverstehen* (S. 49-72). Regensburg: Walhalla.

Merkel-Holguin, L. (1996). What is FGDM? Putting Families Back into the Child Protection Partnership: Family Group Decision Making. *FGDM Online*, www.ahafgdm.org/what_is.htm [8.3.2002].

Müller, C. W. (2002). „Diagnose“: Das ungeliebte Handwerk – Herausforderung für die Fachleute des Jugendamtes. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 1, 42-45.

Pantucek, P. (2003). *Diagnose in der Sozialarbeit. Von der Persönlichkeits- zur Situationsdiagnostik*. Referat im Workshop der Sektion Sozialarbeit am Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie, Wien, 26.11.03. www.pantucek.com/texte/diagnose_oegs.html.

Pantucek, P. (2005). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien: Böhlau.

Pantucek, P. (2005). Von Hubschraubern und Dschungelpfaden. Diagnostische Verfahren für die Praxis der Sozialen Arbeit. *sozialmagazin*, Juli/August, 14-20.

Pearson, R. E. (1997). *Beratung und soziale Netzwerke. Eine Lern- und Praxisanleitung zur Förderung sozialer Unterstützung*. Weinheim: Beltz.

Turner, F. J. (2002). *Diagnosis in Social Work. New Imperatives*. New York: Haworth.

Assessments in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen

Marion Laging

Spätestens seit Ende der 90er Jahre wurde deutlich, dass der Erfolg suchtpreventiver Maßnahmen maßgeblich davon abhängt, inwieweit diese zielgruppenspezifisch konzipiert und durchgeführt werden. Bereits konsumierende Jugendliche profitierten kaum von den bis dahin v.a. primärpräventiv ausgerichteten Maßnahmen, wie die Evaluationen zeigten (Petermann 1999, Mittag & Jerusalem 2000). Gleichzeitig entwickelte eine zunehmende Anzahl Jugendlicher riskante Konsummuster (Appel & Hahn 2001, BZgA 2001, Lieb et al. 2000, Richter & Settertobulte 2003, Roth 2002, Schuster et al. 1998). Vor diesem Hintergrund wurde übereinstimmend von fachlicher und politischer Seite eine forcierte Entwicklung und Intensivierung suchtpreventiver Maßnahmen gefordert, die speziell auf die Gruppe der konsumierenden, aber nicht abhängigen Jugendlichen zugeschnitten sind (Langness et al. 2003, Schmidt 2002, Schulte-Markwort & Düsterhus 2003, BMGS 2003a).

Die Maßgabe „Zielgruppenspezifität“ bedeutet zum einen eine sichere und korrekte Früherkennung, zum anderen die „Anschlussfähigkeit“ von Frühinterven-

tionsmaßnahmen: sie müssen an den Denk- und Handlungssystemen und der Lebenswelt der jeweiligen Zielgruppe anknüpfen. So wohl für Früherkennung als auch Frühintervention, insbesondere aber für die Sicherstellung der Zielgruppenspezifität können Assessment- und Diagnostik-Instrumente vielfältig nutzbar gemacht werden.

Assessments in der Früherkennung

Grundsätzlich werden in der Suchtprävention folgende Möglichkeiten der Früherkennung unterschieden:

(1) Früherkennung durch Selbsteinschätzung

Hiermit sind Ansätze gemeint, in denen Jugendliche mittels geeigneter Instrumente ihr eigenes Risikoprofil erstellen. So bietet z.B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 2001 ein Online-Angebot, das Jugendliche anregen soll, das eigene Konsumverhalten mittels Informationen und Tests selbst einzuschätzen (vgl. www.drugcom.de). Diese Selbsteinschätzungen via Internet bieten, wie die Erfahrung zeigt, für Jugendliche einen starken Anreiz, sich mit dem eige-

nen Konsumverhalten auseinander zu setzen (BMGS 2003b: 28). Ob durch Angebote dieser Art auch Verhaltensänderungen ausgelöst werden können, ist noch offen.

(2) Früherkennung durch das soziale Umfeld

Häufig reagiert das soziale Umfeld früher als die Betroffenen selbst auf riskantes Konsumverhalten. Dabei ist oft weniger der Substanzkonsum an sich Ausgangspunkt der Intervention bzw. Reaktionen, sondern vielmehr damit verbundene soziale Auffälligkeiten, wie z.B. das Straffällig-Werden nach dem Betäubungsmittelgesetz. Sekundärpräventive Maßnahmen wie FreD (BMGS 2003a: 26) oder Soziale Trainingskurse (Laging-Glaser 2002) knüpfen hier unmittelbar an. Kritisch ist zu diesem Zugangsweg anzumerken, dass es sich bei der Identifizierung von Risikopopulationen entlang sozialer Auffälligkeiten wahrscheinlich um einen selektiven Prozess zuungunsten niedrigerer sozialer Schichten handelt.

Früherkennung kann sich zudem über einen routinemäßigen Einsatz von Instrumenten zur Früherkennung (Screening-Instrumente) vollziehen. Bisher liegen hier bei Erwachsenen zum Teil ermutigen-

de Resultate vor, v. a. mit solchen Ansätzen, die auf eine bessere Verzahnung des medizinischen Systems mit der Sucht-krankenhilfe abzielen (Hapke 2000).

(3) Früherkennung durch die Definition von Risikogruppen

Anhand weiterer Indikatoren, deren enger Zusammenhang mit riskantem Substanzkonsum bekannt ist, werden Zugangswege bzw. Zielgruppen der sekundären Suchtprävention definiert. Hierzu gehören z.B. Migranten mit missglückten Integrationserfahrungen oder sozialräumlich orientierte Definitionen, wie z.B. benachteiligte Stadtteile oder Schulen in sozialen Brennpunkten. Die Stärke dieser Ansätze liegt darin, dass sie in der Lebenswelt der Betroffenen verankert werden können. Dieser Zugangsweg kommt ohne individuelle Assessments aus und wurde aus Gründen der Vollständigkeit hier aufgenommen.

Assessments in der (Früh-)Intervention

(1) Assessment als Komponente der Frühintervention

Das hohe Interesse von Jugendlichen an der Einschätzung ihrer Risiken bietet zugleich Anknüpfungspunkte für die konkrete sekundärpräventive Arbeit. Viele dieser Ansätze zielen auf die Förderung einer realistischen Selbsteinschätzung und Risikowahrnehmung, die oft Veränderungsmotivation als Effekt freisetzt. Dabei werden zum einen Informationen vermittelt - z.B. zu den bekannten Risikofaktoren und zu typischen Ein- und Ausstiegsprozessen -, zum anderen eine sozialpädagogisch orientierte Anleitung geboten, sich mit der eigenen Lebenssituation zu den Informationen in Beziehung zu setzen. Assessment-Instrumente dienen hier v.a. dazu, mit den Jugendlichen ins Gespräch zu kommen.

(2) Assessments in der psychosozialen Diagnostik Sozialer Arbeit

Bei der (sekundären) Suchtprävention handelt es sich um ein Arbeitsfeld mit traditioneller Verankerung in der Sozialen Arbeit bzw. starker Durchsetzung von Sozialpädagogen und Sozialarbeitern. Die Soziale Arbeit hatte lange Zeit ein eher reserviertes Verhältnis zu Assessments und Diagnosen. Man befürchtete eine „Medikalisierung des Sozialen“ und wollte einer Klientelisierung und Therapeutisierung keinen Vorschub leisten (eine Zusammenfassung der Auseinandersetzung bietet Mühlum 2002, vgl. Heiner 2001).

Mit der Entwicklung des Fachgebietes der Klinischen Sozialarbeit wurde gleichzeitig ein Ansatz psychosozialer Diagnostik entwickelt, der ein tragfähiges Fundament sozialpädagogischer Beratungs- und Behandlungskonzepte darstellt. Entlang der vier Koordinaten (1) Ökosoziale Defizite, Belastungen, soziale Vulnerabilität, (2) Personale Belastungen, Konflikte, Defizite, Risikofaktoren, (3) Förderliche Umweltbedingungen und (4) Personale Kompeten-

zen, Ressourcen, Schutzfaktoren wird die Möglichkeit eines individuellen Assessments – auch mit Hilfe psychologischer Testverfahren – im Kontext sozialarbeiterischer Intervention vorgeschlagen, ohne dass der Blick auf die soziogenetischen Anteile von Gefährdung und Krankheit aufgegeben wird (Pauls 2004: 217).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Testverfahren vielseitig nutzbare Instrumente im Kontext sozialpädagogischer Interventionen in der sekundären Suchtprävention darstellen. Sie bieten nicht nur eine erste Einschätzung in Hinblick auf eine mögliche Substanzgefährdung, sondern auch Informationen und Kriterien für weiterführende Auseinandersetzungen mit Jugendlichen zur Förderung der Selbstwahrnehmung und Risikoeinschätzung.

Im Folgenden wird ein Kurztest zur Entdeckung riskanten Substanzkonsums bei Jugendlichen vorgestellt, der in einer empirischen Studie auf seine Validität geprüft wurde (Laging 2004). Dabei handelt es sich um das erste Instrument dieser Art, das in Deutschland getestet wurde.

Der Kurztest RAFFT

Der Kurztest RAFFT (ein Akronym: Relax, Alone, Friends, Family, Trouble s.u.) wurde in den USA entwickelt und dort mit guten Ergebnissen validiert (Bastiaens et al. 2000), um riskanten, schädlichen oder abhängigen Gebrauch von Alkohol und/oder Drogen bei Jugendlichen zu identifizieren. Der RAFFT fragt ein breites Spektrum der Themen ab, die bei der Einschätzung jugendlichen Substanzgebrauchs eine Rolle spielen. Der RAFFT zeichnet sich durch seine Kürze und Einfachheit aus, die eine erste, unkomplizierte Einschätzung auch bei kognitiv schwächeren Jugendlichen zulassen.

In der deutschen Validierungsstudie des RAFFT (Laging 2004) wurden nach der Übersetzung des RAFFT zwei Skalen (RAFFT-Alkohol, RAFFT-Drogen) mit identischen Fragestellungen gebildet. Alle Fragen bieten nur zwei Antwortmöglichkeiten, wobei ein „Ja“ immer mit einem Punkt bewertet wird und ein „Nein“ mit 0 Punkten.

RAFFT-Alkohol:

Trinkst du manchmal Alkohol, weil du dich entspannen oder du dich besser fühlen möchtest?

Trinkst du manchmal Alkohol, weil du dich dazugehörig fühlen möchtest?

Trinkst du manchmal Alkohol, wenn du alleine bist?

Trinkt jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig (mindestens einmal die Woche) regelmäßig Alkohol?

Hat jemand aus deinem Familienkreis ein Problem mit Alkohol?

Hattest du schon mal ernsthafte Schwierigkeiten wegen deines Alkoholkonsums? (z.B. schlechte Zensuren, Ärger mit dem Gesetz oder den Eltern)

Der RAFFT-Drogen besteht aus den gleichen Fragen, wobei Alkohol durch illegale Drogen ersetzt wird.

Ergebnisse

Das Studiendesign und differenzierte Daten und Ergebnisse sind bei Laging (2004) veröffentlicht. An dieser Stelle werden lediglich einige praxisrelevante Ergebnisse zusammengefasst berichtet: Die Studienergebnisse legen einen Trennwert von zwei Punkten nahe, d.h. bei zwei und mehr Punkten sind weiterführende Assessments und Interventionen angezeigt. Die Fehlerwahrscheinlichkeit des RAFFT ist vergleichbar mit der ähnlicher Instrumente: So erkennt z.B. der RAFFT-Alkohol 80 Prozent der von riskantem Alkoholkonsum betroffenen männlichen Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren richtig. Bei Mädchen ist die Leistung etwas schwächer. Bei jüngeren Jugendlichen (bis einschließlich 13 Jahren) kann der Einsatz des Screenings nicht empfohlen werden, da hier die Fehlerwahrscheinlichkeit zu hoch ist.

Schlussbetrachtung

Mit dem Kurztest RAFFT liegt ein geprüftes Instrument vor, das riskanten, missbräuchlichen oder abhängigen Substanzkonsum mit einer bekannten Fehlerwahrscheinlichkeit erkennen kann. Er erlaubt eine erste „Vorabeeschätzung“ und bietet zudem Kriterien und Anhaltspunkte für die weiterführende Arbeit mit Jugendlichen. Im Blickpunkt stehen dabei v. a. die Maßnahmen, die auf einen sozialpädagogisch begleiteten „Risiko-Check-up“ zielen, wobei weitere Kriterien für eine vollständige Einschätzung hinzugezogen werden müssen (Winters 2000). Zudem ist erforderlich, dass Fachkräfte die Hintergründe der jeweiligen Fragestellungen kennen und diskutieren können (Warum gilt es als Risikofaktor, in einer suchtbelasteten Familie aufzuwachsen; welche typischen Einflüsse/Erziehungsstile sind typisch mit welchen Folgen; nach welchen ausgesprochenen und unausgesprochenen Maßgaben wurde ich erzogen usw.).

Vielschichtige diagnostische Kenntnisse unterstützen Fachkräfte in Diskussionen über die Risiken des Substanzkonsums mit Jugendlichen, die ja in der Regel über ein umfangreiches Erfahrungswissen verfügen. Darüber hinaus helfen differenzierte Problemdiagnosen, sich von eingleisigen Lösungsvorstellungen zu lösen und zu individuell zugeschnittenen Lösungen zu kommen.

Der besondere Vorteil, Assessments zur Erkennung von riskantem Substanzkonsum bei Jugendlichen in die Soziale Arbeit zu integrieren, liegt zudem darin, dass Soziale Arbeit durch ihren umfassenden und ganzheitlichen Ansatz kaum in Gefahr steht, den in der Tat zunehmenden gefährlichen Gebrauch von psychotropen Substanzen bei Jugendlichen zu pathologisieren und aus seinen entwicklungspsychologischen und sozialen Kontexten zu lösen.

Mit dem RAFFT wurde ein Instrument vorgestellt, das lediglich einen Aspekt riskanter Verhaltensweisen unter Jugendlichen beleuchtet. Es darf nicht vergessen werden, dass die Gefährdung eines Jugendlichen oft erst durch die Kumulation verschiedener Risikoverhaltensweisen und Problemkonstellationen brisant wird, für die ebenfalls „ein Blick“ da sein sollte. Darüber hinaus kann Soziale Arbeit auf der Grundlage ihres Auftrags und Profils am besten die zum Teil komplexen erforderlichen Unterstützungsleistungen initiieren und steuern und ggf. die Ressourcen der erforderlichen Netzwerke aktivieren.

Literatur

- Appel, E. & Hahn, A. (2001). Verbreitung legalen und illegalen Drogenkonsums und die Bedeutung der Gleichaltrigen für die Drogeneinnahme bei Berliner Gymnasiasten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9 (1), 13-25.
- Bastiaens, L., Francis, G. & Lewis, K. (2000). The RAFFT as a Screening Tool for Adolescent Substance Use Disorders. *The American Journal of Addictions*, 9, 10-16.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung [BMGS] (Hg.) (2003a). *Aktionsplan Drogen und Sucht*. www.bmgs.bund.de/downloads/Aktionsplan_BPA_ges.pdf [13.02.06].
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung [BMGS] (Hg.) (2003b). *Drogen- und Suchtbericht 2003*. Berlin: BMGS.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2001). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der*

- Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 2001*. Köln: BZgA.
- Hapke, U. (2000). *Sekundärpräventive Interventionen bei einer Alkoholproblematik im Allgemein-krankenhaus. Theoretische Grundlagen und empirische Befunde*. Freiburg: Lambertus.
- Heiner, M. (2001). Psychosoziale Diagnostik. In H.-U. Otto & H. Thiersch (Hg.), *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik* (S. 253-265), Neuwied: Luchterhand.
- Laging, M. (2004). *Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention*. Hamburg: Kovac.
- Laging-Glaser, M. (2002). Sozialer Trainingskurs Sucht. Ein Angebot der Suchtkrankenhilfe für konsumierende Jugendliche. *Konturen*, 23(1), 27.
- Langness, A., Richter, M. & Hurrelmann, K. (2003). Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hg.), *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 301-333), Weinheim/München: Juventa.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H. & Wittchen, H.-U. (2000). Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46(1), 18-31.
- Mittag, W. & Jerusalem, M. (2000). Prävention von Alkohol- und Medikamentenkonsum in der Schule. In A. Leppin, H. Hurrelmann & H. Petermann (Hg.), *Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention* (S. 161-194), Neuwied: Luchterhand.

- Mühlum, A. (2002). Gesundheitsförderung und klinische Fachlichkeit. Auf dem Weg zur Klinischen Sozialarbeit. In M. Dörr (Hg.), *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse* (S. 10-22), Baltmannsweiler: Schneider.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim/München: Juventa.
- Petermann, H. (1999). Das Soester Programm zur Suchtprävention. Konzept, Akzeptanz und Effektivität. In P. Kolip (Hg.), *Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter* (S. 199-214), Weinheim/München: Juventa.
- Richter, M. & Settertobulte, W. (2003). Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hg.), *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 99-157), Weinheim/München: Juventa.
- Roth, M. (2002). Verbreitung und Korrelate des Konsums legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 10(1), 23-35.
- Schulte-Markwort, M. & Düsterhus, P. (2003). Safer Use oder Sekundärprävention? Präventive Ansätze und Behandlungsstrategien bei Suchtmittelmissbrauch im Kindes- und Jugendalter. *Sucht aktuell*, 10 (2), 21-24.
- Schuster, P., Lieb, R., Lamertz, C. & Wittchen H.-U. (1998). Is the Use of Ecstasy and Halluzinogens Increasing? Results from a Community Study. *European Addiction Research*, 4, 75-82.
- Winters, K. C. (2001). Assessing Adolescent Substance Use Problems and Other Areas of Functioning: State of the Art. In P. M. Monti, S. M. Colby & T. A. O'Leary (Eds.), *Adolescents, Alcohol and Substance Abuse. Reaching Teens through Brief Interventions* (pp. 80-108), New York/London: Guilford.

Biografiethoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen

Heidrun Schulze

„aber es ging mir nicht nur um die Gesundheit, das hat der Arzt aber nicht verstanden...“

Soziale Arbeit wird in der aktuellen Diskussion zunehmend als Grundlagendisziplin gesehen, die den entautonomisierenden Tendenzen des biomedizinischen Krankheitsverständnisses entgegenwirken kann (vgl. Alheit & Hanses 2004, Hanses & Richter 2005, Keupp 2000). Bei der Neukonzeptualisierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und der heilberuflichen Qualifizierung Klinischer Sozialarbeit wird allerdings zu Recht der Bedarf nach „Reflexion und Evaluation der Praxis in einem diskursiven Prozess der anwendungsbezogenen Theorieentwicklung“ (Klein 2005a) formuliert. Gleichzeitig wird auf die „Notwendigkeit der Anschluss- und Diskursfähigkeit mit anderen Professionen“ hingewiesen (Klein 2005b). Dem sowohl durch disziplinäre Einengung wie durch professionspolitische Abgrenzungsstrategien entstandenen diagnostischen Reduktionismus im Gesundheitswesen ist eine theoretische wie forschungs- und handlungspraktische

Öffnung im Bereich des ‚Heilens und Forschens‘ zu wünschen, die das ‚Verstehen‘ als professionelle Erkenntnishaltung habitualisiert und gegenüber dem traditionellen Erklärungsansatz methodisch zu fundieren weiß. Von zentraler Bedeutung ist hierbei die Kompetenz, eine ‚diagnostische Situation‘ in Form einer gelingenden Verständigung so zu gestalten, dass lebensweltliche Selbsteutungen der AdressatInnen systematisch berücksichtigt werden. Die Relevanz solcher lebensweltlich konstituierten Selbsteutungen bleibt im Gesundheitswesen oftmals unberücksichtigt und führt zu einem Scheitern von Interaktionssituationen (vgl. Hanses & Börgartz 2001).

Kritisch betrachtet lässt sich der o.g. Reduktionismus im klinischen Behandlungsfeld folgendermaßen beschreiben:

Klinische Kompetenz weist sich oftmals in einer nach „objektiverender Naturwissenschaftlichkeit“ strebenden professioneller Handlungspraxis dadurch aus, dass individuelles Leiden von Menschen schnell mittels einer objektivierenden, frühzeitig auf Verallgemeinerung zielenden Diagnostik in klinische Störungsbilder und sog. ‚medizinische Fälle‘ transformiert

und der gesellschaftliche Kontext ignoriert wird. Eine routinemäßige Anamnese stellt die Erhebung biographischer Lebensdaten mit der Aufmerksamkeit auf besondere biographische Ereignisse dar. Im Zuge dessen werden biografische Aussagen entindividualisiert und unter situationsunabhängige Symptome kategorisiert. Das Problematische an dieser Vorgehensweise besteht darin, dass die biografische Erzählung mit einer tatsächlich durchlebten Lebensgeschichte gleichgesetzt wird und lediglich zur Erfassung von Krankheit bzw. der Vorgeschichte einer Krankheit dient. Diese Perspektive nimmt kaum den gesamten biografischen Prozess in den Blick. Biografische Wissens- und Deutungshorizonte werden nur selten in ihrer diagnostischen Qualität (bestenfalls als sog. Laienätiologie), in ihrer narrativen Bewältigungs- sowie in ihrem Resilienz- und damit Autonomisierungspotenzial beachtet. Die biografische Erhebung ist zudem durch ein Frage-Antwort-Schema vorstrukturiert, es werden im Voraus festgelegte Kategorien abgefragt, subjektive Erlebenspotenziale werden ignoriert. Biografische Lebensdaten dienen in dieser professionellen Praxis als Material für

expertokratische Interpretationsarbeit (vgl. Schulze 2005a). Mit anderen Worten: Biografien werden in klinischen Kontexten in einer Komplementarität von professioneller Überlegenheit und Unterlegenheit der AdressatInnen erhoben (vgl. Staub-Bernasconi 2003).

Für eine kritische Auseinandersetzung mit dieser sozialen Praxis professionellen Handelns und mit deren Auswirkung auf die AdressatInnen klinischer Hilfeleistung bietet sich der verstehende Zugang aus der rekonstruktiven Biographieforschung und der daraus entstandenen narrativen Handlungspraxis (Loch & Schulze 2002) für eine wissenschaftliche forschungs- und praxisbezogene Weiterentwicklung sowie zur „Einbeziehung des Politischen“ (Klein 2006) in die Klinische Sozialarbeit an. Er stellt eine professionelle Praxis dar, in der eine produktive Wechselwirkung klinischer Wissensbestände mit einer offenen und biographietheoretisch fundierten Perspektive reflexiv und methodisch nachvollziehbar gestaltet wird. Ein solcher Zugang ‚überschreitet‘ das traditionelle individualpsychologisch orientierte Verständnis von ‚Biografie‘ als individuelle Chronologie von Lebensereignissen mittels einer spezifischen Analysekompetenz, die die SozialarbeiterInnen dazu befähigt, „empirisch sicher und analytisch präzise festzustellen, was der Fall ist – dies auch, wenn die Fallpräsentation durch den oder die Klienten und/oder durch den oder die professionellen Akteur(e) mehr oder weniger verdeckt oder verschleiert wird“ (Schütze 1993: 196). Eine rekonstruktive biografietheoretische Analysekompetenz leistet in der klinischen Praxis eine soziale und geschichtliche Dimensionierung von problematischer Lebenspraxis und Krankheit; sie zielt damit auf die Aufhebung von jenem traditionellen Dualismus, mit dem zwischen ‚dem Sozialen‘ und ‚dem Psychischen‘ bzw. ‚der Krankheit‘ unterschieden wird: „Erst in der Analyse der Verschränkung von Singulärem und Gesellschaftlichem kommt Soziale Arbeit zu ihrem genuinen Thema ... Die Perspektiven-Verschränkung von Subjekt und Struktur gelingt durch Einführung der Konstrukte ‚Biografie‘ und ‚Narration‘“, schreiben die beiden klinischen Psychologinnen (Roer & Maurer-Hein 2004: 47-50). Dieser Blick führt weg von einer multikausalen und damit additiv-merkmalsorientierten Fallinterpretation. Zentral dagegen ist die Analyse und Rekonstruktion komplexer Wirkungszusammenhänge im konkreten Fall und die narrative Bewältigung bzw. die Förderung von Selbstverstehensprozessen, die immer schon eine Intervention sind.

Mit dem Konzept der ‚Biografie‘ ist eine narrative Zuwendung zur eigenen Lebensgeschichte gemeint, die immer auch eine erlebte, gedeutete, bewältigte und zu bewältigende Gesellschaftsgeschichte repräsentiert. Mittels dieser Deutungen und Interpretationen wird Biografie überhaupt

erst (mit-)hergestellt. Alltagssprachliche Äußerungen werden dabei nicht als triviales Medium alltäglicher Verständigung als bloße Weitergabe von Information angesehen. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass sich gerade in den spontanen Alltagserzählungen eine *narrative Bewältigung* (Lucius-Hoene 1998) und biographische Arbeit widerspiegelt. Mit dem Konzept der *biografischen Arbeit* wird von einer lebenslangen notwendigen Auseinandersetzung mit pluralen und widersprüchlichen sozialen Anforderungen und den eigenen Impulsen (Alheit 1995) ausgegangen. Im Konzept der biographischen Arbeit wird der in der Gesellschaftsform der Moderne notwendig gewordenen ständigen (Selbst-)Reflexion theoretisch wie methodisch in der konkreten Interaktionsgestaltung Beachtung verliehen. Der Begriff steht für einen Paradigmenwechsel, der den eher statischen intra-individuellen Identitätsbegriff vor dem Hintergrund zeitdiagnostischer Grundannahmen neu zu konzeptualisieren versucht. Eine biographietheoretische Analysekompetenz löst den Anspruch nach einer reflexiven Synthetisierungsleistung des ‚Sozialen im Psychischen‘ und der ‚Sozialität des Körperlichen‘ ein. Mit einem methodisch offenen und rekonstruktiven Blick werden sog. ‚klinische‘ Phänomene kontextualisiert und historisiert und in ihrer dynamischen Interdependenz betrachtet.

So ließe sich beispielsweise fragen: Welche Biografien bzw. lebensgeschichtlichen Erfahrungen liegen hinter den Selbstaussagen und den Krankheitsdiagnosen der PatientInnen, deren Geschichtlichkeit und Einzigartigkeit von den Diagnosen verdeckt wird? Wie ist er oder sie geworden? Oder: wie ist es dazu gekommen?

Anders ausgedrückt: Was ist der Fall – im Fall des mit der Diagnose F.25.1 nach ICD diagnostizierten Patienten? Was ist das Individuelle oder Fallspezifische und was das Allgemeine oder Gesellschaftliche daran?

Was eine solche Frage-, Gesprächs- und „Diagnostik“-Haltung bewirken kann, soll am Beispiel des Falles Cem Özlem gezeigt werden. Cem Özlem, ein ehemals an einer Psychose erkrankter Patient, sagt auf eine biografisch-narrative Gesprächsaufforderung (vgl. hierzu Rosenthal 2002, Loch & Schulze 2002):

„am Arbeitsplatz hatte ich viele Probleme, ich hatte gesundheitliche Probleme, ich hatte Rückenschmerzen, ich bin zum Abteilungsleiter gegangen hab gesagt ich will an meinem alten Arbeitsplatz aus gesundheitlichen (2) Gründen, weil ich hab Rückenschmerzen ich kann dort arbeiten, ich hab da keine Rückenschmerzen...dann bin ich zum Betriebsrat gegangen und hab gesagt (...) habe gesagt hier ich habe Rückenschmerzen (leise gesprochen): ‚warum helft ihr mir nicht ich hab Probleme gesundheitliche Probleme‘ ne (lauter): dann bin ich zum Werkarzt ge-

gangen, hab gesagt, ‚ich habe Schmerzen‘ (...) aber es ging mir nicht nur um die Gesundheit (...) das hat der Arzt aber nicht verstanden“ am alten Arbeitsplatz wo ich vorher war hatte ich vieles gefunden, vieles Wertvolle für mich, Kollegen, gute Kollegen, gutes Klima, gute Gesundheit, gesunder Arbeitsplatz, diese Sachen hat ich bekommen und ich wollte das nicht so verlieren einfach, ich war ich in dieser neuen Abteilung allein (mit brüchiger Stimme) ich kannte niemanden, ich war depressiv darüber (...) das alles zusammen, das ganze Klima, ne, hat mich so depressiv gemacht, und dann hab ich (2) immer den einen Gedanken (8) dass ich hier gezwungenerweise arbeiten muss, dass ich willenlos war, dass ich keine (brüchige Stimme) Hoffnung mehr hatte, dass ich keinen Ausweg mehr fand, (5) geredet hab ich kein Wort in dieser Zeit und dann bin ich gar nicht zur Arbeit gegangen (...) wenn jemand zu mir gekommen wäre, wenn irgendjemand mich zu irgendwas gezwungen hätte, hätte ich mich wahrscheinlich umgebracht...“

Cem Özlem ist wieder gesund geworden. Jahre später reflektiert er die Bedeutung und die Konfliktgeschichte, also eine ‚Geschichte hinter der Geschichte‘. In seiner biographischen Narrationen verdeutlicht er für sich selbst und für andere jene dramatische Bedeutung innerhalb dieser ‚kleinen‘ und zunächst erst einmal harmlos erscheinenden institutionell und strukturell gerahmten Interaktionsgeschichte. Die existentiellen Themen für Cem Özlem sind Zugehörigkeit und Ausgrenzung durch familiäre bzw. gesellschaftliche Gewalt und Zwang. Sie werden in der geschilderten Situation und der damit verbundenen strukturellen und interaktionellen Erfahrungen aktiviert. Trotz – oder gerade wegen – seiner traumatischen Lebenserfahrung¹ entwickelte und realisierte Cem Özlem in der Bearbeitung seiner belastenden Vergangenheit zu ihm passende Stabilisierungsstrategien. Die narrative Gesprächsführung ermöglichte ihm eine „biografische Arbeit“ im Sinne einer Integration von aus der Gegenwarts-perspektive ausgeblendeten krisenhaften Ereignissen, aber auch das Erinnern von ‚vergessenen‘ Bewältigungsressourcen.

Biographietheoretisches Fallverstehen

Biographietheoretisches Fallverstehen bedeutet Analysekompetenz und Interaktionskompetenz, diagnostisches Potenzial für das Fremdverstehen von Professionellen sowie die Initiierung von Selbstverstehensprozessen. Die Asymmetrie zwischen ‚Experten‘ und ‚Laien‘ wird in eine Haltung von intendierter Offenheit, Fremdheit, und respektvoller Neugier verändert, in denen den biografischen Wissensbeständen der AdressatInnen als Ressourcen für biografische Aneignungsprozesse und als Anschlussmöglichkeiten

für gesundheitliche Dienstleistungen zentrale Bedeutung zukommen.

In der narrativen Handlungspraxis biografischen Fallverstehens verlagert sich die Perspektive vom Professionellen als Helferexperte hin zu einer Expertisierung von Menschen. Sie hat zum Ziel, entweder biographisch entstandene Selbstheilungsressourcen in Form eines aktiven Bewältigers und Mitgestalters seines Lebens zu aktivieren oder aber auch neu im narrativen Prozess entstehen zu lassen. Zentrale Anliegen sind dabei (professionelle) Abhängigkeiten zu reduzieren (zur emanzipatorischen ‚dialogischen Biografiearbeit‘ s. Köttig & Rätz-Heinisch 2005). Professionelle Handlungskompetenz bewährt sich dabei in der professionellen Gestaltung der ‚widersprüchlichen Einheit‘ zwischen gegenstandsbezogenem Wissen und der Fallspezifität, dem hermeneutischen Verstehen „in der Sprache des Falles“ (Gildemeister 1997). Mit diesem Zugang kann sich Soziale Arbeit entsprechend ihrer Lebenswelt- und Alltagsorientierung im klinischen Handlungsfeld theoretisch und methodisch positionieren und die theoretisch eingeforderte hermeneutische Kompetenz (vgl. bspw. Kunstreich u.a. 2004; Holm-Hadulla 1997) in ein beruflich habitualisiertes Alltagshandeln überführen (vgl. Loch & Schulze 2002).

Diese grundlegende paradigmatische Veränderung gegenüber den AdressatInnen gesundheitsbezogener Dienstleistungen löst die Forderung nach einer partizipativen und dialogischen Diagnostik (vgl. Staub-Bernasconi 2003) ein, nach einer mäeutischen Haltung einem „heilenden Erzählen“ (Rosenthal 1995), nach einer Autonomisierung in einer entautonomisierenden Sozialen Praxis des Gesundheitswesens (vgl. Hanses & Richter 2005). Sie leistet eine Kontextualisierung im Gegenzug zu einer „entkontextualisierenden“ und „entpolitizierenden Diagnostik“ (Becker 1997). Werden die alltäglichen Erzählungen als nicht gewusstes aber vorhandenes biografisches Wissen gerade in ihrer ‚Alltags‘-Qualität ernst genommen und Personen in ihrer alltäglichen Erzählkompetenz unterstützt, ihre eigene biografisch gewachsene Sicht auf die Dinge zu äußern und Lösungsmöglichkeiten aus diesen zu schöpfen, dann stellen wir fest, dass Menschen mehr über sich und ihr Leben wissen, als es ihnen in der klinischen Praxis zugesprochen wird.

Die Implementierung und Etablierung eines biografischen Fallverstehens in Ausbildung und in institutionellen Handlungskontexten sind wichtige Herausforderungen für die Zukunft. Die Ausbildungsinstitutionen sind hierfür in hohem Maße

für die Bereitstellung des wissenschaftlichen Wissens und der Einsozialisation in die Kunstlehre eines hermeneutischen Fallverstehens in Forschungs-, Lehr- und Praxiszusammenhängen verantwortlich. Hierfür bilden die an einigen Hochschulen etablierten Forschungswerkstätten eine gute Basis. Die wahrnehmbare Befremdung gegenüber diesem Ansatz der methodisch und erkenntnistheoretischen Offenheit ist als ein ‚Paradigmenstreit‘ im Professionsverständnis zu verstehen, der hoffentlich die Diskussion für eine reflexive Auseinandersetzung über Macht und Hierarchie von Wissensordnungen eröffnet. Ein verstärkter Einbezug der AdressatInnen bei gesundheitsbezogener Dienstleistung wäre eine Konsequenz daraus.

Anmerkung

(1) Eine ausführliche Fallrekonstruktion findet sich hier zu in Schulze 2006a.

Literatur

- Alheit, P. (1995). „Biographizität“ als Lernpotenzial. Konzeptionelle Überlegungen zum biographischen Ansatz in der Erwachsenenbildung. In H.-H. Krüger & W. Marotzki (Hg.), *Erziehungswissenschaftliche Biografieforschung* (S. 276-307), Opladen: Leske + Budrich.
- Alheit, P. & Hanses, A. (2004). Biographie und Institution. In A. Hanses (Hg.), *Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biografische Konstruktionen von Wirklichkeit* (S. 8-28), Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.
- Becker, D. (1997). Trauerprozess und Traumaverarbeitung im interkulturellen Zusammenhang. In W. Wirtgen (Hg.), *Trauma – Wahrnehmen des Unsagbaren. Psychopathologie und Handlungsbedarf* (S. 23-38), Heidelberg: Asanger.
- Gildemeister, R. & Robert, G. (1997). „Ich geh da von einem Fall aus ...“ – Professionalisierung und Fallbezug in der Sozialen Arbeit. In G. Jakob & H.-J. v. Wensierski (Hg.), *Rekonstruktive Sozialpädagogik. Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis* (S. 23-38), Weinheim: Juventa.
- Hanses, A. & Börgartz, H. (2001). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Eine biographische PatientInnenstudie zur Praxis klinischer Sozialarbeit. *neue praxis*, 31, 573-595.
- Hanses, A. (2002). Biographische Diagnostik als Veränderung professioneller „Interaktionsordnung“. In M. Dörr (Hg.), *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse* (S. 86-102), Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.
- Hanses, A. & Richter, P. (2005). *Gesundheitsbezogene Dienstleistung als Ausdruck einer „heimlichen“ Anpassungssituation zwischen biographischen Erfahrungsmuster und professionellen Wissensbeständen*. Vortrag auf der Tagung „Biografie-forschung im sozialwissenschaftlichen Diskurs“, 1.-3. Juli 2005, Georg-August-Universität Göttingen. Unveröffentl. Vortragsmanuskript.
- Holm-Hadulla, R. (1997). *Die psychotherapeutische Kunst. Hermeneutik als Basis therapeutischen Handelns*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Keupp, H. (2000). Gesundheitsförderung als Ermuti-

gung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive. In S. Sting & G. Zuhorst (Hg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 15-40), Weinheim/München: Juventa.

Klein, U. (2005a). Editorial. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung*. 1 (1), 3.

Klein, U. (2005b). Editorial. *Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialen Helfens. psychosozial*, 28 (101), 5.

Klein, U. (2006). Editorial. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung*. 2 (1), 3.

Köttig, M. & Rätz-Heinisch, R. (2005). „Potenziale unterstützen, Selbstverstehen fördern“. Dialogische Biografiearbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. *SOZIAL EXTRA*, 29 (11), 16-20.

Kunstreich, T. u. a. (2004). Dialog statt Diagnose. In M. Heiner (Hg.), *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit* (S. 26-39), Berlin: Dt. Verein für Öffentliche und Private Fürsorge.

Lucius-Hoene, G. (1998). Erzählen von Krankheit und Behinderung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48, 108-113.

Loch, U. & Schulze, H. (2002). Biographische Fallrekonstruktion im handlungstheoretischen Kontext. In W. Thole (Hg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (S. 559-576), Opladen: Leske + Budrich.

Roer, D. & Maurer-Hein, R. (2004). Biografie-Arbeit – theoretische Grundlagen und praktische Perspektiven für die Soziale Arbeit. In A. Hanses (Hg.), *Biografie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biografische Konstruktionen von Wirklichkeit* (S. 47-61), Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.

Rosenthal, G. (1995). *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen*. Frankfurt/New York: Campus.

Rosenthal, G. (2002). Biographisch-narrative Gesprächsführung: Zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, Sonderheft 3: Heilsames Erzählen, 204-227.

Schütze, F. (1993). Die Fallanalyse. Zur wissenschaftlichen Fundierung einer klassischen Methode der Sozialen Arbeit. In T. Rauschenbach, F. Ortman & M.-E. Karsten (Hg.), *Der sozialpädagogische Blick* (S. 191-221), Weinheim: Juventa.

Schulze, H. (2006a). *Migrieren – Arbeiten – Krankwerden. Eine Biografiethoretische Untersuchung*. Bielefeld: transcript.

Schulze, H. (2006b). Lebensgeschichtliches Erzählen im psychotherapeutischen Beratungskontext. *Forum Qualitative Sozialforschung*. OnLine-Zeitschrift. (<http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs.htm>), im Erscheinen.

Schulze, H. (2005a). Biografiethoretische Kompetenz in der klinischen Praxis. *SOZIAL EXTRA*, 29 (11), 21-25.

Schulze, H. (2005a). Krank- und Gesundwerden als Wechselwirkung von Lebensgeschichte und Gegenwartserfahrung. In W. Thole u. a. (Hg.), *Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. Soziale Gerechtigkeit in der Gestaltung des Sozialen*. Begleit-CD. Wiesbaden: Verl. für Sozialwissenschaften.

Staub-Bernasconi, S. (2003). Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen wir es anders. *Widersprüche*, 88: Neo-Diagnostik – Modernisierung klinischer Professionalität?, 33-40.