

Auszüge aus:

Pantucek, Peter (2009): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 2., verbesserte Auflage. Wien, Köln, Weimar.

3.1. Die Konstruktion des Problems

Am Beginn der Fallkonstituierung steht zumindest eine → Problemdefinition, manchmal auch mehrere. Die Problemzentriertheit der Sozialarbeit wurde von manchen Kritikern selbst als Problem verortet, ihr eine Ressourcen- und/oder Lösungsorientierung entgegengestellt. Der Problemfokus betone das Negative anstelle des Positiven und Zukunftsweisenden. M.E. beruht diese Kritik auf einem kapitalen Missverständnis. Die Problemkonzentration in der Sozialarbeit ist ein Mittel der nötigen Eingrenzung der Zuständigkeiten und der Fokussierung des Blicks. Sie ermöglicht erst, Sozialarbeit als respektvolle und die Autonomie der KlientInnen beachtende Profession zu etablieren. Sozialarbeit bearbeitet Lebensführung in einer gegebenen Gesellschaft¹, ohne aber selbst – es sei denn in sehr allgemeinen Formulierungen – so etwas wie ein eigenes Konzept des „guten“ Lebens, der „richtigen“ Lebensführung zu haben. Jede Form der Lebensführung ist für Sozialarbeit vorerst einmal grundsätzlich akzeptabel. Diese Toleranz ist Teil der Wertebasis der Profession.

So heißt es im „Code of Ethics“ der National Association of Social Workers (USA):

1.05 Cultural Competence and Social Diversity

¹ Ich führe hier wieder eine Gegenstands- oder zumindest Fokusdefinition der Sozialarbeit ein, nicht zum ersten Mal. „Lebensführung“ ersetzt hier „Alltag“. Beide Begriffe sind verwandt, wobei „Lebensführung“ zum einen mehr als nur bloßen Alltag umfasst, zum anderen das bewusste und tätige Element stärker betont.

(a) *Social workers should understand culture and its function in human behavior and society, recognizing the strengths that exist in all cultures.*

(b) *Social workers should have a knowledge base of their clients' cultures and be able to demonstrate competence in the provision of services that are sensitive to clients' cultures and to differences among people and cultural groups.*

(c) *Social workers should obtain education about and seek to understand the nature of social diversity and oppression with respect to race, ethnicity, national origin, color, sex, sexual orientation, age, marital status, political belief, religion, and mental or physical disability.* (National Association of Social Workers 1996)

Aus dieser Grundsatzentscheidung resultieren dann allerdings eine Reihe von Werten, die die allgemeine Akzeptanz einschränken, wie aus dem folgenden Textbeispiel ersichtlich:

Social workers treat each person in a caring and respectful fashion, mindful of individual differences and cultural and ethnic diversity. Social workers promote clients' socially responsible self-determination. Social workers seek to enhance clients' capacity and opportunity to change and to address their own needs. Social workers are cognizant of their dual responsibility to clients and to the broader society. They seek to resolve conflicts between clients' interests and the broader society's interests in a socially responsible manner consistent with the values, ethical principles, and ethical standards of the profession. (ebd.)

Die Förderung der Selbstbestimmung der KlientInnen wird durch das Adjektiv „socially responsible“ eingeschränkt bzw. wird ihr eine Richtung gegeben. Trotzdem wird hier wohl deutlich, dass die Profession kaum auf etwas so viel Pathos aufwendet, als auf eine Bekräftigung des Prinzips der Selbstbestimmung der KlientInnen und der Diversität möglicher Lebensentwürfe. Ein Eingriff kann also nur gerechtfertigt stattfinden, wenn Akteure des Feldes selbst eine Situation als problematisch markieren. Sozialarbeit erscheint mit keiner Heilsbotschaft. Ihr Einsatz ist nicht missionarisch, und daher auf die → Problemdefinition angewiesen, die von anderen erfolgt. Ihre Kompetenz besteht darin, Probleme zu bearbeiten, nicht darin, das Gute Leben zu lehren.

Die Geringschätzung des Problemfokus führt in der Konsequenz zu drastischen Fehlbestimmungen, die alle darauf hinauslaufen, dass die Sozialarbeit selbst ein Programm zu entwickeln hat, was wünschenswertes Leben sei. Sie ist dann auf dem Weg zu einer allgemeinen sozialen Pädagogik, die nicht mehr zwischen „Fall“ und „Nicht-Fall“ unterscheiden könnte. Ihre Legitimation müsste sie aus sich selbst heraus beziehen, aus einer Theorie der guten Lebensführung.²

Theoretisch sollte eine Alternative zum Problem als Ausgangspunkt des Falles schon erledigt sein, praktisch ist sie es leider noch nicht: Das „Defizit“. So stigmatisierend und kontraproduktiv defizitorientierte Sichtweisen auch sein mögen, setzen sie sich praktisch aber doch immer wieder durch, und zwar aus dem guten Grund, dass die Aktivierung von Ressourcen praktisch wesentlich leichter möglich ist, wenn ein Mangel, ein Defizit konstatiert wird. Die Feststellung von „Erziehungsunfähigkeit“ der Eltern ermöglicht z.B. den Rückgriff auf beträchtliche Geldmittel für die Fremdunterbringung von Kindern. Gleichzeitig eröffnet die Fiktion, „Defizite“ zu bearbeiten, einen einfachen Zugang zum ExpertInnenstatus. Er knüpft an das Modell der Medizin an, die ihre Interventionen durch festgestellte (oder drohende) Insuffizienzen legitimiert.

Während der Problemfokus an individuelle Problemdefinitionen anknüpft, kann der Defizitfokus (und ein essenzialistisches Problemverständnis) sich selbst leichter mit Bezug auf Normen legitimieren.

Nach diesem Versuch der Ehrenrettung eines richtig verstandenen Problemfokus in der Sozialarbeit sei zugegeben, dass für eine gelingende sozialarbeiterische Intervention der Blick auf Lösungen

² Interessanterweise erbringt der Essenzialismus in der Problemtheorie von Obrecht (2002) und Staub-Bernasconi (1986 und 1994) ähnliche Resultate: Sozialarbeit versucht dann „objektiv“ festzustellen, was ein soziales Problem „ist“ – was zu skurrilen Kategorisierungsversuchen mit fragwürdigem Nutzen führt.

und auf Ressourcen gerichtet werden muss. Entgegen einer allzu plakativen Gegenüberstellung von Problem- und Lösungsorientierung sei allerdings festgestellt, dass Lösungsorientierung, wie sie zum Beispiel von deShazer (1989, 1992) empfohlen wird, sich letztlich an einem Problemverständnis orientiert, wie ich es hier skizziere. „Gelöst“ kann nur ein Problem werden, und ein Problem wird von Menschen definiert. Anders bei „Defiziten“: Sie setzen eine Norm voraus, ohne Norm kein Defizit, und eine Norm ist immer eine soziale / gesellschaftliche Norm. Man könnte sagen: Das Problem bei einer defizitorientierten Sichtweise ist die Festsetzung der Norm – und die nötige Pathologisierung des Bestehenden als Legitimation für die Intervention.

„Die Erkenntnis beginnt nicht mit Wahrnehmungen und schon gar nicht mit Abstraktionen, sondern mit Problemen. Alle unsere Probleme sind abhängig von den Zwecken, die wir uns setzen.“ (Nemo 1993:o.P.)

Die Problemdefinition ist notwendigerweise subjektiv (von einem sozialen Ort aus formuliert). Sie enthält noch nicht notwendigerweise die Beschreibung des Problems, aber sie muss die Beschreibung einer Situation enthalten, die dann als problematisch markiert wird. Sehen wir uns das an einem Beispiel an:

Der Leiter einer kleinen Abteilung erscheint bei der Betriebssozialarbeiterin und sagt: „In meiner Abteilung arbeitet Frau F., sie ist 27 Jahre alt. In letzter Zeit gibt es gehäuft kurze Krankenstände bei ihr, sie kommt auch öfter zu spät. Ihre Arbeitsleistung lässt zu wünschen übrig. Ich glaube, sie trinkt zu viel. Eigentlich sollte ich sie kündigen. Können Sie mit ihr reden?“

Diese Beschreibung baut darauf, dass die Beraterin bereits das Vorhandensein einer solchen Situation ebenfalls als problematisch einschätzt und auf ein Bearbeitungsprogramm zurückgreifen kann. Die Beraterin soll das Problem zu ihrem machen, d.h. aus einer Situationsbeschreibung eine Problembeschreibung machen.

Wodurch unterscheidet sich eine Problembeschreibung von einer Situationsbeschreibung? In erster Linie dadurch, dass die Schwierigkeiten als Handlungsschwierigkeiten verortet werden: Wer weiß jetzt nicht, was zu tun ist. Probleme sind Verständnisprobleme oder Handlungsprobleme (im Sinne der Unmöglichkeit einer routinierten Prozedierung der Situation). Während eine Situationsbeschreibung distanziert sein, aus einer BeobachterInnenposition erfolgen kann, hat ein Problem³ stets einen personellen Ort.

Genau darauf zielt eine zentrale sozialarbeiterische Beratungsstrategie: Sie versucht die KlientInnen dorthin zu bringen, dass sie ein Problem als ihr Handlungsproblem formulieren. Erst wenn das geschehen ist, kann die eigentliche Problembearbeitung einsetzen.

Die erste Situationsbeschreibung mit dem Problemmarker macht einen Raum auf, sie definiert den Umfang dessen, was aus der Sicht des Fallbringers als Situation zu gelten hat: Akteure werden genannt und gereiht (meist gibt es eine Ankerperson), Zeit und Konstellation werden genannt, eine Arena und ein oder mehrere zentrale Sachverhalte werden beschrieben.

Im Beispiel:

AkteurInnen: Die Mitarbeiterin (Ankerperson); der Abteilungsleiter selbst.

Zeit: Jetzt und die letzten Monate

Arena: Betrieb und im Speziellen die Abteilung

Sachverhalte: Unzuverlässigkeit der Mitarbeiterin, der Verdacht

³ Ich spreche hier von einem Problemverständnis der Sozialarbeit, das nicht umstandslos auf Probleme in anderen Bereichen, zum Beispiel der Computerprogrammierung, übertragen werden kann. Dort können Probleme zum Beispiel „objektiv“ gegeben sein: Das Programm funktioniert nicht. Die Situation sträubt sich gegen ihre eigene Struktur und zeigt das an. Aber ein Programmierungsproblem dieser Art ist eben auch ein „gutartiges“ Problem. Probleme des Funktionierens des Alltagslebens brauchen allerdings jemanden, der „ein Problem hat“, ohne das ist es nicht von Alltagsleben unterscheidbar.

Nun ist all das noch kein bearbeitbares Problem, bietet noch keine hinreichende Begründung, um daraus einen „Fall“ zu machen. In die Beschreibung ging eine wesentliche Bestimmung noch nicht ein, nämlich dass der Abteilungsleiter mit dieser Geschichte zur Sozialarbeiterin gegangen ist. Ohne diesen Fakt wäre die Existenz einer Situation wie der geschilderten kein Grund für sozialarbeiterische Intervention: Sie ist zu gewöhnlich und sie bildet vorerst noch keinen personellen Ansatzpunkt für Interventionen. In der gängigen Sprache der Sozialarbeit könnte man sagen, es gebe vorerst keinen → Auftrag.

Natürlich lassen sich Probleme konstruieren, aus denen heraus sich SozialarbeiterInnen selbst einen Auftrag formulieren könnten. Hier bieten sich kurzschlüssige Assoziationen an: Alkoholismus, drohender Arbeitsplatzverlust.

In der Vorabendserie „Eine himmlische Familie“ findet sich folgender Dialog zwischen dem Pfarrer und dem (Alkoholiker-) Vater eines Mädchens, das bei der Pfarrersfamilie kurzfristig untergekommen ist:

Vater: Ich möchte mein Mädchen wieder haben!

Pfarrer: So einfach ist das nicht, Sie haben offensichtlich ein Problem.

Vater: Ich habe kein Problem, Sie haben ein Problem!

Ein schöner Dialog! Wer hat nun wirklich ein Problem? Folgen wir der Definition von Newell, Shaw und Simon (zit. bei Brauchlin/Heene 1995: 20): „A problem exists whenever a problem solver desires some outcome or state of affairs that he does not immediately know how to attain“. In dieser Definition findet sich also die Bindung des Problems an einen Akteur (den „problem solver“) und eine IST/SOLL-Differenz. Brauchlin und Heene (1995: 74) weisen allerdings darauf hin, dass „die Problem-Entdeckung ... *nicht* unbedingt ein *konkretes* nicht erreichtes `Soll` voraus(setzt).“ Eine Situation kann also als veränderungswürdig empfunden (kommunikativ: markiert) werden, ohne dass eine Alternativvorstellung greifbar wäre. Die Beschreibung des SOLL-Zustands beschränkt sich in diesem Fall auf die

Feststellung, dass es so, wie es ist, nicht sein soll. Im Kapitel 7.2. werde ich bei der Darstellung der „Presented Problem Analyse“ (PPA) noch genauer auf diese Problemkonstruktion eingehen.

Zurück zu unserem Dialogbeispiel. Das Mädchen ist völlig verwahrlost von der Familie des Pfarrers aufgefunden und vorerst aufgenommen worden. Es hatte keine Ahnung, wo sich aktuell sein Vater befindet. Der Wohnort der beiden war ein Wohnwagen, bei Nachschau versperrt. Der Vater, von der Polizei mit einer akuten Alkoholvergiftung aufgegriffen, fand sich schließlich in einem Krankenhaus. Versuchen wir vor diesem Hintergrund den Dialog zu analysieren:

Für den Vater gibt es vorerst tatsächlich kein Problem, zumindest kein schwieriges: Er hat die Obsorge über sein Kind, es muss ihm nur gebracht werden. Der Pfarrer hingegen rekurriert vorerst auf gesellschaftliche Normen: Der Vater ist Alkoholiker und Alkoholismus, Kindesvernachlässigung etc. sind gesellschaftlich definierte soziale Probleme, und die können dem Vater als Etiketten umgehängt werden. Insofern „hat der Vater ein Problem“, aber nicht seines. Er wird erst dann zum „problem solver“, wenn Institutionen oder Personen die gesellschaftlichen Normen durchzusetzen versuchen. Und dann wird er versuchen, seine Autonomie gegen diese Instanzen zu verteidigen⁴.

Die gesellschaftlichen Instanzen haben ihm ein Problem gemacht, das dann mit ihm kooperativ bearbeitet werden kann. Es entsteht ein „Fall“.

⁴ Hesser (2000) weist darauf hin, dass die Zumutung des Verlustes an Autonomie durch die Beschäftigung der Fürsorgeinstanzen mit dem Alltagsleben des Pflichtklienten deren subjektives Hauptproblem ist – also auch der beste Ansatzpunkt für deren Beteiligung am Problemlösungsprozess.

3.2. Die Konstruktion des Klienten

Der Terminus „Klient“ bzw. „Klientin“ hat in der Sozialarbeit eine lange Tradition. Immer wieder kritisiert, hat er bisher als universeller Begriff für das Gegenüber der SozialarbeiterInnen alle Versuche, ihn durch einen anderen Begriff zu ersetzen, glücklich überstanden. Erst in den letzten Jahren, mit dem Aufkommen von umfangreicher Literatur und von Ausbildungsgängen zum Sozialmanagement scheint er als zentraler Terminus ins Gedränge zu kommen. „Kunde“ und „Nutzer“ (anschließend an das englische „User of Social Services“) werden in manchen Organisationen und tw. in der Literatur als Alternative verwendet.

Ich will hier nicht den Diskurs zum Kundenbegriff aufgreifen, sondern weiterhin am Begriff „KlientIn“ festhalten und dies nur kurz begründen:

- „Klient“ bezeichnet richtigerweise ein asymmetrisches Verhältnis zwischen dem Professionellen und seinem Gegenüber. Die Asymmetrie wird durch ein Berufsethos, eine Verpflichtung auf die Förderung der Autonomie der Klienten und auf ein Agieren in deren Interesse hinterfüttert.
- In der bei weitem überwiegenden Zahl der Fälle sind KlientInnen eben nicht KundInnen, weil sie nicht für eine Dienstleistung bzw. eine Ware zahlen. KlientInnen haben daher eine wesentlich geringere Chance, über die Entscheidung, welchen Dienst sie in Anspruch nehmen, die Entwicklung der Branche zu beeinflussen.
- Ich halte die Unterscheidung zwischen einer Fallbearbeitung durch die professionelle Sozialarbeit und der Erbringung einer Dienstleistung (z.B. Essen auf Rädern) für keineswegs vernachlässigbar. Die Fallbearbeitung unterliegt einer anderen Ablauflogik und die zugrundeliegende Beziehung muss anders gestaltet werden. Während Dienstleistungen für „Kunden“ erbracht werden, ist die unterstützende Bearbeitung einer

Lebenssituation auf die Mitarbeit der KlientInnen angewiesen, die durch die SozialarbeiterInnen bestenfalls stimuliert werden kann. Der Klientenbegriff markiert für mich damit die Grenze zwischen Dienstleistung und methodischer Sozialarbeit.

Wie Pincus und Minahan (1990) halte ich die Unterscheidung zwischen KlientInnen und potenziellen KlientInnen für sinnvoll. Unter KlientIn wären dann die Personen zu verstehen, mit denen es zu einem (möglicherweise bloß mündlichen, möglicherweise sogar unausgesprochenen, aber durch konkludentes Handeln für beide Seiten offensichtlichen) (Zusammen-) Arbeitsvertrag gekommen ist.

Wichtiger als die Frage der Terminologie ist allerdings für unser Thema die Frage nach dem Verhältnis der Diagnose zum Klienten bzw. der Klientin. In meinem Verständnis von Sozialer Diagnose ist es nicht der Klient, der diagnostiziert wird, sondern seine Lebenssituation. Das hat weitreichende Auswirkungen auf die → Inszenierung der Diagnostik und auf ihre möglichen Inhalte:

Wenn die Lebenssituation der KlientInnen Gegenstand der Sozialen Diagnose ist, dann sind die KlientInnen nicht Gegenstand, sondern Beteiligte am Prozess der Diagnose. Wenn weiters der Unterstützungsprozess als kooperativer Prozess verstanden wird, dessen entscheidende Leistungen oft durch den Klienten erbracht werden, gewinnt die Eigendiagnose der Klienten eine überragende Bedeutung. Eigene diagnostische Leistungen der Experten sind damit allerdings nicht ausgeschlossen, sondern ein notwendiges Instrumentarium, um den Dialog mit den Klienten zu fokussieren und um die Sozialarbeiter zu befähigen, eigenständige Beiträge zum Diskurs mit dem Klienten leisten zu können.

Die KlientInnen sind also die → „Ankerpersonen“ der Diagnose: Sie sind Zentrum der zu untersuchenden Welt. Die zu untersuchende Welt besteht allerdings auch aus ihrem Körper, ihrem Bewusstsein (sie berichten denn auch nicht nur über ihr Leben in der Welt, sondern

über ein Leben „unter der Bedingung von“ ihrem körperlichen Zustand und ihres Bewusstseinszustands.

In der Fallbearbeitung sind die KlientInnen die zentrale Referenz: Sie sind die Personen, die am Prozess zu beteiligen sind, die dessen Fortgang zu kontrollieren haben, deren Möglichkeit zur Beobachtung des Prozesses also auch bewusst hergestellt werden muss (zum Beispiel durch umfassende Information). Sie sind allerdings nicht „der Fall“.

Und noch etwas spricht m.E. für eine Unterscheidung zwischen KlientIn und „Problembeteiligten“ (Lüssi): Die herausgehobene Stellung des Klienten / der Klientin im Prozess der Fallbearbeitung. Gegenüber den KlientInnen müssen die SozialarbeiterInnen ihre fallbezogenen Aktivitäten offenlegen und verantworten. Ein personaler Klient sichert die Möglichkeit einer Debatte über den Sinn der professionellen Vorgangsweisen und schützt vor einer selbstreferenziellen Immunisierung der SozialarbeiterInnen gegen Kritik⁵.

⁵ Ich halte daher auch die manchmal anzutreffende Formulierung, „die Familie“ sei der Klient, für tendenziell gefährlich. „Die Familie“, vor allem eine krisengeschüttelte Familie, kann nicht mit einer Stimme sprechen und daher auch nicht ihre Sichtweise einbringen. Die Einzelpersonen in der Familie können das sehr wohl. Die Vorstellung von „der Familie“ als Klient eliminiert den steuernden Dialog zwischen Klient und Sozialarbeiter in der Fallbearbeitung und führt zu einer Diffusion der Verantwortung.

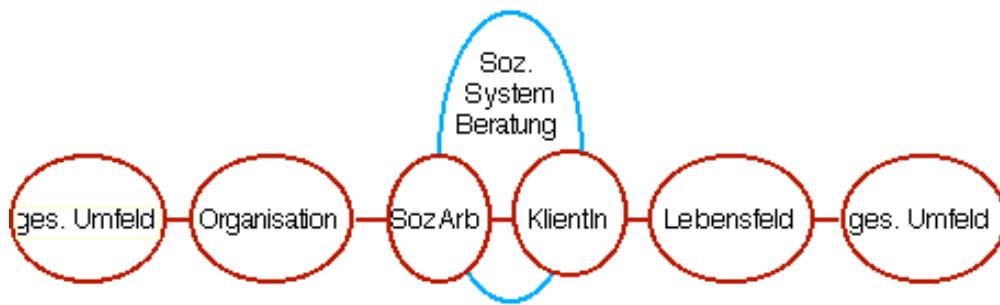
3.3. Die Konstruktion des Falles

Sind einige Voraussetzungen gegeben – formuliertes Problem, Feststellung der „Zuständigkeit“ der Organisation, Vorhandensein zumindest von potenziellen KlientInnen – so konstruiert die Sozialarbeit einen „Fall“.

Schattenhofer und Tiesmeier (2001:64) verweisen darauf, dass die Fallkonstruktion eine Leistung des Helfersystems ist:

“Ein Fall wird erst dann ein Fall, wenn ein Helfersystem beginnt, ihn als solchen zu definieren. Zuvor sind es Menschen in schwierigen oder gar verzweifelten Lebenssituationen. Erst durch das Daraufschaun wird eine solche Lebenssituation zu einem Fall für ein äußeres System. Wie dieser Fall betrachtet, erlebt und verstanden wird, steht in enger Beziehung zu der Person desjenigen oder derjenigen, die ihn betrachtet, in enger Beziehung zu dem System, in dem sie sich bewegt und das es ihr überhaupt ermöglicht bzw. sie dazu zwingt, diese Lebenssituation als Fall zu definieren.”

Ich möchte noch einen Schritt weitergehen: Der Fall ist nicht nur die durch die Brille der HelferInnen betrachtete Lebenssituation der KlientInnen, sondern ist die Konstellation von Organisation, Fachkraft, Klient und lebensweltlichem Umfeld, die erst durch die Konstruktion des Falls entsteht. Die Organisation und die HelferInnen sind also Teil des Falls, in dessen Zentrum die Beziehung KlientIn – SozialarbeiterIn steht.



Grafik 1: Der Fall

Regeln der Organisation, gesellschaftliche Aufträge, die Vorgangsweise des Sozialarbeiters, die Lebenssituation des Klienten, wichtige Personen in dessen Umfeld, seine Einbindung in ein soziales Milieu und in gesellschaftliche Funktionssysteme gestalten diese Konstellation, geben ihr ihr charakteristisches Gepräge. Strukturierend wirkt das Problem bzw. die Probleme, die Grundlage für die Kooperation von Sozialarbeiter und Klient sind.

Fallbezogene Diagnostik kann schon aus diesem Grund keine bloße Persönlichkeitsdiagnostik sein. Diese würde von vornherein einen Großteil des Arbeitsfelds der Sozialarbeit aus der Betrachtung ausschließen. Das methodische Instrumentar der Fallbearbeitung zielt ja in der Sozialarbeit auf das ganze oben dargestellte Spektrum, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung.

Einige der von mir in Kapitel 7 vorgestellten diagnostischen Verfahren haben ausdrücklich zum Ziel, das spezifische Fallgefüge zu erfassen und in eine übersichtliche Darstellung zu bringen – denn angesichts der Breite des skizzierten Fallverständnisses ist einsichtig, dass eine der größten Schwierigkeiten der Fallbearbeitung jene ist, die Übersicht zu gewinnen und zu bewahren, Strategien zu entwickeln, die tatsächlich auf das Fallgefüge zielen und nicht nur Ausschnitte ohne den Blick auf die Gesamtkonstruktion bearbeiten.

Ich habe an anderem Ort (Pantucek 2003c) bereits darauf hingewiesen, dass die Psychologisierung der Sozialarbeit eine Form der Komplexitätsverleugnung darstellt: „Sie ermöglicht die Flucht aus der Komplexität des Gegenstands der Sozialarbeit, ohne das Gelände völlig verlassen zu müssen. Die Konzentration auf das Psychische sichert den ExpertInnenstatus, und rettet doch vor der Zumutung des Umgangs mit zu hoher Komplexität. ... Für die Profession war diese Entwicklung existenzgefährdend. Wie schon Strotzka die Sozialarbeit als Psychotherapie für die Armen verstand, verstanden viele SozialarbeiterInnen ihren Beruf nun als verarmte Psychotherapie.“

Diese Entwicklung ist noch nicht ausgestanden. Psychologisierende Deutungsmuster „sind im letzten Jahrhundert in hohem Maße in das Alltagsbewusstsein diffundiert. Sie liegen damit sozusagen auf der Straße, müssen nur aufgegriffen werden, und werden auch aufgegriffen. Diese Erklärungsmuster sind als Bestandteil alltäglicher Deutungsmuster natürlich trivialisiert. Sie sind anschlussfähig, weil sie auch bei den KommunikationspartnerInnen, mit denen SozialarbeiterInnen zu tun haben, bereits als Deutungsmuster vorliegen. Die Legitimation ihrer Situationsdeutungen beziehen die SozialarbeiterInnen als Fachkräfte dann nicht aus ihrer Fachlichkeit (was hieße: zumindest partiell auch aus der Unzugänglichkeit ihrer Erhebungsverfahren und Entscheidungsfindung für andere), sondern aus der bloßen Tatsache ihres intensiveren Kontaktes zum Klientel“ (ebd.).

Ein Verständnis des sozialarbeiterischen Falls als problemstrukturierte Konstellation hat m.E. Chancen, diesem Sog der Psychologisierung zu entkommen. Ihre Anschlussfähigkeit zu neueren Konzepten der Sozialen Arbeit wie Case Management und Sozialraumorientierung ist gegeben, und die Realitätstauglichkeit bzw. Praxistauglichkeit erweist sich in dem Maße, in dem einem solchen Verständnis angepasste diagnostische Verfahren und Dokumentationssysteme in Verwendung kommen.

Ich will hier noch einmal festhalten, dass ich die Sozialarbeit mit diesem Fallverständnis nicht neu erfinde, sondern nur eine implizit in der sozialarbeiterischen Praxis bereits vorhandene Struktur beschreibe, in ein Bild zu setzen versuche, das dieser ohnehin statthabenden Praxis wiederum einen Begriff von sich selbst, von ihrer Struktur und Logik zur Verfügung stellt.

5. Muster und Komplexität

Wir haben also gesehen, dass diagnostizierende Handlungen (Exploration / Datensammlung und Deutung) den Beratungsprozess und die Ressourcenerschließung begleiten, oft ohne jemals in eine umfassende Diagnose zu münden. Was sind nun die gedanklichen Muster, die zu diesen laufenden Diagnosen herangezogen werden?

Wiedererkennungswert haben Situationen, die gedanklich gespeicherten „typischen“ Situationen ähnlich sind: die Situation eines misshandelten Kindes, die Verschuldungssituation, die Obdachlosigkeit etc.

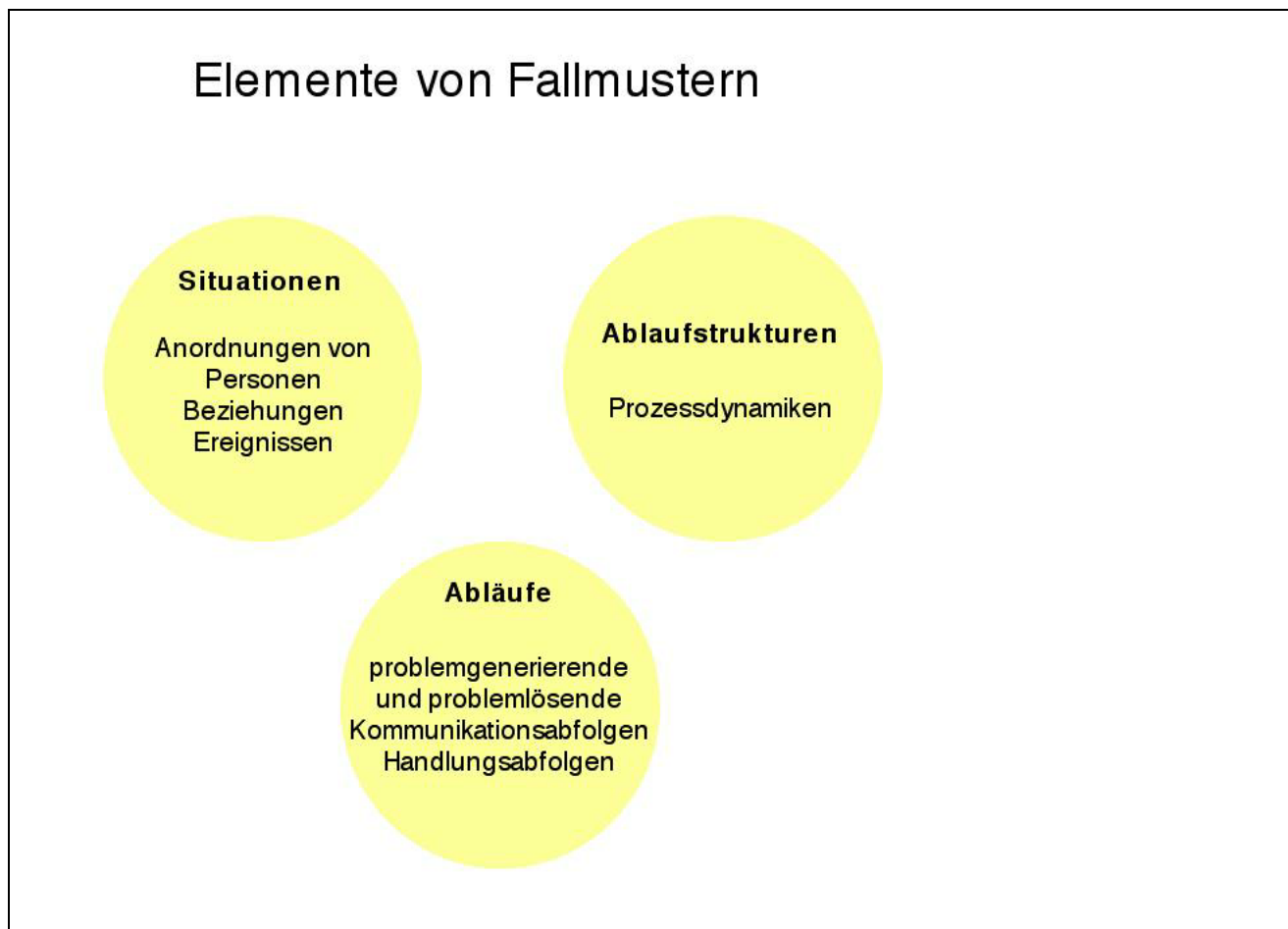
SozialarbeiterInnen, vor allem erfahrene, haben zahlreiche solcher „typischen“ Lebenssituationen gedanklich gespeichert, assoziieren sie zur aktuellen vom Klienten bzw. der Klientin geschilderten Situation. Sie kennen auch viele Varianten solcher Situationen und verfallen deshalb nicht dem Fehlschluss, man habe die Exploration bereits abgeschlossen, wenn die gedankliche Verbindung zu einem typischen Situationsmuster hergestellt wurde. Sie wissen über die Variationsbreite bescheid und über die Unterschiedlichkeiten des Erlebens, der von den Betroffenen konkret hergestellten Verknüpfungen und geistigen Bilder. Die Herstellung einer gedanklichen Verbindung zu einer „typischen“ Situation ist also nur ein Zwischenschritt zur Erstellung einer tatsächlich „passenden“ Diagnose, die fallbezogenes Handeln ermöglicht.

Die groben, noch relativ undifferenzierten Zuordnungen zu „typischen“ Mustern sind auch noch nicht Kennzeichen oder Domäne sozialarbeiterischer Fachlichkeit. Sie sind oft in ihrem Auflösungsgrad nicht feiner als die in den institutionellen Bearbeitungsprogrammen formulierten Problembeschreibungen. Sie erfüllen also noch nicht die Kriterien der Alltagspassung und Fallangemessenheit.

Das Wissen über (differenziert) typische Situationen ist wichtiger Bestandteil der beruflichen Kompetenz. Es ist aber nicht unabdingbarer Bestandteil, ohne den eine professionelle Vorgehensweise nicht praktikierbar wäre. In einer frühen Phase der

Berufstätigkeit oder bei untypischen oder noch nicht bekannten Mustern kann es durch größere Offenheit kompensiert werden: Man „entdeckt“ die Logik der Situation durch die Beschreibungen der KlientInnen. Die fallbezogene Offenheit und Neugier erweist sich also als die grundlegendere berufliche Fähigkeit.⁶

Die Elemente eines solchen Wissens über Problemsituationen zeigt die folgende Grafik:



Grafik 2: Elemente von Fallmustern

Am Beispiel eines sehr groben Fallmusters expliziert: Für den Typus „Spieler in späterer Phase der Spielsucht“ findet sich unter „Situationen“ z.B. die zerbrechende Ehe, die zahlreichen Schulden, die durch die Schulden verarmten sozialen Beziehungen. Unter

⁶ Sozialarbeit ist tatsächlich ein GeneralistInnenberuf. Viele SozialarbeiterInnen wechseln im Laufe ihrer beruflichen Karriere mehrmals die „Branche“ und damit auch das Feld „typischer“ Situationen.

„Abläufe“ finden wir typische Mikrostrukturen des Handelns, z.B. das Nichtöffnen von Briefen, habitualisiertes Lügen etc.⁷, unter „Ablaufstrukturen“ die Dynamik von Spielen, Verschuldung, Hoffnung auf Lösung durch den großen Gewinn, weitere Verschuldung, Isolierung.

Die Kenntnis von typischen Situationen, Abläufen und Ablaufstrukturen ermöglicht

- den Vergleich des Musters mit dem Fall und so die Unterscheidung von Allgemeinem und Besonderem.
- „Normalisierung“ als Beratungsstrategie („ja, so geht es einem in einer Situation wie dieser“).
- die Antizipation möglicher weiterer Entwicklungen.
- das Einspielen von bereits erprobten Lösungsmustern als Vorschlag / Anregung.
- „Verstehen“ als Modus, um Nähe aufrechterhalten und die Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen realistisch einschätzen zu können.
- kontextexplorierende Gesprächstechniken bei sehr engen / kargen Problembeschreibungen.
- das Erahnen von Problemkonstellationen, die von Fallbeteiligten noch nicht thematisiert wurden, durch das Wiedererkennen einzelner „Symptome“.

Typische Konstellation und Ablaufstrukturen sind vorerst Modelle, die gemeinsame / ähnliche Merkmale hervorheben und Differenzen beiseitelassen. Anders wäre ihre Konstruktion gar nicht möglich. Als Modelle (Bilder, Metaphern) können sie Ablauflogiken verdeutlichen. Ob die modellierte Ablauflogik sich auch im Einzelfall findet, bedarf allerdings einer konkreten Überprüfung.

⁷ Eine eindeutige Unterscheidung zwischen problemlösenden und problemgenerierenden Handlungen ist kaum möglich: viele „objektiv“ problemgenerierende oder problemverschärfende Handlungen wie die hier genannten sind in der konkreten Handlungssituation für die Akteure problemlösende bzw. problemvermeidend: das Nichtlesen der Briefe bewahrt mich vor aktueller Verzweiflung über meine aussichtslose finanzielle Lage. Holzkamp wies bereits darauf hin, dass Menschen sich nie bewusst schaden können (1984).

Die beschriebenen Konstellationen und Ablaufstrukturen bezeichnen i.d.R. keine quasi-naturhaften Vorgänge, sondern beschreiben das Ineinanderwirken von Akteuren in einer gegebenen gesellschaftlichen Konstellation. Sie sind voraussetzungsvoll: Die Dynamik des Trennungsprozesses eines Ehepaares „lebt“ von zahlreichen Faktoren: von der rechtlichen Situation; von den gängigen Hoffnungen und Erwartungen, die sich in der gegebenen Kultur mit der Ehe verbinden; von den Vorstellungen über Geschlechterrollen; von den Rollenbildern von Eltern und anderen Verwandten; von den Möglichkeiten für beide Geschlechter, ihr Leben zu finanzieren usw. usf. – das „normale“ Muster kann also in verschiedenen Gesellschaften und/oder Gesellschaftsschichten und/oder Subkulturen durchaus unterschiedlich aussehen, aber auch innerhalb einer gesellschaftlichen Gruppe ist die Variationsbreite groß. Menschen können vom Gängigen abweichende Vorstellungen haben, die im Fall einer Trennungskrise zu anderen emotionalen Reaktionen und anderen Handlungsstrategien führen. Ihre ökonomische Lage kann eine andere Grundkonstellation schaffen, sie haben möglicherweise ihre Ehe nie als „Liebesehe“ definiert, andere Entwicklungen und Ereignisse in ihrem Leben machen die Trennungskrise ev. zu einem vergleichsweise wenig bedeutenden Ereignis.

Trotz dieser Einschränkungen der universalen Gültigkeit haben bestimmte Problemkonstellationen mitunter für die in ihnen „gefangenen“ Personen eine nahezu materielle Realität. Sie fühlen sich selbst in ihren Handlungsmöglichkeiten radikal eingeschränkt, erleben einen Verlust an subjektiver Autonomie, sehen sich als „getrieben“ von der Situation (obwohl sie von anderen als „Täter“ identifiziert werden mögen). Eben deshalb sind sie dann bereit, Hilfe zu suchen oder anzunehmen.

Wenn wir solche Problemmuster mit der Konstruktion der „Krankheit“ in der Medizin vergleichen, so sehen wir einerseits Ähnlichkeiten, andererseits aber auch gravierende Differenzen. Die Ähnlichkeit besteht in der Möglichkeit der Benennung des Musters, der Beschreibung einer Ablaufdynamik, von Symptomen und möglichen Komplikationen. Die Differenzen beruhen darauf, dass der Körper als Ort der Krankheit ein zwar ziemlich komplexes, jedoch vergleichsweise gut bekanntes System mit einer relativ geringen Variationsbreite ist und seine Grenzen eindeutiger scheinen, während die sozialen Systeme, die Probleme konstituieren, keine eindeutigen Grenzen haben, die

Variationsbreite sehr groß ist, die Anschaulichkeit gering und die Akteure eigensinnig sind. Ist bei somatischen Zuständen eine Unterscheidung zwischen normal / funktional und abnormal / disfunktional naheliegend, ist diese Unterscheidung bei den „Problemen“ fragwürdig.

Während „Krankheiten“ i.d.R. als Unglück oder zumindest als unangenehm empfunden werden, kann dies für die Problemmuster nicht nur nicht uneingeschränkt, sondern grundsätzlich nicht gelten. Wir haben über die politisch bestimmte (normative) Markierung bestimmter Sachverhalte als „Soziales Problem“ gesprochen. Bei vielen dieser daran geknüpften Muster wäre genauso denkbar, dass sie gesellschaftlich als normale Erscheinungsform menschlichen Lebens gelten (z.B. gilt das auch für unser Beispiel der Trennungskrise). Abweichend zur gesellschaftlichen Definition als Problem können auch einzelne oder alle Beteiligte an einer Situation diese als „normal“ einstufen: als ihnen zustehende oder zuge dachte Lebensweise, als notwendige zu bewältigende Lebens- oder Entwicklungsaufgabe. Die Tatsache, dass sie an bestimmten Aspekten dieser Situation leiden mögen, ändert daran nichts: wie jede und jeder weiß, besteht das Leben aus Freude und Leid.⁸ Der Anteil des Leids wird mitunter sogar dadurch vergrößert, dass „eine Situation wie diese“ von der Gesellschaft als „Soziales Problem“ eingestuft wird: Die Dynamik wird verändert, man wird der Kontrolle und Repression ausgesetzt etc. – die Diskussion über das „Rauschgiftproblem“ arbeitet sich an diesem scheinbaren Paradox ab.

Gerade am letztgenannten Beispiel zeigt sich, dass die Markierung als „Soziales Problem“ und das gesellschaftliche Bearbeitungsprogramm selbst als Voraussetzungen in die Ablaufmodelle eingehen. Die „typische“ „Drogenkarriere“ ist eben unter anderem von der Illegalisierung bestimmter Rausch- und Suchtmittel bestimmt und charakteristische

⁸ „Denn eine Gesundheit an sich gibt es nicht, und alle Versuche, ein Ding derart zu definieren, sind kläglich missraten.“ meint Nietzsche (o.J.: 117). Und weiter über die Gesundheit der Seele: „...welche freilich bei dem einen so aussehen könnte, wie der Gegensatz der Gesundheit bei einem anderen. Zuletzt bliebe noch die große Frage offen, ob wir der Erkrankung *entbehren* könnten ...“ Was Nietzsche hier über körperliche und seelische Gesundheit schreibt, sollte zumindest vorsichtig machen, wenn von „Krankheiten“ sozialer Beziehungen gesprochen wird.

Problemkonstellationen (z.B. die sogenannte Beschaffungs-Kriminalität und die Gefahr der durch Qualitätsschwankungen der Produkte unbeabsichtigt hervorgerufenen Überdosierung) wären unter anderen logistischen Bedingungen kaum zu beobachten⁹.

Ist bei Krankheiten der Ort ihres Erscheinens der Körper, so ist es bei den Problemkonstellationen, mit denen Sozialarbeit zu tun hat, der Alltag, die Lebensführung.

Wir sehen also, dass das Problemmuster, das als Modell verwendet wird und das in der Regel einen kategorisierenden Namen hat („Trennungskrise“ wäre eine sozialarbeiterische Benennung, das politisch definierte „Soziale Problem“ heißt „Scheidung“ bzw. allgemeiner: „hohe Scheidungsrate“) nur bedingt die Qualität einer Krankheitsdiagnose bietet: Während der „Krankheit“ Strategien der „Heilung“ zugeordnet sind, ist beim Problemmuster vorerst durchaus unklar, ob es um eine „Beseitigung“ dieses Musters gehen kann und/oder soll: Ob dies die Betroffenen wünschen, ob es ihnen überhaupt etwas nützen würde, ob die „Heilung“ mit vertretbarem Aufwand möglich ist und ob dadurch nicht noch größere Probleme für die Betroffenen oder andere entstehen würden. Soziale Probleme werden durch die Programme eher prozessiert als gelöst, und die Problembearbeitung kann durchaus dezentriert sein: Bewährungshilfe zielt nicht auf die Delinquenz als solche, sondern versucht die soziale Einbindung des Probanden zu verbessern; akzeptierende Drogenarbeit nimmt die Drogenabhängigkeit inklusive einer Reihe von sozialen und lebensweltstrukturierenden Folgen als gegeben hin und zielt auf die Minimierung von Risiken für Leben und Gesundheit unter diesen Rahmenbedingungen.

Was Problemmuster leisten können, wurde bereits oben beschrieben. Was sie nicht leisten können, ist der Ersatz einer genauen fallbezogenen Diagnose. Die Feststellung, dass wesentliche Elemente eines bekannten Problemmusters im gegebenen Fall beobachtbar sind, gibt noch kaum einen Hinweis darauf, welche Probleme subjektiv zur

⁹ Dafür aber möglicherweise andere durchaus gleichermaßen problematische Konstellationen. Es geht mir hier nicht um ein Plädoyer für die Legalisierung aller Rausch- und Suchtmittel, sondern nur um die Darstellung der Formung der Probleme durch ihre Bearbeitung.

Lösung anstehen und für welche Problemlösungsstrategien die beteiligten Personen bereit sind (was in einem notwendig kooperativen Prozess aber eine, wenn nicht *die* Kernfrage ist).