

# ZUR UNHINTERGEHBARKEIT VON DIAGNOSE<sup>1</sup>

MARK SCHRÖDTER

*Universität Bielefeld im Februar 2003*

Sobald man behauptet, ein Teil der Mitglieder einer Population hätte etwas gemeinsam, das sie von Mitgliedern anderer Populationen unterscheidet, hat bereits Klassifikation bereits stattgefunden (vgl. Kendell 1978: 7). Sozialpädagogen müssen solche Aussagen treffen, denn sie sehen für unterschiedliche Fälle unterschiedliche Interventionsmaßnahmen vor. Dies gilt zumindest dort, wo Soziale Arbeit unter der Rücksicht der Krisenintervention thematisch ist. Diese Krisenintervention ist zwar nur ein Teil dessen, was Sozialpädagogen in ihrem Alltag tun. Aber sie ist Kern und somit Konstitutivum professionalisierten sozialpädagogischen Handelns.

Krisenintervention im engeren Wortsinne ist nämlich zu unterscheiden von jenen Formen sozialpädagogischer Praxis, die im Modus der Sozialisation im Sinne des Begleitens oder Unterstützens vollzogen wird. Während das Ziel von Krisenintervention die Wiederherstellung von Autonomie, also die Restitution der psychischen Integrität des Klienten darstellt, geht es in sozialisatorischen Praxis mit dem Klienten um die Unterstützung und Begleitung seiner autonomen Lebensgestaltung.

Diese Unterscheidung ist deshalb zentral, weil sie den Bereich markiert, in dem Diagnose und Klassifikation Anwendung finden. Während nämlich die stellvertretende Krisenintervention im Modus professionalisierten Handelns nur auf Basis einer Expertise möglich ist, verbietet sich diese Expertise für die Begleitung der autonomen Lebensgestaltung. Denn die autonome Lebenspraxis würde durch eine Expertise nicht nur bevormundet, sie würde in ihrer Autonomie technokratisch zerstört werden.

In der Medizin ist diese Unterscheidung zwischen Krisenintervention und Begleitung institutionalisiert als Unterscheidung zwischen ärztlicher Intervention und Pflege. Die Unterscheidung hat also einen materialen Hintergrund und ist nicht lediglich Resultat von performativer Kompetenzdarstellung oder professionspolitischen Statuskämpfen. In der Sozialen Arbeit dagegen ist diese Trennung beruflich nicht institutionalisiert – wahrscheinlich ist dies aufgrund des kaum vorhandenen technisch-ingenieurales Aspektes in der Regel auch nicht notwendig –, man findet jedoch häufig eine personale und vielleicht auch arbeitsfeldspezifische Differenzierung vor.

Das Hilfeplanverfahren dagegen ist der paradigmatische Ort, an dem Krisenintervention stattfindet.<sup>2</sup> Daher ist das Hilfeplanverfahren der herausgehobene Ort der Diagnose.

Aushandlung des  
Arbeitsbündnisses

---

<sup>1</sup> Vortragsmanuskript für die Fachtagung: „4. Marienfelder Gespräche: Soziale Arbeit unter den Bedingungen der Ungewissheit“, gefördert vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW, Marienfeld. vgl. auch: Schrödter (2003).

Zwar wird im Hilfeplanverfahren auch ausgehandelt und muß notwendig ausgehandelt werden. Zentraler Aushandlungsgegenstand des Hilfeplanverfahrens ist das Arbeitsbündnis. Es wird ein Einverständnis über die Situation und die erwarteten Konsequenzen „ausgehandelt“ (Habermas 1983: 144).<sup>3</sup> Mit Jürgen Habermas, bei dem ja explizit von „Aushandlung“ die Rede ist, kann man sagen, daß sich dieses Einverständnis auf die objektive, soziale und subjektive Welt beziehen kann. Entsprechend den drei Funktionen von Sprechakten ist dann das Ziel von Aushandlung ein intersubjektiv geteiltes propositionales Wissen, normative Übereinstimmung und reziprokes Vertrauen (vgl. Habermas 1983: 147) in Hinblick darauf wie geholfen werden soll, was das Problem darstellt und daß die helfende Instanz es mit der Hilfe erst meint.

Die Hilfeplanung *dient* aber nicht der „Aushandlung“ des Arbeitsbündnisses. Dies ist sekundär, weil – trivialerweise – abgeleitet von der Funktion des Hilfeplanverfahrens als Planung der einzuleitenden Maßnahmen. Dieser wesentliche Gegenstand des Hilfeplanverfahrens als zentraler Ort sozialpädagogischer Intervention ist absolut nicht aushandlungsfähig.<sup>4</sup> Im Hilfeplanverfahren geht es ja darum, die objektive Problemkonstellation zu klären und eine geeignete Hilfe zu finden. Diese Problemkonstellation schließt auch das (subjektive) Bedürfnis des Klienten ein, welches ja von dem Bedarf zu unterscheiden ist. Bedarfe sind immer aushandlungsbedürftig. Ein Bedarf, als das in einer bestimmten Lage Benötigte, bezeichnet eine erforderliche Verbrauchsmenge, die immer auf ein durchschnittliches Maß bezogen ist, das einer oder mehrerer Personen in Bezug auf einen Bemessenszeitraum gemessen an gesellschaftlichen Standards zugestanden ist. Und diese Standards müssen gesellschaftlich ausgehandelt werden.

Die Feststellung der Problemkonstellation aber ist eine Problemdiagnose. Diese Diagnose muß mehr sein als soetwas wie eine „dichte Beschreibung“ (Geertz 1973), nämlich eine auf Klassifikationssystemen basierende Diagnose und sie kann nicht ausgehandelt werden.

So ist es grundsätzlich nicht möglich, den Klienten in den diagnostischen Prozeß selbst miteinzubeziehen.<sup>5</sup> Dies wird häufig fälschlicherweise aus dem Faktum der „Ko-Produktion“ gefolgert. Diese Partizipation am Deutungsprozeß wird entweder normativ gefordert, oder mit der Wirksamkeit der Intervention begründet, die nur gelinge, wenn der Klient beteiligt sei. Dies geht ja mittlerweile so weit, daß sogar in Hilfeplanformularen ein Feld vorgesehen ist für das – wie es sich nennt – „Problem aus der Sicht der

Warum Diagnoser nicht ausgehandelt werden können

---

<sup>2</sup> Dies ist nicht so zu verstehen, daß hier unmittelbar sozialpädagogische Arbeit stattfinden würde. Aber das Hilfeplanverfahren kann als der sozialstrukturelle Ort betrachtet werden, in dem die wichtigsten diagnostischen Entscheidungen getroffen und immer wieder revidiert und neu festgeschrieben werden müssen.

<sup>3</sup> Vgl. dazu die anschaulichen empirischen Studien, die im Rahmen der Entwicklung des Symbolischen Interaktionismus durchgeführt worden sind. Für die Soziale Arbeit vgl. schon Kuhn (1961). Für die Rechtspflege vgl. Hosticka (1979), für die Medizin vgl. Anderson (1979), Freidson (1961) und Roth (1961).

<sup>4</sup> Ebenso wenig ist eine Tatsachenfeststellung, etwa eine Behauptung über die erfahrbare Welt in der Wissenschaft nicht aushandlungsfähig. Aushandlungsbedürftig sind dagegen die normativen Standards, nach denen wir beispielsweise einen Satz als Basissatz anerkennen, oder die normativen Standards der Qualität von Theorien beurteilen (vgl. Pähler 1986; Albert 1968).

<sup>5</sup> Das ist keine Frage des guten Willens sondern betrifft die erkenntnistheoretische Frage nach der Geltung von Deutungen (vgl. dazu Schrödter 2003).

Familie“. Was soll aber diese – möglicherweise von der Familie selbst formulierte – Problembeschreibung anderes sein, als ein Text? Im Extremfall stehen sich zwei Deutungen gegenüber: Die Deutung des Klienten und die Deutung des Sozialarbeiters. Was soll nun damit geschehen? Es müßte doch ein Dritter hinzutreten und beide Texte interpretieren und einen neuen Text produzieren. Da es hier ja nicht um die Vermittlung von konstitutiv antagonistischen Interessen handelt, sondern um die – sagen wir mal neutral – Bestandsaufnahme einer Problemkonstellation, muß sich dieser Text auf den Klienten beziehen. Es muß ein Fall konstruiert werden durch Rekonstruktion der Problemkonstellation. In diese Fallrekonstruktion muß notwendig jede Äußerung des Klienten eingehen, egal in welcher Form sie vorliegt. Lediglich den Klienten zu zitieren, ist günstigstenfalls eine Verschiebung, schlimmstenfalls eine Vermeidung des Diagnoseproblems.

Bezeichnend für die Vermeidung des unhintergehbaren Diagnoseproblems ist die Sicht, man wolle die Klientin nicht lediglich zur Datenliferantin degradieren (vgl. Merchel 2003: 9). Wenn es um die Feststellung einer Problemsituation geht, sind aber alle Äußerungen der Klientin nichts weiter als Text, im Extremfall kann dies sogar eine höchst aufgeklärte, selbstreflexive Einsicht in die eigenen Lebenssituation sein. Ob es sich hier aber um eben diese aufgeklärte, selbstreflexive Einsicht handelt, oder um eine individual-pathologische oder kollektiv-ideologische Verzerrung, kann nur vom Sozialpädagogen beurteilt werden. Eine Alternative ist nicht denkbar. Daher handelt es sich bei der Unterscheidung zwischen der Klientin als „Datenliferantin“ und der Klientin als gleichwertige „Partnerin“ im diagnostischen Prozeß um einen irreführenden Versuch, eine Unterscheidung einzuführen, wo sich keine Unterscheidung ziehen läßt.

Worum es in solchen Debatten geht, ist das Problem der Geltung der Deutungen der Sozialarbeiter. Man wendet sich dagegen, daß Sozialarbeiter mit vermeintlich höherwertigem Wissen über den Klienten richten und ihn bevormunden.

Mit der stellvertretenden Krisenbewältigung ist der Anspruch erhoben, lebenspraktische Krisenkonstellationen besser bewältigen zu können als die vertretene primäre Lebenspraxis selbst. Formen sekundärer Krisenbewältigung müssen sich daher unter Rekurs auf eine Geltungsquelle legitimieren, die ihr Handeln verbürgt. Ulrich Oevermann bezeichnet diese Geltungsquelle mit dem traditionellen Begriff der „Macht des Geistes“. Diese Macht des Geistes kann verschiedene Formen annehmen. In modernen Gesellschaften wird diese durch die methodisierte Geltungsüberprüfung in der Form der Wissenschaft verbürgt. Wissenschaft produziert, rekonstruiert und kritisiert Wissen. Wissen konstituiert sich aus praktisch bewährten, in Begriffen des Allgemeinen rekonstruierten und somit als Wissen aufgehobenen Lösungen von praktischen Problemen. (vgl. Oevermann 2000). Wissen ist also Routine, und entsprechend Wissensanwendung ein Problem der Subsumtion des krisenhaft Neuen unter die Routine. Dieser Widerspruch der routinisierten Anwendung des Allgemeinen auf die Krisenkonstellation einer individuierten Lebenspraxis, also der stellvertretenden Bearbeitung von praktischen Problemen auf Basis von der Praxis entthobener, universalistischer Methodik, Standards und Wissen ist das Konstitutivum professionalisierten Handelns.

Unhintergebarkeit  
Klassifikatorischer  
Diagnostik

Aufgrund dieser Spannung wird auch der Sozialarbeiter, Rechtsanwalt oder Arzt, der eine Kollegin aufsucht, gleichermaßen zum Klienten. Es geht hier also nicht um die performative Inzenierung des Expertenstatus qua Wissensgefälle. Vielmehr impliziert der Klientenstatus die Unfähigkeit, in der Haltung der für die Wissenschaftlerin charakteristischen Neutralität auf methodisiertes Wissen zur stellvertretenden Bearbeitung einer Krise zurückzugreifen.

Klassifikationssysteme stellen die höchste Form solchen methodisierten Wissens dar. Es ist das methodisierte, praktisch bewährte und codifiziert niedergeschriebene Wissen einer Profession über die Problemkonstellationen mit denen sie betraut ist. Sehen wir uns einmal ein Beispiel für eine solche Form bewährten Wissens an:

Klassifikations-  
systeme

**Diagnostische Leitlinien:**

„Das wesentliche Merkmal dieser Störung ist ein Muster mit durchgehend negativistischem, feindseligen, aufsässigen, provokativen und trotzigem Verhalten, welches deutlich außerhalb des normalen Verhaltens bei einem gleichaltigen Kind im gleichen soziokulturellen Kontext liegt. Ernsthaftere Verletzungen der Rechte anderer [...] fehlen. Kinder mit dieser Störung neigen dazu, häufig und aktiv Anforderungen oder Regeln Erwachsener zu mißachten und überlegt andere Menschen zu ärgern. Sie sind oft zornig, übelnehmerisch und verärgert über andere Menschen, welchen sie die Verantwortung für ihre eigenen Fehler oder Schwierigkeiten zuschreiben. Generell haben sie eine geringe Frustrationstoleranz und werden schnell wütend. Typischerweise hat ihr Trotz eine deutlich provokative Qualität, so daß sie Konfrontationen hervorrufen. Sie legen ein exzessives Maß an Grobheit, Unkooperativität und Widerstand gegen Autorität an den Tag. Dieses Verhalten ist häufig viel offensichtlicher bei Interaktionen mit Erwachsenen oder Gleichaltrigen, die das Kind gut kennt“.

Es handelt sich hier um die Diagnostische Leitlinie zur „Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten“ aus dem ICD-10, Kategorie F91.3.

Man kann diese diagnostische Klassifikation als Ausdruck einer Psychologie interpretieren, die nicht nur soziale Probleme individualisiert, sondern darüberhinaus der herrschaftlichen Disziplinierung der Resistenz von Lebenspraxis als konstitutiver Wesenskern ihrer Autonomie verschrieben ist. So schließt nämlich diese diagnostische Leitlinie mit der Feststellung: „Während einer klinischen Untersuchung können die Hinweise auf die Störung fehlen“. Man könnte geneigt sein, solche Diagnosen könnten beliebig jedem adoleszenten Jugendlichen vergeben werden, der den selbsternannten Experten als Bewahrer von gesellschaftlicher Normalität ein Dorn im Auge ist.

Allerdings heißt es unter der allgemeinen Bestimmung zu den „Störungen des Sozialverhaltens“ (F91)

„Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens charakterisiert. In seinen extremsten Auswirkungen beinhaltet dieses Verhalten größte Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen. Es soll schwerwiegender sein, als gewöhnlicher kindischer Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit. Einzelne dissoziale oder kriminelle Handlungen sind allein kein Grund für die Diagnose, für die ein andauerndes Verhaltensmuster gefordert ist“.

Was hier deutlich wird, ist die geforderte hermeneutische Kompetenz, denn diagnostische Klassifikationssysteme können nicht in einer Checklisten-Mentalität angewandt werden. Sie sind selbst in höchstem Maße ausdeutungsbedürftig, anders ist ein Klassifi-

kationssystem gar nicht denkbar. Denn als von der konkreten Lebenspraxis Losgelöste sind ihre Kategorien notwendig abstraktes Allgemeines. Jenseits von nicht-sinnstrukturierten Störungen – wie etwa Infektionskrankheiten – können sie keinen systematischen Zusammenhang zwischen Problemkonstellation, Ätiologie und Therapie herstellen. Sie stellen die Problemkonstellation lediglich deskriptiv dar, aus ihnen folgt also weder eine Ursachenanalyse noch ein Behandlungsplan. Diagnostische Klassifikationssysteme sind daher für die unmittelbare Interventionspraxis mit dem Klienten völlig unbrauchbar. In der sozialpädagogischen Interventionspraxis geht es um die hermeneutischen Deutungsleistungen, die immer einzelfallbezogen sind. Aber insofern der Einzelfall als Fall immer auch ein Allgemeines konstituiert können unterscheidbare Problemkonstellation klassifiziert werden. Ungeachtet dessen, das die etablierten Klassifikationssysteme extrem kritisierungsbedürftig sind, so bringen sie doch die Trennung zwischen diagnostischem Fallverstehen und diagnostischer Subsumtion sehr klar zum Ausdruck. Bei Ärztinnen findet sich diese Unterscheidung etwa darin wieder, daß zwar die Fremddiagnosen von Kollegen respektiert werden, sie aber niemals auf dieser Basis den Klienten behandeln würden – obwohl dies ja aufgrund der stark ausgeprägten technisch-ingenieuralen Dimension möglich erscheint. Darin kommt aber meines Erachtens weniger ein Mißtrauen gegenüber der Diagnose der Kollegen zum Ausdruck, als vielmehr die selbstverständliche Haltung, daß klassifikatorische Diagnostik zwar eine sinnvolle Orientierungsgröße darstellt, für die Interventionspraxis aber völlig ungeeignet ist. Diese Trennung zwischen diagnostischer Klassifikation und diagnostischem Fallverstehen wird in jener Checklistendiagnostik, die in der Sozialen Arbeit so gern von der Praxis aufgenommen wird, völlig eingeebnet. Hier ist das Klassifikationssystem gar nicht mehr von der diagnostischen Methode zu unterscheiden und damit beides das hermeneutische Fallverstehen ebenso verunmöglicht, wie die diagnostische Klassifikation.

Sozialpädagogische Professionalität braucht aber beides: Fallverstehen und Subsumtion. Subsumtionskataloge, wie Klassifikationssysteme sie darstellen, sind als methodisierte Geltungsbasis Moment formaler Begründungsrationalität von Professionen. Es stellt sich daher die Frage gar nicht, ob wir soetwas wie diagnostische Klassifikationssysteme brauchen. Der nicht mehr aufhaltbare Zug des Professionalisierungsprojektes Soziale Arbeit erfordert es, daß wir Klassifikationssysteme entwickeln, um diese kritisieren zu können und fortwährend weiterzuentwickeln.

## **Literatur**

- Albert, H. 1968. Traktat über kritische Vernunft (5. verb.u.erw. Aufl., 1991). Tübingen.
- Anderson, W.T./ Helm, D.T. 1979. The physician-patient encounter: process of reality negotiation. In: E.G. Fago (Hrsg.) Patients, physicians and illnesses. New York: The Free Press. 259-271.
- Freidson, E. 1961. Dilemmas in the doctor-patient relationship. In: A.M. Rose (Hrsg.) Human behavior and social processes. An interactionst approach. London: Routledge & Kegan Paul. 207-224.
- Geertz, C. 1973. Thick Description: Toward an interpretive theory of culture. In: C. Geertz (Hrsg.) The interpretation of cultures. Selected Essays. New York: Basic Books. 3-30.
- Habermas, J. 1983. Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln. In: J. Habermas (Hrsg.) Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt/M.: Suhrkamp. 127-205.
- Hosticka, C.J. 1979. We don't care about what happened, we only care about what is going to happen: lawyer-client negotiations of reality. In: Social Problems.

- ICD-10. 1992. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (2. korr. u. bearb. Aufl. Hrsg. v. Weltgesundheitsorganisation/ H. Dilling/ W. Mombour/ M.H. Schmidt, 1993). Bern: Hans Huber.
- Kendell, R.E. 1978. Die Diagnose in der Psychiatrie. Stuttgart: Enke.
- Kuhn, M.H. 1961. The interview and the professional relationship. In: A.M. Rose (Hrsg.) Human behavior and social processes. An interactionst approach. London: Routledge & Kegan Paul. 193-206.
- Merchel, J. 2003. "Diagnose" in der Hilfeplanung: Anforderungen und Problemstellungen. In: neue praxis.
- Oevermann, U. 2000. Das Verhältnis von Theorie und Praxis im theoretischen Denken von Jürgen Habermas - Einheit oder kategoriale Differenz? In: S. Müller-Doohm (Hrsg.) Das Interesse der Vernunft. Rückblicke auf das Werk von Jürgen Habermas seit 'Erkenntnis und Interesse'. Frankfurt/M.: Suhrkamp. 411-464.
- Pähler, K. 1986. Qualitätsmerkmale wissenschaftlicher Theorien: Zur Logik und Ökonomie der Forschung. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Roth, J.A. 1961. The treatment of tuberculosis as a bargaining process. In: A.M. Rose (Hrsg.) Human behavior and social processes. An interactionst approach. London: Routledge & Kegan Paul. 575-588.
- Schrödter, M. 2003. Zur Unhintergebarkeit von Diagnose. Klassifikation in der Sozialen Arbeit. In: Widersprüche, Nr. 88, 85-100.