Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 48 (2022)
Heft: 3

Artikel: Diagnostik in der sozialen Arbeit : "Ich muss sagen können, was ich wie warum mache"

Autor: Güdel, Heike / Mezzera, Tanya / Pantuek-Eisenbacher, Peter

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-981590

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Diagnostik in der Sozialen Arbeit: «Ich muss sagen können, was ich wie warum mache»

2022-3
Jg. 48
S. 31 - 37

Soziale Diagnostik bezieht sich auf die Erfassung individueller und umgebungsbezogener Ressourcen, Stärken, Einschränkungen und Belastungen der Betroffenen – mit einem besonderen Fokus auf die soziale Dimension. Drei Expert:innen aus der Forschung und der Praxis berichten über ihre Erfahrungen mit der Sozialen Diagnostik, die im Rahmen der Tagung Soziale Arbeit und Sucht[1] kontrovers diskutiert wurde. Dabei zeigt sich, dass die Soziale Diagnostik in ihren verschiedenen Ausprägungen eine gemeinsame Sprache ermöglicht, neue Sichtweisen eröffnet, die Entscheidung über Ziele und Mittel transparent bergründen und auch über die Soziale Arbeit hinaus eine wichtige Rolle einnehmen kann.

DAS FACHGESPRÄCH FAND ONLINE MIT HEIKE GÜDEL (FACHSTELLE SUCHTHILFE DES SOZIALDIENSTES DER STADT BERN), TANYA MEZZERA (AARGAUISCHE STIFTUNG SUCHTHILFE AGS) UND PETER PANTUČEK-EISENBACHER (BERTHA VON SUTTNER PRIVATUNIVERSITÄT) STATT.
DIE FRAGEN FÜR DAS SUCHTMAGAZIN STELLTEN IRENE ABDERHALDEN (INSTITUT SOZIALE ARBEIT UND GESUNDHEIT, FHNW) UND MARCEL KREBS (INSTITUT SOZIALE ARBEIT UND GESUNDHEIT, FHNW). VERSCHRIFTLICHUNG DES GESPRÄCHS DURCH ALINE ZAUGG (LEKTORAT SUCHTMAGAZIN).

Soziale Diagnostik als strukturierter Prozess?

Marcel Krebs: Zum Einstieg würde ich gerne wissen, welches Ziel ihr mit der Sozialen Diagnostik in euren Institutionen verfolgt und warum sie somit ein wichtiges Instrument für die Soziale Arbeit ist?

Tanya Mezzera: Aus unserer Perspektive war die Soziale Diagnostik ein Bedürfnis, um bei Menschen, die immer wieder die gleichen Schlaufen machen oder bei denen wir immer wieder anstehen, genau hinzuschauen und schliesslich ein gemeinsames Fallverständnis zu entwickeln. Einerseits sind die Klient:innen involviert, aber bei Bedarf und auf Wunsch auch Dritte, also Angehörige oder andere Stellen. So können wir innehalten, bevor neue oder immer wieder die gleichen Interventionen aufgegleist werden.

Irene Abderhalden: Ich hätte hier gleich eine Anschlussfrage: Es war auch an der Tagung immer wieder Thema, dass zwar Diagnostik gemacht, diese jedoch nicht explizit so genannt wird und auch nicht so genannt werden muss. Was ist eure Meinung dazu und was sind die Vor- und Nachteile, wenn man die Soziale Diagnostik als strukturierten, transparenten und expliziten Prozess deklariert?

Heike Güdel: Das Explizite ist wichtig, um darüber sprechen zu können. Im Sozialhilfegesetz steht, dass wir mit unseren Klient:innen angemessene Massnahmen entwickeln sollen. Um sagen zu können, was angemessen ist, braucht es eine Grundlage. Ich muss aber auch sagen, dass im Sozialdienst nicht schon alles diagnostisch erfasst ist, da lange Zeit andere Dinge im Vordergrund standen. Dennoch müssen wir sagen können, wie wir auf bestimmte Massnahmen kommen. Herr Pantuček, ich habe diesbezüglich einmal ein für mich ganz wichtiges Statement von Ihnen gelesen, in dem Sie sich zum Berichteschreiben äussern. Sie sagen, dass alle anderen Disziplinen ihre Berichte auf der Grundlage von Diagnostik schreiben und die Soziale Arbeit ein «Wischiwaschi» macht.

Peter Pantuček-Eisenbacher: Grundsätzlich machen natürlich alle Sozialarbeiter:innen so etwas wie Soziale Diagnostik. Sie folgen dem, was die Klient:innen sagen und was sie in den Unterlagen finden, interpretieren das und leiten ihre Interventionen daraus ab. Das ist schon in Ordnung und wie wir wissen, funktioniert Soziale Arbeit da auch relativ gut. Eine systematische, strukturierte Soziale Diagnostik geht allerdings wesentlich weiter – und zwar nicht nur für die Sozialarbeiter:innen selbst, sondern auch für die Klient:innen. Ein Stück weit ist diese strukturierte Form der Diagnostik selbst schon eine Intervention, indem die sozialen Situationen der Klient:innen mit ihnen zusammen erkundet werden. Ich glaube, es ist wichtig, dass die Soziale Diagnostik in irgendeiner Form von den Einrichtungen vorgeschrieben wird, weil sonst die Sozialarbeiter:innen die Zeit nicht dafür finden oder es nur ein Hobby von einzelnen Sozialarbeiter:innen ist, denen man dann vorwirft, dass sie zu langsam seien.

Dabei kann ein Fall überhaupt erst mit Sozialer Diagnostik in seiner Komplexität dargestellt werden.

Geeignete Bedingungen für die Soziale Diagnostik

Irene Abderhalden: Gibt es nebst der Verpflichtung weitere Bedingungen, die erfüllt sein müssten, damit sich das Potenzial der Diagnostik besser ausschöpfen liesse? Ich denke hier an die Ressourcenfrage. Wäre es denkbar, dass die Soziale Diagnostik ausreicht, um z. B. Sozialversicherungsleistungen zu erhalten? Sie hätte somit entsprechende Implikationen, so wie die psychiatrisch-medizinische Diagnostik ja auch.

Peter Pantuček-Eisenbacher: Das halte ich für sinnvoll. Allerdings ist der Weg bis dorthin meiner Meinung nach noch ziemlich lang. Bisher macht die Sozialversicherung in diesem Bereich keine Zuschüsse. Natürlich spielt das Soziale nicht nur bei Sucht, sondern auch bei psychischen Erkrankungen eine wesentliche Rolle. Auch die WHO sagt das, aber es ist in unserem Gesundheitswesen nicht abgebildet.

Tanya Mezzera: Ich bin nicht sicher, ob es wirklich Ziel sein soll, die Soziale Arbeit z. B. über Krankenversicherungsgelder zu finanzieren. Ich denke eher, dass es um einen State of the Art geht und dass wir uns gemeinsam mit den Klient:innen überlegen, aufgrund von welchen Analyse- und Diagnostikinstrumenten wir Ziele formulieren. Im Gegensatz zum psychiatrischen Kontext, wo eine Diagnose häufig über diverse Screening-Instrumente zustande kommt, könnte die Soziale Arbeit diesen Prozess viel dialogischer gestalten. Ich denke auch, dass viele Sozialarbeitende gute Arbeit leisten und mit der Routine und der Erfahrung ein sehr gutes Gespür entwickeln. Jedoch habe auch ich blinde Flecken und achte nicht immer auf die gleichen Dinge, weshalb ich denke, dass gewisse Tools den Horizont erweitern können. Ich stelle fest, dass es für die Klient:innen ein Zeichen von Wertschätzung ist, wenn ich mich für die gesamte Biografie und die Lebensführung interessiere und nicht nur für die Ziele. Es geht darum, innezuhalten und sich wirklich zu interessieren.

Heike Güdel: Ich kann nur bestätigen, dass die Klient:innen das als Wertschätzung empfinden. Sie bekommen neue Ideen davon, wo sie für ihre angestrebte Veränderung selbst ansetzen können. Was ich auch noch aufnehmen möchte, ist die Gleichbehandlung. Das ist an der Tagung schon von Simona De Berardinis (Leiterin der Strategie Sucht, BAG) gesagt worden. Gleichbehandlung ist ein geschriebenes Prinzip der Schweizer Sozialhilfe. Wir müssen begründen können, warum Einzelne mehr oder weniger Diagnostik erhalten, und wir müssen diese Gleichheit herstellen. Das spricht dafür, dass uns der Sozialdienst vorgeben müsste, wie Soziale Diagnostik für bestimmte Klient:innengruppen gemacht werden muss. Ich stelle mir das so vor, dass es Methoden und Tools gibt, die in verschiedenen Situationen sinnvoll sind. Nicht in jeder Situation ist eine vertiefte Erschliessung der Informationen nötig. Jedoch gibt es ganz viele Situationen, in denen man mit den vielleicht etwas aufwändigeren diagnostischen Verfahren Misserfolge vermeiden und Prozesse verkürzen kann. Mir ist wichtig zu erwähnen, dass auch Kooperationen mit anderen Projekten eingegangen werden können. Es gibt im Moment eine Anfangsidee eines Projekts im Raum Bern, bei dem andere Stellen von der Sozialen Diagnostik profitieren können. So können wir uns das aufteilen, denn wir müssen nicht alle immer dasselbe machen. Das ist möglicherweise auch eine Ressourcenersparnis.

Formen der Sozialen Diagnostik in verschiedenen Situationen und Settings

Irene Abderhalden: Du hast gerade erwähnt, Heike, dass nicht in jedem Setting eine aufwändige Diagnostik notwendig ist. Auch das war Thema an der Tagung: Braucht es die Soziale Diagnostik überall und wenn ja, welche Diagnostik? Es gibt Fachleute, z. B. im aufsuchenden Bereich oder in Substitutionsprogrammen, die sagen, dass die Soziale Diagnostik bei kurzfristigen Prozessen weniger in Frage kommt. Herr Pantuček, Sie unterscheiden in Ihrem Buch «Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit» verschiedene Methoden für kürzere und längere Interventionen; das hat mir sehr gut gefallen. Was ist eure Meinung dazu – braucht es die Soziale Diagnostik in jedem Fall und in allen Feldern der Suchthilfe?

Heike Güdel: Ja, aber in unterschiedlichen Formen. Wahrscheinlich machen alle in jedem Fall eine Bewertung. Es stellt sich jedoch die Frage, was man unter Sozialer Diagnostik genau versteht und wie die Bewertung eines Falls hergeleitet wird. Ich arbeite an der Hochschule auch in Kasuistikmodulen, in denen Studierende über Theorie-Praxis-Verknüpfungen aus Einzelfällen lernen. Dort sind Studierende dabei, die Praktika im Gesundheitswesen machen und im Sozialdienst eines Spitals arbeiten. Bei ihnen findet möglicherweise ein ganzer Beratungsprozess in einem Gespräch statt. Auch da wird im besten Fall eine Analyse gemacht und es gibt ein Erkundungsgespräch. Es findet zwar vielleicht alles gleichzeitig statt, aber es ist für mich auch eine Form von Diagnostik.

Peter Pantuček-Eisenbacher: Ich habe versucht, diese Anfangsdiagnostik darzustellen. Wenn Klient:innen mit einem Problem kommen, versuchen wir, dieses Problem gemeinsam mit ihnen so umzuformulieren und die Rahmenbedingungen abzufragen, dass wir zu einem bearbeitbaren Problem kommen. Die erste Problemformulierung, die uns die Klient:innen anbieten, ist ja meist wie ein Wunsch formuliert oder mit der Hoffnung verknüpft, dass irgendwelche anderen sich anders verhalten. Da arbeiten wir zuerst ausführlich daran, damit wir zu einer Problemformulierung kommen, die wir im Rahmen der Sozialarbeit lösen können. Das ist natürlich auch ein diagnostisches Verfahren. Von den Kolleg:innen wird das nicht als Verfahren wahrgenommen; sie haben diese Vorgehensweise mit der Zeit entwickelt. Eine Frage ist allerdings bei Kurzberatungen, ob man darüber hinausgeht. Die Schwierigkeit besteht darin, dass uns Klient:innen mit einem Problem nicht unbedingt Zugang zu ihrem ganzen Leben geben wollen. Das heisst, wir brauchen auch eine gewisse Zurückhaltung und das Bewusstsein, dass Klient:innen nicht alle ihre Probleme bei uns abladen wollen.

DE
DEMON

Wir müssen mit ihnen abmachen, wann wir andere Fragen ihres Lebens, die nicht unmittelbar mit dem ursprünglichen Problem zusammenhängen, in die Diagnostik einbeziehen.

Tanya Mezzera: Es gibt eben auch verschiedene Settings. Wir haben bisher immer vom Einzelfall gesprochen, jedoch gibt es auch Sozialraumstudien und milieuspezifische Unterschiede im aufsuchenden Setting. Welche Orte sind wie strukturiert? Wo sind welche Interventionen oder Angebote angezeigt? Auch da soll sich die Soziale Arbeit bewusst sein, mit welchen Analyseinstrumenten, Konzepten und Haltungen sie arbeitet. Jede Institution sollte sich überlegen, was ihre Grundsätze sind und aufgrund von welchen Theorien und Konzepten sie arbeiten möchte. Diese können partizipativ erarbeitet werden und sich im Laufe der Zeit verändern, aber eine gemeinsame Haltungsbasis und eine gemeinsame Sprache sind wichtig.

Peter Pantuček-Eisenbacher: Das ist sehr interessant und auch an der Universität, an der ich arbeite, ein Thema. Gerade der Sozialraum betrifft nicht nur die Soziale Arbeit. Wir müssen zusammenfassen und schauen, was es schon gibt. Dafür arbeiten wir mit Personen zusammen, die z. B. aus der Technik oder der Geografie kommen und einen Sozialraum und die Art, wie sie die Leute in die Sozialraumentwicklung einbeziehen, anders erfassen. Da kann man sehr viel voneinander lernen.

Erfahrungen aus den Workshops

Marcel Krebs: Ein Workshop an der Tagung befasste sich mit dem Setting der aufsuchenden Sozialarbeit. Dabei ging es einerseits um das Erfassen des Sozialraumes als ein Aufgabengebiet bei der aufsuchenden Arbeit – also das Sammeln von Daten und das Erkennen von Brennpunkten, z. B. mithilfe von Computerprogrammen. Andererseits ging es um die Frage der Diagnostik im Alltag. Im Gespräch wurde nun schon mehrmals gesagt: «Wenn die Klient:innen zu uns kommen...» Bei der aufsuchenden Sozialarbeit kommen die Klient:innen jedoch nicht, die Sozialarbeitenden befinden sich in ihrem Raum und reagieren auf ihre aktuellen Bedürfnisse und Fragen. Das sind oft nur wenige Minuten Kontakt und es wird nicht etwas systematisch erhoben, sondern vieles ergibt sich eher per Zufall. Im Workshop war dann Thema, wie unter diesen Bedingungen überhaupt diagnostisch gearbeitet werden kann oder soll. Es stellte sich z. B. die Frage, ob es die Diagnostik in diesem Moment überhaupt braucht, wenn also z. B. auf unmittelbare Bedürfnisse reagiert werden muss.

Irene Abderhalden: Hier haben wir wieder die Einzelpersonen im Blick. Bei der aufsuchenden Arbeit ist die Diagnostik aber vielleicht eher für die Erschliessung der Potenziale und der Einschränkungen im Sozialraum zuständig und weniger für den sogenannten Klient:innenkontakt.

Marcel Krebs: Dieses Wechselspiel war genau die Diskussion im Workshop. Ist es nur die eine Ebene oder sind es beide?

Heike Güdel: Ich kann dazu aus einem anderen Blickwinkel etwas beitragen. In unseren Kasuistikmodulen sind jeweils Personen von Organisationen dabei, die in grossen Städten der Schweiz aufsuchende Sozialarbeit machen. Sie bearbeiten einen Fall und analysieren den Sozialraum, können aber auch einzelne Leute zu bestimmten Themen befragen, die auffällig sind. Dafür gehen sie zu Brennpunkten in der Stadt. Eine Studentin macht bei mir eine Analyse und eine Diagnose zu solch einem Sozialraum-Brennpunkt. Das ist ein Beispiel dafür, dass beide Ebenen einbezogen werden können.

Tanya Mezzera: Ich war während zwei Jahren in einer Kontakt- und Anlaufstelle tätig, bevor ich in die Beratung gewechselt habe. Da gibt es zum Teil wiederkehrende Kontakte. Zu einzelnen Betreuungspersonen entsteht dann ein vertrauensvoller Beziehungsboden, um die Person etwas vertiefter zu begleiten. Das geht bis zu Motivationsgesprächen und zur Frage, welche Hilfsangebote es noch gibt. Punktuell ist das sicher eine grosse Chance.

Peter Pantuček-Eisenbacher: Wir haben relativ viel mit offener Jugendarbeit gearbeitet. Da geht es natürlich um den Sozialraum, aber gleichzeitig gibt es auch immer wieder Einzelfall-Hilfe-Inseln. Wenn die Jugendlichen gerade eine konkrete Schwierigkeit haben, wenden sie sich an eine:n Sozialarbeiter:in und wünschen eine Beratung oder eine mehrtätige Unterstützung in diesem Krisenfall. Danach ziehen sie sich jedoch wieder zurück. Das ist Teil des Prozesses der Sozialraumarbeit. Dabei ist es wichtig, dass all das funktioniert, was bei Einzelfallhilfe funktionieren soll: dass sie abgeschottet werden von den anderen, dass man sich ihrer Situation annimmt und diese erkundet und auch die familiäre Situation miteinbezieht. Bei der aufsuchenden Arbeit besteht mitunter also eine Verbindung zwischen dem Sozialraum und dem Einzelfall.

Tanya Mezzera: Man könnte noch ein zusätzliches Setting erwähnen: die Suchtpräventionsangebote, die stark und überzeugt mit den Ansätzen der strukturellen Prävention arbeiten. Da geht es darum, zu schauen, welche Settings strukturell wie unterwegs sind und wie man präventiv einwirken kann. Hierbei finde ich es ganz zentral, sich zu überlegen, mit welchen Tools die Ausganssituation erhoben wird. Auch hier gäbe es evtl. interessante Instrumente, die z. B. an einer Schule partizipativ angewendet werden könnten. In dem Workshop, den ich geleitet habe, war bei den Teilnehmenden eine grosse Angst da, sie könnten in ihrer Methodenvielfalt eingeschränkt werden und nicht mehr selbst entscheiden, wie sie arbeiten. Vor allem die Personen, die schon lange in der Praxis sind, hatten diese Befürchtung. Die Neueinsteiger:innen meinten, sie wären froh, hätten sie Tools zur Orientierung zur Verfügung.

Irene Abderhalden: Spannend, das war bei mir im Workshop mit den Personen aus dem Bereich Prävention auch Thema. Es gab zwar schon auch Zustimmung, dass es gut wäre, strukturiert vorzugehen, um das Handeln begründen zu können. Gleichzeitig herrschte aber die klare Haltung vor, es nicht Soziale Diagnostik zu nennen, da dies in der Prävention abschreckend wirken oder missverständlich sein kann.

Heike Güdel: Die Begriffe Soziale Diagnostik und Fallverstehen waren auch bei mir im Workshop, in dem es um ambulante Beratung ging, ein grosses Thema.

Interprofessionalität: Es braucht eine gemeinsame Sprache

Irene Abderhalden: Ihr wendet alle Soziale Diagnostik an. Mich nimmt wunder, ob das Konzept bisher unter Sozialarbeitenden oder innerhalb der eigenen Organisation geblieben ist oder ob ihr damit auch Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, also Psychiater:innen, Ärzt:innen usw., gemacht habt?

Heike Güdel: Das ist für mich tatsächlich noch ein grosses Fragezeichen. Für einen Teil unseres Projekts arbeiten wir genau zu diesem Punkt mit Cornelia Rüegger vom Institut für Professionsforschung und -entwicklung an der FHNW zusammen. Es stellt sich die Frage, wie man die Erkenntnisse der Diagnostik vermittelt und wie man sie auf gute Art mit den Klient:innen und den involvierten Fachpersonen bespricht. Wir haben gute Erfahrungen gemacht, aber es gab auch schlechte Erfahrungen im Bereich der Psychotherapie, wobei es auf eine Professionskonkurrenz hinausgelaufen ist. Eigentlich wäre es jedoch ideal, wenn sich unsere Hauptkooperationspartner in die Diskussion um die Diagnostik einschalten würden und wir dann dieselben Tools benutzen könnten. So könnten wir eine gemeinsame Diagnose finden und auch darüber sprechen. Da geht es um die gemeinsame Sprache, die auch schon angetönt wurde und total wichtig ist. Dass wir von der Sozialen Arbeit auf einmal kommen und Diagnosen machen und den anderen erstmal erklären müssen, was wir da machen, kostet viel Aufwand. Bei einem Fall hat das tatsächlich ziemliche Vorbehalte ausgelöst, von wegen: Was macht ihr denn da eigentlich? Warum kümmert ihr euch jetzt noch um die psychische Situation? Das hat sehr viel ausgelöst. Wir versuchen, mit unserem Projekt Arbeitsprinzipien zu formulieren und Good Practices festzuhalten, die eine gute Kommunikation der diagnostischen Erkenntnisse ermöglichen – allerdings vorerst vor allem auf der Ebene der Klient:innen. Wie diese Erkenntnisse besser in die Fach-Kooperation eingebracht werden können, ist für mich eine weitere Frage, die es anschliessend weiterzuentwickeln gilt. Es braucht dafür auch ein Verständnis für die soziale Dimension, z. B. die Lebensführung der Klient:innen, und den Auftrag der Sozialen Arbeit bei den Kooperationspartner:innen.

Tanya Mezzera: Wir sind eine psychosoziale Suchtberatungsstelle, und seit vier Jahren sind wir in einer engen Zusammenarbeit mit suchtmedizinischen Ambulatorien im Kanton Aargau. Es ist ein langer Prozess, Formen einer gelingenden Zusammenarbeit zu finden und die Übergänge sanfter zu gestalten. Wir haben mit einer Klinik einen regelmässigen engen Austausch. Es ist ein langsames Annähern und braucht wirklich Zeit, denn es ist ein Kulturwandel. Wir sind der Meinung, dass die Umsetzung einer neuen Form der Zusammenarbeit fünf bis sieben Jahre dauert. Es geht nicht um eine Konkurrenzsituation, sondern um eine ergänzende Diagnostik. Wir können uns auf das Lebensführungssystem konzentrieren: wie die Person im Leben integriert ist und wie wiederkehrende Muster entstanden sind. Die psychiatrische Diagnostik ist eher situativ und symptomorientiert. Meiner Meinung nach wäre das eine optimale Ergänzung. Ich habe auch den Eindruck, dass das Verständnis wächst, aber es braucht ganz viel Aufklärungsarbeit. Wir laden Personen aus anderen Bereichen ein, damit sie ein Verständnis entwickeln, die Systematik dahinter begreifen und verstehen, was anders ist als bei der Diagnostik, die sie machen.

Heike Güdel: Ich denke auch, dass die Diskussion auf verschiedenen Ebenen ablaufen muss. Toni Berthel, Psychiater, der die Suchtarbeit in der Schweiz massgeblich mitgeprägt hat und der auch an der Tagung anwesend war, sagte, die Soziale Arbeit müsse ihre Angebote neu formulieren, damit sie für die anderen Professionen verständlicher und abholbarer würden. Viele Ärzt:innen und Psychiater:innen hätten zwar das Bewusstsein, dass es die Bearbeitung der sozialen Dimension brauche; es sei jedoch häufig unklar, was wir als Sozialarbeitende denn eigentlich tun könnten. Es ist wichtig, dass wir besser kommunizieren lernen, was die Soziale Arbeit eigentlich macht und was wir in diesem System anbieten können.

Tanya Mezzera: Es geht um unser Selbstbewusstsein, unser Selbstverständnis und auch um Marketing. Ich muss sagen können, was ich wie warum mache. Das machen andere Disziplinen besser bis jetzt, da haben wir noch Luft nach oben.

Peter Pantuček-Eisenbacher: Ich glaube nicht, dass es an der Diagnose liegt oder an bestimmten Formen, die wir einbringen. Es geht um die Hierarchisierung verschiedener Berufe, die sich im Hintergrund abspielt. Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen haben eine längere Ausbildung und werden besser bezahlt. Die Sozialarbeit trägt dieses Selbstverständnis der missachteten Profession vor sich her. An unserer kleinen Privatuniversität sind wir von der Psychotherapie ausgegangen. Nun gibt es die Studiengänge Soziale Arbeit, Inklusion und bald auch Psychologie. Wir bauen eine gemeinsame Ambulanz mit all diesen Feldern auf, was sehr spannend ist. Dabei gibt es gewissermassen Konflikte, und wir werden sehen, ob sich die Sozialarbeit dabei auch durchsetzen kann.

Tanya Mezzera: Gerade in komplexeren Situationen, in denen verschiedene Institutionen involviert sind, besteht von der suchtmedizinischen, psychotherapeutischen Seite her ein grosses Bedürfnis, dass die Soziale Arbeit systemische Fallführungen oder Case Management übernimmt, um Personen längerfristig begleiten zu können. Auch für die systemische Fallführung braucht es eine gute Ausgangslage, damit wir Profis nicht Teil des Problems sind – z. B. indem wir anstatt auf Stabilisierung auf Veränderung drängen oder unsere Klient:innen immer wieder von neuem ihr Leben erzählen lassen, ohne dass dieses Wissen gut aufbereitet und auch für folgende Berater:innen dokumentiert wird. Wir müssen sagen können: Wenn wir diese Fallführung übernehmen, möchten wir genau wissen, worum es geht und wie dieser Mensch so geworden ist, wie er ist. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass das auch von der Suchtmedizin sehr geschätzt wird, denn das Netzwerken und die interdisziplinäre Koordination sind Kernaufgaben der Sozialen Arbeit.

Heike Güdel: Ich habe auch erlebt, dass das von der Suchtmedizin so gewünscht wird. Das impliziert jedoch,

dass die Organisationen so aufgebaut sind, dass Case Management möglich wird. Das ist häufig noch nicht der Fall. Dabei sind auch wir Fachpersonen selbst das Problem.

Von der Diagnostik zur Intervention

Marcel Krebs: Wir haben nun implizit über Intervention gesprochen. Herr Pantuček hat gesagt, Diagnostik sei immer schon eine Form der Intervention. Ich kenne mich wenig aus in dem Thema, stelle mir unter einer zielgerichteten Intervention jedoch vor, dass man von einer Diagnostik zu einer Zielformulierung kommt. Das unterscheidet die Diagnostik von der Intervention. Es braucht eine Zielformulierung und darauf aufbauend kommt man zu einer Intervention.

Heike Güdel: Wenn die Diagnostik kooperativ mit der Klientin oder dem Klienten gestaltet wird, kommt man fast automatisch zur Zielformulierung. Natürlich gibt es auch Differenzen, wenn die Klient:innen bei einem gewissen Thema noch nicht ansetzen wollen. Das kann man so stehen lassen oder man kann versuchen, mit einer motivierenden Gesprächsführung weiterzufahren.

Tanya Mezzera: Meiner Meinung nach ist es immer der herausforderndste Teil, von der Diagnose zur Intervention zu kommen. Wir probieren es bei uns so zu lösen, dass die fallführende Beratungsperson bei der Systemmodellierung involviert ist und ihre Ansichten einbringen kann. Diese Modellierung machen wir aufgrund eines biografischen Interviews, das auf eine Tondatei aufgenommen wird. Diese Tondatei wird vom Fachteam gemeinsam gehört. Das kann sehr komplex sein. Die grosse Herausforderung ist dabei, diese Komplexität zu übersetzen. Das Fachteam ist daran, verschiedene Erfahrungen zu sammeln, wie das dann bei den Klient:innen ankommt. Zeige ich Teile davon oder komme ich mit bestimmten Überbegriffen oder Themen? Das braucht etwas Routine. Ich habe auch die Erfahrung gemacht, dass der Klient oder die Klientin dann auf gewisse Teile anspringt. Da ist Energie drin und vielleicht auch ein grosser Leidensdruck. Da sollte ich dann ansetzen. Vielleicht kommen dann ganz andere Aspekte ans Tageslicht als erwartet. Mit dieser intrinsischen Motivation lässt sich dann aber auch viel bewegen.

Peter Pantuček-Eisenbacher: Bei der Interpretation sind die Klient:innen nicht dabei?

Tanya Mezzera: Nein, bis jetzt noch nicht. Ich denke, eine gewisse Freiheit ist notwendig. Es wird zuerst frei hypothetisiert, und gewisse Sachen werden wieder verworfen. Ich bin nicht sicher, ob es sinnvoll ist, wenn die Klient:innen dabei sind.

Peter Pantuček-Eisenbacher: Wir haben in unserer Entwicklung festgestellt, dass es besser ist, wenn die Klient:innen dabei sind, weil so eine Kooperation entsteht. Die Klient:innen werden klüger – auch darin, wie sie mit uns über ihre Situation reden. Das geht verloren, wenn das Gespräch ohne Klient:in interpretiert wird. Ich verstehe, dass Sie da gewisse Bedenken haben, aber ich kann nur empfehlen, es einmal andersrum zu probieren.

Heike Güdel: Ich habe zwei unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Einerseits haben wir bei uns im Suchtteam schon solche Systemmodellierungen gemacht und erprobt. Andererseits läuft nun das «Projekt Systemmodellierungen» auf der Ebene des Sozialdienstes der Stadt Bern, also nicht nur mit Suchtklient:innen, in dem wir ebenfalls die Diagnostik der Systemmodellierungen in einem ähnlichen Verfahren nutzen, wie Tanya es beschrieben hat. Vorher haben wir aber auch schon Systemmodellierungen mit den Klient:innen zusammen gemacht. Das ist sehr aufwändig, aber möglich. Jedoch braucht es Erfahrung und ist meiner Meinung nach herausfordernder als die Besprechung im Expert:innenteam. Wir haben das dann nicht in einer Gruppe gemacht, sondern zu zweit: Sozialarbeiter:in und Klient:in. Die Vermittlung der Erkenntnisse an die Klient:innen erfolgt dabei im gemeinsamen Forschen und Suchen. Aber mit Dynamiken der Lebensführung, wo die Klient:innen (noch) nicht hinschauen möchten, kann es schwierig sein. Diese kann man dann nur schwer aufnehmen, obwohl es Dynamiken mit grosser Auswirkung auf die Lebensführung sind. Bei der anschliessenden Vermittlung gibt es methodische Möglichkeiten, die wir im Pilotprojekt herausarbeiten. Eine Kollegin hat beispielsweise alle Variablen, also Elemente der Systemmodellierung, mit denen zur Darstellung einer Dynamik Wirkungen beschrieben werden, ausgeschnitten und einem Klienten vorgelegt, sodass er sie selbst wieder zusammensetzen oder in Beziehung setzen konnte. Im Expert:innenteam haben wir die Variablen ausgearbeitet, und die Klient:innen haben dann Sachen aussortiert oder neue Variablen dazugeschrieben. Das fand ich eine ganz tolle Methode, bei der das Denken der Klient:innen direkt aufgenommen wurde.

Peter Pantuček-Eisenbacher: Wir haben ausprobiert, bestimmte Verfahren im Rahmen der Supervision einzusetzen, z. B. die Netzwerkkarte. Es existiert ein bestimmtes Wissen über die Kontakte der Klient:innen, mithilfe dessen eine Netzwerkkarte angefertigt werden kann. Wir schauen uns diese dann an und interpretieren sie. Da besteht dann allerdings die Schwierigkeit, wie man das rüberbringt, weil damit Vorstellungen über die Beziehungen der Klient:innen entstehen. Diese leuchten zwar zum Teil ein, sind aber nicht faktenbasiert. Da muss man dann schauen, wie man diese Vorstellungen mit den Fakten in Übereinstimmung bringt. Wenn man dann auf Basis dieser Netzwerkkarten Interventionen setzt, werde ich nicht umhinkommen, mit dem Klienten oder der Klientin ebenfalls eine Netzwerkkarte zu machen und Gespräche in folgender Art zu führen: «Schauen Sie, ich habe mir überlegt, in welcher Situation Sie sich befinden. Bei mir sieht es so aus. Stimmt das überhaupt? Oder gibt es sonst noch jemanden? Ich habe mir überlegt, dass das eine besonders schwierige Beziehung zu dieser Person sein könnte. Erzählen Sie mir davon.» So entsteht ein gemeinsamer Prozess mit dem Klienten oder der Klientin.

Mit dem biografischen Interview zu mehr Offenheit

Irene Abderhalden: Diese Komplexitätserweiterung leuchtet ein. Die soziale Diagnostik hilft, Themen ans Tageslicht zu bringen, die mir mit meinen Routinen und blinden Flecken nicht mehr in den Sinn kommen. Bei der Komplexitätsreduktion

geht es darum, Schwerpunkte zu setzen, um die Interventionsziele abzuleiten. Dass das nicht einfach in der üblichen Routine passiert, sondern in Form einer gleichwertigen Kooperation mit den Klient:innen, tönt in der Theorie gut, stelle ich mir in der Praxis jedoch sehr anspruchsvoll vor.

Heike Güdel: Mir ist noch wichtig zu erwähnen, dass es vor allem um das Zusammenspiel geht. Es geht nicht darum, mehr Informationen zu bekommen, sondern Antworten darauf, wie bestimmte Faktoren im Lebensführungssystem aufeinander wirken und wie bestimmte Dynamiken aussehen. Das stellt oft eine Ganzheitlichkeit einer Sichtweise dar. In der Diagnostik steckt die Chance, dass die Ganzheitlichkeit erhalten bleibt und wir – wie auch die Klient:innen selbst – bestimmte Dynamiken und das Aufeinanderwirken bestimmter Faktoren wahrnehmen können. Es ist auch gut, da mit den Klient:innen im Gespräch zu bleiben, sodass wir unsere fachliche Perspektive und unser Wissen über solche Verhaltensmuster und soziale Systeme einbringen können. Wichtig ist, dass man die Zusammenhänge sieht.

Tanya Mezzera: Da möchte ich noch etwas ergänzen, weil wir über das biografische Interview diesen Zugang finden. Viele Klient:innen sagen, es sei das erste Mal, dass sie auf diese Weise über sich erzählen. Normalerweise sind es ja sehr strukturierte Beratungssettings. In unserer Form des biografischen Interviews ist es sehr unstrukturiert. Sie bekommen den Raum, ihr Leben so zu erzählen, wie sie es im Moment empfinden. Das alleine ist schon sehr aufschlussreich und hat einen Interventionscharakter. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Leute fast zu weinen beginnen, wenn sie in den Bewusstseinsprozess einsteigen und sich ihre Biografie vergegenwärtigen.

Heike Güdel: Genau, das löst häufig etwas aus. Bei einer Analyse mussten wir eine Weile warten, bevor wir die Erkenntnisse vermitteln konnten. Da ist unterwegs aufgrund des biografischen Interviews schon ganz viel passiert.

Marcel Krebs: Das finde ich ein schönes Schlusswort, da es nämlich schon fast eine Antwort auf die Angst ist, mit Diagnostik alles zu standardisieren. Es kann genau das Gegenteil sein. Ein biografisches Interview als Diagnostik ermöglicht eine Offenheit.
Peter Pantuček-Eisenbacher: Standardisiert heisst ja nicht nur reduziert. Standardisiert bedeutet auch, eine Komplexität darstellen zu können.

Tanya Mezzera: Mir ist noch wichtig zu sagen, was die Voraussetzungen sind, damit wir solche Ansätze überhaupt implementieren können. Ich spreche hier als Bereichsleiterin. Es ist einerseits eine strategische Entscheidung und es braucht Ressourcen und eine Projektleitung, die sich die Zeit nehmen kann, ein Team zusammenzustellen und verschiedene Tools zu prüfen. Ich finde es sehr wertvoll, in einer Kooperation mit einer Fachhochschule zu sein – in diesem Fall mit der FHNW –, um dieses Wissen zu spiegeln, Workshops zu haben und sich zwischen Wissenschaft, Forschung und Praxis zu bewegen. Die Zusammenarbeit hilft auch, um sich zu vergewissern, ob etwas Hand und Fuss hat. Es geht nicht darum, alles komplett neu zu erfinden, denn es gibt schon so viel Gutes.

Irene Abderhalden: Das ist doch das beste Schlusswort – eine kleine Werbung für die FHNW (lacht). Herzlichen Dank für das Gespräch, ich habe einiges gelernt.

Endnoten

[1] Die Fachtagung Soziale Arbeit und Sucht fand am 23. März 2022 an der Fachhochschule FHNW in Olten statt. Weitere Infos zur Tagung und zum Programm «Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention»: https://www.mas-sucht.ch/sass, Zugriff 19.05.2022.