

Hand- und
Arbeitsbücher

24

Handbuch Soziale Diagnostik

**Perspektiven und Konzepte
für die Soziale Arbeit**

Herausgegeben von
Peter Buttner, Silke B. Gahleitner,
Ursula Hochuli Freund, Dieter Röh

H
24



Herausgegeben von Peter Buttner,
Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund,
Dieter Röh

Handbuch

Soziale Diagnostik

Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit



Deutscher Verein
für öffentliche
und private Fürsorge e.V.

Hand- und Arbeitsbücher (H 24)

Verlag des Deutschen Vereins
für öffentliche und private Fürsorge e.V.
Michaelkirchstraße 17/18, 10179 Berlin
www.deutscher-verein.de

Auslieferung über den Lambertus-Verlag:
www.lambertus.de

Druck:
DRUCKZONE GmbH & Co. KG, 03048 Cottbus

Printed in Germany 2018
ISBN 978-3-7841-3029-3
ISBN E-Book 978-3-7841-3030-9

Veröffentlicht mit Förderung durch das Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Vorwort des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Der Begriff der sozialen Diagnose wurde Mitte der 1920er-Jahre von Alice Salomon in die deutschsprachige Diskussion eingeführt. Die Gründerin der ersten „sozialen Frauenschule“ in Deutschland sah in der Herausbildung eigenständiger Handlungsmethoden eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Professionalisierung Sozialer Arbeit und Sozialer Berufe. Alice Salomon, über viele Jahre Vorstandsmitglied des Deutschen Vereins, legte mit ihren damaligen Arbeiten die theoretischen Grundlagen für einen Prozess zwischen Fachkräften und Adressat/innen, der heute mit den Begriffen Lebensweltorientierung und Empowerment bezeichnet wird. Die Veröffentlichungen von Alice Salomon gaben wesentliche Impulse für eine Diagnostik sozialer Hilfeleistungen, auch wenn ihre Ideen lange Zeit vergessen schienen.

Seit Mitte der 1970er-Jahre haben die Begriffe Diagnose und Diagnostik eine Renaissance erfahren. In Gremien, Veranstaltungen und Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. wurden unterschiedliche Aspekte, Methoden und Verfahren diskutiert – verstärkt nach der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes und des darin vorgeschriebenen Hilfeplanverfahrens. Im Jahre 2004 erschien in unserem Verlag das von Maja Heiner herausgegebene Handbuch „Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit“. Es wurde zu einem Standardwerk und hat diverse Auflagen erfahren. Seither hat sich der Diskurs um die Anwendung diagnostischer Konzepte in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit deutlich verbreitert und vertieft. Neue Verfahren und Instrumente wurden entwickelt, in der Praxis ausdifferenziert und verfeinert. Leider war es Maja Heiner durch ihren frühen Tod nicht mehr möglich, die geplante Neuauflage des Handbuchs umzusetzen.

Wir freuen uns daher sehr, dass Peter Buttner, Silke Birgitta Gahleitner, Ursula Hochuli Freund und Dieter Röh als Herausgeber/innen und zahlreiche weitere ausgewiesene Expert/innen als Autor/innen nun ein Handbuch vorlegen, das den neuesten Stand theoretischer Perspektiven, Konzepte, Instrumente und Verfahren Sozialer Diagnostik abbildet. Damit eröffnet es neue Zugänge für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit und wird sicherlich zur weiteren Professionalisierung beitragen.

Michael Löher
Vorstand des Deutschen Vereins
Berlin, im Januar 2018

Vorwort der Herausgeberinnen und Herausgeber

Die allgemeinste Funktion von Diagnostik ist es, Fragen zu beantworten, Fragen die sich in Praxis oder Forschung in einer konkreten Situation stellen. Dieses Handbuch stellt die Theorien und gedanklichen Grundlagen, Methoden, Konzepte und konkreten Wege dar, mit denen brauchbare Antworten auf Fragen gesucht werden können, wie sie sich vor allem in der Praxis der Sozialen Arbeit stellen. Wir sahen uns zwei Anforderungen gegenübergestellt, die sich scheinbar widersprechen: Einerseits hatten wir das Ziel, den gemeinsamen Boden und das gemeinsame Anliegen Sozialer Diagnostik herauszuarbeiten, andererseits gab es die Notwendigkeit, der großen Diversität in diesem Bereich gerecht zu werden. Es ging also darum, die Zusammenhänge *und* die trennenden Linien, die Gemeinsamkeiten und die Brüche darzustellen, die sich in der Sozialen Diagnostik zeigen.

Unser Anliegen ist es, eine handhabbare Hilfe für diagnostisches Handeln in der Sozialen Arbeit vorzulegen. Eine abgezielte Lehre der Sozialen Diagnostik oder ein theoretisch abgeschlossenes Gebilde zu errichten, war nicht unser Ziel. Statt theoretische oder ideologische Setzungen vorzunehmen, gehen wir von einem pragmatischen Standpunkt aus: von den praktischen Zusammenhängen, den Situationen also, in denen Soziale Diagnostik tatsächlich angewandt wird oder angezeigt ist, und von den praktischen Konsequenzen bzw. Wirkungen, die mit ihr verbunden sein können. Der Fokus liegt also auf der Praxis der Sozialen Arbeit; es geht um die typischerweise dort entstehenden Fragen und zu lösenden Probleme. Dies schließt aber weder Forschung noch den Austausch mit anderen Berufsgruppen aus – im Gegenteil: Das Projekt der Sozialen Diagnostik lebt vom Nachdenken, von Entwicklungs- und Forschungsarbeiten innerhalb der eigenen Disziplin wie auch vom Austausch mit anderen Disziplinen und Professionen. Offensichtliche Überschneidungsbereiche gibt es zur klinischen Psychologie und Psychotherapie, Soziologie, Medizin (vor allem Sozialpsychiatrie), Erziehungswissenschaft und anderen disziplinären Domänen. Das ändert nichts daran, dass die Soziale Arbeit das Stammgebiet der Sozialen Diagnostik ist und diese ihr professionelles Handeln wesentlich bestimmt.

Der vorliegende erste Band unseres Handbuchs erscheint knappe eineinhalb Jahrzehnte nach dem von Maja Heiner (2004) im selben Verlag herausgegebenen Handbuch „Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit“. Es war jenes

Handbuch, das den wesentlichen Schritt zur innerprofessionellen Verständigung über Soziale Diagnostik ermöglichte und anstieß. Wir fühlen uns der im Jahr 2013 so frühzeitig verstorbenen Maja Heiner und ihrem dialogischen Projekt verpflichtet. Sie konnte ihr Buch nicht mehr in eine überarbeitete zweite Auflage führen. Wir hoffen, mit unserem Buch – auch ganz in ihrem Sinne – den aktuellen professionellen Dialog vielgestaltig und anregend weiter voranzutreiben. Ihr ist dieses Handbuch gewidmet.

Wir möchten uns bei allen Autorinnen und Autoren für die vielen interessanten Beiträge und die gute Kooperation bedanken. Für die ausgezeichnete Betreuung während der gesamten Erarbeitung des Handbuchs danken wir Sabine Schmitt und Ralf Mulot vom Verlag des Deutschen Vereins. Es ist ein zweiter Band unseres Handbuchs geplant, der sich der Sozialen Diagnostik in den einzelnen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit widmen wird.

Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund, Dieter Röh,
im Januar 2018

Inhalt

Vorwort des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.	3
Vorwort der Herausgeberinnen und Herausgeber	5

Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund, Dieter Röh

A. Soziale Diagnostik. Eine Einführung	11
---	----

B. Theoretische Perspektiven Sozialer Diagnostik

B.0 Einleitung	32
-----------------------	----

Silke Birgitta Gahleitner

B.1 Identität und Bindung	34
----------------------------------	----

Silke Birgitta Gahleitner

B.2 Identität und soziale Beziehungen	44
--	----

Silke Birgitta Gahleitner, Dieter Röh

B.3 Biografie	55
----------------------	----

Ursula Hochuli Freund

B.4 Kompetenzen	64
------------------------	----

Peter Buttner

B.5 Ressourcen	76
-----------------------	----

Dieter Röh

B.6 Sozialraum	85
-----------------------	----

Peter Buttner

B.7 Inklusion	94
----------------------	----

Dieter Röh

B.8 Theoretische Einbettung der Sozialen Diagnostik	103
--	-----

C. Konzepte Sozialer Diagnostik	
C.0 Einleitung	112
<i>Silke Birgitta Gahleitner, Helmut Pauls, Rolf Glemser</i>	
C.1 Diagnostisches Fallverstehen	117
<i>Ursula Hochuli Freund, Raphaela Sprenger-Ursprung</i>	
C.2 Soziale Diagnostik im Konzept Kooperative Prozessgestaltung	128
<i>Peter Buttner</i>	
C.3 Ressourcendiagnostik	142
<i>Harald Ansen</i>	
C.4 Soziale Teilhabe – konzeptionelle Erwägungen für die Soziale Diagnostik	152
<i>Dieter Röh</i>	
C.5 Sozialraumanalyse	163
<i>Annett Kupfer, Frank Nestmann</i>	
C.6 Netzwerkdiagnostik	172
<i>Lea Hollenstein, Raphael Calzaferri, Regula Dällenbach, Cornelia Rüeegger, Peter Sommerfeld</i>	
C.7 Systemisch-biografische Diagnostik des Lebensführungssystems	183
<i>Kaspar Geiser</i>	
C.8 Soziale Diagnostik im Systemtheoretischen Paradigma Sozialer Arbeit	196
<i>Ursula Hochuli Freund</i>	
C.9 Multiperspektivische Fallarbeit	210
<i>Margret Dörr</i>	
C.10 Psychoanalytisch orientiertes Fallverstehen	223
<i>Roland Becker-Lenz</i>	
C.11 Soziale Diagnostik mit objektiver Hermeneutik	235
<i>Wolfram Fischer, Martina Goblirsch</i>	
C.12 Narrativ-biografische Diagnostik	246

Sabine Ader, Christian Schraper

C.13 Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik – ein Konzept für die Fallarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe	255
---	------------

Kitty Cassée

C.14 Soziale Diagnostik in kompetenzorientierten Methodiken	266
--	------------

Stephan Cinkl, Uwe Uhlendorff

C.15 Sozialpädagogische Familiendiagnosen im Kontext von Erziehungshilfen	281
--	------------

D. Ausgewählte Instrumente und Verfahren Sozialer Diagnostik

D.0 Einleitung	294
-----------------------	------------

D.1 PRO-ZIEL-Basisdiagnostik	296
-------------------------------------	------------

Peter Pantuček-Eisenbacher

D.2 Inklusions-Chart (IC4)	304
-----------------------------------	------------

Peter Buttner

D.3 Ressourceninstrumente	310
----------------------------------	------------

Peter Buttner

D.4 Soziometrische Verfahren	315
-------------------------------------	------------

Annett Kupfer

D.5 Netzwerkkarten als diagnostische Instrumente	320
---	------------

Dieter Röh

D.6 Egozentrierte Netzwerkdiagnostik mit Sozialraumbezug	328
---	------------

Stefanie Sauer

D.7 Genogramme	333
-----------------------	------------

Peter Pantuček-Eisenbacher

D.8 Biografischer Zeitbalken	341
-------------------------------------	------------

Ursula Hochuli Freund

D.9 Notationssysteme zur Selbsteinschätzung	345
--	------------

<i>Silke Birgitta Gahleitner, Lucia Dangel</i>	
D.10 Biografiediagnostik anhand des Lebenspanoramas und des Erwachsenenbindungsinterviews	353
<i>Silke Birgitta Gahleitner, Lucia Dangel</i>	
D.11 Lebensweltdiagnostik anhand der Säulen der Identität	359
<i>Ursula Hochuli Freund, Raphaela Sprenger-Ursprung</i>	
D.12 Theoriegeleitetes Fallverstehen	365
<i>Sabine Ader/Christian Schrapper</i>	
D.13 „Basis-Instrumente“ für Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe	374
<i>Dieter Röh</i>	
D.14 Instrumente und Verfahren der Sozialraumanalyse	379
<i>Petra Gromann</i>	
D.15 Integrierte Teilhabeplanung	386
<i>Silke Birgitta Gahleitner, Lucia Dangel</i>	
D.16 Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention	392
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	397

A. Soziale Diagnostik. Eine Einführung

Soziale Diagnostik gehört zu den zentralen Aufgaben Sozialer Arbeit und ist zugleich ein unabgeschlossenes Großprojekt, das auf verwandte psychosoziale Arbeitsfelder ausstrahlt. Für viele Fachkräfte und in vielen Feldern der Sozialen Arbeit ist sie inzwischen – nach einer längeren diagnosekritischen Periode – zum selbstverständlichen Teil professionellen Handelns geworden. Eine vergleichbare Rolle hatte Soziale Diagnostik früher schon einmal: Die „Soziale Diagnose“ war bei den Klassikerinnen der Sozialen Arbeit Mary Richmond und Alice Salomon eine der wesentlichen professionellen Grundlagen differenzierter und angemessener Hilfe. Insofern kann die heutige Beschäftigung mit Sozialer Diagnostik im deutschen Sprachraum auch als ein Wiedererinnern und Rückbesinnen auf die Geschichte gesehen werden.

1. Anfänge der Sozialen Diagnostik

Diagnostik gibt es, seit es professionelle Hilfen gibt, und dasselbe gilt für die begleitenden theoretischen Diskurse. So ist schon aus der griechischen Antike eine Kontroverse zwischen einzelfallorientierter und standardisierend-klassifizierender Diagnostik in der Medizin bekannt (vgl. Buttner 2010, 4; Fischer-Homberger 1977, 22 f.). Gewisse Elemente Sozialer Diagnostik lassen sich in der Geschichte der Fürsorge finden, beispielsweise mit dem „Abhörbogen“, wie er zur Ermittlung der Lebenslage im Elberfelder System Mitte des 19. Jahrhunderts genutzt wurde (Deimling 2003, 46). Soziale Diagnostik im modernen Sinne und als Instrument Sozialer Hilfe wird aber erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts zum Thema. Den wichtigsten Impuls zur Sozialen Diagnostik hat die amerikanische Sozialarbeitspionierin Mary Richmond gegeben. Ihr 1917 erschienenes und bald zum Standardwerk des *case work* avanciertes Buch „Social Diagnosis“ behandelte das Sammeln, Vergleichen und Auswerten von Fakten und schließlich – davon klar abgesetzt – ihre Interpretation. Erst diesen letzten Schritt bezeichnete Richmond (1917, 363) als Diagnose.

Sie propagierte ein multiperspektivisches Modell der Datensammlung: Die „collection of evidence“ komme, so Richmond (1917, 83) „through the social worker’s first relations (1) with his client, (2) with his client’s family, and (3) with sources of insight outside the family group“. Sie legte Wert auf methodenkritisches Vor-

gehen und gab detaillierte Empfehlungen für den sorgsam Abgleich der erhaltenen Informationen und für die Vermeidung von Fehlinterpretationen. Zugleich machte sie klar, dass ein schematisches Vorgehen keine relevanten Ergebnisse garantiert: „The ‚working machinery‘ of diagnosis does not assure results where imaginative insight is lacking“ (ebd., 363). Mit dem Hinweis auf „imaginative insight“¹ unterstreicht sie die Wichtigkeit der interpretativen bzw. verstehenden Seite der Sozialen Diagnostik. Eine gute Diagnose sei gleichermaßen vollständig und klar und gebe Hinweise auf die in Angriff zu nehmenden sozialarbeiterischen Interventionen (*the social treatment*).

Methodenkritik steckt auch in Richmonds (1917, 364) Hinweis, dass eine „one-word-diagnosis“ wenig wert ist, dass andererseits aber auch detaillierte Diagnosen wertlos sein können, wenn sie nicht zum Punkt kommen, d.h. die zentralen Probleme des Falls nicht erfassen. Schließlich müsse man nicht nur die im jeweiligen Fall auftretenden Schwierigkeiten klar benennen, sondern auch das, was hilfreich ist. Es gehe um beide Seiten, um „those elements in the situation which may become obstacles or aids in the treatment“ (ebd., 364). Richmond weist darauf hin, dass eine vollständige und korrekte Diagnose nicht immer möglich und keine Diagnose endgültig sei. Mit ihrem Buch hat Richmond nicht nur als Anstoßgeberin gewirkt, sondern tatsächlich schon die wesentlichen inhaltlichen Impulse für Soziale Diagnostik, wie sie heute verstanden wird, gesetzt. Dazu gehört auch ihre Betonung der Bedeutung des sozialen Netzwerks für den individuellen Menschen (vgl. Wendt 2008, 86).

Alice Salomon hat mit ihrem Buch „Soziale Diagnose“ (1926) wesentliche Gedanken von Richmond übernommen und damit den Diskurs zur Sozialen Diagnostik im deutschen Sprachraum initiiert. Sie sah die Soziale Diagnose als die „Methode der Feststellung, der Ermittlung des individuellen Notstandes“ (Salomon 1926/2004, 256), wobei dieser individuelle Zugang als Gegenentwurf zur Praxis des vormaligen polizeilichen Armenwesens zu lesen ist. Es gehe darum „den Menschen in seiner Beziehung zur Umgebung“ (ebd., 257) zu studieren und verschiedene „Auskunftsquellen“ wie Verwandte, Ärzte, Arbeitgeber, Nachbarn, andere Wohlfahrtseinrichtungen und Dokumente bzw. schriftliche Auskünfte methodisch differenziert zu bemühen – dies alles jedoch ohne blindes Datensammeln: „wie bei der Heilkunde ist auch hier das Ermitteln, das Untersuchen nur ein Teilvorgang der Diagnostik. Auch bei der Arbeit des Fürsorgers kommt es nicht nur darauf an, möglichst viel Material zu sammeln. Die einzelnen Feststellungen haben verschiedene Bedeutung. Das Wesentliche ist die rich-

1 Es bedeutet wörtlich: „ideenreiche Einsicht“ oder „fantasievolles Verständnis“, ist freier auch übersetzbar mit: „intuitives Verständnis“.

tige Bewertung der Einzelheiten, ihr Vergleich, ihre Deutung. Das Gesamtbild entsteht nicht durch Addition“ (ebd., 261).

Die Deutung des Materials bzw. die Schlussfolgerung und Beurteilung sei „eine selbständige geistige Leistung“ und das erste Glied dieser Leistung sei „immer eine *Hypothese*, eine Möglichkeit, die sich bei weiterer Prüfung als richtig oder als falsch erweisen kann“ (ebd., 266). Die diagnostische Zusammenfassung, so Salomon (ebd., 296), „soll enthalten:

- (1) die Darlegung des Notstandes, der sozialen Schwierigkeit;
- (2) die Darlegung der besonderen Umstände und der Eigenart der Person, durch die der Fall sich von anderen unterscheidet;
- (3) die Darlegung der Ursachen, die den Notstand herbeigeführt haben, soweit sie in ihrer Bedeutung festzustellen sind;
- (4) die Möglichkeiten der Hilfe und die Hemmungen, mit denen bei der Hilfstätigkeit zu rechnen ist, soweit sie in der Person des Klienten, in seiner unmittelbaren Umgebung oder in der übrigen Umwelt liegen.“

Salomon beschreibt mit ihrem Ansatz, der keine einzelnen diagnostischen Instrumente vorsieht, sondern auf einer differenzierten Anamnese der gesammelten Daten mit anschließender Bewertung beruht, im Prinzip einen auch aus heutiger Sicht vollständigen diagnostischen Bogen. Mit dem vierten Punkt spricht Salomon die personalen und die Umweltressourcen an, die auch heute einen zentralen Aspekt Sozialer Diagnostik ausmachen (vgl. Kap. B.5, C.3, D.3).

Eine andere Linie Sozialer Diagnostik beginnt mit den Arbeiten zur Messung interpersonaler Beziehungen von Jacob L. Moreno in den 1930er-Jahren. Moreno (1937/1989) beschäftigte sich mit den sozialen Beziehungen in Gruppen und sah in der von ihm wesentlich vorangebrachten Soziometrie nicht nur ein Messinstrument für die Beziehungen in Gruppen, sondern letztlich auch ein Mittel, „mit dessen Hilfe wir die Mißstände der Gesellschaft angehen können“ (ebd., 53). Wenngleich der gesellschaftspolitische Anspruch Morenos heute wegen seines utopischen Zungenschlags nicht ganz zu Unrecht vergessen ist, bleiben seine Arbeiten für die Diagnostik von Gruppenbeziehungen bis heute bedeutsam. Soziometrie und Soziales Atom finden in der heutigen Sozialen Diagnostik weiterhin Anwendung (vgl. Kap. D.4, D.10). Morenos Beiträge aus den 1930er-Jahren haben auch eine tiefgreifende Nachwirkung in die Netzwerkforschung hinein entfaltet und die Entwicklung bis hin zu Netzwerkkarten und vergleichbaren Instrumenten beeinflusst.

Ein dritter historischer Bezug der Sozialen Diagnostik ist die geisteswissenschaftliche Hermeneutik. Auch wenn es innerhalb dieser Tradition erst im späteren 20. Jahrhundert zur Herausbildung spezifisch sozialdiagnostischer Ansätze gekommen ist, liegt ein markanter Anstoß für diese Entwicklungen weit vor der Entwicklung der modernen Sozialen Arbeit, nämlich am Anfang des 19. Jahrhunderts: Der Philosoph Friedrich Schleiermacher (1805, 1829, zit. nach Szondi 1975, 155–191) begründet auf dem Boden der seit der Antike bestehenden Tradition spezieller (v.a. juristischer und theologischer) Hermeneutiken eine allgemeine Hermeneutik, die nicht mehr den spezifischen Gegenstand und die einzelnen Textstellen sondern den *Akt des Verstehens*, die Auslegung selbst, zum zentralen Thema macht. Indem Schleiermacher *alles* Sprachliche zum Objekt des Verstehens macht (auch das Gespräch), setzt er den ersten Anknüpfungspunkt für die heutigen narrativ angelegten bzw. rekonstruktiven Verfahren. Wilhelm Dilthey (1894/1974) methodisiert im Rückgriff auf Schleiermacher die Hermeneutik und grenzt mit dem Zentralbegriff des Verstehens die Geisteswissenschaften von den erklärenden Naturwissenschaften ab. Der Begriff des Verstehens zielt auf die Erfassung von Sinn – im Gegensatz zur Erklärung, die auf Ursachen bzw. Kausalität ausgerichtet ist.

Eine vierte Wurzel Sozialer Diagnostik kann in der Entwicklung ethnografischer und rekonstruktiver Ansätze der Sozialforschung Anfang bis Mitte des 20. Jahrhunderts im Rahmen der Chicagoer Schule der Soziologie gesehen werden. So hat Robert E. Park in den 1920er-Jahren die ethnografische Feldforschung im urbanen Raum in Gang gebracht (vgl. Friebertshäuser/Jacob 2005, 583). Anselm L. Strauss und Barney G. Glaser haben mit Bezug auf die Arbeiten von George H. Mead die Grounded Theory entwickelt, die einen starken Einfluss u.a. auf das Konzept der Auswertung narrativer Interviews bei Fritz Schütze hat. Der symbolische Interaktionismus und das Wirken der Chicagoer Schule prägen daher bis heute eine Reihe verschiedenster Verfahren des „Verstehens“ in Forschung wie Praxis (zur Bedeutung der Chicagoer Schule siehe zusammenfassend Joas/Knöbel 2004, Kap. 6).

2. Diagnostik in Zeiten von Eugenik und Rassenhygiene

Mit den sozialdarwinistischen und deszendenztheoretischen Schriften zu Beginn des 20. Jahrhunderts kündigte sich – nicht nur in Deutschland und nicht nur in konservativen Kreisen – ein kollektivistisches Verständnis von Fürsorge an, das die Not der Einzelnen, vor allem, wenn sie als „minderwertig“ angesehen wurden, nicht mehr mit individueller Hilfe, sondern mit aussondernder „Volkspfle-

ge“ beantworten wollte. Nicht wenige Fachkräfte begrüßten dies. In der Folge hat die Fürsorge bzw. Wohlfahrtspflege an der Umsetzung der rassenhygienischen Ziele des NS-Regimes mitgewirkt. Für die nationalsozialistischen Ziele der „Auslese“ und Volksgesundheit „waren die Fachkräfte in den Gesundheits- und Sozialinstitutionen unverzichtbar“ (Schnurr 1997, 39), weil sie die Rassenpolitik in den Alltag vermitteln konnten. „Wer, wenn nicht der fürsorgliche Außendienst war in der Lage (...), die für die Umsetzung der rassistischen Gesundheits- und Bevölkerungspolitik erforderlichen Informationen zu generieren bzw. zu sammeln?“ (ebd., 39).

Die Fürsorger/innen und Wohlfahrtspfleger/innen wurden zu Erfüllungsgehilf/innen der völkischen Sozial-, Gesundheits- und Rassenpolitik, nicht zuletzt dank ihrer diagnostischen Fähigkeiten. Im Fall der Mitarbeit an der Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ordneten die Fürsorgerinnen ihre Expertise den medizinischen Diagnosen unter (vgl. Reinicke 1998, 114), denn „die Realisierung der rassenhygienischen Vorstellungen erforderte (...) eine (volks-)gesundheitlich orientierte Umgestaltung der Wohlfahrtspflege“ (Hammer Schmidt 1999, 231). Ähnliche Ansätze, vor allem was die Sterilisierung behinderter und kranker Menschen und die Aussonderung sogenannter „Verwahrloster“ anging, gab es auch im benachbarten Ausland (für die Schweiz vgl. Huonker 2003; Wilhelm 2005, 199ff.). Es war aber vor allem die todbringende Rolle von Diagnosen in der nationalsozialistischen Rassenhygiene, die jeden diagnostischen Anspruch der Sozialen Arbeit der Nachkriegszeit für lange Jahre grundlegend desavouierte.

3. Anti-Diagnostik in den 1960er- und nachfolgenden Jahren

Die für die diagnosekritische Haltung in Sozialpädagogik und Sozialarbeit einflussreiche Diagnostikkritik in und gegenüber der Psychologie und Medizin aus den 1960er- und 1970er-Jahren kann als Reflex auf die politische Instrumentalisierung von Diagnosen im eugenischen und rassehygienischen Diskurs verstanden werden, zugleich aber auch als ein Ausdruck der emanzipatorischen gesellschaftspolitischen Bewegungen dieser Zeit. Ronald Laing (1960/1972) kritisierte u.a. auf dem Boden des Sartre'schen Existentialismus den entpersönlichenden Charakter psychiatrischer Diagnosen und setzte ihnen ein auf Dilthey zurückgeführtes Konzept einer verstehenden Diagnostik und Therapie entgegen. David Cooper (1967/1971) plädierte aus antipsychiatrischer Überzeugung dafür, dass psychische Krankheiten gesellschaftlichen Ursprungs seien, und Thomas Szasz (1961/1972) stellte das Konzept psychischer Krankheit grundsätzlich in Frage.

Die diagnosekritischen Gedanken dieser Psychiater waren mit materialistischer Gesellschaftstheorie und gesellschaftspolitischem Engagement verknüpft. Sie trugen zu einem in den sozialen Berufen weit verbreiteten antidiagnostischen Ressentiment bei.

Eine ähnliche Wirkung entfalteten die Etikettierungstheorie psychischer Krankheiten (vgl. Keupp 1972), die Kritik an der Medikalisierung des Lebens von Ivan Illich (1975) und die Kritik an der Intelligenzdiagnostik (z.B. Liungman 1973) samt ihrem rassistischen Missbrauch (Gould 1981) bzw. die Kritik an der sozial segregierenden Wirkung sonderpädagogischer Diagnostik.

Eine paradox wirkende Begleiterscheinung dieser medizin- und gesellschaftskritischen Debatten war, dass sich das antidiagnostische Ressentiment in der Sozialen Arbeit mit einer Delegation der Diagnostik an Psychologie, Medizin verband. Es entstand diesbezüglich eine „Leerstelle im Handlungsrepertoire sozialpädagogischer Fachkräfte“ (Nauerth 2016, 4). In der Folge haben viele Sozialarbeiter/innen bzw. Sozialpädagog/innen psychotherapeutische Zusatzausbildungen – bevorzugt aus dem Kreis der systemischen Familientherapie – absolviert. Der Wunsch, damit für die eigenen Arbeitsfelder besser gerüstet zu sein, erfüllte sich jedoch nur zum Teil, da eine Ausarbeitung psychotherapeutischer Konzepte für den originären Bereich der Sozialen Arbeit ausblieb.

Die Praxis der Sozialen Arbeit entwickelte sich damit weiter von ihren eigentlichen Aufgaben weg, nicht – wie in der sozialkritischen Debatte gefordert – zu den Kernproblemen benachteiligter Lebenslagen hin. In der gesetzlich (§ 35a Achten Buch Sozialgesetzbuch [SGB VIII]) vorgeschriebenen ärztlichen Diagnostik seelischer Behinderungen von Kindern und Jugendlichen kamen und kommen die biografie- und lebensweltorientierten Aspekte in der Regel selten zur Geltung. Dies liegt auch daran, dass sich die Soziale Arbeit wenig in die Diagnoseprozesse einbrachte bzw. Diagnosen grundsätzlich ablehnte, wie beispielsweise Hekele (1988), der Diagnosen im Zusammenhang mit der Heimerziehung als „üble Nachrede“ bezeichnete.

4. Renaissance der Sozialen Diagnostik

Dass es in den sozialen Berufen und insbesondere in der Sozialen Arbeit wieder zu einer expliziten Beschäftigung mit Diagnostik gekommen ist, hat verschiedene Gründe. Den Boden dafür gaben der Re-Import sozialarbeiterischer Ansätze und die damit verbundene Methodisierung der Sozialen Arbeit seit den 1960er-

Jahren, die mit der Akademisierung der Sozialen Arbeit in den 1970er-Jahren belebte allgemeine Wissenschaftsorientierung sowie das Ringen um eine Wissenschaft Sozialer Arbeit seit den 1980er-Jahren. Der damit verbundene Professionalisierungsdiskurs hat immer wieder – sei es affirmativ oder auch kritisch – auf die Rolle von Diagnosen Bezug genommen (vgl. Staub-Bernasconi 2003; Staub-Bernasconi 2013; Schrapper 2015b). In der Jugendhilfe spielte der moralische und später auch strafrechtliche Legitimationsdruck für konkrete Entscheidungen im Kinderschutz eine wesentliche Rolle (Heiner 2013). Eine nicht unerhebliche Anregung ging auch von der Netzwerkforschung (Röhrle 1993; vgl. Ziegler 2010) aus, vor allem in klinischen Handlungsfeldern wie der Sozialpsychiatrie, wo die Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker die Fragen nach Lebensqualität, sozialem Netzwerk und Teilhabe neu aufwarf und auch heute noch aufwirft.

Der verstärkte ökonomische Druck in den 1990er-Jahren mit einem gestiegenen Anspruch an die Wirtschaftlichkeit Sozialer Arbeit und daraus folgender Kostenbegrenzung, die Einführung von Leistungsabsprachen, der Wechsel von der Input- zur Output-Steuerung und auch der sich verstärkende Qualitätsdiskurs führten zu einem evaluativen Klima, in dem die Notwendigkeit von Diagnostik ebenfalls sichtbarer und plausibler wurde. Im Achten Jugendbericht (BJFFG 1990) wurde der Diagnosebegriff zwar kritisch gehandhabt, aber über den Begriff der Zuweisungskriterien letztlich doch inhaltlich bekräftigt. Mit Beginn der 2000er-Jahre schließlich haben sich die Anforderungen an das Handeln in der Sozialen Arbeit, so Kreft (2004, 86) „gewissermaßen von der lange Zeit geduldeten Unverbindlichkeit des Handelns (...) zur regelgeleiteten, überprüfbaren Verbindlichkeit“ entwickelt.

Unter diesen Einflüssen hat die Soziale Diagnostik in den letzten zwei Jahrzehnten einen großen Aufschwung genommen. Insbesondere die Bücher von Mollenhauer und Uhlendorff (1992), Müller (1993), Harnach-Beck (1995), Heiner (2004), Krumenacker (2004), Schrapper (2004), Pauls (2004/2013) und Pantuček (2006/2012) haben den Diskurs zu Sozialer Diagnostik auf je unterschiedliche Weise in Gang gebracht und weitergeführt. Beginnend mit dem Jahr 2005 hat sich zudem eine Serie von Fachtagungen etabliert, die diesen Diskurs bis heute in Teilen organisiert, und zwar nicht nur als theoretische, sondern wesentlich auch als praxisbezogene Auseinandersetzung. Aus diesen Tagungen sind selbst wieder viel beachtete Publikationen wie Pantuček/Röh (2009), das von Buttner zusammengestellte Themenheft „Diagnose und Diagnostik in der sozialen Arbeit“ (2010) sowie der Band von Gahleitner, Hahn und Glemser (2013) hervorgegangen. Auch Publikationen zu methodischem Handeln, die den gesamten

Prozessbogen thematisieren, wie der Band zur Kooperativen Prozessgestaltung von Hochuli Freund und Stotz (2011/2017), integrieren diese Entwicklungen.

5. Positionen im aktuellen Diskurs zur Sozialen Diagnostik

Bei aller Verschiedenheit der Motive und der in der Sozialen Arbeit zusammenfließenden beruflichen, gesellschaftspolitischen und wissenschaftlichen Traditionen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten ein gemeinsamer Ausgangspunkt der Sozialen Diagnostik herauskristallisiert: die Besinnung darauf, dass Soziale Arbeit verlässliche, methodisch und empirisch fundierte Ausgangspunkte für ihre Interventionen braucht, und dass Soziale Diagnostik in der Lage ist, hierfür einen Beitrag zu liefern. Wie, inwieweit und auf welchen Wegen Soziale Diagnostik dies aber erreichen kann, darüber geht der Diskurs weiter. Dass es jedoch nicht „das eine“ richtige diagnostische Instrument oder Verfahren für alle Zwecke geben kann,² versteht sich von selbst und ergibt sich aus der Vielfalt der Anlässe, Rahmenbedingungen, Akteure und Fragen.

Wie aber sehen die verschiedenen Wege aus? Welche Rolle müssen dabei Daten und Fakten spielen, worauf soll sich die Interpretation beziehen und wie weit darf sie gehen, wo sind ihre Grenzen? Wie weit darf und soll sich Diagnostik auf das Besondere des Einzelfalls beschränken und wie stark darf sie andererseits abstrahieren und das Typische und Allgemeine in den Vordergrund stellen? Wie psychologisch bzw. psychotherapeutisch soll Soziale Diagnostik sein oder inwiefern kann sie vor allem die soziale Dimension fokussieren? In welcher Weise soll das Subjektive, die Welt des Erlebens Raum erhalten? Inwieweit sollen überindividuelle Aspekte wie der Sozialraum oder gesellschaftliche Strukturen in die Soziale Diagnostik einbezogen werden?

Diese Fragen haben den Diskurs zur Sozialen Diagnostik in jüngerer Zeit geprägt. Oft werden sie in einem Habitus des Grundsätzlichen aufgeworfen und auf die Soziale Diagnostik im Allgemeinen bezogen. Darin liegt ein nicht unerhebliches Problem, denn auf diese Weise kann sich der Diskurs schnell in eine weltanschauliche Auseinandersetzung verirren und an Fachlichkeit verlieren. Kunstreich u.a. (2004) packten, um ein markantes Beispiel herauszugreifen, ihre Kritik an Sozialer Diagnostik in Anknüpfung an Hekele (1988) in die Losung „Dialog statt Diagnose“. Nun schließen sich Diagnose und Dialog aber keineswegs aus. Tatsächlich spielt ja der Dialog in den Konzepten und Verfahren Sozi-

2 In puncto Klassifikation gibt es allerdings durchaus Versuche, ein umfassendes System zu etablieren (vgl. z.B. Röh 2013b).

aler Diagnostik eine bestimmende Rolle (vgl. Jakobs/Röh 2005; Hochuli Freund/Stotz 2011/2017). Soziale Diagnostik ist in den allermeisten Fällen sogar auf den dialogischen Austausch zwischen Fachkraft und Klient/in und auf Transparenz gegenüber den Klient/innen angewiesen. In der Tat gibt es zwar allgemein viel Diagnostik, die mit wenig bis keinem Dialog auskommt – aber eben nicht in der Sozialen Arbeit und in einer Sozialen Diagnostik wie sie hier vorgestellt wird. Die kategorische Ablehnung von Diagnostik versteht sich zwar als emanzipatorisch, verzichtet aber zugleich auf eine Unterstützung von Selbstverstehen und führt – konsequent weitergedacht – zu einer paternalistischen Haltung: dem gutgemeinten, aber letztlich riskanten Vorenthalten genaueren Hinschauens. Dadurch nimmt sie das Risiko in Kauf, dass Not unerkannt bleibt.

Eine auf den ersten Blick ähnliche Gegenüberstellung wie die von Dialog vs. Diagnose ist die von Fallverstehen vs. Diagnose (Schrapper 2015a). Diese in erster Linie methodische Dichotomie kann aber als Chiffre für die Verstehen-Erklären-Kontroverse und als integrierendes Plädoyer für einen doppelten Zugang verstanden werden: zum einen auf dem Weg des auf Verstehen zielenden einführenden Nachvollziehens und zum anderen auf dem Weg des auf Erklären eingestellten, systematisierenden Durchblickens. Die Gegenüberstellung könnte im ungünstigen Fall einen Anlass zum Falsch-Verstehen geben, und zwar dann, wenn Verstehen und Diagnostizieren als sich ausschließende Gegensätze missverstanden würden. Das sind sie aber nicht. Rekonstruktives Verstehen und analytisches Durchschauen sind polare Gegensätze, die aufeinander bezogen sind und sich gegenseitig durchdringen, also Aspekte, die sich trotz aller Verschiedenheit notwendig ergänzen. Heiners (2013) Zusammenführung der sich scheinbar ausschließenden Gegensätze in der Wortschöpfung „Diagnostisches Fallverstehen“ sollte demnach als Appell verstanden werden, die Konkurrenz von rekonstruktiven und sog. klassifikatorischen Ansätzen nicht ideologisch zu überhöhen. In der Sozialen Arbeit geht es in vielen Fällen um das Wohl *einzelner* Menschen. Diese Menschen in ihrer Lebenssituation und mit Bezug auf ihre Umwelt und Mitwelt zu verstehen, ist ein zentrales Anliegen der Sozialen Diagnostik. Dieses Verstehen setzt voraus, dass die (verschiedenen) subjektiven Perspektiven der Beteiligten nachvollzogen werden können, sei es, indem man „einfach“ und im Wortsinn zur Kenntnis nimmt, was sie mitteilen, sei es, indem ihre Perspektive sekundär rekonstruiert wird. Zugleich geht es in der Sozialen Diagnostik aber auch um das objektive Erfassen von Lebensumständen und um ein analytisches Durchschauen von Situationen und Strukturen. Beide Seiten, die sich an der Subjektivität orientierende, auf das Verstehen zielende und die objektivierende, auf den Boden der empirischen Tatsachen gerichtete, sind wesentliche Aspekte der Sozialen Diagnostik. *Beide* Seiten sind konstitutiv sowohl für das Verstehen

eines Falles als auch für seine objektivierende Analyse. Das Verstehen kommt nicht ohne ein Mindestmaß an objektiver Distanz und ein Zur-Kennntnis-Nehmen von Rahmenbedingungen aus. Andernfalls wäre Verstehen ja nichts weiter als eine Duplikation dessen, was Klient/innen von sich geben. Man hat nur dann eine Chance, Fälle gut zu verstehen, wenn sich an ihnen zumindest *irgendetwas* Typisches feststellen lässt und wenn man sagen kann, was in diesem speziellen Fall vom Typischen und Allgemeinen abweicht. Würde man an den verschiedenen einzelnen Fällen keine Gemeinsamkeiten bemerken können, wie sollte man dann den einzelnen Fall einordnen, wie ihn als etwas Besonders verstehen?

Aber auch der objektivierende Blick ist auf das Subjektive angewiesen. Jedem Erkennen von Fakten, gleich ob bei Klient/innen oder bei Fachkräften, liegt ein subjektiver Wahrnehmungsprozess zugrunde. Abgesehen davon, gilt es in der Sozialen Diagnostik immer auch mitzudenken, dass die Fachkräfte, die versuchen, etwas diagnostisch zu erfassen, in eine Beziehung zur Person bzw. Gruppe, um die es geht, treten. Und diese Interaktion hat – insbesondere bei den „weichen“ bzw. interpretationsoffenen diagnostischen Ansätzen – einen u.U. erheblichen Einfluss auf das diagnostische Geschehen und damit auch auf die Ergebnisse. Und schließlich geht es bei der Erfassung objektiver Bedingungen immer auch darum, wie sie auf das Subjekt wirken und wie das Subjekt selbst diese Bedingungen erlebt und bewertet.

Diagnostik steht also ganz grundsätzlich zwischen den Polen der Fokussierung auf das jeweils Besondere des Einzelfalls und dem Typischen: dem, was verschiedene Fälle gemeinsam haben, mit dem sich Fälle vergleichen und auf das sich Fälle beziehen lassen. Mitfühlendes Verstehen und analytisches Durchblicken sind keine sich ausschließenden Gegensätze, sondern vielmehr Akzentuierungen, und sie treten in unterschiedlichen „Mischungsverhältnissen“ auf. Welches „Mischungsverhältnis“ angemessen ist, hängt nicht nur von äußeren Bedingungen wie beispielsweise dem organisationalen Auftrag und der zur Verfügung stehenden Zeit ab, sondern vor allem auch von der Frage, die beantwortet werden soll, vom Aushandlungsprozess zwischen Fachkraft und Klient/in, mithin von der konkreten Situation, in der etwas geklärt werden soll.

Im Diskurs zur Sozialen Diagnostik noch nicht oder sehr wenig reflektiert sind die technischen Möglichkeiten durch die Digitalisierung. Einzelne Instrumente wie die Netzwerkkarte sind in digitalisierten Formaten zugänglich, und es ist zu erwarten, dass hier noch ein deutlicher Zuwachs erfolgen wird. Die technischen Möglichkeiten Sozialer Diagnostik werden also merklich zunehmen und auch zu entsprechender Nutzung führen. Eine moralische Herausforderung stellen

zudem die webbasierten sozialen Netzwerke sowie die Suchmaschinendienste dar. Die in den Such-, Messaging- und Vernetzungs-Diensten hinterlegten Daten erlauben den Betreibern und ggf. kommerziellen Nutzern tiefe Einblicke in die realen interpersonellen Beziehungen der teilnehmenden Personen, Einblicke wie sie durch keine „Papier-und-Bleistift-Diagnostik“ jemals möglich sein werden. Was hier technisch möglich ist, wird von der Sozialen Diagnostik im Rahmen Sozialer Arbeit schon deswegen nicht genutzt werden, weil es um kommerziell erhobene, für Dritte nicht oder nur gegen Bezahlung zugängliche Daten geht. Dennoch sollte nicht vergessen werden, dass Präzision und Durchdringungstiefe solcher „Diagnostik“ im Prinzip enorm sind. Derzeit ist nicht abzusehen, wie die Welt dieser webbasierten Netzwerke tatsächlich auf die Soziale Diagnostik wirken könnte – aber dass sie in irgendeiner Weise Einfluss haben wird, daran besteht kein Zweifel.

6. Begriff und Funktionen der Sozialen Diagnostik

Nach wie vor wird der Diskurs, der sich um Diagnosen und Diagnostizieren in der Sozialen Arbeit dreht, mit verschiedenen Begriffen geführt. Es war der von Richmond (1917) letztlich aus der Medizin entlehnte und von Salomon (1926) adaptierte Begriff der *Sozialen Diagnose*, der zunächst im Vordergrund stand. Er hatte damals allerdings noch nicht die starke klassifikatorische Konnotation wie heute in der Medizin, sondern diente als Chiffre für systematisierte Datenerhebung, Analyse und Deutung bzw. für eine „ganzheitliche Fallanalyse“ (Kuhlmann, 2004, 11). Der Begriff der Diagnose fungierte also als eine Art Oberbegriff oder Sammelbecken für Methode, Vorgang und Ergebnis des Erkennens. Dagegen hebt der Begriff der Diagnostik auf das Methodische und Prozessuale ab, nicht aber auf das Ergebnis. Der Begriff der *Sozialen Diagnostik* meint also den diagnostischen Prozess und nicht seinen idealisierten Endpunkt – und schon gar nicht irgendwelche verkürzenden Ein-Wort-Diagnosen. Diese kritisierte in differenzierter Weise schon Richmond (1917, 358 und 365).

Der Ausdruck *psychosoziale Diagnose* stand für das Anliegen, das Diagnostische nicht auf den Tätigkeitsbereich von Psychiater/innen und Psycholog/innen zu verkürzen und den Anspruch diagnostischer Kompetenz auch für die Soziale Arbeit zu reklamieren. Weil aber auch dieser Begriff „nicht der Schwierigkeit [entgeht], standardisierende, also verallgemeinernd-etikettierende Zuschreibungen zu verwenden“ (Mollenhauer/Uhlendorff, 1992, 22), haben sich Vertreter der Kinder- und Jugendhilfe, die sich an den Forderungen des Achten Jugendberichtes (BJFFG 1990, 132 f.) orientierten, den Begriff der *sozialpädagogischen*

Diagnose zu eigen gemacht. Mit dieser Wortwahl war ein von einer klassifikatorischen Konnotation weit entferntes Begriffsverständnis verbunden. Die Sozialpädagogischen Diagnosen von Mollenhauer und Uhlendorff (1992) orientierten sich vielmehr an der geisteswissenschaftlichen Tradition der Hermeneutik, am nachvollziehenden Verstehen biografischer Zusammenhänge. Harnach-Beck (1995) bevorzugte dagegen den Begriff der *psychosozialen Diagnostik*. Dieser wurde teilweise auch von Heiner (2005) verwendet. Bei Gahleitner, Hahn und Glemser (2013) spiegelt er einen Bezug auf notwendige klinische Kompetenzen im Feld der (Sozialen) Diagnostik. Schließlich ist auch der kürzere Begriff der *Sozialdiagnostik* in Verwendung (Röh 2017), der ähnlich wie der von Pantuček favorisierte Begriff der *Sozialen Diagnostik* mehr das Interpersonelle, Gemeinschaftliche und Gesellschaftliche betont.

Für dieses Handbuch haben sich die Herausgeber für den Begriff der *Sozialen Diagnostik* entschieden. Es soll damit zum einen herausgestellt werden, dass sich Diagnostik nicht auf die Traditionslinien der Sozialarbeit oder der Sozialpädagogik beschränkt. Zum anderen soll das Methodische und Prozessuale betont werden. Der Begriff der Diagnose, wiewohl historisch eingeführt, hätte aus unserer Sicht zu viel Potenzial für Missverständnisse, und ein Anklang an verkürzende „Ein-Wort-Diagnosen“ sollte in jedem Fall vermieden werden. Es geht in diesem Buch auch tatsächlich nicht um die Ergebnisse diagnostischen Handelns, sondern um den Weg dorthin. Dieser methodische Weg ist heute nur mit dem Begriff der Diagnostik angemessen bezeichnet.

Unter Sozialer Diagnostik verstehen wir in einem weiten Sinn die auf Verstehen und analytisches Durchdringen gerichteten professionellen Handlungsmuster für Praxis und Forschung der Sozialen Arbeit, also die systematisierten und/oder methodisch definierten Prozesse, mit denen Fachkräfte der Sozialen Arbeit und verwandter psychosozialer Professionen Antworten auf die konkreten Fragen in der Praxis (oder ggf. in der Forschung) suchen. Insofern es um die soziale Lage von Klient/innen geht, kann Soziale Diagnostik auch bestimmt werden als Methode zur kriteriengeleiteten Sammlung und Bewertung derjenigen Informationen über die soziale Lage von Klient/innen bzw. Gruppen von Klient/innen, die für die Einschätzung der Notwendigkeit, Dringlichkeit und Intensität sozialarbeiterisch/sozialpädagogischer Intervention benötigt werden. Notwendiges Gegenstück zu dieser objektivierend-interventionsgerichteten Seite Sozialer Diagnostik ist die interpretierend-verstehende Seite, idealerweise aufgefasst als gegenseitiges Verstehen in der Begegnung. Soziale Diagnostik ist aber in beiden Fällen kein Selbstzweck, sondern ein Mittel zum Zweck: Sie hängt in ihrer konkreten Gestalt vom Zweck – der Frage, dem Erkenntnisziel, dem zu lösenden Problem –

ab. Was herausgefunden werden soll bzw. als Problem ausgemacht wird, sollte dabei möglichst immer in einem kooperativen Prozess zwischen Klient/in und Fachkraft bestimmt werden.

In der Praxis der Sozialen Arbeit geht es oft um die objektive Bewertung der sozialen Lage (Lebenslage), nie aber ohne den Einbezug der persönlichen bzw. subjektiven Bewertungen der Klient/innen dieser Lage. Wenn andererseits die subjektive Sicht von Klient/innen im Vordergrund der diagnostischen Bemühungen steht, dann braucht es stets den Einbezug der Rahmenbedingungen in einem objektiven Sinn.

Aus dem Professionsverständnis der Sozialen Arbeit und gleichzeitig als Antwort auf die Diagnostikkritik ergeben sich vier grundlegende Prinzipien Sozialer Diagnostik als normative Postulate (vgl. Heiner 2013, 29 f.):

- (1) *die partizipative Orientierung*: Soziale Diagnostik soll dialogisch angelegt sein, das Aushandeln in den Vordergrund stellen und damit die Beteiligung der Klient/innen am diagnostischen Prozess im Sinne der Koproduktion (hier: des Wissens bzw. der Erkenntnis) fördern;
- (2) *die sozialökologische Orientierung*, mit der die Kontextabhängigkeit von Problemen oder Zuständen in den Blick genommen werden soll, um eine naive Eigenschaftszuschreibung zu vermeiden;
- (3) *die multi- bzw. multiperspektivische Orientierung*, die einseitige und rein auf Expertensicht verengte Ergebnisse vermeiden bzw. allgemein helfen soll, die Komplexität von Fällen ausreichend abzubilden, und schließlich die
- (4) *die reflexive Orientierung*, die auf die Überprüfung diagnostischer Ergebnisse zielt und eine Festschreibung von Diagnosen bzw. Feststellungen verhindern soll. In der reflexiven Orientierung zeigt sich auch das Bewusstsein der Fallibilität von Diagnosen und damit die Bereitschaft, einmal erarbeitete Schlussfolgerungen zu revidieren.

Wir gehen in diesem Handbuch mit Heiner von einem partizipativen, sozialökologischen, multiperspektivischen und reflexiven Verständnis von Sozialer Diagnostik aus. Ein wichtiges Merkmal ist auch der Prozess- und Hypothesencharakter von Sozialer Diagnostik. Ihre Ergebnisse sollen nicht zum stigmatisierenden „Etikett“ werden können, sondern als Hypothesen angesehen werden, die im weiteren Arbeitsprozess immer wieder überprüft werden (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017, 216; Heiner/Schrapper 2010, 209).

Die allgemeinste Funktion von Diagnostik ist es, eine Antwort auf eine Frage in einer konkreten Situation zu liefern. Und die häufigste Frage, die sich in der Sozialen Arbeit stellt, ist die nach der richtigen Intervention. „Auf irgendeine Art“, so drückt es Pantuček (2005) aus, „müssen wir SozialarbeiterInnen zu Interventionsentscheidungen kommen. Zu Entscheidungen darüber, welche Themen wir in den Beratungsgesprächen ansprechen.“ Tatsächlich steht das Bedürfnis nach Begründung und vorgegreifender Legitimation im Zentrum der Diskussion zur Sozialen Diagnostik.

Heiners Einteilung diagnostischer Verfahren nach der funktionsbezogenen Verwendbarkeit ist vielfach aufgegriffen worden. Heiner (2004, 24 f.; vgl. ähnlich auch Schrödter 2009) unterscheidet vier Funktionen: 1) Orientierungsdiagnostik, 2) Zuweisungsdiagnostik, 3) Gestaltungsdiagnostik und 4) Risikodiagnostik. Diese vier Funktionen differenziert Heiner durch die unterschiedliche Ausprägung der Merkmale „Reichweite der Aussagen“, die sich aus der Zahl der kategorisierten Phänomene ergibt und „Präzisionsgrad der Kategorien“. Während sich die Orientierungsdiagnostik durch einen breit erfassten Phänomenbereich (hohe Reichweite) und einen geringen Detaillierungsgrad (geringe Präzision) auszeichnet, verhält es sich bei der Risikodiagnostik genau umgekehrt: ein enger Phänomenbereich wird präzise in den Fokus genommen (vgl. hierzu auch die genauere Darstellung in Kap. C.1).

Allgemein kann die Funktion Sozialer Diagnostik als ein unentbehrlicher Beitrag zur Strukturierung sozialarbeiterischer oder sozialpädagogischer Hilfe verstanden werden, der immer auch einen reflexiven Anteil in sich birgt, insofern er auch einen Einblick in das professionelle Tun gestattet. Schließlich kann Soziale Diagnostik auch in der Selbstevaluation Sozialer Arbeit eine Rolle spielen, insofern sich Interventionsverläufe nachzeichnen lassen. Neben den praktischen Erfordernissen, nach denen sich Soziale Diagnostik ausrichten muss, gibt es aber auch genuine Forschungsinteressen, die mit Mitteln der Sozialen Diagnostik befriedigt werden. Forschung in der Sozialen Arbeit und in angrenzenden Feldern greift meist auf differenzierte, methodisch aufwendige Verfahren und Instrumente zurück, sowohl, was qualitative bzw. interpretative Ansätze angeht, als auch, was quantitativ angelegte Instrumente betrifft. Soziale Diagnostik sollte also nicht auf die Erfordernisse der Praxis beschränkt werden.

8. Theoriebezüge der Sozialen Diagnostik

Neben methodischem Wissen hat auch Theorie-Wissen große Bedeutung für die Soziale Diagnostik. Dabei sind Theorien aus unterschiedlichen disziplinären Zusammenhängen relevant. So gibt es aktuell einzelne Entwürfe, wie Soziale Diagnostik in eine allgemeine Theorie Sozialer Arbeit eingebettet werden kann (siehe Kap. B.8). Je nach Handlungsfeld können darüber hinaus unterschiedliche theoretische Perspektiven fruchtbar gemacht werden (siehe Kap. B.1 bis B.7) und je nach Fall können spezifische Objekttheorien zur Erklärung hinzugezogen werden.

Genau besehen spielen Theorien in der Sozialen Diagnostik eine Doppelrolle. Zum einen hängt von dem zu bearbeitenden Fall bzw. Problem und seinem Kontext ab, welche Objekttheorien überhaupt als Erklärungsinstanzen in Frage kommen, und zum anderen bestimmt die „theoretische Brille“ auch mit, was als Fall gilt, wie er konstruiert wird bzw. wie er als „Fall“ zu begreifen ist (vgl. u.a. Peter 1986, 19 f.). Einerseits muss also die Theorie zum Fall passen. In Fällen beispielsweise, bei denen die Erkundung des sozialen Netzwerkes eines chronisch kranken Menschen ansteht, sind andere Theorien erhellend als bei der Klärung von Mobbingprozessen an einer Schule. Wenn es um die Frage geht, ob in einem konkreten Fall Kindeswohlgefährdung vorliegt, spielen andere Theorien eine Rolle als in Fällen wie der Beurteilung des Rückfallrisikos von Straftätern, des Zusammenlebens von Jugendlichen in einer Wohngemeinschaft oder von Fällen in der Arbeitsvermittlung. Insofern ist die Multiperspektivität eine selbstverständliche Sache, und die Theorien müssen den Fällen folgen. Die Mehrperspektivität in der Wahl geeigneter Theorien zuzulassen heißt also, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, welche theoretische Perspektive sich überhaupt anbietet, um eine bestehende Frage bzw. ein präsentiertes Problem zu bearbeiten.

Andererseits aber muss bei Diagnostik immer auch hinterfragt werden, inwieweit sich der Fall aus der Theorie ergibt – und das heißt auch: ob er sich nicht auf Basis anderer Hintergrundannahmen anders darstellen würde oder es vielleicht gar nicht zum Fall käme. Weil Beobachtungen grundsätzlich von Theorien durchtränkt bzw. theoriebeladen sind (Hanson 1958; Feyerabend 1986), können verschiedene Theorien oder Vorannahmen unterschiedliche Beobachtungen in Gang setzen und damit auch zu unterschiedlichen Fallbewertungen führen. Ob z.B. die Äußerung eines psychisch erkrankten jugendlichen WG-Bewohners: „Ich mag jetzt nicht mehr“ als eine situationsangemessene Äußerung oder als Hinweis auf eine psychische Krise mit suizidaler Tendenz gesehen wird, hängt

nicht zuletzt von den theoriegeleiteten Vorannahmen der Beobachter/innen ab. Es ist also durchaus von Bedeutung, von welchen Vorannahmen und von welcher Theorie Soziale Diagnostik in einer gegebenen Situation „herkommt“. Der theoretische Hintergrund und mit ihm das methodische Vorgehen beeinflusst auch die Auswahl der Beobachtung und ggf. die Deutung des Beobachteten. Theorien lenken den Blick und sind immer auch Ausgangspunkt für Fragen. Manche Probleme zeigen sich erst, wenn man von einer bestimmten Theorie ausgeht, denn Theorien legen durch ihr Vokabular und ihre Struktur gewissermaßen fest, wie Probleme gerahmt und aufgefasst werden, was als Problem gilt und wie es sprachlich dargestellt wird.

Soziale Diagnostik ist demnach mit guten Gründen multiperspektivisch. Situationen lassen sich häufig nur durch die Kontrastierung der verschiedenen persönlichen und institutionellen Perspektiven auf den Fall einfangen. Die von Heiner (2013) formulierten Prinzipien der partizipativen, sozialökologischen, mehrperspektivischen und reflexiven Orientierung spiegeln die Vielfalt dieser Bezüge wider und geben zugleich zentrale ethische Standpunkte Sozialer Arbeit wieder.

9. Zum Aufbau des Buches

Im Teil B dieses Bandes stellen die Herausgeber/innen die für die Soziale Diagnostik wesentlichen theoretischen Perspektiven dar. Sie reichen von der subjektiven Seite der Person (z.B. ihrer Identität, ihrer Biografie oder ihren Kompetenzen), über die mesosozialen Faktoren (z.B. soziale Netzwerke) bis hin zur Umwelt (in Form des Sozialraums). Sie bieten verschiedene und sich notwendig ergänzende Zugänge, von denen aus eine Soziale Diagnostik gedacht und realisiert werden kann. Außerdem werden mögliche theoretische Rahmungen einer Sozialen Diagnostik durch verschiedene Theorien der Sozialen Arbeit vorgestellt.

In Teil C werden die aus Sicht der Herausgeberinnen und Herausgeber wichtigsten aktuellen Ansätze oder Konzepte Sozialer Diagnostik dargestellt. Unter einem Konzept verstehen wir einen theoretisch inspirierten Rahmen, der die Basis für die Herleitung und Kontextualisierung der Instrumente bildet, ein „Handlungsmodell, in welchem Ziele, Inhalte, Methoden und Verfahren in einen sinnhaften Zusammenhang gebracht sind“ (Geissler/Hege 2001, 20). In 15 Beiträgen stellen die Autor/innen verschiedene Konzepte vor, skizzieren dabei auch einzelne diagnostische Instrumente und/oder illustrieren die Vorgehensweise an Fallbeispielen.

In Teil D kommen wichtige, weit verbreitete und in verschiedenen Handlungsfeldern nutzbare konkrete Verfahren und Instrumente zur Darstellung. Teilweise sind sie eingebettet in Konzepte, die in Abschnitt C vorgestellt werden. Wenn die Instrumente für sich stehen, wird ihre theoretische Einbettung jeweils kurz geschildert. Die Autor/innen stellen in 16 Beiträgen konkrete Instrumente und Vorgehensweisen so vor, dass sie von Fachkräften in der Praxis vor Ort genutzt werden können.

Auf diese Weise will dieses Handbuch die gedanklichen Grundlagen, Konzepte und konkreten Wege darstellen, mit denen brauchbare Antworten auf die Frage, Anlässe und Probleme gesucht werden können, wie sie sich vor allem in der Praxis der Sozialen Arbeit stellen. Beim Versuch, eine Ordnung herzustellen und einen Überblick zu bieten, haben wir zwei scheinbar sich widersprechende Anforderungen im Auge gehabt: einerseits das Ziel, den gemeinsamen Boden und das gemeinsame Anliegen Sozialer Diagnostik herauszuarbeiten, andererseits die Notwendigkeit, der Diversität der Sache gerecht zu werden. Es geht also darum, die Vielfalt, die Zusammenhänge und die trennenden Linien, die Gemeinsamkeiten und die Brüche darzustellen, die sich in der Sozialen Diagnostik aktuell zeigen. Wenngleich wir uns bemüht haben, die wesentlichen Entwicklungen, Ansätze und Formen Sozialer Diagnostik zur Darstellung zu bringen und zu diskutieren, war eine Vollständigkeit nicht das Ziel. Die Diagnostik in spezifischen Handlungsfeldern – z.B. die Entscheidungsfindung im Kinderschutz oder in der justiznahen Sozialarbeit, die Soziale Diagnostik im Betreuungswesen, in der Rehabilitation u.v.a. – werden im zweiten Band dieses Handbuchs behandelt.

Literatur

- BJFFG – Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1990): Achter Jugendbericht: Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe, BT-Drs. 11/6576, Bonn, <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/11/065/1106576.pdf> (21. Januar 2018).
- Buttner, P. (2010): Diagnostische Ansätze, Verfahren und Instrumente – eine Orientierung für die Soziale Arbeit, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 41, Nr. 4, S. 4–13.
- Cooper, D. (1971): Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, Frankfurt a.M. (engl. Orig. 1967).
- Deimling, G. (2003): 150 Jahre Elberfelder System – Ein Nachruf, in: Geschichte im Wuppertal, 11, 12, S. 46–57, <http://www.bgv-wuppertal.de/GiW/Jg12/6System.pdf> (21. Januar 2018) (Orig. 2002).
- „Diagnose und Diagnostik in der sozialen Arbeit“ (2010), Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 41, Nr. 4.

- Dilthey, W. (1974): Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie, in: Ders.: Gesammelte Schriften, Bd. 5: Die Geistige Welt. Einleitung in die Philosophie des Lebens. Erste Hälfte: Abhandlungen zur Grundlegung der Geisteswissenschaften, Stuttgart, S. 139–240 (Orig. 1894).
- Feyerabend, P. (1986): Wider den Methodenzwang, Frankfurt a.M. (engl. Orig. 1975).
- Fischer-Homberger, E. (1977): Geschichte der Medizin, 2. Aufl., Berlin.
- Friebertshäuser, B./Jakob, G. (2005): Forschungsmethoden: qualitative, in: Otto, H./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, 3. Aufl., München, S. 576–591.
- Gahleitner, S. B./Hahn, G./Glemser, R. (2013): Psychosoziale Diagnostik, Köln.
- Geissler, K./Hege, M. (2001): Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für soziale Berufe, 10. Aufl., Weinheim.
- Gould, S. J. (1981): The mismeasure of man, New York.
- Hammerschmidt, P. (1999): Die Wohlfahrtsverbände im NS-Staat. Die NSV und die konfessionellen Verbände Caritas und Innere Mission im Gefüge der Wohlfahrtspflege des Nationalsozialismus, Opladen.
- Hanson, N. R. (1958): Patterns of discovery. An inquiry into the conceptual foundations of science, Cambridge.
- Harnach-Beck, V. (1995): Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme, Weinheim.
- Heiner, M. (Hrsg.) (2004): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch, Berlin.
- Heiner, M. (2005): Diagnostik: psychosoziale, in: Otto, H./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, 3. Aufl., München, S. 253–266.
- Heiner, M. (2013): Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit, in: Gahleitner, S. B./Hahn, G./Glemser, R. (Hrsg.): Psychosoziale Diagnostik, Köln S. 18–34.
- Heiner, M./Schrappner, C. (2010): Diagnostisches Fallverstehen in der Sozialen Arbeit. Ein Rahmenkonzept, in: Schrappner, C. (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven, 2. Aufl., Weinheim., S. 201–222 (Orig. 2004).
- Hekele, K. (1988): Ein Zauberwort wird entzaubert. Psychosoziale Diagnose in der Heimerziehung: Stigmatisierung anstatt Hilfe?, in: sozial extra, 12, 11/12, S. 20–24.
- Hochuli Freund, U./Stotz, W. (2017): Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch, 4. Aufl., Stuttgart.
- Huonker, T. (2003): Diagnose: „moralisch defekt“. Kastration, Sterilisation und Rassenhygiene im Dienst der Schweizer Sozialpolitik und Psychiatrie 1890–1970, Zürich.
- Illich, I. (1975): Die Enteignung der Gesundheit, Reinbek.
- Jakobs, S./Röh, D. (2005): Über die (Un-)Möglichkeit einer Sozialen Diagnose – Diagnostizieren in der Sozialen Arbeit ist ein Prozess, an dessen Ende keine Diagnose steht, in: Soziale Arbeit, 54, 8, S. 282–287.