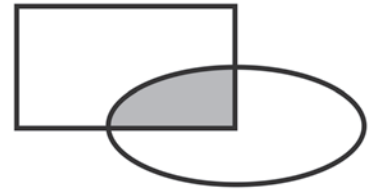


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



19. Jg. ■ Heft 4 ■ Oktober 2023

Inhalt

Qualitätskriterien Sozialer Diagnostik

3 Editorial

4 Entwicklungen, Trends und Perspektiven der Sozialen Diagnostik im Gespräch mit Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund, Peter Buttner und Dieter Röh

Anna Lena Rademaker & Tom Friedli

7 Prozesse Sozialer Diagnostik. Zwischenstand aus der Unter-AG Prozesse

Silvia Domeniconi Pfister, Anna Lena Rademaker, Ursula Hochuli Freund, Rita Hansjürgens, Silke Gahleitner

10 Zur Güte diagnostischer Instrumente und Prozesse in der Sozialen Arbeit – Eine Streitschrift

Joseph Richter-Mackenstein

13 Der Beitrag Sozialer Diagnostik an die interprofessionelle Behandlung – Eine Orientierung für Gesundheitsprofessionen

Cornelia Rüegger und Tom Friedli

2 Zu dieser Ausgabe: Autor*innen, Termine, Informationen, Wissenschaftlicher Beirat, Impressum

16 Rezension: Sozialarbeitswissenschaftliche Diagnostik

Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.
- European Centre for Clinical Social Work e. V.
- Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

DVSG

Gemeinsam für die
gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

DGSA



sa'ges

Schweizerischer Fachverband
Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Autor*innen

Prof. Dr. Peter Buttner, Professor für Soziale Arbeit mit chronisch kranken und behinderten Menschen an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Hochschule München. Lehr- und Forschungsschwerpunkte: Soziale Diagnose und Klassifikation, Hochschule und Soziale Berufe, Hochschulforschung und Hochschulethik.
Kontakt: peter.buttner@hm.edu

Silvia Domeniconi Pfister, Dozentin und Projektleiterin an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit und Leiterin des Kompetenzzentrums Methoden und Verfahren mit Schwerpunkt im theorie- und methodengeleiteten Handeln.
Kontakt: silvia.domeniconipfister@hslu.ch

Dr. Thomas Friedli, M. Sc. Soziale Arbeit, Sozialarbeiter FH, Fachsozialarbeiter und Clinical Mentor in Klinischer Sozialarbeit (ECCSW), Co-Präsident Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, Co-Projektleiter „Prevention of Pain Chronification“ am Universitätsspital Bern.
Kontakt: tom.friedli@sages.ch

Prof. Dr. habil. Silke Brigitta Gahleitner, Professorin für Klinische Psychologie und Soziale Arbeit im Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik und Intervention an der Alice Salomon Hochschule in Berlin.
Kontakt: silke.gahleitner@icloud.com

Prof. i.R. Dr. Ursula Hochuli Freund, bis 2022 Professorin für Soziale Diagnostik und Prozessgestaltung an der Fachhochschule Nordwestschweiz.
Kontakt: ursula.hochuli@fnw.ch

Prof. Dr. Rita Hansjürgens, M. A. klinische Sozialarbeit, Professorin für Handlungstheorien Sozialer Arbeit und allgemeiner Pädagogik, Alice Salomon Hochschule Berlin.
Kontakt: hansjuergens@ash-berlin.eu

Prof. Dr. Anna Lena Rademaker, M. A. Soziale Arbeit, Professorin für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Hochschule Bielefeld, Fachbereich Sozialwesen, Lehr- und Forschungsschwerpunkte: lebensweltbezogene Gesundheitsförderung insbesondere in der Kinder- und Jugendhilfe, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Klinische Sozialarbeit und Soziale Diagnostik.
Kontakt: anna-lena.rademaker@hsbi.de

Prof. Dr. habil. Joseph Richter-Mackenstein, Professur für psychosoziale Diagnostik und Beratung am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit an der Fachhochschule Kiel. Dipl. Psych., Systemischer Therapeut (SG), staatl. gepr. Motopäde und Körperpsychotherapeut.
Kontakt: joseph.richter-mackenstein@ffh-kiel.de

Prof. Dr. Cornelia Rüeegger, B. A. Soziale Arbeit, M. A. Soziale Arbeit (Soziale Innovation), Professorin für Soziale Diagnostik und Prozessgestaltung, Institut für Professionsforschung und Entwicklung, Fachhochschule Nordwestschweiz.
Kontakt: cornelia.rueegger@fnw.ch

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner, Hochschule München

Prof. Dr. Silke B. Gahleitner, Alice Salomon Hochschule Berlin

Prof. Dr. Johannes Lohner, Hochschule Landshut

Prof. Dr. Helmut Pauls, Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Steiner, Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst, Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber:

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v.i.S.d.P.)

DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e. V.
SAGES – Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Redaktionsteam:

Redaktionsleitung: Katarina Prchal

Heftverantwortung:

Anna Lena Rademaker und Thomas Friedli

Mitarbeit: Karsten Gierzt, Yvonne Kahl, Gerhard Klug, Antonia Lammel, Ingo Müller-Baron, Katarina Prchal, Rainer Schliermann

Anzeigenakquise:

Ingo Müller-Baron,
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
E-Mail: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion:

Redaktion „Klinische Sozialarbeit“
c/o Katarina Prchal
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
Alt Moabit 91, 10559 Berlin
E-Mail: katarina.prchal@dvsg.org

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Jill Köppe, Perfect Page, Karlsruhe
Jan Schuster, Perfect Page, Karlsruhe

Druck:

Bachmann & Wenzel Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2.390 Exemplare

Copyright:

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

Kommende Ausgaben

1/2024 Herausforderung Bundesteilhabegesetz – Fachliche Impulse aus der Klinischen Sozialarbeit (Redaktionsschluss: 15.9.2023)

2/2024 Wirkungsorientierung in der Klinischen Sozialarbeit (Redaktionsschluss: 15.12.2023)

Informationen und Tagungshinweise

Online-Fortbildung: Diagnostisches Fallverstehen bei (jungen) geflüchteten Menschen
Diagnostik ist für die Interventionsplanung sowie zur Begründung von Hilfebedarfen unablässig. Soziale Diagnostik wird seit einigen Jahren wieder breit in Profession und Disziplin Sozialer Arbeit diskutiert. In Ergänzung zu medizinischen und psychologischen Diagnosen ist das Ziel sozialer Diagnostik, die subjektiven Bedeutungen und Zusammenhänge der Klient*innen für die Unterstützungsplanung herauszuarbeiten.

In diesem **Web-Seminar am 28. November 2023 von 14 bis 15.30 Uhr** werden Grundlagen des Diagnostischen Fallverstehens am Beispiel der Zielgruppe junger geflüchteter Menschen dargestellt. Ein Diagnostikmodell wird vorgestellt, das im Rahmen des Forschungsprojektes „Traumatisierte minderjährige geflüchtete Menschen verstehen und unterstützen“ (TraM) entwickelt worden ist. Auf Basis von spezifischen Kompetenzen unterstützt das Modell dabei, klassifikatorische Diagnosen für die Interventionsplanung zu berücksichtigen. Das Ergebnis des Modells ist ein umfassendes Booklet mit verschiedensten Materialien, das kostenfrei als Download zur Verfügung steht.

Weitere Informationen und Link zu dem Booklet:

<https://dvsg.org/veranstaltungen/dvsg-veranstaltungskalender/details/diagnostisches-fallverstehen-bei-jungen-gefluechteten-menschen/>

3. Nationale SAGES-Fachtagung 2023 „Integrierte Versorgung: Rolle und Aufgaben der Sozialen Arbeit“

Im Gesundheitswesen und in der Politik besteht weitgehend Konsens, dass die Versorgungspartner besser vernetzt und deren Leistungen koordiniert werden müssen, damit die Versorgungsqualität für die Betroffenen über die gesamte Behandlungskette hinweg gewährleistet ist. Dieser Idealvorstellung steht jedoch ein Versorgungssystem gegenüber, das von einer starken Fragmentierung professioneller Leistungen geprägt ist. Soziale Ursachen und Folgen von Krankheit – insbesondere bei Menschen mit Mehrfacherkrankungen und chronischen Problemen – geraten aus dem Blickfeld. Die 3. Nationale Fachtagung des Schweizerischen Fachverbands Soziale Arbeit im Gesundheitswesen SAGES widmet sich daher **am Mittwoch, 15. November 2023** dem Thema der Positionierung von Professionellen der Sozialen Arbeit im Kontext der Integrierten Versorgung. Dabei soll ein fachlich fundiertes

Verständnis einer Integrierten Versorgung diskutiert werden, in dem die Soziale Arbeit eine wichtige Rolle einnimmt.

Weitere Informationen und Anmeldung unter:

www.sages.ch

Save The Date: DGSA-Jahrestagung und Vorkonferenz für Promovierende und Promotionsinteressierte in der Sozialen Arbeit 2024

Die nächste Jahrestagung der DGSA wird in Präsenz stattfinden: die Jahrestagung ist **am 27. und 28. April 2024** in Jena zu Gast. Im Vorfeld der Jahrestagung, also am 26. und 27. April 2024, findet die Vorkonferenz für Promovierende und Promotionsinteressierte in der Sozialen Arbeit (VoKo) statt.

Weitere Informationen zu Veranstaltungen der DGSA unter:

www.dgsa.de/veranstaltungen/tagungen

DVSG-Gruppe für Promotionsinteressierte

Die DVSG hat eine Gruppe für Promovierende und Promotionsinteressierte, Forschende und Promotionsinteressierte ins Leben gerufen, um Promotionen mit thematischem Bezug zur gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit zu fördern und zu unterstützen. Die regelmäßigen **Online-Treffen** der Gruppe finden **alle 3 Monate** in der Regel **dienstags von 16 bis 17.30 Uhr** statt und sind als offener Austausch konzipiert. Die nächsten Termine sind der **26. September** und **12. Dezember 2023**. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Die Teilnehmenden befinden sich in allen Phasen der Promotion: davor und überlegen, ob und wie sie eine Promotion angehen wollen; mittendrin und befassen sich beispielsweise mit Fragen der Methodenwahl; im Abschluss und fragen sich, wie sie die Dissertation veröffentlichen; danach und überlegen, was im Anschluss folgt. In der Regel wird ein Promotionsprojekt präsentiert und im Anschluss diskutiert. Dem folgt ein offener Austausch über die Fragen und Anliegen der Teilnehmenden. Interessierte, die das eigene Promotionsprojekt in einer 15-minütigen Präsentation vorstellen und anschließend anhand einer konkreten Fragestellung zur Diskussion einladen wollen, können vorab ein halbsseitiges Abstract per Mail bei der Ansprechpartnerin einreichen.

Weitere Informationen unter:

<https://dvsg.org/die-dvsg/struktur/arbeitsgruppen/arbeitsgruppenforschung/promotionsinteressierte/>

Aktuelle Fragen zur Qualität Sozialer Diagnostik

Letztmals 2018 haben sich Dieter Röh und Anna Lena Rademaker dem Schwerpunkt „Biopsychosoziale Diagnostik“ in der Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit (Heft 3) gewidmet. Darin konstatierte Röh, eine biopsychosoziale Diagnostik sei dann möglich, wenn die professionellen, organisationalen und strukturellen Rahmenbedingungen gegeben wären. Matthias Nauerth zeigte mit dem „erweiterten Mehr-Ebenen-Modell“ einen systematisierenden Zugang zur Sozialdiagnostik auf und Anna Lena Rademaker didaktische Herausforderungen in der Lehre diagnostischen Fallverstehens. Zudem argumentierte Peter Buttner, dass das biopsychosoziale Modell zwar nicht als wissenschaftliche Theorie, wohl aber als Meta-Modell Geltung beanspruchen könne, was seiner Einschätzung nach durchaus ausreiche, um Medizin und Soziale Arbeit miteinander zu verbinden.

Die Diskussionen, theoretischen Grundlagen und empirischen Erkenntnisse um die Soziale Diagnostik haben sich seither weiterentwickelt. Darum erachten wir es als angezeigt, diese erneut zu bündeln und aktuelle Fragen zur Qualität Sozialer Diagnostik in diesem Schwerpunktheft darzustellen. Ausgangslage der jüngsten Entwicklungen ist die Gründung der transdisziplinären und trinationalen Forschendengruppe „Qualitätskriterien Sozialer Diagnostik“ (QuaSoDia) zur Analyse von Wirksamkeitsindikatoren in der Prozess- und Instrumentengestaltung sozialdiagnostischen Fallverstehens im November 2019. Die AG QuaSoDia – und dies scheint uns wichtig – richtet den Blick sowohl auf die Analyse von Gütekriterien von Instrumenten als auch Prozesse des diagnostischen Fallverstehens.

Soziale Diagnostik oder Diagnostisches Fallverstehen ist eine Kernkompetenz Sozialer Arbeit. Sie stellt eine zentrale Aufgabe dar, die sich ständig (und teils im Verborgenen/unter dem Radar einer größeren Fachöffentlichkeit o.ä.) weiterentwickelt. Gerade in Bezug auf Qualitätskriterien Sozialer Diagnostik stellen sich aktuell eine Reihe von of-

fenen Fragen. Systematisch sind diese bisher nicht zusammengetragen worden. Damit ist auch offen, wer alles sich bislang wo und wie mit Fragen zu Qualitätskriterien und Vorgehensweisen zu deren Einhaltung befasst hat.

Die AG QuaSoDia bildet mit Teilnehmenden aus Wissenschaft, Fachverbänden und der Praxis einen Zusammenschluss von im Diskurs der Sozialdiagnostik und Klinischen Sozialarbeit etablierten Akteuren aus Deutschland, Österreich und der Schweiz (D–A–CH). Ziel der Gruppe ist es, die Wirksamkeit und Validität von Instrumenten und Prozessen Diagnostischen Fallverstehens wissenschaftlichen zu analysieren. Das Engagement der AG-Mitglieder führte zu einer hohen Produktivität. Seit 2020 finden regelmäßige Online-Sitzungen statt und es kam zu einer Vergrößerung der Gruppe von zunächst etwa acht auf heute rund 27 Mitglieder. Seit Herbst 2021 wird das Konsortium durch eine Wissenschaftliche Hilfskraft (WHK) und seit Juni 2023 durch eine Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule Bielefeld (HSBI) unter Leitung von Anna Lena Rademaker unterstützt.

Um die von Anfang an eine sowohl auf Prozesse als auch auf Instrumente fokussierte Ausrichtung zu gewährleisten, arbeitet die AG QuaSoDia momentan in zwei Unterarbeitsgruppen (UAG) zu den Schwerpunkten „Instrumente“ und „Prozesse“. Zudem hat sich die AG zum Ziel gesetzt, in den kommenden Jahren an einem Wörterbuch zu Sozialer Diagnostik zu arbeiten.

Die UAG „Instrumente“ beschäftigt sich mit Vorschlägen zu Qualitätskriterien zur Beurteilung von Erhebungs- respektive Diagnostikinstrumenten. Ziel ist es, ein gemeinsames Verständnis zu Qualitätskriterien wie zum Beispiel der Validität von Instrumenten und Instrumentennutzung zu schaffen und bereits etablierte Instrumente wie bspw. die Netzwerkkarte damit zu überprüfen.

Die UAG „Prozesse“ analysiert im Rekurs auf Qualitätskriterien qualitativer Forschung und Fragen nach der Evaluation der Entfaltung von Wirksamkeit in diagnostischen Prozessen Qualitäts-

sicherung, Forschung und Weiterentwicklung der Prozessgestaltung. Dadurch stellen sich Fragen nicht nur nach der Wissensentwicklung, sondern auch nach der Haltung, Vorgehensweise und Anwendung bzw. dem methodischen Vorgehen. Diese Fragen sollen unter Einbezug von Theorie, Empirie und Praxis beantwortet werden.

Zur Darstellung der Entwicklungslinien der Auseinandersetzung mit Qualitätskriterien Sozialer Diagnostik haben **Rademaker und Friedli** ein schriftliches Interview mit Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund, Peter Buttner und Dieter Röh geführt. Sie zeigen darin Entwicklungen, Trends und Perspektiven der Sozialen Diagnostik im Übergang der Generationen und neue Herausforderungen auf.

Anschließend präsentieren **Domeniconi Pfister, Rademaker, Hochuli Freund, Hansjürgens und Gahleitner** einen Zwischenstand aus der UAG „Prozesse“ über Qualitätskriterien im Fallverstehen psychosozialer Arbeit und zeigen Stand der Forschung und Theoriebildung auf. Im Ausblick verweisen sie auf ein systematisches Review zur multidimensionalen Analyse von Qualitätskriterien, das im Folgenden in der AG durchgeführt werden soll.

Richter-Mackenstein hat als Mitglied der UAG „Instrumente“ eine Streitschrift verfasst zur Frage, ob jene Gütekriterien, die unter anderem in der psychologischen Diagnostik angewandt werden, auch auf Instrumente, Methoden und Prozesse der Sozialen Arbeit übertragen werden können. Wir sind überzeugt, dass seine pointierte Meinung dazu die Diskussion um die Gütekriterien Sozialer Diagnostik bereichert. Dem folgend widmen sich **Friedli und Rügger** einer, wie sie schreiben „Orientierungshilfe für Gesundheitsprofessionen“, die Praktiker*innen Klinischer Sozialarbeit im interdisziplinären Team nutzen können, um die Bedeutung ihrer Arbeit fachfremden Kolleg*innen näherzubringen. Ihr Beitrag soll es erleichtern zu erklären, was unter Sozialer Diagnostik, auch in Abgrenzung zur medizinischen und psychologischen

Diagnostik, zu verstehen ist. Ziel ihrer Darlegung ist es, Fachkräfte in ihrem klinisch-sozialen Habitus und in ihrer methodisch-professionellen Autonomie zu stärken.

Den Abschluss der Ausgabe bildet eine Rezension von Peter **Buttner** zu dem

jüngst erschienenen Buch „Sozialarbeitswissenschaftliche Diagnostik“ von Joseph Richter-Mackenstein. Das Buch kommt seinem Anspruch, Basiswissen zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit zu vermitteln, in der kritischen Einschätzung des Rezensenten nur teilweise

nach, bereichert aber den Diskurs dennoch, indem viele grundsätzliche Aspekte Sozialer Diagnostik angesprochen werden.

Für die Redaktion

Anna Lena Rademaker & Tom Friedli

Entwicklungen, Trends und Perspektiven der Sozialen Diagnostik im Gespräch mit Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund, Peter Buttner und Dieter Röh

Anna Lena Rademaker & Tom Friedli

Rademaker & Friedli: *Ihr seid im Rahmen eurer jahrelangen Auseinandersetzung mit der Sozialen Diagnostik Mitglieder der Arbeitsgruppe „QuaSoDia“. In diesem Zusammenhang beschäftigt ihr euch unter anderem mit Qualitätskriterien sozialdiagnostischer Instrumente und Prozesse. Wie kam es zu eurer Mitgliedschaft in dieser Arbeitsgruppe und was ist euer Anliegen in der Mitwirkung?*

Röh: In der Sozialen Arbeit insgesamt, aber eben auch in Methodenfragen gibt es sehr viel „Postuliertes“, wie zum Beispiel man sollte dieses oder jenes anwenden, weil ..., aber nur selten genügend Evidenz oder Wirksamkeitsnachweise. Daher freue ich mich über Tom Friedlis Initiative, bezüglich der Sozialen Diagnostik einmal etwas „tiefer zu schürfen“ und Verfahren und Instrumente genauer zu analysieren und eben über diesen Weg weiterzuentwickeln. Ich kann mir – neben der Vernetzung und dem inspirierenden Austausch in der AG – vor allem vorstellen, in gemeinsamen Forschungsprojekten diese Analyse zu betreiben und hoffe, wir finden einen angemessenen Rahmen dafür.

Hochuli Freund: Im Rahmen eines „Treffpunkt: Soziale Diagnostik“ – einem offenen Diskussionsforum an der Hochschule für Soziale Arbeit FH Nordwestschweiz bei uns in Olten – hat Tom

Friedli von der Idee einer trinationalen AG erzählt, die sich mit Fragen rund um die Qualität von Sozialer Diagnostik befasst. Mir schien das ein vielversprechender Weg zu sein, den Diskurs über Soziale Diagnostik im deutschsprachigen Raum weiterzuführen und zu vertiefen. Wenn es in Zukunft gelingt, länderübergreifend größere Forschungsvorhaben zu realisieren, wie auch Dieter Röh betont, wäre das ein riesengroßer Schritt. Empirische Daten zur Wirkung von Sozialer Diagnostik sind noch sehr mager.

Mich persönlich interessiert aktuell insbesondere das AG-Projekt eines Wörterbuches über die Soziale Diagnostik, das einen Beitrag leisten kann für eine gemeinsame Sprache innerhalb der Community der Sozialen Arbeit sowie mit den anderen psychosozialen Professionen.

Gahleitner: Ich muss dazu ein wenig zurückgreifen. Soziale Diagnostik hat ja eine wechselvolle Geschichte in der Sozialen Arbeit. Sie hat einerseits eine lange, aber andererseits auch wieder eine sehr kurze Tradition. Nach den frühen Anfängen von Salomon und Richmond gab es nach der nationalsozialistischen Pervertierung von Diagnostik lange eine berechtigte Scheu, in diesem Bereich tätig zu werden. Diese Scheu hat allerdings dazu geführt, dass das Feld fast ausschließlich ande-

ren Berufsgruppen überlassen wurde und die Soziale Arbeit hat dadurch einiges an Fremdbestimmung in Kauf genommen. Seit einigen Jahrzehnten hat sich die Soziale Arbeit wieder mehr dieses Bereichs angenommen. Dennoch verlief die Entwicklung schleppend. Die Verbreiterung der wenigen Kleingruppchen, die sich bisher um das Thema gekümmert haben, ist daher sehr zu begrüßen. Ich sehe hier viel Potenzial, ebenso wie die anderen Kolleg*innen, in Forschung, Lehre wie Praxis.

Buttner: Zunächst eine Bemerkung zur Historie: Die Scheu, von der Silke Gahleitner spricht, ist im Rückblick verständlich, ich würde aber nicht sagen, dass sie berechtigt war – wenigstens nicht aus heutiger Sicht. Es hätte der Sozialarbeit und auch der Sozialpädagogik im Prinzip gutgetan, schon mit Beginn ihrer Akademisierung eine sozialberuflich fokussierte diagnostische Methodik zu entwickeln. Aber dazu fehlte nicht nur das Vertrauen in die staatlichen Institutionen, die Psychiatrie und die akademische Psychologie und Pädagogik, sondern es mangelte auch an den theoretischen Anknüpfungsmöglichkeiten an die dominierende Theorie. Insbesondere die kritische Theorie der Gesellschaft schien jeglicher Diagnostik gegenüber abweisend.

Zur Frage der Beschäftigung mit Qualitätskriterien: Die Beschäftigung mit Qualitätskriterien lag, so würde ich es rückblickend interpretieren, schon mit den ersten Überlegungen zur Herausgabe des Handbuches Soziale Diagnostik „in der Luft“, wurde von uns Herausgebern aber zu diesem Zeitpunkt nicht auf die Agenda gesetzt, weil es erstmal darum ging, im Anschluss an Pantuček, Pauls, Heiner und andere, die wichtigsten Aspekte und Möglichkeiten zusammenzutragen, das methodische Feld quasi in der Disziplin auszubreiten und ihm einen weiteren begrifflichen Rahmen zu geben. Zweitens lag uns die Legitimation des Projektes Sozialer Diagnostik gegenüber dem Vorwurf der Instrumentalisierung klinischen Handelns im Sinne des herrschenden Normalitätsdiskurses (Kunstreich) am Herzen. Erst mit der Herausgabe des zweiten Bandes (Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit) öffnete sich das Nachdenken mehr den methodischen Fragen der Qualität. Aus einem ursprünglich als eigenständig angedachten Beitrag wurden schließlich zwei Kapitel (Kap. 3 und 4) des Einführungskapitels. Dieser Versuch bestand darin, nicht einfach das Mantra der aus der Testtheorie stammenden Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) platt zu übernehmen, sondern sozialarbeitsspezifische Aspekte mit in den Vordergrund zu rücken. Dies wurde mit der Explikation der Begriffe der Einschlägigkeit, Praktikabilität, Anwenderunabhängigkeit, Zuverlässigkeit, Zumutbarkeit und der Fairness versucht. Als sich die QuaSoDia formierte, lag nichts näher als mitzumachen.

Rademaker & Friedli: Inwiefern ist die Weiterentwicklung der Sozialen Diagnostik in den vergangenen Jahren (Jahrzehnten) eurer Ansicht nach vorangekommen?

Röh: Wir haben hier enorme Fortschritte gemacht, seit Peter Pantuček Mitte der 2000er-Jahre die Soziale Diagnostik nicht nur wieder bekannter gemacht hat, sondern auch zu ihrer theoretischen, konzeptionellen und methodischen Fundierung wesentliche Beiträge geleistet hat. Zudem haben wir, angestoßen durch unsere ersten Fachtagun-

gen „Soziale Diagnostik“ 2005 in Emden und 2008 in St. Pölten und den darauf folgenden Tagungen einen wunderbaren, kontinuierlichen Austausch organisieren zu können. Neben den diversen Publikationen und zuletzt den beiden Handbüchern (Buttner et al. 2018 und 2020) haben die Tagungen der Etablierung des Themas beigetragen. Mir

Wir haben enorme Fortschritte gemacht, seit Peter Pantuček Mitte der 2000er-Jahre die Soziale Diagnostik nicht nur wieder bekannter gemacht hat, sondern auch zu ihrer theoretischen, konzeptionellen und methodischen Fundierung wesentliche Beiträge geleistet hat.

scheint, dass der teilweise fundamentale Streit darum, ob überhaupt und wenn ja wie Soziale Diagnostik ethisch vertretbar und gewinnbringend eingesetzt werden kann, beigelegt werden konnte. Methoden Sozialer Diagnostik sind im professionellen Methodenspektrum etabliert und werden landauf, landab auch gelehrt.

Hochuli Freund: Die Entwicklung in den letzten zwei Jahrzehnten ist enorm, darüber freue ich mich sehr. Die diagnostischen Prinzipien, die Maja Heiner erarbeitet hat, gehören inzwischen zum etablierten Wissen der Sozialen Arbeit. Es sind eine Vielzahl von diagnostischen Konzepten (mit Instrumenten und Verfahren) erarbeitet und teilweise auch in der Praxis implementiert worden. Wie auch Dieter erwähnt hat, haben unsere Tagungsreihe „Soziale Diagnostik“ und die Online-Symposien während der Pandemie sicherlich einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, ebenso die beiden Handbücher (Buttner et al. 2018; 2020).

Gahleitner: Da kann ich sowohl an meine Kolleg*innen als auch an meinen eigenen Beitrag Eurer letzten Frage anknüpfen. Zum einen mit den Wegbereiter*innen des Wiederaufgreifens der Sozialen Diagnostik. Da wären für mich – neben Maya und Peter – auch noch Helmut Pauls und Christian Schrapper zu ergänzen. Und auch ich denke, wir sind in den letzten Jahren mit den vielen Fachtagungen, dem Handbuch und den auf Tagungen geführten Diskussionen einen Riesenschritt weitergekommen. Aber genau das macht die Gruppe so wertvoll. Denn genau jetzt war der Punkt, wo sich diese Initiativen verbreitern mussten, verjüngen mussten, neue Anstöße brauchten. Und das geschieht durch „QuaSoDia“. Und das gibt mir sehr großen Auftrieb

Buttner: Das Wesentliche ist gesagt. Es wäre nur noch zu ergänzen, dass die Soziale Diagnostik in den letzten Jahren auch im Studium der Sozialen Arbeit angekommen ist. Viele junge Kolleg*innen an vielen Fakultäten bzw. Fachbereichen beschäftigen sich im Studium mit ihren Möglichkeiten und Grenzen.

Rademaker & Friedli: Worauf müsst die Soziale Arbeit aus eurer Sicht achten, um die Soziale Diagnostik in Wissenschaft und Praxis besser etablieren zu können?

Röh: Einerseits müsste immer weiter an der Verfeinerung und empirisch gesättigten Legitimierung der einzelnen Verfahren und Instrumente gearbeitet werden und andererseits müssen wir weiter versuchen, die Soziale Diagnostik in der Praxis als selbstverständlichen Baustein zu verankern. Dazu wird es auch nötig sein, sie gegenüber anderen Professionen zu vertreten und gleichzeitig für die nötigen Rahmenbedingungen zu streiten, die es braucht, um eine sinnvolle Soziale Diagnostik durchzuführen.

Hochuli Freund: In Hinblick auf die Etablierung von Sozialer Diagnostik in der Praxis halte ich die Kooperation zwischen den verschiedenen Akteur*innen für wesentlich. Im Rahmen von Entwicklungsprojekten, an denen Praktiker*innen aus sozialen Organisationen/Diensten, inklusive ihrer Leitung bzw. mit deren Mandat, wie auch Wissenschaftler*innen, die theoretisch

fundierte diagnostische Konzepte entwickelt haben, beteiligt sind, kann ein diagnostisches Konzept für einen konkreten Arbeitskontext modifiziert und konkretisiert werden. Die Implementierung soll langfristig gedacht werden und braucht viel Aufmerksamkeit, wenn eine nachhaltige Etablierung einer diagnostischen Arbeitsweise gelingen soll. Auf Seiten der Hochschule halte ich größere Forschungsprojekte zur Wirkung von Sozialer Diagnostik für sehr wesentlich, wie bereits Dieter erwähnt hat.

Gahleitner: Über die Verankerung in der Praxis und die Bedeutung der Zusammenarbeit haben Dieter und Ursula ja bereits gesprochen. Diesbezüglich kann ich mich nur anschließen. Ich möchte daher etwas zum Bereich Forschung sagen, der aber natürlich letztlich auch wieder in das Feld der Praxis hineinragt. Ich denke, dass es – besonders im psychosozialen Feld – eine Kunst ist und weiter sein wird, einerseits das Profil der Sozialen Arbeit in der Diagnostik und der Forschung von diagnostischen Prozessen zu schärfen und nach innen zu vertreten und andererseits den Anschluss und Austausch im interdisziplinären Gefüge nicht zu verlieren. Das ist absolut nicht einfach und wird noch viele Abwägungsprozesse benötigen: Auf Fachtagungen, in Verbundforschungsprojekten, im Publikationsbereich z. B. bezüglich Internationalen Zeitschriften mit Peerreview, in der Lehre, in der Weiterbildung, bei der Formierung neuer Gebiete wie momentan die Diskussion zu Teilhabe.

Buttner: Da, wo es sachlich sinnvoll bzw. geboten ist, sollten Vertreter*innen der Sozialen Arbeit auch darauf hinwirken, dass Soziale Diagnostik in den politischen und institutionellen Vorgaben für die Soziale Arbeit angemessen aufscheint. Ein jüngeres positives Beispiel hierzu sind die Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation (DRV 2022). Es geht aber auch um die Mitwirkung an gesetzlichen Vorgaben, und sozialpolitisch relevanten Empfehlungen, wie sie von Fachgesellschaften, Verbänden oder vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge herausgegeben werden.

Rademaker & Friedli: Welche drei konkreten Aspekte sozialer Diagnostik, verdienen Eurer Meinung nach in Zukunft besonderer Aufmerksamkeit?

Röh: Erstens braucht es, wie oben gesagt, Forschung zur Wirksamkeit bzw. zu den Einsatzmöglichkeiten Sozialer Diagnostik. Zweitens benötigen wir eine Weiterentwicklung vorhandener Instrumente bzw. Anpassung an die Erfordernisse der jeweiligen Handlungsfelder bzw. Zielgruppen Sozialer Arbeit. Und drittens erachte ich die Frage nach Digitalisierung bzw. Entwicklung IT-gestützter Instrumente als sehr zielführend, wie z. B. easyNWK, easyBiograph, Vennmaker usw.

Fachlich-diagnostische Überlegungen in einer an-schlussfähigen Sprache zu vermitteln, kann dazu beitragen, dass Klient*innen sich und ihre Lebenssituation besser verstehen.

Hochuli Freund: Auch aus meiner Sicht ist erstens die Wirksamkeit von Sozialer Diagnostik zu untersuchen. Die digitalen Möglichkeiten sollten wir zweitens nutzen und hier weitere Entwicklungsarbeit leisten, wie z. B. digitalisierte Instrumente, elektronische Fallführung und -dokumentation. Und zwar so, dass der Prozess des Fallverstehens darüber nicht eingeschränkt oder gar unterbunden, sondern vielmehr unterstützt werden kann. Drittens sollten wir darüber nachdenken, wie die verschiedenen diagnostischen Prozesse und -ebenen noch besser miteinander verzahnt werden können. Was ich damit meine? Neben der diagnostischen Arbeit auf der Fachebene – zu der auch der fallbezogene fachliche Austausch mit anderen Professionen gehört – gibt es ja auch einen Prozess von Fallverstehen im Rahmen der Arbeitsbeziehung von Fachkraft und Klient*innen, der noch mehr Beachtung finden sollte. Wenn es einer Sozialarbeiterin, einem Sozialpäda-

gogen gelingt, fachlich-diagnostische Überlegungen in einer anschlussfähigen Sprache zu vermitteln, kann dies wichtige Anstöße dafür liefern, dass Klient*innen sich selbst, ihre Lebenssituation, ihre Triggerpunkte etc. besser verstehen können. Umgekehrt sollte es noch selbstverständlicher werden, dass auch die Erkenntnisse aus dem kooperativen Prozess mit Klient*innen wieder in den Prozess des Fallverstehens auf der Fachebene zurückgespeist werden.

Buttner: (1) Die Validierung von Verfahren und Instrumenten. (2) Das Betreiben Interdisziplinärer Aktivitäten mit dem Ziel, Soziale Diagnostik in die Diskurse verwandter /benachbarter Disziplinen und Professionen einzubringen (3) Die Instrumente in engem Zusammenwirken mit der Praxis weiterentwickeln – so wie Peter Pantuček es mit der Inklusionschart betrieben hat.

Gahleitner: In der Bedeutung der (Wirkungs-)forschung schließe ich mich den Kolleg*innen an. Ich glaube hier haben wir den größten Nachholbedarf. Hierbei ist zu betonen, dass es neben der Validierung von Instrumenten nach wie vor noch eine Menge im Prozessforschungsbereich zu tun gibt. Dieses prozesshafte Vorgehen noch mehr zu verstehen, zu vertreten und zu lehren, ist ein weiterer bedeutsamer Punkt für mich. Und das Vorgehen im interdisziplinären Diskurs zu bekannt machen und einzubringen. Bis heute z. B. verursacht es Verwunderung in der Szene von Traumaforscher*innen, dass Soziale Arbeit hier einen Beitrag zu leisten hat. Und der dritte Punkt: Ich glaube genau das, was ihr jetzt tut – den Diskurs auch in den eigenen Reihen massiv vorantreiben, verbreitern, Diagnostik als Selbstverständlichkeit etablieren, beforschen, lehren, durchführen ...

Rademaker & Friedli: Liebe Silke, liebe Ursula, lieber Peter und lieber Dieter, wir danken euch ganz herzlich! Und zwar nicht nur für dieses Gespräch, sondern auch für euer langjähriges und unermüdliches Engagement für die Soziale Diagnostik. Wir hoffen, gemeinsam mit euch auch in Zukunft noch viel bewegen zu können!

Prozesse Sozialer Diagnostik. Zwischenstand aus der UAG Prozesse

Silvia Domeniconi Pfister, Anna Lena Rademaker,
Ursula Hochuli Freund, Rita Hansjürgens, Silke Gahleitner

Die Auseinandersetzung mit den Prozessen Sozialer Diagnostik hat in der Klinischen Sozialarbeit in den letzten 30 Jahren an Bedeutung gewonnen. Das methodisch und empirisch abgesicherte Sammeln und Auswerten von Daten sowie ein rekonstruktives Fallverstehen werden als Ausgangspunkt für die Indikation geeigneter Interventionen verstanden, sodass Soziale Diagnostik zu einem selbstverständlichen Teil professionellen Handelns geworden ist (Buttner et al. 2018, S. 18). Die Unterarbeitsgruppe Prozesse (UAGP) erachtet es als hoch relevant, sich im Prozess des Fallverstehens mit Fragen der Qualität auseinanderzusetzen. Zielführend ist insbesondere die weitere Professionalisierung durch einschlägig sozialarbeiterische Forschung und somit die Wissensgenerierung aus der Klinischen Sozialarbeit für ihre psychosoziale Praxis (vgl. u. a. Sommerfeld 2016). Ein systematisches Zusammentragen des theoretischen und empirischen Diskurses von Vorgehensweisen und Qualitätskriterien fehlt bisher. In diesem Beitrag werden erste Erkenntnisse des Vorgehens und der aktuelle Stand der Diskussionen innerhalb der UAGP dargelegt.

Vorgehen der UAGP zur Rekonstruktion von Qualitätskriterien

Anliegen der Mitglieder ist es, das methodische Vorgehen sowie einflussnehmende Kontextfaktoren im Rahmen sozialdiagnostischen Fallverstehens, die zu dessen Qualität beitragen, zu identifizieren und zu rekonstruieren. Das Anliegen ist u. a. aus Erfahrungen in der psychosozialen Praxis entstanden, in der auf Evidenz respektive Wirksamkeit fokussiert wird. Die Klinische Sozialarbeit kommt damit unter einen besonderen Legitimationsdruck, Kriterien darzustellen, die den Prozessen des Fallverstehens Wirksamkeit

attestieren bzw. diese hervorbringen können. In dieser Hinsicht greift auch eine Beschränkung auf die Validierung von Instrumenten Sozialer Diagnostik zu kurz. Bereits Salomon legt in ihrer Handlungstheorie der Sozialen Diagnostik dar, dass Diagnostik selbst, als die „bessere Technik, die durchdachte Methode [...] nur ein Werkzeug“ sei und „als solches nützlich und unentbehrlich. Aber recht handhaben kann es nur der Mensch, dessen Tun aus einem wachen Gewissen quillt“ (Salomon 1926). Die UAG Prozesse hat damit begonnen, sich gegenseitig Projekte, Veröffentlichungen und einzelne Beiträge aus der Prozessforschung vorzustellen und diese in einer Evidenztabelle festzuhalten. Vor allem anhand empirischer Studien wurden Perspektiven zu möglichen Qualitätskriterien erörtert und theoretische Überlegungen diskutiert.

Qualitätskriterien im Fallverstehen psychosozialer Arbeit: Stand der Forschung und Theoriebildung

Aus den bisherigen Recherchen und Diskussionen der UAGP kristallisierten sich einige Aspekte heraus, die für die Prozesse in der Sozialen Diagnostik ausschlaggebend sind und deshalb in einer Forschung über deren Qualität mitberücksichtigt werden müssen. Diese werden im Folgenden erläutert. Gute Qualität Sozialer Diagnostik kann nicht durch ein fixes Vorgehensrezept hergestellt werden. Wie Fallverstehen und -deutung in der konkreten Praxis erfolgen, ist abhängig von fachlichen Handlungskonzepten und methodengeleiteten Arbeitsansätzen, aber auch von Handlungsspielräumen und professioneller Autonomie beteiligter Akteur*innen, Problemkonstellation, Lebenswelt und Eigenwillen der Adressierten, institutionellen Rahmenbedingungen, Handlungskonzepten und vielen weiteren Kontextfaktoren.

Wir gehen davon aus, dass sich Qualitätskriterien in qualitativen Forschungsprozessen rekonstruieren lassen, (vgl. hierzu u. a. Flick 2014, Strübing et al. 2018). Diese Kriterien verstehen wir als theoretisch, empirisch und praktisch fundierte Aspekte des Fallverstehens, die zur Qualität des Prozesses des Fallverstehens beitragen. Im Folgenden sollen zentrale Aspekte genauer beleuchtet werden.

Institutionelle Rahmenbedingungen

Der institutionelle Handlungsspielraum für Sozialarbeiter*innen ist je nach organisationalem Kontext und Gestaltungsraum der Interprofessionalität unterschiedlich groß (vgl. u. a. Thieme & Silkenbeumer 2017). Mitunter sehen Organisationen standardisierte Verfahren insbesondere für die Fallaufnahme vor, u. a. bei höherschweligen Angeboten. Hier erscheint für die professionelle Autonomie zentral, inwieweit die Klinische Sozialarbeit im interprofessionellen Gefüge fallverstehende Ansätze in der eigentlichen Fallbearbeitung vertreten kann (Rademaker 2021).

Prozessualität als Professionswissen und -selbstverständnis

Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit findet aufgrund der Strukturbedingungen in der Sozialen Arbeit und des weitgehenden Fehlens eindeutiger Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge bei komplexen sozialen Problemen unter „Bedingungen der Ungewissheit“ statt (Preis 2013). In der Sozialen Arbeit geht es um vielfältige soziale Interaktionsprozesse, die aus Handlungen entstehen und in denen Beziehungsphänomene eine wichtige Rolle spielen (Gahleitner 2017). Einzelne Handlungen sind intentional steuerbar, die Prozesse selbst jedoch mögen zwar auf Veränderungen ausgerichtet sein, können aber nicht direkt und zielgerichtet gesteuert

werden (vgl. u. a. Jansen 2015, S. 23 ff.). Deshalb kann professionelles Handeln keinen festen Abläufen und Methoden folgen. Ein offenes, weites Methodenverständnis ist deshalb angemessen. Einige Autor*innen bevorzugen anstelle von „Methode“ den prozessorientierten Begriff „methodisches Handeln“ und darüber hinaus Landkarten-Metaphern, um deutlich zu machen, dass es hierbei um eine „Orientierung in einem unübersichtlichen Gelände“ (Possehl 2009, S. 27) geht. Als Navigationshilfe werden u. a. Prozess- oder Phasenmodelle verwendet (z. B. Hochuli Freund & Stotz 2011/2021). All diese Modelle sehen eine diagnostische Phase vor, plädieren dafür, dass ein Fall zuerst erfasst, analysiert, erklärt und hinreichend verstanden werden muss, bevor fallbezogene passende Interventionen entwickelt werden können, und weisen darauf hin, dass Fallverstehen nicht als abschließbarer Prozess verstanden werden kann. Einschätzungen sind Momentaufnahmen, die im fortwährenden Prozess des Fallverstehens stets überprüft, ausgebaut oder korrigiert werden.

Prozesse von Fallverstehen und Falldynamik

Das eigentliche Fallgeschehen, die Dynamik in einem Fall, lässt sich schwer fassen und beschreiben. Weder das, was eine Person denkt und fühlt, noch die Dynamik in ihrer Lebenswelt ist von außen her einsehbar, Veränderungsprozesse bei Klient*innen können nur „angestoßen“ und begleitet werden. Gestaltbar jedoch sind die Handlungen

der Professionellen – und hierfür sind Konzepte Sozialer Diagnostik und Prozessgestaltung und eine reflexive Grundhaltung im Sinne eines Professionswissens und -selbstverständnisses von Bedeutung (Hochuli Freund, in Druck). Gleichwohl ist das eigentliche Fallgeschehen nur ansatzweise rekonstruierbar. Empirische Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass eine – überwiegend vertrauensvolle – (Arbeits-)Beziehung wichtig ist für das Gelingen von Veränderungsprozessen bei Klient*innen (u. a. Hansjürgens 2018; Große et al., in Druck). Ähnlich kann die Gestaltung interprofessioneller Fallarbeit Einfluss auf die Falldynamik nehmen. Fachkräfte müssen ihr Handeln fortwährend vor dem Hintergrund theoretischer und empirischer Erkenntnisse reflektieren und fortwährend weiterentwickeln. In schnelllebigen, teils durch ökonomische Interessen beeinflussten Kontexten kann eine unhinterfragte und routinierte Fallbearbeitung dazu führen, die eigene Rolle und berufsethische Identität zu verlieren, insbesondere wenn Fachfremde über die Maßgabe des Erfolgs entscheiden (Rademaker 2021, S. 79). Wird hingegen tatsächliche Interprofessionalität gelebt, trägt dies zur Qualität der multiperspektivischen Fallarbeit bei.

Zusammenführung:

Professionalität beim Fallverstehen

Zusammenführend gilt es, die formierenden Aspekte im Prozess Sozialer Diagnostik zu analysieren, wenn wir

nach ihrer Qualität fragen. In einem offenen, weiten Methodenverständnis zeichnet sich Professionalität aus durch theoretisch fundiertes Wissen, praktisches Können, kritische Reflexion – u. a. bezüglich Rahmenbedingungen und Settings – und durch eine Haltung, die geprägt ist von Offenheit bzw. Prozessualität, Empathie, Partizipation und Empowerment. Hier kann sich die Soziale Arbeit auch deutlich von anderen Professionen abgrenzen, die in ihrer Tradition eher technokratischer oder empirisch-naturwissenschaftlicher ausgerichtet sind. Und an diesem Punkt sind wir dann unweigerlich bei der Analyse von Qualitätskriterien, die sich auf all diese Ebenen beziehen müssen.

Geeignete Untersuchungsdesigns

Nach diesen Ausführungen wird deutlich, wie komplex der Forschungsgegenstand beschaffen ist und dass ein geeignetes Untersuchungsdesign zunächst einer systematischen Erfassung von Qualitätskriterien im Fallverstehen aus der Theorie, Empirie und Praxis bedarf. In dem diskursiven Prozess innerhalb der UAGP wurden hierzu folgende Kriterien identifiziert:

- Berücksichtigung des Lernens aus guten Erfahrungen in der Praxis (good-practice)
- Einbezug verschiedener Perspektiven (Theoriemodelle, Forschung, Professionelle, Klient*innen)
- Berücksichtigung der oben genannten Einflussfaktoren auf diagnostische Prozesse

Literatur:

Flick, U. (2014): **Gütekriterien qualitativer Sozialforschung**. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer, S. 411–423.

Gahleitner, S. B. (2017): **Soziale Arbeit als Beziehungsperson. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen**. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.

Große, L.; Schildt, N.; Klein, J.; Gahleitner, S. B. (in Druck): **„Bleib dran, bleib dran!“ Leaving Care unter der Lupe**. Höchberg: ZKS.

Hansjürgens, R. (2018): **In Kontakt kommen. Analyse der Entstehung einer Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen**. Baden-Baden: Tectum.

Hochuli Freund, U. (i. E.): **Prozessualität: Diagnostik, Intervention, Evaluation**. In: Sektion Klinische Sozialarbeit der DGSA (Hg.): Handbuch Klinische Sozialarbeit. Weinheim: Beltz Juventa.

Hochuli Freund, U.; Stotz, W. (2021): **Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch** (unter Mitarbeit

von R. Sprenger; 5., erw. u. überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Jansen, L. (2015): **Zur Ontologie sozialer Prozesse**. In: Schützeichel, R.; Jordan, S. (Hg.): Prozesse. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 17–43.

Petr, C. G.; Walter, U. M. (2009): **Evidenzbasierte Praxis: eine kritische Reflexion**. In: European Journal of Social Work, Vol. 12, S. 221–232.

Possehl, K. (2009): **Theorie und Methodik systematischer Fallsteuerung in der Sozialen Arbeit**. Luzern: Interact.

Preis, W. (2013): **Professionelles Handeln unter den Bedingungen der Ungewissheit?** In: Birgmeier, B.; Mühlrel, E. (Hg.): Handlung in Theorie und Wissenschaft Sozialer Arbeit. Berlin, Heidelberg: Springer VS, S. 175–196.

Rademaker, A. L. (2021): **Auswirkungen der Corona-Krise für Soziale Arbeit in einem ökonomisierten Gesundheitswesen**. In: neue praxis, 1 (51), S. 367–374.

Rutter, D.; Francis, J.; Coren, E.; Fisher, M. (2010): **SCIE systematic research reviews: guidelines (2nd edition)**. Online abrufbar:

www.scie.org.uk/publications/researchresources/rr01.asp (16.07.2023)

Salomon, A. (1926): **Soziale Diagnose. Die Wohlfahrtspflege in Einzeldarstellungen**. Berlin: Heymann.

Sommerfeld, P. (2016): **Evidenzbasierung als ein Beitrag zum Aufbau eines professionellen Wissenskorporus in der Sozialen Arbeit**. In: Borrmann, S.; Thiessen, B. (Hg.): Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 21–41.

Strübing, J.; Hirschauer, S.; Ayaß, R.; Krähnke, U.; Scheffer, T. (2018): **Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß**. In: Zeitschrift für Soziologie, 47(2), S. 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>.

Thieme, N.; Silkenbeumer, M. (Hg.) (2017): **Die herausgeforderte Profession. Soziale Arbeit in multiprofessionellen Handlungskontexten** (Neue Praxis Sonderheft, Bd. 14). Lahnstein: Verlag Neue Praxis.

Zur systematischen Aufbereitung wurden zwei Reviewverfahren identifiziert, die diese Kriterien erfüllen.

Multi Dimensional Evidence-based Practice

Ausgehend von der Kritik an dem Modell der Evidence-based Practice (EBP), das Evidenz vornehmlich an quantitativen und wirkungsorientierten Forschungserkenntnissen misst, und an dessen Dominanz, versteht sich das Multi Dimensional Evidence-based Practice Modell (MEBP) als systematisches Review, das Wissen aus den Perspektiven von Theorie, Forschung und der „best practice“ in der professionellen Praxis zusammenführt. Für das Wissen über die „best practices“ werden sowohl die Perspektiven der Professionellen als auch der Adressat*innen aufgenommen und daraus eine Synthese gebildet und bewertet (Petr & Walter 2009). Das MEBP zielt auf die Rekonstruktion der Wege zu einem bestimmten „Outcome“ ab. Untersucht wird, wie sich unterschiedliche Wege – respektive Prozesse – konstituieren,

um die outcomes positiv zu beeinflussen (Petr & Walter 2009).

Systematic Knowledge Review

Auch das Systematic Knowledge Review (SKR) (Coren & Fisher 2006) bezieht Wissen und Erfahrungen aus Praxis, Forschung und Theorie mit ein; darüber hinaus auch politisches Kontextwissen und organisationales Wissen über Rahmenbedingungen der Leistungserbringung. Zudem muss im ganzen Forschungsverfahren der Diversität im Forschungsthema Rechnung getragen werden, was durch einen systematischen Dialog der unterschiedlichen Sichtweisen sichergestellt werden soll.

Ausblick

Beide Reviewverfahren sind voraussetzungsvoll, bieten aber die Möglichkeit, systematisch zu analysieren, welche Einflussfaktoren in der psychosozialen Praxis theoretisch und empirisch fundiert die Prozesse des Fallverstehens formieren. Mit diesem Vorhaben wird

im deutschsprachigen Raum erstmals eine Übersichtsarbeit entstehen, die es ermöglicht, eine Theorie-, Empirie-, und Praxis-basierte Rekonstruktion von Qualitätskriterien im Prozess diagnostischen Fallverstehens zu erstellen.

Ziel dieser Übersichtsarbeit ist es, einen gemeinsamen Diskussionsstand und Grundlagen für weitere Analysen zusammenzustellen, die der Arbeit in der AG „Qualitätskriterien Sozialer Diagnostik“ für anschließende Untersuchungen handlungsleitend sein können. Darüber hinaus wird ein hochschul- und länderübergreifendes Forschungskonsortium formiert, um gemeinsam Drittmittel zu beantragen und Projekte durchzuführen. Damit soll ein Beitrag zur Generierung grundlagenorientierter wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie ihrer Anwendung in der Praxis Sozialer Arbeit weiter vorangetrieben sowie der hochschul- und länderübergreifende Austausch und Zuwachs an Know-how in dem Themenfeld gefördert werden.

katho

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



ANZEIGE

MASTERSTUDIENGANG Soziale Arbeit

Sie wollen Ihr Wissen und Ihre Handlungskompetenzen aus dem Bachelorstudium der Sozialen Arbeit vertiefen, sich auf ein Arbeitsfeld spezialisieren und hier komplexen Fragestellungen nachgehen? Die Katho bietet Soziale Arbeit (M.A.) an allen vier Standorten an, setzt aber fünf inhaltliche bzw. arbeitsfeldbezogene Schwerpunkte:

Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)

Bildung und Teilhabe (Aachen)

Innovationsmanagement in der Sozialen Arbeit (Köln)

Inklusive Kinder- und Jugendhilfe sozialräumlich gestalten (Münster)

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Paderborn)

Gleich in welchem Schwerpunkt – Sie erweitern Ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt Sie zur Leitung von Organisationen. Der Masterabschluss berechtigt zur Promotion und zur Tätigkeit im höheren Dienst.

Bewerbungszeitraum: jährlich vom 1. Dezember bis 31. Mai

Weitere Informationen unter [katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma](https://www.katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma)

Zur Güte diagnostischer Instrumente und Prozesse in der Sozialen Arbeit

Eine Streitschrift

Joseph Richter-Mackenstein

Bei der Diskussion zur Bestimmung diagnostischer Güte entzündet sich immer wieder Streit darüber, ob jene Test- bzw. Instrumentengütekriterien, die u. a. in der psychologischen Diagnostik angewandt werden, auch auf Instrumente, Methoden und Prozesse der Sozialen Arbeit anzuwenden sind. Argumente gegen eine Anwendung lauten vereinfacht in etwa: Gegenstände Sozialer Arbeit sind anders in ihrer Beschaffenheit und Essenz als z. B. die der Medizin, Psychologie, Soziologie oder Physik, weshalb es eigene Detektoren, Zugänge und Gütekriterien für diagnostische Instrumente braucht. Diagnostik in der Sozialen Arbeit ist wesentlich kooperativ sowie komplex und entzieht sich so weitgehend einer Standardisierung.

Meines Erachtens beruhen solche und andere Argumente auf zwei Grundproblemen: zum einen auf dem Glauben, dass es zum Erkennen der Gegenstände Sozialer Arbeit einen eigenen Weltzugang bedürfe (erkenntnistheoretisches Missverständnis) und zum anderen auf der Verwechslung von Instrumenten und Methoden auf der einen und gesamten diagnostischen Prozessen, in denen diese zur Anwendung kommen, auf der anderen Seite (methodisches Missverständnis).

Es gibt aber erstens nur eine maximale Anzahl von Möglichkeiten des Weltzugangs von Menschen. Zweitens werden diagnostische Instrumente (methodisch) im diagnostischen Prozess angewandt, sind also nicht dasselbe. Für diagnostische Methoden und Instrumente braucht es demnach keine anderen Gütekriterien als die bereits existierenden, zur Bestimmung der Güte des Prozesses allerdings sehr wohl.

Wie man was erkennen kann

Menschen – so auch Wissenschaftler*innen – erschließen sich Welt über ihre Sinneseindrücke (Beobachtung), ihr Denken und das spürende, gefühlsmäßige Erleben (das gilt unabhängig erkenntnistheoretischer Perspektiven). Entsprechend sind die wissenschaftlichen Zugänge rational, empirisch und phänomenologisch und alle wissenschaftstheoretischen Perspektiven setzen sich mit diesen – entweder mit einzelnen oder kombiniert – auseinander (Richter 2011). Zur Erkenntnisgewinnung sind Wissenschaft und Diagnostik auf alle drei Zugänge angewiesen,

**Menschen erschließen
sich Welt über ihre
Sinneseindrücke, ihr
Denken und das spürende,
gefühlsmäßige Erleben.
Zur Erkenntnisgewinnung
sind Wissenschaft und
Diagnostik auf alle drei
Zugänge angewiesen.**

wenngleich bei unterschiedlichen Fragestellungen mit unterschiedlicher Gewichtung. Da Menschen jedoch auch naiv handelnde Wesen sind, wird oft geglaubt, man könne auf einzelne Weltzugänge der Erkenntnisgewinnung und -sicherung verzichten. Das sieht man dann u. a. daran, dass einem bestimmten wissenschaftsmethodischen Paradigma der Vorzug gegenüber einem anderen gegeben wird; z. B. in der Psychologie oder Medizin oft dem quantitativ-empirischen. Soziale Arbeit

kann sich diesen Reduktionismus nicht leisten, da dies zum einen zu partieller Blindheit führt, zum anderen kennt sich die Soziale Arbeit explizit dazu, den Menschen ganzheitlich zu betrachten (u. a. Thiersch 1993). Ganzheitlichkeit erschöpft sich aber weder in der Betrachtung von außen noch von innen, weder in der Betrachtung von Elementen noch derer Wechselbeziehungen, weder im Verstehen noch im Erklären. Ganzheitliches Betrachten setzt aber nicht nur die Fähigkeit voraus, das aktuell erkennbare Ganze zu sehen, sondern ebenso seine Teile und wie diese zusammenwirken usw.

Folgen für die Bestimmung der Güte diagnostischer Instrumente und Prozesse

Die Aussage: „Ich erziehe mein Kind schlecht.“ ist eine faktische Aussage, die aus mindestens zwei Teilen besteht. Zum einen ist es eine Selbst-Beschreibung über das eigene erlebte Verhalten, zum anderen eine Tatsachenbehauptung über sich als verhaltende Person. Wir müssen nun u. a. unterscheiden zwischen dem, wie eine Person Tatsachen und Sachverhalte erlebt und wie diese Tatsachen und Sachverhalte (beobachtbar) sind. Im ersten Fall gilt es herauszufinden, was die Selbstaussage konkret bedeutet (Was z. B. meint die Person mit schlecht? Welche Gründe hat sie ggf. das anzunehmen und was glaubt sie, würde ihr helfen, das zu ändern?). Dies herauszufinden ist Aufgabe verstehender (idiografischer) Diagnostik. Im zweiten Fall gilt es herauszufinden, ob das, was die Person sagt, tatsächlich – und zwar weitgehend unabhängig ihrer Meinung darüber – der Fall ist. Dies kann u. a. mit nomothetischen Instrumenten, die z. B. Erziehungskompetenz abbilden, ermittelt werden. Erziehungskompetenz aber lässt sich nicht einfach so finden.

Vielmehr gibt es verschiedene Konstrukte, die solche elterlichen Verhaltensweisen (und ganze Stile) beschreiben, die mehr oder weniger förderlich für die kindliche Entwicklung sind. Entsprechend müssen u. a. bei der Instrumentenentwicklung genaue Überlegungen angestellt werden, was womit und wie überhaupt gemessen werden kann.

Es gibt Wege, Methoden und Instrumente zur Bestimmung der Güte von Informationen, die abgeleitet sind von solchen zur Gewinnung und Sicherung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Zuerst steht die Frage, was wir erkennen wollen, dann, wie wir es erkennen können. Die erste Frage ist zu beantworten durch das, was wir in der Sozialen Arbeit zum Gegenstandsbereich erhoben haben (m. E. Person-in-Environment u. a. in Form von sozialen Problemen, sozialer Teilhabe, sowie deren Elemente und ihre Wechselbeziehlichkeiten) (u. a. Brekke 2019a/b). Die zweite Frage zu beantworten, ist abhängig von der Beschaffenheit der Gegenstände und damit von ihrer Zugänglichkeit durch unsere Erkenntnismodalitäten. Einzig die Bestimmung der Beschaffenheit der überwiegend konstruierten – nicht erfundenen – Gegenstände macht deutlich, mit welchen systematischen Formen des Denkens, Beobachtens und Erlebens (auch in deren Kombination) wir diagnostizieren können. Das betrifft sowohl die Entwicklung von Instrumenten (mit was wir die Informationen gewinnen) als auch die diagnostischen Prozesse (wie wir die Informationen gewinnen) selbst. Je umfänglicher nun das Messen selbst (z. B. Fragen und Antwortalternativen in einem Fragebogen) als auch die Messdurchführung und -auswertung standardisiert wird, desto trennschärfer können beobachtbare Gegenstände bezüglich des jeweiligen Konstruktes auch abgebildet werden. Mehr aber auch nicht. Es lassen sich auch nicht alle relevanten Informationen über solche Instrumente abbilden. Das Erleben von Erziehungskompetenz z. B. kann letztlich nur verstehend erschlossen werden. Hierzu benötigt es neben Methoden der Sinndeutung u. a. auch empathisches Mitschwingen. Dieser Erkenntnisweg lässt sich nur bedingt standardisieren (z. B. das Instru-

ment „sozialpädagogische Diagnose“ nach Klaus Mollenhauer und Uwe Uhlenhorff). Zudem kann sowohl bei idiografischen als auch nomothetischen Instrumenten das Vorgehen in Form von Durchführung und Auswertung methodisch fixiert werden. Prozesse werden bedingt also ebenfalls standardisiert; allerdings nur auf die Untersuchung eines spezifischen Gegenstands hin und nicht auf den gesamten diagnostischen Prozess. Darum spricht man an der Stelle auch nicht von Prozess- sondern von Durchführungs- und Auswertungsstandardisierung.

Instrumentengüte

Für alle drei Erkenntnismodalitäten (Denken, Beobachten und Erleben) gibt es Kriterien zur Bestimmung hoher Güte der Instrumente bzw. Methoden und zu den damit gewonnenen Erkenntnissen.

- Für das systematische Denken sind es die Regeln logischer Buchführung (u. a. logische Konsistenz und theoretische Kohärenz). Logische Buchführung ist in der Diagnostik wesentlich von der Bestimmung der zu diagnostizierenden Gegenstände bis hin zur Interpretation der Erkenntnisse. Der gesamte diagnostische Prozess ist bestimmt durch systematisches Denken.
- Für das systematische Beobachten können Instrumente entwickelt werden, die den bekannten Kriterien zur Instrumentengüte nomothetischer Verfahren genügen. Die bekanntesten Gütekriterien sind Reliabilität (Messgenauigkeit), Validität (Gültigkeit) und Objektivität (Intersubjektivität), in mehreren Formen. Darüber hinaus gibt es u. a. (binär)-klassifikatorische Güte (als Formen der Reliabilität), Fairness und Nützlichkeit. Allen gemein ist, dass sie auf Beobachtungsinstrumente angewandt werden, die im Idealfall Aussagen über bestimmte Sachverhalte und Tatsachen vor dem Hintergrund einer repräsentativen Gesamtheit ermöglichen.
- Instrumente zum systematischen Erleben folgen einer anderen Logik als die zur systematischen Beobachtung. Da es letztlich um Sinn und Bedeuten von menschlichen

Entäußerungen (Hegel) geht, also Interpretationsbehauptungen im Zentrum stehen, spielt das intersubjektive Abgleichen eine zentrale Rolle. Es geht letztlich darum, Aussagen zu bestimmten Sachverhalten und Interpretationsbehauptungen vor einem (inter)-subjektiven Sinn- und Bedeutungshorizont einzuordnen. Die Kriterien guter idiografischer Instrumente sind festgelegt über den Grad der Verfahrensdokumentation, argumentativen Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand (Gegenstandsangemessenheit) und der kommunikativen Validierung. Nicht zwingend ist Triangulierung.

Prozessgüte

Die Güte des diagnostischen Prozesses ist formal genauso festzustellen wie die Güte der Instrumente. Auch hier gelten die oben formulierten Erkenntnisse über das Erkennen. Insofern wäre es bedingt möglich, dieselben Gütekriterien, die für die Instrumente und Methoden gelten, auf die diagnostischen Prozesse anzuwenden. In gewisser Weise wird dies auch geleistet, z. B. mit Durchführungshinweisen und -standards bei der Anwendung von Instrumenten und Auswertung der Daten. Solcherart Standardisierung lässt sich jedoch nicht bzw. nur sehr beschränkt auch auf gesamte diagnostische Prozesse (mit oder ohne Verwendung von Instrumenten) anwenden, da diese komplex sind und zudem der ethisch-normativen Bestimmung Sozialer Arbeit unterliegen.

Güte durch Kenntnis oder Kontrolle beeinflussender Faktoren

Diagnostische Prozesse sind hoch komplex. Eine Reihe von Beeinflussungsfaktoren können angenommen werden – von der Verfassung der beteiligten Personen bis hin zur Präsenz von Materialien. Da diese Beeinflussungsfaktoren die Diagnose weitgehend unabhängig der Instrumentengüte beeinflussen könnten, ist die Frage nach der Güte des Prozesses nicht trivial. Anzunehmen ist der Mensch als größter beeinflussender Faktor; darüber hinaus die diagnostische Beziehung (Hansjürgens 2018; Gahleitner 2017). Bisher aber haben wir

hierzu kaum gesichertes Wissen. Durch die Psychotherapieforschung wissen wir jedoch um den starken Einfluss der therapeutischen Beziehungsgestaltung und nehmen Ähnliches auch für die diagnostische Beziehung in der Sozialen Arbeit an. Besonders der (empathischen) Synchronisation zwischen Klient*in und Berater*in scheint dabei eine Schlüsselrolle zuzukommen (Übersicht: Richter-Mackenstein 2021). Doch auch hier müssen wir unterscheiden. Denn unter diagnostischer Beziehung kann a) jene Beziehung zwischen Fachkraft und Adressat*in verstanden werden, die aus Gründen (Zweck) und nur im Rahmen der Diagnostik besteht und b) jene, die selbst als diagnostisches Mittel dient. Beides hängt zusammen, ist aber nicht dasselbe und auch anders zu untersuchen.

Güte durch ethisch-normative Bestimmung

Versteht sich Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession und ethisch-normative Wissenschaft, hat das zur Folge, dass Fachkräfte Sozialer Arbeit Sorge zu tragen haben, dass die moralischen Ansprüche (u. a. in Form der Menschenrechte) von Menschen und gegebenenfalls die zugehörigen Pflichten realisiert werden (vgl. Staub-Bernasconi 2019). Der ethisch-normativen Idee liegt ein Menschenbild zu Grunde, das einerseits unbestimmt ist – in der Frage, was alles zum Menschsein dazugehört – zugleich konkretisiert am Mindesten; nämlich dem Menschen als freies geistiges und soziales Lebewesen (Gabriel 2020). Als genau solches Wesen will der Mensch nicht unfreiwillig leiden, sondern sich entfalten (ebd.). Hieraus können dem Menschen unterschiedliche Bedürfnisse unter-

stellt werden, die in der Zusammenschau mit dem Mindesten zu den feststellbaren moralischen Ansprüchen führen. Da dies aber alle Menschen gleichermaßen betrifft, muss das koordiniert werden (ebd.). Koordiniert wird über Grundsätze wie der folgende: „Ich will nicht unfreiwillig leiden. Ich bin aber nicht nur ich, sondern ein Anderer für die Anderen, die auch ein Ich sind. Darum sollten wir gemeinsam dafür sorgen, dass keiner von uns unfreiwillig leiden muss.“ Da nicht wenige

In der Diagnostik geht es um Sammeln, Auswerten etc. von Informationen unter hoher Güte. Um am Ende Ergebnisse hoher Güte zu haben, braucht es Methoden, Instrumente und Prozesse hoher Güte.

Menschen, wie die Moralforschung zeigen konnte (Hübner 2021), oft nicht zu dieser moralischen Einsicht in der Lage sind, braucht es Regeln und Gesetze.

Diese Gedanken führen zu Haltungsprinzipien Sozialer Arbeit, die auch für die sozialarbeitswissenschaftliche Diagnostik gültig sind und auch für den diagnostischen Prozess. Aus diesen lassen sich Gütekriterien für diagnostische Prozesse ableiten (ausgeführt bei Richter-Mackenstein 2023):

- Ideologiefreiheit
- Partizipationsmöglichkeit

- (Selbst-)Reflexion
- Sozialökologische Ausrichtung
- Multidimensionalität
- Mehrperspektivität
- (ökonomische Sinnhaftigkeit)

Kurzfasz

In der Diagnostik geht es um Sammeln, Auswerten etc. von Informationen unter hoher Güte. Um am Ende Ergebnisse hoher Güte zu haben, braucht es Methoden, Instrumente und Prozesse hoher Güte. Menschen verfügen aber nur über eine bestimmte Anzahl von Erkenntnismodalitäten, entsprechend sind die Zugänge der Welt auch unter Zuhilfenahme von Instrumenten begrenzt. In der Diagnostik haben wir darum Methoden und Instrumente, die auf das Erleben, sowie Sinn und Bedeutung auf der einen Seite abzielen und Verfahren, die sich mit Beobachtbarem beschäftigen. Das ist in anderen Fachdiagnostiken oder Disziplinen nicht anders. Darum benötigt es auch keine eigenen Gütekriterien für diagnostische Instrumente oder Methoden im Rahmen Sozialer Arbeit. Darüber hinaus ist die Welt nicht subjektunabhängig zugänglich, weshalb es sowohl beider systematischer Zugänge sowie des klaren Denkens bedarf. Zuletzt ist bei der Befundung, der Diagnoseerstellung und über den gesamten diagnostischen Prozess hinweg Erklären und Verstehen notwendig, zumindest unter der Prämisse des Ganzheitlichkeitsdiktats und vor dem Hintergrund des Gegenstandsbereichs Sozialer Arbeit (Mensch in Umfeld). Auch ist Diagnostik im Rahmen sozialer Arbeit der ethisch-normativen Grundlegung der Sozialen Arbeit selbst unterworfen, weshalb es eine Bestimmung normativer Güte gibt.

Literatur:

Brekke, J. (2019a): **Science and Identity in Social Work**. In: Brekke, J.; Anastas, J. (Hg.): *Shaping a Science of Social Work. Professional Knowledge and Identity*. New York: Oxford University Press, S. 43–56.

Brekke, J. (2019b): **Defining a Social Work Science. Its Nature and Consequences**. In: Brekke, J.; Anastas, J. (Hg.): *Shaping a Science of Social Work. Professional Knowledge and Identity*. New York: Oxford University Press, S. 57–67.

Gabriel, M. (2020): **Moralischer Fortschritt in dunklen Zeiten**. Berlin: Ullstein.

Gahleitner, S. B. (2017): **Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen**. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Hansjürgens, R. (2018): **In Kontakt kommen. Analyse der Entstehung einer Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen**. Marburg: Tectum.

Hübner, D. (2021): **Einführung in die philosophische Ethik**. Göttingen: UTB.

Richter, J. (2011): **Freie Fundamente**. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Richter-Mackenstein, J. (2021): **Zwischenleiblichkeit und vegetative Identifikation. Empirische Erkenntnisse zum phänomenologischen Verstehen**. In: *körper-tanz-bewegung* 9 (3), S. 114–127.

Richter-Mackenstein, J. (2023): **Sozialarbeitswissenschaftliche Diagnostik**. Göttingen: UTB.

Staub-Bernasconi, S. (2019): **Menschenwürde – Menschenrechte – Soziale Arbeit**. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich.

Stegmüller, W. (1969): **Metaphysik, Skepsis, Wissenschaft**. Heidelberg: Springer.

Thiersch, H. (1993): **Strukturierte Offenheit. Zur Methodenfrage einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit**. In: Rauschenbach, T.; Ortman, F.; Karsten M. E. (Hg.): *Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit*. Weinheim: Juventa, S. 11–28.

Der Beitrag Sozialer Diagnostik an die interprofessionelle Behandlung – Eine Orientierung für Gesundheitsprofessionen

Cornelia Rüegger und Tom Friedli

Auf Basis der bestehenden Evidenz ist unbestritten, dass Gesundheit und Krankheit eng mit sozialen Faktoren in Beziehung stehen (WHO o.J.). Soziale Probleme können Teil der Genese, Persistenz wie auch Folge der Krankheitsdynamik sein. Untersuchungen zur Bevölkerungsgesundheit zeigen, dass soziale Faktoren Gesundheit stärker beeinflussen als die medizinische Versorgung (Magnan 2017). Um Gesundheit und Krankheit umfassend verstehen zu können, ist ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis notwendig. Die soziale Dimension von Gesundheit ist aber in Forschung und interprofessioneller Praxis nach wie vor unterbelichtet (Friedli 2022).

Mit diesem Beitrag orientieren wir die an der interprofessionellen Behandlung im Gesundheitswesen beteiligten Fachpersonen über die Funktion und die Leistungen der gesundheitsbezogenen, oder wie sie auch genannt wird, der Klinischen Sozialen Arbeit (KlinSA). Zugleich wird in die Soziale Diagnostik eingeführt, die die Basis jeder sozialarbeiterischen Intervention darstellt, sich aber in wesentlichen Punkten von einem medizinischen Diagnostikverständnis unterscheidet.

Zur sozialen Dimension von Gesundheit

Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit verweist darauf, dass Sozietät, Psyche und Biologie eines Menschen seinen gesundheitlichen Zustand in dynamischer Wechselwirkung bestimmen (Pauls 2021). Hurrelmann und Franzkowiak (2011, S. 103) beschreiben Gesundheit als „Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und

psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. (...) Sie ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ Mit anderen Worten: Sie verstehen Gesundheit als die Möglichkeit und Fähigkeit, in relativer Gesundheit ein möglichst gelingendes Leben zu führen. Der Begriff der relativen Gesundheit meint, dass ein Mensch trotz Krankheit oder Einschränkungen die Möglichkeit hat, am Leben teilzuhaben und es gelingend zu gestalten (ebd.). Negativ formuliert sind Probleme der Lebensführung Zustände langandauernder Bedürfnisspannungen, die psychisch und physisch pathogen wirken können (Obrecht 2005). Das Gehirn ist hierbei gleichzeitig der Entstehungs- und auch der Auswirkungsort von Stress (für die KlinSA Rüegger 2012). Herausfordernde soziale Bedingungen und Beziehungen werden also vom Gehirn als Stress wahrgenommen.

Damit werden psychische, aber auch verschiedene körperlich-biologische Prozesse in Gang gesetzt. Wenn sich diese Wahrnehmung oft wiederholt oder chronifiziert, wirkt sie auf das Gehirn zurück und verändert dessen Strukturen (ebd.). Die Forschung zeigt, dass z. B. das Erleben von „social pain“ (Erfahrung von Exklusion, Stigmatisierung, wiederholten sozialen Konflikten u. a. m.) das Risiko der Chronifizierung von physischen Schmerzen erhöhen kann (Sturgeon & Zautra 2016).

Bearbeitung der sozialen Dimension: Gegenstand, Funktion und Leistungsspektrum der Klinischen Sozialen Arbeit

Wie für jede Profession, liegen auch für die Soziale Arbeit verschiedene Definitionen ihres Gegenstandes vor (für eine Übersicht vgl. Engelke, Borrmann

& Spatscheck 2014). Wir greifen für die Rahmung des Beitrages beispielhaft auf die empiriebasierte systemische Theorie von „Integration und Lebensführung“ zurück (Sommerfeld, Hollenstein & Calzaferri 2011). Dieser Zugang ist anschlussfähig an das bio-psycho-soziale Modell und liegt für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen weit ausgearbeitet vor (Sommerfeld et al. 2016; Sommerfeld 2021).

Funktion Klinischer Sozialer Arbeit

Unter der Bedingung einer funktional differenzierten Gesellschaft lässt sich die Funktion der KlinSA beschreiben als Hilfe zur Integration und möglichst gelingender Lebensführung – bei und trotz drohender oder bestehender Krankheit oder Beeinträchtigung. In unserem Verständnis leistet sie darüber einen Beitrag an die Ermöglichung relativer Gesundheit.

Auf individueller Ebene resultieren Probleme der Lebensführung, und damit die relative Gesundheit (respektive ihr Fehlen) aus dem dynamischen Zusammenspiel

- (1) der vorhandenen sozialen Systeme (Familie, Arbeit, Freunde usw.) mit ihren je spezifischen Integrationsbedingungen und Funktionsweisen (soziale Regeln, soziale Positionen, Interaktionsmuster) und
 - (2) den Strategien und Mustern der Lebensführung des Individuums und seinen verschiedenen Ressourcen.
- Dieses Zusammenspiel und daraus resultierende Möglichkeiten oder Einschränkungen gelingender Lebensführung stellen im konkreten Einzelfall den Bezugspunkt der KlinSA dar. Dieses systemisch beschreibbare Zusammenspiel wird für die Fallarbeit mit Hilfe des aus der Forschung entwickelten Modells des Lebensführungssystems (Abb. 1) gefasst.

Abbildung 1: Das Lebensführungssystem und zirkuläre Kausalität
(Sommerfeld 2021; Sommerfeld et al. 2016)

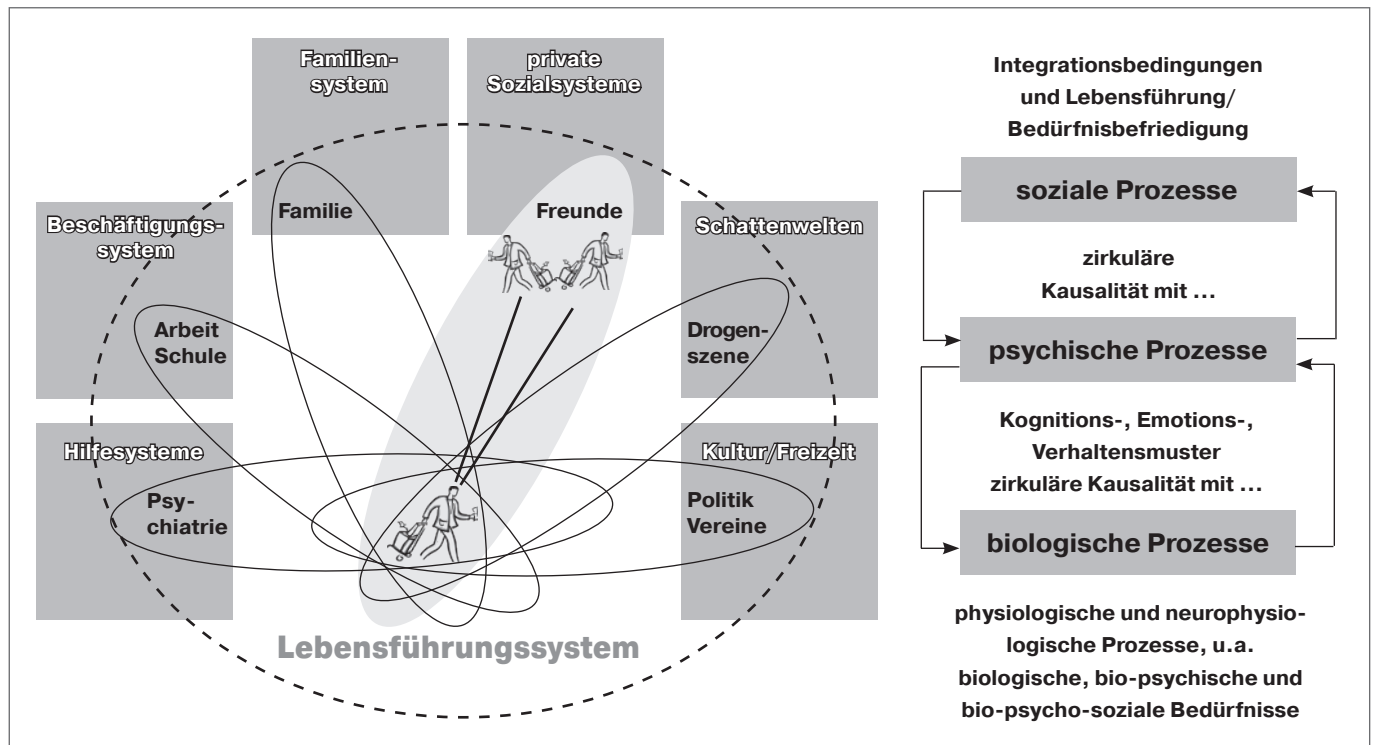


Tabelle 1: Merkmale rekonstruktiver und klassifikatorischer Diagnostik im Vergleich in Anlehnung an Heiner (2004)

Klassifikatorische Diagnostik ist eher	Rekonstruktive Diagnostik ist eher
erkenntnislogisch kategorial	hermeneutisch sinnverstehend
expert*innenbestimmt zuschreibend, generalisierend	dialogisch aushandlungsorientiert, individualisierend
standardisiert mittels Checklisten und Fragebogen	unstandardisiert mittels situativ variabler Gespräche

Das Modell des Lebensführungssystems

Das Lebensführungssystem (LFS) wird verstanden als ein sich selbst organisierendes System. Das konkret realisierte LFS setzt sich zusammen aus dem als Akteur gedachten Individuum mit seiner biologischen und psychischen Ausstattung sowie seiner spezifischen Form der sozialen Integration in diverse konkrete Handlungssysteme.

Das Individuum und die sozialen Systeme bedingen sich gegenseitig (zirkuläre Kausalität). Mit der Lebensführung gehen Aufgaben der biologischen, psychischen und sozialen Lebensbewältigung und damit zusammenhängende Schwierigkeiten einher. Die Bewältigung

ist abhängig von den individuell vorhandenen Ressourcen, Möglichkeiten und Vorgehensweisen. Daraus resultieren eine mehr oder weniger gelingende Lebensführung bzw. relative Gesundheit.

Zusammenfassend kann die Zuständigkeit der KlinSA in der gesundheitsbezogenen interprofessionellen Zusammenarbeit beschrieben werden als die spezialisierte Behandlung der sozialen Dimension von Krankheit und Gesundheit. Ihr Gegenstand ist in unserem Verständnis das LFS eines Menschen, das durch Krankheit beeinträchtigt ist bzw. die Gesundheit beeinträchtigt. Das Ziel ist es, das

Lebensführungssystem so zu verändern, dass das Leben trotz und mit der (chronischen) Erkrankung in relativer Gesundheit gelingend gestaltet werden kann. Die Unterstützung dieses Wandels des LFS und des betroffenen Menschen mit seinen Bewältigungsaufgaben, ist die Aufgabe der KlinSA. Im Idealfall sollen die Veränderungen dazu beitragen, dass das neue Integrationsarrangement über kreiskausale Prozesse (Fuchs 2011; für die KlinSA: Rügger 2012) auf das Gehirn und damit verbundene bio-physiologische und neuro-psychologische Prozesse wirken und darüber einen positiven Einfluss auf die Krankheitsdynamik nimmt.

Erfassen und Verstehen der sozialen Dimension: soziale Diagnostik des Lebensführungssystems

Soziale Diagnostik ist das professionelle Verstehen bio-psycho-sozialer Problemstellungen in der (Klinischen) Sozialen Arbeit, wobei der Schwerpunkt auf der sozialen Dimension liegt (ausführlicher www.soziale-diagnostik.ch). Wenn wir hier als Bezugspunkt der KlinSA „Integration und Lebensführung“ vorschlagen, bedarf es diagnostischer Verfahren und Instrumente,

die den fallbezogenen Kern der jeweiligen (bio)psycho-sozialen Gesundheitssituation adäquat beschreiben und in der fallspezifischen Sinnhaftigkeit rekonstruieren helfen. Der diagnostische Prozess mündet in diesem Verständnis immer in einer (vorläufigen) Beschreibung und Modellierung der (bio-)psycho-sozialen Dynamik des LFS, einer daraus abgeleiteten Prognose und darauf bezogenen Ansatzpunkten für Interventionen.

Handelt es sich um komplexe mehrdimensionale Problemlagen, braucht es hierfür nebst sozialdiagnostisch-klassifikatorischen Instrumenten (bpsw. das Person in Environment Classification System; vgl. Pantucek 2011) zur Erfassung eines Falles auch einen rekonstruktiven Zugang, um der Sinnhaftigkeit der Probleme der Lebensführung auf die Spur zu kommen.

Hier wird ein großer Unterschied zur medizinischen Diagnostik deutlich (vgl. Tab. 1): Die medizinisch-klassifikatorische Diagnostik ordnet die Vielfalt an Einzelercheinungen (Symptomen) subsumptionslogisch übergeordneten Einheiten zu (Symptomkomplexe als Diagnosen). Klassifikationssysteme wie ICD oder DSM ermöglichen eine solche Klassifizierung nach deskriptiv-phänomenologischen Gesichtspunkten. Ätiologie, also Fragen zu Ursachen der Stö-

rung, sind hierbei meist nicht leitend. Der Anspruch an Soziale Diagnostik ist zunächst auch, Fall-Tatsachenbestände kausal zu erklären und zu kategorisieren, z. B. als Fall von Problemen am Arbeitsplatz und häuslicher Gewalt. Jedoch ist es erforderlich, den Fall in den lebensweltlichen Kontext der konkreten Person, des konkreten Systems einzurücken und als Ausdruck dieses konkreten Lebenslaufs und Lebensführung zu rekonstruieren. Erst auf Basis dieser Verstehensprozesse lassen sich passgenaue Ansatzpunkte in der Hilfe- bzw. Entwicklungsplanung bestimmen, um darüber nachhaltige Prozesse zu unterstützen.

Der Methodenkoffer Sozialer Diagnostik des Lebensführungssystems (www.soziale-diagnostik.ch/konzepte/integration-und-lebensfuehrung) setzt sich deshalb zusammen aus standardisierten Fragebogen wie auch aus an Beratungsformen angelehnten Formen der Analyse und Hypothesenbildung (über Ressourceninterview, biografische Zeitbalken, Netzwerkkarte etc.) und bei Bedarf einer Methode des Fallverstehens (für systemisch-biografische Diagnostik: Hollenstein et al. 2018). Das diagnostisch erzeugte Bild der Falldynamik ist immer ein hypothetisch-vorläufiges und im Dialog mit den Betroffenen sowie weiteren fallrelevanten Akteur*innen regelmäßig

zu prüfen und bei Bedarf anzupassen (auch Heiner & Schrapper 2004; Hochuli Freund & Stotz 2011).

Methoden sozialarbeiterischer Interventionen sind dann Empowerment, Sozialtherapie, Bildung, Befähigung, Ressourcenerschließung sowie Interventionen in soziale Systeme und die interprofessionelle Kooperation (Synchronisation und Koordination aller Hilfen). Dabei kann die KlinSA auf ihre Basiskompetenzen wie Case Management, psycho-soziale Beratung und Netzwerkarbeit zurückgreifen (ausführlich Sommerfeld et al. 2016).

Fazit

Für das hier skizzierte Verständnis von Gesundheit und sozialer Diagnostik ist wichtig, die Komplexität des dynamischen Zusammenspiels zu erschließen und über die additive Auflistung von biologischen, psychischen und sozialen Wirkfaktoren hinauszukommen. Sonst wird der Fall in der interprofessionellen Praxis unterkomplex wahrgenommen und die Interventionen zielen ausschließlich auf die einzelnen Ebenen. Die KlinSA leistet mit ihrem Wissen und ihren diagnostischen Möglichkeiten einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis der gesundheitlichen Situation eines Menschen und an eine möglichst nachhaltige Behandlungsplanung.

Literatur:

Engelke, E.; Borrmann, S.; Spatscheck, C. (2014): **Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung.** Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Friedli, T. (2022): **Arbeitsfähigkeit bei chronischem Schmerz. Eine Interventionsforschung als Beitrag an eine multidimensionale evidenzbasierte Praxis Klinischer Sozialer Arbeit.** Freiburg i.Br. Dissertation.

Fuchs, Th. (2011): **Gehirnkrankheiten oder Beziehungsstörungen? Eine systemisch-ökologische Konzeption psychischer Krankheit.** In: Schiepek, G. (Hg.): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer, S. 375–383.

Heiner, M.; Schrapper, Ch. (2004): **Diagnostisches Fallverstehen in der Sozialen Arbeit. Ein Rahmenkonzept.** In: Schrapper, Ch. (Hg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim: Juventa, S. 201–221.

Hochuli Freund, U.; Stotz, W. (2011): **Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch.** Stuttgart: Kohlhammer.

Hollenstein, L.; Calzaferri, R.; Dällenbach, R.; Rügger, C.; Sommerfeld, P. (2018): **Systemisch-biografische Diagnostik des Lebensführungssystems.** In: Buttner, P.; Gahleitner, S.; Hochuli

Freund, U.; Röh, D. (Hg.): **Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit.** Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., S. 183–195.

Hurrelmann, K.; Franzkowiak, P. (2011): **Gesundheit.** In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Grafing: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 100–105.

Magnan, S. (2017): **Social Determinants of Health 101 for Health Care: Five Plus Five.** NAM Perspectives. Discussion Paper. Washington DC, National Academy of Medicine.

Obrecht, W. (2005): **Ontologischer, Sozialwissenschaftlicher und Sozialarbeitswissenschaftlicher Systemismus. Ein integratives Paradigma der Sozialen Arbeit.** In: Hollstein-Brinkmann, H.; Staub-Bernasconi, S. (Hg.): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 93–172.

Pauls, H. (2021): **Das biopsychosoziale Paradigma in der Klinischen Sozialen Arbeit.** In: Steiner, E.; Ehrhardt, S. (Hg.): **Klinische Soziale Arbeit in Österreich.** Wien: facultas, S. 22–39.

Rügger, C. (2012): **Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen**

Arbeit in der Psychiatrie. Coburg: ZKS-Verlag. Online verfügbar: <https://zks-medien.de/produkt/die-soziale-dimension-psychischer-krankheit-und-gesundheit> (29.06.23)

Sommerfeld, P. (2021): **Integration und Lebensführung-Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit.** In: Dettmers, S.; Bischkopf, J. (Hg.): **Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit.** München: Reinhardt, S. 28–38.

Sommerfeld, P.; Dällenbach, R.; Rügger, C.; Hollenstein, L. (2016): **Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis.** Wiesbaden: Springer.

Sommerfeld, P.; Hollenstein, L.; Calzaferri, R. (2011): **Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit.** Wiesbaden: VS Verlag.

Sturgeon, J. A.; Zautra, A. J. (2016): **Social pain and physical pain: Shared paths to resilience.** In: *Pain Manag*, 6 (1), S. 63–74.

WHO, World Health Organization (o.J.): **Social determinants of health.** Online verfügbar: www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 (29.06.23)

Sozialarbeitswissenschaftliche Diagnostik

Ein Lehrbuch mit interessanten Ansätzen, aber auch Mängeln

Das Buch ist seinem Anspruch nach ein zum Selbststudium geeignetes Diagnostik-Lehrbuch für Studierende der Sozialen Arbeit. Die Leser werden in einem straffen Bogen vom Grundsätzlichen zum Besonderen geführt: Im ersten Kapitel geht es um Stand, Gegenstand und Methoden „sozialarbeitswissenschaftlicher Diagnostik“. Es folgen Kapitel über die historischen Entwicklungslinien (Kap. 2), die Fallorientierung (Kap. 3), diagnostische Fehlerquellen (Kap. 4), das diagnostische Gespräch und die diagnostische Beobachtung. Spezifische diagnostische Zugänge werden in den folgenden Kapiteln behandelt: Hermeneutisch-biografisches Verstehen (Kap.6), Netzwerkdiagnostik (Kap. 7) sowie die „Schriftliche Befragung vermittelt Fragebögen“ (Kap. 8). Das neunte Kapitel ist Klassifikationssystemen gewidmet und das letzte diagnostischen Berichten und Gutachten. Zu Beginn der Kapitel sind Lernziele formuliert. Das handliche Buch (163 Seiten) schließt mit einem knappen Register. Abbildungen und Tabellen lockern den Text auf.

Die „sozialarbeitswissenschaftliche Diagnostik“, ein wohl vom Autor geschöpfter Begriff, wird als Fachgebiet der Sozialen Arbeit ausgewiesen und definiert als das „Sammeln, Auswerten und Interpretieren von (...) Informationen über Chancen, Stärken, Ressourcen, Auffälligkeiten, Probleme (...) von Personen in Beziehung zu ihrem (...) Umfeld“, wobei das Ziel sei, jene Personen „geeigneten Maßnahmen zuzuführen“ (S.11). Die sozialarbeitswissenschaftliche Diagnostik habe, anders als andere Fächer, „bislang noch keine geordnete Systematik“ und keine „einheitliche Fachterminologie“ aufzuweisen. Eines der ersten Anliegen des Buches sei nun, „einen geordneten, systematisierten Überblick über dieses Feld zu ermöglichen“ (S. 12). Den Begriff der Sozialen Diagnostik (wie auch den der psychosozialen) weist der Autor mit der Begründung zurück, dass es nicht gängig sei, Diagnostik nach ihrem Gegenstandsbereich zu bezeichnen. Au-

Richter-Mackenstein, Joseph (2023):
Sozialarbeitswissenschaftliche Diagnostik.
 Göttingen: V&R. 163 Seiten.
 ISBN 978-3-8252-5961-7. 23,- EUR.

ßerdem habe man sich in der Sozialen Arbeit noch nicht auf einen Gegenstandsbereich geeinigt. Diese Gedankenführung überzeugt allerdings nicht, denn die erste Begründung lässt sich mit geläufigen Bezeichnungen wie Leistungs-, Verhaltens- und Psychodiagnostik widerlegen und der zweiten Aussage widerspricht der Autor selbst an anderer Stelle des Buches, wo er im Zusammenhang mit Netzwerkdiagnostik auf den Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit verweist. Gleichwohl meint der Autor, es sei abzusehen, dass sich der Begriff der sozialarbeitswissenschaftlichen Diagnostik langfristig durchsetzen werde. Jenseits dieses Ringens um Begriffe zeugt das Buch von einem systematisierenden Anliegen. So wird beispielsweise eine Systematik der sozialarbeitswissenschaftlichen Diagnostik entworfen, Fragetypen und -techniken werden benannt, Merkmale diagnostischer Beobachtung sowie Wahrnehmungsfehler und kognitive Verzerrungen kommen zur Sprache. Auch ist das Kapitel über die Netzwerkdiagnostik informativ und alles in allem gut verständlich.

Das Buch weist aber auch Mängel und Probleme auf, die hier klar benannt werden müssen. Denn selbst das, was als vielversprechender Ansatz erscheint – der Ordnungsgedanke bzw. die Systematisierung – wird aufgrund eines Mangels an sprachlicher und inhaltlicher Klarheit im Ergebnis nicht erreicht. Auch ist die prominent angekündigte Systematik nur in einer Abbildung (S.36) dargelegt, im Text aber nicht weiter erläutert. Obwohl im einzelnen viel Wichtiges und Nachvollziehbares gesagt ist, bleiben einige Abschnitte eigentümlich abstrakt und damit gerade für wenig erfahrene Leser*innen schwer greifbar. So ist bei-

spielsweise im Kapitel über den „Fall als Rahmung sozialarbeitswissenschaftlicher Diagnostik“ an keiner Stelle ausgesprochen, was ein Fall ist. Dass (ironischerweise gerade im Kapitel zur Hermeneutik) mehrere unvollständige Sätze vorkommen, stört beim Lesen merklich. Ähnlich verhält es sich mit einigen geschraubt wirkenden („einzelheitlich“), eigenwilligen („antlitzhaft“), bis falschen („ambiguitiv“) Ausdrücken in Verbindung mit der Tatsache, dass verschiedentlich die Fachbegriffe nicht erklärt oder hergeleitet werden. Dass im Abschnitt zum Soziogramm Text und Tabelle nicht in Einklang stehen, ist ein ebenso vermeidbarer Mangel wie fehlende Quellenangaben (u. a. zum Psychosozialen Koordinatensystem, S. 18). Mehr redaktionelle Sorgfalt hätte diesem Text gutgetan – auch in der Gewichtung der Teile.

Das aus meiner Sicht gewichtigste Problem dieses Buches jedoch ist eines der Haltung. Der Autor stellt ein Verständnis von Diagnostik vor, das expertenzentriert ist und weitgehend einer Eigenschaftsdiagnostik entspricht. Es mag in der Testpsychologie seine Berechtigung haben, ergibt aber in der Sozialen Arbeit nur punktuell Sinn. Den für die soziale Diagnostik wesentlichen partizipativen und mehrdimensionalen Aspekt, also das gemeinsame Erarbeiten diagnostischer Erkenntnisse zwischen Fachkraft, Klient*in und ggf. weiteren Personen, spart der Autor bis auf die Bemerkung aus, dass das Ausmaß der partizipativen Haltung vom Arbeitsumfeld und der Aufgabe bestimmt sei (S.37). Die eingangs zitierte Wendung, dass die Personen „geeigneten Maßnahmen zuzuführen seien“ ist symptomatisch für die im Text ansonsten dominante Haltung. Für ein Lehrbuch, das laut Klappentext „die erste vollwertige Systematik sozialarbeitswissenschaftlicher Diagnostik zur Verfügung“ stellt, wäre ein weniger psychologisierender Ansatz und ein weniger belehrender Ton angemessen. Die generelle Anregung des Buches jedoch, in der Sozialen Arbeit mehr über die Systematik der Diagnostik nachzudenken muss aufgegriffen werden.

Peter Buttner