

Soziale Diagnostik in den Handlungs- feldern der Sozialen Arbeit

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



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

Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit

Handbuch Soziale Diagnostik, Band 2

Hand- und Arbeitsbücher (H 26)

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:
Medienhaus Plump, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany 2020
ISBN 978-3-7841-3263-1
ISBN E-Book 978-3-7841-3264-8

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

Vorwort der Herausgeberinnen und Herausgeber

Mit dem zweiten Band des Handbuchs Soziale Diagnostik liegt erstmals eine Übersicht über die Soziale Diagnostik in den wichtigsten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit vor.

Nachdem der erste Band mit der Darstellung grundlegender Perspektiven und Konzepte sowie einigen ausgewählten Instrumenten Sozialer Diagnostik generalistisch angelegt war, liegt der Fokus bei diesem zweiten Band auf den spezifischen Bedingungen und diagnostischen Zugängen in den einzelnen Handlungsfeldern. Vorangestellt ist eine Einführung mit allgemeinen Überlegungen zu den Möglichkeiten methodischen Verstehens sowie Qualitätsanforderungen.

Die Beiträge reflektieren die Besonderheiten des jeweiligen Handlungsfeldes und stellen im Anschluss die Möglichkeiten Sozialer Diagnostik in Form konkreter Ansätze vor. Bei der Zusammenstellung der Beiträge wird sichtbar, dass sich einerseits ein Kern von Konzepten und etablierten Instrumenten herausgebildet hat, der handlungsfeldübergreifend Bestand hat. Dazu gehören die Erfassung der Lebenslage, der sozialen Beziehungen und der Biografie von Personen. Andererseits haben sich in den verschiedenen Handlungsfeldern aber auch je besondere bzw. einschlägige diagnostische Verfahren bzw. Instrumente etabliert. Dies ergibt sich aus den Besonderheiten der einzelnen Handlungsfelder.

Wir hoffen, mit den zwei nun vorliegenden Bänden einen Beitrag zur weiteren Professionalisierung der Sozialen Arbeit und auch der Sozialberufe im Allgemeinen zu leisten.

Ganz herzlich bedanken wir uns bei allen Autorinnen und Autoren, die sich der Herausforderung gestellt haben, nicht nur Wege und Mittel handlungsfeldspezifischer Sozialer Diagnostik darzustellen, sondern auch die einschlägigen Rahmenbedingungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu referieren. Für kritische und weiterführende Kommentare zu einzelnen Beiträgen danken wir Elmar Koenen und Gernot Hahn. Ein besonderer Dank für die allzeit konstruk-

tive und nachhaltige Unterstützung geht an Sabine Schmitt und Ralf Mulot vom Verlag des Deutschen Vereins.

Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund, Dieter Röh,
im März 2020

Hinweis:

Verweise auf Texte aus dem ersten Band des Handbuchs erfolgen hier unter Nennung der Kapitelnummer (z.B.: „vgl. Bd. 1, Kap. C.14“). Im Anhang findet sich das Inhaltsverzeichnis des ersten Bandes, dem sich die vollständigen Titel und Autor/innen der Kapitel entnehmen lassen.

Inhalt

Vorwort der Herausgeberinnen und Herausgeber	3
<i>Peter Buttner, Silke Gahleitner, Ursula Hochuli Freund, Dieter Röh</i>	
Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern Sozialer Berufe	7
Soziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe	27
<i>Ursula Hochuli Freund, Miriam Weber</i>	
1. Soziale Diagnostik in den Hilfen zur Erziehung	30
<i>Kay Biesel, Marie-Thérèse Hofer</i>	
2. Soziale Diagnostik im Kinderschutz	42
<i>Sigrid A. Bathke</i>	
3. Soziale Diagnostik in den Frühen Hilfen	51
<i>Barbara Rieder, Raphaela Sprenger</i>	
4. Soziale Diagnostik in der Offenen Jugendarbeit	58
<i>Robert Müller, Dieter Röh, Daniel Rosch</i>	
Soziale Diagnostik im Erwachsenenschutz bzw. in der rechtlichen Betreuung	65
<i>Dieter Röh, Claudia Spindler</i>	
Soziale Diagnostik in der Eingliederungshilfe	84
<i>Peter Buttner, Stefan Pohlmann</i>	
Soziale Diagnostik in der Psychiatrie	112
<i>Silke Birgitta Gahleitner, Andrea Basedow, Heiner van Mil</i>	
Soziale Diagnostik in der psychosozialen Traumaarbeit	137
<i>Stefan Pohlmann, Peter Buttner</i>	
Soziale Diagnostik in der Altenhilfe	158
<i>Jana Molle, Harald Ansen</i>	
Soziale Diagnostik bei Wohnungsnotfällen	173
<i>Christina S. Plafky</i>	
Soziale Diagnostik in der justiznahen Sozialen Arbeit	196

<i>Rita Hansjürgens</i>	
Soziale Diagnostik in der Suchthilfe	214
<i>Ursula Hochuli Freund, Dorothee Schaffner, Matthias Widmer, Andrea Basedow</i>	
Soziale Diagnostik in der Erwerbsintegration	228
<i>Peter Buttner, Stephan Dettmers, Dieter Röh, Alexander Thomas</i>	
Soziale Diagnostik in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit	252
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	267
Anhang	273

Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern Sozialer Berufe

1. Erste Spuren

Diagnostik als einen Teil der Professionalität zu begreifen, gehört heute zum Selbstverständnis der Sozialen Arbeit und vieler weiterer sozialer Berufe. Aber was heute selbstverständlich klingt, hatte vor zwei Jahrzehnten noch den Geruch des Neuen: suspekt für die einen, attraktiv für die anderen. Dass professionelles Verstehen neben der Beherrschung kommunikativer Grundfertigkeiten einer reflektierten methodischen Grundlage bedarf, war im Prinzip seit den Anfängen beruflicher Sozialer Arbeit klar, zumindest bei Mary Richmond (1917) und Alice Salomon (1926). Aber die Einsicht, dass ein angemessenes Durchdringen und Erfassen psychosozialer Problemlagen ohne ein systematisiertes Vorgehen nur schwer zu leisten ist, hat dann doch viele Jahre gebraucht, um in der Breite der Profession Fuß zu fassen. Gleiches gilt für die Einsicht, dass die (intra- und inter-) professionelle Kommunikation einer Vorab-Verständigung über das *Wie* des Erkennens bedarf. Anders ausgedrückt: Erst eine methodisch aufgeklärte Diagnostik taugt zur professionellen Verständigung. Fachkräfte der Sozialen Arbeit haben damit eine solide Basis für Fallverstehen und Kommunikation.

Das hatte bereits Richmond (1917, 5) so gesehen: Für sie waren die Bausteine (*elements*) Sozialer Diagnose „a part of the ground which all social case workers could occupy in common“, eine verbindende professionelle Handlungs- und Kommunikationsgrundlage also. Kenntnis und Beherrschung dieser Bausteine sollten bald, so Richmond, bei jedem Praktiker als selbstverständlich vorausgesetzt werden können (ebd.). Richmonds so naheliegender Vorschlag hat sich im deutschsprachigen Raum allerdings über lange Zeit hinweg nicht durchsetzen können. Die Gründe hierfür reichen von der totalitären Verkehrung der Fürsorge im Nationalsozialismus bis hin zur Diagnostikkritik im Rahmen von Antipsychiatrie, Postmoderne und der Methodendiskussion in der Psychologie (vgl. hierzu Buttner 2013; Nauwerth 2016, 52 ff.; Stieglitz 2008, 330; Bd. 1, Kap. A, 14 ff.).

Verschiedene Entwicklungen haben zur heutigen Akzeptanz Sozialer Diagnostik beigetragen. Zum einen haben rechtliche Bestimmungen den Anforderungsdruck in Richtung Diagnostik erhöht (in Deutschland z.B. der Kinderschutzparagraf der Jugendhilfe § 8a Aches Buch Sozialgesetzbuch [SGB VIII] und in der Rehabilita-

tion die Bestimmungen zum Teilhabeplan in § 19 SGB IX bzw. zum Gesamtplan gem. §§ 117 ff. SGB IX). Auch der öffentliche Legitimierungsdruck, das Bedürfnis nach Absicherung gegen Haftung, der ökonomische Druck, steigende Qualitätsstandards und das Transparenzgebot haben in diese Richtung gewirkt. Zweitens wurden in den letzten zwei Jahrzehnten eine Reihe entsprechender Konzepte, Verfahren und Instrumente entwickelt und nicht nur im wissenschaftlichen Kontext, sondern auch in der Praxis eingehend diskutiert (vgl. Bd.1, Kap. A, 16 ff.). Drittens haben sich mittlerweile auch einige Positionen der Diagnostikkritik überlebt, beispielsweise die mit der suggestiven Formel „Dialog statt Diagnose“ mitlaufende Unterstellung, dass das Diagnostizieren einen Gegensatz zum Dialogischen impliziere (Kunstreich 2004). Der hierbei zugrundeliegende Gedanke, dass dialogische Verständigung den Diagnosen und damit der Diagnostik überlegen sei, übersieht, dass der Diagnostik im Prinzip die gleichen Verstehensakte zugrunde liegen wie der dialogischen Verständigung und dass dialogische Verständigung selbst mittlerweile als ein integraler Bestandteil Sozialer Diagnostik gilt. Und dementsprechend gilt, dass Soziale Diagnostik mit der nötigen ethischen und professionellen Sensibilität angewandt werden muss.

Für die weitere Entwicklung gilt, was im Prinzip immer schon galt: Erst wenn Diagnostik in der Praxis sich bewährt, wenn sie tatsächlich in der Lage ist, wichtige Fragen besser zu beantworten, kann sie Anerkennung erfahren. Funktionslose Diagnostik hat keine Aussicht auf dauerhafte Anwendung. Im Folgenden erläutern wir zunächst unser Verständnis von Sozialer Diagnostik als methodisches Fallverstehen. Sodann erörtern wir die Frage nach der Eignung und Qualität von Instrumenten und Verfahren in der Sozialen Diagnostik und nach Kriterien zu deren Beurteilung, wohl wissend, dass dies nicht viel mehr sein kann als der Anstoß zu einer breiteren Diskussion.

2. Soziale Diagnostik als methodisches Verstehen

Soziale Diagnostik fußt und zielt auf Verstehen zugleich. Sie fußt auf dem Verstehen dessen, was Menschen sagen, was beobachtet wird, was als Material vorliegt (Daten, Einschätzungen Dritter etc.), oder dem, was man mit anderen Sinnen wahrnimmt, aber natürlich auch auf dem Vorverständnis sozialer Verhältnisse, Erscheinungen und Zusammenhänge. Verstehen ist einerseits Grundbedingung menschlichen Zusammenlebens, andererseits eine hohe Kunst. Sowohl die *Empathie* bzw. Einfühlung in den Anderen als auch die *Theory of Mind*, also das Nachvollziehen des geistigen Standpunktes eines andern Menschen in Verbindung mit

dem „Versuch eines Individuums, sich in andere hineinzusetzen, um deren Wahrnehmungen, Gedanken und Absichten zu verstehen“ (Förstl 2007, 4), sind die evolutiv herangebildeten Voraussetzungen für interindividuelles Verständnis und auch die Grundlage sozialen Verhaltens. Eine methodisch strukturierte Herangehensweise ist das professionelle Pendant dazu. Sie zielt auf das Verstehen der Menschen und ihrer Lebenswelt, ihrer Motive und Handlungen, Ressourcen und Defizite, der sozialen Konstellationen, Strukturen und Rahmenbedingungen, kurz: auf das Verstehen komplexer (psycho-)sozialer Sachverhalte. Soziale Diagnostik ist damit kein Gegensatz zum Fallverstehen (vgl. Bd. 1, Kap. A, 19 ff.).

2.1 Reflexion des Verstehens

Jedes Verstehen, sei es das alltägliche, „einfache“ oder das methodisch gewendete und reflexive, konkurriert mit dem Nichtverstehen und birgt die Gefahr des Missverstehens. Der Begründer der allgemeinen Hermeneutik, Friedrich Schleiermacher, machte darauf aufmerksam, dass nicht das Verstehen, sondern das Missverstehen das eigentlich Normale sei, es gehöre untrennbar zur sprachlichen Verständigung. In der Verstehenskunst unterscheidet er eine laxere und eine strenge Herangehensweise: „Die laxere Praxis in der Kunst“ so schreibt er (1838, 29 ff.), „geht davon aus, dass sich das Verstehen von selbst ergibt“ und dass ihr Ziel sei, Missverständnisse zu vermeiden. Die „strengere Praxis“ hingegen, für die Schleiermacher plädiert, „geht davon aus, dass sich das Mißverstehen von selbst ergibt“ und dass das Verstehen „auf jedem Punkt gewollt und gesucht“ werden muss (ebd., 30). Das Missverstehen spielt also eine zentrale Rolle für das Verstehen, und erst das Bewusstsein darüber enthebt das Verstehen seiner Naivität. Daher darf das kunstmäßige Verstehen nicht erst da beginnen, wo der Interpret sich einer unverständlichen oder dunklen Stelle gegenübersteht. Für Schleiermacher ist das Nichtverstehen „kein bloßer Ausgangspunkt, den man verstehend hinter sich lässt, sondern eine Bedingung des Verstehens selbst. Verständnis muss immer aus dem Nichtverstehen gewonnen werden“ (Figal 2006, 121), und zwar umso mehr, je anspruchsvoller das zu Verstehende ist. Winkler (2018, 197) schließt an diesen Gedanken an, wenn er paradox formuliert, „dass das Verstehen darauf gerichtet ist, noch mehr des Nicht-Verstehens hervorzurufen, um es in Gespräche einzubringen“.

In der Sozialen Arbeit wird heute oft, wie in anderen psychosozialen Berufen und Handlungsfeldern auch, die „laxere Praxis“ geübt. Zwar sind die Zeiten vorbei, in denen von professioneller Seite deklassierende Zuschreibungen mit simplen Vokabeln wie „Verwahrlosung“ vollzogen wurden (vgl. hierzu Kappeler 2019), dennoch zeichnet die Forschung zur Urteils- und Entscheidungsfindung

auch heute gelegentlich „ein düsteres Bild der Sozialen Arbeit als Profession“, wie Freres u.a. (2019, 140) mit Bezug auf den Kinderschutz feststellen. Kernpunkte dieser Kritik sind u.a. ein Rationalitäts-, Wissens- und Partizipationsdefizit in Verbindung mit einer simplen Heuristik ohne fallrekonstruktive Diagnose und Prognose. Auch wenn Freres u.a. diesen Befund für Deutschland aufgrund eigener Daten relativieren, bleibt noch genügend Anlass für Vorsicht.

Soziale Diagnostik in ihrer heutigen Form lässt sich nun – mit Schleiermacher – als eine Aufforderung lesen, eine strengere Form der Praxis anzustreben, also das Verstehen durch Reflexion zu hinterfragen und pseudoverstehenden oder auch ideologischen Überschwang durch methodische Beschränkung zu zügeln. Ausgangspunkt hierfür ist das Bewusstsein, dass Verstehen ohne Interpretieren bzw. Deuten nicht möglich ist und Deutung immer mit Unsicherheit und damit Fehlbarkeit einhergeht, insbesondere dann, wenn die hermeneutische Distanz (Gadamer 1972, 279) beträchtlich ist, also das zu Verstehende nicht schon geläufig bzw. kulturell nahestehend ist. Je weniger alltäglich die Situation, die es zu verstehen gilt, je größer die (makro- oder mikro-)kulturelle Distanz zwischen der Person, die das Verstehen sucht, und dem zu verstehenden Fall, desto größer ist auch die durch die Interpretation zu überbrückende Lücke und desto höher das Risiko eines Falschverstehens. Fehllaufende Interpretationen können sich auch durch weltanschauliche Vorgefasstheit ergeben, wie es Mührel (2018, 45) für bestimmte Positionen der Sozialpädagogik kritisch feststellt. Ähnliche Probleme können sich einstellen, wenn die Deutungshoheit exklusiv aus Theorien mit hohem spekulativen Gehalt wie der klassischen Psychoanalyse hergeleitet wird, oder auch, wenn die mit dem Diagnostizieren befassten Personen ihre eigene Vorgefasstheit nicht erkennen. Auf der anderen Seite ist es oft der Handlungsdruck, der die Praxis Sozialer Arbeit belastet und damit auch das Verstehen erschwert (Thiersch u.a. 2012, 182).

Aber trotz aller Fallstricke: In der Praxis müssen Entscheidungen gefällt werden, oft auch unter Zeitdruck, auf Basis weniger Informationen und mit sparsamen Heuristiken. Diese Faktoren begrenzen natürlich das Verstehen, das ja prinzipiell eine unendliche, unabschließbare Aufgabe ist. Die Kunst aber besteht darin, einen praktikablen Weg zwischen der „unendlichen Aufgabe“ und der vorschnellen Abkürzung zu finden. Dieser Weg muss aktiv und im Prinzip für jeden Einzelfall gesucht werden, gleichgültig, ob es sich um eine mehr orientierende oder mehr in die Tiefe gehende Diagnostik handelt (vgl. Heiner 2013, 22). Eine unreflektierte Routine reicht für diesen Weg jedenfalls nicht aus, sie droht zur vorschnellen Abkürzung zu werden. Gleiches gilt für die Verengung des diagnostischen Blicks auf einzelne, isolierte Aspekte. Das diagnostische Herausgrei-

fen isolierter Aspekte kann wichtige Einsichten liefern, greift aber, für sich allein genommen, zu kurz. Was Jaspers (1973, 298) für den psychologischen Kontext feststellt, nämlich dass es „eine Quelle radikaler Täuschungen“ darstellt, wenn „aus der Evidenz eines einseitigen Verstehens schon auf die Wirklichkeit des so Verstandenen geschlossen wird“, hat auch für die Soziale Arbeit Geltung. Daraus entspringt die „Forderung der exakten Bindung des Verstehens, sofern es einen wirklichen Menschen treffen soll, an die Gesamtheit der objektiven Tatbestände“. In diesem Sinn konkretisiert Jaspers auch den hermeneutischen Zirkel:

„Bis in die letzten isolierbaren Ausläufer spricht auch das Ganze eines Wesens, gilt ein objektiver Zusammenhang, verzweigen sich die Motivationen einer Seele. Daher drängt das Verstehen des Isolierten auf das Ganze, von dem her auch das Isolierte in seinem ganzen Anschauungsreichtum erst sich enthüllt. In der Tat ist das Verstehbare unisolierbar“ (ebd., 297).

Was bei Jaspers auf das psychologische Verstehen zielte und später bei Schütz (Schütz/Luckmann 1975) auf die Lebenswelt, lässt sich auch auf Verstehen bzw. Diagnostik der objektiven Lebensbedingungen, der Lebenslage und der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen übertragen: Auch hier kann ein zu enger Fokus das Verstehen behindern. Die (bezugswissenschaftlichen und Meta-)Theorien der Sozialen Arbeit stellen verschiedene, konkurrierende Referenzrahmen für das Verstehen aus dem breiten Spektrum des Biopsychosozialen dar (vgl. auch Nauerth 2016, Kap. 5). Mit ihren Begriffen und Deutungsmustern steuern Theorien die „Blickrichtung“ bzw. Wahrnehmung.¹ Die Entscheidung für spezielle Begrifflichkeiten bzw. für theoretische Rahmen gibt damit sowohl die Richtung als auch die Grenzen des Verstehens vor. Je exklusiver aber der Theoriebezug bzw. die Verstehenskultur ist, desto partikularer und prekärer droht das Verstehen zu geraten. Das Verstehen steht so ggf. „in der Gefahr, die Eigensinnigkeit der Adressat_innen zu übergehen oder zu verkennen (...)“ (Thiersch 2018, 19) – eine Herausforderung, der allerdings auch ein strikt an der Lebenswelt orientiertes Verstehenwollen nicht entkommt. Die theoretische Rahmung und das damit verbundene Selbstverständnis haben auch Einfluss auf das Beziehungsgeschehen und den Prozess des gemeinsamen Fallverstehens mit Klientinnen und Klienten: „je nachdem, unter welchen Prämissen und professionellem und steuerungstechnischen Selbstverständnis ein Fallverstehen entwickelt wird, werden die professionell Handelnden ihre ‚Beziehungsarbeit‘ (...) ausgestalten“ (Nitsch 2016, 16).

1 Vgl. die wissenschaftstheoretische Diskussion um die Theoriebeladenheit der Wahrnehmung bei Hanson 1965, 2, Feyerabend 1986, 297 ff. und anderen.

Die Einsicht in die Fallstricke und die unabdingbare Gebundenheit des eigenen Verstehens könnte leicht dazu verführen, das komplizierte, langwierige Projekt des Verstehens aus einem Gefühl der Überforderung von vornherein sein zu lassen. Wie soll man je einen Fall bzw. einen Menschen in seiner Situation verstehen, wenn es eine unendliche Menge an Aspekten einzubeziehen gilt und wenn schon jeder begriffliche Rahmen, für den man sich entscheidet, ein Vorausverstehen darstellt, das das eigentliche Verstehen lenkt, begrenzt oder behindert? Doch gerade diese Einsicht in die Gebundenheit des eigenen (Nicht-)Verstehens ist es, die den Weg zur Korrektur des eigenen Blicks frei macht. Die Kunst besteht darin, einen angemessenen Weg zwischen Expertenblick und Eigensinn der Klientinnen und Klienten zu finden, objektive und subjektive Tatsachen zusammenzuführen, den Blick für das Ganze trotz Detailtreue nicht zu verlieren und dabei auch nicht in eine Abstraktionsidylle, also eine trügerische Plausibilität durch Mangel an Konkretheit zu verfallen.

2.2 Bedingungen für gelingendes Verstehen

Um den für den Einzelfall angemessenen diagnostischen Weg zu finden, gibt es kein einfaches Rezept. Es lassen sich aber einige Faktoren benennen, die dem Gelingen förderlich sind. Sie fallen zum Teil mit Haltungen, Verhalten und Randbedingungen zusammen, die auch allgemein einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zwischen den beteiligten Personen zuträglich sind:

- Die Anliegen der im Fall beteiligten Personen sollen umfassend zur Sprache kommen und verstanden werden – auch das diagnostische. Diese Anliegen sollen auch im weiteren Verlauf des Prozesses transparent bleiben. Das ist eine Vorbedingung für Partizipation in der Diagnostik.
- Neben dem immer mitlaufenden Versuch, den Fall als Ganzen zu verstehen, sollten die einzelnen diagnostischen Fragen möglichst konkret formuliert sein.
- Für die Beantwortung der diagnostischen Fragen sollte grundsätzlich eine methodische Offenheit gewahrt werden – u.a. mit der Nachfrage, ob eine spezielle (themenspezifische) Diagnostik überhaupt sinnvoll ist (und ggf. welche).
- Bei der Anwendung und Ergebnissicherung der Diagnostik ist allerdings die methodische Strenge Voraussetzung für aussagekräftige Ergebnisse.
- Die diagnostischen Ergebnisse sollten mit anderen Sichten verglichen werden, um so verschiedene Perspektiven im Sinne einer Triangulation (Flick 2000,

309 ff.) zusammenzuführen. Objektive und subjektive Sachverhalte, Details und das Ganze sowie die Perspektiven möglichst aller Beteiligten sollten in einem Wechselspiel zwischen Komplexitätserfassung und urteilender Reduktion der Komplexität in Beziehung gesetzt werden. Auch die Kontrastierung mit anderen beruflichen Perspektiven und begrifflich-theoretischen Rahmungen kann zu einer solchen Triangulation beitragen.

- Und schließlich muss gelten, was Basis allen professionellen Handelns sein sollte: das aktive Hinterfragen des eigenen Vorgehens und der Interpretation im Bewusstsein der grundsätzlichen Fallibilität des eigenen Urteilens.

Noch ein Aspekt muss hier Erwähnung finden: Die Tatsache, dass es neben dem definierten Erkenntnisziel und der eigentlichen Diagnostik auch Aspekte oder Dinge gibt, die sich intuitiv aufdrängen oder auf subtile Weise mitteilen, steht nicht im Gegensatz zum hier erläuterten zwingenden Zusammenhang zwischen diagnostischer Frage und dem zielgerichteten Einsatz diagnostischer Instrumente. Solche Anmutungen, seien sie Ausdruck allgemeiner Lebenserfahrung oder beruflichen Erfahrungswissens (vgl. Bastian/Schrödter 2014), sollten als eine diagnostische Intuition (Kösel 2017) bewusst gemacht werden. Diese kann zum potenziellen Korrektiv des rein standardisierten Vorgehens werden, so wie Multiperspektivität zum Korrektiv eines Verstehens werden kann, das nur auf eine Karte setzt oder alles einer Formel des Verstehens unterordnet. Verstehen sollte nicht allzu sehr darauf aus sein, das Ganze, das es zu verstehen gilt, als ein in sich homogenes Etwas zu begreifen. Menschen und Situationen bergen Widersprüche in sich – sie sollten im Versuch des Verstehens nicht eingeebnet werden.

3. Zur Eignung und Qualität von Instrumenten und Verfahren² in der Sozialen Diagnostik

Soziale Diagnostik hat nur einen Sinn, wenn sie einen Nutzen ergibt, wenn man mit ihr Situationen besser beurteilen, Menschen besser verstehen, Lebenslagen besser durchblicken und damit zu geeigneteren Interventionen finden kann als ohne sie. Was aber sind die Kriterien, um abzuschätzen, ob ein diagnostisches Instrument in diesem Sinne nützlich ist? Zur Beantwortung der Frage nach der Güte gibt es verschiedene Ansätze, je nachdem, um welche Art von diagnosti-

2 Im Folgenden geht es immer wieder um diagnostische Instrumente und Verfahren. Wir verstehen den Begriff des Verfahrens als etwas weiter und offener als den Begriff des Instruments. Instrumente sind nach unserem Verständnis eher oder etwas mehr standardisiert als Verfahren. Um in der Folge den Lesefluss zu vereinfachen, wenden wir meist nur einen der beiden Begriffe an (und meinen den anderen mit).

schem Verfahren es sich handelt. Gütekriterien, wie sie für standardisierte Tests entwickelt wurden, sind nur sehr bedingt auf qualitativ ausgerichtete Verfahren übertragbar, und auch die für qualitative Forschung vorgeschlagenen Kriterien (z.B. Steinke 2005; Mayring 2016) passen nicht auf alle qualitativen Verfahren gleichermaßen.

Vor dem Hintergrund der großen Bandbreite der Konzepte und Instrumente Sozialer Diagnostik, wie sie im vorliegenden und im ersten Band des Handbuchs vorgestellt werden, besprechen wir im Folgenden Kriterien zur Beurteilung der Qualität sozialdiagnostischer Zugänge. Wir hoffen, damit einen Beitrag zum Qualitätsdiskurs in der Sozialen Arbeit zu leisten.

Da sich unter dem Dach der Sozialen Diagnostik verschiedene Arten diagnostischer Konzepte und Verfahren versammeln, gibt es keinen einfachen, einheitlichen Maßstab zur Beurteilung der Qualität, zumindest keinen, der auf alle sozialdiagnostischen Zugänge passen würde. Diese Schwierigkeit darf aber nicht dazu verleiten, auf Beurteilungskriterien zu verzichten (vgl. Steinke 2005, 321) – vielmehr geht es darum, eine jeweils angemessene, also für das konkrete Verfahren geeignete Einschätzung der Qualität anzustreben, d.h. Gütekriterien anzusetzen, die zum Instrument und dem diagnostischen Ziel passen (so auch Mayring 2016, 144 f.). Der wesentliche Schritt hierzu besteht darin, die allgemeine Qualitätsfrage in konkretere Fragen aufzulösen, zum Beispiel: Wie einschlägig ist das Instrument für die gegebene Frage? Welche Ressourcen benötigt es? Wie verlässlich ist ein diagnostisches Verfahren bzw. Instrument, damit das diagnostische Ergebnis als ein solider Ausgangspunkt für das Handeln in der Praxis betrachtet werden kann? Wie gut stehen die Chancen, dass das diagnostische Instrument bzw. Verfahren akzeptiert wird? Oder auch: Wie stark hängt das Ergebnis von der diagnostizierenden Person ab? Wie stark hängt das Ergebnis von der Bereitschaft und den Fähigkeiten der Klientinnen und Klienten zur Mitarbeit ab? Inwieweit ist das Ergebnis von der diagnostischen bzw. Erhebungssituation und damit den interpersonellen Beziehungen beeinflusst?

Im Gegensatz zur Beurteilung quantitativ ausgelegter psychologischer Tests fällt es bei der Mehrzahl sozialdiagnostischer Verfahren nicht so leicht, die Güte des Verfahrens unter Ausblendung des konkreten Verwendungszusammenhangs anzugeben, weil aufgrund der geringeren Standardisierung die Güte zum wesentlichen Teil in der Durchführung liegt. Bei gesprächsbasierten bzw. narrativen Verfahren hängt sie stark von der Interaktion der Gesprächspartner/innen ab, von Faktoren also, die sich durch Standardisierung kaum einfangen lassen. Während standardisierte Tests darauf angelegt sind, subjektive und situative Faktoren aus-

zuschließen, ist dies bei qualitativ ausgerichteten sozialdiagnostischen Verfahren nicht oder nur eingeschränkt sinnvoll. Was bei quantitativen Verfahren eine Schwäche darstellt, ist für qualitative Verfahren Voraussetzung oder sogar Stärke (vgl. Flick 2016, 271).

Neben der Unterscheidung in quantitative vs. qualitative Verfahren spielen auch andere Aspekte eine Rolle, wenn es um die Angemessenheit von Gütekriterien geht, so z.B. die Frage, wie eng der Fokus ist: Viele sozialdiagnostische Instrumente sind nicht auf die Feststellung eines bestimmten, eng fokussierten Merkmals ausgerichtet, sondern im Sinne der Orientierung oder Problemerkennung offen angelegt. Solche Orientierungsdiagnostik (Heiner 2013) ist durch eine hohe Reichweite und zugleich geringe Präzision gekennzeichnet. Ein naheliegendes spezielles Gütekriterium ist die Sensitivität, also die „Fähigkeit“ des Instruments, möglichst alle wesentlichen Probleme (z.B. einer Person und Situation) zu erfassen – es geht aber nicht darum, sie im Detail aufzuschlüsseln. Dagegen ist das Ziel bei Instrumenten der Risikodiagnostik (ebd.), eine möglichst präzise Einschätzung des infrage stehenden Risikos zu erreichen. Entsprechend liegt hier ein wichtiger Güte-Aspekt in der „Fähigkeit“ des Instruments, zutreffende Prognosen zu ermöglichen.

Wenn im Folgenden der Versuch gemacht wird, die Eignung sozialdiagnostischer Verfahren anhand einzelner Kriterien zu erörtern, so muss klar sein, dass nicht jedes Kriterium auf jedes Instrument gleichermaßen anwendbar ist. Um den vielen Facetten Sozialer Diagnostik gerecht zu werden, ohne einerseits in die Falle der „Einheitslösung“ mit den klassischen Gütekriterien zu geraten, die dann für viele diagnostische Zugänge doch nicht passen, oder sich andererseits in einem unübersichtlichen Wald verfahrensspezifischer Kriterien zu verlieren (vgl. Keller 2008, 259), versuchen wir einen anderen Weg: Wir diskutieren methodenübergreifende Grundgedanken der Eignung von diagnostischen Zugängen und Verfahren und damit auch ihrer Güte. Diese Diskussion berührt auch die klassischen testtheoretischen sowie verschiedene, alternativ für die qualitative Forschung entwickelte Gütekriterien, bleibt aber hier nicht stehen, sondern kommt zu dem Ergebnis, dass sich die allgemeinen Qualitätsziele, die hinter den Kriterien stehen, bei verschiedenen Verfahren nur auf unterschiedliche Weise verfolgen lassen. Wir gehen also von einem Qualitätsanspruch aus, der auf quantitative wie qualitative und auf komplexe wie auch einfache Verfahren im Prinzip gleichermaßen anzuwenden ist, dessen Durchsetzung sich aber recht verschiedener Wege bedient.

Bei jeder Diagnostik geht es im Kern darum, zu Ergebnissen zu gelangen, auf die man sich verlassen kann. Verlassen kann man sich auf diagnostische Aussagen nur, wenn zwischen den Aussagen und dem erfassten Wirklichkeitsausschnitt ein nennenswerter Zusammenhang besteht. Dies trifft auf subjektive Sachverhalte (Sinnwelten) im Prinzip ebenso zu wie auf objektive. So ist bei der Rekonstruktion persönlicher oder subjektiver Sachverhalte keineswegs Beliebigkeit zugelassen, sondern eine gültige und zuverlässige Rekonstruktion zu fordern (vgl. Keller 2008, 265). Diese kann aber nicht einfach über die testtheoretischen Kriterien überprüft werden, sondern bedarf anderer, auf die Praxis abgestimmter Plausibilisierungsstrategien. Hierbei ist es ratsam, die Qualitätsfrage zunächst in den konkreten Verwendungszusammenhang einzuordnen, also in die Frage, was überhaupt herausgefunden werden soll und was für die Durchführung wichtig ist.

Die kommunikative Situation spielt insbesondere bei qualitativen Verfahren eine wichtige Rolle, u.a. deshalb, weil sie mit der Akzeptanz des diagnostischen Vorgehens zusammenhängt. Die diagnostische Situation inklusive der in ihr etablierten Rollen und dem übergeordneten Verwendungszusammenhang haben aber auch inhaltlich einen Einfluss darauf, ob Diagnostik zu einem guten Ergebnis führt. Der Wert bemisst sich ganz allgemein daran, inwieweit sie imstande ist, für bestimmte Situationen geeignete Ergebnisse zu liefern. Sie ist immer nur so gut, wie die Situation es zulässt. Die folgenden Überlegungen zur Eignung und Güte sozialdiagnostischer Verfahren heben also nicht nur auf invariante Eigenschaften der Instrumente ab, sondern immer auch auf den Kontext, in dem sie sich bewähren müssen.

4. Gütekriterien

Wir diskutieren im Folgenden verschiedene Gütekriterien und stellen mögliche Fragen vor, die geeignet sein können, um die konkrete Eignung und die Qualität eines diagnostischen Zugangs zu beurteilen.

4.1 Wie einschlägig ist ein Verfahren?

Dass diagnostische Verfahren *einschlägig* sein sollen, ist ein naheliegendes Anliegen, gleich für welche Art von Diagnostik. Das Vorgehen muss zur diagnostischen Frage passen, so nämlich, dass erwartet werden darf, dass mit ihm etwas Substanzielles zur Sache gefunden (entdeckt, bestätigt, ausgeschlossen etc.) werden kann. Je klarer die Sache definiert, je mehr das diagnostische Zielkonstrukt

theoretisch bestimmt und je besser es empirisch gestützt ist, desto konkreter lässt sich die Frage nach der Einschlägigkeit beurteilen. In solchen Fällen kann sie als Validität bzw. Gültigkeit konkretisiert werden.³ Je unbekannter, diffuser oder unbestimmter aber dasjenige ist, wozu die Diagnostik etwas herausfinden soll, desto schwieriger ist es, die Einschlägigkeit zu beurteilen, einfach schon deswegen, weil nicht klar ist, wonach gesucht werden soll. Zwar sind auch narrative Verfahren einschlägig, nämlich ganz allgemein in Bezug auf die Subjektivität bzw. die persönlichen Sinnwelten als solche. Diese Einschlägigkeit liegt aber auf einer anderen Ebene; sie ist nicht mehr inhaltlich gefüllt und hat dadurch mit dem Gütekriterium der Validität bzw. Gültigkeit, wie sie in der Testtheorie bzw. bei quantitativen Verfahren angesetzt wird (misst der Test das, was er vorgibt zu messen?), kaum mehr etwas zu tun (zur Validität als klassisches Gütekriterium vgl. Döring/Bortz 2016, 93 ff.). Gleichwohl ist es auch bei qualitativen Verfahren ein wichtiger Punkt, inwieweit die konkreten Ergebnisse (Inhalte) stimmen und inwieweit man sich auf sie verlassen kann. Dies lässt sich aber nicht mehr über die testtheoretischen Validierungsstrategien erweisen, sondern bedarf anderer Strategien, wie die der Triangulation oder der kommunikativen Validierung (s.u.).

Zur Frage der Einschlägigkeit in der Sozialen Diagnostik gibt es noch einen anderen interessanten Aspekt. Ähnlich wie bei psychiatrischen Anamnesen bewegt sich Soziale Diagnostik nicht selten in einem Graubereich zwischen Diagnostik und Intervention, nämlich dann, wenn es nicht nur auf das Erheben schon gegebener (bildlich gesprochen: ausgereift vorliegender) Sachverhalte ankommt, sondern wenn sie durch den diagnostischen Akt Sachverhalte erst zur Gestalt bringt: „Das, was diagnostisch erfasst werden soll, ist gewissermaßen vor seiner Erfassung noch gar nicht vorhanden, es befindet sich in einem präartikulierten Format, einem zwielichtigen Reich, wo es zwar schon etwas ist, aber noch nicht ganz *da* ist.“ Mit diesen Worten charakterisiert Leferink (2013, 277) im Rahmen psychiatrischer Diagnostik das, was er als „entdeckungsorientierte“ bzw. „klar-machende“ (im Gegensatz zur feststellenden) Diagnostik betitelt. „Klar-machend“ ist hier so zu verstehen, dass die Diagnostik selbst etwas beisteuert zu dem, was sie erfassen soll. Als Beispiele hierfür führt er die narrative biografische Diagnostik oder die Diagnostik von Zielen an. So können durch das Sprechen über Ziele im Rahmen eines diagnostischen Dialogs die Ziele konkreter werden, neue Ziele auftauchen etc.⁴ Je mehr solche Aspekte eine Rolle spielen (z.B. auch in der Ressourcendiagnostik), desto weniger Sinn hat es, die Validität bzw. Gül-

3 Zu einer ausführlichen Darstellung des Gütekriteriums der testtheoretischen Validität samt ihrer Unterformen siehe Grubitzsch 1997, 141 ff.

4 Die negative Seite dieses Zusammenhangs ist die suggestive Komponente, also beispielsweise die Gefahr, dass durch die Diagnostik erst Symptome miterzeugt werden, die vorher gar nicht da waren. Vgl. hierzu sehr instruktiv Hacking 1996.

tigkeit als zentrales Kriterium der Güte eines Instruments zu bemühen. Hingegen wäre es, um bei diesem Beispiel zu bleiben, vertretbar zu sagen, ein ressourcen-diagnostisches Instrument bzw. Vorgehen sei einschlägig, wenn es dazu führt, dass die betroffene Person neue Ressourcen erkennt.

Die klassischen Prüfstrategien für die Validität (vgl. Grubitzsch 1997; Döring/Bortz 2016) richten sich auf quantitative Verfahren. Insoweit sich Verfahren der Sozialen Diagnostik dieser Gruppe zuordnen lassen, sind sie auch anzuwenden. Eine Übertragung dieser Prüfstrategien auf qualitative und offene Verfahren sowie auf Verfahren mit starker interventioneller Seite ist nicht sinnvoll. Mit unserem Vorschlag, danach zu fragen, wie einschlägig ein Instrument für eine gegebene diagnostische Frage ist, eröffnet sich ein breiter Beurteilungsraum, der auch intersubjektiv angelegte Plausibilisierungsansätze wie die kommunikative Validierung in Form der Diskussion der Dateninterpretation (mit dem Klienten/der Klientin selbst oder auch im kollegialen Kreis der Fachleute) und verschiedene Formen der Triangulation (Flick 2000, 310) einschließt. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass eine solche auf Kohärenz der Daten bzw. Interpretationen gerichtete Validierung nur Sinn ergibt, wenn die zu vergleichenden Daten oder Ergebnisse unabhängig voneinander erhoben wurden. Wenn hingegen, wie es Freres u.a. (2019, 141) für den gelegentlichen Umgang mit Diagnosetabellen im Kinderschutz referieren, „Instrumente lediglich der nachträglichen Plausibilisierung bereits getroffener Entscheidungen dienen“, kann die Übereinstimmung der Diagnostik mit dem vorher gewonnenen Eindruck natürlich keinerlei Erkenntnis über die Validität des eingesetzten Instruments beitragen.

4.2 Wie praktikabel ist das Verfahren?

Die *Praktikabilität* ist vielleicht der einfachste und klarste Grundgedanke zur Frage, wie geeignet ein diagnostisches Instrument ist. Es geht darum, ob das diagnostische Verfahren mit den zur Verfügung stehenden Mitteln in der gegebenen Zeit mit vertretbarem Aufwand durchgeführt werden kann. Was zu lange braucht, zu viele (personelle oder andere) Ressourcen benötigt oder zu hohe Kompetenzanforderungen stellt, ist als Verfahren ungeeignet. Das Kriterium der Praktikabilität braucht scheinbar keine theoretischen Erwägungen, zeigt sich doch im Praxisalltag quasi von selbst, was machbar ist. Allerdings kann das Argument des zu großen Aufwands auch missbraucht werden. Mit ihm lässt sich – zumal in Zeiten des Personalmangels – auch leicht das Hinterfragen der eigenen Praxis vermeiden, denn genau diese reflexive Funktion kommt der Sozialen Diagnostik ja ebenfalls zu. Das Argument des zu großen Aufwands sollte nicht

dafür hergenommen werden, notwendige Verstehens-Anstrengungen zugunsten leichtfertiger Zuschreibungen zu verhindern.

4.3 Der Einfluss der untersuchenden Person

Die *Anwenderunabhängigkeit* zählt zu den klassischen Testgütekriterien. Sie besteht in der Unabhängigkeit des Testergebnisses von der untersuchenden Person: Die diagnostizierende Fachkraft – mit ihren Erfahrungen, Gefühlen, Einstellungen etc. – soll keinen Einfluss auf das diagnostische Ergebnis haben. Verhandelt wird dieses Ideal meist unter dem Begriff der Objektivität (vgl. hierzu Grubitzsch 1997). Sie auf qualitative Verfahren anzuwenden, die ja in der Sozialen Diagnostik einen wichtigen Platz einnehmen, ergibt wenig Sinn. Außerdem stehen Partizipation und Anwenderunabhängigkeit in einem Spannungsverhältnis: Je ausgeprägter das gegenseitige Aufeinander-Eingehen von untersuchender und untersuchter Person ist, je mehr der Unterschied zwischen den beiden eingeplant ist (z.B. bei der teilnehmenden Beobachtung), desto mehr wird die reale Interaktion und damit möglicherweise auch das diagnostische Ergebnis von der untersuchenden Person bestimmt. Anders gesagt: Je mehr Offenheit für das Gegenüber im diagnostischen Vorgehen praktiziert wird, je stärker das dialogische Element ausgeprägt ist, desto größer ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Objektivität des Verfahrens schwindet. Wenn aber Austausch und Offenheit zu bestimmenden Eigenschaften des diagnostischen Prozesses werden, ist es sinnlos, die Objektivität bzw. Anwenderunabhängigkeit als Gütekriterium heranzuziehen. Solange es aber um die Erfassung objektiver Sachverhalte geht, beispielsweise bei der Ermittlung von Anspruchsvoraussetzungen, bleibt Objektivität ein wesentliches Kriterium zur Beurteilung der Güte eines Verfahrens.

Der Einfluss der untersuchenden Person(en) ist allerdings da fragwürdig, wo etablierte diagnostische Verfahren nicht gewissenhaft durchgeführt werden und so zur Bestätigungsinstanz der eigenen Vorannahmen werden. Es gibt diagnostische Situationen, in denen erst durch Provokation das „herausgekitzelt“ oder im schlechteren Fall heraufbeschworen wird, was hernach als Beleg für die Diagnose dient. Freres u.a. (2019, 150) verweisen auch hier auf ein (Negativ-)Beispiel aus dem Kinderschutz. Sie bezeichnen es als „Resistenztest“, eine Form des Druck erzeugenden Elterntestens im Rahmen der Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung: Die Familie wird z.B. durch Vorwürfe, Vorhaltungen, Verdächtigungen und auch der Drohung, das Kind in Obhut zu nehmen, unter Druck gesetzt und symbolisch degradiert, um sie aus der Reserve zu locken. Die Eltern werden „systematisch widrigen Umständen ausgesetzt“ und damit u.U. zu einem Verhalten provoziert, das hinterher als Beleg für die Gefährdung des Kindes eingestuft

wird. Dass ein solches „diagnostisches“ Verhalten dem Objektivitätskriterium nicht mehr standhalten kann, versteht sich quasi von selbst.

4.4 Wie zuverlässig ist das Verfahren?

Die *Zuverlässigkeit* bzw. *Reliabilität* ist ein Maß für die Messgenauigkeit bzw. die Freiheit von Zufallsfehlern. Sie ist für quantitative Verfahren einschlägig und kann u.a. durch Testwiederholung geprüft werden. Wiederholte Anwendung (Messung) oder die Anwendung durch verschiedene Untersuchungspersonen sollten unter sonst gleichen Bedingungen zu gleichen Ergebnissen führen. Verlässlich ist ein Instrument also, wenn keine zufälligen Messfehler das Ergebnis verzerren. Das Kriterium der Reliabilität passt aber nicht gut auf Verfahren, bei denen es um die Erfassung von Sinnstrukturen und subjektiven Verweisungszusammenhängen geht. So lassen sich beispielsweise qualitativ angelegte Interviews kaum je mit exakt gleichen Ergebnissen wiederholen. Zwar sollten, wenn ein Interview wiederholt würde, im Kern dieselben Ergebnisse herauskommen, aber es ergibt wenig Sinn, die Qualität einer Interviewform vorrangig daran zu messen, wie sehr sich die Ergebnisse bei Wiederholung decken. Fruchtbarer wären in einem solchen Fall die Prüffrage, welche Unterschiede zu verzeichnen sind und ob sich eruieren lässt, wie es zu solchen Unterschieden kommt. Eine solcherart bedachte Zuverlässigkeit, die auch für qualitative Verfahren sinnvoll ist, setzt auch voraus, dass Fachpersonen sich regelmäßig schulen und gegenseitig intervidieren, um ihre Wahrnehmung und Urteilstkraft aneinander zu schärfen oder zu korrigieren.

4.5 Wie gut wird das Instrument akzeptiert?

Akzeptanz und Zumutbarkeit spielen für die Soziale Diagnostik eine wichtige Rolle. In Fällen eingeschränkter Fähigkeiten bei der zu untersuchenden Person oder in Situationen, in denen es mehr um Kontrolle als um Hilfe geht, ist dies besonders augenfällig. Grundsätzlich sollte ein Verfahren mindestens in dem Sinne zumutbar sein, dass der Mensch oder die Gruppe, um den bzw. die es geht, dem diagnostischen Prozedere zustimmt, dass er bzw. sie das Vorgehen gutheißt oder zumindest mit ihm einverstanden ist und es – ganz im Sinne einer informierten Zustimmung – nicht ablehnt. Negativ auf die Akzeptanz einwirken können beispielsweise die Zeitdauer, die der Einsatz des diagnostischen Zugangs beansprucht, oder der geforderte Grad an Selbstoffenbarung. Allerdings kann die Zumutbarkeit nicht nur aus dem Instrument selbst heraus bestimmt werden. Wie bei vielen anderen hier besprochenen Aspekten auch, spielt der soziale und kommunikative Kontext, die Beziehung zwischen Fachkraft und Klient/in eine große Rolle für die Akzeptanz des diagnostizierenden Vorgehens.

4.6 Wie fair ist das Verfahren?

Ein bislang in der Diagnostik wenig diskutierter Aspekt ist die *Fairness* von Verfahren. Sie misst sich daran, inwieweit Menschen aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit diskriminiert werden. Fairness ist nicht schon erfüllt, wenn die zu untersuchende Person die Diagnostik akzeptiert. Verfahren sind vielmehr dann fair, wenn sich keine systematische Benachteiligung bestimmter Personengruppen nachweisen lässt. Dies ist insbesondere bei selektiven Leistungs- oder Eignungstests von Bedeutung, weil von ihnen die Zuteilung von Ressourcen abhängen kann. Da solche Verfahren meist nicht im Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit liegen und sich die Soziale Arbeit zudem als ein Projekt begreift, das Diskriminierung nicht nur nach Möglichkeit vermeidet, sondern ihr gerade aktiv entgegentritt, ist verständlich, dass dieses Thema im Diskurs zur Sozialen Diagnostik keine bestimmende Rolle spielt. Aber es ist keineswegs auszuschließen, dass es auch in der Sozialen Diagnostik zu unfairen Konstellationen kommen kann, beispielsweise bei eingeschränkter sprachlicher Kompetenz der Klientinnen und Klienten.

5. Abwägungen und Auswahl der Verfahren

Die Vielfalt der Zugänge Sozialer Diagnostik erschwert die Formulierung allgemeingültiger Gütekriterien und erfordert eine differenzierte Herangehensweise. Für die Praxis Sozialer Diagnostik ergibt sich die Herausforderung, die Eignung sozialdiagnostischer Konzepte und Verfahren für den jeweiligen Einzelfall zu bestimmen. Neben die Beachtung einzelner Kriterien bzw. Beantwortung einzelner Fragen, wie wir sie vorschlagen, tritt die Schwierigkeit, verschiedene Kriterien gegeneinander abzuwägen. So stehen beispielsweise Verlässlichkeit und Praktikabilität in einem Spannungsverhältnis: Manche Fragen lassen sich nur mit großem Aufwand und dafür verlässlich oder aber praktikabel und dafür weniger verlässlich beantworten. Einem Spannungsverhältnis sind auch Objektivität und Partizipation ausgesetzt: Je mehr Offenheit für das Gegenüber praktiziert wird und/oder je größer das Machtgefälle zwischen Fachkraft und Klient/in ist, desto größer ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Objektivität des Verfahrens leidet.

Grundsätzlich stellt sich auch die metamethodische Frage, ob es für die Praxis Sozialer Diagnostik die bessere Strategie ist, ihre Anstrengungen auf die Maximierung der Richtigkeit ihrer Diagnosen zu konzentrieren oder nicht besser auf die Minimierung von Fehleinschätzungen. Beide Strategien tragen prinzipiell zu

einer Steigerung der Aussagekraft diagnostischer Ergebnisse bei. In der Praxis wird es aber in vielen Fällen entscheidend sein, grobe Fehleinschätzungen zu vermeiden. Ein Vorrang des Prinzips der Fehlervermeidung vor dem der Ergebnisoptimierung scheint uns umso wichtiger, je größer der Interpretationsspielraum und je abstrakter das diagnostische Ergebnis ist. Anders herum gesagt: Je kleiner der Interpretationsspielraum und je direkter der Bezug zu objektiven Fakten, umso geringer erscheint die direkte Gefahr von Fehlinterpretationen. Je mehr aber Diagnostik auf die Zuschreibung abstrakter Konzepte oder nicht direkt beobachtbarer Eigenschaften hinausläuft, je höher also der Anteil der Spekulation, Interpretation oder Ausdeutung ist, desto größer ist auch die Gefahr von Fehlinterpretationen.

Das grundsätzliche Bewusstsein, dass man falsch liegen kann, ist die Basis dafür, im gegebenen Fall ein diagnostisches Ergebnis infrage zu stellen. Dieses Bewusstsein der eigenen Fallibilität reicht aber in der Praxis nicht aus – es sollte möglichst immer begleitet sein von einer aktiven Irrtums- und Fehlerkorrektur (vgl. Thaler 2019, 175 f.) sowie von praktischen Validierungsstrategien: Sprechen andere Betrachtungen gegen mein diagnostisches Ergebnis? Gibt es alternative Erklärungen? Wie denkt die betroffene („diagnostizierte“) Person darüber, wie denkt ihr Umfeld darüber? Was zeigen andere diagnostische Zugänge? Diese und verwandte Ansätze der Einordnung, Relativierung und Validierung gründen auf dem kohärentistischen Anspruch, möglichst immer mehrere Perspektiven zu kombinieren. Die Multiperspektivität ist also ein konstitutives Element Sozialer Diagnostik, um die Qualität ihrer Ergebnisse zu sichern.

Die hier nur angerissenen Fragen und Probleme bezüglich der Qualität Sozialer Diagnostik sollten nicht als akademische Haarspalterei betrachtet werden, denn nur eine Diagnostik, auf deren Ergebnisse man vertrauen kann, wird Bestand haben. Die einzelnen Verfahren, Ansätze und Instrumente müssen also zeigen, dass sie leisten, was sie versprechen, und zugleich muss sehr genau darauf geachtet werden, nichts zu versprechen, was nicht geleistet werden kann. Diagnostik ist ein gutes Hilfsmittel, aber nicht mehr als das. In der Sozialen Arbeit geht es immer wieder darum, Entscheidungen zu fällen, nicht nur, wenn Gefahr im Verzug ist, wie bei der Kindeswohlgefährdung, sondern auch in langsameren Prozessen, z.B. der Wahl rehabilitativer Strategien, im Adoptionswesen oder in der Suchthilfe. Wiewohl die jeweilige Entscheidung am Ende klar und eindeutig gefällt werden muss, darf von der Diagnostik nicht erwartet werden, diese Trennschärfe selbst schon zu liefern. Diagnostik kann und soll plausible Grundlagen für Entscheidungen liefern, es muss dabei aber immer klar bleiben, dass sie den Handelnden die Entscheidung nicht abnehmen kann. In den wenigsten Fällen führt

Diagnostik zu einem so exakten Ergebnis, dass daraus Eindeutigkeit für eine Entscheidung folgt. Es bleibt in aller Regel ein gehöriger Interpretationsspielraum.

Bei der Sozialen Diagnostik kommt es also – wie bei jeder anderen Diagnostik auch – darauf an, dass sie nur im Rahmen ihrer Möglichkeiten eingesetzt wird. Ein kontinuierlicher Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis über die Anwendung diagnostischer Zugänge kann helfen, die Möglichkeiten und Begrenzungen genauer zu bestimmen. Wiewohl es ein wichtiger Schritt ist, an die klassischen Gütekriterien zu erinnern, wie Nauerth (2016, 138) es tut, sollte der Qualitätsdiskurs nicht dabei stehenbleiben. Die Gütekriterien, wie sie im Rahmen qualitativer Forschung vorgeschlagen wurden, sowie ganz allgemein die Transparenz und Reflexion im diagnostischen Prozess sind Voraussetzungen für eine gute Diagnostik. Diagnostik muss plausibel und intersubjektiv nachvollziehbar sein. Basis hierfür ist eine nachvollziehbare Strukturierung und vor allem Dokumentation nicht nur der diagnostischen Ergebnisse, sondern auch der diagnostischen Prozesse. Die Dokumentation sollte auch Widersprüche, die sich in den Daten oder Beurteilungen ggf. ergeben, nicht „glattbügeln“, sondern vielmehr sachlich festhalten. Die Beurteilerübereinstimmung bzw. Kohärenz diagnostischer Ergebnisse ist einerseits ein tragfähiges Prüfkriterium, sollte aber nicht zur Unterdrückung „unpassender“ Erkenntnisse führen. Widersprüche in den Daten oder Beurteilungen können auch zum dialektischen Ausgangspunkt neuer Perspektiven werden.

6. Das Spektrum Sozialer Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit

Die Wege des Verstehens und Erkennens in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit sind vielfältig – das Grundanliegen aber bleibt weitgehend gleich: Soziale Arbeit braucht verlässliche, empirisch fundierte Ausgangs- und Bezugspunkte. Die Soziale Diagnostik ist hierfür eines der wesentlichen Hilfsmittel (vgl. Bd. 1, Kap. A, 18 ff.). Im vorliegenden Band zeigt sich, dass sich grundsätzliche diagnostische Fragestellungen in vielen Feldern der Sozialen Arbeit decken oder zumindest gleichen. Hierzu gehören die Fragen nach den sozialen Beziehungen der Klientinnen und Klienten, ihrem biografischen Hintergrund, ihrer Lebenslage sowie den Ressourcen, die ihren Problemen gegenüberstehen.

Was die Diagnostik in den Handlungsfeldern unterscheidet, sind die spezifischen Fragestellungen. Allerdings gibt es hier viele Querbezüge. Dies sei kurz und exemplarisch für drei Felder angedeutet: Kinderschutz, Sozialpsychiatrie und Er-

werbsintegration. Während es im Kinderschutz in erster Linie um die Beurteilung des Kindeswohls und seiner möglichen Gefährdung geht, stehen bei der Diagnostik im Rahmen der Sozialpsychiatrie Fragen im Hinblick auf die Tragfähigkeit der individuellen Lebensführung, der Selbstgefährdung, der Behinderung im Alltag und ähnliche im Fokus. Bei der Erwerbsintegration hingegen sind es u.a. Fragen nach generischen und spezifischen Kompetenzen, sozialer Anpassungsfähigkeit und der Passung zwischen Arbeitsplatz und Individuum. Die typischen Fragen in diesen Feldern sind also verschieden – und doch gibt es Überschneidungen: Die familiären Situationen in Fragen der Kindeswohlgefährdung können zu Fragen nach (den Auswirkungen von) seelischen Erkrankungen Anlass geben – sowohl beim Kind als auch bei den Eltern – und nicht selten stehen auch gescheiterte Erwerbsbiografien hinter der prekären familiären Situation. Entsprechend zeigen sich auch umgekehrt und zwischen vielen anderen Handlungsfeldern Querverbindungen, z.B. zwischen der Sozialpsychiatrie, dem Betreuungswesen bzw. Erwachsenenschutz, der Wohnungslosenhilfe und der Eingliederungshilfe, zwischen der justiznahen Sozialarbeit, der Arbeit im Gesundheitswesen und dem Handlungsfeld Trauma und Flucht usw.

Wir glauben daher, dass es nicht nur interessant, sondern auch praktisch bedeutsam ist, auch von der themenspezifischen Sozialen Diagnostik aus anderen Handlungsfeldern als dem eigenen etwas zu wissen. Dies trifft im Idealfall nicht nur auf die Orientierungs- und Zuweisungsdiagnostik, sondern auch auf die Gestaltungs- und Risikodiagnostik (Heiner 2013, 22 f.) zu. Der vorliegende Band kann – so hoffen wir – durch die parallele Darstellung der Diagnostik in den ausgewählten Handlungsfeldern einen Beitrag dazu leisten, den Blick über den je eigenen Tellerrand zu schärfen und so die Handlungsfähigkeit der Fachkräfte der Sozialen Arbeit insgesamt zu fördern.

Literatur

- Bastian, P./Schrödter, M. (2014): Professionelle Urteilsbildung in der Sozialen Arbeit, in: Soziale Passagen, 6, S. 275–297.
- Buttner, P. (2013): Diagnose und Kritik, in: Gahleitner, S./Hahn, G./Glemser, R. (Hrsg.): Psychosoziale Diagnostik, Köln.
- Döring N./Bortz J. (2016): Qualitätskriterien in der empirischen Forschung, Berlin.
- Feyerabend, P. (1986): Wider den Methodenzwang, Frankfurt a.M.
- Figal, G. (2006): Gegenständlichkeit. Das Hermeneutische und die Philosophie, Tübingen.

- Flick, U. (2000): Triangulation in der qualitativen Forschung, in: Flick, U./Kardorff, E. v./Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbeck, S. 309–318.
- Flick U. (2016): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen, 3. Aufl., Reinbek.
- Förstl, H. (2007): Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens, Heidelberg.
- Freres, K./Bastian, P./Schrödter, M. (2019): Jenseits von Fallverstehen und Prognose – Wie Fachkräfte mit einer einfachen Heuristik verantwortbaren Kinderschutz betreiben, in: Neue Praxis, 2, S. 140–164.
- Gadamer, H. (1972): Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik, 3. Aufl., Tübingen.
- Grubitzsch S. (1997): Testtheorie – Testpraxis. Psychologische Tests und Prüfverfahren im kritischen Überblick, Reinbek.
- Hacking; I. (1996): Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne; München:
- Hanson, N. (1965): Patterns of Discovery, Cambridge.
- Heiner, M. (2013): Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit, in: Gahleitner, S./Hahn, G./Glemser, R. (Hrsg.): Psychosoziale Diagnostik, Köln, S. 18–34.
- Jaspers, K. (1973): Allgemeine Psychopathologie, Berlin.
- Kappeler, M. (2019): Klassifikation: „Verwahrlosung“. Zur Aktualität der radikalen Kritik von Deklassierung durch Jugendhilfe im Kontext von Protestbewegung und Heimkampagnen vor 50 Jahren, in: Widersprüche 39/153, S. 77–91.
- Keller, M. (2008): Gütekriterien; in: Keller, M.: Konfliktklärung als didaktische Herausforderung. Subjektive Handlungskonzepte zur Bewältigung von Konfliktsituationen, Wiesbaden, S. 258–269.
- Kösel, S. (2017). Intuition – eine notwendige und meist wirksame Kompetenz in der Fallbearbeitung in der Sozialen Arbeit, in: Messmer, H. (Hrsg.): Fallwissen. Wissensgebrauch in Praxiskontexten der Sozialen Arbeit, Opladen/Berlin/Toronto.
- Kunstreich, T. u. a. (2004): Dialog statt Diagnose, in: Heiner, M. (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch, Berlin, S. 26–39.
- Leferink, K. (2013): Diagnostik von Subjektivität. Spracherweiterung und Restriktion, in: Brücher, K./Poltrum, M. (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik. Zur Kritik der diagnostischen Vernunft, Berlin.
- Mayring, P. (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung, 6. Aufl., Weinheim.
- Mührel, E. (2018): Melancholie des nicht vermittelbaren Lebens, in: Wesenberg S./Bock, K./Schröer, W. (Hrsg.): Verstehen: eine sozialpädagogische Herausforderung, Weinheim.
- Nauerth, M. (2016): Verstehen in der Sozialen Arbeit. Handlungstheoretische Beiträge zur Logik sozialer Diagnostik, Wiesbaden.
- Nitsch, M. (2016): Kinderschutz – haben wir ein Problem? Wirklichkeitsbeschreibungen und ihre Auswirkungen in der Hilfestaltung, in: BAG der Kinderschutzzentren e.V. (Hrsg.): Kinderschutz – Haben wir ein Problem?, Köln.

- Richmond, M. (1917): *Social Diagnosis*, New York.
- Salomon, A. (1926): *Soziale Diagnose*, Berlin
- Schleiermacher, F. (1838): *Hermeneutik und Kritik*, Berlin.
- Schütz, A./Luckmann, T. (1975): *Strukturen der Lebenswelt*, Neuwied.
- Steinke, I. (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung, in: Flick, U./Kardorff E. v./Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Reinbek.
- Steinke, I. (2005): Gütekriterien qualitativer Forschung, in: Flick U./Kardorff E. v./Steinke I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Reinbek.
- Stieglitz, R. (2008): Klinisch-psychologische Erhebungsmethoden, in: Röhrle, B./Caspar, F./Schlottke, P. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik*, Stuttgart, S. 330–361.
- Thaler, T. (2019): Zwischen Evidenz und Subjekt. Ein kritischer Beitrag zur Sozialpädagogik, in: *Neue Praxis*, 2, S. 165–180.
- Thiersch, H./Grunwald, K./Königter, S. (2012): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit, in: Thole, W. (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*, 4. Aufl., Wiesbaden, S. 175–196.
- Thiersch, H. (2018): Verstehen – lebensweltorientiert, in: Wesenberg, S./Bock, K./Schröer, W. (Hrsg.): *Verstehen: eine sozialpädagogische Herausforderung*, Weinheim.
- Winkler, M. (2018): Für eine fröhliche Theorie des Verstehens, in: Wesenberg, S./Bock, K./Schröer, W. (Hrsg.): *Verstehen: eine sozialpädagogische Herausforderung*, Weinheim.

Soziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe

Einleitung

(Ursula Hochuli Freund)

Die Kinder- und Jugendhilfe zielt darauf ab, die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hin zu einer „eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ zu ermöglichen und eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu schaffen, wie es im deutschen Kinder- und Jugendhilfegesetz heißt (§ 1 Achten Buch Sozialgesetzbuch [SGB] VIII). Kinder- und Jugendhilfe umfasst deshalb auch die Familienhilfe. Es gehören unterschiedliche Hilfearten dazu, die sich auf verschiedene Lebensorte beziehen und je nachdem eher die Kinder bzw. Jugendlichen oder aber die Familien adressieren. Ein Grundprinzip in all diesen Hilfen ist die systemische Denkweise (vgl. Macsenaere u.a. 2014, 11).

Dieses große Feld wird in der Literatur unterschiedlich kartografiert. Thole (vgl. 2012, 28) differenziert die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe nach dem Grad der Intervention in die Lebenswelt: lebensweltergänzende (u.a. Kindertageseinrichtungen, Kinder- und Jugendarbeit), lebensweltunterstützende (u.a. Sozialpädagogische Familienhilfe) und lebensweltersetzende Interventionen (u.a. Hilfen zur Erziehung, insbesondere Formen der Fremdunterbringung). Bei der Kategorisierung nach Heiner (2010, 91) sind die Aufgabenfelder in den Lebensphasen Kindheit und Jugend insbesondere auf das Ziel der Personalisation ausgerichtet und umfassen unterschiedlichste Angebote (von Krabbelstuben über Kinderheime, sozialpädagogische Einzelfallbetreuung bis hin zu Erziehungsheimen), aber auch auf das Ziel Qualifikation (Schulsozialarbeit) und Reproduktion (Erziehungsberatung). Das Handbuch Kinder- und Jugendhilfe (Schröder u.a. 2016) unterscheidet – neben unterschiedlichen Lebensorten – elf Handlungsfelder, von frühen Hilfen über Kindertagesbetreuung, Adoption, stationären sowie ambulanten und teilstationären Erziehungshilfen bis zur Jugendgerichtshilfe.

In diesem Handbuch beschreiben wir die Soziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe mithilfe von vier Beiträgen und Zugängen: Hilfen zur Erziehung, Kinderschutz, Frühe Hilfen und Offene Jugendarbeit. Das bedeutet zugleich, dass auf einige Handlungsfelder nicht eingegangen werden kann. So wird etwa die Schulsozialarbeit – trotz ihrer wachsenden Bedeutung (Pötter 2018) – nicht explizit thematisiert.