

Peter Pantuček-Eisenbacher

# Soziale Diagnostik

Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit



4. Auflage

V&R





Peter Pantuček-Eisenbacher

# Soziale Diagnostik

Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit

Mit 64 Grafiken

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind  
im Internet über <http://dnb.de> abrufbar.

4., überarbeitete und aktualisierte Auflage

© 2019, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen  
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich  
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen  
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

**Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | [www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com](http://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com)**

ISBN 978-3-647-71145-4

# Inhalt

Vorwort zur 4., aktualisierten Auflage .....	9
Einleitung .....	12

## TEIL I

<b>1 Funktion und Fachlichkeit .....</b>	<b>25</b>
1.1 Die Frage nach dem Gegenstand der Sozialarbeit .....	25
1.2 Die Konstituierung »sozialer Probleme« .....	30
1.3 Die Konstituierung des »Falls« .....	33
1.4 Die Rolle der Sozialarbeit: Herstellen von Passung .....	36
<b>2 Der »Fall« .....</b>	<b>44</b>
2.1 Die Konstruktion des Problems .....	44
2.2 Die Konstruktion des Klienten .....	50
2.3 Die Konstruktion des Falles .....	52
<b>3 Die Rolle der Diagnose im professionellen Handlungsprozess .....</b>	<b>55</b>
<b>4 Muster und Komplexität .....</b>	<b>59</b>
4.1 Das Problem als Modell .....	61
4.2 Vom Modell zur Realität .....	74
4.3 Positionierung zum Alltag .....	76

<b>5 Grundsätzliche Probleme Sozialer Diagnose</b> .....	80
5.1 Assessment oder Diagnose .....	82
5.2 Stigmatisierung und Diagnose .....	83
5.3 Prozess und Expertentum .....	84
5.4 Geografie und Geschichte .....	87
5.5 Zählen und Messen .....	90
5.6 Erfahrung und Wissenschaftlichkeit .....	95
5.7 Kooperation und Konfrontation .....	96
5.8 Lüge und Wahrheit .....	97
5.9 Der Hypothesencharakter der Diagnose .....	100
5.10 Normen und Normalität .....	100
5.11 Passung: Diagnose der Hilfen .....	102
5.12 Dokumentation und Ziele .....	104
5.13 Diagnose und Entscheidung .....	112

## TEIL II: AUSGEWÄHLTE DIAGNOSEINSTRUMENTE

<b>6 Vorbemerkungen zur Darstellung der Verfahren</b> .....	119
6.1 Aufbau der Kapitel .....	120
6.2 Gemeinsamkeiten der Verfahren .....	121
6.3 Terminologie .....	121
6.4 Gegenstände Sozialer Diagnostik .....	124
6.5 Diagnosetypen .....	126
6.6 Zum Umgang mit diagnostischen Verfahren .....	128
<b>7 Sichtdiagnosen</b> .....	129
7.1 Visuelle Ersteinschätzung .....	129
7.2 Hausbesuch .....	133
7.3 Begehungen .....	139
<b>8 Kurzdiagnosen</b> .....	145
8.1 Vorläufige Diagnose auf Basis vorhandener Daten (VD) .....	145
8.2 Presented-Problem-Analyse (PPA) .....	149

<b>9</b>	<b>Notationssysteme</b>	158
9.1	Personalliste	159
9.2	Genogramm	166
9.3	Crossings	167
9.4	Zweitfamiliennotation	172
9.5	Problembeschreibungsraster	176
9.6	Ablaufdiagramm	180
9.7	Zielplanungsraster	184
<b>10</b>	<b>Netzwerkdagnostik</b>	187
10.1	Netzwerkkarte	188
10.2	Ecomap	218
<b>11</b>	<b>Biografische Diagnostik: Der Biografische Zeitbalken</b>	223
<b>12</b>	<b>Lebenslagendiagnostik: IC4</b>	233
12.1	Achse 1: Funktionssysteme	235
12.2	Achse 2: Existenzsicherung	248
12.3	Achse 3: Funktionsfähigkeit	253
12.4	Handhabung und Interviewhinweise	260
<b>13</b>	<b>Klassifikationssysteme</b>	271
13.1	ICD-10	272
13.2	DSM-5	273
13.3	ICF	275
13.4	PIE	283
<b>14</b>	<b>Kooperative und Black-Box-Diagnostik</b>	287
14.1	Problemranking	288
14.2	Skalierungen	289
14.3	Vier-Felder-Matrix des Motivational Interviewing	291
14.4	Family Group Decision Making/Social Group Conference	294



<b>15</b>	<b>Risikoabschätzung und Entscheidungsvorbereitung</b> .....	298
15.1	Interventionsassessment (IA) .....	298
15.2	Symptom- und Risikofaktoren-Listen .....	309
15.3	Kooperative Risikoabschätzung und Lösungssuche .....	316
<b>16</b>	<b>Gutachten-Erstellung</b> .....	320
	<b>Literatur</b> .....	326
	<b>Glossar</b> .....	342

## Vorwort zur 4., aktualisierten Auflage

Die Erstauflage dieser praktischen Einführung in diagnostische Verfahren für die Soziale Arbeit erschien 2006. Seither wurden einige zentrale Verfahren, vor allem das Inklusions-Chart, im Dialog zwischen Praxis und Wissenschaft weiterentwickelt und differenziert. Für die Netzwerkkarte und den Biografischen Zeitbalken wurden Softwareversionen (easyNWK und easy-Biograph) bereitgestellt.

Die vierte Auflage von *Soziale Diagnostik* behält die Grundstruktur bei. In den Kapiteln, die den Verfahren vorangestellt sind und die allgemeine Fragen der Diagnostik in der Sozialen Arbeit abhandeln, wurden moderate Ergänzungen vorgenommen, wo dies durch die Entwicklungen der letzten Jahre nötig schien. Eine umfassende Überarbeitung der Argumentation bzw. eine durchgehende Erneuerung und Ergänzung der Literaturhinweise unterblieb jedoch. Auch aus heutiger Sicht hat sich an der grundlegenden Ausrichtung nichts geändert. Im Gegenteil: Weiterhin bleiben die wesentlichen Probleme und Aufgaben der Diagnostik in der Sozialen Arbeit die gleichen. Prekär bleibt der Stellenwert Sozialer Diagnostik in weiten Bereichen der institutionellen Praxis, die vor allem angesichts (sozial-)politischer Entwicklungen dazu gedrängt wird, eher Personen zu ändern oder gar unter Druck zu setzen als soziale Situationen zu verbessern. Vor allem die Netzwerkkarte und das Inklusions-Chart setzen dieser Tendenz sehr gut ausgearbeitete Verfahren entgegen, die dem sozialarbeiterischen Handeln eine kooperative und situationsbezogene diagnostische Fundierung geben.

Auch in dieser aktualisierten Auflage wird darauf verzichtet, auf zwar gebräuchliche, aber professionellen sozialarbeiterischen Standards nicht genügende Verfahren einzugehen. Eine umfassende Kartographierung und Kritik der diagnoseähnlichen Verfahren und Instrumente würde den Rahmen sprengen. Schließlich geht es auch eher darum, Praktikerinnen und Praktikern sowie Lehrenden einen Werkzeugkasten in die Hand zu geben, mit dem sie arbeiten und die sozialarbeiterische Expertise gegenüber anderen Zugängen als gleichberechtigt etablieren können.

Auf eine Akzentverschiebung, die sich seit der ersten Auflage Stück für Stück ergeben hat, sei trotzdem hingewiesen: eine von Auflage zu Auflage deutlichere Akzentuierung des kooperativen und dialogischen Elements der Diagnostik. Die zahlreichen Praxiserfahrungen, die wir seither sammeln konnten, zeigten uns wesentlich größere Möglichkeiten der Einbeziehung der KlientInnen in den diagnostischen Prozess. Die Rolle der ExpertInnen wurde dadurch nicht kleiner, aber doch anders gewichtet: Ihre Aufgabe wird nun eher als jene des kompetenten Gesprächspartners bzw. der kritischen Dialogpartnerin bei der Arbeit der KlientInnen an der Eigendiagnose verstanden.

In der vorliegenden Auflage wurde auf das Kapitel zum US-amerikanischen PIE verzichtet. Das in den 1990er-Jahren entwickelte Instrument war zwar ein historisch nicht unbedeutender Versuch, ein Klassifikationssystem für die Soziale Arbeit bereitzustellen, es konnte sich allerdings nirgendwo durchsetzen und hat auch in der deutschsprachigen Community nie Anwendung gefunden. Somit bleibt es eine ideengeschichtliche Anmerkung.

Neuere Versionen u. a. des Mehrperspektivenrasters wurden aufgenommen, das Kapitel zum Inklusions-Chart ist weitgehend neu formuliert – der Sprung von dessen Version 3 zum IC4 ist doch recht bedeutend. Ergänzt wurden einige Hinweise auf partizipative Techniken und Methoden, die kooperativ diagnostische Elemente enthalten.

In der sozialarbeiterischen Praxis ist der kontrollierte Einsatz adäquater Diagnoseverfahren derzeit noch eher die Ausnahme als die Regel. Das hat mehrere Gründe:

- Die Dominanz psychologisierender Verfahren, verbunden mit dem Missverständnis, Diagnostik sei letztlich immer Persönlichkeitsdiagnostik.
- Die relativ unkritische Übernahme psychologisierender Diagnosen und wenig produktiver Ursache-Wirkungs-Zuschreibungen ist von schlechtem Gewissen begleitet: Nicht wenige KollegInnen lehnen Diagnostik generell ab, weil sie deren stigmatisierende Wirkung fürchten.
- Die bürokratische Arbeitsorganisation in vielen institutionellen Zusammenhängen, die systematisch auf behördlich relevante juristische Kategorisierungen entlang Gesetzes- und Verordnungstexten orientiert. Um Zugang zu Ressourcen zu erlangen, müssen die Fachkräfte ihre Fallresümees zumindest auch in dieser Sprache verfassen. Eine hinreichende Unterscheidung zwischen fachlicher Einschätzung und Bericht mit ressourcenaktivierender Wirkung (fallbezogener Öffentlichkeitsarbeit) ist nicht selbstverständlich.
- Die geringe Verbreitung der diagnostischen Verfahren in der Praxis hat auch ein empirisch-kritisches Vakuum zur Folge. Die Interpretationen

scheinen und sind vorerst noch relativ beliebig, kontrollierte Untersuchung und Weiterentwicklung sozialdiagnostischer Verfahren wird mit wenigen Ausnahmen noch kaum betrieben.

Auf dem Weg zu einer ihre eigenen Stärken gezielter einsetzenden und entwickelnden Sozialarbeit wird es an der Ausarbeitung eines kontrollierten diagnostischen Instrumentariums keinen Weg vorbei geben. Unter anderem könnte dadurch auch ein klareres Bild der Front-Line-Social-Worker von ihrer Arbeit erreicht werden, könnten die kontraproduktiven Psychologisierungen und Pädagogisierungen zurückgedrängt werden.

Dafür müssten allerdings die hier exemplarisch beschriebenen und analysierten Instrumente verstärkt unter kontrollierten Bedingungen in der sozialarbeiterischen Praxis eingesetzt werden. Die Entwicklung von Manua-len, die die Verwendung der jeweiligen Methoden im Prozess beschreiben und anleiten und Interpretationsmöglichkeiten zur Verfügung stellen, wäre fortführend zu leisten. Die Bedingungen dafür wurden besser, die Unterfinanzierung sozialarbeitsbezogener Forschung bildet hier aber ein wesentliches Entwicklungshemmnis.

Die Website [www.pantucek.com](http://www.pantucek.com) wird auch weiterhin Ressourcen und Texte zur Sozialen Diagnostik bereitstellen. Formulare, Software und Manuals sind dort und auf der Homepage des Verlags ([www.v-r.de/Pantucek\\_Soziale\\_Diagnostik](http://www.v-r.de/Pantucek_Soziale_Diagnostik)) zu finden.

Ein großer Dank geht an alle SozialarbeiterInnen, die sich am Erproben und – mit Verbesserungsvorschlägen in den letzten Jahren – an der Entwicklung der Verfahren beteiligt haben. Ebenso an all jene PraktikerInnen in Sozialen Organisationen und an Hochschulen, die sozialdiagnostische Verfahren einsetzen und damit auch den KlientInnen Instrumente zur Lösungsfindung in die Hand geben bzw. die in Lehre und Forschung dazu beitragen, dass das Bild von der spezifischen Kompetenz und dem spezifischen professionellen Fokus der Sozialen Arbeit klarer wird.

Danke auch dem Department Soziales an der FH St. Pölten, das mit Forschungsprojekten, Tagungen und in der Lehre viel beigetragen hat. Und schließlich meiner Partnerin Christina und meinem Sohn Paul, die ihr Wohlwollen mir gegenüber aufrechterhalten, auch wenn ich mich wieder einmal mehr mit meinem MacBook und dem nebengelagerten Bücherstapel als mit ihnen oder den nötigen Arbeiten im Haushalt beschäftige.

*Peter Pantuček-Eisenbacher, im Mai 2018*

## Einleitung

Am Beginn der Entwicklung der Sozialarbeit als Profession mit dem Anspruch einer wissenschaftlichen Fundierung stand die Bemühung, ihr – ganz nach dem erfolgreichen Muster der Medizin – ein diagnostisches Werkzeug in die Hand zu geben, das die SozialarbeiterInnen als ExpertInnen des Sozialen, als die DiagnostikerInnen der Hilfsbedürftigkeit für das Wohlfahrtswesen unentbehrlich machen sollte. Die zentrale Leistung der *Charity Organization Societies* war der weitgehende Verzicht auf das Verteilen von Almosen und die Konzentration auf eine individualisierte Einschätzung des Hilfebedarfs von verarmten Familien. Mit dieser Einschätzung waren auch prognostische Leistungen verbunden.

Am Anfang stand also das Versprechen einer Erhöhung der Effizienz und Effektivität sozialer Unterstützung durch die individualisierte Diagnostik. Hausbesuche und das Gespräch, die ► Inszenierung der Beziehung, das ergab sich eher aus der Logik einer individualisierten sozialen Diagnostik der Hilfsbedürftigkeit. Um individualisierte Daten zu bekommen, mussten Strategien der Annäherung an den lebensweltlichen Zusammenhang der KlientInnen entwickelt werden. Die sogenannte Beziehungsarbeit ermöglichte erst die Einlösung des Anspruches der Expertendiagnose.

Wir sehen also, dass die von der Sozialarbeit als Profession entwickelte Technologie der Annäherung an die KlientInnen und ihre ► Lebenswelten in gewissem Sinne als Abfallprodukt der Bemühungen um eine professionalisierte diagnostische Kompetenz betrachtet werden kann. Den Pionierinnen der Sozialarbeit als Profession, Mary Richmond in den USA und Alice Salomon in Deutschland, ist es noch nicht gelungen, den eigentlichen Behandlungsprozess selbst schlüssig zu beschreiben. Aber ein Nebeneffekt einer Diagnostik, die auf Gespräch, auf Lebensweltannäherung setzte, war die Kultivierung einer Annäherungstechnik, die sich bald selbst als heilend und hilfreich erwies. Die Sozialarbeit entwickelte vor allem in den Konzepten des Casework ein Verständnis der eigenen Arbeit, das zwischen dem

diagnostischen Prozess und der Intervention keinen deutlichen Unterschied mehr machte. Und das war durchaus logisch, entsprach den Erfahrungen: Die Klärung der Lebenslage im notwendig kooperativen Prozess mit den KlientInnen und deren sozialem Umfeld veränderte, richtig gemacht, bereits die Lebenslage, die Beziehungen im sozialen Umfeld und die Fähigkeiten der KlientInnen zur Nutzung der Ressourcen dieses Umfelds. Man kann das klassische Konzept des Casework als ein Konzept beschreiben, das sich als Einheit von Diagnose und Intervention versteht.

Auch wenn dieses Konzept zunehmend unter Beschuss gerät, als ineffektiv, nicht zielorientiert und verwaschen etc. denunziert wird, muss man doch sehen, dass es ein Konzept der sinnvollen Reduktion von Aufwand war. Es reagierte vernünftig auf einige strukturelle Probleme, die sich bei einer wissenschaftlich und methodisch fundierten Sozialen Arbeit ergaben:

Da ist zuerst die Komplexität des zu untersuchenden Sachverhalts zu nennen. Die Problemlagen sozialer Einbindung manifestieren sich konkret in Form von Problemen der Alltagsbewältigung, sind aber bedingt vom Zusammenspiel biologischer, psychischer und mehrerer sozialer Systeme, welche Letztere wiederum gegenständliche und kommunikative Ausformungen haben. Dadurch entsteht ein komplexes Gefüge, im Vergleich zu dem die Komplexität etwa des menschlichen Körpers, der ja das bevorzugte Untersuchungsobjekt der Medizin ist, als relativ gut überschaubar gelten kann.

Zum Zweiten ist die Grenze zwischen Funktionieren und Nicht-Funktionieren keineswegs klar bestimmt und entzieht sich über weite Strecken einer objektiven Definition.

Zum Dritten sind die zu beschreibenden bzw. zu diagnostizierenden Systeme dynamisch – und das auf die spezielle Art, wie wir sie sowohl in der Gesellschafts-Geschichte als auch in der Individualgeschichte kennen: Perioden des relativen Stillstands werden von Zeiten rasanter Entwicklung abgelöst, wobei oft erst im Rückblick erkennbar wird, dass und welche Voraussetzungen für den Wandel bereits in den Phasen der scheinbaren Stagnation herangereift sind und schließlich den Wandel ermöglicht haben. An diesem Wandel sind dann die verschiedensten Akteure beteiligt, und der Wandel kommt nicht nur manchmal überraschend, sondern nimmt mitunter auch eine überraschende Richtung.

Im Vergleich zu Medizin und Psychotherapie agiert Sozialarbeit also in komplexeren und schlechter planbaren Environments, ist bei ihrer Diagnostik und Vorgehensplanung mit Problemen der Unübersichtlichkeit und der Unvorhersehbarkeit konfrontiert.

Dazu kommt, dass Sozialarbeit bei ihrer Informationsgewinnung über den Fall zwar nicht ausschließlich, aber doch weitgehend auf Gespräche angewiesen ist und die Qualität der Informationen vom Gelingen der Gesprächsführung abhängt.

Eine Reihe von Daten über den Fall extrahiert die Sozialarbeit aus Akten, Schriftstücken, Befundungen etc., also aus bereits vorliegenden oder beschaffbaren Beschreibungen von Aspekten der Lebenssituation der KlientInnen. Weitere Daten werden durch Beobachtung gewonnen. Aber das Herzstück war bisher doch das Gespräch, und ich nehme an, dass das noch längere Zeit so bleiben wird.

Gespräche sind langsam, vor allem wenn man durch sie einen komplexen Sachverhalt erschließen will. Und das Gelingen der Informationsbeschaffung durch das Gespräch hängt von der Beziehungsgestaltung ab: Die KlientInnen müssen auf irgendeine Art davon überzeugt werden, dass es für sie sinnvoll ist, Informationen preiszugeben.

Eine alte Technologie, die das bewerkstelligen kann, ist die Folter. Wie wir wissen, ist selbst sie langsam und aufwändig, und die Qualität der durch sie gewonnenen Informationen ist nicht immer hoch. Auch unter der Folter sagen die so behandelten Personen oft das, wovon sie glauben, dass der Interviewer es hören will, und nicht die sogenannte Wahrheit.

Also bietet sich eher die Strategie des »good guy« an: die Zurschaustellung von Verständnis und Vertrauenswürdigkeit. Die Informationsgewinnung wird dadurch zwar nicht wesentlich beschleunigt, dafür kann eine soziale Beziehung aufgebaut werden, die die weitere Kooperation der KlientInnen wahrscheinlicher macht und die Ausgangslage nicht von vornherein verschlechtert.

Das Problem der Komplexität wird dadurch allerdings noch nicht wirklich gelöst. Wir erhalten ein subjektives Bild der Lebenssituation und eines, das auch bei einem längeren Gesprächsprozess noch zahlreiche blinde Stellen aufweisen wird. Gleichzeitig aber können bereits nach kurzer Zeit durch den schon für die Informationsbeschaffung nötigen Beziehungsaufbau Voraussetzungen für die kooperative Bearbeitung von Alltagsproblemen der KlientInnen geschaffen werden. Was also liegt auch aus Gründen der Arbeitsökonomie näher, als ein ohnehin nicht absehbares Ende des Verfahrens der Informationsbeschaffung gar nicht erst abzuwarten, sondern parallel zum Prozess der Diagnose mit der aktiven Arbeit zur Problemlösung zu beginnen. Man bekommt dadurch ein zusätzliches und durchaus mächtiges Instrument der Diagnose in die Hand, nämlich das Experiment. Beim Versuch der Änderung einer Situation, einer Bedingung, erwachsen aus der

Beobachtung, wie was oder wer dabei kooperiert oder Widerstand leistet, wertvolle neue Informationen. Wir erkennen wesentliche Aspekte der Situation an der Widerständigkeit, die Veränderungsversuchen entgegengesetzt wird – oder auch nicht.

Ein so verstandener Prozess der Sozialarbeit ist eben nicht durch den aus der Medizin bekannten Dreischritt »Anamnese – Diagnose – Intervention« gekennzeichnet, sondern die Anamnese ist schon Beratung, diagnostische Schritte sind bereits Interventionen, und Interventionen treiben die Diagnose voran. Wir beobachten einen anspruchsvollen Prozess des Dialogs der PraktikerInnen mit den KlientInnen und deren Umfeld, der gesprächsförmig und eingreifend-organisierend ist. Interventionen werden dort angesetzt, wo sie jetzt möglich sind, mitunter auch mit nur vager Kenntnis des Gesamtzusammenhangs.

Diese Strategie ergibt sich durchaus logisch aus der berufsgeschichtlich ursprünglichen Konzentration der Sozialarbeit auf die Diagnose. Und es ist eine arbeitsökonomisch sinnvolle Strategie. Das muss vor allem deswegen betont werden, weil die WortführerInnen der Verbetriebswirtschaftlichung der Sozialarbeit diese klassische Casework-Strategie als überholt und ineffizient brandmarken.

Ich habe diese Grundsituation jetzt ausführlich dargestellt, um zu zeigen, wie sich in der Sozialarbeit der Fokus von der Diagnose zum Prozess verschoben hat. Das ging so weit, dass der Begriff der Diagnose selbst aus dem sozialarbeiterischen Sprachgebrauch nahezu vollständig verschwunden ist. Das änderte aber nichts an den oben genannten Ausgangsbedingungen. Weder daran, dass sich die PraktikerInnen in ihren Interventionen an einer wie auch immer gearteten Lageeinschätzung orientieren mussten und müssen, noch an den Problemen der Komplexität, der Dynamik und der Unbestimmbarkeit der Grenze zwischen Funktionieren und Nicht-Funktionieren. Diese Probleme mussten und müssen trotzdem bearbeitet, irgendwie gelöst werden. Nicht zu vergessen, arbeiten SozialarbeiterInnen auch in Feldern, in denen auf Basis ihrer Situationseinschätzung weitreichende Entscheidungen getroffen werden können, die in die Biografien von KlientInnen eingreifen und Chancen zuteilen oder verweigern. Als Beispiel mag dafür das Jugendamt gelten, aber eben nur als Beispiel, denn auch in anderen Arbeitsfeldern fungieren SozialarbeiterInnen als Gatekeeper für die Zuteilung von sozialen Chancen und Möglichkeiten. Ein vor allem am Prozess orientiertes berufliches Selbstverständnis konnte den PraktikerInnen keine ausreichende Hilfestellung geben, weder für die Gestaltung eines umweltbezogenen Interventionsprozesses noch für die fachliche Begründung klientenbezogener Ent-



scheidungen. Dies begünstigte und begünstigt den Rückgriff auf diagnostische Modelle (und auf »diagnostische« Verfahren unter Anführungszeichen), die dem Fach und dem Gegenstand wenig angemessen waren und sind.

Tatsächlich zeichnete und zeichnet sich eine klientenorientierte Sozialarbeit dadurch aus, dass sie den schwierigen Prozess des Verstehens nicht durch frühzeitige persönlichkeits- oder störungsdiagnostische Festlegungen abkürzt und beendet. Wie ich in meiner Arbeit über das Wiener Krisenzentrum FIDUZ gezeigt habe, war der konsequente und aktive Verzicht der Fachkräfte auf eine prinzipiell bereitliegende, ja sich geradezu aufdrängende Störungsdiagnostik Voraussetzung für die erfolgreiche Fallbearbeitung. Erst dadurch, dass sie Kinder nicht als »hyperaktiv«, »verhaltensgestört« usw. verstanden, sondern versuchten, den Sinn ihres Verhaltens aus dem situativen Kontext zu erschließen, eröffneten sich die entscheidenden Interventionsmöglichkeiten.

Oder anders gesagt: Erst dann, wenn die Probleme nicht primär in den Personen verortet werden, eröffnet sich das reiche Handlungsfeld der Sozialarbeit. Befunde über den körperlichen und psychischen Zustand der KlientInnen, die Medizin und Psychologie liefern, bezeichnen Rahmenbedingungen der Arbeit am Fall, so wie das juristische Expertisen über die rechtlichen Rahmenbedingungen tun.

Wenn ich nun den Verlust der diagnostischen Kompetenz der Sozialarbeit beklage, beklage ich nicht diese Verweigerung von Persönlichkeits- und Störungsdiagnostik. Im Gegenteil: In dem Maße, in dem Sozialarbeit sich ausschließlich auf den Prozess orientierte und eigene diagnostische Fähigkeiten nicht mehr als zentralen Teil beruflicher Kompetenz begriff, öffnete sie der medizinischen, psychiatrischen und psychologischen Diagnostik Tür und Tor, konnte diese nicht mehr durch eigene Leistungen ergänzen, relativieren, konterkarieren. In einem Gespräch mit den Ärzten eines multiprofessionellen Teams haben jene das so formuliert: SozialarbeiterInnen scheinen immer nur die Position der KlientInnen zu verdoppeln. Sie werben um Verständnis für die KlientInnen und scheinen keine eigene Position zu haben. Oder sie können nicht nachvollziehbar begründen, wie sie zu ihren Einschätzungen, Empfehlungen und Entscheidungen kommen. Ihre Gutachten scheinen bestenfalls auf einem unkontrollierten Common Sense zu beruhen.

Keine Frage, dass in einer Praxislandschaft, die zunehmend von mehrprofessioneller Kooperation geprägt ist, eine solche Profession schlechte Karten hat – und zwar sowohl berufspolitisch als auch in fallbezogenen Entscheidungsprozessen.

Dieser traurige Zustand fachlicher Sprachlosigkeit wird nun von zumindest zwei Seiten wirkungsvoll kritisiert.

1. Die Träger der Sozialen Arbeit, vor allem die Managementebenen, drängen auf eine bessere Beschreibbarkeit und Steuerbarkeit der Sozialarbeit. Sie müssen zunehmend Leistungsbeschreibungen erstellen, um ihre Finanzierung zu sichern. Dabei ist ihnen eine Orientierung an von der Legislative und dem ministeriellen Beamtenapparat formulierten Zielen und Kennzahlen vorgegeben. Während die Medizin die Definitionsmacht darüber hat, was eine Krankheit ist und was nicht (wobei es in ihrem Interesse liegt, möglichst jede Normabweichung als Krankheit zu definieren), hat die Sozialarbeit nicht die Definitionsmacht darüber, was ein soziales ► Problem ist. Die Definition eines sozialen Problems ist ein öffentlicher diskursiver Prozess, ein seinem Wesen und letztlich auch seiner Form nach politischer Prozess. Die Träger, denen eine stärkere Flexibilität bei der Erbringung von Dienstleistungen an die Politik abverlangt wird, verlangen diese Flexibilität und bessere Steuerbarkeit zunehmend auch von ihrem Personal. Über Produktbeschreibungen, ausgefeiltere Dokumentationssysteme und die genauere Definition von Abläufen soll die relative Offenheit der sozialarbeiterischen Beratungs- und Betreuungsprozesse einer »verkaufbaren« Darstellung, aber auch einer Steuerung durch Entscheidungen des Managements besser zugänglich gemacht werden. Definierte und überprüfbare Betreuungsziele, frühzeitige begründete Festlegungen auf einen gewünschten Verlauf des Prozesses und damit auch auf den zu erwartenden Mitteleinsatz sollen die überprüfbare Effizienz des Prozesses erhöhen. Damit wird der einseitigen Orientierung der Methodik auf ergebnisoffene und wenig vorhersagbare Prozesse der Kampf angesagt.
2. Ergänzend und alternativ dazu ist es ein aus nicht-professionellen Zusammenhängen importiertes Qualitätsverständnis, das ebenfalls auf beschreibbare immer gleiche Prozesse und vorweg definierte überprüfbare Zielsetzungen abhebt, dass Sozialarbeit nicht mehr so weitermachen lässt, wie bisher.

Fatal ist diese Situation insofern, als der Sozialarbeit als Profession das Instrumentarium fehlt, um diesen Zumutungen auf der Basis eines eigenen, innerhalb der Profession als Standard erprobten und anerkannten Katalogs von Verfahren der Diagnose, der Prozessgestaltung, der Dokumentation und der Begutachtung zu begegnen. Die Administrationen und die Qualitätsmanager haben so die Möglichkeit, sich als jene darzustellen, die der Profession erst

fachliche Standards beibringen. Und das ist nicht nur beschämend, sondern auch kontraproduktiv. Denn naturgemäß stehen bei deren strukturierenden Innovationen die Bedürfnisse der Administration im Vordergrund.

Ich widme mich in der vorliegenden Arbeit der Sozialen Diagnose, also den diagnostischen Verfahren, die in sozialarbeiterischen Unterstützungsprozessen sinnvoll eingesetzt werden können, die den Prozess befördern, möglichst nicht stigmatisierend sind und die für den sozialarbeiterischen Handlungsraum relevante Sachverhalte erfassen. Welche das sein können, dazu werde ich noch ausführlich Stellung nehmen. Vorerst aber möchte ich beispielhaft auf einen Mangel hinweisen, der zeigt, wie hilflos die Sozialarbeit als Profession den administrativen Strukturierungen ausgesetzt ist:

Um präziser beschreiben zu können, welche diagnostischen Verfahren in welchem Kontext sinnvoll angewendet werden können, hätte ich eine Terminologie gebraucht, die die verschiedenen Arbeitsformen der Einzelfallhilfe voneinander abgrenzt. Eine solche Terminologie gibt es nicht, ja es gibt nicht einmal einen Begriff, der jene ganz charakteristische Arbeitsform der Profession bezeichnet, die aus der Kombination von ► Beratung mit netzwerkorientierten Interventionen in relevanten sozialen Umwelten besteht. Durch den Allerweltsbegriff der Betreuung ist diese Arbeitsform nur unzureichend charakterisiert, und Beratung ist offensichtlich nur ein Teil der Methode (s. dazu ausführlicher Pantuček-Eisenbacher 2015). In einer früheren Publikation habe ich hilflos und wahrscheinlich nicht ganz glücklich in diesem Zusammenhang den Begriff ► Alltagsrekonstruktion geprägt und ihn von bloßer Beratung einerseits und ► Alltagsbegleitung andererseits abgegrenzt. Natürlich wurde das von niemandem aufgegriffen. Das wäre zu verschmerzen, wenn sich eine andere Terminologie, die zumindest diese Unterscheidung erlaubt, durchgesetzt hätte. Davon kann aber keine Rede sein.

Für meine genannten Zwecke musste ich nun eine eigene Klassifizierung der verschiedenen Interventionsformen der Einzelfallarbeit entwickeln, die wahrscheinlich eine ebenso unbeachtete insuläre Existenz fristen wird.

Fakt ist, dass die Profession als Profession sichtbar nicht funktioniert, weil es ihr nicht gelingt, ihre eigenen grundlegenden Arbeitsformen differenziert mit Namen zu versehen – weshalb auch der methodische Diskurs sich eher an Modethemen abarbeitet und immer wieder seltsam zusammenhanglos erscheint.

Die Mittel, die den SozialarbeiterInnen zur fallbezogenen Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen, sind ebenso wenig bezeichnet und beschrieben, damit sind sie auch nicht diskutierbar. Bei aller Betonung der

Notwendigkeit des offenen Dialogs mit den KlientInnen muss doch auch bedacht werden, dass ein Dialog ohne eigene Lageeinschätzung nicht geführt werden kann – und der Weg zur Entscheidungsfindung Nachvollziehbarkeit und eine gewisse Transparenz benötigt. Nur dann kann ein fachlicher Diskurs über gute und schlechte Entscheidungen geführt werden, nur dann besteht eine Chance, dass sozialarbeiterische Falleinschätzungen im interprofessionellen fallbezogenen Dialog bestehen können.

Ich bezeichne diese Verfahren, deren sich die Sozialarbeit bedienen kann, in bewusster Anlehnung an die Pionierinnen der Sozialarbeitswissenschaft als Soziale Diagnose, weil m. E. damit jener Fokus bezeichnet wird, der sozialarbeiterische Diagnostik von medizinischer und psychologischer Diagnostik unterscheidet.

Angesichts der eingangs geschilderten Komplexität des Gegenstands ist es eine Illusion anzunehmen, dass es ein Verfahren geben könnte, das zu »dem« klassischen oder zentralen Verfahren der Sozialen Diagnose werden könnte. Alle Raster, alle Visualisierungen und Verfahren zur Ordnung von Daten können jeweils nur einen oder einige wenige Aspekte beleuchten. Die Entscheidung, wann welche Verfahren eingesetzt werden können und sollen, ist also wieder eine, die aus dem Prozess heraus zu treffen ist. Desgleichen werden Soziale Diagnosen den Prozess bzw. die daraufhin zu treffenden Interventionsentscheidungen nicht vollständig determinieren können.

Welche Anforderungen sind an eine neue Soziale Diagnose zu stellen? Ich nenne hier nur die zwei wichtigsten:

1. Ein Verfahren der Sozialen Diagnose muss einen Ausschnitt des Verhältnisses Mensch – soziales Umfeld erfassen und abbilden.
2. Es darf den Unterstützungsprozess selbst nicht behindern, sondern soll ihn möglichst vorantreiben.

Diese beiden Voraussetzungen zu beachten heißt, Verfahren nicht nur nach dem Erkenntnisgewinn für die ExpertInnen einzuschätzen, sondern auch danach, welche Wirkungen ihre Anwendung bei den KlientInnen entfaltet und wie sie die Kommunikation zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn beeinflusst. Ich werde das bei den Beispielen andeutungsweise darstellen.

In der Sozialarbeit wurden in den letzten ca. 15 Jahren zunehmend Modelle systematischer Erhebung und Bedürfnisseinschätzung unter dem Titel »Assessment« verwendet. Sie erheben den Anspruch, die Lebenslage der KlientInnen einigermaßen umfassend zu erfassen und auf Basis der Erhebung der Bedürfnisse eine Hilfeplanung zu ermöglichen. Das Assessment ist als erste Phase eines Case-Management-Prozesses fixer Bestand-

teil dieses Arbeitskonzepts. Es kommt, wie Case Management generell, bei KlientInnen mit multiplen Problemlagen zum Einsatz.

Dieses Instrument ist sinnvoll, um eine bedürfnis- und lebenslagenangemessene Konzertierung von Hilfen vornehmen zu können. Allerdings ist davor zu warnen, dass die Ansprüche an ein Assessment auch völlig überzogen werden können. In der in der Regel nur relativ kurzen zur Verfügung stehenden Zeit am Beginn eines Unterstützungsprozesses ist es illusorisch, eine tatsächliche Gesamtbestandsaufnahme der Situation leisten zu können. Jedes Assessment ist notwendigerweise trotz seines und wegen seines umfassenden Anspruchs nur die holzschnittartige Darstellung eines Geländes, das man nur vom Hörensagen kennt.

Diagnostische Verfahren haben m. E. zwei Funktionen zu erfüllen: In einem ersten Schritt müssen sie durch ihre Konstruktion, durch die Logik und die Anforderungen des Verfahrens zur Komplexitätsgewinnung beitragen, d. h., sie müssen der Erschließung nicht naheliegender Informationen dienen. Sie leisten das in der Regel dadurch, dass sie eine gewisse Systematik beinhalten, die quer zur Ablauflogik eines normalen Gesprächs oder der pragmatischen Alltagslogik liegt. In einem zweiten Schritt können dann aufgrund der so gewonnenen strukturierten Datenlandschaft Entscheidungen über eine Interventionsstrategie getroffen werden.

Manchmal werden diese Entscheidungen Thematisierungsentscheidungen sein – d. h., dass auf Basis der Diagnose entschieden wird, welche ►Themen die SozialarbeiterInnen von sich aus in der Beratung fokussieren. *Eine* Funktion von Diagnosen kann man also als eine heuristische beschreiben: Die Diagnostik stellt eine Suchstrategie dar, die jenseits des Banalen und Offensichtlichen thematische Ansatzpunkte zu finden hilft. Oder andersherum: die aufgrund der neutralen Struktur ihres Erhebungsduktus Banales erst wieder offensichtlich macht (so wie z. B. das in der Folge vorzustellende Inklusions-Chart in hoher Verdichtung einige wesentliche Elemente der Einbindung der KlientInnen in gesellschaftliche Funktionssysteme unabhängig vom präsentierten Problem erfasst).

In dieser Arbeit versuche ich mich mit den grundlegenden Fragen Sozialer Diagnose auseinanderzusetzen – und werde trotzdem die Landschaft nicht völlig abschreiten können. Die meisten vorgestellten Diagnoseverfahren sind solche, die m. E. besonders geeignet sind, die Kultur der Diagnostik in der Sozialarbeit voranzubringen, wenn das eine oder andere vielleicht auch noch einer Weiterentwicklung bedarf. Die Zahl der Verfahren, mit denen ich mich hier nicht beschäftige, ist groß. Dazu gehören auch die hermeneutischen Verfahren, denen ich große Sympathie entgegenbringe

und deren Brauchbarkeit ich nicht in Frage stellen will. Zu ihnen gibt es allerdings immerhin schon einige Literatur. Eine Auseinandersetzung mit ihnen vor dem Hintergrund meines in dieser Arbeit skizzierten Verständnisses von Sozialer Arbeit muss ich vorerst aufschieben, wie auch eine ausführlichere Beschäftigung mit der entscheidungsbegründenden Diagnostik in der Jugendhilfe.



# TEIL I

---





## 1

**Funktion und Fachlichkeit**

Es ist kaum seriös möglich, sich mit methodischen Problemen der Sozialarbeit auseinanderzusetzen, ohne eine Erläuterung des eigenen Verständnisses der Funktion und Rolle der Sozialarbeit im gesellschaftlichen Gefüge und in Abgrenzung zu den benachbarten Professionen voranzustellen. In der Praxis versteht sich die Profession zwar von selbst, sie hat sich im vergangenen Jahrhundert zahlreiche Handlungsfelder erobert und sich dort Arbeitsbereiche geschaffen. Das Bild, das Nachbarprofessionen von ihr haben, ist allerdings immer noch verwaschen – und auch die theoretische Selbstdefinition ist umstritten. Vor allem im deutschen Sprachraum hat die langjährige Dominanz der universitären Pädagogik (Sozialpädagogik) die Entwicklung eines eigenständigen theoretischen Selbstverständnisses der Profession behindert.<sup>1</sup>

Dieser Arbeit zur Rolle der Diagnose im Arbeitsprozess der Sozialarbeit müssen daher eine Reihe von Überlegungen zur Spezifik ebendieses Arbeitsprozesses und zu seiner Verknüpfung mit den Aufgaben anderer Professionen und gesellschaftlicher Funktionssysteme vorangestellt werden.

**1.1 Die Frage nach dem Gegenstand der Sozialarbeit**

In den 1990er-Jahren wurde im Zusammenhang mit dem Desiderat des Aufbaus einer eigenständigen Sozialarbeitswissenschaft eine rege Diskussion über deren möglichen Gegenstand geführt.<sup>2</sup> Für unsere Zwecke steht aber

- 
- 1 Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass Pädagogen wie C. Wolfgang Müller, Hans Thiersch, Bernd Dewe u. v. a. entscheidende theoretische Beiträge geleistet haben.
  - 2 Zusammenfassend s. zum Beispiel Wendt 1994, Obrecht 1995, Merten 1995, Puhl 1996, Puhl u. a. 1997