



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales
- Department Soziale Arbeit -

Masterthesis zum Thema

„Soziale Diagnostik im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) - Eine
kriteriengeleitete Bewertung unterschiedlicher Verfahrensansätze
hinsichtlich der fallbezogenen Aufgabenbereiche im ASD“

Tag der Abgabe: 14. Mai 2012

Vorgelegt von: Sina Böhling

Betreuender Prüfer: Herr Prof. Dr. Dieter Röh

Zweite Prüferin: Frau Prof. Dr. phil. Daniela Ulber

Inhaltsverzeichnis

1 - Einleitung.....	3
2 - Theoretische Vorklärungen.....	5
2.1 Konstruktivismus als erkenntnistheoretische Grundlage.....	6
2.2 Systemtheoretische Ansätze als Erklärungsmodell.....	8
3 - Diagnostik in der Sozialen Arbeit.....	10
3.1 Von Alice Salomon bis heute – Ein Einblick in die historische Entwicklung des Fachdiskurses zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit.....	11
3.2 Aufgabe und Ziel der Diagnostik in der Sozialen Arbeit	14
3.3 Grundsatzfragen im Fachdiskurs – Positionen in dieser Arbeit	17
3.4 Die Terminologie ‚Soziale Diagnose‘ / ‚Soziale Diagnostik‘	19
4 - Der ‚Allgemeine Soziale Dienst‘ (ASD) und seine fallbezogenen Aufgaben.....	22
4.1 Der Begriff ‚Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)‘	22
4.2 Fallbezogene Aufgaben im ASD.....	23
4.2.1 Beratung (§§ 16-18 SGB VIII).....	24
4.2.2 Hilfen zur Erziehung (HzE), für junge Volljährige und die Hilfeplanung (§§ 27-35, 36, 41 SGB VIII).....	26
4.2.3 Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII).....	28
4.2.4 Mitwirkung in familiengerichtlichen Verfahren (§ 50 SGB VIII).....	29
4.2.5 Mitwirkung in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz (§ 52 SGB VIII).....	31
4.2.6 Krisenintervention (§§ 8a, 42 SGB VIII).....	32
4.2.7 ‚Sonstige Aufgaben‘ (§§ 19-21 SGB VIII).....	36
5 - Kriterien.....	37
5.1 Gegenstand der Sozialen Diagnostik.....	37
5.1.1 Mehrperspektivische Orientierung.....	39
5.1.2 Sozialökologische Orientierung.....	42
5.1.3 Reflexive Orientierung.....	43
5.2 Qualitative Gütekriterien.....	46
5.2.1 Systematisch, regelgeleitet und überprüfbar.....	46

5.2.2 Partizipative Orientierung.....	48
5.2.3 Reflexive Orientierung.....	53
5.3 Funktion.....	55
5.4 Alltagstauglichkeit.....	57
5.4.1 Verwaltungsrechtliche Handlungsprinzipien.....	57
5.4.2 Ressourcennutzung.....	59
5.4.3 Anschlussfähigkeit hinsichtlich der Kooperationspartner.....	60
6 - Verfahrensansätze Sozialer Diagnostik – eine kriteriengeleitete Bewertung.....	61
6.1 Entscheidungsorientiert-legitimatorische Verfahren.....	63
6.2 Biographisch-rekonstruktive Verfahren	66
6.3 Beziehungsanalytisch-inszenierende Verfahren	71
7 - Bewertung der Verfahren hinsichtlich ihrer Eignung in den Aufgabenbereichen des ASD	75
8 – Resümée.....	80
Literaturverzeichnis.....	83
Abkürzungsverzeichnis.....	98
Anhang.....	98
Eidesstattliche Erklärung.....	104

1 - Einleitung

Die fachliche Diskussion innerhalb der Sozialen Arbeit zum Thema ‚Soziale Diagnostik‘ und deren Begrifflichkeit, Notwendigkeit, Chancen und Gefahren, Verfahren und Instrumente ist sowohl bei Praktikern als auch im wissenschaftlichen Bereich zurzeit wieder aktuell. Mit Beginn der Professionalisierungsbestrebungen innerhalb der Sozialen Arbeit thematisierten bereits Mary Richmond (1917) und Alice Salomon (1926) diagnostische Tätigkeiten der SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen. Im weiteren historischen Verlauf belebten und prägten die ‚Verbreitung der humanistischen Theorie in den 60er Jahren‘ (Hanff 2004, 16), die ‚Infragestellung aller rechthaberisch besetzten Weltbilder, Macht- und Wissenspositionen der Vätergeneration‘ (ebd.) und ein entwickeltes ‚systemisches Verhältnis von Entstehung und Stabilisierung sozialer Probleme, welches zu einer Umorientierung im Beurteilen‘ (ebd.) führte, die fachliche Diskussion. Diese wird innerhalb der Disziplin der Sozialen Arbeit im Rahmen von Fachtagungen und Publikationen seit einigen Jahren erneut ausführlich geführt und verdeutlicht damit die Relevanz des Themas der vorliegenden Arbeit für die Soziale Arbeit. Einen Standard hinsichtlich einzusetzender Verfahren oder Instrumente, der über die Grenzen der eigenen Institution oder sogar über weite Teile der Sozialen Arbeit Geltung hat, gibt es nicht. Beispielhaft sind dafür neben zahlreichen Aufsätzen in Fachzeitschriften die 2003 erschienene Ausgabe der Zeitschrift ‚Widersprüche‘ mit dem Schwerpunktthema ‚Neo-Diagnostik – Modernisierung klinischer Professionalität‘, die 2004 von Christian Schraper herausgegebene Zusammenstellung von Fachbeiträgen zum Thema ‚Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven‘ und das 2004 von Maja Heiner herausgegebene, umfangreiche Handbuch ‚Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit‘ zu benennen. 2008 fand eine Fachtagung zur Thematik statt (mit Folgetagungen 2010 und 2012), deren Ergebnisse von Peter Pantucek und Dieter Röh 2009 veröffentlicht wurden. 2010 erschien in der Zeitschrift ‚Archiv für Wissenschaft und Praxis in der Sozialen Arbeit‘ eine Ausgabe zum Thema ‚Diagnose und Diagnostik in der Sozialen Arbeit‘.

Konsens aller Diskussionen scheint in der grundlegenden Funktion bzw. dem Anliegen der Diagnostik in der Sozialen Arbeit zu bestehen: Die Diagnostik soll systematisch, regelgeleitet und intersubjektiv überprüfbar relevante Informationen und Sachverhalte interpretieren und bewerten, um daraus ggf. notwendig folgende Schritte der Intervention abzuleiten. Darüber hinaus erstrecken sich die Diskussionen in vielfältige Richtungen: Das Besondere an der diagnostischen Tätigkeit in der Sozialen Arbeit in Abgrenzung zu Disziplinen wie der Medizin oder Psychologie wird hervorgehoben. Die Partizipation des zu Diagnostizierenden wird betont und das Verständnis dessen, wer als ‚ExpertIn‘ zu sehen ist, von

unterschiedlichen Standpunkten aus diskutiert. Ebenso divergieren die theoretischen (bspw. erkenntnistheoretischen) Grundlagen, auf denen die Entwicklung von Methoden und Instrumenten aufbaut. Auf Möglichkeiten und Grenzen sowie der damit einhergehenden Chancen und Gefahren wird vielfach verwiesen. Die Darstellung der Vielfalt an Instrumenten sowie die Fülle an Beiträgen, die mit unterschiedlichem theoretischen Hintergrund jeweils kleine, teilweise sehr spezifische Anwendungsfelder in den Blick nehmen (vgl. Pantucek/Röh 2009), machen die Unübersichtlichkeit deutlich, von der die Diskurslandschaft zurzeit geprägt ist.

Vor dem Hintergrund dieses Fachdiskurses in Verbindung mit dem Beginn der eigenen sozialarbeiterischen Tätigkeit im ASD entstand die Motivation zur vorliegenden Arbeit. Im Rahmen einer abteilungsinternen Fortbildung zum Thema ‚Sozialpädagogische Diagnostik‘ wurden hauptsächlich psychologische Diagnostikinstrumente, die zum Gebrauch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt worden sind (z.B. CBCL, FPI), geschult. Diese sollen im Bereich der Diagnostik zur Entscheidung über die Gewährung von Hilfen gemäß §§ 27 und 41 SGB VIII verpflichtend eingesetzt werden. Die Beantwortung der Frage nach Instrumenten zur diagnostischen Tätigkeit im ASD war einseitig psychologisch geprägt. Aus dem Bereich der Disziplin der Sozialen Arbeit erhielt lediglich das Instrument der Genogrammarbeit Aufmerksamkeit. Diese Vorgaben aus der Praxis stehen konträr zum fachlichen Anspruch und Verständnis, den eigenen beruflichen Habitus als Sozialarbeiterin auf der Grundlage von Theorien, Erkenntnissen, Maximen und Methoden der Disziplin der Sozialen Arbeit auszubilden und professionelle Handlungen daraus abzuleiten. Zudem stellte sich die Frage, warum der Einsatz von Instrumenten ausschließlich für den Bereich der Hilfen zur Erziehung diskutiert wurde.

Ausgehend von der Hypothese, dass in allen Aufgabenbereichen des Allgemeinen Sozialen Dienstes diagnostische Tätigkeiten ausgeübt werden und dem Wissen aus der Fachliteratur, dass in der Disziplin der Sozialen Arbeit unterschiedliche Verfahrensansätze zur diagnostischen Tätigkeit entstanden sind, die jeweils für sich genommen brauchbar sind, wenn sie für eine geeignete Aufgabenstellung eingesetzt werden, wird im Rahmen dieser Arbeit deshalb folgender Frage nachgegangen: „Welche(s) Verfahren zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit eignen sich für die Bewältigung der diagnostischen Anforderungen in den unterschiedlichen fallbezogenen¹ Aufgabenbereichen des Allgemeinen Sozialen Dienstes?“ Die vorliegende Arbeit soll damit einen Beitrag zur Diskussion um den Einsatz geeigneter Verfahren in der Arbeit des ASD leisten.

Dazu wird nach der Einleitung (*Kapitel eins*) die (fach-)theoretische Grundlage ausgeführt,

1 Zum Begriff des ‚Falls‘ vgl. Poller/Weigel 2010, 57f.

auf die sich die vorliegende Arbeit bezieht (*Kapitel zwei*). *Kapitel drei* geht Fragen nach, die sich hinsichtlich diagnostischer Tätigkeiten in der Sozialen Arbeit stellen: Was bedeutet ‚Diagnostik‘ in der Sozialen Arbeit? Welche wichtigen Erkenntnisse bzw. Diskussionspunkte ergeben sich aus der Historie, aus aktuellen Debatten, aus Sicht der Forschung bzw. der Praktiker? Welche Position wird in dieser Arbeit hinsichtlich im Fachdiskurs diskutierter Fragestellungen bezogen? Welche Terminologie wird in dieser Arbeit verwendet und warum? Die Antworten auf diese Fragen verdeutlichen, wie die vorliegende Arbeit im Fachdiskurs zu verorten ist und von welcher Grundlage im Folgenden ausgegangen wird. In *Kapitel vier* werden die fallbezogenen Aufgabenbereiche des ASD vorgestellt und herausgearbeitet, inwieweit die Fachkräfte in allen Aufgabenbereichen im ASD diagnostisch tätig sind. In *Kapitel fünf* werden vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlage der sozialarbeiterischen Tätigkeit, der Fachdiskussion um die Diagnostik in der Sozialen Arbeit und der Aufgabenbereiche des ASD Kriterien für die Bewertung der Verfahren Sozialer Diagnostik erarbeitet. Diese Kriterien bilden die Grundlage, auf der in *Kapitel sechs* drei Verfahren vorgestellt, untersucht und bewertet werden. Ausgehend von den Ergebnissen aus Kapitel sechs erfolgt in *Kapitel sieben* eine nach Aufgabenbereichen getrennte Bewertung hinsichtlich der Fragestellung: „Welche(s) Verfahren zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit eignen sich für die Bewältigung der diagnostischen Anforderungen in den unterschiedlichen fallbezogenen Aufgabenbereichen des Allgemeinen Sozialen Dienstes?“ Die Arbeit schließt mit einem Resümée in *Kapitel acht* ab.

2 - Theoretische Vorklärungen

Zu Beginn dieser Arbeit soll dargestellt werden, welche theoretischen Annahmen den Ausführungen zugrunde liegen. Denn für die Arbeit im ASD besteht kein allgemein anerkannter Theorie(en)kanon und der Einbezug theoretischer Konzepte der Bezugswissenschaften wie bspw. der Medizin oder Psychologie ist unumgänglich (vgl. Gissel-Palkovich 2011, 195 ff.). Somit ist ein universelles Modell festzulegen, das „einen grundsätzlichen theoretischen Überbau“ (ebd., 196) darstellt, auf dessen Grundlage Ansätze und Methoden der Sozialen Arbeit sowie der Bezugswissenschaften einbezogen werden können. Da diese Arbeit eine Antwort auf ein Problem aus der Praxis geben soll, orientiert sie sich an dieser. Von Fachkräften wird vielfach eine systemische Herangehensweise genutzt, die auf Ansätzen der Systemtheorie aufbaut. Diese Herangehensweise fokussiert auf die Beziehung zwischen Mensch und Umwelt und damit auf die Frage, wie wir soziale Prozesse erklären können. Diese Frage stellt den Kern systemtheoretischer Ansätze dar, die

auf der Ebene der Disziplin ausführlich diskutiert und ausdifferenziert worden sind. Sie bieten für die Beantwortung der Frage einen umfassenden theoretischen Rahmen und eignen sich daher aus theoretischer Sicht für die Anwendung in der Sozialen Arbeit und im ASD. Da in der vorliegenden Arbeit mehrfach auf systemtheoretische Ansätze zurückgegriffen wird, werden diese in diesem Kapitel kurz angerissen.

‚Wahrnehmen‘, ‚Beobachten‘, ‚Erfassen‘ – Tätigkeiten, die den Prozess der ‚Sozialen Diagnostik‘ prägen (vgl. Kap. 3.2). Sie zielen auf ‚Erkenntnis‘ ab, sodass sich die Frage stellt, wie wir erkennen. Wie ist der Prozess des Erkennens zu verstehen und theoretisch zu erklären? Antworten darauf finden sich in der Wissenschaft im Bereich der Erkenntnistheorien. Da die erkenntnistheoretische Grundhaltung den Prozess der Sozialen Diagnostik maßgeblich beeinflusst, ist sie zu explizieren. Sie prägt auch die systemtheoretischen Annahmen und wird daher vorab dargestellt.

2.1 Konstruktivismus als erkenntnistheoretische Grundlage

Bemühungen um eine Erkenntnistheorie sind bis in die Antike nachzuverfolgen², die entsprechend der langen Zeitspanne bis heute eine Vielzahl an Erklärungsansätzen hervorgebracht haben.³ Aktuell prägend sind konstruktivistische Strömungen des 20. Jahrhunderts, so z.B. der Diskurs, der in den 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts um den ‚Radikalen Konstruktivismus‘ geführt worden ist (vgl. Kleve 2009, 11). Das Ergebnis ist (grob gesagt) die Falsifizierung der Annahme, dass der Mensch in der Lage ist, seine Umwelt ‚objektiv‘ wahrzunehmen, wie sie ist. Er ist ‚lediglich‘ in der Lage, sie hypothetisch zu konstruieren. Diese Haltung bildet die Grundlage für eine hypothesengeleitete Soziale Diagnostik, die in dieser Arbeit vertreten wird (vgl. Kap. 3.2 und 5.2.3). Der Arbeit wird daher eine konstruktivistische Sichtweise zugrunde gelegt.

Eine vereinfachte, aber gut verständliche und für die weiteren Ausführungen in dieser Arbeit dienliche Darstellung findet sich dazu bei Hubert Höllmüller. Anhand seines Beitrags ‚Erkenntnistheoretische Grundlagen von Diagnostik in der Sozialen Arbeit‘ (Höllmüller 2009a, 15) wird im Folgenden die erkenntnistheoretische Grundlage dieser Arbeit ausgeführt. Höllmüller geht zunächst von zwei Modellen aus. Ontologische⁴ Grundlage des 1. Modells ist die Annahme, dass es einen Erkenntnisgegenstand (Objekt) gibt, der unabhängig vom

2 Zu diesem frühen Zeitpunkt kann noch nicht von Theorien im Sinne des heutigen Wissenschaftsverständnis ausgegangen werden.

3 Diese sollen an dieser Stelle nicht diskutiert werden, da sie hinsichtlich der Fragestellung der Arbeit nicht weiterführend sind. Eine Einführung ist bei Eberhard (vgl. Eberhard 1999) zu finden.

4 ‚Ontologisch‘ bedeutet, ‚die Ontologie betreffend‘ (Wissenschaftlicher Rat der Dudenreaktion 2000, 952), die als ‚Lehre vom Sein, von den Ordnungs-, Begriffs- u. Wesensbestimmungen des Seienden‘ (ebd.) definiert ist.

Erkennenden (Subjekt) existiert. Beide sind grundsätzlich voneinander getrennt. Das Subjekt ist aber in der Lage, das Objekt (die Realität) zu erkennen, d.h. in sich abzubilden und wahrzunehmen. Die Abbildung (also die Erkenntnis) kann dabei richtig oder fehlerhaft, d.h. falsch, sein. Sie hängt von den Fähigkeiten (bspw. der Vernunft) und der Aufnahmebereitschaft des Subjekts ab. Für die Richtigkeit der Erkenntnis ist also die Art des Zugangs vom Subjekt zum Objekt entscheidend. Dieses Modell ist insofern für die Soziale Arbeit relevant, als dass es abbildet, welches erkenntnistheoretische Modell der Selbstbeschreibung von Menschen zugrunde liegt. Modell 1 wurde – wenn man den Ausführungen zur konstruktivistischen Sichtweise folgt – allerdings falsifiziert und ist nunmehr eine ‚Alltagstheorie‘, um Erkenntnisprozesse zu erklären (vgl. Höllmüller 2009b, 177f.).

Auf wissenschaftlicher Ebene hat sich ein anderes Modell durchgesetzt. Dieses (Modell 2) bestreitet nicht, dass es eine Außenwelt geben kann (vgl. Kleve 2005, 66). Und es geht davon aus, dass das Subjekt mit Sensoren ausgestattet ist, durch die es bspw. durch Störungen und Irritationen angeregt werden kann. Das Subjekt hat aus ontologischer Sicht aber keinen Zugang zur Außenwelt und wenn die Sensoren angeregt werden, bleibt unklar, ob die Irritation durch die Außenwelt oder durch das Subjekt selbst erzeugt wird. Somit sind über die Außenwelt keinerlei (wissenschaftlich gesicherte) Aussagen möglich, außer dass sie in Unterscheidungen (bspw. in ‚Innenwelt‘ (Subjekt) vs. ‚Außenwelt‘) als eine von beiden existiert. Die Außenwelt ist somit nicht ‚objektiv‘ erfassbar bzw. nachprüfbar. Das Subjekt ist lediglich in der Lage, eine individuelle Realität, also eine Vorstellung davon, wie die Außenwelt wahrscheinlich ist, zu konstruieren. Modell 2 veranschaulicht damit die erkenntnistheoretische Sichtweise des Konstruktivismus⁵ und zeigt auf, von welcher erkenntnistheoretischen Grundlage auszugehen ist, wenn ein Subjekt (Adressat⁶) bzw. dessen Selbstbeschreibung von einem Außenstehenden (Fachkraft) erfasst wird. Dies bedeutet konkret, dass die Fachkraft berücksichtigen muss, dass die Beobachtungen, Wahrnehmungen und Erkenntnisse des Adressaten ebenso wie die der Fachkraft (lediglich) eigene Konstruktionen sind. So sehr sich Adressat und Fachkraft bemühen, die Lebenssituation des Adressaten entsprechend der Realität zu erfassen, ist es nicht möglich, eine ‚objektive Wahrheit‘ darzustellen.

5 Der Begriff ‚Konstruktivismus‘ weist eine begriffliche Unschärfe auf, da er als Oberbegriff unterschiedliche konstruktivistische Ansätze fasst, die von der kompromisslosen Variante des ‚Radikalen Konstruktivismus‘ bis hin zu gemäßigten Formen eine große Bandbreite aufweisen. Übereinstimmung besteht darin, dass der Prozess des Erkennens im Mittelpunkt steht und dass davon ausgegangen wird, dass der Mensch bzw. das Subjekt dabei konstruierend tätig ist (vgl. Lambers 2010, 21ff.).

6 Abweichend von gendersensiblen Formulierungen werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit in dieser Arbeit die Begriffe ‚der Adressat‘ und ‚die Fachkraft‘ verwendet, ohne damit das Geschlecht der Person festlegen zu wollen.

Da das Leben kontinuierlich fortschreitet, ergeben sich hinsichtlich der Selbstbeschreibung und der Erfassung der Selbstbeschreibung zirkuläre Prozesse. D.h., dass eine Beschreibung eine Hypothese darstellt, die im weiteren Verlauf durch weitere (neue) Beobachtungen bestätigt oder verworfen wird bzw. ggf. neue Hypothesen zu bilden sind. Hollmüller ist daher im Weiteren auf die Kybernetik⁷ eingegangen, die ein theoretisches Modell für die Abbildung dieses Prozesses bietet. Im Ergebnis begründet Höllmüller mit seinen theoretischen Ausführungen, „dass alles so sein kann, wie wir es sehen, aber dennoch [...] auch andere Standpunkte, Meinungen, Modelle oder Weltbilder möglich“ (Kleve 2009, 21) sind. Auf dieser Grundlage basiert die Annahme, dass alle Ergebnisse der Sozialen Diagnostik hinsichtlich ihrer Objektivität in Frage zu stellen sind und ‚lediglich‘ hypothetischer Natur sein können (vgl. Kap. 5.1.1)⁸.

2.2 Systemtheoretische Ansätze als Erklärungsmodell

„Die Wahrnehmung/Beobachtung/Beschreibung und Erkenntnis von sozialen Wirklichkeiten als systemischen Wirklichkeiten setzt immer schon ein entsprechendes Modell als Orientierungs- und Ordnungsrahmen *im Kopf des beobachtenden Menschen* voraus.“ (Ritscher 2004a, 69)

Unabhängig von ontologischen Fragestellungen postulieren kognitionspsychologische Erkenntnisse, dass der/die Beobachtende ein Modell braucht, mit Hilfe dessen er/sie seine/ihre Erkenntnisse ordnen kann, um sie zu verstehen und darauf aufbauend zu handeln (vgl. Wessells 1994). In der Literatur wird vielfach angeführt, dass eine systemische Betrachtungs- und Arbeitsweise und die dafür grundlegenden systemtheoretischen Annahmen für die Soziale Arbeit geeignet sind (vgl. Poller/Weigel 2010, 58; Herwig-Lempp 2005, 111; Müller 2005, 29; Miller 2001, 2; Hollstein-Brinkmann 2005c, 11). Begründet wird dies mit der Grundhaltung, dass die Soziale Arbeit im Kern die Beziehung ‚Mensch-Umwelt‘ in den Blick nimmt und dadurch mit komplexen Situationen konfrontiert ist. Es gilt, nicht das isolierte Subjekt, sondern das Subjekt in seiner kontextuellen Einbindung – das Individuum in seiner Beziehung zur Umwelt - zu betrachten (vgl. Ritscher 2004a, 69). Dafür bietet die Systemtheorie ein entsprechendes Ordnungsmodell an, das ein Denken in Systemen als Grundlage annimmt. Rudimentär ist ein ‚System‘ mit den Worten von Bertalanffy als

7 Die Theorie der Kybernetik entstammt den naturwissenschaftlichen Disziplinen (Norbert Wiener, amerikanischer Mathematiker) und beschreibt Mechanismen, die Systeme steuern und anhand derer sich Systeme erhalten (vgl. Klassen 2004, 25).

8 Dazu ist anzumerken, dass Voraussetzung für beide Handlungen (Selbstbeschreibung und Erfassung der Selbstbeschreibung) Kommunikation ist. Es braucht Worte und Begriffe, um sich selbst beschreiben und die Selbstbeschreibung ‚fassen‘ zu können. Diese prägen ebenso wie bspw. die Norm- und Wertvorstellungen des Subjekts dessen Konstruktionen. Da Begriffe ebenso wie individuelle Haltungen sozial und kulturell geprägt werden, sind die Konstruktionen keine rein individuellen, sondern auch immer sozial und kulturell sowie historisch geprägte Konstruktionen.

„eine Anzahl von in Wechselwirkung stehenden Elementen“ (Bertalanffy 1949, 115; ebd. 1972, 18; zit. n. Lüssi 2008, 56) zu definieren. Anhand des systemtheoretischen Modells können Prozesse innerhalb eines Systems sowie Wechselwirkungen zwischen Systemen dargestellt werden.

Ein Blick in die systemtheoretische und systemische Diskurslandschaft (vgl. u.a. Kleve 2009, 149ff.; Hollstein-Brinkmann 1993, 33ff.; Hollstein-Brinkmann/Staub-Bernasconi 2005) macht allerdings sehr schnell deutlich, dass es ‚die‘ Systemtheorie nicht gibt und der Ausdruck ‚Systemtheorie‘ als „ein Sammelbegriff für sehr verschiedene Bedeutungen und sehr verschiedene Analyseebenen“ (Luhmann 1984, 15; vgl. Hollstein-Brinkmann 1993, 38) zu verstehen ist. Eine Übereinstimmung der Ansätze besteht darin, in Systemen zu denken. Es gibt unterschiedliche Typen von Systemen, die sich auf verschiedene Art und Weise bilden. Jedes System erfüllt einen Zweck und verfolgt einen Sinn. Dazu bilden die Systeme innere Strukturen auf, die seitens der Sozialen Arbeit ebenso von Interesse sind wie das Verhältnis der Systeme zu ihrer Umwelt (vgl. Hollstein-Brinkmann 2005c, 10). Es werden vielfach gleiche Begriffe genutzt und angenommen bzw. nicht ausgeschlossen, dass der Mensch in seiner Wahrnehmung konstruierend tätig ist und seine Konstruktion sprachlich erfasst. Allerdings herrscht bereits bei der Frage, wie und unter welchen Einflüssen diese Konstruktionen entstehen, Uneinigkeit (vgl. Staub-Bernasconi 2005, 294f.). Unterschiedliche Herangehensweisen, Menschenbilder und Ziele, voneinander abweichende Definitionen derselben Begriffe und unterschiedliche Schwerpunkte und Grundpositionen auf theoretischen Ebenen (bspw. metatheoretisch, objekttheoretisch, handlungstheoretisch und sozialarbeitstheoretisch) stellen differenzierende Kategorien dar (vgl. Hollstein-Brinkmann 2005b, 19f.; Hollstein-Brinkmann/Staub-Bernasconi 2005, 33f.), anhand derer Gegensätze und Gemeinsamkeiten deutlich werden.

Daher mag die Festlegung auf theoretischer Ebene auf einen Ansatz notwendig erscheinen oder aus pragmatischen Gründen dazu verleiten, aus den Angeboten der theoretisch ausformulierten Paradigmen Bruchstücke auszuwählen und selbst einen Ansatz zu konstruieren (vgl. ebd., 269), aber das erscheint zu kurz gegriffen.

Folgt man der Annahme, dass es der Sozialen Arbeit um die Beziehung zwischen Mensch und Umwelt geht und dass sie auf beiden Seiten Veränderungen zu erwirken versucht (vgl. Hollstein-Brinkmann 2005c, 11), erscheint es sinnvoll, beide Perspektiven zu berücksichtigen und im Sinne eines Theoriepluralismus divergierende Ansätze bzw. Paradigmen nebeneinander zu stellen und stehen zu lassen, da sie unterschiedliche Blickwinkel beleuchten und somit eine Ergänzung zum jeweils anderen darstellen. Zudem unterliegt die Soziale Arbeit in ihrem beruflichen Doppelmandat ebenso Ansprüchen der Gesellschaft wie

Ansprüchen des Adressaten⁹ (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 198ff.). Daher wird in der vorliegenden Arbeit sowohl auf die soziologische, funktional-strukturelle Theorie von Niklas Luhmann als Vertreter für die ‚Vogelperspektive‘ der Gesellschaft als auch auf den Ansatz der ‚systemisch konzipierten Handlungstheorie‘ von Silvia Staub-Bernasconi als Vertreter für die ‚Froschperspektive‘ des Individuums als theoretische Grundlage zurückgegriffen¹⁰. Damit sind bewusst zwei Ansätze gewählt, die unterschiedliche Herangehensweisen und Ausgangspunkte sowie Ziele aufweisen und sich in Teilen (stark) widersprechen.¹¹ Aber mit den Worten von Staub-Bernasconi formuliert „braucht [es], sowohl die Mikroperspektive als Individuum- und bedürfnisbezogene «Aufwärts-Theorien» als auch die Makroperspektive als gesellschaftsbezogene, funktionale «Abwärts»-Theorien“ (ebd., 127). Gerade die Gegensätze zeigen das Spannungsfeld der Sozialen Arbeit auf und bieten gleichzeitig einen differenzierten Blick.¹²

3 - Diagnostik in der Sozialen Arbeit

Ein Blick in die ‚historische Entwicklung‘ und die damit verbundene Debatte um diagnostische Tätigkeiten in der Sozialen Arbeit lässt erkennen, dass bereits in den Anfängen wichtige Grundlagen geschaffen wurden, die wechselhaft weiterentwickelt wurden und sich bis in die heutige Debatte hindurchziehen. Kritische Stimmen, Vorbehalte und Fragestellungen, die im Fachdiskurs immer wieder präsent sind, werden nachvollziehbar und verständlicher. Daher erfolgt in diesem Kapitel zunächst ein kurzer historischer Abriss zur Diskussion um die Soziale Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Im zweiten Unterkapitel wird aufgezeigt, welche Aufgabe der Diagnostik in der Sozialen Arbeit zukommt und mit welchen Schritten diese zu bewältigen ist. Somit wird das Ziel und die Vorgehensweise Sozialer Diagnostik grob skizziert. Im Weiteren soll Position hinsichtlich diskutierter Grundsatzfragen zum Thema ‚Diagnostik in der Sozialen Arbeit‘ bezogen werden, um zu klären, von welchen Vorannahmen in dieser Arbeit ausgegangen wird. Zum Abschluss des Kapitels wird die Verwendung der Terminologie ‚Soziale Diagnose‘ / ‚Soziale Diagnostik‘ begründet

9 Zum Begriff des ‚Adressaten‘ vgl. Bitzan/Bolay 2011.

10 Diese Vorgehensweise mag kritisiert werden, da zwei Ansätze gewählt werden, die auf unterschiedlichen Ebenen einzuordnen sind. Bei einer Gegenüberstellung (vgl. Klassen 2004) müsste konsequenter Weise der Theorie von Luhmann die Theorie von Bunge bzw. dem handlungstheoretischen Ansatz von Staub-Bernasconi bspw. der handlungstheoretische Ansatz von Miller gegenüber gestellt werden. An dieser Stelle geht es aber nicht um eine Gegenüberstellung, sondern um die Nutzung der Ansätze zur theoretischen Erklärung sozialer Prozesse. Daher wurde dieser Einwand bewusst vernachlässigt.

11 Die vorliegende Arbeit zielt dabei nicht auf eine Auseinandersetzung oder vergleichende Gegenüberstellung der beiden Ansätze ab, sondern beschränkt sich auf die Anwendung beider Ansätze.

12 Auf beide Ansätze wird in der folgenden Arbeit zurückgegriffen. Da sie für die Beantwortung der Fragestellung aber nicht maßgeblich entscheidend sind, finden sich weitere Ausführungen zu beiden Ansätzen in Form von Exkursen im Anhang.

dargelegt. Die Begründung basiert inhaltlich auf den vorangegangenen Ausführungen und erfolgt daher erst am Ende dieses Kapitels.

3.1 Von Alice Salomon bis heute – Ein Einblick in die historische Entwicklung des Fachdiskurses zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit

Die Entwicklung diagnostischer Tätigkeiten hat sich über die Jahrzehnte hinweg vielseitig entwickelt und wurde durch zwei Faktoren maßgeblich geprägt: Einerseits strebte die Sozialarbeit/-pädagogik nach Professionalisierung und der Entwicklung einer eigenständigen Disziplin. Dazu wurde die Entwicklung eigener Theorien, Methoden und Terminologien vorangetrieben. Andererseits unterlag sie gesellschaftlichen Veränderungen und den damit verbundenen Wandlungen in der Sozialpolitik. Parallel zur disziplinären Weiterentwicklung bestimmen soziale Nöte auf der einen und (sozial-)politische Maximen auf der anderen Seite Auftrag und Arbeitsweise der Sozialen Arbeit.

Nachdem die Lösung sozialer Probleme und die Definitionsmacht über ‚die Wahrheit‘ seit dem Mittelalter der Theologie bzw. Philosophie zugesprochen wurde, führte die Industrialisierung des 19. Jahrhunderts zu einer Aufweichung dieses Monopols. „Der Glaube an wissenschaftlichen Fortschritt als treibende Kraft der gesellschaftlichen Weiterentwicklung war groß“ (Wright 2005, 37) und so erfolgte vor dem Hintergrund der Entwicklung eines positivistischen Weltbildes ein Wandel weg von Theologie und Philosophie hin zur (Natur-)Wissenschaft. Objektivität, quantitative Messbarkeit, Universalität, Kausalität und Gesetze wurden zum Ziel erklärt (vgl. ebd.). Richmond (1861-1928) folgte dieser Maxime in ihren Bemühungen, die Sozialreformbewegungen in den USA voranzutreiben und dafür die methodischen Grundlagen der Sozialarbeit weiterzuentwickeln (vgl. ebd., 37 f.).

Richmond war für Salomon (1872-1948) prägend, deren Anliegen es in der Weimarer Republik¹³ Anfang des 20. Jahrhunderts u.a. war, im Bereich der Armenfürsorge und Wohlfahrtspflege, „gute, d.h. professionelle soziale Hilfe zu entwickeln und zu sichern“ (Kuhlmann 2004, 11). Als Pionierin der Professionalisierung Sozialer Arbeit engagierte sich Salomon für die Weiterentwicklung der Methoden der Sozialarbeit und trieb die professionelle Ausbildung voran (vgl. Schilling/Zeller 2010, 45). Sie sah darin die notwendige Voraussetzung für die Etablierung der Sozialen Arbeit und der damit einhergehenden Rechtfertigung finanzieller Ausgaben (vgl. Kuhlmann 2004, 12). Salomon

¹³ Ausführlicher zur Sozialen Arbeit in der Entwicklung der Weimarer Republik vgl. Hammerschmidt/Tennstedt 2010.

distanzierte sich mit ihrer Theorie Sozialer Arbeit¹⁴ deutlich von der bis dahin praktizierten Form der ‚Diagnose‘: Armenpfleger aus dem bürgerlichen Mittelstand beurteilten nach ihren persönlichen, individuellen Maßstäben, ob die Familien der Unterstützung ‚würdig‘ oder ‚unwürdig‘ waren (vgl. ebd., 11). Primäres Interesse sei dabei weniger die Not der Menschen, sondern vielmehr das finanzielle Interesse des Staates gewesen (vgl. Salomon 1926, 2). Ziel der Wohlfahrtspflege sollte nach Salomon aber die bestmögliche Förderung des Einzelnen in seiner Entwicklung sein, um so indirekt die Gesellschaft und ihre Volkswirtschaft zu stärken (vgl. Engelke 1999, 193). Dazu war es notwendig, anhand einer Fallanalyse, die den Menschen ganzheitlich erfasst, die richtige Hilfe auszuwählen, die sich sowohl auf sachliche, materielle als auch persönliche, erzieherische und pflegerische Bereiche erstrecken konnte (vgl. Kuhlmann 2004, 12ff.). Dazu sollten Beobachtungen und Tatsachen zu einem umfangreichen Gesamtbild zusammengetragen und vor dem Hintergrund von Fachwissen professionell bewertet werden, um daraus die ‚richtige‘ Hilfe abzuleiten. Diese individualisierende Fürsorge enthielt bereits Gedanken, die später in Konzepten wie der ‚Lebensweltorientierung‘ (Hans Thiersch), dem ‚Empowerment‘ (Norbert Herriger) und der ‚Prozessorientierung‘, ‚Selbstreflexion‘ oder ‚Stadtteilorientierung‘ komplexer ausformuliert wurden (vgl. ebd., 16).

Durchsetzen konnte sich Salomon damit allerdings nicht. Die Verelendung nahm aufgrund von steigender Arbeitslosigkeit zu (vgl. Schilling/Zeller 2010, 46), sodass die Soziale Diagnostik vernachlässigt wurde, um die Masse der Hilfsbedürftigkeit bewältigen zu können (vgl. Jakob 1999, 102). Zudem wurde die Weimarer Republik von der Zeit des Nationalsozialismus abgelöst. ‚Diagnostik‘ wurde fortan missbraucht, um der Ideologie zu Folge Menschen zu selektieren. Anhand biologischer Kriterien sollte mit dem Maßstab der ‚Objektivität‘ und dem Leitgedanken der ‚Nützlichkeit‘ die physische und psychische Gesundheit sowie die weitere Entwicklung festgestellt werden, um die ‚rassisch Wertvollen‘ von den ‚rassisch Wertlosen‘ zu trennen. Es wurde zwischen ‚förderungswürdig‘ und ‚gefährlich‘, zwischen ‚brauchbar‘ und ‚unbrauchbar‘ sowie zwischen ‚erziehbar‘ und ‚unerziehbar‘ unterschieden (vgl. Schrapper 2008b, 199; vgl. Kuhlmann 2004, 11). Wer als minderwertig, erbkrank oder dissozial galt, konnte als ‚Ballastexistenz‘ bezeichnet und zwangssterilisiert, ausgesondert oder ermordet werden (vgl. Schrapper 2008b, 199; vgl. Schilling/Zeller 2010, 46; vgl. Müller 2002, 42). Die damit notwendiger Weise einhergehenden Veränderungen in der Sozialgesetzgebung sowie in der Gesellschaft machen ihren Einfluss auf diagnostische Tätigkeiten in der Sozialen Arbeit wohl am eindruckvollsten deutlich und sind damit Mahnung und Anstoß zugleich, bei der Entwicklung und dem Einsatz

14 Zur Theorie von Salomon siehe im Überblick Engelke (vgl. Engelke 1999, 185ff.).

diagnostischer Tätigkeiten hohe ethische Maßstäbe anzulegen.¹⁵

In den Nachkriegsjahren¹⁶ knüpfte die Soziale Arbeit in ihrem Handeln an ihre Strukturen und Inhalte aus der Zeit vor 1933 an (vgl. Schilling/Zeller 2010, 80). Die Debatte um Diagnosen in der Sozialen Arbeit wurde allerdings nicht weitergeführt. Die Bewältigung der Kriegsfolgen, die sich in großen sozialen Nöten niederschlugen, standen im Vordergrund, sodass die Diagnostik, wie sie noch vor dem 2. Weltkrieg diskutiert worden war, vernachlässigt wurde (vgl. Kuhlmann 2010, 102; Schrapper 2008b, 199; Schilling/Zeller 2010, 47f.).

Ein erneutes Aufleben der Debatte um Diagnostik in der Sozialen Arbeit ist in den späten 60er und den 70er Jahren zu verzeichnen. Die humanistische Theorie¹⁷ strebte „eine der Menschenwürde und freien Persönlichkeitsentfaltung entsprechende Gestaltung des Lebens und der Gesellschaft durch Bildung und Erziehung und/oder Schaffung der dafür notwendigen Lebens- und Umweltbedingungen selbst“ (Brockhaus 2006, 777) an. Die (Studenten-)Bewegung der 68er rebellierte gegen die vorherrschenden gesellschaftlichen Machtverhältnisse. Das kapitalistische System wurde als ausbeuterisch bewertet und in Frage gestellt. Diagnosen, die den Einzelfall betrachteten, wurden mit der Begründung abgelehnt, dass diese die gesellschaftlichen Verhältnisse, die Ursache für soziale Probleme waren, außer Acht lassen, um die Verantwortung beim Einzelnen zu belassen und das System ungehindert und damit ungerecht weiterzuführen (vgl. Kuhlmann 2004, 22; Müller 2002, 42; Hanff 2004, 16). Die Forderung, nicht nur den Einzelfall, sondern auch die gesellschaftlichen Verhältnisse bei der Beurteilung sozialer Probleme in den Blick zu nehmen, wird bis heute mehr oder weniger laut gestellt (vgl. Kunstreich 2003).

In den 70er Jahren benannte und prägte Lothar Böhnisch den Begriff der ‚Lebensweltorientierung‘, die mit einer „Zuwendung zur Lebenswelt und Subjektivität der Klienten“ (Jakob 1999, 103) in den 80er Jahren verbunden war. Die Sichtweisen, Einschätzungen und Kompetenzen der Adressaten wurden ebenso wie ihre spezifische Alltags- und Lebenswelt zunehmend in den Mittelpunkt gerückt (vgl. Harnach-Beck 1999, 42f.; Braun et al. 2011, 20f.) und zu einem markanten Diskussionspunkt innerhalb der Fachdiskussion. Parallel dazu entbrannte eine kontroverse Diskussion um die Terminologie, die sowohl Möglichkeiten als auch Grenzen sowie die Besonderheiten diagnostischer Tätigkeiten in der Sozialen Arbeit in Abgrenzung zu medizinischen und psychologischen Diagnosen zum Ausdruck bringen sollte. Eine Einigung auf eine einheitliche Begrifflichkeit ist bis heute nicht erfolgt.

15 Ausführlicher zur Geschichte der Sozialen Arbeit zur Zeit des Nationalsozialismus vgl. Kuhlmann 2010.

16 Ausführlicher zur Geschichte der Sozialen Arbeit nach 1945 vgl. Hering/Münchmeier 2010.

17 Vgl. dazu Brockhaus 2006, 777ff. oder Mittelstraß 2008, 449ff.

Im Bereich der Jugendhilfe erhielt die Fachdiskussion Anfang der 90er Jahre zum einen durch die Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) und der damit einhergehenden Stärkung der Beteiligung der Adressaten, bspw. durch die Etablierung des Hilfeplanverfahrens (vgl. Krumenacker 2004d, 7), einen neuen Impuls. Zum anderen haben die Verfahren der ‚sozialpädagogisch-hermeneutischen Diagnose‘ von Klaus Mollenhauer und Uwe Uhlendorff und die ‚Psychosoziale Diagnostik‘ von Viola Harnach (früher Harnach-Beck) sowohl die theoretische Methodenentwicklung als auch die Praxis geprägt. Seit Ende der 90er Jahre ist eine Ausdifferenzierung von Verfahren, Ansätzen und Instrumenten u.a. aufgrund unterschiedlicher theoretischer Standpunkte, konzeptioneller Ansätze sowie der Vielfalt der Arbeitsfelder Sozialer Arbeit zu beobachten. Der damit einhergehenden Unübersichtlichkeit begegnen z.B. Maja Heiner (vgl. Heiner 2004) sowie Pantucek und Röh (vgl. Pantucek/Röh 2009) mit Publikationen, deren Anliegen es ist, einen Überblick über die Grundlagen, Verfahren, Erfahrungen in der Anwendung sowie mögliche Standards in der aktuellen Fachdiskussion um ‚Diagnostik‘ in der Sozialen Arbeit zu bieten. Zudem ist eine Wiederbelebung kritischer Haltungen zu verzeichnen (vgl. Widersprüche 2003).

Die Vielfalt der Ansätze unterscheidet sich u.a. hinsichtlich ihrer Einordnung zwischen ‚verstehen‘ und ‚klassifizieren‘, ‚Subjektivität‘ und ‚Objektivität‘, ‚Vielfalt‘ und ‚Standardisierung‘. Sie divergieren in theoretischer, konzeptioneller und semantischer Sicht sowie hinsichtlich ihrer retropektiven Anteile und ihrer Einstellung zur Expertise des Adressaten bzw. der Fachkraft. In der Zusammenstellung von Heiner 2004 zeigen sich aber auch Gemeinsamkeiten in Hinblick auf ihre konzeptionelle Ausrichtung, ihren Blick auf den individuellen Fall sowie das Bestreben, des Adressaten einzubeziehen (vgl. Heiner 2004, 7f.). In Hinblick auf den Einfluss der Sozialpolitik sind für die aktuelle Debatte Schlagworte wie ‚Evaluation‘, ‚Qualitätsmanagement‘, ‚Legitimationsdruck‘, ‚Standardisierung‘ und ‚Ökonomisierung‘ zu nennen. Insbesondere Letztere zeigen deutliche Parallelen zu Salomon und damit zu den Anfängen der Fachdebatte um ‚Diagnostik‘ im deutschsprachigen Raum auf.

3.2 Aufgabe und Ziel der Diagnostik in der Sozialen Arbeit

Das vorangegangene Unterkapitel hat verdeutlicht, dass die ‚Soziale Diagnostik‘ ein vieldiskutiertes Thema ist. Aber welche Aufgabe kommt ihr in der Sozialen Arbeit genau zu? Ausgangspunkt der Überlegungen dazu ist das griechische Wort ‚diagnosis‘, das sich aus den Wortteilen ‚dia‘ (= durch) und ‚gnosis‘ (= Erkenntnis, Urteil) zusammensetzt (vgl. Heiner

2005, 253; Schrapper 2008b, 197) und mit „unterscheidende Beurteilung, Erkenntnis“ (Wissenschaftlicher Rat der Dudenreaktion 2000, 324f.) bzw. „durch und durch erkennen, beurteilen“ (ebd.) übersetzt werden kann. Grob gesagt geht es also darum, ‚durch Erkenntnis zu einem Urteil zu gelangen‘. Diese sehr vereinfachte Zusammenfassung findet sich bereits bei Salomon wieder, die mit ihrer ‚Sozialen Diagnose‘ darauf abzielte, „einen Menschen und seine Lage richtig zu beurteilen [...] [um davon ausgehend] einen brauchbaren Plan für die Beseitigung der Nöte oder Schwierigkeiten zu machen“ (Salomon 1926, 2). Sie deckt sich mit heutigen Formulierungen, die als Ziel bspw. die Entwicklung von Interventionsstrategien (vgl. Höpfner/Jöbgen 2001, 38) oder „realisierbaren Vorschlägen für sozialpädagogisches Handeln“ (Schrapper 2008b, 198) benennen. Ziel der ‚Sozialen Diagnostik‘ ist es also, eine Grundlage für eine Entscheidung, eine Handlungsorientierung hinsichtlich weiterer Schritte zu schaffen. Deutlich wird dies, wenn der gesamte Handlungsprozess unter Bezugnahme auf das theoretische Modell von ‚Anamnese – Diagnose – Intervention – Evaluation‘ (vgl. Müller 2006, 21) betrachtet wird. Ausgehend von der ‚Anamnese‘ erfolgt eine ‚Diagnose‘, die Grundlage für die ‚Aushandlung und/oder Entscheidung‘ hinsichtlich einer darauffolgenden ‚Intervention‘ ist. Dieser Prozess wird am Ende einer ‚Evaluation‘ unterzogen. Konkreter wird dieser Prozess bereits bei Salomon (vgl. Salomon 1926) formuliert, der als ein erster Entwurf gesehen werden kann. Schrapper hat diesbzgl. ein gut strukturiertes und umfangreiches ‚Rahmenkonzept sozialpädagogischer Diagnostik und Fallverstehen‘ entworfen (vgl. u.a. Schrapper 2008b, 202f.), das die Grundlage für die folgende Ausführung bietet¹⁸.

I. ‚Anamnese‘: Informationen werden systematisch gesammelt, Tatsachen ermittelt, eigene Beobachtungen gemacht, Einschätzungen und Bewertungen erfasst, Vorwissen und Vorannahmen expliziert. Ziel ist es, den eigenen Blick zu erweitern, um die Komplexität sowohl in ihrer Breite als auch in ihrer Tiefe so umfangreich wie möglich wahrzunehmen, zu erkennen bzw. zu verstehen. Gleichzeitig ist der Anspruch zu erfüllen, nur das Wichtige zu erfassen und Überflüssiges außer Acht zu lassen. Über das bereits Bekannte hinaus soll Neues entdeckt werden. Dazu ist es notwendig, sowohl den Adressaten als auch (ggf.) das Umfeld des Adressaten mit einzubeziehen. Salomon verweist jedoch darauf, dass die genutzten Quellen jeweils kritisch zu hinterfragen bzw. zu prüfen sind (vgl. Kuhlmann 2004, 17). Bei Schrapper findet sich ein systematischer Vorschlag, was zu erfassen ist: (1) Die

¹⁸ Unabhängig von der Diskussion über die Richtigkeit und Vollständigkeit Schrapplers Überlegungen, eignet sich seine Darstellung an dieser Stelle, da sie den Gegenstand umfangreich beschreibt, von einer systemischen Denkweise ausgeht, auf unterschiedlichen Ebenen ansetzt und die für die Soziale Arbeit kennzeichnende Einbeziehung und Hervorhebung der individuellen Perspektive des Adressaten entsprechend würdigt.

Lebenslage/-geschichte und die strukturellen Bedingungen des Lebens des Adressaten (sowohl Risiken und Gefährdungen als auch Ressourcen und Potenziale), (2) der Eigen-Sinn des Adressaten, d.h. seine Sichtweisen und Deutungen sowie biographische Strategien und Muster der Lebensbewältigung und (3) die Hilfesgeschichte (Brüche, Wechsel, bereits erfolgte Diagnosen und Interventionen, Erfolge sowie Misserfolge) sowie das aktuelle Verhältnis von Klient(-ensystem) und Helfer(-system) (vgl. Schrapper 2008b, 202f.). Der Gegenstand ergibt sich dabei aus den Aufgaben und dem Gegenstand der Sozialen Arbeit sowie ggf. den Aufgaben im spezifischen Arbeitsfeld (vgl. Kap. 4.2).

2. ‚*Diagnose*‘: Die im ersten Schritt erfasste Komplexität wird im zweiten Schritt zum einen reduziert. D.h., die ausführlich zusammengestellten Informationen, Deutungen und Sichtweisen werden gebündelt, das Wesentliche wird zusammengefasst. Das Erfasste soll möglichst umfangreich verstanden und anhand der Bildung von Hypothesen erklärt werden. Dazu wird neben beruflicher Erfahrung vor allem theoretisches Fachwissen herangezogen (vgl. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 2005). Zum anderen müssen die gewonnenen Kenntnisse gedeutet und bewertet werden. Es geht also um mehr, als ‚nur‘ zu verstehen. Es gilt, wiederholt Hypothesen zu bilden, die vor dem Hintergrund der gewonnenen Erkenntnisse geprüft und dann ggf. bestätigt oder verworfen werden (vgl. Salomon 1926, 13). Ziel ist es, Schlussfolgerungen in Hinblick auf die Entscheidung für eine ggf. notwendige Intervention zu ziehen. Die Fachkraft muss die in der Anamnese gewonnenen Erkenntnisse bewerten und so hinsichtlich einer möglichen Intervention eine eigene Deutung bzw. Haltung entwickeln, die nicht mit der Entscheidung (s. nächster Schritt) gleichzusetzen ist. Auch wenn dieser Schritt nur relativ knapp dargestellt werden kann, birgt er enorme Herausforderungen. Er ist der entscheidende Schritt zwischen Anamnese und Intervention.

3. ‚*Aushandlung und/oder Entscheidung*‘: Als nächsten Schritt benennt Schrapper (vgl. Schrapper 2008b, 202f.) die Notwendigkeit, das Ergebnis des zweiten Schrittes (und damit implizit das Ergebnis des ersten Schrittes), also das Ergebnis der Bewertung der Fachkraft mit dem jeweiligen Adressaten zu besprechen. Die Fachkraft bietet dem Adressaten seine Bewertung (seine Diagnose) als ‚stellvertretende Deutung‘ an, auf Grundlage derer er dem Adressaten einen Vorschlag hinsichtlich einer Intervention unterbreitet. Die ‚stellvertretende Deutung‘ wird vom Adressaten nicht zwangsläufig geteilt, stellt im Fall einer Ablehnung durch den Adressaten aber den Standpunkt der Fachkraft dar, auf Grundlage derer die Intervention (je nach Fall) verhandelt und/oder entschieden wird.

4. Das Ergebnis des vorangegangenen Prozesses ist zu *dokumentieren* und es erfolgt (ggf.) eine ‚*Intervention*‘.

5. ‚*Evaluation*‘: Im letzten Schritt gilt es, den Prozess der Diagnostik zu evaluieren. Die systematische Reflexion und Auswertung ist für die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit notwendig, da nur so festgestellt werden kann, welche Interventionen sich in der Retrospektive als zielführend erwiesen haben und ggf. Anhaltspunkte für die Verbesserung zukünftiger Interventionsplanungen liefern. Diesen Aspekt hat Salomon bereits als wichtig erachtet. Sie stand aber den Möglichkeiten, den Erfolg zu messen, aufgrund der Komplexität und Vielfalt möglicher auf das Ergebnis einflussnehmender Faktoren kritisch gegenüber.

Dieses Modell skizziert sehr treffend die Schritte ‚Anamnese‘ und ‚Diagnose‘, die ‚Soziale Diagnostik‘ (vgl. Kap. 3.2). Ziel der beiden Schritte ist eine fundierte Beurteilung sozialer Probleme bzw. der Lebenslage des Adressaten hinsichtlich einer möglicherweise folgenden Intervention. Es gilt „zu klären, ‚wer hat welche Probleme‘ und ‚was ist aus fachlicher Sicht zu tun““ (Uhlendorff 2002, 579). Dazu ist die Komplexität so weit wie möglich zu erfassen und gleichzeitig strukturiert zu reduzieren, um eine Entscheidung treffen zu können (vgl. Pantucek 2005, 15). Als Abgrenzungsmerkmal zwischen Handlungen, die der Diagnostik zuzuordnen oder davon zu trennen sind, dient insbesondere der Aspekt der zu treffenden Entscheidung. „Nicht jede Form der Informationssammlung und -auswertung, nicht jede Analyse ist mit ‚Diagnostik‘ gleichzusetzen. Diagnostik dient der Entscheidungsfindung“ (Heiner 2010, 15).

Eine reflektierte Betrachtung dieser Darstellung macht deutlich, dass sie der Komplexität und Vielfalt der konträren Diskussion um die ‚Diagnostik in der Sozialen Arbeit‘ nicht gerecht wird. Sie stellt aber eine Grundlage dar, auf der weiterführende Anforderungen (vgl. u.a. ebd., 253; Pantucek 2005, 16f.) diskutiert, Aspekte kritisch hinterfragt, die Geeignetheit von Verfahren und Instrumenten diskutiert und diagnostische Prozesse in unterschiedlichen Arbeitsfeldern analysiert werden können.

3.3 Grundsatzfragen im Fachdiskurs – Positionen in dieser Arbeit

Braucht die Soziale Arbeit überhaupt Diagnosen? (vgl. u.a. Höpfner et al. 1999): Vielfacher (teilweise) berechtigter Kritik (vgl. u.a. Beiträge in Widersprüche 2003) an diagnostischem Handeln zum Trotz ist die Fachkraft in ihrer täglichen Arbeit gezwungen, Entscheidungen zu treffen (vgl. Schrapper 2004b, 43). Sie ist herausgefordert, für den jeweiligen Adressaten die passende Unterstützung im Pool der differenzierten Angebote (vgl. Hege 2001, 14) zu finden bzw. geeignete Interventionen zu entwickeln. Dafür ist es unumgänglich, den Adressaten und seine Lebenslage so gut wie möglich einschätzen zu können. Die Einschätzung der Fachkraft

bleibt aus konstruktivistischer Sichtweise aber immer hypothetisch und damit hinsichtlich ihrer Richtigkeit dem Irrtum ausgesetzt. Eine intensive Diagnostik kann einen Irrtum nicht ausschließen, ihn aber reduzieren. Daher ist eine Diagnostik, auch wenn sie für die Fachkraft mit sehr viel Aufwand verbunden ist, wichtig, um Fehleinschätzungen und Fehlverläufe (vgl. Harnach-Beck 1999, 28) und die damit ggf. für den Adressaten verbundenen negativen Konsequenzen zu vermeiden. Die Fachkraft muss dafür Informationen sammeln, diese analysieren und bewerten, also genau das tun, was die Diagnostik im Kern meint. Sehr treffend hat es Silvia Staub-Bernasconi ausgedrückt: „Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen wir es anders“ (Staub-Bernasconi 2003, 33). Welch positiven Beitrag diagnostische Verfahren dabei leisten können, zeigen Beispiele in der Literatur (vgl. Uhlendorff 1999, 134ff; Jöbgen 2004). Zudem ist trotz aller kritischer und negativer Stimmen bspw. von ‚Anti-Neo-Diagnostikern‘ (vgl. Cremer-Schäfer 2003, 55ff.; Ziegler 2003; Müller 2005, 22ff.), festzuhalten, dass nicht die Diagnostik an sich, sondern der Umgang mit ihr entscheidend ist (vgl. Schrödter 2006, 22). Diagnostiken stellen für den Adressaten einen Vorteil dar, wenn es gelingt, dass er sie für sich in geeigneter Weise annehmen kann. Denn das Fachwissen des Diagnostizierenden stellt idealtypisch ‚andersartiges‘ Wissen dar, das für den Adressaten eine Bereicherung darstellen kann bzw. sollte. Zudem hat der Adressat ein Anrecht auf eine fachlich fundierte Aussage der Fachkraft (vgl. Tenhaken 2004, 149). Somit stellt sich nicht die Frage ‚ob‘ es eine Diagnostik braucht, viel entscheidender ist die Frage des ‚wie‘.

„*One for all?*“ (Pantucek 2009a, 37): Davon ausgehend, dass es Diagnosen braucht, wird die Frage aufgeworfen, ob es ein diagnostisches Verfahren geben kann, das das gesamte Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit abdeckt (vgl. Pantucek 2009a). Pantucek (vgl. ebd.) und Wright (vgl. Wright 2005) halten dies für eher unwahrscheinlich und begründen dies wie folgt: (Erkenntnis-)Theoretische, empirische und methodische Grundlagen auf der einen und der zu diagnostizierende Gegenstand auf der anderen Seite sind derart vielfältig und komplex, dass die Entwicklung eines solchen Verfahrens mehr als unwahrscheinlich erscheint, wenn auch für die fallunabhängige Arbeit auf der Theorieebene denkbar und nützlich (vgl. Röh 2010, 48). Demgegenüber sollte vielmehr der Gewinn eines breiteren Theorie- und Methodenkanons (der dann natürlich fachlichen Kriterien genügen muss) betrachtet und genutzt werden. Inwieweit ein Verfahren in der Lage ist, zumindest alle Aufgabenbereiche des ASD abzudecken, wird in der vorliegenden Arbeit untersucht.

‚*Verstehender‘ und/oder ‚klassifizierender‘ Ansatz? - Gegensätzliche, unvereinbare Pole oder vielmehr zwei Seiten einer Münze?*¹⁹ (vgl. Possehl 2004, 29): Hermeneutisch-verstehende

19 Die folgenden Ausführungen fallen entgegen der komplexen Diskussion um die Frage ‚Verstehender und/oder klassifizierender Ansatz‘ sehr vereinfachend aus, da sie nicht in die Diskussion eingreifen, sondern lediglich den in dieser Arbeit vertretenden Standpunkt deutlich machen sollen.

Ansätze blicken auf eine lange Tradition zurück, können ausdifferenzierte Verfahren aufweisen (vgl. Mollenhauer/Uhlendorff 1992; ebd. 1995; Uhlendorff 1997) und finden (u.a.) aufgrund ihrer Betonung und der Hervorhebung des ‚Verstehens‘ des Adressaten als wichtiges Kennzeichen diagnostischer Tätigkeit in der Sozialen Arbeit breite Zustimmung. Klassifikatorische Ansätze (vgl. Röh 2009, 81ff.) hingegen werden (u.a.) aufgrund ihrer Nähe zu Klassifikationen in Psychologie und Medizin sowie der Sorge vor Stigmatisierung und womöglich erneuter missbräuchlicher Etikettierung (vgl. Kap. 3.1) eher ablehnend betrachtet (vgl. Harnach 2011, 30f.). Allerdings versucht der Mensch aufgrund seines Unvermögens, die Komplexität der Realität in ihrer Gesamtheit zu erfassen, die Realität zu reduzieren und durch Denken in Kategorien für ihn handhabbar zu machen. Davison et al. schreiben dazu: „Es scheint in der Natur des Menschen zu liegen, dass er kategorisiert, wann immer er wahrnimmt und denkt. Wer Klassifikationen als solche ablehnt, scheint zu übersehen, dass Klassifizieren und Kategorisieren ein unabdingbarer Teil menschlichen Denkens ist“ (Davison et al. 2002, 69). Dies hat zur Folge, dass auch hermeneutisch-verstehende Ansätze nicht ohne Kategorien auskommen. Und auf der anderen Seite sind klassifikatorische Ansätze nicht per se ‚nicht-verstehend‘, die Einordnung in Kategorien setzt ein Verstehen des Gegenstandes voraus (vgl. Röh 2010, 47). Sehr vereinfacht betrachtet, scheinen also beide Ansätze gleiche Elemente zu erhalten, die je nach Ansatz unterschiedliche hervorgehoben werden. Daher sind genannte Einwände Ernst zu nehmen. Diese bedeuten allerdings nicht, den ein oder anderen Ansatz per se auszuschließen. Sie sind vielmehr Grundlage und Anstoß, Verfahren auf ihre sowohl positiven als auch negativen Auswirkungen hin zu überprüfen. Zunächst ist davon auszugehen, dass beide Richtungen einen Beitrag zur Lösung diagnostischer Aufgaben beitragen können (vgl. Gahleitner 2010). Die vorliegende Arbeit ist demnach offen für Ansätze beider Richtungen bzw. dazwischen einzuordnender Ansätze.²⁰

3.4 Die Terminologie ‚Soziale Diagnose‘ / ‚Soziale Diagnostik‘

Ausgehend von dem Begriff ‚Soziale Diagnose‘, der in der Übersetzung von Richmond (‚Social Diagnosis‘) im Deutschen zuerst 1924 von Dr. Reinhaus-Barmen (vgl. Salomon 1926, 1) verwendet und im Folgenden von Salomon geprägt wurde (vgl. Salomon 1926), haben im Laufe der Zeit und insbesondere in den vergangenen zwei Jahrzehnten vielfältig alternative Begriffe Einzug in die Literatur und Fachdiskussion gefunden, z.B. „Sozialpädagogische Diagnosen“ (Mollenhauer/Uhlendorff 1992), „Multiperspektivisches Fallverstehen“ (Müller 2006), „Fallrekonstruktion“ (Kraimer 2000) oder

²⁰ Zur Diskussion um Vor- und Nachteile, Bedenken und erwartete Chancen hermeneutischer sowie klassifikatorischer Ansätze vgl. Hüttemann 2009; Röh 2010; Gahleitner 2010; Harnach 2011 27ff.

„Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik“ (u.a. Ader 2001). Jeder Begriff für sich genommen, mag seine Berechtigung haben, wenn er vom fachtheoretischen Standpunkt des Autors her nachvollzogen wird. Einigkeit in der Begrifflichkeit würde Einigkeit in dahinter stehenden inhaltlichen Fragen (bspw. in theoretischen und methodischen Grundlagen) voraussetzen, die (noch) nicht vorliegt. Daher ist eine einheitliche Begrifflichkeit zum jetzigen Zeitpunkt verfrüht, wenn auch angesichts der damit verbundenen Vorteile wie der Möglichkeit, Zugehörigkeit und Abgrenzung (vgl. Heiner/Schrapper 2004) sowohl innerhalb der Profession als auch nach außen hin bspw. (wie so häufig angeführt) gegenüber der Medizin oder Psychologie zu regeln, wünschenswert. Somit ist eine begründete Festlegung auf einen Begriff für die vorliegende Arbeit notwendig. Zunächst erschien der Begriff des „diagnostischen Fallverstehens“ (ebd., 203) geeignet. Er bringt die Position bzw. Haltung, die vor allem im Sinne fehlender Eindeutigkeit im Zusammenhang mit sozialen Prozessen den verstehenden und hypothetischen Charakter diagnostischer Prozesse betonen (vgl. Ader/Schrapper 2002, 37ff.), deutlich zum Ausdruck. Das ‚Verstehen‘ als markantes Merkmal und „Grundvoraussetzung für eine Soziale Diagnose“ (Mührel 2005) des partizipativen Prozesses, das u.a. als Abgrenzungsmerkmal gegenüber der negativ konnotierten ‚Diagnose‘ im Bereich der Medizin oder Psychologie dienen soll (vgl. u.a. Heiner 2005, 253) und den hypothetischen Charakter der ‚Diagnose‘ in der Sozialen Arbeit andeutet, wird hervorgehoben. Das ‚Fallverstehen‘ blickt zudem auf eine lange Tradition zurück und kann sowohl theoretisch als auch methodisch eine ausdifferenzierte und fundierte Grundlage vorweisen (vgl. Mollenhauer/Uhlendorff 1992, Oevermann 2000). Gleichzeitig wird durch den Zusatz ‚diagnostisches‘ nicht verschwiegen, dass eine Bewertung im Sinne einer ‚Diagnose‘ erfolgt.

Allerdings wirkt das ‚Fallverstehen‘ dominant, so dass zu wenig deutlich wird, dass nicht das Verstehen im Vordergrund steht, sondern die Bewertung eine ebenso wichtige Rolle einnimmt und der Prozess in der Verständigung mit dem Adressaten weitergeführt werden muss (vgl. Kunstreich et al. 2003, 13). Es geht um mehr als ‚nur‘ verstehen. Zudem ist der Begriff ‚Fallverstehen‘ eng mit der Tradition der Hermeneutik (vgl. Ritscher 2004b, 196) und den daraus resultierenden rekonstruktiven Ansätzen verbunden, sodass hinterfragt werden muss, ob ein anderer Begriff der Diskussion ‚rekonstruktiv oder/und klassifikatorisch‘ nicht wertfreier gegenüber steht und damit besser geeignet ist. Heiner weist darüber hinaus auf die Gefahr eines zu individualisierten Verständnisses des ‚Falls‘ hin, das die sozialen Rahmenbedingungen und ihren Anteil am ‚Problem‘ vernachlässigt (vgl. Kunstreich u.a. 2003, 22). Die angeführten Argumente gegen den einzig näher in Betracht zu ziehenden Kompromiss (vgl. Jakobs/Röh 2005, 282) des ‚diagnostischen Fallverstehens‘ zeigen, dass

auch dieser nicht allumfassend zufrieden stellen kann.

Im Ergebnis wird deshalb in der vorliegenden Arbeit auf den Begriff der ‚Sozialen Diagnose‘ bzw. ‚Sozialen Diagnostik‘ zurückgegriffen. Mit dem Begriff der ‚Diagnostik‘ kann sich die Soziale Arbeit selbstbewusst gegenüber der Diagnostik der Medizin und Psychologie behaupten. Das ‚Soziale‘ macht in Abgrenzung zu diesen den exklusiven Handlungsbereich (vgl. Schrapper 2001, 8) der Sozialen Arbeit deutlich und vereint parallel zur terminologischen Entwicklung des Begriffs ‚Soziale Arbeit‘ sozialpädagogische als auch sozialarbeiterische Aspekte.

Begrifflich sind ‚Diagnose‘ und ‚Diagnostik‘ in dieser Arbeit wie folgt zu unterscheiden: Mit dem Begriff ‚Diagnose‘ ist ‚nur‘ der Prozess des Bewertens der in der Anamnese gesammelten Erkenntnisse (vgl. zweiter Schritt in Kap. 3.2) und der aus diesem Prozess resultierenden Standpunkt des Diagnostizierenden gemeint (vgl. Possehl 2004, 30). Der Begriff ‚Diagnostik‘ bezeichnet hingegen den Prozess bis zu dem Punkt, an dem der Standpunkt des Diagnostizierenden feststeht. Die ‚Anamnese‘ wird dann zum Prozess der ‚Diagnostik‘ hinzugezogen, die weiteren Schritte sind nicht mehr Bestandteil der ‚Diagnostik‘, sondern nachfolgende Handlungen des gesamten sozialpädagogischen/sozialarbeiterischen Prozesses. Der Schritt ‚Aushandlung und/oder Entscheidung‘ bildet dabei die Brücke zwischen ‚Diagnostik‘ und ‚Intervention‘.

Kritiker mögen einwenden, dass mit dem Begriff der ‚Diagnose‘ eine Wirksamkeitserwartung verbunden ist, die von der Sozialen Arbeit aufgrund ihres technologischen Defizits (vgl. Spiegel 2006, 42) nicht erfüllt werden kann, und der Begriff daher unpassend ist (vgl. Müller 2005, 22). Aber gerade darin besteht eine der Herausforderungen, der sich die Soziale Arbeit zu stellen hat und sich bereits seit Jahrzehnten stellt: Identitätsklärung als Disziplin, Festlegung und Weiterentwicklung der Terminologie sowie theoretischer und methodischer Grundlagen. Und bei aller Skepsis (bspw. von Anti-Neo-Diagnostikern) (vgl. ebd.) gegenüber dem häufig negativ besetzten, da mit einem naturwissenschaftlichen, kausalen Ursache-Wirkungs-Modell, einer Defizitorientierung (vgl. Ritscher 2004b, 195) und einem für sich wahrheitsbeanspruchenden Expertenverständnis in Verbindung gebrachten Verständnis des Diagnosebegriffes, ist zu registrieren, dass auch im Bereich der Medizin bspw. Veränderungen hin zu einem ganzheitlicheren Denken (soziale Faktoren z.B. mit einbeziehend) zu verzeichnen sind (vgl. Heiner 2005, 253). Der Begriff ‚Diagnostik‘ verschleiert zudem nicht die letztlich ungleiche Stellung von Adressat und Fachkraft. Vielmehr ist zu hinterfragen, ob die selbstbewusste Behauptung der fachlichen Expertise nicht auch notwendige Voraussetzung ist, um den Prozess (mit-)gestalten zu können (vgl. Kunstreich u.a. 2003, 25f.). Der Begriff ‚Diagnostik‘ erscheint offener,

rekonstruktive und klassifikatorische Ansätze unter einem Begriff fassen und Bestrebungen, den Gewinn beider Ansätze produktiv für den diagnostischen Prozess zu nutzen, integrieren zu können. Er ist somit anschlussfähig für zukünftige (klassifikatorische) Entwicklungen und schlägt gleichzeitig einen Bogen zu Salomon, deren Aussage zwar nicht umfassend genug ist aber bis heute im Kern nicht an Aktualität und Richtigkeit verloren hat: „Diese Leistung [der ‚Sozialen Diagnostik‘] besteht darin, Material zu sammeln (eigene Beobachtungen und Aussagen anderer), das beschaffte Material zu prüfen und zu vergleichen, es zu bewerten, Schlüsse daraus zu ziehen – schließlich ein Gesamtbild herzustellen, das erlaubt, einen Plan für die Abhilfe [...] zu fassen“ (Salomon 1926, 7).

4 - Der ‚Allgemeine Soziale Dienst‘ (ASD) und seine fallbezogenen Aufgaben

In diesem Kapitel wird zunächst die Terminologie ‚Allgemeiner Sozialer Dienst‘ ausgeführt, um davon ausgehend die fallbezogenen Aufgabenbereiche des ASD darzustellen.²¹ Es wird herausgearbeitet, dass in allen Bereichen diagnostische Aufgabenanteile vorzufinden sind. So unterschiedlich die Aufgabenbereiche sind, so unterschiedlich sind aber teilweise auch die diagnostischen Herausforderungen. Auf diese wird in Kapitel sieben eingegangen, um davon ausgehend, die Verfahren hinsichtlich ihrer Geeignetheit für die einzelnen Aufgabenbereich zu bewerten.

4.1 Der Begriff ‚Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)‘

Kommunen sind durch das Grundgesetz verpflichtet, einen Teil der staatlich garantierten Sozialen Sicherung zu gewährleisten, die sich historisch gesehen seit dem 16. Jahrhundert entwickelt hat (vgl. Maas 1996, 15f.). Die ‚öffentliche Fürsorge‘²² (Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG) ist als ‚pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe‘²³ von den Kommunen eigenverantwortlich auszugestalten (vgl. Gissel-Palkovich 2011, 51). Dadurch bedingt gibt es keine Rechtsgrundlage für die Organisation der öffentlichen Fürsorge innerhalb der Kommunen, die u.a. Aufgaben der Gesundheitsfürsorge, Alten-, Behinderten- und Sozialhilfe beinhaltet. Die innerbehördliche Einordnung variiert von Kommune zu Kommune ebenso wie die

21 Die Aufgabenbereiche sind gesetzlich durch das SGB VIII festgelegt. Die Berechtigung oder Sinnhaftigkeit dieser Aufgabenbereiche kann hinterfragt werden. Dies ist aber nicht Bestandteil der vorliegenden Arbeit. Die Aufgabenbereiche werden in dieser Arbeit als gegeben hingenommen.

22 „Unter ‚öffentlicher Fürsorge‘ sind alle öffentlich rechtlichen Maßnahmen zu verstehen, die dem sozialen Ausgleich bzw. der sozialen Hilfe und Förderung dienen und eingesetzt werden, um Notlagen zu beheben (Intervention) bzw. deren Entstehung abzuwenden (Prävention).“ (Gissel-Palkovich 2011, 42)

23 Als ‚Pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe‘ werden Aufgaben bezeichnet, zu deren Wahrnehmung die Kommunen gesetzlich verpflichtet sind, deren Gestaltung aber nicht gesetzlich vorgeschrieben und somit der Ausgestaltung der jeweiligen Kommune unterliegen (vgl. Bieker 2006, 37f.)

Aufgabenprofile einzelner Abteilungen oder Dienste (vgl. ebd., 53)²⁴. Aus Untersuchungen des DJI ist zu entnehmen, dass trotz nicht vorhandener Gesetzesgrundlage im Jahr 2004 80% der Kommunen einen Dienst hatten, der ausschließlich für die Wahrnehmung von Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe zuständig war (vgl. Pluto et al. 2007, 60f.). Dieser Dienst ist zumeist Jugendämtern zugeordnet, die für die Ausübung der Fachverantwortung der Kommunen für die Kinder- und Jugendhilfe zuständig sind (vgl. Kreft/Weigel 2010, 11). Der Dienst wird meistens als ‚Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)‘ oder auch als ‚Kommunaler Sozialer Dienst (KSD)‘ bezeichnet und gehört organisatorisch zur öffentlichen Kommunalverwaltung (vgl. ebd., 10f.). In dieser Arbeit wird daher von einem ‚Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD)‘ als Teil des Jugendamtes ausgegangen, der ausschließlich Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe wahrnimmt.

4.2 Fallbezogene Aufgaben im ASD

Die Arbeit im ASD kann in ‚fallbezogene‘ und ‚fallunabhängige‘ (bspw. sozialraumbezogene) Aufgaben untergliedert werden. Die Anwendung Sozialer Diagnostik kann in Hinblick auf beide Bereiche diskutiert werden. Die Betrachtung in dieser Arbeit beschränkt sich allerdings auf die fallbezogenen Aufgabenbereiche, die das „Kernstück des umfangreichen Tätigkeitsspektrums“ (Poller/Weigel 2010, 57) im ASD ausmachen. Grundlage für alle fallbezogenen Aufgaben ist der Anspruch auf Kinder- und Jugendhilfe (§ 8 SGB I), der im SGB VIII ausgeführt wird.

Aus systemtheoretischer Makroperspektive ist das Gesellschaftssystem darauf angewiesen, dass Personen ‚eigenverantwortlich und gemeinschaftsfähig‘ handeln, sodass sie in ihrem eigenen Interesse und im Interesse der Gemeinschaft der Gesellschaft ihr Tun auf den Systemerhalt ausrichten. Um am Systemerhalt bzw. dessen Stabilisierung mitzuwirken, müssen Menschen lernen, ihr Leben so zu gestalten, dass sie in der Lage sind, Rolle(n) innerhalb der Gesellschaft einzunehmen. Sie müssen in die Lage versetzt werden, die Codes der gesellschaftlichen Teilsysteme zu erfüllen, damit sie inkludiert werden und so in der Lage sind, zur Erfüllung von gesellschaftlichen Funktionen beizutragen. Aus der systemtheoretischen Mikroperspektive muss der Mensch im Laufe seines Lebens lernen, welche Bedürfnisse er hat und wie er diese befriedigen kann. Dazu muss er in die Lage versetzt werden, an Systemen teilzuhaben, also gemeinschaftsfähig zu sein. Für diesen

24 Versuche einer Vereinheitlichung scheiterten bisher (vgl. Maly 2010, 16). Als Ansatzpunkt für die Entwicklung einer einheitliche(re)n Organisation könnten die Ergebnisse des Projekts ‚Der Allgemeine Soziale Dienst/ASD im Wandel – Ein Praxisvergleich‘ genutzt werden, das Organisationsmodelle des ASD hinsichtlich ihrer Eignung untersucht, die an den ASD formulierten fachlichen Anforderungen (sowohl aus Sicht der Sozialen Arbeit als auch aus Sicht der Verwaltung) zu erfüllen (vgl. Gissel-Palkovich et al. 2010).

Lernprozess braucht der Mensch Erziehung und Sozialisation, die im Idealfall durch Systeme, in die der Mensch inkludiert ist, gewährleistet werden. Versagen diese oder ist der Mensch nicht inkludiert, ist er auf Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe oder andere Hilfesysteme angewiesen. Der Anspruch auf diese „Förderung seiner Persönlichkeit und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1 Abs. 1 SGB VIII) wird ihm rechtlich zugesichert, sodass er notwendige erzieherische und sozialisatorische Förderung erhalten kann.

Die fallbezogene Arbeit beginnt immer mit einem ‚Falleingang‘. D.h. Informationen, Anliegen oder Anträge werden aus unterschiedlichen Systemen an den ASD herangetragen. Dies können bspw. Familienmitglieder, LehrerInnen, ÄrztInnen oder PolizistInnen sein. Daraufhin hat der ASD (in Anlehnung an die Systematik von Müller 2006) zu prüfen, ob es ein Fall ‚für‘ den ASD ist. Wenn nicht, ist der Fall an eine geeignete Stelle weiterzuleiten. Ist es ein Fall ‚für‘ den ASD, lautet die zweite Frage, ‚von‘ was es ein Fall ist. Es erfolgt eine Zuordnung zu einem der fallbezogenen Aufgabenbereiche. Dabei kann Ergebnis der Prüfung sein, dass es ein Fall ‚von‘ mehreren Aufgabenbereichen ist, die parallel oder priorisiert nacheinander abzuarbeiten sind. Grundsätzlich gilt, dass die Fachkraft während des gesamten Hilfeverlaufs prüfen muss, ob der Fall noch immer dem richtigen Aufgabenbereich zugeordnet ist bzw. ob in der Zwischenzeit ein weiterer Bedarf zu erkennen ist. Dies ist insbesondere in Hinblick auf den Kindesschutzauftrag (§ 8a SGB VIII) zu beachten, der ggf. ein sofortiges Eingreifen des ASD notwendig macht.

4.2.1 Beratung (§§ 16-18 SGB VIII)

Beratung ist eine Tätigkeit des ASD, die im Arbeitsalltag vielfach erfolgt, ohne als solche benannt oder als spezifische Aufgabe ausgewiesen zu werden²⁵. In den §§ 16-18 SGB VIII ist die Beratung allerdings als spezifische Aufgabe gesetzlich festgelegt. Nicht festgelegt ist darin ihre Ausgestaltung, die Möglichkeiten sind vielfältig. Sie reichen von einem kurzen, einmaligen Telefonat bis hin zu mehreren Beratungsgesprächen und Hausbesuchen über einen längeren Zeitraum. Kennzeichnend für diese Aufgaben ist, dass sie im Vergleich zu anderen Tätigkeitsbereichen weniger formellen Charakter aufweisen und niedrigschwellig ansetzen (sollen) (vgl. Maly 2010, 21). Die Beratung teilt sich in drei inhaltlich verschiedene Bereiche (§§ 16-18 SGB VIII), die im Folgenden getrennt voneinander skizziert werden.

„Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“ (§ 16 SGB VIII) – Ziel dieser Förderung ist es, Eltern bzw. Erziehungsberechtigte in der Wahrnehmung ihrer

²⁵ Zum Begriff und zur Ausgestaltung von Beratung im Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit vgl. Belardi et al. 2007.

Erziehungsverantwortung zu unterstützen (§ 16 Abs. 1 S. 2 SGB VIII). Sie beinhaltet die „Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen“ (§ 16 Abs. 2 S. 2 SGB VIII). Schwierigkeiten in der Erziehung sollen damit frühzeitig behoben werden, um umfangreichere Maßnahmen wie z.B. Hilfen zur Erziehung (§§ 27-35, 41 SGB VIII) zu vermeiden. Ebenso soll daraufhin gewirkt werden, dass „Konfliktsituationen in der Familie gewaltfrei gelöst werden können“ (§ 16 Abs. 1 S. 3 SGB VIII), um Krisensituationen in der Familie, die sich negativ auf die Kinder und ihre Entwicklung auswirken, vorzubeugen. Die Beratung nach §16 SGB VIII setzt in Fällen an, in denen eine informative, klärende und unterstützende Beratung mit geringer Interventionshäufigkeit ausreichend erscheint, um die Probleme hinsichtlich der Erziehung in der Familie zu lösen (vgl. Krieger 1994, 94).

„*Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung*“ (§ 17 SGB VIII) - Eine Trennung bedeutet aus systemtheoretischer Sicht eine grundlegende Veränderung des Systems. Aus der systemtheoretischen Makroperspektive muss sich das System bei einer Trennung neu strukturieren, um alle notwendigen Funktionen weiterhin zu erfüllen. Dies bedeutet für das System Anstrengung und die Gefahr, durch Instabilität seine Funktion nicht mehr richtig ausfüllen zu können. Daher ist es im Interesse der Gesellschaft, wenn Familiensysteme bestehen bleiben. In § 17 Abs. 1 S. 2 SGB VIII ist festgelegt, dass Eltern (dieser Beratungsanspruch richtet sich explizit an die Eltern (vgl. Wabnitz 2010, 35)) mit Hilfe von Beratung in die Lage versetzt werden sollen, „ein partnerschaftliches Zusammenleben in der Familie aufzubauen“ und „Konflikte und Krisen in der Familie zu bewältigen“. Sollte dies nicht möglich sein, sieht der Gesetzgeber mit der Kindschaftsrechtsreform von 1998 als ‚Normalfall‘ vor, dass das Sorgerecht auch bei Trennung oder Scheidung weiterhin gemeinsam ausgeübt wird (vgl. Maly 2010, 27), sodass die Funktion von Erziehung und Sozialisation weiterhin von beiden Elternteilen verantwortungsvoll wahrgenommen werden kann. Aus der systemtheoretischer Mikroperspektive bildet eine stabile Partnerschaft die Grundlage dafür, als Eltern gemeinsam die Verantwortung für die Kinder und deren Bedürfnisse übernehmen zu können. Daher ist es wichtig, diese Grundlage ggf. mit Hilfe von Beratung im Sinne von § 17 Abs. 1 S. 2 SGB VIII zu erhalten. Im Falle einer Trennung oder Scheidung bedarf es einer Neuregelung, wie Bedürfnisse, zu deren Befriedigung bisher beide Elternteile beigetragen haben, abgedeckt werden können. Dabei entstehen bei verschiedenen Familienmitgliedern unterschiedliche Bedürfnisse, die es zu berücksichtigen gilt. Die Elternverantwortung muss ebenso wie die Beziehung der Familienmitglieder untereinander neu organisiert werden (vgl. Krieger 1994, 98f.). In Trennungssituationen geraten Kinder zudem sehr häufig in Loyalitätskonflikte

hinsichtlich ihrer Eltern oder anderer Mitglieder des Familien- und Verwandtensystems (bspw. Großeltern). Dies kann sich erheblich negativ auf die Entwicklung von Kindern auswirken, wenn ihre Konfliktlage nicht gelöst wird. Allerdings bedeutet eine von den Eltern vereinbarte Lösung nicht, dass diese dem Kindeswohl dienlich ist. Darauf ist in der Beratung hinzuwirken (vgl. ebd., 99).

„Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge und des Umgangsrechts“ (§ 18 SGB VIII) – Ist eine Trennung oder Scheidung vollzogen, ist das Gesellschaftssystem daran interessiert, dass das veränderte Familiensystem weiterhin in der Lage ist, seine gesellschaftliche Funktion zu erfüllen und in den Funktionssystemen weiterhin inkludiert zu bleiben. Aus Sicht des Adressaten muss der Elternteil, bei dem die Kinder weiterhin leben, dafür sorgen, dass die Versorgung der Bedürfnisse für das veränderte Familiensystem neu geregelt wird. Dafür kann eine Klärung hinsichtlich erzieherischer, rechtlicher oder materieller Fragen notwendig sein (vgl. ebd., 94). Aufgabe der Fachkraft ist es, den Adressaten hinsichtlich seiner Möglichkeiten und Rechte zu beraten und ihn bei der Durchsetzung dieser zu unterstützen. Dazu ist es notwendig, dass die Fachkraft die Problembereiche des Adressaten erfasst und davon ausgehend feststellt, auf welche Leistungen er bspw. Anspruch hat.

Eine Beschäftigung mit diagnostischen Tätigkeiten im Aufgabenbereich der Beratung ist in der Literatur nicht zu verzeichnen. Dennoch weist die Beratung in allen drei Bereichen diagnostische Anteile auf. In der Beratung (auch wenn sie nur kurz ist) ist es die Aufgabe der Fachkraft, relevante Informationen zu erfassen (Anamnese) und zu bewerten (Diagnose), um eine fachliche Position hinsichtlich des vom Adressaten geschilderten Problems zu entwickeln. Darauf aufbauend muss die Fachkraft eine Entscheidung treffen, worin nach ihrer Ansicht der Beratungsbedarf liegt, wer ggf. aus dem (Familien-)System des Adressaten in den Beratungsprozess mit einzubeziehen ist und welche Vorgehensweise oder Maßnahmen sie dem Adressaten im Sinne einer stellvertretenden Deutung als Lösungsweg vorschlagen wird.

4.2.2 Hilfen zur Erziehung (HzE), für junge Volljährige und die Hilfeplanung (§§ 27-35, 36, 41 SGB VIII)

HzE setzen dort an, wo Beratung in der Intensität ihrer unterstützenden Wirkung nicht mehr ausreicht (vgl. Maly 2010, 24), um das Recht des jungen Menschen „auf Förderung seiner Persönlichkeit und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1 Abs. 1 SGB VIII) zu gewährleisten. Die Frage, ob eine Beratung noch

ausreichend ist oder nicht, bildet den Übergang von der Beratung zu den diagnostischen Aufgaben der Fachkraft im Bereich der HzE. Die Diagnostik gestaltet sich in diesem Aufgabenbereich mehrschrittig.²⁶ Die Fachkraft ist verpflichtet, zu prüfen (§§ 20-23 SGB X), ob die beiden Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt sind, die Bedingungen für die Gewährung von HzE sind (§ 27 SGB VIII). Die Fachkraft muss bewerten, ob aus fachlicher Sicht „eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist“ (§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB VIII) (1. Schritt). Ist dies nicht der Fall, liegt ein leistungserheblicher Sachverhalt vor und die Fachkraft muss bewerten, ob eine Hilfe im Sinne einer HzE geeignet und notwendig ist (§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB VIII) (2. Schritt). Wenn diese Prüfung zu einem positiven Ergebnis kommt, muss die Fachkraft eine begründete Position entwickeln, welche Art der Hilfe notwendig und geeignet ist (3. Schritt). Neben der Art der Hilfe ist u.a. für die Ausgestaltung der Hilfe eine Entscheidung hinsichtlich der Auswahl des Hilfetragers bzw. der hilfebringenden Einrichtung (4. Schritt) und eine Festlegung der Zielsetzung notwendig (5. Schritt) (vgl. ebd., 25; Merchel 2003, 529). Wenn eine Hilfe gewährt wird, ist im Verlauf des Hilfeprozesses regelmäßig darüber zu entscheiden, ob die Hilfe überhaupt oder in ihrer Art der Ausgestaltung weiterhin geeignet und notwendig ist (§ 36 Abs. 2 S. 2 SGB VIII) (6. bzw. weitere Schritte). Ggf. ist eine Hilfe zu modifizieren oder auch zu beenden (letzter Schritt).

Diese Vielzahl an Entscheidungen, für die eine umfangreiche Anamnese und Diagnose notwendig ist, macht deutlich, dass im Bereich der HzE ein großer Anteil an diagnostischen Aufgaben von der Fachkraft zu bewältigen sind. Die Entscheidungen sind im Rahmen eines formalen Hilfeplanverfahrens gemäß § 36 SGB VIII zu treffen, in das (zumindest) der Adressat miteinzubeziehen und bspw. hinsichtlich seines Wunsch- und Wahlrechts (§ 5 SGB VIII) zu berücksichtigen ist. Zudem sind Entscheidungen „im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte“ (§ 36 Abs. 2 S. 1 SGB VIII) zu treffen.

In der Diskussion um Soziale Diagnostik steht daher der Aufgabenbereich der Hilfen zur Erziehung (HzE) bzw. für junge Volljährige²⁷ und die damit einhergehende Hilfeplanung als ein Kernbereich diagnostischer Tätigkeiten im ASD häufig im Vordergrund. Dies zeigt sich anhand von Publikationen sowohl aus dem Bereich der Praxis (vgl. u.a. Düppe 2004; Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 2005; Lammerding/Erzberger 2006) als auch im Bereich der Disziplin (vgl. Verein für Kommunalwissenschaften e.V. 2005). Die Gewährung von Hilfen stand bereits bei Salomon (1926) im Zentrum der

26 Die folgende Unterteilung in mehrere Schritte steht dabei in keinem Zusammenhang mit den in Kapitel 3.2 dargestellten Schritten.

27 Da die Hilfe für junge Volljährige in ihrer Ausgestaltung (bspw. in Hinblick auf die Hilfeplanung) im Wesentlichen der Hilfe zur Erziehung entspricht, wird sie im Folgenden nicht mehr extra benannt, sondern mitgedacht, wenn von ‚Hilfe zur Erziehung‘ (HzE) gesprochen wird (vgl. Wabnitz 2010, 45).

„Sozialen Diagnose“ und ist auch heute Objekt der Forschung wie z.B. im Rahmen des Modellprogramms „Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens“ (August 2002 bis Juli 2007), das auch den Bereich der Diagnostik miteinbezogen hat (vgl. Pies 2005).²⁸

4.2.3 Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII)

Der ASD ist für die Gewährung von Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche²⁹ zuständig (§ 35a SGB VIII). Sie grenzt sich aufgrund der Tatbestandsvoraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um diese Hilfeform zu gewähren, deutlich von HzE ab. Der Ablauf des diagnostischen Prozesses hingegen verläuft sehr ähnlich. Ebenso wie bei den HzE ist eine mehrschrittige Diagnostik notwendig. Grundlage für die Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII ist die seelische Behinderung eines jungen Menschen, die ihn daran hindert, am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Also daran gehindert ist, aus Sicht der systemtheoretischen Makroperspektive (ausreichend) in gesellschaftliche Funktionssysteme inkludiert zu sein bzw. aus Sicht der systemtheoretischen Mikroperspektive primär seine biopsychosozialen sowie als sekundäre Folge auch andere Bedürfnisse nicht befriedigen zu können.

Als Tatbestandsvoraussetzungen sind in § 35a Abs. 1 SGB VIII zwei leistungserhebliche Merkmale genannt. Erstens muss die „seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für [...] [das] Lebensalter typischen Zustand“ abweichen. Die Prüfung dieses Tatbestandes erfolgt im Auftrag des ASD durch einen Arzt oder Psychotherapeuten gemäß § 35a Abs. 1a SGB VIII. Ein Abweichen der seelischen Gesundheit reicht für die Gewährung der Eingliederungshilfe nicht aus. Das Ergebnis der Stellungnahme ist aber Bestandteil der Sozialen Diagnostik der Fachkraft im ASD. Denn wenn ein Gutachten vorliegt, das eine Abweichung der seelischen Gesundheit zum Ergebnis hat, muss die Fachkraft innerhalb von zwei Wochen eine Entscheidung über den Bedarf an Eingliederungshilfe treffen (§ 14 Abs. 2 S. 4 SGB IX). Dazu muss von der Fachkraft des

28 Verantwortlich für diese Schwerpunktsetzung sind mindestens drei Faktoren: Zum einen sind mit der Gewährung einer HzE für die Kommune, die darauf bedacht ist, die ihr zur Verfügung stehenden (knappen) Mittel möglichst wirksam einzusetzen, finanzielle Ausgaben verbunden. Zum zweiten kann eine Entscheidung hinsichtlich der Gewährung oder Nichtgewährung bzw. der Ausgestaltung von Hilfen maßgeblichen Einfluss auf Familiensysteme und die Entwicklung der ihnen zugehörigen Kinder und Jugendliche haben. Beide, Kommune und Adressat, haben also ein Interesse daran, eine möglichst passgenaue Hilfe zu leisten bzw. zu empfangen. Ein dritter Grund ist im Beschluss des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) im Jahr 1990, das als Neuordnung das Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) von 1961 ablöste (vgl. Wabnitz 2009b, 18ff.; Bellermann 2011, 237f.), zu finden. Damit ging die Einführung des § 36 SGB VIII, der entscheidende Bestimmungen zur Hilfeplanung und damit zum Prozess der Gewährung von HzE enthält, einher.

29 Für die Gewährung von Eingliederungshilfen für geistig oder körperlich sowie mehrfach behinderter Kinder und Jugendhilfe ist der Sozialhilfeträger und nicht die Kinder- und Jugendhilfe zuständig (vgl. Wabnitz 2009b, 93).

ASD eine Diagnose gestellt werden, die eine begründete Entscheidung darüber enthält, ob zweitens eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gegeben ist oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sein wird, die auf die festgestellte Abweichung der seelischen Gesundheit zurückzuführen ist. Beide Tatbestandsvoraussetzungen müssen in direktem Zusammenhang stehen. Dafür sind gemäß den Leitlinien der ‚Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit‘ (ICF) der WHO vor allem die Lebensbereiche ‚Familie‘, ‚Gleichaltrige/Freunde/Freizeit‘, ‚Kindergarten/Schule‘ bzw. ‚Ausbildungs-/Arbeitsplatz‘ zu berücksichtigen (vgl. Münder et al. 2006, 460).

Wenn eine Beeinträchtigung nicht vorliegt, aber davon auszugehen ist, dass diese droht, muss diese „nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten“ (§ 35a Abs. 1 S. 2 SGB VIII) sein. ‚Hohe Wahrscheinlichkeit‘ meint in diesem Zusammenhang „wesentlich mehr als 50 Prozent [...] (BverwG 26.11.1998 – 5 C 38.97 – FEVS 49, 487, 489)“ (Münder et al. 2006, 462). Eine Diagnose muss daher eine diesbzgl. Prognose enthalten.

Auf welche Art und Weise die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche erbracht wird, richtet sich gemäß § 35a Abs. 2 SGB VIII nach dem „Bedarf im Einzelfall“. Es wird parallel zu den HzE zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen unterschieden. Der Gesetzestext verwendet an dieser Stelle nicht wie bei den HzE die Worte ‚notwendig‘ und ‚geeignet‘. In der Praxis erfolgt die Prüfung des Bedarfs der Eingliederungshilfe aber entlang dieser beider Kriterien.

4.2.4 Mitwirkung in familiengerichtlichen Verfahren (§ 50 SGB VIII)

Gemäß § 50 SGB VIII wirkt der ASD als Vertreter des Jugendamtes in unterschiedlichen familiengerichtlichen Verfahren mit. Seine Beteiligung ist im ‚Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit‘ (Familienverfahrensgesetz bzw. FamFG) festgelegt. Die Verfahren, an denen der ASD mitzuwirken hat, sind in § 50 Abs. 1 S. 2 Nr. 1-5 SGB VIII aufgeführt. Sie betreffen die Abschnitte drei bis sieben des zweiten Buches des FamFG, ‚Verfahren in Familiensachen‘: ‚Kindschaftssachen‘ (elterliche Sorge, Umgangsrecht, Kindesherausgabe, Vormundschaft, Pflegschaft, freiheitsentziehende Unterbringung), ‚Verfahren in Abstammungssachen‘, ‚Verfahren in Adoptionssachen‘, ‚Verfahren in Ehewohnungs- und Haushaltssachen‘ sowie ‚Verfahren in Gewaltschutzsachen‘. Verfahren können von unterschiedlichen Beteiligten (bspw. Familienmitgliedern, dem Gericht oder dem ASD) angeregt oder beantragt werden. Ob der ASD beteiligt wird, hängt vom Gegenstand des Verfahrens ab, in Kindschaftssachen ist der ASD allerdings immer anzuhören.

So unterschiedlich der Gegenstand der familiengerichtlichen Verfahren auch sein mag, die Beteiligung des ASD verfolgt immer das Ziel, die Interessen des betroffenen Kindes in das Verfahren einzubringen und zu vertreten. Die Fachkraft des ASD sollte sich dabei von der Fragestellung leiten lassen, welche Entscheidung dem Wohl des Kindes zum Zeitpunkt der Entscheidung sowie in Zukunft am Besten gerecht wird (vgl. Harnach 2011, 283f.). Dafür ist es notwendig, dass die Fachkraft eine Soziale Diagnose hinsichtlich der aktuellen Lebenslage des Kindes sowie eine Prognose für seine weitere Entwicklung erstellt. Die Grundlage für eine solche Soziale Diagnose bilden vor allem Informationen über das betroffene Kind sowie sein Familiensystem und Systeme seines engeren sozialen Umfeldes (vgl. ebd., 293ff.). Die Wünsche der Beteiligten sind ebenso zu erfassen und einzubeziehen, wie die emotionalen Bindungen zwischen den Familienmitgliedern, die Erziehungsfähigkeit der Eltern und die Frage nach einer kontinuierlichen Gewährleistung des Kindeswohls, dass die Betreuung, Versorgung und Erziehung des Kindes mit einschließt (vgl. ebd., 294ff.). Die Diagnose bedarf also einer umfangreichen Anamnese.

Die Soziale Diagnose bildet die Grundlage für die Stellungnahme an das Familiengericht, die neben der Darlegung der Ergebnisse der Anamnese hinsichtlich des Ist-Zustandes und eine Mitteilung über bereits angebotene und erbrachte Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe auch die Soziale Diagnose und die damit verbundene Prognose sowie ggf. einen Entscheidungsvorschlag bzw. eine Empfehlung und Angaben hinsichtlich möglicher Hilfen enthalten kann. Wie umfangreich und welche Teilergebnisse der Sozialen Diagnostik in den Bericht an das Familiengericht aufgenommen werden sollten, ist fachlich umstritten (vgl. Maly 2010, 28). Die Stellungnahme sollte in Kindschaftssachen in jedem Fall mit Rücksicht auf § 156 FamFG, der das ‚Hinwirken auf Einvernehmen‘ vorsieht, erfolgen.

Da die Eltern keiner Mitwirkungspflicht unterliegen und Daten gemäß § 62 Abs. 1 S. 1 SGB VIII nur bei den Beteiligten zu erheben sind bzw. die Erhebung von Daten bei anderen Personen dem Einverständnis der Eltern bedürfen, kann es sein, dass der ASD nicht in der Lage ist, eine Soziale Diagnose zu erstellen. Ebenso kann der ASD im Rahmen seiner Sozialen Diagnostik zu dem Ergebnis kommen, dass er mit der Beantwortung von Fragestellungen im Verfahren (fachlich) überfordert ist. In einem solchen Fall besteht die Möglichkeit, ein psychologisches Sachverständigengutachten anzuregen, das vom Gericht in Auftrag gegeben werden kann (vgl. Harnach 2011, 293).

Dem ASD und der Sozialen Diagnostik kommt in diesem Aufgabenbereich „primär eine Hilfe- und Beratungsfunktion“ (Wabnitz 2010, 50) zu. Die Entscheidung steht entgegen den Aufgabenbereichen des HzE oder der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII dem Familiengericht zu. Dennoch hat die Stellungnahme des ASD und damit die vorangegangene

Soziale Diagnostik häufig große Relevanz für die Entscheidung des Familiengerichts.

4.2.5 Mitwirkung in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz (§ 52 SGB VIII)

Der ASD hat in Funktion der Jugendgerichtshilfe auf der Grundlage des § 52 SGB VIII i.V.m. § 38 und § 50 Abs. 3 S. 2 JGG in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG) mitzuwirken. Der ASD unterstützt in dieser Funktion das Justizsystem, dessen Aufgabe es ist, weitere Straftaten bzw. eine dissoziale Entwicklung von Jugendlichen und ggf. jungen Heranwachsenden zu vermeiden. Straffälliges Verhalten schädigt das Gesellschaftssystem, sodass seitens der Gesellschaft ein Interesse besteht, diesem vorzubeugen. Bei Jugendlichen ist aus entwicklungspsychologischer Sicht davon auszugehen, dass ihre Erziehung und Sozialisation noch nicht abgeschlossen ist, sodass beim Jugendgericht vor dem Hintergrund des Erziehungsgedankens des JGG Maßnahmen verhängt werden sollen, die mit erzieherischem Charakter die Entwicklung des Jugendlichen positiv beeinflussen und weitere Straffälligkeit vermeiden sollen.

Zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Jugendgerichtshilfeverfahrens kommen auf die Fachkraft des ASD unterschiedliche diagnostische Anforderungen zu. Nach Bekanntwerden der Eröffnung des Verfahrens hat der ASD zu prüfen, ob es angezeigt und sinnvoll ist, HZE oder andere Jugendhilfemaßnahmen anzubieten und ggf. einzuleiten (§ 52 Abs. 2 S. 1 SGB VIII). Dafür ist es notwendig, das Handeln des Beklagten und die Gründe für sein Tun nachvollziehen und hinsichtlich seiner Entwicklung einordnen zu können. Die Annahme von Hilfen ist seitens des ASD gemäß § 52 Abs. 2 S. 2 SGB VIII der Staatsanwaltschaft oder dem Jugendgericht mitzuteilen. Die Staatsanwaltschaft kann daraufhin gemäß § 45 Abs. 2 S. 1 JGG von einer Strafverfolgung absehen oder der Richter kann gemäß § 47 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 JGG das Verfahren einstellen.

Wird im Verfahren eine Verhandlung eröffnet, nimmt der ASD daran teil und berichtet hinsichtlich der Ergebnisse seiner Sozialen Diagnostik. Aufgabe des ASD ist es, seine pädagogische Expertise einzubringen. Bereits Salomon formulierte diesbzgl., „daß man die körperlichen, geistigen und sozialen Tatsachen erforschen muß, die dahinter liegen, wenn man eine Heilung herbeiführen will“ (Salomon 1926, 5). Auf der Grundlage seiner Anamnese, die so weit wie nötig auszuführen ist, hat sich die Fachkraft des ASD diagnostisch und prognostisch zu unterschiedlichen Fragestellungen zu äußern. Bei Verfahren gegen Jugendliche (Alter zum Tatzeitpunkt: 14-17 Jahre) muss eine Einschätzung erfolgen, ob gemäß § 3 JGG Zweifel an der strafrechtlichen Verantwortungsreife bestehen. Davon ist bspw. auszugehen, wenn der Jugendliche aufgrund seiner Entwicklung nicht in der

Lage ist, sein Fehlverhalten einzusehen oder gemäß erlernter Werte und Normen zu handeln (vgl. Harnach 2011, 347f.). Die Feststellung einer nicht gegebenen strafrechtlichen Verantwortungsreife hat aber nicht die Einstellung des Verfahrens zur Folge. Für den Richter besteht die Möglichkeit, Maßnahmen des Familiengerichts anzuordnen (§ 3 S. 2 JGG). Bei Verfahren gegen Heranwachsende (Alter zum Tatzeitpunkt: 18-20 Jahre) ist zu prüfen und seitens des ASD eine Soziale Diagnose zu erstellen, ob der Beklagte in seiner Persönlichkeitsentwicklung zum Zeitpunkt der Tat noch einem Jugendlichen oder bereits einem Erwachsenen gleichzusetzen ist. An dieser Frage entscheidet sich, ob im Falle einer Verurteilung das Jugend- oder Erwachsenenstrafrecht zur Anwendung gebracht wird.³⁰

Zum anderen ist seitens des ASD im Falle einer Verurteilung nach dem Jugendstrafrecht ein Vorschlag für die zu verhängende Sanktion zu unterbreiten. Auf der Grundlage der Sozialen Diagnostik begründet die Fachkraft des ASD ihre Entscheidung. Sanktionsmöglichkeiten sind in den §§ 9-32 JGG vorgegeben. Die Auswahl der Sanktion soll in Hinblick auf ihren erzieherischen Einfluss auf den Beklagten gewählt werden. Ebenso wie in Verfahren vor dem Familiengericht obliegt eine Entscheidung nicht der Fachkraft des ASD. Ihre Soziale Diagnostik kann aber maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidung des Richters haben.

4.2.6 Krisenintervention (§§ 8a, 42 SGB VIII)

§ 8a SGB VIII - Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (KWG)

„Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt“ (§ 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII), so wacht der ASD im Auftrag der staatlichen Gemeinschaft gemäß Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG über das Recht und die Pflicht der Eltern zur angemessenen Pflege und Erziehung ihrer Kinder. Die Gesellschaft hat sich mit Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG die Aufgabe selbst zueigen gemacht, das Wohl von Kindern sicherzustellen, wenn Eltern dazu nicht in der Lage oder nicht bereit sind. Damit trägt die Gesellschaft eine große Verantwortung, die zu großen Teilen an das Jugendamt abgegeben wird. In diesem Aufgabenbereich wird der Kontrollauftrag des ASD deutlich. Ziel ist es, Kindeswohlgefährdungen - im Idealfall in Zusammenarbeit mit den Eltern und dem betroffenen Kind (§ 8a Abs. 1 S. 2 SGB VIII) - abzuwenden.

Fälle von KWG sind häufig von Komplexität, Unsicherheit aufgrund der unübersichtlichen und teilweise sehr schnell zu bewertenden Gesamtsituation und Diffusität (vgl. Pantucek

³⁰ Eine grundlegende Schwierigkeit dieser diagnostischen Tätigkeit birgt die häufig lediglich retrospektiv mögliche Bewertung des Entwicklungsstandes des Beklagten zum Tatzeitpunkt (vgl. Harnach 2011, 348). Je nach Bearbeitungszeitraum im Justizsystem können zwischen Tatzeitpunkt und Sozialer Diagnostik Monate vergangen sein. Objektive Kriterien für die Bewertung und Einordnung der persönlichen Reife der Beklagten gibt es nicht. Anhaltspunkte sind aber in den ‚Marburger Richtlinien‘ (vgl. DVJP 1955) zu finden, die eine Orientierung bieten können.

2009a, 40f.; Gissel-Palkovich 2011, 180) gekennzeichnet. Der Fachkraft obliegt die Herausforderung, dennoch eine zutreffende Diagnose zu stellen, um angemessen intervenieren und so das Kind schützen zu können. Jeder Fall einer (möglichen) KWG beginnt mit dem Bekanntwerden von ‚gewichtigen Anhaltspunkten‘, die darauf schließen lassen, dass das Wohl eines Kindes gefährdet ist bzw. gefährdet sein könnte. Die Informationen können aus ganz unterschiedlichen Quellen stammen: eine anonyme Meldung z.B. am Telefon, eine Meldung vom Kindergarten oder der Schule, eine Mitteilung vom (Kinder-)Arzt, der Polizei oder den betroffenen Kindern, Jugendlichen oder Eltern selbst. Ebenso ist es möglich, dass die Fachkraft im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung in anderen Bereichen Kenntnis über gewichtige Anhaltspunkte erhält. Die Aufnahme ist bereits der erste Schritt im Sinne einer Anamnese. Häufig stehen am Anfang nicht viele Informationen zur Verfügung, dennoch muss die Fachkraft eine erste Sicherheits- bzw. Risikoeinschätzung vornehmen, also bewerten, ob das Kindeswohl akutell bzw. prognostisch in Zukunft gewährleistet ist bzw. sein wird (vgl. Harnach 2011, 215ff.). Die Krisensituation ist innerhalb kurzer Zeit so umfassend wie möglich zu erfassen.

Mit Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes (BkiSchG) zum 01.01.2012 ist § 8a Abs. 1 SGB VIII dahingehend erweitert worden, dass die Fachkraft sich im Rahmen ihrer Einschätzung einen persönlichen Eindruck vom betroffenen Kind und seinem Umfeld machen soll, „sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich“ und dem Ziel des Kinderschutzes nicht abträglich ist. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sind in die Einschätzung mit einzubeziehen.

§ 8a Abs. 2 S. 1 SGB VIII gibt hinsichtlich der Risikoabschätzung vor, dass diese „im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte“ vorzunehmen ist. Ziel ist es, eine Entscheidung zu treffen, in welchem Zeitraum (bspw. sofort, in den nächsten drei Tagen, in den nächsten ein bis zwei Wochen), welche Intervention erfolgen muss, um das Wohl des Kindes zu sichern.

Die Formen der Intervention weisen eine große Bandbreite auf. Angefangen bei einer Entscheidung, dass „bewußtes Nichtstun“ (Krieger 1994, 176; im Original kursiv und fett gedruckt) die geeignete Reaktion auf die vorhandenen Informationen ist und ggf. zunächst weiter beobachtet werden muss, kann das Hinwirken (ggf. gemeinsam mit Kooperationspartnern wie der Schule, Kindergarten, Ärzten oder der Polizei) auf die Annahme von HzE durch die Eltern oder die Erfüllung von Auflagen (bspw. Vorstellung beim Arzt, Beginn eines Drogenentzugs) eine geeignete Intervention darstellen. In einigen Fällen ist die Anrufung des Familiengerichts (§ 8a Abs. 3 S. 1 SGB VIII) notwendig, um eine Zusammenarbeit mit den Eltern (bzw. die Annahme von HzE) oder einen Eingriff seitens des Familiengerichts in das Sorgerecht der Eltern zu erwirken. Voraussetzungen für das

Tätigwerden des Familiengerichts gemäß § 1666 BGB ist zum einen das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung oder einer Gefährdung seines Vermögens. Die Gefährdung muss dabei konkret gegeben und entsprechend begründet werden können. Zweite Voraussetzung ist eine fehlende Mitwirkung der Eltern, die Gefahr abzuwenden. Dabei ist unerheblich, ob die Eltern nicht wollen oder nicht können (vgl. Wabnitz 2009a, 123ff.). Wenn aufgrund einer akuten Gefahr für das Kind ein sofortiges Tätigwerden des ASD notwendig ist und eine Entscheidung des Familiengerichts nicht abgewartet werden kann, ist der ASD berechtigt und verpflichtet, auch ohne Entscheidung des Familiengerichts zu handeln und das Kind auch gegen den Willen der Eltern aus seinem Lebenskontext herauszunehmen und in Obhut zu nehmen (§ 8a Abs. 3 S. 2 i.V.m. § 42 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VIII).

Für die Entscheidung über eine Intervention ist es notwendig, eine Prognose zu erstellen, wie wahrscheinlich eine zukünftige Gefährdung des Kindes ist und was mit dem Kind passieren wird, wenn keine bzw. eine geringere oder spätere Intervention erfolgen würde.

Bei der Bewertung von Kindesschutzfällen wird ein anderer Maßstab als bei bspw. HzE angelegt. Das Ziel des Kindesschutzes ist die Abwendung von Gefahren für das Kind und nicht ein „optimales“ Erziehungsverhalten der Personensorgeberechtigten“ (Lüttringhaus/Streich 2010, 123). Es soll (lediglich) ein Mindestmaß an Erziehung, Pflege und Versorgung sichergestellt werden. Sobald dieses erreicht ist, ist ein Fall nicht mehr als Kindesschutzfall einzuordnen. Ggf. werden im Zusammenwirken mit den Eltern HzE eingeleitet und der Fall damit im Aufgabenbereich der HzE weitergeführt.

Ein Kindesschutzfall ist dann beendet, wenn die Gefahr für das Kind abgewendet ist und die Familie ggf. ausreichend unterstützt wird (bspw. durch HzE gemäß § 27 SGB VIII), damit prognostisch davon ausgegangen werden kann, dass das Kind unter angemessenen Lebensumständen zu einer „eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1 Abs. 1 SGB VIII) aufwachsen kann.

Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung ist neben dem Aufgabenbereich der Hilfen zur Erziehung der im Rahmen der Sozialen Diagnostik zurzeit am stärksten diskutierte (vgl. Schultz 2004; Eisenlohr/Reich 2004; Lüttringhaus/Streich 2010). Dies ist u.a. auf die mit diesem Aufgabenbereich verbundenen zahlreichen und teilweise sehr weitreichenden Diagnosen und der damit verbundenen Verantwortung der Fachkraft zurückzuführen.

§ 42 SGB VIII - Inobhutnahme (ION) von Kindern und Jugendlichen

Fachkräfte des ASD haben das Recht und die Pflicht, Jugendliche in Obhut zu nehmen, wenn dies aufgrund der aktuellen Lebensumstände notwendig ist, um ihren Schutz sicher zu stellen. Dieser Aufgabenbereich stellt eine der möglichen Interventionen im Fall ‚von‘

Kindeswohlgefährdung da. Ebenso kann eine ION aber auch Ergebnis einer Beratung (Kap. 4.2.1) sein oder im Rahmen einer Hilfe zur Erziehung als indiziert erkannt werden. ION sind von ihrem kurzfristigen und vorläufigen, nicht dauerhaften Interventionscharakter geprägt. ION können als Krisenintervention zur Lösung von krisenhaften Lebenssituationen von Kindern und Jugendlichen angezeigt sein.

In jedem Fall ‚von‘ ION ist zuerst zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine ION erfüllt sind. § 42 Abs. 1 S. 1 SGB VIII sieht drei ‚anspruchsberechtigte Gruppen‘ vor. Die erste Gruppe bilden Kinder und Jugendliche, die von sich aus um ION bitten. Die zweite Gruppe umfasst Kinder und Jugendliche, deren Wohl akut bedroht ist und zu deren Sicherung eine ION unumgänglich ist. Innerhalb beider Gruppe ist nach Fällen zu differenzieren, in denen Eltern mit der ION einverstanden sind und Fällen, in denen Eltern nicht einverstanden sind. Sind die Eltern nicht einverstanden und kann eine Entscheidung des Familiengerichts nicht abgewartet werden kann, da prognostisch davon auszugehen ist, dass bis zu einer Entscheidung das Wohl des Kindes geschädigt wird, ist die ION gegen den Willen der Eltern durchzuführen. Die Fachkraft muss dann unverzüglich an das Familiengericht herantreten, das über weitere Schritte entscheidet. Als dritte Gruppe gehören ausländische Kinder und Jugendliche dieser Gruppe an, wenn sie unbegleitet nach Deutschland gekommen sind und sich ohne Personensorge- oder Erziehungsberechtigten in Deutschland aufhalten. In jedem dieser drei bzw. vier Fallkonstellationen wird die Fachkraft zunächst anamnestisch Informationen sammeln, um sich ein Bild von der krisenhaften Lebenssituation des Kindes oder des Jugendlichen machen zu können.

In jedem Fall muss die Fachkraft zum einen aufgrund der von ihr erhobenen Informationen die Entscheidung treffen, dass das Kind bzw. der Jugendliche die Voraussetzungen erfüllt, um in Obhut genommen werden zu können bzw. zu müssen. Wenn diese erfüllt sind, ist zum zweiten darüber zu entscheiden, welche Person bzw. Einrichtung geeignet ist, um das Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen umfassend (gemäß § 8a Abs. 2 SGB VIII) sicherzustellen. Bei der Auswahl sind neben dem Alter des Kindes bzw. Jugendlichen auch das Geschlecht und möglicherweise ein besonderer Pflege- oder Erziehungsbedarf (z.B. bei Kinder und Jugendlichen mit einer Behinderung) zu berücksichtigen.

Wenn sich ein Kind oder Jugendlicher weigert, in Obhut genommen zu werden, obwohl dies aus Sicht der Fachkraft notwendig wäre, ist im Rahmen der Sozialen Diagnostik zu entscheiden, ob die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen notwendig ist, „um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden“ (§ 42 Abs. 5 S. 1 SGB VIII). Für die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen muss die Gefährdung des Kindeswohls also so ausgeprägt

sein, dass das Leben des Kindes bedroht ist, wenn keine ION erfolgt. Der ASD kann im Rahmen seiner Tätigkeit zu dem Ergebnis kommen, dass er diese Maßnahmen für erforderlich hält. Durchführen darf er sie aber nicht. Dafür sind ‚befugte Stellen‘ (§ 42 Abs. 6 SGB VIII) hinzuzuziehen. Diese müssen die Einschätzung des ASD nicht zwangsläufig teilen. Deshalb ist eine gute Begründung auf der Grundlage der erfolgten Sozialen Diagnostik ggf. notwendig, um die für die Sicherstellung des Kindeswohls notwendigen Maßnahmen einzuleiten.

Eine ION endet gemäß § 42 Abs. 4 SGB VIII mit einer Rückkehr des Kindes bzw. Jugendlichen zu den Eltern oder mit einer Gewährung von HzE.

4.2.7 ‚Sonstige Aufgaben‘ (§§ 19-21 SGB VIII)

Die im Folgenden genannten Aufgaben gemäß §§ 19-21 SGB VIII, sind im SGV III im Abschnitt zwei des zweiten Kapitels im Bereich ‚Förderung der Erziehung in der Familie‘ verortet und werden in dieser Arbeit als ‚sonstige Aufgaben‘ zusammengefasst. Denn in Hinblick auf die mit diesen Aufgaben verbundenen (diagnostischen) Tätigkeiten der Fachkraft bilden diese drei Aufgaben keinen eigenen Aufgabenbereich. Sie können vielmehr den bis hierhin ausgeführten Aufgabenbereichen zugeordnet werden.

Die Unterstützung in Form von ‚*Gemeinsamen Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder*‘ (§ 19 SGB VIII) kann vom Tätigkeitsprofil der Fachkraft des ASD dem Aufgabenbereich der HzE zugeordnet werden, auch wenn sie keine HzE gemäß §§ 27 oder 41 SGB VIII darstellt. Allerdings ist bei der Sozialen Diagnostik zu berücksichtigen, dass die Zugangsvoraussetzungen von denen der HzE abweichen. Die Unterstützung in Form von ‚*Gemeinsamen Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder*‘ richtet sich an „Mütter oder Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen“ (§ 20 Abs. 1 S. 1 SGB VIII) und aufgrund ihrer eigenen Persönlichkeitsentwicklung intensive Unterstützung bei der Pflege und Erziehung ihres Kindes benötigen. Im Rahmen der Sozialen Diagnostik muss abgeklärt werden, dass diese Unterstützung die geeignete und notwendige Maßnahme darstellt.

Die „*Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen*“ (§ 20 SGB VIII) kann dem Aufgabenbereich der Krisenintervention und der HzE zugeordnet werden. Ausgangspunkt für eine Unterstützung ist in diesem Fall eine Not- also eine Krisensituation in der Familie aufgrund dessen, dass der Elternteil, der normalerweise die (überwiegende) Betreuung des betroffenen Kindes übernimmt, ausfällt. Im Rahmen der Sozialen Diagnostik ist zu klären, ob die rechtlichen Voraussetzungen für diese Art der Unterstützung erfüllt sind. Ist dies der Fall,

ist zu entscheiden, in welcher Form und in welchem Umfang „die Hilfe erforderlich ist, um das Wohl des Kindes zu gewährleisten“ (§ 20 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VIII).

Die ‚*Unterstützung bei notwendiger Unterbringung zur Erfüllung der Schulpflicht*‘ (§ 21 SGB VIII) kann einerseits dem Aufgabenbereich der Beratung und andererseits dem Bereich der HzE zugeordnet werden. Denn „in geeigneten Fällen“ (§ 21 S. 2 SGB VIII) ist das betroffene Kind oder der Jugendliche in einer geeigneten Wohnform unterzubringen und die Kosten sind seitens der Kommune dafür zu tragen. Die Soziale Diagnostik erstreckt sich also auf die Fragestellung, in welche Richtung die Eltern beraten werden sollen, und auf die Prüfung des Falls hinsichtlich der Erfüllung der rechtlichen Leistungsvoraussetzungen.

5 - Kriterien

Kapitel vier hat die in der Einleitung formulierte Hypothese, dass alle fallspezifischen Aufgaben des ASD diagnostische Aufgabenanteile enthalten, bestätigt. Um diese diagnostischen Aufgabenanteile fachlich verantwortungsvoll bewältigen zu können, wurden innerhalb der Disziplin der Sozialen Arbeit unterschiedliche Verfahren entwickelt, die den diagnostischen Prozess mit Hilfe von Methoden und Instrumenten strukturieren. Gemeinsames Ziel aller Verfahren ist es, fehlerhafte Entscheidungen zu vermeiden und/oder für den Adressaten Formen der Unterstützung zu finden, die so passgenau und hilfreich wie möglich sind. Die Verfahren lenken und leiten den diagnostischen Prozess und beeinflussen damit auch das Ergebnis der Sozialen Diagnose. Die Verantwortung für die Auswahl und Anwendung eines der Verfahren obliegt der Fachkraft des ASD. Da die Verfahren Auswirkungen auf die Art und Weise und den Gegenstand der Beobachtungen haben, muss die Fachkraft ihre Auswahl fachlich nachvollziehbar begründen können. Im Folgenden werden deshalb Kriterien formuliert, mit Hilfe derer die Auswahl der Verfahren hinsichtlich ihrer Anwendung in den in Kapitel 4.2 ausgeführten fallspezifischen Aufgabenbereichen des ASD abgewogen und entschieden werden kann.

5.1 Gegenstand der Sozialen Diagnostik

Im Rahmen der Gestaltung des Prozesses der Sozialen Diagnostik obliegt dem Diagnostizierenden die Verantwortung, festzulegen, welche Bereiche der Lebenssituation des Adressaten in die Diagnostik mit einbezogen werden (vgl. Müller 2006, 71). Er trifft also eine Entscheidung hinsichtlich der Aspekte, die er für den diagnostischen Prozess als relevant betrachtet und lässt nach seiner Einschätzung nicht bzw. weniger relevante Merkmale außen

vor. Die Auswahl der Aspekte hat aber maßgeblichen Einfluss auf das Ergebnis der Diagnose, sodass die Fachkraft abwägen muss, welche Bereiche er als (ir-)relevant erachtet. Dem konstruktivistischen Erkenntnismodell (nach Höllmüller Modell 2 (vgl. Kap. 2.1)) folgend, das als Grundlage für den diagnostischen Prozess an dieser Stelle vorausgesetzt wird, ist diese Entscheidung ein aktiver und konstruierender Vorgang (vgl. Krieger 1994, 121). Beobachten bzw. erkennen bedeutet, eine Unterscheidung vorzunehmen (bspw. krank – nicht krank), um dann eine der beiden Seiten als Beschreibung des Beobachteten auszuwählen (vgl. Höllmüller 2009a, 31). Dadurch ist erklärbar, warum unterschiedliche Menschen eine gemeinsam erlebte Situation unterschiedlich bewerten können, also z.B. als problematisch oder unproblematisch ansehen (vgl. Spiegel 2006, 38ff.). Da die Auswahl der Unterscheidungen den Prozess des Erkennens steuert, bedeutet die Auswahl, dass der Beobachter in der Verantwortung für die von ihm vorgenommene Selektion steht (vgl. Kleve 2009, 37). Der Beobachter muss in der Lage sein, die von ihm vorgenommenen Unterscheidungen nachvollziehbar zu begründen.

Dem Bestreben, die ‚richtigen‘ Merkmale in den Blick zu nehmen, stehen häufig komplexe, diffuse und heterogene Problem- bzw. Systemkonstellationen gegenüber. Anspruch der Sozialen Diagnostik ist es, die problematische Situation des Adressaten ganzheitlich zu erfassen (vgl. Schrapper 2008a, 55). Damit soll zum einen ein umfassendes Problemverständnis erlangt werden, das dem Diagnostizierenden und dem Adressaten ermöglicht, zu bearbeitende Probleme zu identifizieren. Zum anderen sollen die Ressourcen herausgearbeitet werden, die für die Problemlösung genutzt werden können.

Bei Heiner findet sich eine inhaltsreiche und gut strukturierte Übersicht hinsichtlich ‚Prinzipien psychosozialer Diagnostik‘, die Heiner als Anforderungsmaßstab an Prozesse Sozialer Diagnostik formuliert hat (vgl. u.a. Heiner/Schrapper 2004, 212ff.; Heiner 2005, 256ff.). Die ‚Prinzipien‘ ordnet Heiner in vier ‚Orientierungen‘, die jeweils durch drei bzw. vier ‚Elemente‘ inhaltlich weiter untergliedert werden. Ihre Ausführungen greifen die im Fachdiskurs der letzten Jahrzehnte diskutierten Merkmale diagnostischer Prozesse in der Sozialen Arbeit auf, beinhalten Anforderungen, die von anderen Wissenschaftlern hinsichtlich der Prozesse Sozialer Diagnostik explizit formuliert werden (vgl. u.a. Pantucek 2005) und stellen diese systematisiert dar. Diese Prinzipien umfassen Elemente, die den Gegenstand Sozialer Diagnostik differenziert beschreiben. Daher beziehen sich die nachfolgenden Unterkapitel auf die Darstellung bei Heiner. An einigen Stellen sind darüber hinaus Vertiefungen notwendig bzw. sinnvoll, die an gegebener Stelle angefügt und weiter ausgeführt werden.

5.1.1 Mehrperspektivische Orientierung

Der Gegenstand Sozialer Diagnostik gestaltet sich häufig sehr komplex. Daher ist es notwendig, die (Problem-)Situation des Adressaten aus mehreren Perspektiven bzw. auf mehreren Ebenen zu erfassen. Dieses Anliegen verfolgt die ‚mehrperspektivische Orientierung‘.

Die Grundlage dafür bietet eine *konstruktivistische* Haltung, die bereits in Kapitel 2.1 ausgeführt wurde. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass jede Einschätzung und Bewertung einer Situation und daher auch jedes Ergebnis einer Sozialen Diagnostik letztlich hypothetisch bleibt. Keine Sichtweise, weder die der Fachkraft noch die des Adressaten, bildet die Realität objektiv ab. Sie stellen lediglich Hypothesen dar, die im weiteren Hilfeverlauf ggf. verifiziert oder falsifiziert werden (vgl. Staub-Bernasconi 2003, 35).³¹ So aufwendig die Soziale Diagnostik auch betrieben werden und so klar und eindeutig das Ergebnis auch erscheinen mag, ist vor der Versuchung zu warnen, die eigene Einschätzung als ‚gültige Wahrheit‘ anzusehen. Daraus ergibt sich die Annahme, dass unterschiedliche Betrachtungsweisen zu einer Vielzahl von Hypothesen führen und deren Überprüfung die Grundlage für eine größtmögliche Annäherung an die Realität bildet (vgl. Heiner 2005, 257).

Daher ist die Situation des Adressaten (also der Gegenstand der Sozialen Diagnostik) *multidimensional* zu erfassen. Multidimensional bedeutet, dass erstens alle Problemkategorien, die für relevant und zentral gehalten werden (bspw. die Differenzierung von Staub-Bernasconi nach Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienproblemen (vgl. Engelke 1999, 371ff.)) berücksichtigt werden. Neben den Problemen sind aber ebenso alle Ressourcen, die sich auf unterschiedlichen Ebenen bzw. in unterschiedlichen Systemen (bspw. die Ausstattungsmerkmale des Adressaten oder die Unterstützung durch Lehrkräfte) finden lassen, zu erfassen. Zweitens sind die Perspektiven unterschiedlicher Beteiligter einzubeziehen. Beteiligte sind, neben dem Adressaten selbst, Teile der Systeme, in die er inkludiert ist bzw. war oder mit denen er Berührungspunkte hat(te) und die einen Beitrag zur Fragestellung leisten können sowie die am Hilfeprozess beteiligten Fachkräfte. Beide Ebenen - die inhaltliche sowie die personelle - können in Hinblick auf drei Aspekte näher differenziert werden. Die Breite, Tiefe und die zeitliche Dimension beider Ebenen können unterschiedlich stark berücksichtigt werden.

31 Diese Annahme wird durch die Tatsache, dass die Soziale Arbeit einem ‚strukturellen Technologiedefizit‘ unterliegt (vgl. Luhmann/Schorr 1982), untermauert. Das Defizit besteht darin, dass in sozialen Prozessen keine eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge festgestellt werden können. Ursachenerklärungen können im Sinne einer konstruktivistischen Herangehensweise nur als Konstrukt rekonstruiert werden. Von ihnen kann keine Methode abgeleitet werden, die im nächsten Fall vorhersehbar die gewünschte Wirkung erzielt (vgl. Spiegel 2006, 42f.).

Das bedeutet auf der inhaltlichen Ebene konkret, dass je nach Aufgabenbereich zum einen zu entscheiden ist, welche (Problem-)Aspekte aus fachtheoretisch begründeter Sicht für den jeweiligen Aufgabenbereich im Mittelpunkt der Betrachtung stehen müssen bzw. sollten. Gegenstand der Sozialen Diagnostik können Ausstattungsmerkmale (z.B. physische und psychische Gesundheit, materielle Lebensgrundlage, Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen aber auch der Eltern, Erziehungsfähigkeit der Eltern, Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich des Kindeswohls (vgl. Ader 2001, 107)), ein erzieherischer Bedarf, die Integration des Kindes/Jugendlichen bzw. die soziale Eingebundenheit der Familie, unterschiedliche Problemdefinitionen der Beteiligten sowie unterschiedliche Beziehungen (bspw. die Elternkindbeziehung) und deren Qualität, aber auch die Bereitschaft, Probleme zu erkennen und an Veränderungen mitzuwirken, sein. Es gilt, den Adressaten ‚ganzheitlich‘ in den Blick zu nehmen. Ganzheitlich bedeutet, auch seine individuellen Sinnkonstruktionen (vgl. Heiner/Schrappner 2004, 208), also die Bewertung und Einordnung eines Verhaltens oder Erlebens seitens des Adressaten selbst, zu erfassen. Vor dem Hintergrund des systemischen Verständnisses fokussiert die Soziale Arbeit auf den Aspekt des ‚Person-Umwelt‘-Verhältnisses. Gegenstand der Sozialen Diagnostik muss daher insbesondere der Mensch in Hinblick auf seine soziale Eingebundenheit und seinen Austausch mit seiner (sozialen) Umwelt sein (vgl. Kap. 5.1.2). Die Soziale Diagnostik analysiert aber nicht nur die Probleme, sondern nimmt insbesondere auch die Ressourcen in den Blick, auf die vom Adressaten zurückgegriffen werden kann. Ressourcen finden sich dabei auf ganz unterschiedlichen Ebenen: körperliche Ausstattungsmerkmale kommen ebenso in Betracht wie sozioökonomische und sozialökologische Ausstattungsmerkmale oder (soziale) Handlungskompetenzen (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 273f.) und Problembewältigungsstrategien (vgl. Galuske 2009, 263). Anliegen der Sozialen Diagnostik ist es, nicht (nur) Störungsbilder herauszuarbeiten, sondern bzw. vor allem Anknüpfungspunkte für positive Veränderungen zu finden. Die Erhebung von Ressourcen ist deshalb so wichtig, weil sie dem Adressaten nicht zwangsläufig bewusst sind und in der Folge nicht ausgeschöpft werden. Ressourcen bewusst zu machen, kann bzw. sollte dazu führen, dass eine größere Bandbreite an Handlungsmöglichkeiten erkannt und genutzt wird und der Adressat in die Lage versetzt wird, (besser) für die Befriedigung seiner Bedürfnisse zu sorgen. Zum anderen ist zu unterscheiden, wie sehr die einzelnen Aspekte vertieft werden sollen bzw. müssen. Zudem ist die zeitliche Dimension mit einzubeziehen, die zwei unterschiedliche Blickwinkel fokussieren kann. Auf der einen Seite kann die aktuelle Situation erfasst werden (Zustand). Auf der anderen Seite kann betrachtet werden, wie sich die aktuelle Situation entwickelt hat bzw. wie sich die Situation weiterentwickeln wird

(Prozess). Ein differenzierter Blick in die Vergangenheit des Adressaten kann dabei sowohl auf die individuelle biographische Entwicklung als auch auf die historische Entwicklung von Institutionen eingehen, die an der individuellen Entwicklung des Adressaten beteiligt waren (vgl. Heiner 2005, 257).

Auf der personellen Ebene ist zu entscheiden, wie viele und welche Beteiligte (Eltern, Geschwister, Lehrer etc.) mit einzubeziehen sind und wie tief die Erfassung ihrer Perspektive gehen soll bzw. muss (bspw. kurzes Telefonat, ausführliches persönliches Gespräch, detaillierter Bericht, ein oder mehrere Kontakte). Bei der Auswahl kann auch die zeitliche Dimension Relevanz erlangen. Bspw. ist die Sichtweise und Einschätzung von MitarbeiterInnen, die den Adressaten vor der Sozialen Diagnostik in einer Jugendhilfeeinrichtung betreut haben, ebenso relevant wie die Einschätzung der Eltern, bei denen der Adressat zum Zeitpunkt der Diagnostik lebt. Die unterschiedlichen Beteiligten verfolgen dabei nicht immer die gleichen Interessen oder Ziele und haben häufig unterschiedliche Ansichten hinsichtlich dessen, was als Problem oder Ressourcen zu definieren ist. Aufgabe der Fachkraft ist es, die unterschiedlichen Sichtweisen zu einem Gesamtbild zusammenzufügen und gleichzeitig gegensätzliche Meinungen kenntlich machen. Die Prozessdiagnostik kann sich dabei auf die biographische Analyse (Entwicklungsanalyse) oder eine historische Analyse der bisherigen Hilfesgeschichte des Adressaten konzentrieren (vgl. Kap. 5.1.3).

Hinsichtlich der Bewertung der Verfahren ergeben sich daher folgende Fragen:

- Wird im Verfahren berücksichtigt bzw. zum Ausdruck gebracht, dass alle Feststellungen und Ergebnisse keine objektive Wahrheit darstellen und letztlich hypothetisch bleiben?
- Werden im Verfahren die relevanten Problemkategorien erfasst?
- Wird der Adressat dabei ‚ganzheitlich‘, d.h. sowohl hinsichtlich seiner individuellen Ausstattungsmerkmale als auch hinsichtlich seiner sozialen Eingebundenheit in seine Umwelt, betrachtet?
- Werden mit dem Verfahren die Ressourcen des Adressaten und seiner sozialen Umwelt erfasst?
- Wird mit dem Verfahren unter Berücksichtigung des Aufgabenbereichs eine ausreichende Breite an Perspektiven der unterschiedlichen Beteiligten erfasst? Werden diese Perspektiven (bspw. die des Adressaten) vertieft?
- Ist mit dem Verfahren ein Zustand und/oder ein Prozess erhebbar?
- Bietet das Verfahren die Möglichkeit, die historisch/biographische Dimension des Adressaten und/oder beteiligten Institutionen zu erfassen?

5.1.2 Sozialökologische Orientierung

Die zweite Orientierung, die Heiner benennt und sich auf die Frage, welcher Gegenstand erfasst wird, bezieht, ist die ‚sozialökologische‘. Hintergrund dieser Orientierung ist der bereits in Kapitel 5.2.1 erwähnte Fokus der Sozialen Arbeit auf das Verhältnis des Adressaten zu seiner Umwelt, dem ‚Person-Umwelt‘-Verhältnis (vgl. Pantucek 2005, 16).

Als erstes Element beinhaltet die sozialökologische Orientierung, dass die Soziale Diagnostik den Aspekt der *interaktionsbezogenen* Analyse beinhalten soll (vgl. Heiner 2005, 257). Ausgehend von der systemtheoretischen Annahme, dass Personen von der Interaktion (also von der Kommunikation und dem Handeln (vgl. Miller 2001, 81)) mit anderen Personen in ihrem System abhängig sind und durch die Interaktion beeinflusst bzw. ggf. verändert werden, ist die aktuelle Problemlage (mit den Worten Staub-Bernasconis) nicht (nur) auf den Adressaten und seine (vermeintlich statisch betrachteten) Ausstattungsmerkmale und ggf. bereits vorhandene Diagnosen (vgl. Hege 2001, 19) zurückzuführen, sondern vor allem als Ergebnis von situationsabhängigen Interaktionsprozessen zu werten. Der Adressat muss als Mensch mit seinen Ausstattungsmerkmalen im Rahmen der Sozialen Diagnostik ‚ganzheitlich‘ in den Blick genommen werden. Davon ausgehend interessieren im Rahmen der Sozialen Arbeit aber vor allem auch die Interaktionsprozesse des Adressaten mit seiner Umwelt, da auf der Grundlage der systemtheoretischen Haltung davon ausgegangen wird, dass der Mensch in Systemen inkludiert bzw. darauf angewiesen ist, in Systemen inkludiert zu sein. Die Inklusion setzt voraus, dass der Adressat in der Lage ist, angemessen mit Teilen des Systems zu interagieren. Gestörte oder fehlende Interaktionsprozesse (Austauschprobleme) können die Ursache für die aktuelle Problemsituation des Adressaten sein und sind somit ebenso wie ggf. in anderen Lebensbereichen gut funktionierende Interaktionsprozesse zu analysieren, um Ansatzpunkte für notwendige Veränderungen zur Lösung der Probleme zu finden. Dabei kann zwischen einer vertikalen Einbindung des Adressaten in Funktionssysteme (bspw. über die Teilhabe am Wirtschaftssystem durch ausreichend zur Verfügung stehende finanzielle Mittel) und einer horizontalen Einbindung (persönliche Beziehungen wie z.B. Freunde oder Nachbarn) unterschieden werden (vgl. Pantucek 2009a, 46). Die interaktionsbezogene Analyse soll sich darüber hinaus auch auf das Helfersystem beziehen (vgl. Kap. 5.1.3).

Die Interaktionen sind zum einen *umfeldbezogen* zu analysieren. D.h. dass neben dem familiären System des Adressaten, das insbesondere bei familiären Problemen naheliegender Weise betrachtet wird, auch (teilweise weiterentfernte) Systeme wie z.B. Freunde, Nachbarn, Kollegen, die Schulklasse oder die Mitglieder eines Vereins zu berücksichtigen sind. Die verschiedenen Systeme bilden die unterschiedlichen Lebensbereiche eines Adressaten ab. Die

Betrachtung der Interaktionsfähigkeiten des Adressaten in unterschiedlichen Systemen trägt einerseits dazu bei, das Ausmaß der Problematik des Adressaten zu erfassen. Andererseits kann es sein, dass sich die Interaktionsprozesse in einigen der Lebensbereiche problematisch darstellen, während sich in anderen Bereichen nur wenige oder keine Probleme feststellen lassen. Festgestellte gelingende Interaktionsprozesse können dann im Weiteren (möglicherweise) als Ressource genutzt werden, um die Probleme in anderen Lebensbereichen zu lösen (vgl. Heiner 2005, 257).

Zum anderen führt Heiner an, dass die „regionale Infrastruktur“ (ebd.) des Adressaten zu analysieren ist. Sie begründet dieses *infrastrukturbezogene* Element damit, dass die regionale Infrastruktur die Lebenslage des Adressaten und seine Aktionsmöglichkeiten maßgeblich beeinflusst (vgl. ebd.). Exemplarisch konkretisiert kann dies bspw. bedeuten, dass die Arbeitsmarktsituation in der Region mit darüber entscheidet, ob ein Adressat in der Lage ist, vor Ort eine Arbeitsstelle zu finden, um seinen Lebensunterhalt und ggf. den seiner Familie selbständig sicherzustellen. Neben der Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen kann auch die Erreichbarkeit der Arbeitsstelle (bspw. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) ein wichtiges Kriterium darstellen. Die regionale Infrastruktur ist sowohl quantitativ als auch qualitativ zu analysieren und kann am Beispiel der Arbeitssuche deutlich gemacht werden: Das Vorhandensein einer Arbeitsvermittlung trägt dazu bei, dass ein arbeitsloser Adressat eine Arbeitsstelle findet. Das Erreichen des Ziels hängt aber auch von der Fähigkeit und Qualifikation der Arbeitsvermittler, also der Qualität der Infrastruktur – oder um mit den Worten Luhmanns zu sprechen: von der Funktionsfähigkeit des gesellschaftlichen Teilsystems – ab.

Hinsichtlich der Bewertung der Verfahren ergeben sich daraus folgende Fragen:

- Wird mit dem Verfahren sowohl der Adressat mit seinen individuellen Ausstattungsmerkmalen als auch die Interaktionsprozesse zwischen dem Adressaten und seiner sozialen Umwelt analysiert?
- Wird hinsichtlich des sozialen Umfelds neben dem Familiensystem auch auf andere soziale Systeme, die das Umfeld des Adressaten bilden, eingegangen?
- Enthält das Verfahren eine Analyse der regionalen Infrastruktur des Adressaten?

5.1.3 Reflexive Orientierung

Als dritte Orientierung beschreibt Heiner die ‚Reflexive Orientierung‘, die sowohl Elemente enthält, die den Gegenstand der Diagnostik betreffen, als auch Elemente, die im Bereich der qualitativen Gütekriterien (Kap. 5.2) relevant sind. Daher wird diese Orientierung in beiden

Bereichen mit den entsprechend zugehörigen Elementen aufgegriffen.

Heiner führt aus, dass eine *informationsanalytische* Reflexion Gegenstand der Sozialen Diagnostik sein sollte. Diese umfasst die Notwendigkeit, den gesamten diagnostischen Prozess hinsichtlich der Beschaffung, Auswahl und Interpretation der Informationen zu überprüfen. Diese ‚reflexive Schleife‘ kann dazu führen, dass zum späteren Zeitpunkt der Überprüfung frühere Handlungsschritte als fehlerhaft bzw. ungenau oder aufgrund der veränderten Ausgangssituation anders bewertet werden. Sodann ist eine Korrektur bzw. eine Wiederaufnahme des diagnostischen Prozesses und ggf. eine Korrektur der Diagnose notwendig. Diese Überprüfung führt dazu, die Treffsicherheit der Diagnose und damit die Chance, eine passgenaue(re) Intervention zu planen, zu erhöhen (vgl. ebd.).

Neben der informationsanalytischen Reflexion ist nach Heiner eine *beziehungsanalytische* Reflexion wichtig. Diese stellt die Beziehung zwischen der Fachkraft und dem Adressaten in den Mittelpunkt, die aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden kann (vgl. ebd.). Zum einen kann die Klassifikation von Steve de Shazer bzgl. unterschiedlicher Beziehungstypen herangezogen werden. Er unterscheidet die ‚unverbindliche Beziehung‘ (der ‚Besucher‘, der keine Hilfe wünscht) von der ‚suchenden Beziehung‘ (dem ‚Klagenden‘, der Hilfe wünscht, aber zur Mitarbeit nicht bereit ist) und der ‚Consulting Beziehung‘ (dem ‚Kunden‘, der Hilfe wünscht und auch zur Mitarbeit bereit ist) (vgl. De Shazer 1989; Gaiswinkler 2009, 149ff.). Um eine effektive Unterstützung anbieten zu können, ist es das Ziel der Fachkraft, eine tragfähige, d.h. eine ‚Consulting Beziehung‘ mit den Adressaten zu erreichen. Dafür ist es wichtig, dass sich die Fachkraft der Art der vorhandenen Beziehung bewusst ist und im Rahmen ihrer Möglichkeiten versucht, den Adressaten zu einem engagierten Mitwirken zu bewegen (vgl. ebd., 155f.). Zum anderen bilden aus systemtheoretischer Sicht die Fachkraft und der Adressat bzw. die weiteren Beteiligten ein Hilfe-System. Wie in jedem anderen System auch, interagieren die Systemteile miteinander und beeinflussen sich so gegenseitig. Die Beeinflussung verläuft (teilweise) unbewusst und aus konstruktivistischer Sicht ist über ihre Wirkung keine (genaue) Prognose möglich. Ziel der Fachkraft ist es, zur Lösung von Problemen beizutragen. Ihr Handeln kann aber auch kontraindiziert wirken und Probleme intensivieren oder gar zu neuen Problemen führen (vgl. Hollstein-Brinkmann 2005c, 11). Daher ist es wichtig, dass nicht nur der Adressat mit seiner Problemsituation in den Blickpunkt der diagnostischen Tätigkeit gerückt wird, sondern auch die Arbeitsbeziehung zwischen beiden. Die Fachkraft muss dabei u.a. für sich klären, welche Schwierigkeiten sie mit dem jeweiligen ‚Fall‘ hat (vgl. Possehl 2004, 60f; Müller 2006, 125). Diese Überlegung leitet über zu Konzepten der Psychoanalyse. Dort finden sich ausführliche Darstellungen des Mechanismus der Übertragung und Gegenübertragung. Übertragung meint

knapp zusammengefasst, dass zurückliegende Erfahrungen in neuen Situationen (unbewusst) wieder hervorgerufen werden. Die Erfahrungen sind ggf. stark emotional besetzt und diese Gefühle werden im Prozess der Übertragung auf die neue Situation bezogen (vgl. Gerspach 2004, 56)³². Die Fachkraft bringt also ebenso wie der Adressat ihre eigene Lebensgeschichte, Erfahrungen, Ängste, Sorgen, Werthaltungen, Sehnsüchte etc. in den diagnostischen Prozess mit ein, derer sie sich häufig nicht bewusst ist. Die Gefühle der Fachkraft werden z.B. häufig bei Einschätzungen von Kindeswohlgefährdungen stark aktiviert und können zu Wahrnehmungsverzerrungen führen, die sich negativ auf die Effektivität des Kindesschutzes auswirken können (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009, 14ff.). Daher ist es wichtig, dass sich auch die Fachkraft selbst hinsichtlich ihrer Gefühle und Handlungen, Verhaltensweisen und inneren Haltungen gegenüber dem Adressaten und seiner Lebensweise sowie die Bedingungen des Erkenntnisprozesses reflektiert (vgl. Kunstreich et al. 2003, 16), um Übertragungsmechanismen und eigene Verstrickungen, die den Hilfeprozess beeinflussen, zu erkennen und nach Möglichkeit zu vermeiden (vgl. Wilting 2004, 62). Um den Adressaten in seiner Lebenssituation zu verstehen, bedarf es zudem einer gewissen Nähe der Fachkraft zum Adressaten, die wiederum zur Gefahr der Verstrickung im System des Adressaten führt. Professionelle Hilfe muss also immer wieder eine gesunde Balance zwischen Nähe und Distanz finden. Aus diesen Ausführungen ergibt sich die Notwendigkeit, die Interaktionsprozesse zwischen Adressat und Fachkraft sowie die Anteile der Fachkraft aufgrund ihrer eigenen Biographie zu reflektieren. Da die Übertragung sowohl von der Fachkraft als auch vom Adressaten ausgehen kann, ist als drittes die Hilfesgeschichte des Adressaten zu reflektieren. Gelungene Übergänge oder Abbrüche, Erfolge und Misserfolge weisen auf Ressourcen aber auch negative Erfahrungen hin, die der Adressat mit sich trägt und in den Hilfeprozess (unbewusst) miteinbringt. Die Untersuchung von Henkel/Schnapka/Schrapper ‚Was tun mit schwierigen Kindern‘ hat in diesem Zusammenhang bspw. als ein Ergebnis hervorgebracht, dass vorhergehende Erfahrungen des Adressaten mit Hilfesystemen maßgeblichen Einfluss auf seine Einstellungen gegenüber der Annahme und Umsetzung weiterer Unterstützung haben (vgl. Henkel et al. 2002). Dass Kinder zu ‚schwierigen Kindern‘ werden, ist zum Teil auch durch gut gemeinte, aber deshalb nicht gleichzeitig passende Hilfen verursacht (vgl. Peters 1999b, 6). Den Erfahrungen mit ggf. unterschiedlichen Hilfesystemen (der Helfergeschichte des Adressaten) gilt es im Rahmen der Sozialen Diagnostik nachzuspüren, um in der Retrospektive bspw. vermeintliche ‚Fehler‘ zu erkennen, nicht zu wiederholen und ggf. daraus ableitend Reaktionen, Haltungen und Verhaltensweisen (z.B. Abwehr und Ablehnung) des Adressaten erklärbar und

³² Eine Liste von veranschaulichenden Beispielen für Übertragungen und Gegenübertragungen finden sich bei Posch (vgl. Posch 2009, 117ff.).

nachvollziehbar zu machen (vgl. Heiner/Schrapper 2004, 209f.). Es gilt zudem Brüche und Widersprüche in der Lebensgeschichte des Adressaten biographisch herauszuarbeiten, um Anknüpfungspunkte für Veränderungen zu finden (vgl. Schrapper 2008b, 201). Ziel dieser Reflexion ist es, unbewusste Anteile sowohl beim Adressaten als auch bei der Fachkraft hinsichtlich des Helfersystems und der Hilfesgeschichte möglichst bewusst zu machen, um unbeabsichtigtes oder fehlführendes Verhalten sowie Fehlinterpretationen der Fachkraft zu vermeiden bzw. ggf. zu korrigieren, aber auch Erkenntnisse als Ansatzpunkte für Veränderungen zu nutzen.

Hinsichtlich der Bewertung der Verfahren ergeben sich daraus folgende Fragen:

- Wird der Prozess der Beschaffung, Auswahl und Interpretation der gewonnenen Informationen reflektiert?
- Wird die Beziehung zwischen dem Adressaten und der Fachkraft reflektiert?
- Sind im Verfahren selbstreflektierende Anteile hinsichtlich der Fachkraft und ihrer Einflüsse auf das Hilfesystem vorgesehen?
- Wird die Hilfesgeschichte des Adressaten reflektiert?

5.2 Qualitative Gütekriterien

Für den Prozess der Sozialen Diagnostik ist nicht nur maßgeblich, ‚was‘ Gegenstand der Anamnese und Diagnose ist, ebenso wichtig ist die Frage, ‚wie‘ der Prozess gestaltet wird. Dazu soll im Folgenden auf Aspekte eingegangen werden, die Kriterien für die Bewertung der Qualität der Durchführung des diagnostischen Prozesses darstellen. Inhaltsreiche Ausführungen zu diesen Kriterien finden sich ebenso wie für die Kriterien in Kapitel 5.1 bei Heiner. Die entsprechenden Aspekte werden im Folgenden einbezogen und ggf. vertiefend erweitert.

5.2.1 Systematisch, regelgeleitet und überprüfbar

Historisch gesehen, ist der Anspruch, dass Soziale Diagnostik ‚systematisch‘, ‚regelgeleitet‘, ‚intersubjektiv nachvollziehbar‘, ‚methodisch überlegt‘, ‚zielorientiert‘ und ‚überprüfbar‘ (vgl. Krieger 1994, 150) sein soll, bereits bei Richmond und Salomon zu finden. Diese Anforderungen finden sich in den heutigen Qualitäts- und Managementdebatten (vgl. Harnach-Beck 1999, 34ff.; Krone 2009; Hansen 2010) ebenso wieder wie in der Fachliteratur der Sozialen Arbeit (vgl. u.a. Krieger 1994, 150f.; Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 2005, 27).

Begründet wird dieser Anspruch zum einen damit, dass die Aufgabenstellungen in der Sozialen Arbeit häufig sehr komplex sind. Die Unübersichtlichkeit und/oder Vielschichtigkeit eines Falls macht eine Struktur und ein systematisches Vorgehen notwendig, um Fehler zu vermeiden. Ein zielorientiertes und regelgeleitetes Vorgehen dient zudem der Selbststeuerung der Fachkraft als auch der Interaktion zwischen Fachkraft und Adressat (vgl. Hansen 2010, 7f.). Dass die Soziale Diagnostik von der Fachkraft methodisch überlegt sowie intersubjektiv nachvollziehbar und überprüfbar durchgeführt wird, ist im Rahmen von verwaltungsrechtlichen oder strafrechtlichen Prüfungen der Entscheidungen, die aufgrund der Diagnose getroffen wurden, relevant. Die Nachvollziehbarkeit ist zudem im Rahmen der Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben, dass bspw. „die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart“ (§ 36 Abs. 2 S. 1 SGB VIII) oder das Gefährdungsrisiko für ein Kind oder einen Jugendlichen bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (§ 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII) im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte zu treffen bzw. einzuschätzen ist, von Bedeutung. Zusätzlich weisen alltagspraktische Situationen Probleme auf. Bspw. müssen unabgeschlossene diagnostische Prozesse aufgrund von Erkrankung oder anderer Hinderungsgründe von KollegInnen innerhalb kürzester Zeit übernommen werden können. In diesen Situationen ist eine intersubjektiv nachvollziehbare Vorgehensweise wichtig, um den diagnostischen Prozess weiterführen zu können und nicht von vorne beginnen zu müssen (vgl. Heiner 2005, 257f.). Heiner führt hinsichtlich dieses Kriteriums drei zu berücksichtigende Aspekte an. Zum einen muss im Rahmen der Sozialen Diagnostik plausibel gemacht werden, in welchem Zusammenhang die Ergebnisse der Anamnese mit der Diagnose und darauf aufbauend die Vorschläge hinsichtlich einer Intervention stehen. Dabei ist nicht von einem linearen Zusammenhang zwischen den drei Schritten (Anamnese - Diagnose - Intervention) auszugehen. Anliegen der Sozialen Diagnostik ist es aber, dass die Diagnose auf den Ergebnissen der Anamnese aufbaut und davon ausgehend Entscheidungen getroffen werden. Die damit verbundenen inhaltlichen Verknüpfungen und Schlussfolgerungen verlaufen teilweise unbewusst. Daher ist dieser Prozess seitens der Fachkraft zu reflektieren und zu explizieren, um ihn für Außenstehende nachvollziehbar machen zu können. Zum anderen spricht Heiner die Qualität der Informationen an. Um Informationen überprüfen zu können, sollten diese bspw. nicht über Dritte zugetragen, sondern vom Beobachter selbst übermittelt und dabei möglichst konkret geschildert werden. Die Interpretation des Beobachters kann zudem einen wichtigen Beitrag für die Diagnose leisten, ist i.d.R. allerdings auch mit einer subjektiv gefärbten Filterung und Reduktion der Wirklichkeit durch den Beobachter verbunden. Als drittes führt Heiner an, dass eine sorgfältige Dokumentation die Qualität der

Diagnostik sowie ihre Überprüfbarkeit steigert (vgl. ebd.).

Unterstützung findet das Kriterium der Nachvollziehbarkeit im Rahmen der Sozialen Arbeit im ASD im Verwaltungsprinzip der Aktenmäßigkeit, das darauf abzielt, dass alle Handlungen nachvollziehbar gestaltet und dokumentiert werden sollen (vgl. Landes 2010, 140 f.; Gissel-Palkovich 2011, 59f.).

Hinsichtlich der Bewertung der Verfahren ergeben sich daraus folgende Fragen:

- Führt der Einsatz des Verfahrens dazu, den Prozess der Sozialen Diagnostik systematisch und regelgeleitet durchzuführen?
- Führt der Einsatz des Verfahrens dazu, dass der Prozess und das Ergebnis der Sozialen Diagnostik für Nichtbeteiligte nachvollziehbar und überprüfbar ist?
- Werden die Schlussfolgerungen der Fachkraft im Rahmen des Verfahrens expliziert?
- Wird durch den Einsatz des Verfahrens der Zusammenhang zwischen den Ergebnissen der Anamnese und der Diagnose deutlich?
- Hält das Verfahren die Fachkraft dazu an, die Qualität der Informationen zu überprüfen?
- Beinhaltet das Verfahren eine (ausführliche) Dokumentation des diagnostischen Prozesses?

5.2.2 Partizipative Orientierung

Es ist naheliegend, der Fachkraft Macht und Wissen über die Soziale Diagnostik zuzusprechen. Sie verfügt über die Macht, den diagnostischen Prozess zu steuern, entscheidet bspw. über einzusetzende Verfahren, fällt am Ende ein (fachliches) Urteil und trifft eine Entscheidung, ob bzw. welche Intervention ggf. geeignet und notwendig ist. Zudem ist davon auszugehen, dass sie über Fachwissen verfügt, das ihr Einsichten ermöglicht, die dem Adressaten, der über dieses Wissen nicht verfügt, verborgen bleiben. Allerdings nützt dieses Fachwissen nichts, wenn die Fachkraft nicht (oder nicht ausreichend) Einblick in die individuelle Lebensgeschichte und -situation des Adressaten erhält. Über dieses Wissen verfügt zunächst nur der Adressat. Die Fachkraft ist darauf angewiesen, wenn sie die Lebenssituation des Adressaten erfassen möchte bzw. muss, dass der Adressat motiviert ist und der Fachkraft ausreichend Vertrauen entgegenbringt, ihr sein Wissen preiszugeben. Denn letztlich unterliegt diese Entscheidung seiner Macht und bestimmt maßgeblich über die Quantität und Qualität der Informationen, die der Fachkraft zur Verfügung stehen. Die Soziale Arbeit unterliegt als personenbezogene Dienstleistung deren Charakteristika (vgl. Merchel 2006, 45f.) und ist somit auf die Mitwirkung, die Partizipation ihres Adressaten angewiesen (vgl. Spiegel 2006, 43ff.), um soziale Probleme lösen zu können. Demnach sind zunächst beide, Fachkraft und Adressat, im diagnostischen Prozess als ‚ExpertIn‘ zu

verstehen. Sie verfügen über jeweils ‚andersartiges‘ aber zunächst ‚gleichwertiges‘ Wissen, da beide Wissensarten zusammengebracht werden müssen, um eine ganzheitliche Diagnostik zu erreichen. Daher ist es notwendig, den Prozess der Sozialen Diagnostik zwischen Fachkraft und Adressat *dialogisch* zu gestalten (vgl. Heiner 2005, 257). Um den Prozess des Dialogs bestmöglich gelingen zu lassen, ist es die fachliche Verantwortung der Fachkraft, entsprechende Verfahren und Konzepte auszuwählen, die den Prozess kommunikationsfördernd gestalten.

Der diagnostische Prozess ist zudem *aushandlungsorientiert* zu gestalten. Dies bedeutet nicht, dass bei divergierenden Ansichten zwischen Adressat und Fachkraft die ‚goldene Mitte‘ gesucht wird oder die Fachkraft im Zweifelsfall auf ihre fachliche Meinung verzichtet. Vielmehr werden unterschiedliche Ansichten als Anlass genommen, weitere Informationen anamnestisch zu erheben und in den Prozess der Diagnostik mit einzubeziehen, um so die unterschiedlichen Ansichten weitergehend zu er- und begründen und damit einhergehend den Adressaten in seiner Sichtweise umfassender zu verstehen (vgl. ebd., 256f.). Diese Vorgehensweise macht, vorbereitend auf den sich ggf. an den Prozess der Sozialen Diagnostik anschließenden Prozess der Entscheidung über die Auswahl einer Intervention, Sinn, da davon ausgegangen wird, dass die Intervention nur erfolgreich verlaufen kann, wenn der Adressat dieser ebenso wie die der Intervention zugrunde liegenden Sozialen Diagnose zustimmen, sie annehmen und auch umsetzen kann. Hanff verweist in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf, dass die Akzeptanz der Fremddeutung durch den Adressaten Voraussetzung für die weitere Zusammenarbeit zwischen Adressat und Fachkraft ist (vgl. Hanff 2004, 16). Dem konstruktivistischen Ansatz folgend, den Luhmann in seiner Theorie hinsichtlich der Einwirkung auf Systeme ausführt, ist es nicht möglich, direkt auf den Adressaten einzuwirken, da dieser als autopoietisches System³³ zu verstehen ist, so dass ‚lediglich‘ versucht werden kann, den Adressaten zur Veränderung anzuregen (vgl. Kleve 2005, 70). Dazu ist es sinnvoll, dem Adressaten die Diagnose als ‚stellvertretende Diagnose‘ bzw. ‚Fremddiagnose‘ anzubieten und sich daran gemeinsam mit dem Adressaten abzarbeiten. Es gilt, darauf hinzuarbeiten, dass der Adressat das Ergebnis der Sozialen Diagnose annehmen kann, ohne dass die Fachkraft oder der Adressat auf ihre Einschätzung gänzlich verzichten müssen.³⁴

33 Als ‚autopoietisches System‘ wird ein System bezeichnet, das sich selbst steuert, sich selbst erhält und reproduziert (vgl. Miller 2001, 60).

34 An dieser Stelle ist allerdings nicht zu verschweigen, dass es immer wieder Situationen gibt, in denen die Fachkraft gefordert ist, eine Entscheidung entgegen der Sichtweise bzw. den Willen des Adressaten zu treffen, bspw. in Gefährdungsmomenten oder bei Ablehnungen von Anträgen auf HzE. In diesen Fällen wird das Wissen der Fachkraft als ‚höherwertig‘ erachtet, um bspw. Schädigungen und Gefährdungen für den Adressaten abzuwenden. Letztlich trifft dann die Kritik zu, dass der Adressat der Entscheidung der Fachkraft ausgeliefert und die Soziale Arbeit nicht herrschaftsfrei ist. „Die Grenze, an der Partizipation zur >>Alibiveranstaltung<< wird, ist fließend“ (Herrmann 1998, 271 f.). Soziale Diagnostik bewegt sich damit

Die Partizipation des Adressaten kann hinsichtlich ihrer Art und Weise und damit auch ihrer Intensität bzw. Qualität klassifiziert werden. Dazu eignen sich Modelle, in denen ‚Stufen der Partizipation‘ formuliert wurden. In Anlehnung an die Ausführungen von Maria Lüttringhaus, die auf Modelle von Arnstein (vgl. Arnstein 1969; zit. n. Wright/Block/Unger 2007) und Wickrath (vgl. Wickrath 1992) zurückgreift (vgl. Lüttringhaus 2000, 39), sollen fünf unterschiedliche Stufen von Partizipation im Folgenden kurz skizziert werden. Stufe 1: Der Adressat wird nicht beteiligt. Stufe 2: Die Partizipation des Adressaten ist darauf beschränkt, informiert zu werden und in diesem Zusammenhang ggf. eigene Beobachtungen zu machen, die aber keinen Einfluss auf das weitere Vorgehen haben. Der Informationsfluss verläuft einseitig von der Fachkraft zum Adressaten. (Beispiel: Die Fachkraft sieht eine akute Kindeswohlgefährdung, entscheidet ohne Beteiligung der Eltern, die betroffenen Kinder in Obhut zu nehmen und informiert die Eltern darüber lediglich, um zunächst das Wohl der Kinder sicherzustellen.) Stufe 3: Die Fachkraft und der Adressat treten in einen gegenseitigen Dialog. Der Adressat kann am Prozess mitwirken, indem er seine Sichtweisen, Bedürfnisse, Vorstellungen und Argumente einbringen und mit der Fachkraft erörtern kann. (Beispiel.: Es wird ein Fragebogen eingesetzt, der die Sichtweisen etc. des Adressaten erhebt (vgl. u.a. Köhlerschmidt 2004).) In dieser Stufe ist die Partizipation formal gesichert, hat aber letztlich ‚nur‘ eine beratende Funktion. Es hängt von der Fachkraft ab, inwieweit sie versucht, den Adressaten in seinem Eigensinn zu verstehen, und in welchem Umfang sie seiner Stimme Bedeutung beimisst. Nach Einschätzung von Lüttringhaus ist bis zu dieser Partizipationsstufe lediglich von einer „Scheinbefugnis“ (Lüttringhaus 2000, 41) auszugehen. ‚Wahre Partizipation‘ beginnt erst ab der nächsten Stufe. Stufe 4: Der Adressat handelt Entscheidungen gemeinsam mit der Fachkraft aus und ist so in der Lage, reell mitzuentcheiden. (Beispiel.: Der Adressat und die Fachkraft wägen gemeinsam ab, ob eine stationäre Unterbringung in einer 5- oder in einer 7-Tage-Gruppe geeigneter ist.) Stufe 5: Entscheidungen werden vom Adressaten eigenverantwortlich und unabhängig von der Entscheidung der Fachkraft getroffen. (Beispiel: Der Adressat nutzt sein Wunsch- und Wahlrecht (§ 5 SGB VIII) und wählt zwischen unterschiedlichen Jugendhilfeträgern aus.) Die Stufen zeigen auf, wie unterschiedlich Partizipation gestaltet werden kann. Insgesamt verweist die partizipative Orientierung darauf, dass diagnostische Prozesse

immer in einem Spannungsfeld von ‚Selbstdeutung vs. Fremddeutung‘ und ‚Verstehen vs. Entscheiden‘ (vgl. Heiner/Schrappner 2004, 204). Eine in diesen Zusammenhang passende Differenzierung der Begriffe ‚Macht‘ und ‚Gewalt‘ findet sich bei Hannah Arendt. Sie kommt zu dem Schluss, dass ‚Macht‘ bedeutet „sich mit anderen zusammenzuschließen und im Einvernehmen mit ihnen zu handeln“ (Arendt 1970, 45). Demgegenüber kann ‚Gewalt‘ dort vorgefunden werden, wo fehlende Macht zu Ohnmacht führt, sodass entgegen dem Einverständnis und den Willen eines anderen gehandelt wird. Gewaltvolles Handeln bedarf einer Rechtfertigung (bspw. einer rechtlichen Grundlage). Macht und Gewalt sind demnach gegensätzlich und nicht gleichzeitig vorhanden (vgl. Arendt 1970, 36ff.).

beteiligungsfördernd zu gestalten sind. D.h., dass die einzusetzenden Verfahren und Konzepte nicht nur den Dialog fördern, sondern auch Möglichkeiten der Partizipation durch formale Vorgaben in größtmöglichem Umfang sichern sollen (vgl. Heiner 2005, 256f.).³⁵ Gesetzliche Vorgaben verpflichten zudem die Fachkraft, den Adressaten zu beteiligen. In § 8 SGB VIII ist bspw. explizit formuliert, dass Kinder und Jugendliche in alle Entscheidungen, die sie betreffen, mit einzubeziehen sind. Dabei richtet sich die Art und Weise bzw. der Umfang des Einbezugs nach ihrem Entwicklungsstand.

Hinsichtlich der partizipativen Orientierung ist auf die Zielgruppe des ASD einzugehen, die durch den ‚Geltungsbereich‘ in § 6 SGB VIII festgelegt ist. Sie lässt sich anhand von drei Kriterien näher bestimmen (vgl. Gissel-Palkovich 2011, 123ff.): a) Die ‚soziale Lebensform‘ der Zielgruppe ist immer ein familiäres System. Wie sich dieses System ausgestaltet (bspw. als Patchworkfamilie), ist dabei nicht entscheidend. b) Hingegen ist entscheidend, dass in der Familie Kinder (0 bis unter 14 Jahre) oder Jugendliche (14 bis unter 18 Jahre) leben oder der Adressat zu den jungen Volljährigen (18 bis unter 27 Jahre) gehört (vgl. § 7 SGB VIII). c) ‚Problem- und Aufgabenstellung‘ der Zielgruppe ist die jeweilige prekäre und/oder (vielfach) belastete Lebenslage. Häufig ist die Zielgruppe dadurch mit mehreren Hilfesystemen konfrontiert, die nicht immer dieselben Ziele verfolgen (vgl. Brandl-Nebehay 2005, 221). Die Zugänge der Zielgruppe zum ASD sind vielfältig und nicht immer von Freiwilligkeit geprägt. Die Arbeit in Zwangskontexten wird häufig von Unfreiwilligkeit, fehlender Motivation und/oder Ablehnung der Unterstützung begleitet und braucht verstärkte Anstrengungen der Fachkraft, den Adressaten für die Mitarbeit zu gewinnen (vgl. Poller/Weigel 2010, 72ff.). Teilweise ist die Kontaktaufnahme über einen Kooperationspartner des ASD angezeigt, um das ‚Vertrauensdilemma‘ zu lösen (vgl. Tenhaken 2010, 96f.). In jedem Fall zeigen Untersuchungen zu den Adressaten der Kinder- und Jugendhilfe, die die Zielgruppe nach Merkmalen wie der Familienform, des Migrationshintergrundes oder belastender Faktoren wie z.B. Armut getrennt betrachten, in ihren Ergebnissen deutlich, dass die Zielgruppe des ASD neben ihren Gemeinsamkeiten eine Heterogenität aufweist, die bei der Aufgabenwahrnehmung berücksichtigt werden muss (vgl. Thole/Küster-Schapfl 1997; Schreiber 2003; Pluto et al. 2007; Peuckert 2008; Rauschenbach et al. 2009; zit. n. Gissel-Palkovich 2011, 124f.). Hinsichtlich des Anspruchs, die unterschiedlichen Adressaten am Prozess der Sozialen Diagnostik zu beteiligen, muss das einzusetzende Verfahren in der Lage sein, die Partizipation einer heterogenen Zielgruppe zu ermöglichen. Dabei ist zu hinterfragen, inwieweit Sprachkenntnisse, Alter, kulturelle Prägungen, gesundheitliche

35 Welche negativen Folgen aus mangelnder Partizipation des Adressaten entstehen können, zeigen sich laut Peters „in der Straßenkinderdebatte und der dazugehörigen Begleitforschung“ (Peters 1999b, 6) (vgl. Hansbauer 1998; Permien/Zink 1998).

Einschränkungen (sowohl physisch als auch psychisch (vgl. Schreiber 2003)) oder z.B. intellektuelles Leistungsvermögen – also die Ausstattungsmerkmale eines Adressaten – Voraussetzung bzw. negativ formuliert Hinderungsgründe für die Beteiligung am diagnostischen Verfahren sind. Daher ist der Aspekt der Hinderungsgründe hinsichtlich der Partizipation an Verfahren zu hinterfragen (vgl. Müller 2005, 25). Ihre prekäre Lebenslage erschwert den Adressaten häufig bereits den Zugang zu vielen gesellschaftlichen Funktionssystemen. Dies darf für das Hilfesystem jedoch nicht zutreffen. Deshalb muss beachtet werden, dass das von einer Fachkraft eingesetzte Verfahren den Zugang zu Hilfeleistungen nicht (zusätzlich) erschwert.

Vor dem Hintergrund der bereits ausgeführten Notwendigkeit der Partizipation des Adressaten sollte das Verfahren in der Lage sein, zu erfassen, ob und wenn ja, warum für einen Adressaten die Partizipation nicht möglich ist. Für den weiteren Hilfeverlauf kann es entscheidend sein, zu erkennen, ob ein Adressat nicht teilhaben will oder nicht kann und warum er nicht will oder nicht kann. Verständnis für die fehlende Motivation oder die Unfreiwilligkeit ist häufig der erste Schritt, um einen Zugang zum Adressaten und damit Anknüpfungspunkte für einen Hilfeprozess zu finden, der womöglich von der Frage geleitet ist: „Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden?“ (Conen/Cecchin 2007).³⁶

Hinsichtlich der Bewertung der Verfahren ergeben sich daraus folgende Fragen:

- Wird der Adressat als Experte seiner eigenen Lebens- und Problemsituation anerkannt? Wird das Wissen von Fachkraft und Adressat (zunächst) gleichwertig berücksichtigt?
- Trägt das Verfahren dazu bei, den Prozess der Sozialen Diagnostik zwischen Fachkraft und Adressat dialogisch zu gestalten?
- Werden divergierende Sichtweisen zum Anlass genommen, tiefergehend anamnestisch vorzugehen und die Sichtweise des Adressaten besser zu verstehen bzw. den fachlichen Standpunkt der Fachkraft zu verändern?
- Trägt das Verfahren dazu bei, den Adressaten ‚wirklich‘ zu beteiligen (ab Stufe 4) und seine Beteiligung durch formale Vorgaben zu sichern?

³⁶ Die Notwendigkeit, Bestrebungen hinsichtlich der Beteiligungsförderung zu intensivieren, erscheint vor den Ausführungen von Christa Neuberger (vgl. Neuberger 2003) zu Ergebnissen aus vier Forschungsprojekten zum Thema ‚Beteiligung von Eltern und Kindern am Hilfeplanungsprozess‘ umso dringlicher. Das Forschungsprojekt ‚Elternbeteiligung am Hilfeplanverfahren‘ (1996-1997) (vgl. Schefold et al. 1998; zit. n. Neuberger 2003, 108) kommt bspw. zu dem Ergebnis, dass Adressaten partizipative Momente im Hilfeplanungsprozess bewusst sind (z.B. das Hilfeplanungsgespräch), sie jedoch nicht den Eindruck haben, an Entscheidungen reell mitzuwirken, da die Entscheidungen ohne sie an anderer Stelle getroffen werden (vgl. Neuberger 2003, 111f.). Eine andere Studie hat die Beteiligung von Kindern untersucht und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die Kinder im Vergleich zu ihren Eltern (bzw. in dieser Untersuchung zu ihren Müttern) deutlich weniger einbezogen wurden, auch wenn nicht außer Acht gelassen werden darf, dass die Partizipation von Kindern immer gemessen an ihrem Entwicklungsstand zu bewerten ist (vgl. Schröder 1995, 18ff.). Der Fokus der Fachkräfte lag ‚dennoch‘ eindeutig auf den Informationen der Mütter (vgl. Schefold/Neuberger/Müller 2001; zit. n. Neuberger 2003, 114). Bestrebungen, den Adressaten an den diagnostischen Prozessen teilhaben zu lassen, sind demnach erkennbar, reichen aber nicht aus, um aus disziplinärer Sicht erstrebenswerte Partizipationsstufen zu erreichen.

- Ist der Einsatz des Verfahrens für die gesamte Bandbreite der Zielgruppe geeignet oder ist die Durchführung des Verfahrens an Voraussetzungen geknüpft, die hinsichtlich der Heterogenität der Zielgruppe Ausschlusskriterien in Bezug auf die Anwendung des Verfahrens bilden?
- Ist das Verfahren darauf ausgerichtet, zu erfassen, ob und ggf. warum ein Adressat an einer Partizipation gehindert ist?

5.2.3 Reflexive Orientierung

Ein zweites qualitatives Gütekriterium bildet die ‚Reflexive Orientierung‘ (vgl. Heiner 2005, 256f.). Menschliches Handeln ist komplex, die Probleme, mit denen die Soziale Arbeit konfrontiert ist, zudem häufig sehr konfus und, wie in Kapitel 5.1.1 bereits beschrieben, bleibt jede Feststellung und damit einhergehend auch die darauf aufbauende Prognose hypothetisch und der Gefahr des Irrtums ausgesetzt. Um eine Fehlintervention bestmöglich zu vermeiden, ist es daher notwendig, den Prozess und das Ergebnis der Sozialen Diagnostik fortlaufend zu überprüfen und ggf. handlungskorrigierende Entscheidungen zu treffen.³⁷

In der Theorie ist der Prozess der Sozialen Diagnostik modellhaft linear dargestellt (vgl. Kap. 3.2) und reduziert damit die Komplexität der Realität, in der von einem zirkulär verlaufenden Prozess auszugehen ist. Ebenso trägt die Festlegung des Gegenstands der Sozialen Diagnostik (vgl. Kap. 5.1) entscheidend zur Reduktion bei. Zudem kann bereits der Prozess der Diagnostik als Intervention verstanden werden, da der Adressat bspw. durch Fragen zum Nachdenken bewegt bzw. auf Problembereiche und Ressourcen aufmerksam gemacht werden, die sie bisher außer Acht gelassen haben (vgl. Lüssi 2008, 56ff.; Pantucek 2009a, 50). Dies kann bereits zu Veränderungen beim Adressaten führen, die eine Wiederaufnahme bzw. Fortführung der Anamnese notwendig machen, wenn versucht werden soll, die Lebenssituation des Adressaten in ihrer Ganzheit zu erfassen. Die „Anamnese ist nie vollständig. [...] Sie beginnt immer wieder von neuem.“ (Müller 2006, 115) Daher ist eine *rekursive* Vorgehensweise aus fachtheoretischer Sicht notwendig, um die Qualität des diagnostischen Prozesses zu steigern. Wichtig ist, dass die einzelnen Arbeitsschritte immer wieder durchlaufen werden, um neue Informationen zu gewinnen und dadurch die Soziale Diagnose hinsichtlich ihrer Treffsicherheit zu verfeinern. In der Praxis laufen die Arbeitsschritte, die in der Theorie getrennt von einander betrachtet werden können, parallel ab. Verfahren Sozialer Diagnostik können bzw. sollen deshalb einen gesonderten ‚Raum‘ für Reflexionsprozesse schaffen. Gleichzeitig ist in der Praxis je nach Fall ggf. eine zeitnahe

³⁷ Eine systematische Zusammenstellung von Fehlerquellen Sozialer Diagnostik findet sich bei Höllmüller (vgl. Höllmüller 2009b, 180ff.).

Entscheidung hinsichtlich einer Intervention bspw. im Sinne einer langfristigen Hilfe notwendig. Eine getroffene Entscheidung bedeutet aber ebensowenig wie das Ende einer Intervention, dass der diagnostische Prozess zwangsläufig abgeschlossen ist. Neue Informationen können jederzeit zur Wiederaufnahme des diagnostischen Prozesses führen. Jakobs und Röh postulieren in diesem Zusammenhang, dass am Ende des Prozesses keine Diagnose steht, weil die daraus resultierende Intervention eine erneute Diagnose und Intervention nach sich zieht (vgl. Jakobs/Röh 2005, 286). Es gilt zu verdeutlichen, dass eine Diagnose ‚lediglich‘ als Feststellung eines Sachverhalts zu einem ‚Zeitpunkt x‘ zu betrachten ist. Wann eine Diagnose erfolgt, kann von vielfältigen Faktoren (bspw. durch einen Veränderungswunsch des Adressaten oder Handlungsdruck durch die Fachkraft) abhängig sein. Eine Verschiebung des Zeitpunkts der Diagnose würde ggf. eine Veränderung des Ergebnisses zur Folge haben. Somit ist bei einer Diagnose immer zu hinterfragen, zu welchem Zeitpunkt sie gestellt wurde. Heiner führt zur reflektiven Orientierung weiter aus (vgl. Heiner 2005, 256f.), dass der Fokus der rekursiven Vorgehensweise auf zwei Ebenen liegt; auf der Analyse der Informationen, aber auch auf der Analyse der Beziehung zwischen Adressat und Fachkraft. Beide Elemente, das informationsanalytische und das beziehungsanalytische Element, werden damit zum Gegenstand der Sozialen Arbeit und sind daher bereits in Kapitel 5.1.3 beschrieben worden.

Als letztes Element der reflexiven Orientierung beschreibt Heiner, dass der diagnostische Prozess *falsifikatorisch* angelegt sein soll. Dies meint, im Rahmen der Diagnostik nach Argumenten zu suchen, die die eigene Diagnose widerlegen. Wenn diese Suche ernsthaft betrieben wird und dennoch keine Argumente gefunden werden können, so sei dies ein Beleg dafür, dass die Diagnose gut gesichert und somit auch gut zutreffend sei. Die Suche nach Gegenargumenten soll dabei vor allem von Deutungsmustern, also Hypothesen und Sichtweisen, des Adressaten gelenkt werden, da zum einen so die Fachkraft einen besseren Zugang zur Sichtweise des Adressaten erhalten kann, zum anderen der Adressat im Sinne der partizipativen Orientierung in ihrem ‚Expertentum‘ Ernst genommen werden und bei divergierenden Meinungen die Sichtweise des Adressaten ausführlich widerlegt werden kann (vgl. ebd.). Die falsifikatorische Vorgehensweise dient insgesamt der Absicherung der Sozialen Diagnose. Zudem wird eine tiefgründigere und damit überzeugendere Argumentation für oder gegen eine Diagnose erreicht, die es dem Adressaten ggf. erleichtert, diese anzunehmen.

Hinsichtlich der Bewertung der Verfahren ergeben sich daraus folgende Fragen:

- Verfolgt das Verfahren eine rekursive bzw. zirkuläre Vorgehensweise?
- Wird im Verfahren deutlich, dass die Diagnose ‚lediglich‘ eine Feststellung zum ‚Zeitpunkt

x‘ darstellen kann?

- Wird im Verfahren falsifikatorisch vorgegangen?

5.3 Funktion

Die Frage, worin Anwendungsfälle Sozialer Diagnostik liegen (vgl. Schrapper 2008b), ist nicht eindimensional beantwortbar, da Soziale Diagnostik unterschiedliche Funktionen haben kann. Eine gute Übersicht hinsichtlich unterschiedlicher aufgabenbezogener Funktionen ist bei Heiner dargestellt (vgl. u.a. Heiner 2005, S. 258ff.), die den folgenden Ausführungen zugrunde gelegt ist. Heiner unterscheidet die ‚Orientierungsdiagnostik‘ von der ‚Beschlussdiagnostik‘ und der ‚Gestaltungsdiagnostik‘. In einer späteren Veröffentlichung ergänzt sie diese um die ‚Risikodiagnostik‘ (vgl. Heiner 2010, 17).

Ziel der ‚*Orientierungsdiagnostik*‘ (auch als ‚allgemeinorientierende Diagnostik‘ bezeichnet (vgl. Heiner/Schrapper 2004, 205)) ist es, vergleichbar mit einer Landkarte, einen Überblick über die Gesamt(problem)situation eines Adressaten zu erhalten. Dies beinhaltet ebenso die Probleme wie auch die Ziele und Ressourcen. Dabei betont Heiner den hypothetischen und explorativen Charakter der Vorgehensweise. Sichtweisen und Bewertungen der Situation der unterschiedlichen Beteiligten sollen miteinbezogen werden, um die Heterogenität des Falls so umfassend wie möglich abbilden zu können. Ausgehend von der Erhebung, welche Probleme die einzelnen Beteiligten sehen, wie sie diese bewerten und welche Wünsche sowie Lösungsansätze der Veränderung sie einbringen, ist es die Aufgabe der Fachkraft, eine Einschätzung zu treffen – also eine Diagnose zu erstellen – welche Probleme aus fachlicher Sicht vorhanden sind und wie diese bspw. hinsichtlich ihrer Relevanz und Zentralität zu bewerten sind (vgl. Heiner 2005, 258ff.).

Während die ‚*Orientierungsdiagnostik*‘ zunächst ohne dahinterstehenden Auftrag betrieben wird, verfolgt die ‚*Beschlussdiagnostik*‘ (auch als ‚entscheidungs- und beschlussorientierende Diagnostik‘ bezeichnet (vgl. Heiner/Schrapper 2004, 205)) das klare Ziel, dass die Diagnose als Grundlage für eine weitreichende, richtungsweisende bzw. grundlegende Entscheidung dient (bspw. dem langfristigen Aufenthaltsort eines Kindes), die einer ausführlichen Begründung bzw. Erörterung bedarf. Die Ergebnisse der Anamnese werden im Rahmen der Diagnose hinsichtlich eines terminlich festgelegten Entscheidungszeitpunktes ausgewertet und für die Entscheidung und dessen Begründung weiterverwendet. Im Rahmen der ‚*Beschlussdiagnostik*‘ müssen ‚unbestimmte Rechtsbegriffe‘, die zur Anwendung kommen, (bspw. ‚Kindeswohl‘) hinsichtlich des Einzelfalls transparent und (fachlich) nachvollziehbar interpretiert werden. Die ‚*Beschlussdiagnostik*‘ mündet letztlich in einer Entscheidung

(bspw. Gewährung oder Verweigerung sozialstaatlicher Leistungen), die für den betroffenen Adressaten (teilweise tiefgreifende) Konsequenzen hinsichtlich seiner weiteren Lebensgestaltung haben können. Die ‚Beschlussdiagnostik‘ kann massive Eingriffe in die Grundrechte und ins Privatleben hervorrufen, die aber teilweise notwendig sind, um Schutz vor Bedrohungen oder Gefahren zu gewährleisten (vgl. Heiner 2005, 260f.). Ergebnis der ‚Beschlussdiagnostik‘ kann sein, dass bspw. entschieden wird, ob ein Kind (bei getrennt lebenden Elternteilen) beim Vater oder bei der Mutter aufwächst. Diese Art der Entscheidung wird von Harnach als ‚Selektionsdiagnostik‘ bezeichnet, da sie darauf abzielt, eine Auswahl zu treffen (vgl. Harnach 2011, 25f.). Die Auswahl kann sich dabei auf eine Person (‚Personenselektion‘) oder auf Bedingungen einer Situation (‚Bedingungsselektion‘) beziehen. Von der ‚Selektionsdiagnostik‘ wird die ‚Modifikationsdiagnostik‘ unterschieden, die darauf abzielt, eine Entscheidung zu treffen, ob und ggf. wie vorangegangene Entscheidungen abgeändert werden müssen (vgl. ebd., 25ff.).

Die Veränderung einer Situation leitet inhaltlich zur ‚*Gestaltungsdiagnostik*‘ über (die auch als ‚prozessgestaltende und interventionsbezogene Diagnostik‘ bezeichnet wird (vgl. Heiner/Schrappner 2004, 205)). Diese Art der Diagnostik dient dazu, eine Grundlage für Entscheidungen hinsichtlich konkreterer Ausgestaltungen der Möglichkeiten, die im Rahmen eines Beschlusses bzw. einer Entscheidung (die aus der ‚Beschlussdiagnostik‘ resultiert) zur Verfügung stehen, zu bilden. Die ‚Gestaltungsdiagnostik‘ knüpft also an die Ergebnisse der ‚Beschlussdiagnostik‘ an und führt sie hinsichtlich der praktischen Ausgestaltung weiter aus. Dafür führt Heiner vier methodische Ansätze an, die sich durch vier Analyseperspektiven unterscheiden: Problemverhaltensanalyse, Kompetenzniveauanalyse, Interventionssituationsanalysen und Netzwerkanalysen. Diese vier Perspektiven beschreiben, welche unterschiedlichen Aspekte der (Problem-)Situation eines Adressaten betrachtet werden sollen (vgl. Kap. 5.1) (vgl. Heiner 2005, 261ff.).

Die ‚*Risikodiagnostik*‘ wird von Heiner als „Spezialfall“ (Heiner 2010, 17) bezeichnet. Sie kommt immer dann zum Einsatz, wenn der Fachkraft Hinweise bekannt werden, die auf eine mögliche akute Gefährdung eines Adressaten hinweisen. Die Fachkraft muss für solche Hinweise ggf. immer wieder (u.a. durch verpflichtend einzusetzende Verfahren) sensibilisiert werden (vgl. Lüttringhaus/Streich 2010, 123) und bei Bekanntwerden von Hinweisen umgehend eine Einschätzung treffen, ob bzw. innerhalb welches Zeitraums welche Art der Intervention erfolgen muss, um den Adressaten vor gravierenden und irreperablen Schäden zu bewahren. Es gilt das Risiko für den Adressaten vor dem Hintergrund der vorliegenden Informationen abzuschätzen und eine Prognose zu erstellen, welche Folgen eine bzw. keine (zeitnahe) Intervention für den Adressaten hat. Diese Diagnose ist häufig auf der Grundlage

nur weniger Informationen und innerhalb kürzester Zeit zu stellen und hat dennoch für die Entwicklung des Adressaten (in einigen Fällen) fundamentale Folgen (vgl. Heiner 2010, 17). Sie beinhaltet ebenso wie die ‚Beschlussdiagnostik‘ die Anforderung, dass die Fachkraft unbestimmte Rechtsbegriffe hinsichtlich des Einzelfalls anwenden muss.

Hinsichtlich der Bewertung der Verfahren ergeben sich daraus folgende Fragen:

- Welche der vier Funktionen (Orientierungs-, Beschluss-, Gestaltungs- und/oder Risikodiagnostik) erfüllt das Verfahren? Wie sehr geht das Verfahren bspw. in die Tiefe? Ist im Sinne einer Risikodiagnostik ein schnelles Ergebnis erzielbar?
- Erhöht die Fachkraft durch den Einsatz des Verfahrens z.B. ihre Handlungssicherheit hinsichtlich der Interpretation und Anwendung von unbestimmten Rechtsbegriffen oder ihrer weiteren Vorgehensweise im Fall?

5.4 Alltagstauglichkeit

Die bisher dargestellten Kriterien haben fachlich-inhaltliche sowie disziplinäre Anforderungen seitens der Sozialen Arbeit betroffen. Darüber hinaus sind, in Hinblick auf die Praxisorientierung der Fragestellung dieser Arbeit, Anforderungen, die sich auf die praktische Umsetzung beziehen, nicht außer Acht zu lassen. Sie dürfen die Auswahl der Verfahren aber nicht vorrangig leiten. Denn die in der Praxis zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zum Maßstab der Auswahl zu machen, birgt die Gefahr, die ggf. notwendigen Möglichkeiten der Verfahren nicht auszuschöpfen. Zunächst sollten die Verfahren danach ausgewählt werden, welche fachlich-inhaltlichen und disziplinären Anforderungen an die Verfahren zu stellen sind, um dann ggf. die Rahmenbedingungen der Praxis anzupassen. Denn wie sich im Folgenden zeigen wird, sind die Rahmenbedingungen der Praxis teilweise nur schwer veränderbar und bedürfen i.d.R. einer Entscheidung ‚von höherer Stelle‘ (bspw. der Leitung des ASD, des Jugendamtes oder der Kommune).

5.4.1 Verwaltungsrechtliche Handlungsprinzipien

Der ASD ist Teil der kommunalen Verwaltung und vielfach mit Verwaltungsaufgaben beauftragt. Auf der Grundlage verwaltungsrechtlicher Bestimmungen und Gesetze (SGB X) übernehmen SozialarbeiterInnen in Form von Realakten³⁸, Verwaltungsverfahren³⁹ oder

38 Als ‚Realakt‘ werden Handlungen bezeichnet wie z.B. Beratungen, die nicht zwangsläufig einen Verwaltungsakt nach sich ziehen (vgl. Gissel-Palkovich 2011, 61).

39 Das ‚Verwaltungsverfahren‘ bezeichnet einen behördlichen Prozess, der einen Verwaltungsakt oder öffentlich-rechtlichen Verwaltungsvertrag vorbereitet und nach erfolgter Prüfung der Voraussetzungen ggf. als Verwaltungsakt rechtsverbindliche Entscheidung erlässt. Das Verwaltungsverfahren ist damit nach außen hin wirksam und soll systematisch und zielstrebig erfolgen (vgl. § 9 VwVfG; Bossong 2010, 102).

Verwaltungsakten⁴⁰ öffentlich-rechtliche Verwaltungstätigkeiten (vgl. Gissel-Palkovich 2011, 61). D.h., sie prüfen bspw. Rechtsansprüche des Adressaten gegenüber der Kommune und treffen Einzelfallentscheidungen. Sie bereiten rechtsverbindliche Entscheidungen vor, gestalten sie mit und/oder treffen sie eigenständig. Damit greifen Fachkräfte immer wieder in die Privatsphäre des Adressaten ein. Diese Eingriffe bedürfen einer rechtlichen Legitimation und sind aufgrund des grundgesetzlich verankerten Schutzes der Privatsphäre (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) so gering wie möglich zu halten. Im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung sind die Fachkräfte deshalb an verwaltungsrechtliche Handlungsprinzipien bzw. gesetzliche Vorgaben gebunden.

Zum einen gilt der ‚*Grundsatz der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung*‘ (Art. 20 Abs. 3 GG). Das bedeutet, dass Handlungen der Verwaltung nur im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bzw. des gesetzlich festgelegten Auftrags (bspw. festgelegt in den Sozialgesetzbüchern) ausgeführt werden dürfen. Gleichzeitig hält die ‚*Verpflichtungswirkung*‘ die Fachkräfte dazu an, auch bei Kann- bzw. Ermessungsbestimmungen tätig zu werden. Über allen Handlungen steht der ‚*Vorrang des Gesetzes*‘. D.h. dass keine Handlung gegen geltendes Recht verstoßen darf (vgl. Bossong 2010, 91ff.).

Zum anderen regelt § 35 SGB I (‚*Sozialgeheimnis*‘) hinsichtlich des ‚*Sozialdatenschutzes*‘, dass Sozialdaten „nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden“ dürfen und verweist auf die ausführlicheren Bestimmungen im zweiten Kapitel des SGB X. In der Zusammenschau von § 35 SGB I, Kapitel vier des SGB VIII und Kapitel zwei des SGB X kann festgehalten werden, dass Sozialdaten nur bei Erforderlichkeit und für die jeweiligen Aufgaben erhoben, genutzt und gespeichert werden dürfen. Dem steht der ‚*Untersuchungsgrundsatz*‘ in § 20 SGB X gegenüber, der bei Antragsstellung die Ermittlung des relevanten Sachverhalts von Amtswegen vorsieht. Welche und wie viele Daten verarbeitet werden, ist also vom Einzelfall (vgl. Kap. 4.2) abhängig und bedeutet für die ASD-MitarbeiterInnen immer wieder ein begründetes Abwägen, welche Merkmale für die jeweiligen Aufgaben von ‚leistungserheblicher‘ Relevanz sind.

Dabei unterliegt das Abwägen dem ‚*Grundsatz der Verhältnismäßigkeit*‘ (auch ‚*Übermaßverbot*‘ genannt) (Art. 20 Abs. 3 GG). Dieser Grundsatz beinhaltet, dass Handlungen (bspw. die Erhebung von Sozialdaten) nur dann vorgenommen werden dürfen, wenn sie für das Erreichen des verfolgten, gesetzlich legitimierten Zweckes notwendig bzw. erforderlich, geeignet und angemessen sind. Stehen der Fachkraft unterschiedliche Möglichkeiten offen, den Zweck ihrer Aufgabe zu erreichen, ist der zu wählen, der – immer

40 Ein „Verwaltungsakt ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist“ (§ 31 SGB X).

mit der Maßgabe, nicht gegen geltendes Recht zu verstoßen – für den Adressaten den geringsten Eingriff in sein Privatleben und seine Persönlichkeitsrechte bedeutet (vgl. ebd., 93f.).

Diese Kriterien gelten für alle Aufgabenbereiche des ASD und stellen alltagspraktische Rahmenbedingungen dar, die nur schwer veränderbar sind. Für die Bewertung der Verfahren stellen sich für alle Aufgabenbereiche gleichermaßen damit folgende Frage:

- Ist das Verfahren mit den Grundsätzen a) der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung, b) des Sozialdatenschutzes und c) der Verhältnismäßigkeit vereinbar?

5.4.2 Ressourcennutzung

Nach Einführung des KJHG ist in der Kinder- und Jugendhilfe eine Erhöhung des Arbeitsaufkommens zu verzeichnen. Dies ist einerseits am gestiegenen Anteil der finanziellen Aufwendungen am gesamten Sozialbudget abzulesen (vgl. Bellermann 2011, 246). Andererseits hat der ASD in den vergangenen Jahren immer wieder neue Aufgaben übernehmen müssen. Exemplarisch ist die veränderte Zuständigkeit für die Leistungen für seelische behinderte Kinder und Jugendliche gemäß § 35a SGB VIII (vormals war dies eine Aufgabe des Sozialamtes), die Einführung des § 8a SGB VIII und der Erlass der Landes- bzw. des Bundeskinderschutzes zu nennen. Zudem sprechen die durch das Statistische Bundesamt erhobenen Fallzahlen für sich. Bspw. sind in allen Bereichen der Hilfen zur Erziehung Anstiege zu verzeichnen (vgl. ebd., 247; Pothmann/Fendrich 2009, 2).

Der Frage des Fallaufkommens steht die Frage der personellen und finanziellen Ressourcen im ASD gegenüber. Die Finanzierung der gesamten Personal- und Ausstattungskosten des ASD obliegt der Verantwortung der kommunalen Träger. Dabei gilt der Grundsatz, dass einer unbegrenzten Anzahl an Wünschen, Bedürfnissen und Ansprüchen nur begrenzte und im Vergleich zur Menge der Bedürfnisse knappe Ressourcen gegenüberstehen (vgl. Schrapper 1998, 294f.). Daher war der Einsatz der Mittel im ASD schon immer abzuwägen und in ‚Zeiten knapper Kassen‘ wurde versucht, zu sparen, so auch im ASD. Dass bei Einsparung von Ressourcen und gleichzeitig unveränderter Aufgabenstellung und Arbeitsaufkommen die Qualität der Arbeit leiden wird, ist kein Geheimnis. Bis zu welchem Grad die Arbeitsverdichtung tragbar ist, ist strittig (vgl. Schilling 2006). Fälle schwerwiegender Kindeswohlgefährdungen, die medial inszeniert wurden, haben in den vergangenen Jahren eine große Öffentlichkeit erreicht und die Ressourcendiskussion um den ASD angetrieben (vgl. Gissel-Palkovich 2011, 71ff.). Durch die damit einhergehende Sensibilisierung der Gesellschaft für Fragen des Kinderschutzes als auch die Einführung des §

8a SGB VIII ist das Fallaufkommen im Bereich des Kinderschutzes gestiegen (vgl. KomDat 2009, 5). Seitens der öffentlichen Stellen waren Zusagen zur Personalaufstockung zu vernehmen.

Auch wenn von Kommune zu Kommune deutliche Unterschiede festzustellen sind (vgl. Gissel-Palkovich 2011, 74), zeigen Untersuchungen, dass die Arbeitssituation im ASD von Be- bzw. Überlastung gekennzeichnet ist (vgl. Pluto et al. 2007, 553ff.; Seckinger 2008, 42; Seckinger et al. 2008, 11; Pothmann 2008, 11f.) und das Gleichgewicht von Aufgaben auf der einen und Ressourcen auf der anderen Seite immer wieder kritisch hinterfragt werden muss, um qualitativ gute und dem Auftrag des ASD gerechtwerdende Arbeit leisten zu können. Da es bisher keine einheitlich gültigen Standards zur Personalbemessung gibt (vgl. Seckinger et al. 2008, 24ff.), wird daran weiter geforscht (vgl. Merchel et al. 2010).

- In Hinblick auf die Anwendung und Bewertung von Verfahren Sozialer Diagnostik stellt sich damit einhergehend die Frage, ob das Verfahren zum einen von der Fachkraft selbst durchgeführt werden kann oder ob es an einen Leistungsanbieter vergeben werden muss, was mit zusätzlichen Kosten verbunden ist.
- Zum anderen stellt sich die Frage, ob der zeitliche, personelle wie auch finanzielle Aufwand im Verhältnis zum Ergebnis des Verfahrens für die jeweilige Aufgabe steht. Bei der Entscheidung für oder gegen ein Verfahren ist also die Ressourcen(aus)nutzung gegenüber dem voraussichtlich zu erwartenden Gewinn (bspw. eine ‚bessere‘ Entscheidung im Sinne einer passgenauer ausgestalteten Hilfe für den Adressaten) abzuwägen.

5.4.3 Anschlussfähigkeit hinsichtlich der Kooperationspartner

Der ASD kooperiert mit einer Vielzahl an Institutionen und Einzelpersonen (vgl. § 81 SGB VIII), die (in Anlehnung an Gissel-Palkovich (vgl. Gissel-Palkovich 2011, 125)) auf zwei Arten unterschieden werden können: Es kann nach dem Kriterium ‚verwaltungsintern vs. verwaltungsextern‘ und/oder dem Kriterium ‚systemintern vs. systemextern‘ unterteilt werden. Als ‚verwaltungsintern‘ sind bspw. Abteilungen wie die Wirtschaftliche Jugendhilfe und die Amtsvormundschaften/-beistandschaften oder Ämter wie das Sozial-, Gesundheits- oder Schulamt zu nennen. ‚Verwaltungsextern‘ aber ‚systemintern‘ sind bspw. Träger der freien Jugendhilfe. Durch Schnittstellen in der Arbeit kooperiert der ASD mit einer Reihe an ‚systemexternen‘ Institutionen (z.B. mit der Polizei, Gerichten, der Staatsanwaltschaft, Schulen, der ARGE und den unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens), die sich in ihrer Gesetzesgrundlage, Finanzierungsart, Historie, Terminologie und gesellschaftlicher Aufgabe teilweise stark unterscheiden (vgl. Tenhaken 2010, 93f.). Damit

geht die Notwendigkeit einher, (theoretische und methodische) Hintergründe der externen Kooperationspartner zu kennen und die Fähigkeit zu besitzen, sie reflektiert in die eigene Arbeit einfließen lassen zu können (vgl. Gissel-Palkovich 2011, 196f.). Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Kooperationspartner stellt das Gelingen der Zusammenarbeit hohe Anforderungen an gegenseitiges Verstehen und Respektieren (vgl. Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe 2003).

Hinsichtlich der Sozialen Diagnostik stellt sich die Frage, inwieweit die Verfahren die unterschiedlichen Kooperationen unterstützen bzw. zumindest nicht behindern. Die Fachkraft ist auf der einen Seite teilweise auf ‚Input‘ ihrer Kooperationspartner angewiesen, um eine ganzheitliche Diagnose erstellen zu können. Bspw. sind Auskünfte der Schule notwendig, um die Situation des Adressaten hinsichtlich ihrer Eingebundenheit, Ressourcen und Problembereiche im schulischen System, die ggf. für andere Problembereiche (mit-)verantwortlich sein oder zu deren Lösung beitragen können, einschätzen zu können. Ebenso können Berichte von Jugendhilfeträgern, Ärzten, Psychologen, Kindergärten oder der Polizei von Bedeutung sein und müssen im Rahmen des Verfahrens der Sozialen Diagnostik mit aufgenommen werden können. Auf der anderen Seite knüpfen einige der Kooperationen am ‚Output‘ der Sozialen Diagnose an. Zum Beispiel ist in der Jugendgerichtsverhandlung die Stellungnahme der Fachkraft des ASD bedeutsam, die ihre Einschätzung auf dem Ergebnis ihrer Sozialen Diagnose begründet. Damit vergleichbar ist die Soziale Diagnose Grundlage für Kooperationen im Bereich der Mitwirkung in Familiengerichtsverfahren und bei der Übergabe von HzE an die leistungserbringenden Träger.

Die Verfahren müssen also dem Kriterium der ‚Kooperationsfähigkeit‘ standhalten, das mit folgenden Fragen umrissen werden kann:

- Ist das Verfahren so konzipiert, dass Informationen von Kooperationspartnern in den Prozess der Sozialen Diagnostik aufgenommen werden können?
- Unterstützt der Einsatz des Verfahrens die Kooperation bzw. behindert es diese zumindest nicht?
- Kann das Ergebnis der Sozialen Diagnostik Kooperationspartnern gegenüber nachvollziehbar dargestellt werden?

6 - Verfahrensansätze Sozialer Diagnostik – eine kriteriengeleitete Bewertung

Für die Durchführung der Sozialen Diagnostik in der Sozialen Arbeit sind, wie in der vorliegenden Arbeit bereits mehrfach erwähnt, unterschiedliche Verfahrensansätze entwickelt worden. Sie unterscheiden sich bspw. hinsichtlich ihrer theoretischen Grundlagen, ihrer

Zielsetzung, ihres Umfangs, ihrer Vorgehensweise und der verwendeten Instrumente. Einen Überblick über die Vielfalt an (mehr oder weniger ausführlich ausgearbeiteten) Ansätzen bieten Schrapper (vgl. Schrapper 2004a) und Heiner (vgl. Heiner 2004). Im Folgenden werden drei Verfahren in den Blick genommen, die in den vergangenen Jahren bereits umfangreich ausgearbeitet, erprobt, kritisch hinterfragt und/oder evaluiert worden sind und als relativ etablierte Verfahren angesehen werden können.

Der Auswahl der Verfahren wird die Unterteilung in die folgenden drei Kategorien zugrunde gelegt: 1.) Entscheidungsorientiert-legitimatorisch 2.) Biographisch-rekonstruktiv 3.) Beziehungsanalytisch-inszenierend (vgl. Schrapper 2004b, 46ff.). Diese Typologie kann einen Anspruch auf Vollständigkeit hinsichtlich möglicher einzusetzender Verfahren nicht erfüllen. Bspw. weist das ‚Person-in-Environment-System‘ (PIE), das von Helmut Adler für den deutschsprachigen Gebrauch adaptiert wurde (vgl. Adler 1998) Gemeinsamkeiten zur ‚Psychosozialen Diagnostik‘ und zur ‚Sozialpädagogischen Diagnose‘ (Kap 6.1) auf. Seine Funktion ist allerdings nicht eindeutig ‚entscheidungsorientiert-legitimatorisch‘ (vgl. Adler 2004, 167), sodass es dieser Kategorie nicht zugeordnet werden kann. Davon abgesehen erfasst die Typologie aber eine große Bandbreite der Verfahren und beinhaltet sowohl (eher) ‚klassifikatorische‘ als auch (eher) ‚verstehend-hermeneutische‘ Ansätze (vgl. Kap. 3.3).

Von dieser Typologie ausgehend werden die drei Kategorien in diesem Kapitel vorgestellt. Jeder dieser drei Kategorien können mehrere unterschiedliche Verfahren zugeordnet werden. Aufgrund der Erkenntnis, dass der Versuch, mehrere Verfahren je Kategorie hinsichtlich der in Kapitel fünf herausgearbeiteten Kriterien zu bewerten, entweder zu einer deutlichen Überschreitung des angemessenen Umfangs für die vorliegende Arbeit oder zu einer sehr oberflächlichen und damit nur wenig aussagekräftigen Auswertung führt, wurde je Kategorie ein Verfahren begründet ausgewählt. In den folgenden Unterkapiteln werden zunächst die charakteristischen Gemeinsamkeiten der Verfahren einer Kategorie dargestellt, sodass eine Übertragung der Bewertung auf die anderen Verfahren der Kategorie möglich ist. Anschließend wird das ausgewählte Verfahren hinsichtlich der Kriterien entlang der dazu formulierten Fragen bewertet, sodass eine umfassende Bewertung für ein Verfahren je Kategorie erfolgt. Für die Strukturierung der Bewertung wird auf die Reihenfolge der Kriterien in Kapitel fünf zurückgegriffen. Diese Bewertung bezieht die Anforderungen aus den Aufgabenbereichen des ASD nicht mit ein. Dies erfolgt in Kapitel sieben, für das die Bewertung, die in diesem Kapitel vorgenommen wird, als Grundlage dient.

6.1 Entscheidungsorientiert-legitimatorische Verfahren

Zu den ‚entscheidungsorientiert-legitimatorischen‘ Verfahren (vgl. Schrapper 2004b) können im deutschsprachigen Raum die ‚Psychosoziale Diagnostik‘ nach Harnach (vgl. Harnach 2011) und die ‚Sozialpädagogische Diagnose‘ des bayerischen Landesjugendamtes (vgl. Zentrum Bayern Familie und Soziales. Bayerisches Landesjugendamt 2009) gezählt werden. Vertreter dieser Verfahrenskategorie sind zudem Franz Petermann (vgl. Petermann/Schmidt 1995; zit. n. Ader 2006, 39) und Udo Maas (vgl. Maas 1997; zit. n. Ader 2006, 39).

Gemeinsame Eigenschaften dieser Verfahren sind, dass sie zum einen auf eine regelgeleitete Anamnese fokussieren. Anhand von vorgegebenen Kategorien (bspw. in Form von Leitfragen oder Checklisten) werden Daten mit Hilfe systematischer Beobachtungen und Befragungen erhoben und dokumentiert, sodass hinsichtlich des Teilschritts der Datenerhebung das Kriterium einer systematisierten und nachvollziehbaren Vorgehensweise erfüllt wird. Dabei bleibt allerdings (relativ) offen, wie die in der Anamnese gewonnenen Informationen zur Diagnose verdichtet und bewertet werden (⁴¹5.2.1 Systematisch, regelgeleitet und überprüfbar). Gegenstand sollen dabei alle relevanten Aspekte sein, die für den Verwendungszweck notwendiger Weise erhoben werden müssen. Defizite bzw. Störungen werden dafür ebenso erfasst wie die Ressourcen. Hinsichtlich der zeitlichen Dimension werden sowohl die Lebensgeschichte des Adressaten als auch relevante (vorangegangene) Prozesse und die aktuelle Situation des Adressaten miteinbezogen (5.1.1 Mehrperspektivische Orientierung). Der Verwendungszweck leitet dabei die Auswahl der Aspekte, die für den diagnostischen Prozess notwendig sind. In Hinblick auf die Funktion erfüllen die Verfahren die Anforderungen der Beschlussdiagnostik und teilweise auch die der Risikodiagnostik. Ein als notwendig erachteter (Be-)Handlungsbedarf soll mit Hilfe der Verfahren ausreichend begründet werden (5.3 Funktion). Die Auswertung der erhobenen Informationen erfolgt im Abgleich mit fachtheoretischen Normalitätskonzepten (bspw. der Entwicklungspsychologie) bzw. gesellschaftlichen Normen und Werten (z.B. gesetzlichen Grundlagen). Die Verfahren beanspruchen, dass ihr Ergebnis von einer anderen Fachkraft reproduziert, also personenunabhängig erzielt werden kann. Der Fachkraft wird dabei letztlich die Position des ‚Experten‘ zugeschrieben (5.2.2 Partizipative Orientierung). Der Gewinn dieser Art der Verfahren wird darin gesehen, dass alle wesentlichen Informationen erfasst und dokumentiert werden und auf der Grundlage dieser inhaltsreichen Anamnese eine möglichst zutreffende Diagnose gestellt werden kann (vgl. Ader 2006, 39; Schrapper 2004b, 46f.).

41 Bei Verweisen in den Kapiteln sechs und sieben auf die Kriterien aus Kapitel fünf wird jeweils der Zusatz ‚Kap.‘ aus Gründen der besseren Lesbarkeit weggelassen.

Die ‚Psychosoziale Diagnostik‘ als Verfahren der Kategorie ‚entscheidungsorientiert-legitimatorisch‘ beansprucht, in fast allen Aufgabenbereichen des ASD Anwendung zu finden (vgl. Harnach 2011, 17). Die ‚Sozialpädagogische Diagnose‘ hingegen bezieht sich lediglich auf die Anwendung in den Bereichen HzE (Kap. 4.2.2) und Kindeswohlgefährdung (Kap. 4.2.6). Daher wird im Folgenden die ‚Psychosoziale Diagnostik‘ bewertet. Dieses Verfahren verbindet „Wissen über die Rechtsgrundlagen mit dem in der sozialen Arbeit und in den Sozial- und Verhaltenswissenschaften entwickelten Erklärungs- und Handlungswissen“ (ebd., 17). Auf dieser Grundlage führt das Verfahren, nach Aufgabenbereichen des ASD getrennt, aus, welche Aspekte für die Diagnostik im jeweiligen Aufgabenbereich relevant sind. Die Aspekte werden anhand von Fragenkatalogen ausdifferenziert und bieten der Fachkraft dadurch eine Orientierung und Grundlage, welche Aspekte sie im jeweiligen Aufgabenbereich erheben und bewerten muss, um eine Diagnose zu treffen, mit der sie ihren Standpunkt bzw. ihr Handeln (oder ihre Handlungsabsicht) legitimieren kann (vgl. ebd., 118ff.).

Die kriteriengeleitete Untersuchung der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ hinsichtlich ihres Gegenstandes (5.1) zeigt auf, dass sie impliziert, dass jedes Ergebnis der Diagnostik letztendlich hypothetisch bleibt (vgl. ebd., 18). Die Differenzierung nach unterschiedlichen Aufgabenbereichen des ASD führt dazu, dass (abgesehen vom Bereich der Beratung) die Aspekte erhoben werden, die jeweils für den Aufgabenbereich relevant sind (vgl. ebd., 17f.). Das Verfahren berücksichtigt sowohl Problemkategorien (vgl. ebd., 118) als auch Ressourcen (vgl. ebd., 125) und betrachtet den Adressaten (vgl. ebd., 122) ebenso wie seine soziale Umwelt (vgl. ebd., 119) und seine Einbindung in diese (vgl. ebd.). Das Verfahren beinhaltet, die Perspektiven unterschiedlicher Beteiligter einzubeziehen und detailliert zu betrachten (vgl. ebd., 115). Hinsichtlich des zeitlichen Faktors können mit dem Verfahren sowohl Aspekte des Status-quo als auch von Prozessen erfasst werden (vgl. ebd., 119f.). Biographische Aspekte werden erhoben. Die historische Dimension hinsichtlich bisheriger Erfahrungen mit helfenden Institutionen wird demgegenüber sehr viel weniger bis gar nicht erhoben (vgl. ebd., 120f.) (5.1.1 Mehrperspektivische Orientierung).

Der Gegenstand wird mit dem Verfahren insgesamt stark sozialökologisch (5.1.2) erfasst. Wie es der Name zum Ausdruck bringt, werden sowohl individuelle (Ausstattungsmerkmale) als auch sozial-interaktive Aspekte miteinbezogen (vgl. ebd., 119). Dazu werden die unterschiedlichen Systeme, die für die Lebenssituation des Adressaten relevant sind, betrachtet (vgl. ebd.). Die regionale Infrastruktur findet allerdings fast keine Beachtung (vgl. ebd., 121).

Hinsichtlich der informations- und beziehungsanalytischen Reflexion des Gegenstandes

(5.1.3 Reflexive Orientierung) intendiert das Verfahren, den Prozess der Beschaffung und Auswahl der Informationen zu reflektieren (vgl. ebd., 153f.). Die Interpretation der anamnestischen Ergebnisse wird aber ebenso wenig hinterfragt, wie die Beziehung zwischen dem Adressaten und der Fachkraft bzw. die einflussnehmenden Anteile der Fachkraft reflektiert werden. Die Hilfesgeschichte des Adressaten wird nur in Ansätzen mit einbezogen (vgl. ebd., 120f.).

In Bezug auf eine systematische, regelgeleitete und überprüfbare Vorgehensweise (5.2.1) wird die Notwendigkeit einer strukturierten Vorgehensweise von Harnach immer wieder betont (vgl. u.a. ebd., 153f.). Hinsichtlich der Anamnese setzt sie dies mit Hilfe eines Fragenkatalogs umfassend um. Den Arbeitsschritt der Diagnose systematisiert sie, indem sie relevante, zu bewertende Kategorien dafür vorgibt (vgl. ebd., 125ff.). Die Begründung der Diagnose wird konkret gefordert, sodass die Fachkraft ihre abschließenden Schlussfolgerungen explizieren muss (vgl. ebd., 139). Ein von Harnach dargestelltes Fallbeispiel zeigt auf, dass der Zusammenhang zwischen den Ergebnissen der Anamnese und der daraus folgenden Diagnose hergestellt wird (vgl. ebd., 139ff.). Mit der damit einhergehenden umfangreichen Dokumentation ist das Ergebnis der Sozialen Diagnostik insgesamt überprüfbar. Das Verfahren beinhaltet keine Kategorie, die explizit die Überprüfung der Qualität der Informationen vorsieht. Harnach betont aber ausdrücklich die Berücksichtigung der ‚Fehleranfälligkeit‘ von Informationen und der damit einhergehenden Diagnose (vgl. ebd., 28f.).

Den Ausführungen von Harnach folgend, erfüllt das Verfahren das Kriterium der partizipativen Orientierung (5.2.2) sehr umfassend. Der Adressat soll als Experte und sein Wissen insofern als gleichwertig anerkannt werden, als dass er gegenüber der Fachkraft über einen Wissensvorsprung hinsichtlich seiner persönlichen Lebenssituation verfügt (vgl. ebd., 34f.). Der Adressat wird als „Co-Diagnostiker“ (vgl. ebd., 35) bezeichnet und soll interaktiv in den diagnostischen Prozess einbezogen werden. Seine Ansichten sollen die Fachkraft zu einer vertiefenden Anamnese anregen, die ggf. zu einer Veränderung der Diagnose führt. Die Fachkraft wird dabei aber letztlich als ‚Expertin‘ angesehen, die die Diagnose stellt (vgl. ebd.). Die Partizipation ist daher auf Stufe drei zu verorten. Hinsichtlich der Frage der Eignung des Verfahrens für die gesamte Zielgruppe ergeben sich einige Einschränkungen. Der Adressat muss für den Teil der systematischen Befragungen sowohl kognitiv als auch sprachlich in der Lage sein, sich auszudrücken. Werner Schreiber wendet zudem ein, dass dem Adressaten seitens des Verfahrens eine Autonomie abverlangt wird, über die insbesondere Adressaten mit schwerwiegenden psychosozialen Problemen (bspw. Traumatisierungen oder schwerwiegenden psychiatrischen Diagnosen) häufig nicht verfügen

(vgl. Schreiber 2003, 516). Zudem ist nicht zu erkennen, dass das Verfahren hinterfragt, ob bzw. warum ein Adressat ggf. nicht partizipieren kann oder möchte.

In Hinblick auf das Kriterium ‚Reflexive Orientierung‘ (5.2.3) ergibt die Untersuchung des Verfahrens, dass Harnach auf die Notwendigkeit einer rekursiven bzw. zirkulären Vorgehensweise verweist (vgl. Harnach 2011, 25), da sich Prozesse Sozialer Diagnostik auf hoch dynamische Systeme beziehen, die eine Diagnose nur als Feststellung für einen Zeitpunkt ‚x‘ möglich machen (vgl. ebd., 21f.). Eine falsifikatorische Vorgehensweise ist den Ausführungen von Harnach nicht zu entnehmen.

Die Funktion (5.3) des Verfahrens ist der Beschlussdiagnostik zuzuordnen (vgl. ebd., 20) und enthält aufgrund der Ausführungen zum Aufgabenbereich der Kindeswohlgefährdung (Kap. 4.2.6) Anteile, die für die Risikodiagnostik verwendet werden können (vgl. ebd., 186ff.).

Da die ‚Psychoziale Diagnostik‘ ausdrücklich für den Einsatz im ASD entwickelt wurde, sind die Kriterien der Alltagstauglichkeit (5.4) erfüllt. Das Verfahren ist mit den verwaltungsrechtlichen Handlungsprinzipien vereinbar (vgl. ebd., 35f.). Das Verfahren kann von der Fachkraft selbst durchgeführt werden und verursacht somit keine Kosten durch die Vergabe an externe Leistungsanbieter. Die finanziellen Ausgaben für die Bereitstellung der Unterlagen über das Verfahren sind gering, sodass durch den Einsatz des Verfahrens kaum ein finanzieller Aufwand entsteht. Der zeitliche bzw. personelle Aufwand hängt von dem jeweiligen Aufgabenbereich und der Notwendigkeit im Einzelfall ab. Hinsichtlich der Anschlussfähigkeit an Kooperationspartner sind keine Aspekte erkennbar, die eine gelingende Kooperation behindern würden. Informationen von Kooperationspartnern können im Rahmen der im Verfahren vorgegebenen Kategorien miteinbezogen und das Ergebnis der Sozialen Diagnostik Kooperationspartnern gegenüber nachvollziehbar dargestellt werden (vgl. Harnach 2011).

6.2 Biographisch-rekonstruktive Verfahren

Als Vertreter der ‚biographisch-rekonstruktiven‘ Verfahren sind Klaus Mollenhauer/Uwe Uhlendorff für die ‚Sozialpädagogisch-hermeneutischen Diagnosen‘ (vgl. Mollenhauer/Uhlendorff 1992; ebd. 1995; Uhlendorff 1997) bzw. Uwe Uhlendorff/Thomas Marthaler für die ‚Sozialpädagogische Familiendiagnostik‘ (vgl. Uhlendorff/Marthaler 2004), Norbert Höpfner/Manfred Jöbgen für ‚Pädagogische Diagnostik‘ (vgl. Höpfner/Jöbgen 2001), Hans-Jürgen Glinka für die ‚Ethnografische Fallarbeit‘ (vgl. Glinka 2001) und Wolfram Fischer/Martina Goblirsch für die ‚Narrativ-biographische Diagnostik‘ (Fischer/Goblirsch 2004a; ebd. 2004b) sowie Franz-Josef Krümenacker (vgl. Krümenacker

2004a), Friedhelm Peters (vgl. Peters 1999a) und Gisela Jakob/Hans-Jürgen von Wensierski (vgl. Jakob/Wensierski 1997) zu nennen.

Gemeinsam ist diesen Verfahren, dass sie auf der Grundlage qualitativer sozialwissenschaftlicher Methoden bzw. Erkenntnissen und Methoden der Biographieforschung aufbauen. Ihr Ziel ist es, den Adressaten zu Erzählungen über sich selbst anzuleiten, um diese im Anschluss hermeneutisch auszuwerten. Dazu werden Interviews mit dem Adressaten geführt, die je nach Verfahren unterschiedlich stark strukturiert sind. Vielfach wird dabei auf das Konzept der objektiven Hermeneutik von Ulrich Oevermann und/oder das narrative Interview von Fritz Schütze zurückgegriffen. Das Interview wird in der Regel verschriftlicht (teilweise vollständig transkribiert) und im Team strukturiert und regelgeleitet ausgewertet, sodass die Diagnosestellung im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte erfolgt (5.2.1 Systematisch, regelgeleitet und überprüfbar). Die Verfahren weisen allerdings Unterschiede auf, wenn man die theoretischen Grundannahmen, ihre konkrete methodische Ausgestaltung und die Umsetzung sowie den im Fokus stehenden Gegenstand vergleichend betrachtet (vgl. Ader 2006, 34ff.). In jedem Fall zielen die Verfahren darauf ab, dass der Adressat über seine eigene Biographie, seine Sichtweise und Einschätzung über sich selbst und andere bzw. sein Lebensumfeld, über seine Probleme und Ressourcen bzw. über Probleme, die andere bei ihm sehen, über seine aktuelle Lebenssituation ebenso wie über seine Erfahrungen und/oder Zukunftsvorstellungen bzw. individuelle Haltungen und/oder Handlungs- und Entscheidungsmotivationen berichtet (5.1.1 Mehrperspektivische Orientierung). Grundlegend für diese Art der diagnostischen Verfahren ist, dass der Adressat als Experte seiner Lebenssituation- und Geschichte in den Mittelpunkt gestellt wird (5.2.2 Partizipative Orientierung) (vgl. ebd., 40).

Die ausführlichere Bewertung für diese Kategorie erfolgt am Beispiel der ‚Sozialpädagogisch-hermeneutischen Diagnosen‘, da diese gemeinsam mit der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ von Harnach als eines der beiden ‚großen‘ Verfahren bezeichnet werden kann, die maßgeblichen Einfluss auf die Debatte um die ‚Soziale Diagnostik‘ in der Sozialen Arbeit hatten und Anstoß für die (Weiter-)Entwicklung weiterer Verfahren waren. Zudem wurden die ‚Sozialpädagogisch-hermeneutischen Diagnosen‘ über einen langen Zeitraum entwickelt, erprobt und evaluiert und zeigen innerhalb ihrer damit einhergehenden Entwicklung interessante Veränderungen auf (vgl. Mollenhauer/Uhlendorff 1992, 1995; Uhlendorff 1997).

Grundlage für die Entwicklung der ‚Sozialpädagogisch-hermeneutischen Diagnosen‘ war ein mehrjähriges Forschungsprojekt, dessen erste Ergebnisse umfassend von Uhlendorff und Mollenhauer 1992 und im Weiteren 1995 und 1997 vorgelegt wurden. Qualitative Interviews

wurden als sozialwissenschaftliche Methoden genutzt, um induktiv Aussagen von psychosozial stark belasteten Jugendlichen über ihre ‚Lebensthemen‘ (zentrale und konfliktbehaftete Themen) zu gewinnen. In der Auswertung der ‚individuellen Lebensthemen‘ ergaben sich Kumulationen, die auf 19 Selbstdeutungsmuster reduziert in fünf Dimensionen zusammengefasst werden konnten (vgl. Krumenacker 2004c, 26f.). Ausgehend von der Annahme, dass den ‚individuellen‘ Lebensmustern gesellschaftliche bzw. kulturelle Entwicklungserwartungen gegenüberstehen, formulierten Uhlendorff und Mollenhauer im Folgenden unter Einbezug bildungstheoretischer und entwicklungspsychologischer Erkenntnisse mehr als 80 ‚Entwicklungsaufgaben‘, die in vier Entwicklungsstufen zusammengefasst werden können, die von den Jugendlichen bewältigt werden müssen, um ihr Leben als ‚eigenverantwortliche und gemeinschaftsfähige Persönlichkeit‘ (§ 1 SGB VIII) bewältigen zu können. Ein Scheitern an den Entwicklungsaufgaben hat Probleme bzw. Auffälligkeiten im Sozialverhalten sowie der Inklusion zur Folge (bzw. kann zu diesen führen) und stellt einen erzieherischen Bedarf dar, der ggf. durch die Jugendhilfe aufgefangen werden muss. Denn die Ursache für das Scheitern wird dabei nicht primär bei dem Jugendlichen selbst, sondern ebenso in seinem ‚erzieherischen Setting‘, also seinem sozialen Umfeld, das an seiner Erziehung und Sozialisation beteiligt ist, verortet. Das aus diesen Erkenntnissen resultierend entwickelte und überarbeitete Verfahren der ‚Sozialpädagogisch-hermeneutischen Diagnosen‘ zielt darauf ab, auf der Grundlage der Selbstdeutungen und Aussagen über sich selbst, die für den Jugendlichen anstehenden Entwicklungsprobleme bzw. -aufgaben zu diagnostizieren und gemeinsam mit dem Jugendlichen weitere Schritte zu planen, um diese Probleme und Aufgaben zu bewältigen (vgl. Uhlendorff 1997, 23ff.; Uhlendorff 2002).

In Hinblick auf die ‚mehrperspektivische Orientierung‘ (5.1.1) betont das Verfahren ausdrücklich, dass die Ergebnisse ‚nur‘ hypothetischen Charakter haben (vgl. Uhlendorff 1999, 134). Für den von Mollenhauer/Uhlendorff fokussierten Verwendungszweck werden Problemdimensionen, die in den Studien zuvor empirisch erarbeitet wurden (vgl. Mollenhauer/Uhlendorff 1992 und 1995), ausreichend berücksichtigt und vertieft. Probleme werden ebenso wie Ressourcen erfasst. Das Verfahren erfasst allerdings nur die Perspektive des direkten Adressaten und blendet damit Sichtweisen anderer Beteiligter aus. Das Verfahren richtet seinen Fokus sowohl auf den Status-quo als auch insbesondere auf stattgefundene Prozesse, die eine biographische und historische Dimension mit einschließen (vgl. Krumenacker 2004c, 29).

Der Gegenstand wird sozialökologisch betrachtet (5.1.2) und nimmt sowohl den Adressaten als Individuum als auch seine soziale Eingebundenheit in den Blick. Neben dem

Familiensystem wird auch auf Gleichaltrige, Freunde und die Schule eingegangen (vgl. ebd.). Die regionale Infrastruktur wird aber nicht explizit thematisiert. Diese können in den Selbstdeutungen des Adressaten enthalten und somit Teil des Diagnostikergebnisses sein, müssen aber nicht zwangsläufig zur Sprache kommen.

Das Kriterium der reflexiven Orientierung (5.1.3) erfüllt das Verfahren teilweise. Dem Verfahren kann aufgrund der zugrunde liegenden qualitativen sozialwissenschaftlichen Methode unterstellt werden, eine Reflexion des informationsanalytischen Elements zu enthalten. Ebenso ist die bisherige Hilfesgeschichte des Adressaten Bestandteil der Anamnese (Uhlendorff 1997, 174f.). Die Beziehung zwischen Adressat und Fachkraft und der Einfluss der Fachkraft auf den Prozess werden im Rahmen dieses Verfahrens hingegen nicht reflektiert (vgl. Schreiber 2003, 517f.).

Der Einsatz des Verfahrens systematisiert (5.2.1) den diagnostischen Prozess, indem es einen Leitfaden für das Interview (Anamnese) (Uhlendorff 1997, 171ff.) und eine Struktur für den Auswertungsprozess (Diagnose) (ebd., 129) vorgibt. Interpretationen der Ergebnisse der Anamnese werden gemeinsam im Team (drei bis sechs Personen) expliziert und sollen so dargestellt werden, dass sie sowohl für den Adressaten als auch für weitere Fachkräfte, die mit dem Adressaten arbeiten, verständlich und nachvollziehbar sind. Die Ergebnisse der Diagnostik werden in einer Gesamtdiagnose schriftlich fixiert (ebd.). Die Qualität der Informationen wird dabei, bspw. durch die Hinzuziehung von Sichtweisen anderer Beteiligter, konkret in Frage gestellt.

Vielmehr werden die Selbstdeutungen des Adressaten als Expertensicht gewürdigt. Sein Wissen wird gegenüber dem Wissen der Fachkraft als gleichwertig anerkannt. Denn das Verfahren fördert den dialogischen Prozess zwischen Fachkraft und Adressat und versucht, ihn, durch eine aushandlungsorientierte Vorgehensweise, die sich an die Auswertung des Interviews durch die Fachkräfte anschließt und divergierende Sichtweisen mit aufnimmt, umfassend partizipieren zu lassen (Uhlendorff 1997, 130). Mit dem Einsatz des Verfahrens kann demnach die Partizipation auf Stufe 4 erreicht und damit nach Lüttringhaus als ‚wahre Partizipation‘ bezeichnet werden (vgl. Lüttringhaus 2000, 41). Das Verfahren eignet sich für Jugendliche zwischen ca. zehn und 24 Jahren (vgl. Uhlendorff 1999, 130ff.). Voraussetzungen sind neben der Freiwilligkeit des Adressaten zudem sprachliche Fähigkeiten, seine Selbstsicht zum Ausdruck zu bringen. Fehlende Sprachfähigkeiten erschweren den Einsatz des Verfahrens ebenso wie fehlende Deutschkenntnisse. Schreiber kritisiert in diesem Zusammenhang, dass nur sprachliche Ausdrucksformen einbezogen werden (vgl. Schreiber 2003, 517). Ob ein Adressat in der Lage ist, umfassend am Verfahren zu partizipieren oder durch Gründe, die in seiner Person liegen, daran gehindert ist, werden

im Verfahren nicht explizit thematisiert, kann aber im Ergebnis der Auswertung durch die Fachkräfte enthalten sein (5.2.2 Partizipative Orientierung).

Hinsichtlich der reflexiven Orientierung (5.2.3) ist im Rahmen der Auswertung der Anamnese eine zirkuläre und falsifikatorische Vorgehensweise möglich. Auf die Anamnese selbst, die durch den Leitfaden klar strukturiert ist und i.d.R. auf ein Interview begrenzt ist, trifft dies nicht zu. Den Ausführungen von Uhlendorff und Mollenhauer ist zu entnehmen, dass sie implizit davon ausgehen, dass die Diagnose eine Feststellung zu einem Zeitpunkt ‚x‘ darstellt (vgl. Mollenhauer/Uhlendorff 1992, 1995; Uhlendorff 1997).

Die Funktion (5.3) des Verfahrens ist eindeutig als Gestaltungsdiagnostik innerhalb eines pädagogischen Settings zu bestimmen (vgl. Höpfer/Jöbgen 2004, 77). Ein schnelles Ergebnis ist mit diesem Verfahren nicht erreichbar, aber auch nicht angestrebt. Dafür geht das Verfahren inhaltlich in die Tiefe und kann der Fachkraft hinsichtlich ihrer weiteren Vorgehensweise Handlungssicherheit bieten.

In Bezug auf das Kriterium der ‚verwaltungsrechtlichen Handlungsprinzipien‘ (5.4.1) sind keine Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass die ‚Sozialpädagogisch-hermeneutischen Diagnosen‘ nicht mit der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung und dem Sozialdatenschutz vereinbar sind (vgl. Uhlendorff 1997). Ob der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt wird, ist vom jeweiligen Fall abhängig. Denn das Verfahren zielt darauf ab, inhaltlich umfangreiche Erkenntnisse hervorzubringen. Diese sind aber nur in Fällen notwendig, in denen ohne diese Erkenntnisse eine Diagnose nicht aussagekräftig genug erfolgen könnte. Die Fachkraft muss also abwägen, ob sie für ihre Arbeit auf die mit dem Verfahren gewonnenen Daten angewiesen ist und den Einsatz des Verfahrens somit begründen kann.

Nachdem Mollenhauer/Uhlendorff am Anfang ihres Forschungsprojektes von anderen Voraussetzungen ausgegangen waren, ist das abschließend vorgelegte Verfahren von der Fachkraft selbst anwendbar und setzt keine zusätzliche Schulung voraus, die aber durchaus hilfreich sein kann (vgl. Krümenacker 2004b, 96.). Kosten für eine Fremdvergabe entstehen somit nicht. Allerdings ist der zeitliche und damit verbundene personelle Aufwand recht hoch (ca. zehn Stunden (vgl. Müller 2002, 44)), sodass der Einsatz abgewogen werden muss und voraussichtlich nur in äußerst schwierigen Fällen Verwendung finden wird (vgl. Krümenacker 2004b, 115) (5.4.2 Ressourcennutzung).

Dass Informationen von Kooperationspartnern in das Verfahren miteinbezogen werden, ist nicht vorgesehen. Das Ergebnis kann den Kooperationspartnern allerdings nachvollziehbar dargestellt werden und behindert somit ggf. notwendige Kooperationen nicht (5.4.3 Anschlussfähigkeit hinsichtlich der Kooperationspartner).

6.3 Beziehungsanalytisch-inszenierende Verfahren

Mit den Namen Monika Thiesmeier, Sabine Ader, Karl Schattenhofer und Christian Schrappner sind u.a. Publikationen zu ‚beziehungsanalytisch-inszenierenden‘ Verfahren verbunden (vgl. u.a. Ader/Schrappner/Thiesmeier 2004).

Gemeinsam ist dieser Art der Verfahren, dass die Auswertung bereits vorliegender Informationen, Einschätzungen und Sichtweisen unterschiedlicher Beteiligter (5.1.1 Mehrperspektivische Orientierung) in einem Team anhand einer festgelegten Struktur (5.2.1 Systematisch, regelgeleitet und überprüfbar) erfolgt. Im Fokus stehen dabei vor allem die Beziehungen innerhalb und zwischen Systemen, die für den Adressaten relevant sind. Dabei werden insbesondere auch die Rolle der Fachkraft sowie Beziehungen und Verstrickungen im Hilfesystem reflektiert (5.1.3 Reflexive Orientierung). Handlungsleitend für die Diagnosestellung sind die Handlungsanforderungen der Alltagspraxis sowie eine damit verbundene Beratungsfrage der Fachkraft. Kern des Verfahrens ist, dass sich die Teammitglieder mit den unterschiedlichen Beteiligten des Falls stellvertretend identifizieren, um unbewusste affektive Prozesse im Hilfeverlauf bewusst zu machen und auf dieser Grundlage Vorschläge für die weitere Vorgehensweise im Fall zu erarbeiten (vgl. Ader 2006, 41f.). Einseitige Sichtweisen der fallverantwortlichen Fachkraft in der Fallbearbeitung sollen vermieden und damit Fehler bzw. Defizite verhindert werden (vgl. Poller/Weigel 2010, 68).

Im Bewusstsein, dass diese Art der Verfahren kritisiert⁴² und damit einhergehend noch weiterentwickelt werden müssen, wird im Folgenden das Verfahren der ‚Kollegialen Beratung‘ (vgl. Ader 2004) untersucht. Denn die kriteriengeleitete Bewertung dieses ‚beziehungsanalytisch-inszenierenden‘ Verfahrens zeigt auf, dass es Kriterien erfüllt, die von den beiden vorherigen Verfahrenstypen (Kap. 6.1 und 6.2) kaum oder gar nicht erfüllt werden. Daher ist in Betracht zu ziehen, dass sich die ‚Kollegiale Beratung‘ für Aspekte der Sozialen Diagnostik eignet, die durch die beiden vorherigen Verfahrenstypen nicht erfüllt werden können.

Der Ansatz der ‚Kollegialen Beratung‘ ist hinsichtlich seiner Struktur und Grundüberlegungen schriftlich publiziert⁴³ und bietet somit eine Grundlage für die

⁴² Kritisiert wird diese Art der Verfahren insbesondere durch Thomas Klatetzki (vgl. Klatetzki 2001), aber auch durch Schattenhofer (vgl. Schattenhofer 2001). Schattenhofer konstatiert bspw., dass „keinesfalls von einer etablierten, wissenschaftlich fundierten Diagnosemethode“ (Schattenhofer 2001, 89) gesprochen werden kann, da inhaltliche Fragen der Ausgestaltung (bspw. die Zusammensetzung der Gruppe hinsichtlich des fachlichen und persönlichen Hintergrunds der Fachkräfte oder die Frage einer externen Begleitung) sowie die Ausführungen der fachtheoretischen Grundlagen weiterer Forschung bedürfen (vgl. Schattenhofer 2001, 89ff.). Klatetzkis Kritik richtet sich an die dem Verfahren zugrunde liegenden Gruppenprozesse. Aus sozialpsychologischer Sicht sind damit Gefahren des Gruppendenkens verbunden. In der Konsequenz kann dieses bspw. dazu führen, dass die Gruppe (unbewusst) Einigkeit und Eindeutigkeit des Ergebnisses anstrebt, um Konflikte und den damit verbundenen Belastungen zu entgehen. Dieses Argument erhält insbesondere vor dem häufig stressigen Arbeitsalltag im ASD an Bedeutung (vgl. Klatetzki 2001, 24ff.).

⁴³ Grundlagen für das Verfahren sind zum einen die Ausführungen von Heinrich Fallner und Hans-Martin

kriteriengeleitete Bewertung. Das Verfahren der ‚Kollegialen Beratung‘ folgt einem strukturierten Arbeitsablauf. Dieser enthält acht Phasen, die sowohl hinsichtlich ihres zeitlichen Umfangs als auch ihrer Inhalte und Aufgaben einer moderierenden Fachkraft näher beschrieben sind. In der ersten Phase stellt die Fachkraft ihre Frage dem Beratungsteam vor und formuliert in der zweiten Phase ihre Beratungsfrage. Das Team kann anschließend inhaltliche Rückfragen stellen (dritte Phase), um sich in der vierten Phase mit den Rollen der betroffenen Systeme identifizieren und die dabei wahrgenommenen Eindrücke sammeln zu können (fünfte Phase). Damit einhergehende Wünsche und Ideen werden zusammengetragen (sechste Phase) und als Grundlage für die Entwicklung von Lösungsschritten (siebte Phase) genutzt. Ausgehend von den vorgeschlagenen Lösungsmöglichkeiten entscheidet die Fachkraft, ob bzw. welche Möglichkeiten sie umsetzen möchte. Das Verfahren endet mit einer Reflexion des Beratungsprozesses (achte Phase) (vgl. ebd., 331).

Das Verfahren der ‚Kollegialen Beratung‘ macht hinsichtlich der mehrperspektivischen Orientierung (5.1.1) wenig Vorgaben. Es impliziert, dass die Ergebnisse hypothetischer Natur sind. Perspektiven unterschiedlicher Beteiligter sollen einbezogen werden (vgl. ebd., 318). Wie umfangreich dies erfolgt, ist allerdings ebenso wenig festgelegt, wie die Frage nach Breite und Tiefe an Problemdimensionen und Ressourcen. Das Verfahren lässt diesen Aspekt offen, da die Anamnese zum Zeitpunkt des Einsatzes des Verfahrens bereits erfolgt ist und von der Fachkraft in der ersten Phase vorgestellt wird. Die Erhebung der Einschätzungen und Sichtweisen wird durch das Verfahren nicht thematisiert (vgl. Schattenhofer 2001, 89). Eingegangen werden soll aber auf Dynamiken und Muster in Beziehungen, die Entwicklung des Adressaten sowie Wünsche, Sorgen und Erwartungen der Beteiligten (vgl. Ader 2001, 104). Das Verfahren bietet damit die Möglichkeit, sowohl den Status-quo als auch die biographisch/historische Dimension miteinzubeziehen.

Ebenso wird für die sozialökologische Orientierung (5.1.2) nicht vorgegeben, welche Aspekte betrachtet werden sollen. Diese ergeben sich vorrangig aus der Fallvorstellung und der Beratungsfrage der Fachkraft. Insgesamt intendiert das Verfahren aber, dass der Adressat weniger hinsichtlich seiner individuellen Ausstattungsmerkmale, sondern primär in Hinblick auf seine Beziehungen in Systemen analysiert wird. Dadurch kann auch die regionale Infrastruktur des Adressaten zur Sprache kommen (vgl. Ader 2004, 331).

Ein Schwerpunkt des Verfahrens liegt hingegen deutlich auf der reflexiven Orientierung (5.1.3) hinsichtlich der Beziehungen in und zwischen den relevanten Systemen. Das

Gräßlin (vgl. Fallner/Gräßlin 1990) zu einem Modell kollegialer Beratung. Darauf aufbauend war zum anderen ein Forschungs- und Modellprojekt maßgeblich, das von Schrapper, Ader und Thiesmeier zwischen 1999 und 2002 für das Landesjugendamt Rheinland in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt der Stadt Köln sowie freien Trägern der Jugendhilfe und der Universität Koblenz durchgeführt wurde (vgl. Ader 2004, 318).

Verfahren orientiert sich dabei an unterschiedlichen theoretischen Grundlagen, so z.B. psychoanalytischen Aspekten, Ergebnissen der sogenannten ‚Balint-Gruppenarbeit‘ oder Ausführungen von Thea Bauriedel zum Thema ‚Beziehungsanalyse‘ (vgl. Bauriedel1998)⁴⁴. Das Verfahren kann sowohl die Verstrickung der Fachkraft im Hilfeprozess als auch die Beziehungen und Dynamiken zwischen Adressat und Fachkraft sowie die Hilfesgeschichte des Adressaten intensiv miteinbeziehen (vgl. Ader 2004, 318ff.).

Der Einsatz des Verfahrens führt nur teilweise dazu, dass der Prozess systematisch und regelgeleitet verläuft (5.2.1 Systematisch, regelgeleitet und überprüfbar). Für die Erhebung der Daten und Einschätzungen der Beteiligten sowie der Überprüfung ihrer Qualität macht das Verfahren keine Vorgaben. Es nimmt die Anamnese als bereits gegeben an. Hinsichtlich der Vorgehensweise und Auswertung im Team liegt dagegen ein Ablaufschema vor, dass mit zeitlichen Angaben Arbeitsphasen vorgibt, die linear vom Team durchzuarbeiten sind (vgl. ebd., 331). Darin sind sowohl inhaltliche als auch methodische Vorgaben enthalten. Das strukturierte Vorgehen soll den Gefahren des Gruppendenkens vorbeugen und diese reduzieren, um eine reflektierte und aufgrund des Zusammenwirkens mehrerer Fachkräfte mehrperspektivische Identifikation mit den Beteiligten des Falls möglich zu machen (vgl. ebd., 324). Nachvollziehbar wird das Ergebnis, da eine mit der Moderation betraute Fachkraft die Ergebnisse der Arbeitsschritte dokumentiert. Anhand dieser Dokumentation sollen der Zusammenhang zwischen Anamnese und Diagnose sowie die daraus folgenden Schlussfolgerungen und Entscheidungen der Fachkraft deutlich werden (vgl. ebd., 331).

Hinsichtlich der partizipativen Orientierung (5.2.2) lässt der Arbeitsablauf des Verfahrens offen, inwieweit die Sichtweise des Adressaten und seine Stellung als Experte seiner Lebenssituation im Verfahren berücksichtigt wird (vgl. ebd.). Das Verfahren weist die Zuschreibung als ‚Expertendiagnose‘ von sich (vgl. ebd., 322). Es wird allerdings ohne die Beteiligung des Adressaten durchgeführt, ggf. wird er nicht einmal darüber informiert, sodass in diesem Zusammenhang nicht von Partizipation gesprochen werden kann. Die Hinweise, dass die Ergebnisse der Teamarbeit die Grundlage für weitere Verhandlungen mit dem Adressaten bilden (vgl. ebd., 318), lässt allerdings darauf schließen, dass das Verfahren zumindest die sich anschließende Phase der Interventionsplanung aushandlungsorientiert gestaltet und dadurch Grundlage für einen dialogischen Prozess zwischen Fachkraft und Adressat ist. Divergierende Sichtweisen, die durch die stellvertretende Identifikation mit den Beteiligten, aber auch durch die unterschiedlichen Ansichten der Teammitglieder im Verfahren herausgearbeitet werden können, sollen ausdrücklich Arbeitsansätze für die

⁴⁴ In diesem Zusammenhang bringt Schattenhofer berechtigt die Kritik an, dass die theoretischen Grundlagen des Verfahrens nicht expliziert und evaluiert vorliegenden, sodass weitere Forschung dringend notwendig ist (vgl. Schattenhofer 2001, 89ff.).

weitere Fallarbeit und damit auch für eine weitere Anamnese bilden (vgl. ebd., 321f.). Da der Adressat am Verfahren nicht beteiligt wird, eignet sich das Verfahren für die gesamte Bandbreite der Zielgruppe des ASD. Aufgrund der im Mittelpunkt der Betrachtung stehenden Beziehungen im Hilfesystem können im Ergebnis des Verfahrens Hinweise und Erklärungen enthalten sein, dass bzw. warum ein Adressat an einer umfangreicheren Partizipation im Hilfeprozess gehindert ist.

Die Aspekte der reflexiven Orientierung (5.2.3) sind mit dem Verfahren der ‚Kollegialen Beratung‘ vereinbar. Das Verfahren impliziert, dass das Ergebnis in seiner Gültigkeit zeitlich befristet ist. Inwieweit die Vorgehensweise zirkulär oder falsifikatorisch ist, hängt (wie bereits häufiger erwähnt) von der Beratungsfrage (Phase zwei) ab.

Das Verfahren ist hinsichtlich seiner Funktion (5.3) vielfältig einsetzbar. Erkenntnisse des Verfahrens können aufgrund ihrer Tiefe hinsichtlich der Beziehungen und Dynamiken in den unterschiedlichen beteiligten Systemen sowohl für Fragestellungen der Beschluss-, Gestaltungs- als auch der Risikodiagnostik relevant sein. Mit dem Verfahren ist kein sehr schnelles Ergebnis erzielbar, aber es eröffnet neue Handlungsperspektiven und kann die Fachkraft in ihrer Entscheidung unterstützen.

Es sind keine Hinweise erkennbar, dass das Verfahren nicht mit verwaltungsrechtlichen Handlungsprinzipien (5.4.1) vereinbar ist, solange die Fälle anonymisiert dargestellt werden und die Komplexität bzw. der Grad der Schwierigkeit des Falls den Einsatz des Verfahrens verhältnismäßig erscheinen lassen.

Das Verfahren kann von der Fachkraft nicht alleine durchgeführt werden. Neben der falleinbringenden Fachkraft sind weitere Fachkräfte sowie eine moderierende Fachkraft notwendig. Das Verfahren verfolgt zudem den Anspruch, dass das Team nach Möglichkeit kontinuierlich zusammenarbeitet (vgl. ebd., 328). Der zeitliche Aufwand beträgt pro Fall ca. 60 bis 90 Minuten (vgl. ebd., 331). Insgesamt ist der zeitliche und personelle Aufwand damit sehr hoch.

Das Verfahren weist hinsichtlich der Kooperationspartner eine gute Anschlussfähigkeit hinsichtlich der Kooperationspartner (5.4.3) auf. Informationen von Kooperationspartnern können durch die Fallvorstellung (Phase eins) in das Verfahren eingebracht werden. Inwieweit die Ergebnisse des Verfahrens Kooperationspartnern nachvollziehbar dargestellt werden können, hängt von der Art und dem Umfang der Darstellung ab. Da ein zentraler Anspruch des Verfahrens die Reflexion der Beziehungen in und zwischen den für den Adressaten relevanten Systemen ist, kann das Verfahren im Ergebnis zudem Ansätze für die Verbesserung der Kooperationen hervorbringen.

7 - Bewertung der Verfahren hinsichtlich ihrer Eignung in den Aufgabenbereichen des ASD

In Kapitel sechs wurden drei unterschiedliche Verfahren Sozialer Diagnostik vorgestellt und anhand der Kriterien aus Kapitel fünf untersucht. In diesem Kapitel soll auf der Grundlage dieser Ergebnisse eine abschließende Bewertung hinsichtlich der Eignung dieser Verfahren für den Einsatz in den unterschiedlichen Aufgabenbereichen des ASD erfolgen.

Eine Gesamtbetrachtung der Bewertung der Verfahren in Kapitel sechs ergibt, dass kein Verfahren alle Kriterien erfüllt. Jedes der drei Verfahren zeigt in unterschiedlichen Bereichen Mängel auf. Bei keinem der drei Verfahren sind die Mängel aber so umfassend, dass davon auszugehen ist, dass das Verfahren nicht grundsätzlich eingesetzt werden könnte. Beim Einsatz der Verfahren sind die Vor- und Nachteile, also die erfüllten bzw. nicht erfüllten Kriterien jeweils abzuwägen. Die Kriterien in Kapitel fünf und die Bewertung in Kapitel sechs bieten dafür eine gute Grundlage.

Der Aufgabenbereich der *Beratung* kann hohe Anforderungen an die Fachkraft stellen. Ob der Einsatz eines Verfahrens notwendig und sinnvoll ist und wenn ja, welches Verfahren einzusetzen ist, hängt aber sehr von der Intensität der Beratung ab.

Eine kurze Beratung (bspw. die Regelung eines Umgangs zwischen zwei Elternteilen, die sich bereits zu Beginn der Beratung (relativ) einig sind) bedarf eines Verfahrens der Orientierungsdiagnostik. Diese Funktion (5.3) erfüllt keines der untersuchten Verfahren, sodass für diese Aufgabe andere Verfahren genutzt werden müssen.

Grundsätzlich kann ein Beratungsprozess aber sowohl zeitlich als auch inhaltlich sehr intensiv sein. Der Aufgabenbereich der Beratung erstreckt sich im ASD über sehr unterschiedliche Problemkategorien, die sich von Fragen der Erziehung, über die Gestaltung eines gemeinsamen Zusammenlebens als Familie, bis hin zu Fragen der Ausübung der gemeinsamen elterlichen Sorgen und Fragen von Anspruchsberechtigungen auf Leistungen, in Form von Unterhalt für das Kind, erstrecken können. Der Adressat ist dabei teilweise sowohl hinsichtlich seiner individuellen Ausstattungsmerkmale als auch hinsichtlich seiner sozialen Eingebundenheit zu betrachten. Damit einhergehend sind häufig auch die Perspektiven unterschiedlicher Beteiligter zu berücksichtigen und im Hilfeprozess zu vertiefen (5.1 Gegenstand).

Mit der Dauer des Beratungsprozesses nimmt häufig der Umfang der Anamnese, die Anzahl und die Reichweite der Entscheidungen, die von der Diagnose betroffen sind, die Anzahl der miteinzubeziehenden Perspektiven (5.1.1 Mehrperspektivische Orientierung) sowie die Verstrickung der Fachkraft in das Hilfesystem (5.1.3 Reflexive Orientierung) zu. Im Bereich der Beratung sind keine Entscheidungen zu treffen, die die Funktion (5.3) einer

Beschlussdiagnostik haben. Grundsätzlich kann die Beratung aber großen Einfluss auf (Familien-)Systeme nehmen, sodass die Entscheidungen der Fachkraft gut begründet sein sollten. Daher kann es für die Fachkraft hilfreich sein, sich an den Kategorien zu orientieren, die das Verfahren der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ ihr bietet. Dieses Verfahren ist nicht für den Bereich der Beratung entwickelt worden. In Ermangelung eines Verfahrens der Orientierungsdiagnostik könnte es der Fachkraft aber zumindest einige wichtige Anhaltspunkte für ihren diagnostischen Prozess bieten. Hinsichtlich der Verstrickung der Fachkraft in das System, das sie berät, kann bei einem langanhaltenden und/oder inhaltlich sehr tiefgehenden Beratungsprozess der Einsatz des Verfahrens der ‚Kollegialen Beratung‘ sinnvoll werden, um Klarheit hinsichtlich der in der Beratung stattfindenden (unbewussten) Prozesse (5.1.3 Reflexive Orientierung) und der weiteren Vorgehensweise zu erhalten. Insgesamt kann aber festgestellt werden, dass der Einsatz so umfangreicher Verfahren, wie die in dieser Arbeit vorgestellten, lediglich bei sehr intensiven Beratungsprozessen sinnvoll erscheint. Denn es ist zu hinterfragen, ob sowohl die erhobene Datenmenge (5.4.1 Verwaltungsrechtliche Handlungsprinzipien) als auch der personelle und zeitliche Aufwand im Verhältnis zur Aufgabe stehen (5.4.2 Ressourcennutzung).

Hinsichtlich der *Hilfen zur Erziehung* macht die Darstellung dieses Aufgabenbereichs in Kapitel 4.2.2 deutlich, dass die Fachkraft viele unterschiedliche Entscheidungen treffen muss. Dafür ist häufig eine breite und möglichst tiefgehende Anamnese unterschiedlicher Problembereiche und Ressourcen notwendig. Die Lebenslage des Adressaten ist insbesondere in Hinblick auf Probleme im Bereich der Erziehung, aber auch in anderen Lebensbereichen (bspw. der ökonomischen Lebensgrundlage oder der physischen und psychischen Gesundheit), sowie hinsichtlich seiner Problem(ein)sicht, seiner Bereitschaft, Motivation und Fähigkeiten, an einer Veränderung der Situation mitzuwirken, seiner biographische Entwicklung und Erfahrungen mit Hilfesystemen zu untersuchen (vgl. Schanzmann 2004, 23). Die Sichtweisen unterschiedlicher Beteiligter sind dabei zu berücksichtigen und ggf. in Form von Diagnosen anderer Professionen mit einzubeziehen (5.1.1 Mehrperspektivische Orientierung bzw. 5.4.3 Anschlussfähigkeit hinsichtlich der Kooperationspartner). Der Adressat ist sowohl in seiner Individualität als auch seiner sozialen Eingebundenheit (5.1.2 Sozialökologische Orientierung) zu erfassen (vgl. Krieger 1994, 130). In der Beurteilung der Lebenssituation obliegt es der Fachkraft, unbestimmte Rechtsbegriffe wie z.B. ‚eine entsprechende Erziehung ist gewährleistet‘ (vgl. § 27 Abs. 1 S. 1 SGB VIII), auf die Ergebnisse ihrer Anamnese anzuwenden und auszulegen. Dabei gilt es „Forderungen der subjektiven Einmaligkeit der Hilfsbedürftigkeit [...] [hinsichtlich] der objektiven

Rechtmäßigkeit der Hilfevoraussetzungen“ (Vogel 1966, 77) zu bewerten. Hinsichtlich der Entscheidung über die Art einer Hilfe ist sowohl hinsichtlich ihrer Eignung als auch ihrer Notwendigkeit der ‚Grundsatz der Verhältnismäßigkeit‘ (5.4.2 Verwaltungsrechtliche Handlungsprinzipien) einzuhalten.

Angesichts des zu erhebenden Gegenstands, der vielen Entscheidungen und den damit verbundenen Prognosen eignet sich das Verfahren der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ (vgl. Harnach 2011, 98ff.) als Beschlussdiagnostik (5.3 Funktion) für diesen Aufgabenbereich, das zumindest die Anamnese gut strukturiert und somit überprüfbar macht (5.2.1 Systematisch, regelgeleitet und überprüfbar). Bei langandauernden und ggf. schwierig verlaufenden Hilfeprozessen wird die Fachkraft mehr und mehr zur Beteiligten im (Hilfe-)System des Adressaten. Das Verfahren der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ bezieht den Aspekt der Reflexion der Anteile der Fachkraft sowie die Wechselwirkungen im Hilfesystem und auch die Hilfesgeschichte des Adressaten kaum mit ein. Daher ist es notwendig, für die Reflexion dieses Aspekts ein anderes Verfahren zu nutzen. Dafür bietet sich das Verfahren der ‚Kollegialen Beratung‘ an, das das entsprechende Kriterium der reflexiven Orientierung (5.1.3) erfüllt. Zudem kann das Verfahren der ‚Sozialpädagogisch-hermeneutischen Diagnose‘ in diesem Aufgabenbereich Anwendung finden. Bei ‚schwierigen‘ Fallverläufen, insbesondere im Bereich der stationären Hilfen, kann das Verfahren als Gestaltungsdiagnostik (5.3 Funktion) die Fachkraft in ihrer Diagnose hinsichtlich der weiteren Gestaltung der Hilfe unterstützen. Für den Aufgabenbereich der HzE können also alle drei Verfahren geeignet sein, unterstützen die Fachkraft aber in unterschiedlichen Arten der Fragestellung bzw. Entscheidung.

Ebenso wie im Aufgabenbereich der Beratung ist beim Einsatz der Verfahren darauf zu achten, dass der Aufwand im Verhältnis zur Aufgabe steht (5.4.3 Ressourcennutzung). Nicht in jedem Fall ist der Einsatz der ‚Sozialpädagogischen Diagnostik‘ oder der ‚Kollegialen Beratung‘ notwendig. Diese Verfahren braucht es meist nur in ‚schwierigen‘, sehr unübersichtlichen und/oder langwierigen Hilfeprozessen.

Der Aufgabenbereich der *Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche* unterscheidet sich von den HzE lediglich durch die Tatbestandsvoraussetzung und damit einhergehend den Problem- und Ressourcenkategorien, die zu erheben sind. Das Verfahren der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ berücksichtigt diesen Unterschied hinsichtlich des zu erfassenden Gegenstandes (5.1) (vgl. Harnach 2011, 155ff.). Die Bewertung aller anderen Kriterien kommt zu gleichen Ergebnissen wie im Bereich der HzW. Daher kann das Ergebnis hinsichtlich der Bewertung, welche Verfahren für den Bereich der

Eingliederungshilfe sinnvoll eingesetzt werden könnten, aus dem Bereich der HzE für den Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche übernommen werden.

Das Verfahren der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ weist für den Bereich der Mitwirkung in *familiengerichtlichen Verfahren* alle notwendig zu erhebenden Problem- und Ressourcenbereiche auf: Informationen über das betroffene Kind, sein Familiensystem und Systeme seines engeren sozialen Umfeldes, Wünsche und Vorstellungen der Beteiligten, emotionale Bindungen zwischen den Familienmitgliedern, die Erziehungsfähigkeit der Eltern und die Frage nach einer kontinuierlichen Gewährleistung des Kindeswohls (vgl. Harnach 2011, 293ff.). Die Diagnose bedarf also einer umfangreichen Anamnese. Der Aufgabenbereich setzt zudem voraus, dass sowohl der Adressat als auch seine Beziehung zur sozialen Umwelt und die Perspektiven unterschiedlicher Beteiligter berücksichtigt werden (5.1 Gegenstand). Da die ‚Psychosoziale Diagnostik‘ alle diese Kriterien erfüllt (vgl. Harnach 2011, 260ff.) und die Diagnose in der Stellungnahme der Fachkraft häufig die Grundlage für die Entscheidung des Familiengerichts bildet, eignet sich dieses Verfahren als Beschlussdiagnostik (5.3 Funktion) in diesem Aufgabenbereich. Die ‚Kollegiale Beratung‘, die den diagnostischen Prozess um den Aspekt der Beteiligung des Hilfesystems erweitern würde, kann in langjährigen und/oder außergewöhnlich komplizierten familiengerichtlichen Verfahren hilfreich sein, damit die Fachkraft mit Unterstützung der KollegInnen Übertragungsmechanismen erkennt, die (ggf.) unbewusst ihre Einschätzung der Situation und damit einhergehend ihre Diagnose und Stellungnahme maßgeblich prägen (5.1.3 Reflexive Orientierung). Das Verfahren der ‚Sozialpädagogisch-hermeneutischen Diagnose‘ ist aufgrund seiner Zielsetzung (vgl. Kap. 6.2) für diesen Aufgabenbereich nicht geeignet.

Auf den Aufgabenbereich der *Jugendgerichtshilfe* kann die Bewertung hinsichtlich des Bereichs der familiengerichtlichen Verfahren teilweise übertragen werden. Der zu erfassende Gegenstand (5.1) ist nicht identisch. Da das Verfahren der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ aber auf jeden der Aufgabenbereiche explizit eingeht und die Vorgaben für den Gegenstand der Anamnese auch auf den Aufgabenbereich der Jugendgerichtshilfe abgestimmt hat (vgl. Harnach 2011, 333ff.), kann dieses Verfahren insbesondere hinsichtlich des entscheidungsdiagnostischen Charakters (5.3 Funktion) in diesem Aufgabenbereich gut eingesetzt werden. Die ‚Kollegiale Beratung‘ eignet sich für diesen Aufgabenbereich eher selten, da im Bereich der Jugendgerichtshilfe die Verstrickung gegenüber der anderen Aufgabenbereiche i.d.R. deutlich seltener ist. Nichtsdestotrotz könnte dieses Verfahren auch

in diesem Aufgabenbereich Anwendung finden, wenn Anzeichen erkennbar sind, dass die Fachkraft durch unbewusste Übertragungsmechanismen den Hilfeprozess (zu stark) beeinflusst (5.1.3 Reflexive Orientierung). Bei intensiven Mehrfachtätern, die ggf. parallel zu ihrer dissozialen Entwicklung HzE in Anspruch nehmen oder genommen haben, ist zudem zu überlegen, dass ggf. der Einsatz der ‚Sozialpädagogisch-hermeneutischen Diagnosen‘ Aufschluss über die Entwicklungsaufgaben und damit einhergehend eine Diagnose hinsichtlich der notwendigen Unterstützung, aber auch Sanktionen seitens des Jugendrichters geben könnte. Der Einsatz dieses Verfahrens wird sich aber nur in sehr schwierigen Fällen hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit von zeitlichem und personellem Einsatz gegenüber der Aufgabenstellung eignen (5.4.2 Ressourcennutzung).

Im Bereich der *ION* gilt ebenso wie im Bereich der Beratung (vgl. Kap. 4.2.1), dass es ein Verfahren der Orientierungsdiagnostik (5.3 Funktion) braucht, um Entscheidungen relativ ad hoc zu treffen. In Situationen, die eine *ION* erfordern, ist i.d.R. nicht viel Zeit, um eine umfangreiche Anamnese durchzuführen und dennoch muss aufgrund dieser Diagnose der Fachkraft entschieden werden, ob die Voraussetzung für eine *ION* vorliegt. Dafür eignet sich keines der drei in dieser Arbeit vorgestellten Verfahren.

Wenn die *ION* im Rahmen des *Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung* erfolgt, trifft diese Aussage allerdings häufig nicht zu. Bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte einer KWG kann der Einsatz des Verfahrens der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ die Fachkraft unterstützen, die relevanten Problem- und Ressourcenbereiche (5.1 Gegenstand) (vgl. Harnach 2011, 218f.) zu betrachten. In akuten Fällen muss eine Entscheidung aber sehr schnell getroffen werden, sodass dieses Verfahren ggf. zu umfangreich ist und für die Anwendung andere Verfahren wie bspw. die ‚Sozialpädagogische Diagnose‘ des bayerischen Landesjugendamtes in Betracht gezogen werden sollten. In Fällen von KWG, in denen die Fachkraft mehr Zeit hat, das Gefährdungsrisiko abzuschätzen, bzw. sich die Gefährdungseinschätzung über einen längerfristigen Zeitraum erstreckt, weil eine umfangreiche Anamnese unter Berücksichtigung der Sichtweisen unterschiedlicher Beteiligter notwendig ist oder die weitere Entwicklung zunächst abgewartet werden muss, eignet sich das Verfahren der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ aufgrund der systematischen Erfassung der relevanten Problem- und Ressourcenbereiche (5.1 Gegenstand). Der Bereich der KWG ist im ASD allerdings einer der sensibelsten und heikelsten Bereiche zugleich. Eine falsche Entscheidung der Fachkraft kann lebensgefährdende Folgen für das Kind mit sich führen. In Fällen von KWG steht die Fachkraft daher (teilweise) unter einem besonderen

Druck, ihre Entscheidungen begründen oder rechtfertigen zu können und die Gefahr, sich zu sehr im Hilfesystem zu verstricken, ist sehr hoch. Daher ist in diesem Bereich der Einsatz der ‚Kollegialen Beratung‘ sehr ratsam, um sich sowohl eigene (unbewusste) Reaktionen und Handlungsweisen bewusst zu machen als auch vor allem die Reaktionen und Aktionen der Beteiligten richtig zu deuten (5.1.3 u. 5.2.3 Reflexive Orientierung). Dieses Verfahren kann die Fachkraft als Gestaltungsdiagnostik (5.3 Funktion) sehr darin unterstützen, das (Hilfe-)System klarer zu sehen und im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte das Gefährdungsrisiko abzuschätzen sowie gemeinsam Ideen zu entwickeln, welche Vorgehensweise im jeweiligen Fall sinnvoll erscheint.

Für den Bereich der ‚*Sonstigen Aufgaben*‘ ist, wie in Kapitel 4.2.7 beschrieben, auch hinsichtlich der Bewertung in diesem Kapitel auf die Ergebnisse in den jeweils ähnlichen Aufgabenbereichen zu verweisen, die auf die ‚*Sonstigen Aufgaben*‘ übertragen werden können.

Den Ausführungen in diesem Kapitel ist zu entnehmen, dass für die abschließende Bewertung der Verfahren hinsichtlich ihrer Eignung für die Aufgabenbereiche des ASD nicht alle der in Kapitel fünf beschriebenen Kriterien genutzt wurden. Dies ist damit zu erklären, dass die nicht genutzten Kriterien auf alle Aufgabenbereiche im ASD gleichermaßen zutreffen (bspw. die Erfüllung der qualitativen Gütekriterien (5.2) oder der verwaltungsrechtlichen Handlungsprinzipien (5.4.1)) und/oder die Kriterien von allen drei Verfahren erfüllt werden (bspw. der hypothetische Charakter der Ergebnisse der Diagnostik (5.1.1)). Daher tragen diese Kriterien nicht dazu bei, zu entscheiden, ob ein Verfahren grundsätzlich für einen Aufgabenbereich des ASD geeignet ist. Die Ausführungen zu den Kriterien (vgl. Kap. 5) und die ausführliche Bewertung der Verfahren (vgl. Kap. 6) sind aber dennoch notwendig. Sie zeigen auf, ob die Verfahren auch die in Kapitel sieben nicht genutzten Kriterien erfüllen und somit fachlichen Anforderungen genügen, um als Verfahren Sozialer Diagnostik eingesetzt zu werden. Die ausführliche, kriteriengeleitete Bewertung bietet der Fachkraft im ASD zudem eine differenzierte Orientierung und Grundlage für eine begründete Auswahl oder Ablehnung der Verfahren.

8 – Resümée

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass alle Aufgabenbereiche des ASD diagnostische Aufgabenanteile beinhalten (vgl. Kap. 4). Eine fachlich verantwortungsvolle Diagnostik in der Sozialen Arbeit ist aber von der Erfüllung vieler Kriterien abhängig (vgl. Kap. 5). Keines

der drei vorgestellten Verfahren wird allen Kriterien gerecht. Jedes Verfahren zeigt in unterschiedlichen Bereichen Defizite auf (vgl. Kap. 6). Daraus ergibt sich für die Disziplin der Sozialen Arbeit die Aufgabe, sich dieser Defizite anzunehmen und sich darum zu bemühen, diese auszuräumen.

In Kapitel sieben konnte gezeigt werden, dass sich keines der drei Verfahren für eine Soziale Diagnostik in Fällen kurzer Beratung eignet. Im Bereich der Beratung kann die ‚Psychosoziale Diagnostik‘ lediglich als Orientierung dienen und die ‚Kollegiale Beratung‘ eignet sich nur in sehr intensiven Beratungsprozessen. Im Bereich der HzE und der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche eignen sich hingegen alle drei Verfahren. Für den Bereich der Mitwirkung in familiengerichtlichen Verfahren eignet sich der Einsatz der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ ebenso wie in sehr intensiven Hilfeprozessen die ‚Kollegiale Beratung‘. Im Bereich der Jugendgerichtshilfe ist, neben der ‚Psychosozialen Diagnostik‘, in sehr schwerwiegenden Fällen (z.B. bei intensiven Mehrfachtätern) auch der Einsatz der ‚Sozialpädagogischen Diagnosen‘ in Betracht zu ziehen. Für den Aufgabenbereich der ION fehlt hingegen ähnlich wie im Bereich der Beratung ein passendes Verfahren. Es sei denn, dass die ION im Rahmen des Schutzauftrages bei KWG erfolgt. In diesem Aufgabenbereich eignet sich in akuten Fällen der KWG ggf. die ‚Psychosoziale Diagnostik‘ als Orientierung. Im Vergleich zu Verfahren, die spezieller für diesen Bereich entwickelt worden sind (vgl. Eisenlohr/Reich 2004; Lüttringhaus/Streich 2010), eignet sich dieses Verfahren aber nur aushilfsweise. In langfristigen Fällen bzw. latenten Formen der KWG ist der Einsatz der ‚Psychosozialen Diagnostik‘ hingegen geeignet. Die ‚Kollegiale Beratung‘ eignet sich in diesem Aufgabenbereich um fachlich-inhaltliche Fragestellungen zu klären, aber auch um den gesetzlichen Anspruch des Zusammenwirkens mehrerer Fachkräfte zu erfüllen.

Demnach erweist sich in einigen Aufgabenbereichen der Einsatz unterschiedlicher Verfahren als sinnvoll, da die Verfahren mit ihren divergierenden Schwerpunkten unterschiedliche Anforderungen der Aufgabenbereiche abdecken. Dies zeigt, dass kein Verfahren in der Lage ist, allen Anforderungen im ASD gerecht zu werden. Zudem muss nach Aufgabenbereich und auch innerhalb der Aufgabenbereiche abgewogen werden, welches Verfahren Sozialer Diagnostik sinnvoll eingesetzt werden kann bzw. ob mehrere unterschiedliche Verfahren notwendig sind.

Um allen Aspekten der diagnostischen Anforderungen in den unterschiedlichen Aufgabenbereiche im ASD gerecht zu werden, ist es allerdings notwendig, über die in dieser Arbeit vorgestellten Verfahren hinaus, weitere Verfahren bzw. Instrumente⁴⁵ hinzuzuziehen.

⁴⁵ Eine Übersicht über möglicherweise passende Instrumente ist bei Pantucek (vgl. Pantucek 2009b) bzw. Geiser (vgl. Geiser 2009) zu entnehmen.

Denn die vorgestellten Verfahren konnten nicht allen Anforderungen der Aufgabenbereiche gerecht werden. Für den Bereich der Kindeswohlgefährdungen ist bspw. der Einbezug eines, genuin für diesen Bereich entwickelten, Diagnostikinstrumentes ebenso sinnvoll bzw. notwendig wie ein Verfahren oder ein Instrument, das im Vergleich zur ‚Psychosozialen Diagnostik‘ eine oberflächlichere und damit verbunden weniger aufwendige Möglichkeit der Orientierungsdiagnostik bietet.

In Hinblick auf den Diskurs um die Frage „‚Verstehender‘ und/oder ‚klassifizierender‘ Ansatz?“ (vgl. Kap. 3.3) wird im Ergebnis der vorliegenden Arbeit implizit deutlich, dass beide Ansätze hinsichtlich der Breite an Aufgaben im ASD Verwendung finden. Keiner der beiden Ansätze ist in der Lage, das Spektrum des anderen Ansatzes abzudecken und somit allen Anforderungen der unterschiedlichen Aufgabenbereiche gerecht zu werden. Daher braucht es für die Bewältigung der Aufgaben im ASD die gegenseitige Ergänzung beider Ansätze.

Das Ergebnis dieser Arbeit kann als Orientierung für die Auswahl eines Verfahrens für die unterschiedlichen Aufgabenbereiche im ASD genutzt werden. Sie gibt Auskunft darüber, welches Verfahren grundsätzlich für welchen Aufgabenbereich geeignet erscheint. Von dieser Bewertung ausgehend kann anschließend unter Zuhilfenahme der Ergebnisse in Kapitel sechs eine differenzierte Entscheidung über den Einsatz des Verfahrens getroffen und gut begründet befürwortet oder abgelehnt werden. Das Ergebnis dieser Arbeit stellt der Fachkraft also eine Entscheidungshilfe zur Verfügung, mit der sie anhand fachlicher Kriterien eine verantwortungsvolle und nachvollziehbare Entscheidung hinsichtlich der von ihr eingesetzten Verfahren Sozialer Diagnostik begründen kann.

Literaturverzeichnis

Ader, Sabine (2001): Handlungsrationalität versus Erkenntnisrationalität – oder: Was müssen professionelle HelferInnen verstehen? In: Ader, Sabine / Schrapper, Christian / Thiesmeier, Monika (Hrsg.) 2001: Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Koblenzer Schriften zur Sozialpädagogik und Weiterbildung. Band 1. Münster. Votum. S. 94-117.

Ader, Sabine (2004): Strukturiertes kollegiales Fallverstehen als Verfahren sozialpädagogischer Analyse und Deutung. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 317-331.

Ader, Sabine (2006): Was leitet den Blick? Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe. Weinheim (u.a.). Juventa.

Ader, Sabine / Schrapper, Christian / Thiesmeier, Monika (Hrsg.) (2001): Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster. Votum.

Ader, Sabine / Schrapper, Christian (2002): Fallverstehen und Deutungsprozesse in der sozialpädagogischen Praxis der Jugendhilfe. In: Henkel, Joachim / Schnapka, Markus / Schrapper, Christian (Hrsg.): Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Münster. Votum. S. 34-75.

Adler, Helmut (1998): Fallanalyse beim Hilfeplan nach § 36 SGB VIII. Frankfurt am Main (u.a.). Lang.

Adler, Helmut (2004): Das Person-in-Environment-System (PIE). Vorteile einer eigenständigen, standardisierten Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 165-183.

Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (Hrsg.) (2003): Aktuelle Anforderungen an einen Allgemeinen Sozialen Dienst. Dokumentation der Fachtagung. Berlin. Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe e.V.

Archiv für Wissenschaft und Praxis in der Sozialen Arbeit (2010): Diagnose und Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Heft 4/2010.

Arendt, Hannah (1970): Macht und Gewalt. 2. Aufl. München. Piper.

Bardmann, Theodor Maria / Hermsen, Thomas (2000): Luhmanns Systemtheorie in der Reflexion Sozialer Arbeit. In: Merten, Roland (Hrsg.): Systemtheorie Sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven. Opladen. Leske + Budrich. S. 87-112.

Belardi, Nando (u.a.) (2007): Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 5. Aufl. Weinheim (u.a.). Juventa.

Bellermann, Martin (2011): Sozialpolitik. Eine Einführung für soziale Berufe. 6. Aufl. Freiburg im Breisgau. Lambertus.

Bertalanffy, Ludwig von (1949): Zu einer allgemeinen Systemlehre. In: *Biologia Generalis*. Band 19. Heft 1. Wien. Springer.

Bertalanffy, Ludwig von (1972): Vorläufer und Begründer der Systemtheorie. In: Kurzrock, Ruprecht: *Systemtheorie*. Berlin. Colloquium.

Bieker, Rudolf (2006): *Kommunale Sozialverwaltung. Grundriss für das Studium der angewandten Sozialwissenschaften*. München (u.a.). Oldenbourg.

Bitzan, Maria / Bolay, Eberhard (2011): Adressatin und Adressat. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans: *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. München (u.a.). Reinhardt. S. 18-24.

Bossong, Horst (2010): *Sozialverwaltung. Ein Grundkurs für soziale Berufe*. 2. Aufl. Weinheim (u.a.). Juventa.

Brandl-Nebehay, Andrea (2005): Systemische Ansätze im Jugendamt – Chancen und Grenzen konstruktivistisch-systemischer Ansätze in der Sozialen Arbeit am Beispiel der Jugendwohlfahrt. In: Hollstein-Brinkmann, Heino / Staub-Bernasconi, Silvia (Hrsg.): *Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs*. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 219-242.

Braun, Andrea / Graßhoff, Gunther / Schweppe, Cornelia (2011): *Sozialpädagogische Fallarbeit*. München (u.a.). Reinhardt.

Brockhaus (2006): *Enzyklopädie in 30 Bänden*. Bd. 12. Leipzig (u.a.). Brockhaus.

Bronfenbrenner, Urie (1989): *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente*. Frankfurt am Main. Fischer.

Bunge, Mario / Mahner, Martin (2004): *Über die Natur der Dinge. Materialismus und Wissenschaft*. Stuttgart (u.a.). Hirzel.

Conen, Marie-Luise / Cecchin, Gianfranco (2007): *Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung in Zwangskontexten*. Heidelberg. Auer.

Cremer-Schäfer, Helga (2003): „Wie der Name einer Sache unser Verhalten bestimmt“ (Benjamin Lee Whorf). Eine Erinnerung an Wissen über Diagnostik. In: *Widersprüche*. Heft 88. S. 53-60.

Davison, Gerald C. / Neale, John M. / Hautzinger, Martin (2002): *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. 6. Aufl. Weinheim. Beltz.

De Shazer, Steve (1989): *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg. Carl-Auer-Systeme-Verlag.

Dewe, Bernd / Otto, Hans-Uwe (2011): Profession. In: Otto, Hans Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. 4. Aufl. München (u.a.). Reinhardt. S. 1131-1142.

Düppe, Wolfgang (2004): Fallverstehen und Diagnostik im Alltag der Jugendhilfe – Eindrücke und Hinweise zu sozialpädagogischen Einschätzungen im ASD einer Großstadt. In: Schrapper, Christian: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 187-194.

DVJP (Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie) (Hrsg.) (1955): Marburger Richtlinien. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsform (MschrKrim). 38/1955. S. 58-62.

Eberhard, Kurt (1999): Einführung in die Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie. 2. Aufl. Stuttgart (u.a.). Kohlhammer.

Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (2005): Die sozialpädagogische Diagnose im Kommunalen Sozialdienst. Rahmenvorgaben. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Eisenlohr, Kleo / Reich, Wulfhild (2004): Der Stuttgarter Kinderschutzbogen – ein Diagnoseinstrument. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 285 –298.

Engelke, Ernst (1999): Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau. Lambertus.

Fallner, Heinrich / Gräßlin, Hans-Martin (1990): Kollegiale Beratung. Eine Systematik zur Reflexion des beruflichen Alltags. Hille. Busch.

Fischer, Wolfram / Goblirsch, Martina (2004a): Konzept und Praxis der narrativbiographischen Diagnostik. In: Schrapper, Christian: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 49-59.

Fischer, Wolfram / Goblirsch, Martina (2004b): Narrativ-biographische Diagnostik in der Jugendhilfe. Fallrekonstruktion im Spannungsfeld von wissenschaftlicher Analyse und professioneller Handlungspraxis. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 127-140.

Gängler, Hans (2000): Sozialpädagogik: beobachtet. In: Merten, Roland (Hrsg.): Systemtheorie Sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven. Opladen. Leske + Budrich. S. 17-25.

Gahleitner, Silke Birgitta (2010): Klassifikation versus Fallverstehen: Versuch einer Integration und Implementation. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit: Diagnose und Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Heft 4/2010. S. 30-42.

Geiser, Kaspar (2009): Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung. 4. Aufl. Luzern (u.a.). interact.

Gaiswinkler, Wolfgang (2009): Soziale Diagnostik der KlientInnen-SozialarbeiterInnen-Kooperation. In: Pantucek, Peter / Röh, Dieter (Hrsg.): Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Wien (u.a.). LIT Verlag. S. 147-166.

- Galuske, Michael (2009): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim (u.a.). Juventa.
- Gerspach, Manfred (2004): Sozialpädagogische Diagnosen aus Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Krumenacker, Franz-Josef (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 39-61.
- Gissel-Palkovich, Ingrid (u.a.) (2010): Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) im Wandel – ein Praxisvergleich. Abschlussbericht. Köln.
- Gissel-Palkovich, Ingrid (2011): Lehrbuch Allgemeiner Sozialer Dienst – ASD. Rahmenbedingungen, Aufgaben und Professionalität. Weinheim (u.a.). Juventa.
- Glinka, Hans-Jürgen (2001): Ehtnografische Fallarbeit. In: Ader, Sabine / Schrappner, Christian / Thiesmeier, Monika (Hrsg.): Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster. Votum. S. 46-61.
- Hanff, Susanne (2004): Zur Diagnose/Diagnostik in der Sozialen Arbeit oder Zur Inflation der Ratlosigkeit. In: Forum Sozial. Heft 3/2004. S. 15-17.
- Hansbauer, Peter (Hrsg.) (1998): Kinder und Jugendliche auf der Straße. Analysen, Strategien, Lösungsansätze. Münster. Votum.
- Hammerschmidt, Peter / Tennstedt, Florian (2010): Der Weg zur Sozialarbeit: Von der Armenpflege bis zur Konstituierung des Wohlfahrtsstaates in der Weimarer Republik. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 3. Aufl. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 73-86.
- Hanff, Susanne (2004): Zur Diagnose/Diagnostik in der Sozialen Arbeit oder Zur Inflation der Ratlosigkeit. In: Forum Sozial. Heft 3/2004. S. 15-17.
- Hansen, Flemming (2010): Standards in der Sozialen Arbeit. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Harnach-Beck, Viola (1999): Ohne Prozeßqualität keine Ergebnisqualität – Sorgfältige Diagnostik als Voraussetzung für erfolgreiche Hilfe zur Erziehung. In: Peters, Friedhelm (Hrsg.): Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. 1. Aufl. Frankfurt a. M. Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen. S. 27-48.
- Harnach, Viola (2011): Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme. 6. Aufl. Weinheim (u.a.). Juventa.
- Hege, Marianne (2001): Kunst oder Handwerk? - Konzeptionelle und methodische Eckpfeiler sozialpädagogischen Fallverstehens. In: Ader, Sabine / Schrappner, Christian / Thiesmeier, Monika (Hrsg.): Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster. Votum. S. 12-21.
- Heiner, Maja (Hrsg.) (2004): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Heiner, Maja (2005): Diagnostik: psychosoziale. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch. Sozialarbeit. Sozialpädagogik. 3. Aufl. München. Reinhardt. S. 253-265.

Heiner, Maja (2010): Diagnostik in der Sozialen Arbeit: Zielsetzung, Gegenstand und Dimensionen. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit: Diagnose und Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Heft 4/2010. S. 14-28.

Heiner, Maja / Schraper, Christian (2004): Diagnostisches Fallverstehen in der Sozialen Arbeit. Ein Rahmenkonzept. In: Schraper, Christian: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 201-219.

Henkel, Joachim / Schnapka, Markus / Schraper, Christian (Hrsg.) (2002): Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Münster. Votum.

Hering, Sabine / Münchmeier, Richard (2010): Restauration und Reform – Die Soziale Arbeit nach 1945. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 3. Aufl. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 109-130.

Herrmann, Franz (1998): Jugendhilfeplanung als Balanceakt. Umgang mit Widersprüchen, Konflikten und begrenzter Rationalität. Neuwied (u.a.). Luchterhand.

Herwig-Lempp, Johannes (2005): Die Konstruktion der systemischen Sozialarbeit – Einführung. In: KONTEXT 2/2005. Bd. 36. S. 111-117. Online unter: <http://www.herwig-lempp.de/daten/veroeffentlichungen/0502KonstrSysSozArbJHL.pdf> (Zugriff: 05.02.2012).

Hillebrandt, Frank (2002): Hilfe als Funktionssystem für Soziale Arbeit. In: Thole, Werner: Grundriss soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen. Leske + Budrich. S. 215-226.

Hölmüller, Hubert (2009a): Erkenntnistheoretische Grundlagen von Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Pantucek, Peter / Röh, Dieter (Hrsg.): Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Wien (u.a.). LIT Verlag. S. 15-35.

Hölmüller, Hubert (2009b): Fallstricke in der sozialen Diagnostik – erkenntnistheoretisch begründet. In: Pantucek, Peter / Röh, Dieter (Hrsg.): Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Wien (u.a.). LIT Verlag. S. 177-187.

Höpfner, Norbert / Jöbgen, Manfred / Becker, Roland (1999): Zur Methodisierbarkeit von Hilfe oder: Braucht die Soziale Arbeit Diagnosen? In: Peters, Friedhelm (Hrsg.): Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. 1. Aufl. Frankfurt a. M. Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen. S. 197-223.

Höpfner, Norbert / Jöbgen, Manfred (2001): Kurzporträt: Pädagogische Diagnostik. In: Ader, Sabine / Schraper, Christian / Thiesmeier, Monika (Hrsg.): Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster. Votum. S. 38-45.

Höpfner, Norbert / Jöbgen, Manfred (2004): Die Rückgewinnung des Analytischen: Pädagogische Diagnostik als Ausweg aus der Intuitionspädagogik? In: Krumenacker, Franz-Josef (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 77-89.

Hollstein-Brinkmann, Heino (1993): Soziale Arbeit und Systemtheorien. Freiburg im Breisgau. Lambertus.

Hollstein-Brinkmann, Heino (2005a): Der Mensch im System – eine entscheidende Theoriedisposition. In: Hollstein-Brinkmann, Heino / Staub-Bernasconi, Silvia (Hrsg.): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 299-304.

Hollstein-Brinkmann, Heino (2005b): Möglichkeiten des interparadigmatischen Vergleichs. In: Hollstein-Brinkmann, Heino / Staub-Bernasconi, Silvia (Hrsg.): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 17-32.

Hollstein-Brinkmann, Heino (2005c): Systemtheorien im Vergleich. In: Hollstein-Brinkmann, Heino / Staub-Bernasconi, Silvia (Hrsg.): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 9-16.

Hollstein-Brinkmann, Heino / Staub-Bernasconi, Silvia (Hrsg.) (2005): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hüttemann, Matthias (2009): Konsequenzen einer Deutungsmusteranalyse zur Fallkonstitution in der Sozialen Arbeit. In: Pantucek, Peter / Röh, Dieter (Hrsg.): Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Wien (u.a.). LIT Verlag. S. 125-134.

Jakob, Gisela (1999): Fallverstehen und Deutungsprozesse in der sozialpädagogischen Praxis. In: Peters, Friedhelm (Hrsg.): Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. 1. Aufl. Frankfurt a. M. Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen. 99-125.

Jakob, Gisela / Wensierski, Hans-Jürgen von (Hrsg.) (1997): Rekonstruktive Sozialpädagogik. Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis. Weinheim (u.a.). Juventa.

Jakobs, Silke / Röh, Dieter (2005): Über die (Un)Möglichkeit einer Sozialen Diagnose. Diagnostizieren in der Sozialen Arbeit ist ein Prozess, an dessen Ende keine Diagnose steht. In: Soziale Arbeit. Heft 8. S. 282-288.

Jöbgen, Manfred (2004): „... und doch kein Fall für die Justiz“ - Oder: Vom Nutzen der hermeneutischen Diagnostik. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 141-152.

Klassen, Michael (2004): Was leisten Systemtheorien in der Sozialen Arbeit? Ein Vergleich der systemischen Ansätze von Niklas Luhman und Mario Bunge. Bern (u.a.). Haupt.

Klatetzki, Thomas (2001): Kollegiale Beratung als Problem, sozialpädagogische Diagnostik ohne Organisation. In: Ader, Sabine / Schrapper, Christian / Thiesmeier, Monika (Hrsg.): Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster. Votum. S. 22-29.

Kleve, Heiko (2005): Der systemtheoretische Konstruktivismus: Eine postmoderne Bezugstheorie Sozialer Arbeit. In: Hollstein-Brinkmann, Heino / Staub-Bernasconi, Silvia (Hrsg.): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 63-92.

Kleve, Heiko (2009): Konstruktivismus und Soziale Arbeit. Einführung in Grundlagen der systemisch-konstruktivistischen Theorie und Praxis. 3. Aufl. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (Hrsg.) (2009): Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen. 11. Aufl. Berlin.

Köhlerschmidt, Hans-Heinrich (2004): Der Klient als Diagnostiker. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 299-302.

KomDat (2009): Anstieg der Inobhutnahmen – mehr Probleme oder Intervention? In: KomDat Jugendhilfe. Jg. 12. Heft 2. S. 5.

Kosellek, Tobias / Merten, Roland (2011): Systemtheorie und Soziale Arbeit. In: Otto, Hans Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4. Aufl. München (u.a.). Reinhardt. S. 1614-1621.

Kraimer, Klaus (Hrsg.) (2000): Die Fallrekonstruktion: Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Frankfurt am Main. Suhrkamp.

Kreft, Dieter / Weigel, Hans-Georg (2010): Einführung: Was bedeutet eigentlich Allgemeiner Sozialer Dienst? In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS): Der Allgemeine Soziale Dienst. Aufgaben, Zielgruppen, Standards. München. Reinhardt. S. 10-15.

Krieger, Wolfgang (1994): Der Allgemeine Sozialdienst. Rechtliche und fachliche Grundlagen für die Praxis des ASD. Weinheim (u.a.). Juventa.

Krone, Sirikit (2009): Jugendhilfe und Verwaltungsreform. Zur Entwicklung der Rahmenbedingungen sozialer Dienstleistungen. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften.

Krumenacker, Franz-Josef (Hrsg.) (2004a): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa.

Krumenacker, Franz-Josef (2004b): Sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnosen nach Mollenhauer und Uhlendorff. Erfahrungen und Einschätzungen. In: Krumenacker, Franz-Josef (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 91-118.

Krumenacker, Franz-Josef (2004c): Von „Lebensthemen“ zu „Selbstdeutungsmustern“ und „Entwicklungsaufgaben“. Zur Weiterentwicklung des Verfahrens sozialpädagogisch-hermeneutischer Diagnosen. In: Krumenacker, Franz-Josef (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 23-37.

Krumenacker, Franz-Josef (2004d): Zehn Jahre Sozialpädagogische Diagnosen. In: Krumenacker, Franz-Josef (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 7-13.

Kuhlmann, Carola (2004): Zur historischen Dimension der Diagnostik am Beispiel von Alice Salomon. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 11-25.

Kuhlmann, Carola (2010): Soziale Arbeit im nationalsozialistischen Herrschaftssystem. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 3. Aufl. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 87-107.

Kunstreich, Timm (2003): Neo-Diagnostik – Modernisierung klinischer Professionalität? Exposé für ein „Methodenheft“ der WIDERSPRÜCHE. In: Widersprüche. Heft 88. S.7-10.

Kunstreich, Timm (u.a.) (2003): Diagnose und/oder Dialog? Ein Briefwechsel. In: Widersprüche. Heft 88. S. 11-31.

Lambers, Helmut (2010): Systemtheoretische Grundlagen Sozialer Arbeit. Opladen (u.a.). Budrich.

Lammerding, Frank / Erzberger, Christian (2006): Sozialpädagogische Diagnostik im Hilfeplanverfahren. Umsetzung und Anwendung im Amt für Soziale Dienste, Bremen. In: NDV. Heft März 2006. S. 115-123.

Lüssi, Peter (2008): Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung. 6. Aufl. Bern (u.a.). Haupt.

Lüttringhaus, Maria (2000): Stadtentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen Katernberg und der Dresdner Äußeren Neustadt. Bonn. Stiftung Mitarbeit.

Lüttringhaus, Maria / Streich, Angelika (2010): Kinderschutz durch den Allgemeine Sozialen Dienst. Die Kollegiale Kurzberatung zur Risikoeinschätzung: eine Methode nach § 8a SGB VIII. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS): Der Allgemeine Soziale Dienst. Aufgaben, Zielgruppen, Standards. München. Reinhardt. S. 123-138.

Luhmann, Niklas (1975): Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In: Otto, Hans-Uwe / Schneider, Siegfried (Hrsg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Band 1. Neuwied (u.a.). Luchterhand. S. 21-43.

Luhmann, Niklas (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main. Suhrkamp.

Luhmann, Niklas (1992): Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main. Suhrkamp.

Luhmann, Niklas / Schorr, Karl Eberhard (1982): Das Technologiedefizit der Erziehung und die Pädagogik. In: Luhmann, Niklas / Schorr, Karl Eberhard (Hrsg.): Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Fragen an die Pädagogik. Frankfurt am Main. Suhrkamp. S. 11-40.

Maas, Udo (1996): Soziale Arbeit als Verwaltungshandeln. Systematische Grundlegung für Studium und Praxis. Weinheim (u.a.). Juventa.

Maas, Udo (1997): Das missverstandene KJHG. Privatisierung der öffentlichen Jugendhilfe als „Neue Fachlichkeit“: Kein Auftrag, keine Verantwortung – keine Kompetenz? In: Zentralblatt für Jugendrecht. Heft 3. S. 70-76.

Maly, Dieter (2010): Der ASD heute: Ein sozialer Basisdienst zwischen Krisenhilfe und umfassender Beratung. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS): Der Allgemeine Soziale Dienst. Aufgaben, Zielgruppen, Standards. München. Reinhardt. S. 16-30.

Merchel, Joachim (2003): »Diagnose« in der Hilfeplanung: Anforderungen und Problemstellungen. In: neue praxis. Heft 6/2003. S. 527-542.

Merchel, Joachim (2006): Sozialmanagement. Eine Einführung in Hintergründe, Anforderungen und Gestaltungsperspektiven des Managements in Einrichtungen der Sozialen Arbeit. 2. Aufl. Weinheim (u.a.). Juventa.

Merchel, Joachim / Pamme, Hildegard / Khalaf, Adam (2010): Personalmanagement im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD). Zwischenbericht. Online unter: <http://www.hb.fh-muenster.de/opus/fhms/volltexte/2011/691/pdf/Zwischenbericht.pdf> (Zugriff: 15.01.2011).

Merten, Roland (2000): Soziale Arbeit als autonomes Funktionssystem der modernen Gesellschaft? Argumente für eine konstruktive Perspektive. In: Merten, Roland (Hrsg.): Systemtheorie Sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven. Opladen. Leske + Budrich. S. 177-204.

Merten, Roland (2005): Soziale Arbeit aus einer (erweiterten) Perspektive der Systemtheorie Niklas Luhmanns. In: Hollstein-Brinkmann, Heino / Staub-Bernasconi, Silvia (Hrsg.): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 35-62.

Miller, Tilly (2001): Systemtheorie und Soziale Arbeit. Entwurf einer Handlungstheorie. 2. Aufl. Stuttgart. Lucius und Lucius.

Mittelstraß, Jürgen (2008) (Hrsg.): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. 3. Bd. 2. Aufl. Stuttgart (u.a.). J. B. Metzler.

Mollenhauer, Klaus / Uhlendorff, Uwe (1992): Sozialpädagogische Diagnosen I. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen. Weinheim (u.a.). Juventa.

Mollenhauer, Klaus / Uhlendorff, Uwe (1995): Sozialpädagogische Diagnosen II – Selbstdeutungen verhaltensschwieriger Jugendlicher als empirische Grundlage für Erziehungspläne. Weinheim (u.a.). Juventa.

Mührel, Eric (2005): Verstehen als Grundvoraussetzung für eine Soziale Diagnose. In: Sozialmagazin. Heft 7-8/2005. S. 32-36.

Müller, Burkhard (2005): Was heißt Soziale Diagnose? In: Sozialmagazin. Heft 7-8/2005. S. 21-32.

Müller, Burkhard (2006): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 6. Aufl. Freiburg im Breisgau. Lambertus.

Müller, Wolfgang C. (2002): „Diagnose“: Das ungeliebte Handwerk – Herausforderung für die Fachleute des Jugendamtes. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Heft 1/2002. S. 42-45.

Münder, Johannes (u.a.) (2006): Frankfurter Kommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe. 5. Aufl. Weinheim (u.a.). Juventa.

Neuberger, Christa (2003): Eltern und Kinder in der Hilfeplanung – Erfahrungen mit Beteiligung. In: Aktuelle Anforderungen an einen Allgemeinen Sozialen Dienst. Dokumentation der Fachtagung. Berlin. Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe e.V.

Obrecht, Werner (2000): Soziale Systeme, Individuen, soziale Probleme und Soziale Arbeit. Zu den metatheoretischen, sozialwissenschaftlichen und handlungstheoretischen Grundlagen des „systemistischen Paradigmas der Sozialen Arbeit“. In: Merten, Roland (Hrsg.): Systemtheorie Sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven. Opladen. Leske + Budrich. S. 207-223.

Obrecht, Werner (2001): Das Systemtheoretische Paradigma der Disziplin und der Profession der Sozialen Arbeit. Eine transdisziplinäre Antwort auf das Problem der Fragmentierung des professionellen Wissens und die unvollständige Professionalisierung der Sozialen Arbeit. In: Zürcher Beiträge zur Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Heft 4/2001.

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

Oevermann, Ulrich (2000): Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie in der klinischen und pädagogischen Praxis. In: Kraimer, Klaus (Hrsg.): Die Fallrekonstruktion: Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Frankfurt am Main. Suhrkamp. S. 106-189.

Pantucek, Peter (2005): Von Hubschraubern und Dschungelpfaden. Diagnostische Verfahren für die Praxis der Sozialen Arbeit. In: Sozialmagazin. Heft 7-8/2005. S. 14-20.

Pantucek, Peter (2009a): „One for all“? - Entwicklung standardisierter Verfahren der Sozialen Diagnostik. In: Pantucek, Peter / Röh, Dieter (Hrsg.): Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Wien (u.a.). LIT Verlag. S. 37-55.

Pantucek, Peter (2009b): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 2. Aufl. Wien (u.a.). Böhlau-Verlag.

Pantucek, Peter / Röh, Dieter (Hrsg.) (2009): Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Wien (u.a.). LIT Verlag.

Permien, Hanna / Zink, Gabriela (1998): Endstation Straße? Straßenkarrieren aus Sicht von Jugendlichen. München. Deutsches Jugendinstitut.

Petermann, Franz / Schmidt, Martin (1995): Der Hilfeplan nach § 36 KJHG. Eine empirische Studie über Vorgehen und Kriterien der Erstellung. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau. Lambertus.

Peters, Friedhelm (Hrsg.) (1999a): Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. 1. Aufl. Frankfurt a. M. Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen.

Peters, Friedhelm (1999b): Über Diagnosen, Gutachten, Fallverstehen, Aushandlungsprozesse – Probleme (mit) der Qualifizierung individueller Hilfeplanung. In: Peters, Friedhelm (Hrsg.): Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. 1. Aufl. Frankfurt a. M. Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen. S. 5-23.

Peuckert, Rüdiger (2008): Familienformen im Wandel. 7. Aufl. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pies, Silke (2005): Verstehen, deuten und beurteilen als gemeinsame Aufgabe freier und öffentlicher Träger im Hilfeplanprozess. In: Schrapper, Christian (Hrsg.): Innovation durch Kooperation. Anforderungen und Perspektiven qualifizierter Hilfeplanung in der Zusammenarbeit freier und öffentlicher Träger der Jugendhilfe. Abschlussbericht des Bundesmodellprojektes „Hilfeplanung als Kontraktmanagement?“. S. 73-78.

Pluto, Liane (u.a.) (2007): Kinder- und Jugendhilfe im Wandel. Eine empirische Strukturanalyse. München. DJI-Verlag.

Poller, Susanne / Weigel, Hans-Georg (2010): Die Fallbearbeitung im Allgemeinen Sozialen Dienst. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS): Der Allgemeine Soziale Dienst. Aufgaben, Zielgruppen, Standards. München. Reinhardt. S. 57-79.

Posch, Klaus (2009): (Tiefen-)Hermeneutik oder soziale Diagnose? In: Pantucek, Peter / Röh, Dieter (Hrsg.): Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Wien (u.a.). LIT Verlag. S. 111-123.

Possehl, Kurt (2004): Struktur und Logik professioneller diagnostischer Informationsarbeit in der Sozialen Arbeit. Theoretische Vorklärungen. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Heft 3/2004. S. 29-67.

Pothmann, Jens (2008): Jugendämter und der Allgemeine Soziale Dienst. Befunde zur Personalstruktur in den kommunalen Kinder- und Jugendhilfebehörden. In: KomDat Jugendhilfe. Jg. 11. Heft 1/2. S. 11-13.

Pothmann, Jens / Fendrich, Sandra (2009): Hilfen zur Erziehung – zur Struktur der Maßnahmen. Analysen zur Inanspruchnahme und zum Trägerspektrum erzieherischer Hilfen. In: KomDat Jugendhilfe. Jg. 12. Heft 1. S. 2-4.

Rauschenbach, Thomas / Pothmann, Jens / Wilk, Agathe (2009): Armut, Migration, Alleinerziehung – HzE in prekären Lebenslagen. Neue Einsichten in die sozialen Zusammenhänge der Adressaten der Kinder- und Jugendhilfe. In: KomDat Jugendhilfe. Jg. 12. Heft 1. S. 9-11.

Ritscher, Wolf (2004a): Prinzipien und Verfahren systemischer Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 68-84.

Ritscher, Wolf (2004b): Wie beurteilen Sie den Stand der Entwicklung von Kompetenzen, Methoden und Instrumenten für die Aufgaben sozialpädagogischer Diagnostik und Fallverstehen in der Kinder- und Jugendhilfe? In: Schrapper, Christian: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 195-199.

Röh, Dieter (2009): Klassifikationen in der Sozialen Arbeit: Fluch oder Segen für die Professionalisierung?. In: Pantucek, Peter / Röh, Dieter (Hrsg.): Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Münster. Lit-Verlag. S 79-96.

Röh, Dieter (2010): Klassifikationen in der Sozialen Arbeit – Vorschlag eines gegenstands- und funktionsbasierten Rahmens. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit: Diagnose und Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Heft 4/2010. S. 44-54.

Salomon, Alice (1926): Soziale Diagnose. Berlin. Carl Heymanns.

Schanzmann, Wolfgang (2004): Was hat eine sozialpädagogische Fachkraft im ASD einzuschätzen? In: Schrapper, Christian: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 23-25.

Schattenhofer, Karl (2001): Kollegiale Fallberatung als sozialpädagogische Diagnose – Konsequenzen und Ideen aus der Tagung. In: Ader, Sabine / Schrapper, Christian / Thiesmeier, Monika (Hrsg.): Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster. Votum. S. 89-92.

Schefold, Werner / Neuberger, Christa / Müller, Florian (2001): Ambulante Erziehungshilfen in München. Ergebnisse einer fallbezogenen Befragung in den AEH-Teams von München. Neubiberg. Unveröffentlichter Projektbericht an das Stadtjugendamt München.

Schefold, Werner (u.a.) (1998): Hilfeplanverfahren und Elternbeteiligung. Evaluationsstudie eines Modellprojektes über Hilfeerfahrungen von Eltern im Rahmen des KJHG. Arbeitshilfe Heft 50. Berlin. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Scherr, Albert (o.J.): Soziologische Systemtheorie als Grundlage einer Theorie der Sozialen Arbeit? Online unter: https://www.ph-freiburg.de/fileadmin/dateien/fakultaet3/sozialwissenschaft/sozio/scherr/Soziologische_Systemtheorie_und_Soziale_Arbeit.pdf (Zugriff: 07.02.2012).

Schilling, Johannes / Zeller, Susanne (2010): Soziale Arbeit. Geschichte – Theorie – Profession. 4. Aufl. München (u.a.). Ernst Reinhardt Verlag.

Schilling, Matthias (2006): Konsolidierung für die Kinder- und Jugendhilfe – Ausgabenentwicklung stagniert. In: KomDat Jugendhilfe. Jg. 9. Heft 3. S. 1-2.

Schrapper, Christian (1998): „Gute Arbeit machen“ oder: „Die Arbeit gut machen“? Entwicklung und Gewährleistung von Qualitätsvorstellungen für die Arbeit im Allgemeinen Sozialen Dienst. In: Merchel, Joachim (Hrsg.): Qualität in der Jugendhilfe. Kriterien und Bewertungsmöglichkeiten. Münster. Votum. S. 286-310.

Schrapper, Christian (2001): Wissen wir, was wir tun? Einführung zum Fachgespräch über Verstehen und Diagnostik in der Sozialpädagogik. In: Ader, Sabine / Schrapper, Christian / Thiesmeier, Monika (Hrsg.): Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster. Votum. S. 7-9.

Schrapper, Christian (Hrsg.) (2004a): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa.

Schrapper, Christian (2004b): Sozialpädagogische Diagnostik zwischen Durchblick und Verständigung. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 40-54.

Schrapper, Christian (2008a): Allgemeiner Sozialdienst. In: Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6. Aufl. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 51-56.

Schrapper, Christian (2008b): Diagnostik, sozialpädagogische und Fallverstehen. In: Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6. Aufl. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 197-205.

Schreiber, Werner (2003): Sozialpädagogische Diagnose und Intervention. Ansätze in der Arbeit mit psychosozial geschädigter Klientel. In: neue praxis. Heft 6/2003. S. 515-526.

Schröder, Richard (1995): Kinder reden mit! Beteiligung an Politik, Stadtplanung und Stadtgestaltung. Weinheim (u.a.). Beltz.

Schrödter, Mark (2006): Die Herrschaft machtvoller Diagnostik verhindern! In: Sozialextra 2006. S. 22-24.

Schultz, Runheide (2004): Kooperationsstrukturen zwischen Professionen als Grundlage einer präventiven Diagnostik bei Kindeswohlgefährdung. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 363-374.

Seckinger, Mike (2008): Überforderung im ASD. Ungleichgewicht von Aufgaben und Ressourcen. In: SozialExtra. Heft 9/10. S. 41-44.

Seckinger, Mike (2011): Empowerment. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch. Soziale Arbeit. 4. Aufl. München (u.a.). Reinhardt. S. 313-319.

Seckinger, Mike (u.a.) (2008): Arbeitssituation und Personalbemessung im ASD. Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung. München. DJI.

Spiegel, Hiltrud von (2006): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. 2. Aufl. München (u.a.). Reinhardt.

Staub-Bernasconi, Silvia (1995): Systemtheorie, soziale Probleme und soziale Arbeit: lokal, national, international oder: vom Ende der Bescheidenheit. Bern (u.a.). Haupt.

Staub-Bernasconi, Silvia (2000a): Machtblindheit und Machtvollkommenheit Luhmannscher Theorie. In: Merten, Roland (Hrsg.): Systemtheorie Sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven. Opladen. Leske + Budrich. S. 225-242.

Staub-Bernasconi, Silvia (2000b): Systemtheorie. In: Stimmer, Franz (Hrsg.): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. 4. Aufl. München (u.a.). Oldenbourg. S. 740-747.

Staub-Bernasconi (2003): Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen wir es anders. In: Widersprüche. Heft 88. S. 33-40.

Staub-Bernasconi, Silvia (2005): Fragen, mögliche Antworten und Entscheidungen im Hinblick auf die Konzeption oder Konstruktion von (system)theoretischen Ansätzen. In: Hollstein-Brinkmann, Heino / Staub-Bernasconi, Silvia (Hrsg.): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 269-297.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch. Bern (u.a.). Haupt.

Tenhaken, Beate (2004): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe am Beispiel des Verfahrens zur Einleitung von Hilfen zur Erziehung bei der Stadt Greven. In: Schrapper, Christian: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 145-152.

Tenhaken, Wolfgang (2010): Jugendhilfe und Dritte: (interinstitutionelle) Kooperation in der Arbeit des ASD. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS): Der Allgemeine Soziale Dienst. Aufgaben, Zielgruppen, Standards. München. Reinhardt. S. 92-109.

Thole, Werner / Küster-Schapfl, Ernst-Uwe (1997): Sozialpädagogische Profis. Beruflicher Habitus, Wissen und Können von PädagogInnen in der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit. Opladen. Leske + Budrich.

Uhlendorff, Uwe (1997): Sozialpädagogische Diagnosen III. Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung. Weinheim (u.a.). Juventa.

Uhlendorff, Uwe (1999): Sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnose in der Jugendhilfe. In: Peters, Friedhelm (Hrsg.): Diagnosen – Gutachten – hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. 1. Aufl. Frankfurt a. M. Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen. S. 126-142.

Uhlendorff, Uwe (2002): Sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnosen in der Jugendhilfe. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 577-588.

Uhlendorff, Uwe / Marthaler, Thomas (2004): Sozialpädagogische Familiendiagnostik. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 251-263.

Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.) (2005): Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Vom Fallverstehen zur richtigen Hilfe. Dokumentation der Fachtagung vom 21.-22. April 2005 in Berlin. Online unter: http://www.fachtagungen-jugendhilfe.de/veranstaltungen/dokumentation.phtml?termine_id=545 (Zugriff: 15.01.2012).

Vogel, Martin Rudolf (1966): Die kommunale Apparatur der öffentlichen Hilfe. Eine Studie über Grundprobleme ihres gegenwärtigen Systems. Stuttgart. Enke.

Wabnitz, Reinhard Joachim (2009a): Grundkurs Familienrecht für die Soziale Arbeit. 2. Aufl. München (u.a.). Reinhardt.

Wabnitz, Reinhard Joachim (2009b): Grundkurs Kinder- und Jugendhilferecht für die Soziale Arbeit. 2. Aufl. München (u.a.). Reinhardt.

Wabnitz, Reinhard J. (2010): Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Arbeit des ASD. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS): Der Allgemeine Soziale Dienst. Aufgaben, Zielgruppen, Standards. München. Reinhardt. S. 31-56.

Wessells, Michael G. (1994): Kognitive Psychologie. 3. Aufl. München (u.a.). Reinhardt.

Wickrath, Susan (1992): Bürgerbeteiligung im Recht der Raumordnung und Landesplanung. In: Beiträge zum Siedlungs- und Wohnungswesen und zur Raumplanung. Bd. 141. Münster. Institut für Siedlungs- u. Wohnungswesen (u.a.). S. 187 – 213.

Widersprüche (2003): Neo-Diagnostik – Modernisierung klinischer Professionalität? Heft 88.

Wiltig, Klaus (2004): Psychoanalytische Aspekte sozialpädagogischen Fallverstehens. In: Schrappner, Christian: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim (u.a.). Juventa. S. 61-67.

Wissenschaftlicher Rat der Dudenreaktion (2000): Duden. Das große Fremdwörterbuch. Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter. Mit >>umgekehrtem<< Wörterbuch: deutsches Wort – Fremdwort. 2. Aufl. Mannheim (u.a.). Dudenverlag.

Wright, Michael T. (2005): Warum es keine standardisierte Soziale Diagnose geben kann. In: Sozialmagazin. Heft 7-8/2005. S. 37-40.

Wright, Michael / Block, Martina / Unger, Hella von (2007): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Online unter: http://www.gesundheitberlin.de/download/Wright,_M..pdf (Zugriff: 24.03.2012).

Zentrum Bayern Familie und Soziales. Bayerisches Landesjugendamt (2009): Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. Neuauf. München. Bayerisches Landesjugendamt.

Ziegler, Holger (2003): Diagnose, Macht, Wissen und ‚What Works?‘ - Die Kunst dermaßen zu reagieren. In: Widersprüche. Heft 88. S. 101-115.

Abkürzungsverzeichnis

ASD	-	Allgemeiner Sozialer Dienst
bspw.	-	beispielsweise
HzE	-	Hilfen zur Erziehung
ION	-	Inobhutnahme
KJHG	-	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KWG	-	Kindeswohlgefährdung

Anhang

Inhaltsverzeichnis

- 1 - Exkurs: Funktional-struktureller Ansatz soziologischer Systemtheorie nach Luhmann ...99
- 2 - Exkurs: Systemisch konzipierte Handlungstheorie nach Staub-Bernasconi.....101

1 - Exkurs: Funktional-struktureller Ansatz soziologischer Systemtheorie nach Luhmann

Luhmann hat aus seiner soziologischen Perspektive eine funktionsorientierte Systemtheorie mit hohem Abstraktionsgrad entwickelt, deren Ziel es ist, zu erklären, wie die Gesellschaft in Form von Systemen bzw. die ihr innewohnenden Prozesse zu verstehen sind (vgl. Miller 2001, 128). In seiner funktional-strukturellen Theorie geht er davon aus, dass Kennzeichen moderner Gesellschaften die Bildung von Funktionssystemen ist (vgl. Merten 2005, 39) und fragt zunächst danach, welche Funktionen innerhalb der Gesellschaft vorhanden sind, sodass die moderne Gesellschaft funktionierend erhalten bleibt, und blickt im zweiten Schritt darauf, wie sich die Gesellschaft strukturiert bzw. strukturieren kann, um alle Funktionen zu erfüllen (vgl. Merten 2005, 36). Als Erklärungsmodell geht er von konstruierten Sinnsystemen aus. Ein System wird zunächst allgemein als Zusammensetzung mehrerer Teile verstanden, die miteinander in Beziehung stehen. Luhmann nimmt ein dynamisches Zusammenwirken der Teile an und interessiert sich für deren Prozesse (vgl. Miller 2001, 37ff.).

Die Gesellschaft lässt sich nach Luhmann in unterschiedliche Ebenen einteilen. Auf oberster Abstraktionsebene befinden sich gesellschaftliche (Teil-)Systeme (1. Ebene), die unterschiedliche Funktionen übernehmen (vgl. Merten 2005, 45)⁴⁶. Im Sinne des funktionalen Verständnisses ist jedes System darauf ausgelegt, einen Zweck zu erfüllen. Dieser Zweck hält das System zusammen und beeinflusst die interne Strukturbildung maßgeblich (vgl. Miller 2001, 52ff.). Damit sich Systeme herausbilden und existieren können, braucht es eine Umwelt, von der sich die Systeme abgrenzen können; es braucht die Differenz ‚System-Umwelt‘ (vgl. Luhmann 1984, 242f.). Ihnen ist gemeinsam, dass sie dadurch entstehen und sich selbst erhalten (d.h. dass sie ‚autopoietisch‘⁴⁷ sind), dass sie ihre eigene, innere Logik entwickeln, sich auf sich selbst beziehen (also ‚selbstreferentiell‘ sind) und sich insofern von ihrer Umwelt abgrenzen (vgl. Miller 2001, 60ff.). Für die eigene Abgrenzung entwickelt und nutzt jedes System einen ‚Code‘, der ausschließlich für das jeweilige System gilt. Der ‚Code‘

46 Zur Diskussion, ob die Soziale Arbeit als ein eigenständiges Funktionssystem einer modernen Gesellschaft anerkannt werden kann oder nicht vgl. u.a. Merten 2000; Hillebrandt 2002; Klassen 2004, 141 ff.; Dewe/Otto 2011, 1134; Kosellek/Merten 2011, 1616.

47 Als ‚autopoietisches System‘ wird ein System bezeichnet, dass sich selbst steuert, sich selbst erhält und reproduziert (vgl. Miller 2001, 60).

muss erfüllt sein, um Zugang zu erhalten, die Nichterfüllung bedeutet einen Systemausschluss (vgl. Luhmann 1992, 198; Merten 2005, 40). Damit ist prinzipiell ein Zugang zu jedem System möglich („Gleichheit“). Gleichzeitig strukturieren sich die gesellschaftlichen (Teil-)Systeme in Form von Organisationen (2. Ebene), die nicht immer nur einem gesellschaftlichen (Teil-)System zugeordnet werden können. Die Organisationen sind für die Erfüllung der Funktionen zuständig und können für den Ausschluss aus dem System sorgen. Denn um Mitglied in einer Organisation sein zu können, muss eine bestimmte Rolle erfüllt sein („Ungleichheit“) und für die Erfüllung der Rolle ist Kommunikation auf der Ebene der Interaktion (3. Ebene) erforderlich (vgl. Merten 2005, 44 f.).

Neben dieser grundlegenden System- und Gesellschaftsbeschreibung unterscheidet Luhmann unterschiedliche Systemtypen, die spezifische Eigenheiten⁴⁸ aufweisen: das Gesellschaftssystem (Makroebene⁴⁹), das sich in unterschiedliche gesellschaftliche (Teil-)Systeme aufgliedert (bspw. das Bildungs- oder Wirtschaftssystem), formal organisierte Systeme (bspw. Schulen und Vereine) (Meso- und Exoebene) sowie Interaktionssysteme (bspw. das Familiensystem) und psychische Systeme (das Bewusstseinssystem) (Mikroebene) (vgl. Miller 2001, 76ff.), die hierarchisch geordnet sind (vgl. Gissel-Palkovich 2011, 245) und in unterschiedlichen Beziehungen zueinander stehen (vgl. Lüssi 2008, 71ff.). Alle Systemtypen sind auf einen jeweils eigenen Sinn fixiert, der ihr Verhalten verständlich macht (vgl. Lambers 2010, 28). Der Mensch ist dabei in der Theorie Luhmanns niemals Teil eines Systems, sondern immer die Umwelt des Systems. Er kann in Systeme inkludiert sein, aber nur partiell, in Form von Kommunikation als Bewusstseinssystem bzw. in seiner jeweiligen Rolle. Für die Funktionssysteme ist lediglich die jeweilige Funktion und niemals der gesamte Mensch von Bedeutung (vgl. Merten 2005, 44). Für Luhmann steht der Mensch im Hintergrund, da sein Interesse der Funktion der Gesellschaft gilt (vgl. Lambers 2010, 27). Aufgrund ihres ‚autopoietischen‘ Charakters können Systeme in ihrer inneren Struktur als ‚operativ geschlossen‘ betrachtet werden, nach außen hin sind sie aber offen (vgl. Kleve 2005, 69; Lambers 2010, 28). Das bedeutet, dass Luhmanns Theorie erkenntnistheoretisch als konstruktivistischer Ansatz in Modell 2 (vgl. Kap. 2.1) verortet werden kann, die zudem auf die Kybernetik zweiter Ordnung zurückgreift (vgl. Kleve 2005, 71). Damit begründet er die Annahme, dass Systeme beeinflusst, aber nicht intentional (gezielt) gesteuert werden können und ihre Veränderungen bspw. von ihrer inneren Struktur abhängen (vgl. Kleve 2005, 69). Ziel des Systems ist es, sich hinsichtlich seines Zwecks stabil zu halten. Ist die Stabilität gefährdet, liegt eine ‚Dysfunktionalität‘ des Systems vor, auf die das System reagieren muss

48 Ausführlich zu den Systemtypen und ihren Eigenheiten vgl. Miller 2001, 76ff.

49 Zur Systematisierung der Begriffe Makro-, Meso-, Exo- und Mikroebene vgl. Bronfenbrenner 1989.

(vgl. Gissel-Palkovich 2011, 245; Lüssi 2008, 70f.).

Das Gesellschaftssystem ist daran interessiert, dass genügend ‚psychische Systeme‘ in gesellschaftliche Funktionssysteme inkludiert sind, um die Funktionen der Gesellschaft zu erfüllen und damit das Gesellschaftssystem insgesamt stabil zu halten. Es können aber soziale Probleme entstehen, wenn bspw. die Erwartungen der Systeme hinsichtlich einer Inklusion nicht erfüllt werden können, sodass die Exklusion erfolgt. Diese Gefahr besteht insbesondere dann, wenn sich Systeme stark ausdifferenzieren, dadurch einen hohen Anspruch stellen und diese Erwartungen nicht erfüllt werden können (vgl. Luhmann 1975). In diesen Fällen kann bzw. soll die Soziale Arbeit dazu beitragen, dass Inklusion erfolgreich stattfinden kann, sodass die Funktionen der Gesellschaft erfüllt werden und das Gesellschaftssystem erhalten bleibt.

Der Gewinn dieser abstrakten Theorie liegt in der Reflexionsmöglichkeit von sozialen Prozessen aus der systemtheoretischen Makroperspektive. Luhmann ‚beschränkt‘ sich in seiner Theorie allerdings auf das Erklären und Verstehen und erhebt keinen Anspruch auf Praxisorientierung (vgl. Bardmann/Hermsen 2000, 88). Neben theoriebezogener Kritik wird ihm vorgehalten, gesellschaftskritische Aspekte wie bspw. Machtverhältnisse und Ungerechtigkeit ungeachtet zu lassen (vgl. Miller 2001, 129; Staub-Bernasconi u.a. 2000a) und für die Soziale Arbeit keine hinreichende Grundlage darzustellen (vgl. Scherr o.J., 12).

„*Systemtheoretisches Vorgehen* bezieht sich auf das Beschreiben und Erklären der Eigenschaften, Funktionsweisen und Mechanismen von Systemen und deren Umwelt [...], um Wirklichkeit zu erklären. *Systemisches Vorgehen* zielt auf die Praxis [...] [und setzt auf] der Basis systemtheoretischer Modelle [...] handelnde Personen und deren Systeme in den Mittelpunkt der Betrachtung und versucht Handlungsmuster und Systemmuster, Regeln und Strukturbildungen zu erkennen, offenzulegen und zusammen mit den Betroffenen zu verändern. [...] Der Schwerpunkt liegt also neben der Analyse auf dem *Handeln*.“ (Miller 2001, 20)

Mit dieser Unterscheidung von ‚systemtheoretisch‘ und ‚systemisch‘ schafft Miller eine ‚Brücke‘ von abstrakter Theorie (Luhmann) zu praxisnäherer Handlungstheorie (Staub-Bernasconi).

2 - Exkurs: Systemisch konzipierte Handlungstheorie nach Staub-Bernasconi

Staub-Bernasconi hat mit ihrer ‚systemisch konzipierten Handlungstheorie‘ auf der Grundlage der systemischen Ontologie von Mario Bunge eine Theorie für die Soziale Arbeit entwickelt. Sie setzt als akteursorientierter Ansatz das Individuum in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung (vgl. Miller 2001, 34) und steht damit in einer zentralen Theorieposition – der Verortung des Menschen im System bzw. der Theorie – konträr zu Luhmann (vgl. Hollstein-Brinkmann 2005a). Auch Staub-Bernasconi geht von unterschiedlichen Systemarten aus (vgl. Staub-Bernasconi 1995, 128f.) und geht im Wesentlichen auf ‚soziale Systeme‘ (bspw. die

Familie) und ‚individuelle Systeme‘ (den Menschen) ein. Im Gegensatz zu Luhmann geht Staub-Bernasconi von der ontologischen Grundannahme aus, dass es eine Umwelt gibt, die für das System als Wirklichkeit erfahrbar ist und dass gesichertes (objektives) Wissen über die Wirklichkeit partiell nicht ausgeschlossen ist (vgl. Obrecht 2005, 104ff.). Systeme werden als real existierend angenommen (vgl. Obrecht 2000, 208ff.). Diese Annahme wird (u.a. von Merten) als vormodernes Erkenntnisverständnis kritisiert (vgl. Merten 2005, 38) (vgl. Modell 1 in Kap. 2.1). Staub-Bernasconi macht allerdings deutlich, dass der Mensch als Ort der Erkenntnis ihrem Verständnis nach konstruierend tätig ist (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 167) und Bunge beschreibt seinen Ansatz als ‚gemäßigten Konstruktivismus‘ (vgl. Bunge/Mahner 2004, 125). Die Theorie Staub-Bernasconis ist damit, in Hinblick auf die Modelle in Kapitel 2.1, zwischen Modell 1 und 2 und zwischen den Polen ‚systemtheoretisch‘ und ‚systemisch‘ einzuordnen.

Der Mensch wird u.a. als ‚psychobiologisches System‘ gesehen (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 170), das Bedürfnisse hat, die in drei Kategorien unterschieden werden können⁵⁰: biologische, psychische und soziale Bedürfnisse (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 171). Der Mensch ist nicht nur partiell sondern ganzheitlich Komponente der Systeme (vgl. Obrecht 2000, 213) und lernt im Laufe seines Lebens, Aufgaben des Systems zu übernehmen (vgl. Engelke 1999, 369). Jedes System hat ein Ziel, von dem es zusammengehalten wird (vgl. Obrecht 2000, 212). Zur Erreichung des Ziels bilden die Systemkomponenten stärkere bzw. mehr Beziehungen zu einander aus, wodurch eine innere Struktur entsteht, durch die sich das System von seiner Umwelt abgrenzt, zu der es nur schwächere Beziehungen erhält (vgl. Engelke 1999, 368f.). Ziel des Menschen, als individuelles System, ist es, seine Bedürfnisse und Wünsche zu befriedigen (vgl. Staub-Bernasconi 2000b, 744f.). Dafür braucht es Soziale Systeme und sucht Zugang zu diesen (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 173). (Soziale) Probleme ergeben sich dadurch, dass der Mensch nicht in der Lage ist, seine Bedürfnisse über die sozialen Systeme zu befriedigen (vgl. Engelke 1999, 369). Die Probleme systematisiert Staub-Bernasconi in die vier Kategorien: Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienprobleme (vgl. Engelke 1999, 371ff.; Klassen 2004, 171ff.).⁵¹ Anliegen der Sozialen Arbeit ist es, diese Probleme zu lösen und dem Menschen zu helfen, seine Bedürfnisse zu befriedigen (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 181 ff.; Obrecht 2005, 159).

Staub-Bernasconi lehnt Teile wie z.B. das Konzept der Autopoiesis bei Luhmann ab, da Luhmann eine nicht zutreffende Verallgemeinerung des Konzepts von Varela und Maturana vorgenommen habe (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 268f.), die ihrerseits eine Übertragung

⁵⁰ Staub-Bernasconi bezieht sich dabei auf Obrecht, der die Bedürfnisse kategorisiert aufgelistet hat (vgl. Obrecht 2001, 47).

⁵¹ Eine Ausführung zu den vier Problemkategorien ist bei Klassen (vgl. Klassen 2004, 172ff.) und Engelke (vgl. Engelke 1999, 37ff.) zu entnehmen.

ihres Konzepts auf soziale Systeme abgelehnt hatten (vgl. Miller 2001, 60). Laut Staub-Bernasconi sind Systeme demnach sehr wohl (teilweise) steuerbar (vgl. Staub-Bernasconi 2007, 268f.; Obrecht 2000, 212) und Menschen durch die Soziale Arbeit beeinflussbar.

Die Handlungstheorie von Staub-Bernasconi enthält neben Erklärungswissen auch moralisch-ethisches Wissen (vgl. Gängler 2000, 21). Sie geht damit bewertend auf die Machtdimension ein, die sie bei Luhmann als fehlend kritisiert (vgl. Miller 2001, 133ff.), und bezeichnet die Soziale Arbeit auch als ‚Menschenrechtsprofession‘. Auf der Grundlage dieses Wissens erachtet Staub-Bernasconi das Handeln der Sozialen Arbeit als ein Helfen (sowohl im Bereich der Freiwilligkeit als auch im Bereich der sozialen Kontrolle und Sanktionierung) für notwendig und legitim (u.a. Staub-Bernasconi 2007, 178f.).

Der Gewinn dieses Ansatzes ist die Möglichkeit eines reflektierenden und zugleich handlungsleitenden Blicks aus der systemtheoretischen Mikroperspektive, aus der Sicht des Individuums.

Damit sind zwei gegensätzliche Positionen dargestellt. Und doch tragen beide dazu bei, Erkanntes zu reflektieren, zu erklären bzw. eine Grundlage für Handlungen in der Sozialen Arbeit zu schaffen und ermöglichen aufgrund ihrer unterschiedlichen Blickwinkel eine breite Betrachtungsweise (nicht nur) für die vorliegende Arbeit. Sie verhindern damit, das Individuum auf der einen und die Gesellschaft auf der anderen Seite aus dem Blick zu verlieren (vgl. Miller 2001, 34).

Die Systemtheorie erhebt allerdings keinen Absolutheitsanspruch (vgl. Luhmann 1984, 9). Sie bildet lediglich einen Rahmen, innerhalb dessen tiefergehendes Verstehen ermöglicht wird (vgl. Lüssi 2008, 75f.). Dazu ist es allerdings notwendig, je nach Fragestellung an passender Stelle weitere Theorien mit einzubeziehen.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Soltau, 14. Mai 2012
Ort, Datum

Unterschrift