

Diagnostik in der Sozialen Arbeit

Die Legende einer Debatte ohne Ende

Martin Riesenhuber, Sabine Riesenhuber und Cornelia Schweiger

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag entstand aus einer eingehenden Auseinandersetzung mit Sozialer Diagnose und der damit verbundenen Debatte. Dies führte uns zu einem gewissen Erstaunen darüber, wie lange und intensiv diese Diskussion bereits geführt wird, wie viele unterschiedlichste Diagnoseverfahren bereits entwickelt wurden, und wie wenig die Soziale Diagnose vergleichsweise dazu bisher den bewussten Eingang in die Praxis der Sozialen Arbeit gefunden hat. Wir diskutierten darüber, bildeten Hypothesen dazu und stellten uns Fragen, welche uns in diesem Zusammenhang naheliegend erschienen. Wir verglichen die unterschiedlichen Diagnosebegriffe, -modelle und -ansätze und brachten sie in einen Zusammenhang mit den Argumenten, welche sich in der Diagnosedebatte als Pros und Contras wiederfinden. Letztlich führte uns die Auseinandersetzung immer wieder in den Bereich grundlegender sozialpädagogischer Fragen, welche ethische und professionelle Haltungen betreffen. In diesem Umstand spiegelt sich genau der Verlauf der Debatte um Soziale Diagnose wider, welcher die DiskutantInnen ebenso immer wieder auf diese grundsätzlichen Fragen von Professionalität und der Beziehung zwischen den im Sozialen Feld Tätigen und deren Klientel zurückverweist.

An dieser unserer Auseinandersetzung und unserer Perspektive auf dieses Thema teilhaben zu lassen und Anregung zu geben, um die Debatte hinter der Debatte weiterzuführen, ist Anliegen des Beitrages.

Einleitung

Im Zuge unserer Forschungsarbeiten stellten wir Recherchen zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit an und kamen dabei zu einem Punkt, an dem wir den Eindruck hatten, dass sich die Inhalte zu wiederholen beginnen. Dieser Umstand liegt allerdings weniger daran, dass – wie man annehmen könnte – dieses Thema in der Fachwelt hinreichend diskutiert und damit gesättigt ist und nicht mehr aufgegriffen wird. Im Gegenteil, die Debatte um die Diagnostik in der Sozialen Arbeit erfährt gerade in letzterer Zeit vielerorts eine Neubelebung, welche sich in entsprechenden Publikationen und Fachtagungen niederschlägt. Vielmehr scheint sich dieser uns nicht wenig erstaunende Umstand darin zu begründen, dass diese Debatte, welche LANGHANKY (vgl. 2004, 40) mit dem Märchen vom Hasen und vom Igel vergleicht, sich nun seit beinahe 100 Jahren scheinbar im Kreis dreht.

Ausgehend vom aktuellen Stand des Diskurses zur Sozialen Diagnostik führte uns die Suche in die Geschichte, zu den Anfängen dieser Debatte um 1917 mit Mary RICHMOND und 1926 mit Alice SALOMON (vgl. HEINER 2001, 253). Mit nicht geringem Erstaunen stellten wir fest, dass die Diskussion über Pro und Contra Sozialer Diagnosen seit dieser Zeit, mit Ausnahme von Unterbrechungen durch Kriegswirrnisse, stets eifrig geführt wurde, jedoch bis heute in der Umsetzung in der Sozialen Arbeit zu keinem nennenswerten Ergebnis gekommen zu sein scheint (vgl. SCHEIPL 2008, 379). Vielmehr muten die Argumente, welche für oder gegen den Einsatz von Diagnosen in der Sozialen Arbeit angeführt wurden und werden, seltsam gleichbleibend an. Ebenso verhält es sich mit den Diagnoseverfahren selbst. Solche wurden seit damals speziell auf die Notwendigkeiten und Bedürfnisse in der Sozialen Arbeit angepasst entwickelt und werden ebenso eifrig auch aktuell entwickelt. Das führte dazu, dass bereits eine Vielzahl an diagnostischen Modellen und Instrumenten für den Einsatz in

der Sozialen Arbeit entwickelt wurde, sich allerdings bis heute keines davon nachhaltig durchzusetzen vermochte.

Diese Beobachtungen warfen Fragen in uns auf und ließen uns Hypothesen dazu formulieren. Einen Einblick in diese Auseinandersetzung zu geben und eine Diskussion über die Diskussion anzuregen sind Anliegen des vorliegenden Artikels.

1 Fragestellungen und Hypothesen

Im Zentrum unserer Aufmerksamkeit steht also unsere Arbeitshypothese, dass es sich hier um eine Debatte handelt, welche seit beinahe 100 Jahren geführt wird, ohne bisher jedoch merklichen Niederschlag in der Praxis der Sozialen Arbeit gefunden zu haben. Die Frage, wie so etwas möglich sein kann, steht daher im Mittelpunkt unserer Betrachtungen:

- Wie kann es sein, dass sich die Debatte um Soziale Diagnostik seit 92 Jahren im Kreis dreht ohne bislang einen echten Fortschritt bzw. Umsetzungsschritt in der Praxis mit sich zu bringen?

Dies führt uns automatisch zur weiteren Fragestellung über die Bedeutung dieses Umstandes, unter der Bedingung, dass es sich dabei um eine zutreffende Hypothese handelt:

- Wie ist dieser Umstand, dass sich diese Debatte im Kreis dreht, zu interpretieren?

Geht man davon aus, dass dieser Diskurs bislang tatsächlich keinen merklichen Niederschlag in der Praxis der Sozialen Arbeit gefunden hat, so legt das durchaus die Annahme nahe, dass es sich um eine stellvertretende Diskussion handeln könnte. Das heißt, dass es dabei nicht wirklich um Soziale Diagnostik per se geht, sondern, dass dieses Thema für etwas steht, was nicht angesprochen wird oder bislang noch nicht als dahinterliegendes Thema erörtert wird. Uns erscheint diese Möglichkeit der Interpretation plausibel, wobei durchaus einzuräumen ist, dass wir womöglich einen unrealistischen zeitlichen Horizont in Bezug darauf haben, wie lange Fachdiskussionen brauchen um sich in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit zu manifestieren. Aus unserer Sicht und Beurteilung heraus ist also folgende Fragestellung durchaus angebracht:

- Worum geht es in der Diagnosedebatte in Wirklichkeit, wenn es nicht um Diagnosen selbst geht?

Dahinter steht ebenso die Hypothese, dass zwar immer wieder neue Instrumente und Verfahren zur Sozialen Diagnostik entwickelt werden, diese jedoch noch nie längerfristig und / oder flächendeckend, beispielsweise im deutschsprachigen Raum, zum Einsatz gekommen sind.

Das Studium der Literatur hat uns auch zur Annahme geführt, dass nicht nur die Inhalte dieser Debatte immer wiederkehren, sondern ebenso die Argumente. Die Argumente, welche für oder gegen den Einsatz von Diagnoseverfahren in der Sozialen Arbeit genannt werden, scheinen sich nicht wesentlich zu verändern bzw. weiterzuentwickeln, sondern wiederholen sich im Kern ihrer Aussagen. Die Debatte verläuft im Wesentlichen also seit beinahe 100 Jahren im Pro und Contra Diagnostik gleich.

Diese Hypothese wirft für uns die Fragestellung nach einem dritten Weg auf:

- Gibt es einen sinnvolleren Umgang mit diesem Spannungsfeld, in welchem sich die Diagnosedebatte aufspannt, als ewig in ähnlichen Facetten Altes neu zu diskutieren?
- Gibt es ein "sowohl – als auch", anstelle des immer noch vorherrschenden "entweder – oder" in dieser Diskussion?

2 Betrachtungen zur Bedeutung des Diagnosebegriffes

"Diagnose" geht zurück auf das griechische Wort "diagnosis", was unterscheidende Beurteilung, Erkenntnis bedeutet. Das zugrundeliegende griechische Verb ist "diagnoskein", mit der Bedeutung von "durch und durch erkennen, beurteilen". Es ist eine Bildung von "gignoskein", in der Bedeutung von "erkennen", zur Sippe von "können" zugehörig. Parallel gibt es die Bildung von "progignoskein" in der Bedeutung von "im Voraus erkennen". Es gibt zahlreiche Substantiva, welche vom Stamm "gignoskein" abgeleitet sind, u.a., "gnomon" in der Bedeutung von "Kenner, Beurteiler". Hiervon wurde wahrscheinlich lat. "norma", "Regel, Richtschnur", abgeleitet. Seit dem 19. Jhdt. wird "Diagnostik" als Fähigkeit, Lehre, Krankheiten richtig zu erkennen, verwendet (vgl. DUDEN 1989, 125).

Wozu dieser Einblick in die Herleitung des Diagnosebegriffes?

Unserer Hypothese zur Folge, dass es bei dieser Debatte nicht bloß um das Suchen geeigneter Verfahren gehen kann, sondern dass daran andere, dahinterliegende Themen geknüpft sein müssen, scheint ein Blick auf die ursprüngliche Bedeutung des Diagnosebegriffes sinnvoll.

Das erste, was uns dabei erwähnenswert erscheint ist die Bedeutung von "etwas durch und durch erkennen". Was für ein Anspruch? Wer kann schon von sich behaupten, etwas durch und durch zu erkennen? Und das noch dazu in einem Handlungsfeld, welches durch komplexe Zusammenhänge gekennzeichnet ist, und zu dessen Inhalten und Themen eben genau das nicht Messbare, das Vage, nicht Absehbare, oft eben gerade das nicht Durchschaubare gehört.

Hinzu kommt der Anspruch des Beurteilens in der Wortbedeutung von "Diagnose". Plötzlich sieht sich eine Profession, welche getragen ist von ethischen Standards wertneutraler Positionen, in der Lage, Urteile bilden zu müssen. Plötzlich scheint ein traditionell hermeneutischer Zu- und Umgang mit den Menschen und Themen der Sozialen Arbeit unzureichend, und es besteht die Forderung eines Urteils als Fazit verstehender Wahrnehmung. Mehr noch, das Urteil soll sogar möglichst zu Beginn einer Kooperation bereits gefällt werden, damit das erst dann darauf folgende verstehende und empathische Angebot überhaupt fruchten kann.

Ebenso erwähnenswert im Zuge dieser Wortbetrachtung erscheint uns die Verwandtschaft mit dem Begriff der Prognose, im Sinne von "etwas im Voraus erkennen". Hier knüpft dieser an sich scheinbar schon schwierige Diagnosebegriff an einen weiteren Anspruch an, nämlich den der möglichst zuverlässigen Vorhersage. Diese Wortverwandtschaft schlägt sich durchaus im Diagnoseverständnis der Sozialen Arbeit nieder, wenn es darum geht, möglichst genaue und zuverlässige Einschätzungen von Hilfeplanungsverläufen und Effektivitäten zu bekommen.

Die Ableitung vom Begriff des Kenners, Beurteilers zum Begriff der Norm sollte ebenfalls Berücksichtigung in unserer Betrachtung finden. Normativ zu handeln und zu wirken betrifft zumeist jene Bereiche der Sozialen Arbeit, wo es um Zusammenhänge mit Zwangsmaßnahmen oder zumindest mit der ihr innewohnenden Funktion der Sozialen Kontrolle geht. An diesen Stellen sehen sich die AkteurInnen der Sozialen Arbeit besonders gefordert, ihrer doppelten Mandatschaft gerecht zu werden.

Allein diese einfachen Betrachtungen zum Bedeutungsgehalt des Diagnosebegriffes legen nahe, dass es sich bei der Debatte um Soziale Diagnosen um mehr handeln muss, als lediglich um eine einfache Entscheidung pro oder contra Diagnose und das Entwickeln eines geeigneten Verfahrens.

Dahinter verbirgt sich eine Grundsatzdebatte zu den maßgeblichen Orientierungen, Haltungen und Werten der Sozialen Arbeit. Es geht um das grundlegende Selbstverständnis der Sozialen Arbeit. Und es zeigt sich gleichzeitig ein Ringen um Professionalität bzw. um ein entsprechendes professionelles Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen.

Bedenkt man weiter, dass dieser Begriff bis vor kurzem ausschließlich den Domänen vorerst der Medizin und in weiterer Folge der Psychologie zugehörig war, scheint es wenig verwunderlich zu sein, dass eine Adaptierung in den Bereich der Sozialen Arbeit und damit in die Geisteswissenschaften eine große Herausforderung sowohl an die Grundsätze wie auch an das Selbstbewusstsein dieser Profession darstellt, was auch immer wieder zur Infragestellung der Verwendung des Diagnosebegriffes führt (vgl. WRIGHT 2005, 38; vgl. ALBER 2005, 550; vgl. SCHEIPL 2008, 399; vgl. KUNSTREICH 2003, 7).

Alice SALOMON, welche im deutschsprachigen Raum den Grundstein für diese Debatte gelegt hat, schien derlei Berührungsängste und Bedenken nicht gehabt zu haben, da sie explizit für die Verwendung des Diagnosebegriffes plädiert. Das begründet sie damit, dass die Fachkraft im Diagnoseprozess eine eigenständige und vielfältige geistige Leistung vollbringt, welche sich allerdings nicht lediglich auf das Sammeln möglichst umfassender Informationen beschränkt, sondern deren hervorragende Herausforderung im richtigen Gewichten, Ordnen, Beurteilen und Bewerten des gesamten Materials besteht (vgl. SALOMON 1927, 7).

3 Ein Streifzug in das Aktuelle Verständnis von Sozialer Diagnose

Ausgehend von diesen Anfängen, den diagnostischen Prozess in der Sozialen Arbeit als solchen zu benennen und professionell auszugestalten, hat sich ein Diagnoseverständnis entwickelt, welches im Wesentlichen diese Orientierung beibehält.

Klar ist, dass es sich immer um das Einholen von Informationen handelt, wenn auch die Art und Weise, wie dies zu tun sei, unterschiedlich konnotiert wird. So gibt es die Reihe jener, welche eine möglichst schnelle und objektive Vorgehensweise durch das Ausfüllen und Ankreuzen von vorgegebenen Rubriken für sinnvoll erachten. Diese Vorgehensweise bestimmt natürlich auch die Art der einzuholenden Informationen mit, indem so vor allem Daten, Zahlen, Fakten berücksichtigt werden können. Befindlichkeiten und subjektive Erlebnisqualitäten müssen auf klar benennbare und möglichst messbare Items gebrochen werden, um in Skalen und Fragebögen Eingang finden zu können. Es fehlt diesen Instrumenten die Offenlegung, welches Menschenbild dahinter liegt.

Klar ist auch, dass mit diesem Sammeln von Informationen ein Erkenntnisgewinn einhergehen muss, welcher für die weitere Arbeit bestimmend sein kann. Das hängt unmittelbar mit der Arbeitsweise, mit dem dahinterliegenden Modell Sozialer Arbeit zusammen. Es führt zur Frage, welche Qualitäten von Erkenntnis benötigt werden, um die jeweilige Arbeitsweise optimieren zu können.

Wie auch immer man Informationen sammelt, und auf welche Weise dies geschieht, immer steht mit dem damit einhergehenden oder erwünschten Erkenntnisgewinn ein Deutungsvorgang im Zusammenhang. Immer muss das, was am Ende vorliegt, interpretiert werden. Das führt zur Frage, in welches Konstrukt von Wirklichkeit die gesammelten Informationen eingeordnet werden. Erst durch den Vorgang der Interpretation, erst durch die Erklärung des vorhandenen Materials (vgl. DUDEN, 1989, 308) erschließt sich dessen Inhalt zur weiteren Verfügung.

Diese Ausführungen mögen vorerst banal und selbstverständlich erscheinen, jedoch liegt unsere Intention damit darin, auf die Metaskills bzw. Metaebene hinzuweisen, welche mit dem diagnostischen Prozess unweigerlich verbunden sind. Anknüpfend an die Ausgangsthesen und Fragestellungen dieses Beitrages, scheint uns ein Verweis auf diese Ebene sinnvoll, um in die Themen und Bereiche der Diskussion hinter der Diskussion zu führen.

Welche Welt- und Menschenbilder stehen nun hinter den gängigen aktuellen Definitionen von Diagnose in der Sozialen Arbeit? Was wird im Wesentlichen im heutigen Verständnis von Sozialer Diagnose vermittelt?

STAUB-BERNASCONI stellt fest, dass die Fachkräfte der Sozialen Arbeit ständig beobachten, beschreiben, analysieren und bewerten, dass es jedoch zumeist nicht als Diagnostizieren benannt wird. Sie fordert von den Fachkräften die Fähigkeit, eine einseitige Orientierung sowohl an gesellschaftlichen Vorgaben wie auch am Fall verlassen zu können, um Diagnostizieren professionell zu betreiben (vgl. STAUB-BERNASCONI, 2003, 33). Sie streicht den Zusammenhang zwischen Gesellschaft, Individuum und Fachkraft hervor und fordert einen reflektierten Umgang damit.

Diagnose definiert sie somit als einen Prozess der theoretisch-wissenschaftlich gesteuerten Wahrheitsfindung, welcher die Zusammenhänge von Individuum und Gesellschaft berücksichtigt und auch Problemerkhebungen in größeren sozialen Systemen vornehmen kann (vgl. STAUB-BERNASCONI, 2005, 530), und dies auf dem Hintergrund der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession.

Diagnoseverständnisse unterscheiden sich unter anderem auch hinsichtlich ihrer Orientierung, welchem Zweck sie primär dienlich sein sollten. Vergleichsweise zu einer Ausrichtung, bei der es um die möglichst genaue Erfassung und Beschreibung einer Situation bzw. Problemlage geht, gibt es eine Orientierung dahingehend, den Zweck einer Diagnose vielmehr im Finden von Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten für die weitere Arbeit bzw. für die Problemlösung zu sehen.

PANTUCEK legt beispielsweise auf dem Hintergrund vertieften Fallverstehens keine kompakte Definition Sozialer Diagnose vor, beschreibt allerdings Kriterien, welche erfüllt sein müssen. Er beschreibt die Notwendigkeit, dass Diagnose nachvollziehbar und beschreibbar sein muss und sieht im Prozess der Diagnose zwei Schritte. Zum ersten den, einen Überblick über die Komplexität des Problem-Zusammenhanges zu gewinnen, also einer ausführlichen Exploration, und zum zweiten, aus den gewonnenen Informationen für die weitere Arbeit Wesentliches herauszufiltern. Als diagnostische Zwecke nennt er einerseits das Gewinnen eines Überblickes und andererseits das Finden von Ansatzpunkten für Veränderungsarbeit (vgl. PANTUCEK 2005, 15). Ebenso sieht KINDLER (vgl. 2005, 540) das Ziel diagnostischen Handelns weniger in einer genauen Problemerkennung sondern vielmehr im Bereitstellen von Informationen welche für nachfolgende Entscheidungen maßgeblichen Wert haben.

Einen ebensolchen Wandel beschreibt ARMBRUSTER für den Bereich der Sozialpsychiatrie, indem er eine Orientierung vom Erkennungs- bzw. Beurteilungsprozess hin zum Verstehensprozess vorgibt. Diesen beschreibt er, indem es nunmehr weniger um objektive Problembestimmungen geht, sondern darum, Diagnosen als Arbeitshypothesen zu sehen, welche zum besseren Verständnis prozesshaft psychischer Störungen dienen sollen (vgl. ARMBRUSTER 2005, 546; vgl. SCHEIPL 2008, 399).

Auch HARNACH-BECK unterstelle den Diagnoseprozess in erster Linie dem Ziel, Information für die weitere Zusammenarbeit zu bieten, indem sie, die Begrifflichkeiten "psychosoziale", und "sozialarbeiterische" und "sozialpädagogische" Diagnostik synonym verwendend, damit *„... den durch Fachkräfte der sozialen Arbeit gestalteten und verantworteten Prozeß der regelgeleiteten Ermittlung der für eine Entscheidung erforderlichen Sozialdaten“* beschreibt (HARNACH-BECK, 2003, 20).

Die Versuche von Burkhard MÜLLER und MOLLENHAUER/UHLENDORFF, die Diagnostik aus dem klinischen Zusammenhang zu nehmen und für die sozialpädagogische Praxis zu adaptieren, bleiben nach Meinung von Timm KUNSTREICH vergeblich. Er begründet dies unter anderem damit, dass diese Impulse zwar in die theoretische Diskussion aufgenommen wurden, aber bislang keine oder nur marginale Implementation in die Praxis fanden (vgl. KUNSTREICH 2003, 9f). Dem ist insofern zuzustimmen, als das die Sozialpädagogische Diagnose nach MOLLENHAUER/UHLENDORFF zwar inzwischen durch rege Schulungstätigkeit

einen relativ hohen Bekanntheitsgrad erworben hat, sie dennoch bislang noch nicht flächendeckend im bundesdeutschen, geschweige denn im deutschsprachigen Raum eingesetzt wird. Dennoch gehört sie für etliche sozialpädagogische Einrichtungen in Deutschland bereits zum festen Repertoire (vgl. KRUMENACKER, 2004, 92), was man für andere Verfahren noch viel weniger behaupten kann, ebenso gilt dies auch für Österreich, wenn auch im noch geringeren Ausmaß, wo es inzwischen jedoch sogar ein eigenes Institut gibt, welches ausschließlich auf diese Methode spezialisiert ist (www.ikopa.at). Viel weniger noch lässt sich KUNSTREICHs Argumentation inhaltlich gerade für dieses Modell nachvollziehen, versteht doch gerade die Sozialpädagogische Diagnose sich explizit als hermeneutisches Verfahren (vgl. MOLLENHAUER/UHLENDORFF, 1992, 21), welches sich auf den Prozess der Konstruktion sozialer Wirklichkeit bezieht (vgl. ebd. 10).

Selbst bei Lothar BÖHNISCH meint Timm KUNSTREICH eine neo-diagnostische Wende festzustellen. Seine Schlussfolgerung formuliert er als Verdacht, dass es sich dabei um eine Neuorientierung des klinischen Selbstverständnisses handelt. Das lässt ihn die Diskussion darüber aufwerfen, inwieweit Soziale Diagnostik lediglich weiterhin Teil einer Summe von Modernisierungstendenzen zu bewerten ist, welche lediglich den gängigen Exklusionsmechanismen dient und Bestandteil professioneller Machtpfründe ist. Hier schließt die Diskussion wieder daran an, wieweit und ob Soziale Diagnose als ein dialogisches Prinzip gesehen werden kann, genau so, wie SALOMON es bereits beschrieben und diskutiert hat und es nach wie vor in der Praxis kaum vollzogen wird (vgl. KUNSTREICH 2003, 9f).

Burkhard MÜLLER versteht Soziale Diagnose als besondere Art von ExpertInnenwissen und postuliert, dass Soziale Diagnose eine Diagnose des zu leistenden Sachbeitrages im Prozedere der Sozialen Arbeit zur Lösung eines Problems sein muss, dass sie ebenso Teil von Beziehungsarbeit ist, und dass sie immer konstitutiv und auch Netzwerkdiagnose sein muss, indem Soziale Arbeit immer auch auf die Beiträge anderer Beteiligter angewiesen ist. Als eine „*Diagnose des Dazwischen*“ (MÜLLER 2005, 22) hat sie immer auch die KlientInnen-HelferInnen-Beziehung zu thematisieren. Er zeichnet drei unterschiedliche Positionen im aktuellen Diagnoseverständnis, die der Neo-Diagnostiker, die der Anti-Neo-Diagnostiker und die VertreterInnen der hermeneutischen Pädagogik (vgl. ebd., 27ff). Er wünscht sich die Entwicklung einer Diagnostik, „... *die selbstreflektiv die Bedingungen ihres eigenen Erkenntnisprozederes rekonstruiert und dafür geeignete settings produzieren kann*“ (MÜLLER 2003, 12).

MÜHREL greift wiederum die Aspekte von Dialog und Zusammenhang von Individuum und Gesellschaft auf und beschreibt Soziale Diagnose als einen dialogisch und wissenschaftlich fundierten Prozess, welcher auf das Erkennen der Bewährungskrise zielt, die durch die wechselseitige Beeinflussung von Individuum und Lebensumständen hervorgerufen wird, wie auch auf das Erkennen ihrer Gründe und der Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Das bringt die Diagnose verstehend zu Sprache, wobei sich das Verstehen auf die Lebensweise und Selbstwertungsprozesse der Adressatin bzw. des Adressaten bezieht (vgl. MÜHREL 2005, 33f).

LANGFELDT und TENT beschreiben den diagnostischen Prozess als „... *eine systematische Abfolge psychodiagnostischer Handlungen, mit dem Ziel, entscheidungsrelevante Informationen über eine Person verfügbar zu machen ... Darin spielen kognitive Prozesse wie Datenintegration und Urteilsbildung eine zentrale Rolle*“ (LANGFELDT; TENT 1999, 34).

HEINER (vgl. 2001, 256) beschreibt vier Prinzipien, welche Soziale Diagnostik zu erfüllen hat, die partizipative Orientierung, die sozialökologische Orientierung, die mehrperspektivische Orientierung und letztlich eine reflexive Orientierung.

JAKOBS und RÖH verstehen Diagnose als Prozess, „... *an dessen Ende keine Diagnose steht*“ (JAKOBS, RÖH, 2005a, 42) und dessen Ziel vielmehr das Finden von Lösungen als das Feststellen von Problemen darstellt (vgl. ebd., 43).

Diese Ausführungen zeigen, dass sich allgemein scheinbar doch ein recht einheitliches Diagnoseverständnis entwickelt hat, welches den Dialog, die Beziehung zwischen Fachkraft und AdressatIn, den Zusammenhang zwischen Individuum und Umwelt sowie die Perspektive von Problemlösung und gelingender Zusammenarbeit in den Fokus nimmt. Doch auf der Ebene der verschiedenen Modelle und der Umsetzung von Diagnose findet der bisher errungene Konsens noch kaum Niederschlag, gibt es doch eine Vielzahl von Verfahren, in welchen sich wieder erhebliche Differenzen im Verständnis von Diagnose und in den dahinterliegenden Thesen widerspiegeln.

4 Ein Streifzug durch aktuelle Modelle, Verfahren und Instrumente Sozialer Diagnostik

An dieser Stelle sollen die Diagnosekonzepte "PRO-ZIEL Basisdiagnostik", "Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnostiksystem PREDI", "Sozialpädagogische Diagnosen", "Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen" und "Person-in-Environment – System" in aller Kürze vorgestellt werden. Abschließend folgt eine tabellarische Zusammenfassung in Form einer kritischen Gegenüberstellung.

4.1 PRO-ZIEL Basisdiagnostik

Die multiperspektivisch und dialektisch ausgerichtete PROzessbegleitende, ZIELorientierte Basisdiagnostik – entwickelt von Maja HEINER – besteht aus vier Bausteinen und entspricht einem teilstandardisierten Diagnoseverfahren der Sozialen Arbeit (vgl. HEINER 2004, 218f).

Der **Leitbogen** stellt einen teilstandardisierten Analyse- und Dokumentationsraster dar, welcher von der Fachkraft und der Klientin bzw. dem Klienten gemeinsam bearbeitet wird. Er ist nach "Lebensbereichen" sowie deren "Bestandsaufnahme", deren "Einschätzung", der "Zielfindung" und der "Zielannäherung" aufgebaut und fungiert gleichzeitig als Erhebungs-, Dokumentations- sowie Evaluationsinstrument (vgl. ebd., 220f). Für die zielbezogene und mehrperspektivische Situations- und Problemanalyse verfügt das Instrument mit dem **Ergänzungsbogen** über ein vervollständigendes Werkzeug (vgl. ebd., 221), wobei hier neben der Sicht der Klientin bzw. des Klienten auch die Sicht der Fachkraft und die Sicht weiterer wichtiger Bezugspersonen schrittweise mit einbezogen wird (vgl. ebd., 225). Der **Vertiefungsbogen 1** dient der biographiebezogenen Analyse und nimmt die bisherigen Problemlösungsversuche des Klienten unter die Lupe. Schließlich kommt der **Vertiefungsbogen 2** dann zum Einsatz, wenn ein bestimmtes Ziel trotz mehrfacher Versuche nicht erreicht werden konnte (vgl. ebd., 228).

4.2 Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnostiksystem PREDI

Das Diagnoseinstrument PREDI wurde vom Münchener Institut für Therapieforschung für die Bedürfnisse der Sozialarbeit und Sozialpädagogik entwickelt (vgl. HÜNDERSEN 2004, 183) und ist im Suchtbereich entstanden. Dieses verlaufs- und handlungsorientierte Diagnostiksystem erfasst die individuelle Lebenssituation und ist modular aufgebaut.

Mit dem **Erstkontaktbogen** (Erstkontaktdiagnostik) werden die Grunddaten der Klientin bzw. des Klienten und der Anlass zur Kontaktaufnahme erhoben. Die **Kurzdiagnostik** hat mit "Alltag", "Wohnen", "Finanzen", "Rechtlichem", "Arbeit bzw. Ausbildung", "Körper", "Psyche", "Beziehungen" und "sozialem Umfeld" neun Lebensbereiche im Fokus. Mit dieser Überblicks- und Steuerungsdagnostik soll deutlich werden, wo es notwendiger Interventionen und weiterer feindiagnostischer Schritte bedarf. Dabei erfolgt die Problem- und Ressourcenbeurteilung durch die Fachkraft, der Veränderungswunsch kommt durch die

Klientin bzw. den Klienten zum Ausdruck. Bei Bedarf ermöglicht schließlich die **Feindiagnostik** eine wesentlich verfeinere, vertieftere Problem- und Ressourcenerfassung und Darstellung der Veränderungsmotivation in den jeweiligen Lebensbereichen (vgl. KÜFNER 2000, 16f; vgl. INDLEKOFER 2000, 71f).

Eine Weiterentwicklung des Diagnostiksystems PREDI hinsichtlich einer Überprüfung der Gütekriterien liegt mit der Version 3.0 vor (vgl. KÜFNER et al. 2006, 37ff).

4.3 Sozialpädagogische Diagnosen

Die Sozialpädagogischen Diagnosen – entworfen von MOLLENHAUER und UHLENDORFF (1992) – liegen als **Kinder- und Jugendlichendiagnosen** und darauf aufbauend auch als **Familiendiagnosen** vor. Das Konzept entspricht der Methode der strukturierten Fallbesprechung, wobei die jeweiligen Selbstdeutungen im Zentrum stehen und somit die wesentlichen Qualitätskriterien in Form von Betroffenenbeteiligung und Partizipation Anwendung finden. Beide Verfahren gliedern sich in fünf Schritten: dem standardisierten Interview (1), der Team-Auswertung nach bestimmten Kriterien (2), der Herausarbeitung der zentralen Themen (3), der Erarbeitung von Unterstützungsmöglichkeiten (4) und der Betreuungs- bzw. Handlungsvorschläge (5) für den folgenden Hilfeprozess. Bei den **Sozialpädagogischen Diagnosen für Kinder und Jugendlichen** passiert die Auswertung (zweiter Schritt) in den acht Dimensionen "Familie und Verwandtschaft", "außerfamiliäre Erfahrungen und Gleichaltrige", "Erfahrungen mit Einrichtungen des Bildungssystems", "Erfahrungen mit Einrichtungen der Jugendhilfe" (bzw. Jugendwohlfahrt), "Körperlichkeit und Interessen", "Zeitschemata", "normative Orientierungen" sowie "Selbstbild und Selbstentwurf". Demgegenüber werden bei den **Sozialpädagogischen Familiendiagnosen** die transkribierten Interviews der erwachsenen Familienmitglieder nach folgenden zwölf Kriterien ausgearbeitet: "biographische Erfahrungen und Familiengeschichte", "sozioökonomische Rahmenbedingungen", "Erfahrungen mit öffentlichen Institutionen", "Einbindung in informelle Unterstützungs- und Helfersysteme", "aktuell relevante sozialpädagogische und therapeutische Belastungen der Familienmitglieder", "familiäre Arbeitsteilung", "familiäre Zeitstruktur", "Kindererziehung", "Selbstbilder und Personenentwürfe", "familiäre Interaktionserfahrungen", "Fürsorgemuster", "Bindungen", "Partnerschaftskonzepte" sowie "subjektiver Hilfeplan" (vgl. CINKL et al. 2006/2007; vgl. UHLENDORFF; MARTHALER 2004, 251ff; vgl. MOLLENHAUER; UHLENDORFF 1999 und 2000; vgl. UHLENDORFF 2001; vgl. UHLENDORFF et al. 2006).

4.4 Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen

Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen wurden vom BAYERISCHEN LANDESJUGENDAMT entwickelt. Dieses sozialpädagogische Diagnoseinstrument setzt sich aus drei Skalen zusammen: Im Sinne einer Statusdiagnostik werden über das **Erleben und Handeln des jungen Menschen** einerseits die **Risiken** und andererseits die **Ressourcen** gegengleich erhoben ("körperliche Beschwerden" vs. "körperliche Gesundheit", "seelische Störungen" vs. "seelisches Wohlbefinden", "Leistungsprobleme" vs. "Leistungsvermögen", "abweichendes Sozialverhalten" vs. "Sozialkompetenz", "Autonomiedefizite" vs. "Autonomie" und "sonstige Risiken" vs. "sonstige Ressourcen"); in einem dritten Teil stehen die **Risiken bzw. Ressourcen der Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen** ("Familiensituation", "Grundversorgung", "Erziehung", "Entwicklungsförderung" und "Integration") im Mittelpunkt (vgl. HILLMEIER 2004, 204f).

Zwischen 2003 und 2008 wurden die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen hinsichtlich ihrer Validität und Reliabilität evaluiert und überprüft (EST!) (vgl. MACSENAERE 2008).

4.5 Person-in-Environment – System

Dieses die interaktiven Beziehungen der Person in seiner Umwelt betrachtende Klassifikationssystem wurde in den USA von KARLS und WANDREI entwickelt. Mit seinem strukturellen und inhaltlichen Aufbau in vier Faktoren erfasst es individuelle Funktionsstörungen wie Umgebungsprobleme auf sozialer Ebene. Der **Faktor I** erfasst Probleme in sozialen Rollen aus den vier Gruppen "Familien-Rollen", "anderen interpersonellen Rollen", "beruflichen Rollen" und "Rollen in spezifischen Lebenssituationen" und werden anhand von den fünf Achsen "Codierung", "Typ sozialer Interaktionsprobleme", "Index Schwere", "Index Dauer" und "Index Copingfähigkeiten" klassifiziert. Umwelt- und Umgebungsprobleme im Kontext kommunaler Versorgungssysteme werden mit dem **Faktor II** in die Erfassung einbezogen. Sie sind mit dem "System der ökonomischen und basalen Bedürfnisse", dem "Erziehungs- und Bildungssystem", dem "Justizwesen und Rechtssystem", dem "System von Gesundheit, Sicherheit und sozialen Diensten", dem "System freiwilliger Zusammenschlüsse" und dem "System der affektiven Unterstützung" in sechs verschiedene spezifische Umweltbereiche unterteilt und werden mittels dreier Achsen ("Codierung", "Index Schwere" und "Index Dauer") und jeweils diskriminierenden Faktoren erhoben. Der **Faktor III** widmet sich den psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten und entspricht den klinischen Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10, und der **Faktor IV** schließt die im ICD-10 beschriebenen körperlichen Erkrankungen mit ein (vgl. ADLER 2004, 166ff, 176ff und 1998).

4.6 Kritische Betrachtung der Konzepte in einer Zusammenfassung

Die folgende Tabelle stellt die vorangestellten Diagnosemodelle der Sozialen Arbeit in kurzer und übersichtlicher Form in ihren wesentlichen strukturellen und inhaltlichen Eigenschaften kritisch gegenüber:

Diagnoseinstrumente der Sozialen Arbeit

PRO-ZIEL Basisdiagnostik	Psychosoziales Ressourcenorien- tiertes Diagnose- system PREDI	Sozialpädagogische Diagnosen	Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen	Person-in- Environment – System (PIE)
AutorInnen				
Heiner 2004	Küfner/Vogt 1988 (1. Version)	Mollenhauer/Uhlendorff 1992	Bayerisches Landes- Jugendamt 2001	Karls/Wandrei 1994
Charakteristik				
prozessbegleitend und reflexiv	verlaufs- und handlungsorientiert	strukturiert, hermeneutisch	stuserhebend, defizit- und ressourcenorientiert	stuserhebend und deskriptiv
Aufbau				
Leitbogen (32 Faktoren), Ergänzungsbogen, Vertiefungsbögen 1 und Vertiefungsbogen 2	Erstdiagnostik, Kurzdagnostik und Feindiagnostik für 9 Lebensbereiche im Überblick	5 Schritte-Verfahren: Standardisiertes Leit- fadeninterview, Auswertung bei Kinder und Jugendlichen über 8 und bei Familien über 12 Kategorien	Erleben und Handeln: Risiken sowie Ressour- cen mit je 75 Faktoren, Erziehungs- und Ent- wicklungsbedingungen mit 71 Faktoren	4 Faktoren: Soziale Rollen und Umweltprobleme mit 74 Faktoren, psychische Probleme, körperliche Probleme
Stärken				
mehrperspektivisch, ressourcenorientiert, ganzheitlich, evaluativ, dialogisch und partizipativ	Einstufung der Probleme und Ressourcen durch Fachkraft, Benennung der Dringlichkeit des Veränderungswunsches durch KlientInnen	Selbstdeutungen im Vordergrund somit Beteiligung der Betrof- fenen, partizipativ; eignet sich besonders in schwierigen Situationen	gut als spezifische Vertiefungsdiagnose in der Jugendhilfe bzw. Jugendwohlfahrt	einheitliche Sprache, Brücke zu klinischen Diagnosen, nicht defizitorientiert; Stärke im Bereich der Infrastrukturanalyse
Schwächen				
eher umfangreich, verkürzte Abbildung komplexer Problemlagen	Ausdifferenzierung der familialen Rollen zu gering	sehr umfangreich und zeitintensiv (bis zu 12 Fachleistungsstunden); Auswertung nur im Team möglich	zu umfangreich für regelmäßigen Einsatz; Erwachsene nur unter Blickwinkel der Elternrolle	umfangreich, ergänzungsbedürftig, kein Gesamtbild der Person, keine deutsch- sprachige Fassung
Zielgruppen				
für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene	Jugendliche und Erwachsene (Suchtbereich)	für Kinder und Jugendliche, Familien	Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche	nur für Erwachsene
Quellen				
HEINER 2004; DONGUS/UETZ 2004	INDLEKOFER 2000; HEINER 2004	MOLLENHAUER/UHLENDORFF 1999 UND 2000; UHLENDORFF 2001; UHLENDORFF ET AL. 2006; CINKL ET AL. 2006/2007	HILLMEIER 2004; HEINER 2004	ADLER 2004; 1998; HEINER 2004

5 Ein Streifzug durch die aktuelle Diagnosedebatte

Liest man die Beiträge zur Sozialen Diagnostik in einschlägigen Fachzeitschriften der Sozialen Arbeit der letzten Jahre, so stößt man wiederholt auf den Hinweis, dass es sich dabei um ein hoch brisantes, aktuelles Thema handelt (vgl. JAKOBS; RÖH 2005b, 282; vgl. UHLENDORFF 2005, 528; vgl. MÜLLER 2005, 21.). Einigkeit herrscht also auch weitgehend darüber, dass Soziale Diagnose etwas ist, mit dem man sich zumindest auseinandersetzen muss. Uneinigkeit herrscht nach wie vor in Bezug darauf, ob und wie Soziale Diagnose in die Praxis der Sozialen Arbeit zu implementieren ist. Darüber wird seit nunmehr beinahe hundert Jahren mehr oder weniger heftig aber doch recht kontinuierlich diskutiert. Dabei zeigt sich, dass sich diese Debatte immer wieder um ein paar gleiche Kristallisationspunkte rankt.

Ein immer wiederkehrender Punkt in dieser Debatte ist der, ob und wie Soziale Diagnose dem komplexen und kooperativen Geschehen der Sozialen Arbeit gerecht werden kann:

Während DiagnosebefürworterInnen einen gangbaren Weg suchen, durch ein entsprechendes Verfahren bzw. einer angepassten Kombination verschiedener Verfahren (vgl. UHLENDORFF 2005, 528), dieser Komplexität der Sozialen Arbeit und der menschlichen Realität gerecht zu werden, sind die GegnerInnen davon überzeugt, dass ein solches Vorhaben nicht gelingen kann (vgl. WRIGHT 2005, 39; vgl. CREMER-SCHÄFER 2003, 56).

Peter PANTUCEK spricht in diesem Zusammenhang davon, dass Soziale Diagnose der Logik der Sozialen Arbeit folgen muss. Diese Logik sei eine auf Individualisierung und Subjektivität ausgerichtete, wobei dem Beziehungsaufbau eine wesentliche Bedeutung zukommt und somit der Dialog entscheidend sei. Er spricht sich für die Soziale Diagnose aus, wenn diese bestimmten Kriterien entspricht. Als solche führt er die Berücksichtigung des Verhältnisses von Person und Umwelt an und betont, dass Soziale Diagnostik den Prozess der Selbststeuerung der KlientInnen fördern muss, einen Dialog zwischen Professionellen und KlientInnen unterstützen und der Komplexität des Falles gerecht werden muss. Behindert Soziale Diagnose den kooperativen Prozess zwischen SozialarbeiterIn und KlientIn oder formalisiert sie diesen allzu sehr, so ist sie sogar schädlich. Wobei nicht nur die Sammlung der Daten und Informationen als kooperativer Prozess angelegt sein muss, sondern ebenso deren Interpretation. (vgl. PANTUCEK 2005, 16ff).

Bereits Alice SALOMON schenkte diesem Punkt der Komplexität in der Sozialen Arbeit Beachtung, indem sie klärte, dass Soziale Diagnose mehr als nur die Addition von gesammelten Informationen sein muss. Um dem Gegenstand der Sozialen Arbeit gerecht zu werden, läge die Kompetenz bei der Erstellung einer Sozialen Diagnose vielmehr im Vergleichen der Einzelheiten der gesammelten Informationen, sowie in deren Deutung und Bewertung und im Einnehmen einer ganzheitlichen Sichtweise: „Das Wesentliche ist die richtige Bewertung der Einzelheiten, ihr Vergleich, ihre Deutung. Das Gesamtbild entsteht nicht durch Addition. Die Beurteilung des Charakters und der Fähigkeiten eines Menschen kann sich nicht auf wenige augenfällige Handlungen stützen. Sie muß nebensächliche Entscheidungen, gelegentliche Impulse, die Haltung in den mannigfachen Lagen miteinbeziehen. Die geringste und anscheinend gleichgültigste Tatsache kann in Verbindung mit anderen zeigen, wie die Lage des Hilfsbedürftigen entstanden und wie sie zu beeinflussen ist.

Zum Material der Ermittlung gehören daher alle Tatsachen aus dem Leben des Bedürftigen und seiner Familie, die dazu helfen können, die besondere soziale Not oder das soziale Bedürfnis des Betreffenden zu erklären und die Mittel zur Lösung der Schwierigkeit aufzuzeigen“ (SALOMON 1927, 7).

Dem Verhältnis und dessen Verständnis zwischen den professionellen HelferInnen und den KlientInnen wird in der Diagnosedebatte große Bedeutung gegeben:

Die Diskussion entfacht sich dabei an der Verteilung von Definitionsmacht, wie viel davon ausschließlich den ExpertInnen zukommt, und wie stark die Position der KlientInnen als Co-DiagnostikerIn sein sollte.

Eine Diagnose zu erstellen birgt auch die Gefahr in sich, das Machtgefälle zwischen den AdressatInnen und den professionell in der Sozialen Arbeit Tätigen zu verstärken (vgl. TREPTOW 2005, 558).

Einerseits soll die Diagnose an den Erlebniswelten und Deutungen der AdressatInnen ausgerichtet sein, und andererseits ist sie gezwungen, sich davor zu bewahren, zur kritiklosen Anwaltschaft für dieselben zu verkommen (vgl. STAUB-BERNASCONI 2003, 35).

MÜHREL sieht es als Aufgabe der Sozialpädagogin und des Sozialpädagogen, eine stellvertretende Problemdeutung zu übernehmen, welche prozessorientiert ist und in eine Diagnose mündet, welche das professionelle Handeln leitet. Dabei bleibt die/der KlientIn in der Verantwortung als handelnde Person in ihrer/seiner Lebensführung (vgl. MÜHREL 2005, 35).

Während die hermeneutisch orientierten Diagnosemodelle bestrebt sind, den Sicht- und Erlebniswelten der Betroffenen genügend Raum zu geben, suchen andere wiederum danach, möglichst sachliche Gesichtspunkte in den Diagnoseprozess einzubringen.

Vielerorts wird die Diagnose als dialogischer, interaktiver Prozess gesehen (vgl. STAUB-BERNASCONI 2005, 531; vgl. MANKE; QUITMANN 2003, 74), bis hin zum Ersetzen des Diagnosebegriffes durch den Begriff des Dialoges (vgl. JAKOBS; RÖH 2005a, 42 und 2005b, 284).

Immer jedoch bleibt die Tatsache bestehen, dass es sich bei Sozialer Diagnose um eine relationale Diagnose handelt, wodurch sie beinhaltet, dass sie zu dem, was sie diagnostiziert, auch das Verhältnis zwischen der/dem professionell Handelnden und der Klientin / dem Klienten klären bzw. verstehen muss (vgl. MÜLLER 2005, 26).

Die Debatte zur Sozialen Diagnose ist stets auch eng verwoben mit der Debatte um Professionalisierung:

Burkhard MÜLLER verweist in diesem Zusammenhang auf den Umstand, dass es in den Professionalisierungsbestrebungen in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts von zentraler Bedeutung war, eine Soziale Diagnose zu explizieren. Er streicht heraus, dass es bei der Frage der Sozialen Diagnose vielmehr um das professionelle Selbstverständnis geht als lediglich um eine spezielle Fachfrage (vgl. MÜLLER 2005, 21f). Peter PANTUCEK unterstützt die Förderung von Professionalität durch Soziale Diagnostik mit dem Argument, dadurch gegenüber den Nachbarprofessionen erfolgreicher und bedeutsamer auftreten zu können (vgl. PANTUCEK 2005, 20). Während einige AutorInnen die Diagnosekompetenz als Kernkompetenz der beruflichen Sozialarbeit sehen, die Teil des professionellen Habitus sein soll (vgl. JAKOBS; RÖH 2005a, 43), unterstreicht hingegen WRIGHT, dass Professionalität nicht vom formalisierten und standardisierten Zugrundeliegen eines Diagnoseverfahrens abhängig ist, sondern vielmehr im Zusammenhang mit der Fundierung durch einen theoretischen Hintergrund und mit einer bewussten und reflexiven Auseinandersetzung damit steht (vgl. WRIGHT 2005, 40).

SCHRÖDTER (vgl. 2003, 87) stimmt mit der Notwendigkeit überein, eine reflexive Sozialpädagogik zu forcieren, sieht in diesem Zusammenhang allerdings Diagnose als solches nicht kritisierbar, sondern es geht ihm zufolge lediglich um deren sinnvolle Umsetzung.

Überwiegend besteht eine Hoffnung darin, dass mit der Entwicklung einer Sozialen Diagnose ein wichtiger Beitrag zur weiteren Professionalisierung geleistet werden kann (vgl. HEINER 2001, 254).

Um den eigenen professionellen Erfordernissen gerecht zu werden, fordert Alice SALOMON die Sozialen ArbeiterInnen heraus, eigene Methoden der Diagnostik zu entwickeln, dabei jedoch von anderen Professionen zu lernen (vgl. SALOMON 1927, 7), was auch später in der Debatte wieder aufgegriffen wird (vgl. Schrapper 2003, 43).

Diese Kristallisation der Diagnosedebatte legt jedenfalls nahe, dass sich dahinter der Wunsch nach Professionalisierung zeigt (vgl. JAKOBS; RÖH 2005b, 282).

Die meisten Beiträge der aktuellen Diagnosedebatte beziehen sich nach wie vor auf die Anfänge bei Alice SALOMON (vgl. PANTUCEK 2005, 15; vgl. MÜLLER 2005, 21; vgl. JAKOBS; RÖH 2005b, 282; vgl. HEINER 2001, 254; vgl. SCHEIPL 2008, 393).

Sie prägt den Begriff der Sozialen Diagnose als ganzheitliche Ermittlung von Tatbeständen, welche den Ausgangspunkt und die Orientierung für Hilfeleistungen abgeben soll. Sie versucht eine Theorie der Ermittlung anzubahnen, indem sie zusammenfasst, worauf für die Professionelle bzw. den Professionellen dabei zu achten ist. Dabei führt sie als wesentlich zu berücksichtigende Punkte eigene Beobachtungen der Fürsorgerin bzw. des Fürsorgers an, Aussagen der Klientin bzw. des Klienten, Aussagen von anderen Beteiligten oder Beobachtenden, wobei deren Kompetenz und Objektivität zu prüfen sein, die Aufmerksamkeit, welche einer Begebenheit beigemessen wird, das Gedächtnismaterial und dessen Ungenauigkeit, die Beeinflussbarkeit von Auskunftspersonen bzw. die Objektivität dieser. Als eigenständige geistige Leistung, welche die/der Professionelle im Zuge der Erstellung einer Diagnose zu leisten hat, führt sie immer wieder den Umstand an, dass dieses gesammelte Material vor allem gedeutet und bewertet werden muss, wovon die Qualität und Brauchbarkeit einer Diagnose letztlich abhängt (vgl. SALOMON 1927, 8ff).

6 Schlussfolgerungen und weiterführende Gedanken

Unsere Betrachtungen zum Diagnosebegriff und die Streifzüge durch Modelle, Verständnis und Debatte der Sozialen Diagnose hat unsere Ausgangshypothesen bestärkt.

Der Umgang und Einsatz des Diagnosebegriffes wird äußerst kontroversiell gehandhabt, und die Auseinandersetzung damit verweist auf dahinterliegende Themen, welche dadurch angerührt werden. Dabei geht es um sozialpädagogische und sozialarbeiterische ethische und professionelle Grundhaltungen von Ganzheitlichkeit, Verständnis und Dialog, welche durch die Verwendung des Diagnosebegriffes in Frage gestellt zu sein scheinen, und gleichzeitig geht es auch um die Stärkung und Betonung der Professionalität in der Sozialen Arbeit.

Verschiedene Definitionsversuche von Sozialer Diagnose und unterschiedliche Verstehensweisen dieser versuchen einen gangbaren Weg für die Soziale Arbeit in Bezug auf den Einsatz von Diagnosen zu ebnen.

Eine Vielzahl an Modellen wurde entwickelt, was das Ringen darum zeigt, die Soziale Diagnostik den professionellen Anforderungen und Werthaltungen gerecht werden zu lassen und der Komplexität des Gegenstandes Sozialer Arbeit zu entsprechen.

Die Debatte um Soziale Diagnostik scheint inhaltlich auf der Stelle zu treten, wobei ihr Wert unter anderem sicherlich auch darin liegt, gleichzeitig ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer äußerst differenzierten und reflexiven Sicht- und Umgangsweise mit diesem Thema herbeigeführt zu haben.

MOLLENHAUER/UHLENDORFF greifen diesen Umstand der scheinbar unüberwindlichen Kontroversen, welcher sich u.a. darin niederschlägt, dass das Thema Diagnose zwar eifrig diskutiert, aber in der Praxis kaum umgesetzt wird, auf, und deuten damit eine Relevanz der Diskussion hinter der Diagnosedebatte auf einer Metaebene an, indem sie beispielsweise die Reflexion der Beziehung zwischen WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen der Sozialen Arbeit thematisieren (vgl. MOLLENHAUER/UHLENDORFF, 1992, 23).

Unsere Gedanken spinnen sich im Anschluss an diese Betrachtungen im Sinne einer Betonung und Benennung der dieser Debatte zugrundeliegenden Themen weiter:

- Klärung des zugrundeliegenden Menschenbildes
- Erarbeitung einer professionellen Haltung
- Reflexion des professionellen Selbstverständnisses
- Reflexion des Verhältnisses zwischen Sozial Arbeitender bzw. Sozial Arbeitendem und KlientIn
- Reflexion der Qualitätsstandards Sozialer Arbeit.

In diesem Sinne scheint uns im Zusammenhang mit der Diagnosedebatte vorerst ein kritischer Blick auf die Aus- und Weiterbildung der in der Sozialen Arbeit Tätigen sinnvoll, welcher überprüft, wie es darin um die Förderung des Reflexionsvermögens der Auszubildenden bestellt ist, wie und wodurch deren professionelles Selbstverständnis und Selbstbewusstsein gestärkt wird, und wie und ob eine partizipative und respektvolle Praxis gelehrt und vermittelt wird.

Das sind sicherlich nur ausgewählte Aspekte dessen, was durch die Diagnosedebatte an relevanten Themen angerührt wird. Es wäre sicherlich angemessen und lohnenswert, diesen und anderen Grundfragen der Sozialen Arbeit entsprechend Raum und Aufmerksamkeit zu widmen, um die Entwicklung einer professionellen sozialpädagogischen und sozialarbeiterischen Haltung und Orientierung zu fördern, anstelle laufend neue Diagnosemodelle und Verfahren zu entwickeln und die Debatte darüber weiter im Kreis zu drehen. Dazu möge dieser Beitrag anregen.

Literatur:

ALBER, Martin (2005): Eignungsfeststellung oder Kompetenzdialog. In: Neue Praxis, Jg. 35, 5. S. 550-555.

ADLER, Helmut K. (2004): Das Person-in-Environment – System (PIE). Vorteile einer eigenständigen, standardisierten Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: HEINER, Maja (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Berlin. S. 165-182.

ADLER, Helmut K. (1998): Eine gemeinsame Sprache finden. Klassifikation in der Sozialen Arbeit – Ein Versuch: das Peron-In-Environment System (PIE). In: www.sgbviii.de/S32.html (Stand: 03.04.2009).

ARMBRUSTER, Jürgen (2005): Zum Stellenwert der Diagnostik für die Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie. In: Neue Praxis, Jg. 35, 5. S. 545-550.

CINKL, Stephan; KLUTTIG, Michael; MARTHALER, Thomas; UHLENDORFF, Uwe (2006/2007): Sozialpädagogische Diagnosen für Familien. Berufsbegleitende dreiteilige Fortbildung der internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen (13.-15.09.2006, 15.-17.11.2006, 17.-19.01.2007). Unveröffentlichte Unterlagen. Frankfurt am Main.

CREMER-SCHÄFER, Helga (2003): „Wie der Name einer Sache unser Verhalten bestimmt“ (Benjamin Lee Whorf). Eine Erinnerung an Wissen über Diagnostik. In: Widersprüche, Jg. 23, 88. S. 53-60.

DONGUS, Liss; UETZ, Harald (2004): Erprobung der Basisdiagnostik PRO-ZIEL. In: HEINER, Maja (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Berlin. S. 239-250.

DUDEN (1989): Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. Die Geschichte der deutschen Wörter und der Fremdwörter von ihrem Ursprung bis zur Gegenwart. Band 7. Dudenverlag: Mannheim.

HARNACH-BECK, Viola (2003): Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme. Juventa: Weinheim.

HEINER, Maja (2004): PRO-ZIEL BASISDIAGNOSTIK. Ein prozessbegleitendes, zielbezogenes, multiperspektivisches und dialogisches Diagnoseverfahren im Vergleich. In: HEINER, Maja (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Berlin. S. 218-238.

HEINER, Maja (2001): Diagnostik: psychosoziale. In: OTTO, Hans-Uwe; THIERSCH, Hans (Hg.): Handbuch der Sozialarbeit Sozialpädagogik. Luchterhand: Neuwied, Kriftel. S. 253-265.

HILLMEIER, Hans (2004): Sozialpädagogische Diagnose. Eine Arbeitshilfe des Bayerischen Landesjugendamts. In: HEINER, Maja (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Berlin. S. 203-217.

HÜNDERSEN, Bernd (2004): Das Person-in-Environment – System in der Praxis. Erfahrungen aus der Suchtberatung. In: HEINER, Maja (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Berlin. S. 183-189.

INDLEKOFER, Wolfgang (2000): PREDI – Ein Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnostiksystem in der Suchtkrankenhilfe. In: BUNDESVERBAND FÜR STATIONÄRE SUCHTKRANKENHILFE; BEUTEL, Martin (Hg.): Diagnose: Sucht. Neuland: Geesthacht. S. 71-91.

- JAKOBS, Silke ;RÖH, Dieter (2005a): Soziale Diagnose und Dialog. In: Sozialmagazin, Jg. 30, 7-8. S. 41-45.
- JAKOBS, Silke ;RÖH, Dieter (2005b): Über die (Un)Möglichkeit einer Sozialen Diagnose. Diagnostizieren in der Sozialen Arbeit ist ein Prozess, an dessen Ende keine Diagnose steht. In: Soziale Arbeit, Jg. 54, 8. S. 282-288.
- KINDLER, Heinz (2005): Evidenzbasierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Neue Praxis, Jg. 35, 5. S. 540-545.
- KRUMENACKER, Franz-Josef (2004): Sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnosen nach Mollenhauer und Uhlendorff. Erfahrungen und Einschätzungen. In: KRUMENACKER, Franz-Josef: Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Juventa: Weinheim, München. S. 91-118.
- KÜFNER, Heinrich; COENEN, Michaela; INDLEKOFER, Wolfgang (2006): PREDI. Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik. Ein Problem- und lösungsorientierter Ansatz. Version 3.0. Pabst Science Publishers: Lengerich.
- KÜFNER, Heinrich (2000): Sucht als Symptom? Psychosoziale Diagnostik in der Suchtbehandlung. In: BUNDESVERBAND FÜR STATIONÄRE SUCHTKRANKENHILFE; BEUTEL, Martin (Hg.): Diagnose: Sucht. Neuland: Geesthacht. S. 8-20.
- KUNSTREICH, Timm (2003): Neo-Diagnostik – Modernisierung klinischer Professionalität? Expose für ein Methodenheft der Widersprüche. In: Widersprüche, Jg. 23, 88. S. 7-10.
- LANGFELDT, Hans-Peter, TENT, Lothar (1999): Pädagogisch-psychologische Diagnostik. Band 2. Anwendungsbereiche und Praxisfelder. Hogrefe Verlag: Göttingen, Bern Toronto, Seattle.
- LANGHANKY, Michael (2004): Handeln ohne Diagnostik. In: Schrapper, Christian: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Juventa: Weinheim, München. S. 39-46.
- MACSENAERE, Michael (2008): EST!-Studie belegt: Sozialpädagogische Diagnostik im Jugendamt verbessert die Zuweisungsqualität und führt zu einer erfolgreicherer Hilfen. In: www.blja.bayern.de/themen/erziehung/hilfeplan/TextOffice_EST.html (Stand: 11.06.2009).
- MANKE, Wilfried; QUITMANN, Helmut (2003): Dialogische Diagnostik in begabungsfördernden Beratungs- und Unterrichtsprozessen. In: Widersprüche, Jg. 23, 88. 73-84.
- MOLLENHAUER, Klaus; UHLENDORF, Uwe (2000²): Sozialpädagogische Diagnosen II. Selbstdeutungen verhaltensschwieriger Jugendlicher als empirische Grundlage für Erziehungspläne. Juventa: Weinheim, München.
- MOLLENHAUER, Klaus; UHLENDORF, Uwe (1999³): Sozialpädagogische Diagnosen I. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen. Juventa: Weinheim, München.
- MÜHREL, Eric (2005): Verstehen als Grundvoraussetzung für eine Soziale Diagnose. In: Sozialmagazin, Jg. 30, 7-8. S. 32-36.
- MÜLLER, Burkhard (2005): Was heißt Soziale Diagnose? In: Sozialmagazin, Jg. 30, 7-8. S. 21-31.
- MÜLLER, Burkhard (2003): Diagnose und/oder Dialog? Ein Briefwechsel. In: Widersprüche, Jg. 23, 88. S. 11-31.
- PANTUCEK, Peter (2005): Von Hubschraubern und Dschungelpfaden. Diagnostische Verfahren für die Praxis der Sozialen Arbeit. In: Sozialmagazin, Jg. 30, 7-8. S. 13-20.
- SALOMON, Alice (1927²): Soziale Diagnose. Carl Heymanns Verlag: Berlin.
- SCHEIPL, Josef (2008): Risikoeinschätzung und Intervention – Das Spannungsfeld sozialpädagogischer Diagnostik in der Jugendwohlfahrt. In: EDER, Ferdinand; HÖRL,

- Gabriele: Gerechtigkeit und Effizienz im Bildungswesen. Unterricht, Schulentwicklung und LehrerInnenbildung als professionelle Handlungsfelder. Lit Verlag: Wien, Berlin. S. 393-405.
- SCHRAPPER, Christian (2003): „...dem eigenen Urteil trauen?!“ Erfahrungen und Positionen zur sozialpädagogischen Diagnostik. In: Widersprüche, Jg. 23, 88. S. 41-45.
- SCHRÖDTER, Mark (2003): Zur Unhintergebarkeit von Diagnose. Klassifikation in der professionellen Sozialen Arbeit. In: Widersprüche, Jg. 23, 88. S. 85-100.
- STAUB-BERNASCONI, Silvia (2005): Diagnose als unverzichtbares Element von Professionalität. In: Neue Praxis, Jg. 35, 5. S. 530-539.
- STAUB-BERNASCONI, Silvia (2003): Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen wir es anders. In: Widersprüche, Jg. 23, 88. S. 33-40.
- STAUB-BERNASCONI, Silvia (2003): Diagnose und/oder Dialog? Ein Briefwechsel. In: Widersprüche, Jg. 23, 88. S. 11-31.
- TREPTOW, Rainer (2005): Zwischen Fallverstehen, Aushandlung und Entscheidung. In: Neue Praxis, Jg. 35, 5. S. 555-558.
- UHLENDORF, Uwe; CINKL, Stephan; MARTHALER, Thomas (2006): Sozialpädagogische Familiendiagnosen. Deutungsmuster familiärer Belastungssituationen und erzieherischer Notlagen in der Jugendhilfe. Juventa: Weinheim, München.
- UHLENDORF, Uwe (2005): Sozialpädagogische Diagnosen: Traditionslinien und aktuelle Herausforderungen. In: Neue Praxis, Jg. 35, 5. S. 524-529.
- UHLENDORF, Uwe; MARTHALER, Thomas (2004): Sozialpädagogische Familiendiagnostik. In: HEINER, Maja (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Berlin. S. 151-263.
- UHLENDORF, Uwe (2001²): Sozialpädagogische Diagnosen III. Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung. Juventa: Weinheim, München.
- WRIGHT, Michael (2005): Warum es keine standardisierte Soziale Diagnose geben kann. In: Sozialmagazin, Jg. 30, 7-8. S. 37-40.