

1 Biopsychosoziale Diagnostik aus Sicht der Sozialen Arbeit

Silke Birgitta Gahleitner

Die Soziale Diagnose hat eine lange und wechselvolle Geschichte. Vertieft man sich in Klassiker wie z. B. Alice Salomons historisches Werk (1926/2004), stellt man fest, dass viele ihrer Forderungen bis heute uneingelöst geblieben sind. Insbesondere Salomons Anspruch an wissenschaftliche Fundierung und Theorieorientierung einerseits und Praxiszugewandtheit andererseits erinnert stark an aktuelle Fachdebatten. Tatsächlich hat sich – nach einem nachhaltigen Bruch im Nationalsozialismus – erst wieder in den vergangenen beiden Jahrzehnten ein breiterer wissenschaftlicher Diskurs zum Thema Diagnostik in der Sozialen Arbeit etabliert. Gerade in Kinder- und Jugendhilfezusammenhängen distanzieren sich soziale und pädagogische Berufsgruppen z. T. bis heute – enttäuscht von machträchtigen Entmündigungsprozessen aus den dominanten medizinischen und psychologischen Professionsbereichen – nicht selten von Diagnostikprozessen insgesamt.

Vor dem Hintergrund der wechselvollen deutschen Geschichte ist die Notwendigkeit eines sensiblen und berufsethisch reflektierten Umgangs der Sozialen Arbeit mit Diagnostik und Diagnosen auch verstehbar – das darf jedoch nicht zu einem Rückzug aus dem methodischen Feld insgesamt führen, das für jede Intervention Voraussetzung ist. Im Folgenden soll, nach einer kurzen Darstellung des geschichtlichen Hintergrundes, die inhaltliche Ausgestaltung biopsychosozialer Diagnostik in der Sozialen Arbeit in den Grundzügen skizziert werden.

1.1 Geschichte

Bereits zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts entwickelte Mary Richmond in den USA Gedanken zur Sozialen Diagnose, die aus ihrer Sicht »als Versuch beschrieben werden kann, die exaktest mögliche Definition einer Situation und Persönlichkeit eines Menschen mit bestimmten sozialen Bedürfnissen vorzunehmen, und zwar im Zusammenhang mit anderen Menschen, [...] aber auch im Zusammenhang mit den sozialen Institutionen seines Gemeinwesens« (Richmond, 1917, S. 357; Übersetzung Geißler-Piltz; vgl. hier und im Folgenden Gahleitner, Hahn & Glemser, 2012). Alice Salomon griff diese Überlegungen auf und passte sie an passgenaue Versorgungsbedarfe an, betonte also bereits damals die Unabdingbarkeit von Diagnostik für die Fallkonzeption und Intervention. Auf diese Weise gelang es ihr, in der Isolation Deutschlands nach dem Ersten Weltkrieg die damals

aktuellen Diskurse um die Gestaltung der Sozialen Arbeit aufzugreifen, international Anschluss zu finden und darauf aufbauend mit Siddy Wronsky die methodischen Grundlagen einer »Sozialen Therapie« (Salomon & Wronsky, 1926) zu postulieren.

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten jedoch kam die Entwicklung und Professionalisierung der Sozialen Arbeit in Deutschland zum Erliegen, »für das beruflich-ethische Selbstverständnis hat[te] das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Juli 1934) verheerende Folgen« (Geißler-Piltz, 2006, S. 9). Die nationalsozialistischen Gesetzgeber unterstellten mit diesem Gesetz die GesundheitsfürsorgerInnen den MedizinerInnen als Hilfskräfte, und in der Folge wurden die Ideen einer Sozialen Diagnose pervertiert und für menschenverachtende, selektive und eugenische Zwecke missbraucht. In den 1960er und 1970er Jahren wurde im Versuch, den Nationalsozialismus aufzuarbeiten, verständlicherweise »Diagnose [...] als Stigmatisierung und Verrat am gesellschaftlichen Auftrag gewertet. Soziale Probleme, so lautet[e] die Kritik, werden psychologisiert und dadurch geglättet« (ebd., S. 10).

In diesem Widerstreit zwischen Politisierung und Therapeutisierung der Sozialen Arbeit wuchs jedoch zunehmend die Gefahr methodischer Willkürlichkeit, und der Sozialen Arbeit gelang es kaum, sich spezifisch und professionell auszurichten. Erst im Zuge der Psychiatrie-Enquête 1975 fand die psychosoziale Einzelfallarbeit sowie die inhärente Bedeutung sozialer Faktoren für die Entstehung und Behandlung von Erkrankungen und psychischen Störungen wieder stärkere Beachtung. In den letzten beiden Jahrzehnten der Professionalisierung in der Sozialen Arbeit und verstärkt mit der Ausgestaltung fachsozialarbeiterischer Strömungen ist jedoch die Überzeugung gereift, dass die Soziale Arbeit ihrer Schlüsselrolle in Diagnostikprozessen – insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe – gerecht werden sollte (► Kap. 4; 18).

Seither hat sich die Soziale Arbeit wieder stärker der Aufgabe gewidmet, das Zusammenspiel zwischen personalen, interpersonalen, institutionellen und kulturellen Dimensionen im sozialberuflichen Handlungsfeld in Diagnostik wie Intervention auszuleuchten und zusammenzudenken. Die Notwendigkeit einer eigenständigen Diagnostik in der Sozialen Arbeit wird nicht mehr ernsthaft infrage gestellt, auch nicht, dass sie einer engen Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen und Professionen bedarf. Im Folgenden sollen kurz einige aktuelle Positionen Sozialer Diagnostik – für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe – dargelegt werden.

1.2 Inhaltliche Ausgestaltung

In ihrer Aufgabe, sozialen Dysfunktionen vorzubeugen und entgegenzuwirken (Klüsche, 1999), erweist sich Soziale Arbeit als besonders qualifiziert, die Schnittstelle zwischen individueller, sozialer, psychischer, medizinischer, ökonomischer

und politischer Realität zu erfassen. Aufgrund der zentralen Stellung in der Hilfeplanung und Hilfeentscheidung in der Kinder- und Jugendhilfe fällt der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsgebiet ohnehin eine zentrale Schlüsselposition zu (► Kap. 4). In der Zusammenarbeit mit im diagnostischen Bereich stärker etablierten Disziplinen und Professionen aus dem Bereich der Medizin und Psychologie benötigt sie dazu jedoch eine klare Ausformulierung ihres Gegenstandes unter Nutzung der erworbenen psychosozialen und transdisziplinären Kompetenz als Kennzeichen einer »originären sozialarbeiterischen Berufsidentität« (Mühlum & Gahleitner, 2008, S. 49). Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind folglich nicht nur gefordert, über interdisziplinäre Kenntnisse und Grundkonzepte zu verfügen, sondern zusätzlich, diese auf der Basis ihres Professionsverständnisses für ihre Berufspraxis kritisch zu reflektieren (Pauls & Gahleitner, 2011). Im Folgenden werden einige Kernaspekte zu dieser These zusammenfassend dargestellt.

1.2.1 Wozu biopsychosozial?

Die psychosoziale und gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland gleicht einem Spagat. Das Gros der Kinder und Jugendlichen ist so gut versorgt wie keine Generation zuvor (Dornes, 2012). In der ZEIT formulierte Spiewak (2008): »Zu keiner anderen Zeit ging es der Mehrzahl der Kinder in diesem Land so gut wie heute.« Es existiert jedoch auch eine andere Seite der Medaille: Kinder aus sozial benachteiligten Bevölkerungssteilen. In ihnen verdichten sich multiple sozioökonomische Problemlagen, die Akkumulation biologischer und sozialer Risikofaktoren und ein Mangel an Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten zu einem hochgradigen Entwicklungsrisiko (Beck, 2012; vgl. hier und im Folgenden auch Gahleitner, 2012; Homfeldt & Gahleitner, 2012).

Dieser Widerspruch ist relativ leicht erklärbar. Für alle Altersgruppen ist das Leben heute einerseits so gestaltbar, andererseits jedoch so gestaltungsbedürftig wie nie zuvor. Das »moderne Kind« benötigt daher ein großes Ausmaß an Flexibilität, Orientierung und Selbststeuerung, um das eigene Handeln entlang motivationaler Aspekte zu beeinflussen. Dies gilt für alle Kinder. Nicht alle Kinder jedoch bekommen dafür die gleichen Voraussetzungen. Bereits die Eltern »auffälliger« Kinder sind häufiger physisch oder psychisch krank und geben so bereits Ausgangsbelastungen an ihre Kinder weiter (Ravens-Sieberer & Erhart, 2008). Schlechte Bindungsqualitäten zu den Eltern wiederum sind ein Risikofaktor für spätere Beeinträchtigungen (Melzer, Bilz & Dümmler, 2008, S. 136). Wenn man jetzt noch berücksichtigt, dass MigrantInnen-Kinder häufiger in Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leben und dass behinderte Kinder häufiger psychische Krankheiten entwickeln, wird deutlich, wie viele verschiedene Einflussfaktoren an den Bedingungen des Aufwachsens beteiligt sind (s.o.; vgl. zu Kindern und Jugendlichen mit besonderem Versorgungsbedarf Gahleitner & Homfeldt, 2012).

In einer groß angelegten Studie aus den USA konnte beispielsweise aufgezeigt werden, wie stark Ungleichheitsverhältnisse sich auf den Gesundheitszustand auswirken (vgl. Wilkinson & Pickett, 2010). Soziale und gesundheitliche Probleme

treten demnach nicht nur in armen Ländern auf, sondern besonders in Gesellschaften, die eine starke Ungleichverteilung aufweisen. Mangel an Respekt, Wertschätzung, Ansehen und sozialer Einbettung sind also bedeutsame Faktoren mit negativem Einfluss auf Gesundheit und Lebenserwartung. Internationale Vereinbarungen wie die UN-Behindertenrechtskonvention (UN A/RES/61/106, 2007; in Deutschland 2009 in Kraft gesetzt) vertreten daher den Anspruch, in allen Lebensbereichen für alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen Inklusion und Partizipation umzusetzen (vgl. auch der 13. Kinder- und Jugendbericht: BT-Drs. 16/12 860, 2009). Für viele Kinder und Jugendliche, die durch physische wie psychische Krankheit oder andere Benachteiligungen beeinträchtigt sind, wird dieses Versprechen jedoch in keiner Weise eingelöst.

Auch in Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum lässt sich zeigen, dass bei Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status die Krankheitshäufigkeit am höchsten ist: Sie erleiden häufiger Verletzungen, konsumieren häufiger psychoaktive Substanzen, haben ein schlechteres Ernährungsverhalten, sind häufiger übergewichtig und insgesamt häufiger physisch und psychisch beeinträchtigt (vgl. u. a. den aktuellen WHO-Jugendgesundheitsurvey: Mielck, 2011; Richter et al., 2008). In einer weiteren umfassenden Studie zu frühen Traumata in der Kindheit (sogenannte ACE-Studie über »adverse childhood experiences«; Felitti, 2002) zeigte sich longitudinal: Menschen, die frühes Trauma erlitten haben, leiden ungleich häufiger an Armut, Arbeitslosigkeit, Mittellosigkeit, unzureichender oder unsicherer Unterkunft bzw. Wohnungslosigkeit und sozialer Gefährdung.

Berichte der Weltgesundheitsorganisation (vgl. u. a. WHO, 2001) zeigen die Verschränkung biopsychosozialer Prozesse und Strukturen sowie das Versorgungsdefizit seitens der sozialen Komponente seit Jahrzehnten auf (vgl. auch Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum, 2011; Homfeldt & Sting, 2006; Pauls, 2011). Krankheitsentstehung kann damit als ein multikausaler, nonlinearer Prozess begriffen werden, der sich in Form von Dispositiven (aus biopsychosozial-kulturellen, politischen und ökonomischen Verhältnissen) vollzieht (vgl. Leitner, 2010, S. 164; vgl. auch Pauls & Gahleitner, 2011). Es bedarf daher der Entwicklung einer adäquaten Methodik in Diagnostik wie Intervention, um auch sozial deklassierten Kindern und Jugendlichen in den aktuellen Lebenskontexten angemessen Unterstützung bieten zu können.

1.2.2 Wozu biografie- und lebensweltorientiert sowie theorie- und fallorientiert?

Soziale Diagnostik muss nach den vorangegangenen Überlegungen dem »person-in-environment«-Konzept entsprechen und sowohl im Individuum als auch in Lebenswelt und Lebenslage der Klientel verortet sein. Sie muss damit in der Lage sein, die Gleichzeitigkeit sozio-, psycho-, bio-, ökonomisch-politischer Faktoren sowie deren gegenseitige Wechselwirkung im biografischen Geschehen der Lebensbewältigung (vgl. für eine Differenzierung hierzu Kraus, 2012) zu erfassen. In den letzten beiden Jahrzehnten wurden aus dieser Grundperspektive heraus zahlreiche

Verfahren entwickelt, auf Fachtagungen zur Diskussion gestellt und kritisch reflektiert (aktuelle Übersicht über die Entwicklungen Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 2010; Gahleitner et al., 2012). Die dabei auftauchende Kontroverse zwischen – auch erkenntnistheoretisch stark differierenden – Ansätzen, die stärker klassifizierend Einzelsachverhalte unter vorgegebene Kategorien einordnen, und rekonstruktiven, fallverstehenden Verfahren, die der Logik des jeweils auftretenden Einzelfalles gerecht zu werden versuchen, ist dabei noch nicht abgeschlossen (Heiner, 2012).

Es gibt jedoch immer mehr fruchtbare Verknüpfungsversuche dieser bei diagnostischen Prozessen grundsätzlich unauflösbaren Ambivalenz von Komplexitätsgewinn und Komplexitätsreduktion. Ausgangspunkt für ein derart prozessual und integrativ orientiertes »Diagnostisches Fallverstehen« (ebd.; Heiner & Schrapper, 2004) ist eine reflexionstheoretisch-empirisch gewendete Professionstheorie, die sich auf die Herausforderungen und Lösungsansätze in konkreten Handlungsfeldern zu beziehen vermag und u. a. bereits in empirischen Studien (Heiner, 2004) und im Diskurs um »Fachsozialarbeit« thematisiert wird (DGS, 2001). Dieses Verständnis setzt theoretisch-wissenschaftliche wie auch hermeneutische Kompetenz voraus, also die gleichzeitige Verpflichtung auf beide Wissensformen, die im Diagnostikprozess zusammengedacht werden müssen.

Denn: Durch Forschung gewonnenes theoretisches Wissen ist unerlässlich, die Schematisierung individueller, biografisch bedingter Problemlagen jedoch problematisch. Insbesondere in klinischen Feldern der Sozialen Arbeit kann sich dieser Konflikt zwischen Theorieorientierung und Fallorientierung zuweilen paradox gestalten (Mühlum & Gahleitner, 2008; 2010). Die Vermittlung von Wissenschaft und gelebter Praxis findet im Vollzug des professionellen Handelns in der jeweiligen Person statt. Fachkräfte müssen daher in der Lage sein, die dabei entstehenden Paradoxien reflexiv und konstruktiv zu nutzen (Schütze, 1996). In der interprofessionellen Zusammenarbeit erfordert eine biopsychosoziale Diagnostik daher auch eine Klärung der wissenschaftstheoretischen Grundannahmen der einzelnen beteiligten Disziplinen und ihrer jeweiligen Verträglichkeit untereinander.

In ihrem wegweisenden Artikel »Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit« reflektiert Heiner (2012) systematisch Funktionen und Anforderungen verschiedener Phasen des Fallverstehens: Sie unterscheidet dafür Orientierungs-, Zuweisungs-, Gestaltungs- und Risikodiagnostik, die je nach Prozesspunkt und Bedarf eingesetzt werden müssen. Heiner (ebd.) diskutiert diese verschiedenen diagnostischen Herangehensweisen im Hinblick auf die Reichweite, den Präzisionsgrad und die Präzision der Vorgaben zum Einsatz der Verfahren wie z. B. institutionelle Vorschriften. »Diese Unterscheidung nach Phasen und Funktionen«, so Heiner,

lässt sich zusätzlich nach Akteursgruppen differenzieren. Die umsetzenden Fachkräfte benötigen für ihre Entscheidungen, wie sie mit einer Klientin bzw. einem Klienten arbeiten möchten, aktuelle und viel eher konkrete und rasch verfügbare Informationen als jene Fachkräfte, die für die mittel- und langfristige Planung des gesamten Interventionsprozesses zuständig sind. Sie müssen in der Begegnung mit der Klientel außerdem umgehend auf Krisen oder Motivationsschwankungen reagieren können. Sie dürften v. a. an Verfahren der Gestaltungsdiagnostik interessiert sein, um die allgemeineren Einschätzungen

und Zielsetzungen der Hilfeplanung zu konkretisieren. Die Kostenträger und die Vorgesetzten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Leistungsträgers dürften insbesondere Verfahren der Zuweisungsdiagnostik benutzen, um die Allokation der Ressourcen zu steuern. Alle Beteiligten dürften gleichermaßen eine Orientierungs- und Risikodiagnostik benötigen, allerdings – je nach ihrer Aufgabe im Interventionsprozess – in mehr oder weniger detaillierter Form. (Heiner, 2012, S. 23 f.)

1.2.3 Wozu klinisch und dennoch dialogisch?

Aufgrund der weiter oben ausgeführten komplexen gesellschaftlichen Anforderungen in zahlreichen Teilbereichen der Sozialen Arbeit haben sich in den letzten 20 Jahren Spezialisierungstendenzen entwickelt (vgl. Kraus et al., 2011). Im Zuge der eingangs dargestellten gesellschaftlichen Transformationen und ihrer gesundheitsgefährdenden Auswirkungen hat sich insbesondere die Klinische Sozialarbeit herausgebildet (Mühlum, 2001). Klinische Sozialarbeit versteht sich als beratende, behandelnde und begleitende Soziale Arbeit, bemüht sich um konstruktive Veränderungsimpulse für einzelne Personen im Kontext von deren Umfeld- und Lebensbedingungen und widmet sich dabei insbesondere der Unterstützung »schwer erreichbarer« Klientel in Multiproblemsituationen (Pauls, 2004/2011). Klinische Sozialarbeit versteht Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung im Wesentlichen biografisch und damit als in soziokulturellen Milieus verankert und entwirft auf dieser Basis dialogische Diagnostik- und Hilfeformen sowie geeignete Settings zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit (Pauls & Mühlum, 2005; vgl. hier und im Folgenden Schröder & Gahleitner, 2012).

Klinische Sozialarbeit setzt dabei im Kontrast zur Klinischen Psychologie und Medizin am Unterstützungspotenzial durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsfaktoren im Alltag an, ohne jedoch – im Sinne des doppelten Fokus – die individuelle oder klinische Perspektive aus den Augen zu verlieren. Sie knüpft dabei insbesondere an Überlegungen über biopsychosoziale Zusammenhänge (vgl. zum biopsychosozialen Modell bereits Engel, 1977; Uexküll & Wesiack, 1996; Pauls, 2004/2011) und Salutogenesemodelle (Antonovsky, 1997) an. Dabei geht es nicht nur darum, »eine eigene Form des klinischen Denkens und Handelns zu generieren« (Schaub, 2008, S. 21) – mit dem vorrangigen Ziel, Störungen zu diagnostizieren, Ressourcen zu fördern und methodensicher bearbeiten zu können (Pantuček & Röh, 2009) –, sondern auch darum, biopsychosoziale Vorgehensweisen im interprofessionellen Gefüge mitentwickeln und vorantreiben zu helfen. Auf die Kinder- und Jugendhilfe bezogen ist, wie an den obigen Artikeln deutlich wird, eine klinisch kompetente biopsychosoziale, interprofessionelle Expertise in jedem Falle dringend zu fordern.

In Respekt und Kenntnis psychologischer und medizinischer Wissensbestände können Kooperationszusammenhänge häufig viel fruchtbarer gestaltet werden. Oftmals lassen sich dann in die Logik dortiger Systeme bereits wichtige sozialdiagnostische Aspekte einspeisen. So zeigt sich z. B. im Fallbeispiel aus Kapitel 5, welch komplexes Gefüge hinter dem zunächst diagnostizierten Phänomen der »Depression« bei dem vorgestellten Jungen steckt. Es gibt allerdings durchaus auch umgekehrte Fälle, in denen Kinder, Jugendliche und Familien durch mehrere

sozialpathologisch orientierte Interventionen »geschleust« werden, obwohl eigentlich eine endogene psychische Erkrankung oder gar ein Gehirntumor Ursache ist. Beide Irrwege sollten durch eine fundierte interprofessionelle Zusammenarbeit vermieden werden, die nur durch gegenseitige fundierte Kenntnisse möglich ist.

Bezogen auf Diagnostikprozesse in der Kinder- und Jugendhilfe ist also auch in der klinischen Sozialarbeit bedeutsam, die kritische Haltung aufrechtzuerhalten, dass in der Entstehung der Subsumtionslogiken und -praktiken kategorialer Klassifikationssysteme Normalitätskonstruktionen, Ethnozentrismen, Macht- und Lobbyinteressen eine schwierige Rolle spielen. Andererseits bietet insbesondere das MAS (► **Kap. 7**) bereits einige Ansatzpunkte für eine interprofessionelle Verständigung. Auf den Unterachsen sind Aspekte wie Teilleistungsstörungen, Intelligenzniveau und körperlich-medizinische Aspekte verzeichnet, vor allem aber auch für den sozialen und pädagogischen Bereich bedeutsame Aspekte wie »psychosoziale Umstände« während des Aufwachsens, wie z. B. Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung, und eine letzte Achse für das psychosoziale Funktionsniveau. Hier ist sozialdiagnostische Fach- und Sachkompetenz gefragt.

Treibt man diese Schraube noch eine Drehung weiter, gibt es inzwischen aber auch anders ausgerichtete Klassifikationssysteme für den stärkeren Einbezug sozialer Dimensionen. Insbesondere die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; DIMDI, 2012) verortet vor dem Hintergrund verschiedener UN-Konventionen als erstes übergreifendes, weltweit anerkanntes Diagnosesystem zu bewältigende Probleme nicht in erster Linie bei den AdressatInnen selbst, sondern in ausgrenzenden Strukturen. Zu Modellen für die spezifische Klassifikation in der Sozialarbeit bzw. umfeldorientierten Arbeit zählen auch das Person-in-Environment-System (PIE; Karls & Wandrei, 1994), die Inklusions-Chart (Pantuček, 2010; ► **Kap. 14**) und spezielle Assessments im Risikoabklärungsbereich wie z. B. Kinderschutzbögen. In gegenseitiger Kenntnis kann hier in Kooperationsverhältnissen ein geeignetes Diagnostikrepertoire für jeweils spezifische Problemlagenkombinationen zusammengestellt und »gelebt« bzw. der gesamte interprofessionelle Kooperationsprozess an dieser Grundhaltung ausgerichtet werden (► **Kap. 5**; ► **Kap. 18**).

Bei allem klinischen Wissen und auch einer gewissen Nähe zu medizinischen und psychologischen Diskursen bleibt biopsychosoziale Diagnostik jedoch konsensorientiert und partizipativ orientiert. Das bedeutet nicht, das unhintergehbare Machtverhältnis in Hilfeprozessen zu leugnen, sondern konsequent Selbstdeutungsmuster der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien systematisch in die Problemdefinition einzubinden. Grundlegend für ein diagnostisches Vorgehen in der (Klinischen) Sozialarbeit ist daher die dialogische Orientierung, das sicherstellt, dass die Selbstdeutungsmuster der Betroffenen neben der Problemdefinition der Professionellen Berücksichtigung finden (► **Kap. 18**). Gerade bei Multiproblemlagen, in denen die Wahrnehmungs- und Bewältigungsmuster durch die Geschichte der vorangegangenen Erfahrungen und Traumata wie durch ein Prisma »aktiv wirkender Biografie« (Röper & Noam, 1999, S. 241) geprägt sind, ist ein fallverstehendes Vorgehen nicht nur wegen einer angemessenen biografischen Kontextualisierung notwendig, sondern auch, damit die »NutzerInnen diese Hilfemaß-

nahmen mit Sinn besetzen und ihrerseits produktiv aufgreifen« (Hanses, 2012, S. 37).

Dialogisch orientiert fördert eine in diesem Sinne angelegte biopsychosoziale Diagnostik Selbstaneignungsprozesse und wirkt Exklusionsprozessen sowie psychosozialen Beeinträchtigungen entgegen. »Die Informationsammlung und -auswertung begleitet den gesamten Interventionsprozess« (Heiner, 2012, S. 22). Einschätzungen werden laufend ergänzt, korrigiert und revidiert (vgl. Possehl, 2004). Letztendlich gilt immer, im interprofessionellen Diskurs aus der bisherigen Biografie Anlässe und Anschlüsse für Gesundheit, Wohlbefinden und Bildungschancen herauszuarbeiten – »mit dem Ziel psychische Konflikte begrenzen zu helfen [...] und die Grenze zwischen krank und gesund sowohl offen als auch eindeutig zu halten« (Großmaß, 2006, S. 5).

1.2.4 Schluss

Die Diskussion um die Sicherung von Qualitätsstandards hat die fachliche Diskussion – bei allen negativen Auswirkungen – in den letzten zehn Jahren sehr belebt (Heiner, 2012). Eine Vielfalt von Ansätzen ist entstanden, auch wenn ein konzeptioneller Konsens bisher ebenso wenig erreicht ist wie eine empirische Validierung der Verfahren. Gegenwärtig fehlt noch an vielen Stellen der empirische Beleg für bereits zahlreiche erprobte Handlungspraxen. Hier ist (Praxis-)Forschung gefragt, um die bewährten diagnostischen Verfahren und Instrumente stärker zu implementieren und zu evaluieren (ebd.), das gilt jedoch in gleicher Weise für die anderen Disziplinen und Professionen, wenn man sich in Zielgruppen vorwagt, die mit Multiproblemlagen belastet sind.

Einigkeit besteht darüber, dass externe, interpersonelle und intrapersonelle Ressourcen im Bereich des Selbst- und Identitätserlebens, der kommunikativen und Beziehungsfähigkeit, in der Fähigkeit zu Lernprozessen, im Kreativbereich, in der praktischen Lebensbewältigung, in einem positiven Wertebezug und aus dem sozialen Umfeld vielfältig aufgespürt werden sollten. Dennoch, bei allen zu erwartenden Ergebnissen: *Die Soziale Diagnostik* gibt es nicht und wird es auch nie geben. Diagnostische Designs müssen je nach Kontextbezug immer wieder neu entwickelt und erprobt werden. Auch bewährte diagnostische Vorgehensweisen und Techniken müssen immer wieder neu für einzelne Zielgruppen und Arbeitssettings weiter vorangetrieben werden, um spezifische Belange und Hilfebefarde umfassend biopsychosozial zu beantworten. In der biopsychosozialen Diagnostik der Kinder- und Jugendhilfe sollte dabei die dialogisch angelegte Frage, welche Hilfebereiche mit den Kindern und Jugendlichen bearbeitet werden sollten, beantwortet werden können. Für dieses Unterfangen wird am Ende des vorliegenden Bandes ein Vorgehen vorgestellt, das den soeben erläuterten Ansprüchen genügt, jedoch auch eine Reihe von Spielräumen für zielgruppenspezifische und individuelle Ausgestaltung eröffnet.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Reihe: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 36). Tübingen: DGVt. (Amerikanisches Original erschienen 1987).
- Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit (2010). Themenschwerpunkt von Jg. 41 (4): Diagnose und Diagnostik der Sozialen Arbeit.
- Beck, N. (2012). Kinder und Jugendliche in Therapeutischen Gruppen. In S. B. Gahleitner & H. G. Homfeldt (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (Reihe: Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz) (S. 115–132). Weinheim: Juventa.
- BT-Drs. 16/12 860 (Deutscher Bundestag, Drucksache vom 30.04.2009). *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht und Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin: Deutscher Bundestag. (dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1_612_860.pdf), Zugriff am 15.09.2012
- Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) (2001). Plädoyer für klinische Sozialarbeit als Fachgebiet der Sozialen Arbeit. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 1 (8), 315–317.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2012). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. ICD-10-GM Version 2012. Systematisches Verzeichnis*. Neu-Isenburg: MMI.
- Dornes, M. (2012). »Die meisten Menschen sind nicht überfordert.« Interview von Ursula Nuber. *Psychologie Heute*, 39 (5), 30–35.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129–136.
- Felitti, V. J. (2002). Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48 (4), 359–369.
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit* (Reihe: Gesundheitswissen). Weinheim: Juventa.
- Gahleitner, S. B. (2012). »Und wenn es schwierig wird?« Therapeutische Beziehungsgestaltung im »hard to reach«-Bereich. *Integrative Therapie*, 38 (1), 37–59.
- Gahleitner, S. B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.). (2012). *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5.) Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S. B. & Homfeldt, H. G. (Hrsg.). (2012). *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (Reihe: Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz). Weinheim: Juventa.
- Geißler-Piltz, B. (2006). Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work. *Klinische Sozialarbeit*, 2 (Sonderausgabe), 7–11. (www.eccsw.eu/download/klinso_special_2006.pdf), Zugriff am 12.01.2012
- Großmaß, R. (2006). *Beratung als neue Profession – Anstöße und Entwicklungen im Umfeld des Psychotherapeutengesetzes (Deutschland 1999)*. (www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/197/beratungsprofession.pdf), Zugriff am 09.11.2009
- Hanses, A. (2012). Gesundheit als soziale Praxis. Zur Relevanz von Interaktions- und Wissensordnungen professionellen Handelns als soziale Praxis. In A. Hanses & K. Sander (Hrsg.), *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis* (S. 35–51). Wiesbaden: Springer VS.
- Heiner, M. & Schrappner, C. (2004). Diagnostisches Fallverstehen in der Sozialen Arbeit. Ein Rahmenkonzept. In C. Schrappner (Hrsg.), *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven* (S. 201–222). Weinheim: Juventa.
- Heiner, M. (Hrsg.). (2004). *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit*. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge Berlin.

- Heiner, M. (2012). Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In S.B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5) (S. 18–34). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Homfeldt, H.G. & Gahleitner, S.B. (2012). Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf – eine Einführung. In S.B. Gahleitner & H.G. Homfeldt (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (Reihe: Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz) (S. 11–33). Weinheim: Juventa.
- Homfeldt, H.G. & Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Reinhardt.
- Karls, J.N. & Wandrei, K.E. (Hrsg.). (1994). *Person-In-Environment system. The PIE classification system for social functioning problems*. Washington, DC: NASW.
- Klüsche, W. (Hrsg.). (1999). *Ein Stück weitergedacht. Beiträge zur Theorie- und Wissenschaftsentwicklung der Sozialen Arbeit*. Freiburg: Lambertus.
- Kraus, B., Effinger, H., Gahleitner, S.B., Miethe, I. & Stövesand, S. (Hrsg.). (2011). *Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung. Das Ganze und seine Teile* (Reihe: Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, Bd. 3). Opladen: Budrich.
- Kraus, B. (2012). Was ist und soll eine Wissenschaft der Sozialen Arbeit? Antworten und Fragen. In S.B. Gahleitner, B. Kraus & R. Schmitt (Hrsg.), *Über Soziale Arbeit und über Soziale Arbeit hinaus. Ein Blick auf zwei Jahrzehnte Wissenschaftsentwicklung, Forschung und Promotionsförderung* (S. 19–40). Lage: Jacobs.
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer.
- Melzer, W., Bilz, L. & Dümmler, K. (2008). Mobbing und Gewalt in der Schule im Kontext sozialer Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberger (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (Reihe: Gesundheitsforschung) (S. 116–140). Weinheim: Juventa.
- Mielck, A. (2011). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln: BZgA. (www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=622d06170f2bbbc8c579abfb1706f3e1&cid=angebote&idx=165), Zugriff am 03.01.2012
- Mühlum, A. (2008). Klinische Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In S.B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 1) (S. 62–74). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mühlum, A. & Gahleitner, S.B. (2010). Klinische Sozialarbeit – Fachsozialarbeit: Provokation oder Modernisierungsprojekt der Sozialen Arbeit? In S.B. Gahleitner, H. Effinger, B. Kraus, I. Miethe, S. Stövesand & J. Sagebiel (Hrsg.), *Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven* (Reihe: Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, Bd. 1) (S. 95–113). Opladen: Budrich.
- Mühlum, A. (2001). Wie viel Spezialisierung braucht – und verträgt – die Soziale Arbeit? *Forum Sozial*, 2, 12–15.
- Pantuček, P. (2010). Theorie als praktisches Formular: die Inklusions-Chart 2 (IC2). *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 41 (4), 56–69.
- Pantuček, P. & Röh, D. (Hrsg.). (2009). *Perspektiven Sozialer Diagnostik: über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (Reihe: Soziale Arbeit, Bd. 5). Wien: LIT.
- Pauls, H. & Gahleitner, S.B. (2011). Psychosoziale Diagnose. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. 7., überarb. Aufl. (S. 682–683). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Pauls, H. & Mühlum, A. (2005). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 1 (1), 6–9.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe) 2., überarb. Aufl. Weinheim: Juventa.
- Possehl, K. (2004). Struktur und Logik professioneller diagnostischer Informationsarbeit in der Sozialen Arbeit. Theoretische Vorklärungen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 35 (3), 29–67.