

Soziale Diagnostik am Beispiel des Methodenrepertoires im Betreuten Wohnen

Hausarbeit zum Fach Fachkompetenz / Sozialarbeits – und Interventionstheorie

Autor: Jürgen Hölbling

Matrikelnr.: 0364463

Betreuender Lektor: Mag. Dr. Peter Pantucek

Lehrgang für Soziale Arbeit und Sozialmanagement SOMSC 1 an der Donau

Universität Krems

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort	3
2 Struktur und Auftrag des Betreuten Wohnens	4
3 Reflexion zur Literatur	5
3.1 Das Verständnis von sozialer Diagnostik	6
3.2 Konkrete Merkmale von Instrumenten sozialer Diagnostik.....	10
4 Exemplarische Betrachtung zweier Methoden	13
4.1 Der Anamnesebogen	14
4.2 Der Hausbesuch.....	19
5 Resümee	21
6 Literaturverzeichnis.....	23
6.1 Gedruckte Quellen	23
6.2 Internetquellen.....	23
7 Anhang	25

1 Vorwort

Grundsätzlich stehe ich als Autor der Frage nach der Sinnhaftigkeit von Verfahren in der sozialen Diagnostik recht kritisch gegenüber. Allein der Begriff Diagnostik lässt wenig vertrauensvolle Bilder in mir aufsteigen und weckt Assoziationen wie die Gefahr der Manipulation, des Ausgeliefertseins an sogenannte ExpertInnen, des Durchschautwerdens ohne Möglichkeit der Einflussnahme auf sich daraus ergebende Konsequenzen. Bilder, die möglicherweise aus biografischen Erfahrungen herrühren oder aus dem Vorurteil, dass „lichtvolle“ Erkenntnisse durch Diagnoseverfahren unbedingt auch ihre schädigenden Schattenseiten haben müssen. Allerdings nehme ich an, dass ich mit dieser eher negativen Haltung nicht alleine dastehe und sie mit Personen aus der Fach- und Laienwelt teile. Vermutlich haben gerade meine zugegebenermaßen eher instinkthaften Ressentiments das Interesse in mir geweckt, mich mit diesem Thema mehr zu beschäftigen, mir eine differenziertere Meinung zu bilden und dazu eine Hausarbeit zu verfassen.

Nach Durcharbeiten einschlägiger Literatur bin ich zur Einsicht gelangt, dass der Diskurs über soziale Diagnostik zur Zeit sehr intensiv ist. Dies besonders in der deutschen Fachwelt, was zum einen daran liegen kann, dass die Zahl an SozialarbeitstheoretikerInnen, die sich mit diesem Thema beschäftigen, höher als in Österreich ist und dadurch mehr schriftliches Material vorliegt. Zum anderen kann der Grund auch im Zusammenhang mit äußeren Faktoren, die Einfluss auf das Arbeitsfeld der Sozialarbeit haben, liegen. Das Stichwort dazu wäre die Verknappung von finanziellen Ressourcen im dritten Sektor. Meine Vermutung dazu ist, dass staatliche und private GeldgeberInnen immer mehr ihr Interesse am Nachweis an einer effektiven und vor allem effizienten Sozialarbeit bekunden. Die Aussicht auf die Entwicklung von Diagnosemethoden, die zum einen die Verteilung verknappter Ressourcen an das Klientel optimieren und Verschwendung oder gar Missbrauch mit Geldern einschränken können, ist sicherlich verlockend. Der Diskurs über soziale Diagnostik wird durch diese von außen auferlegte Notwendigkeit heraus m. E. stark mitbeeinflusst. Möglicherweise unterliegt in besonderem Maß Sozialarbeit in Deutschland diesem Problem. Dass äußerer (wirtschaftlicher) Druck nicht unbedingt die beste Ausgangslage für die Weiterentwicklung einer an den Bedürfnissen des Klientels orientierten Sozialarbeit ist, liegt auf der Hand (vgl. Keupp 1998).

Andererseits finde ich es ausgesprochen positiv, dass verstärkt über Methodik in der Sozialarbeit diskutiert wird. Sozialarbeit hat es gerade unter dem interdisziplinären Druck, sich gegen andere Berufsgruppen vermehrt behaupten zu müssen, nötig, sowohl eine geeignete verständliche Sprache für ihr Tun beim Einschätzen von Lebenssituationen von Menschen zu finden als auch das angewendete Repertoire kritisch zu hinterfragen. Dies soll nicht den Wert des Aus-dem-Bauch-heraus-Agierens schmälern, ist Intuition doch eine der wichtigsten Grundbegabungen von SozialarbeiterInnen. Die Fähigkeit zur adäquaten Benennung des eigenen Handelns und das richtige Knowhow in der Fallarbeit tragen aber zur Sicherung von Qualität bei und erhöhen nicht zuletzt die Transparenz in der Arbeit. Dies wiederum kann die Anerkennung von anderen Berufsgruppen und die Akzeptanz des Klientels von Interventionen und Hilfestellungen verstärken.

2 Struktur und Auftrag des Betreuten Wohnens

Die Caritas Wien ist eine der größten Non-Profit Organisationen im Raum Wien und untergliedert sich in mehrere Tätigkeitsfelder, worunter „Sozialen Arbeit für In- und AusländerInnen“ ein Bereich ist. Im Rahmen der „Wohnungslosenhilfe“ zählt dazu das „Startwohnungsreferat - Betreutes Wohnen“, das ein hochschwelliges Angebot für wohnungslose Menschen bietet und Personen Wohnraum in Form von angemieteten Wohnungen auf maximal zwei Jahre zur Verfügung stellt. Mithilfe eines umfassenden Betreuungsprogramms soll in diesem Zeitraum die Wohnfähigkeit (wieder) erlernt bzw. verbessert und etwaige finanzielle, soziale oder gesundheitliche Hindernisse auf dem Weg zu einem selbständigen Wohnen ausgeräumt werden. Die Ziele der sozialarbeiterischen Betreuung orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen der KlientInnen, der zeitliche und personelle Umfang der Betreuungstätigkeit ergibt sich aus einer vertraglichen Vereinbarung mit dem Fonds Soziales Wien, der pro Wohnplatz Betreuungsgelder refundiert.

Die Betreuung umfasst konkret folgende Lebensbereiche: Sicherstellung von (finanziellen) Ansprüchen, Begleitung bei Behördenwegen, Unterstützung bei der Schuldenregulierung, Hilfe bei der Arbeitsuche, Vermittlung zu Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen, Anregung zur sinnvollen Freizeitgestaltung, Hilfe beim Erlernen von Fertigkeiten einer wirtschaftlichen Haushaltsführung, Unterstützung

beim Gestalten und Reinigen des Wohnraums u.a. Ziel nach erfolgreicher Beendigung des Programms ist der Umzug der KlientInnen in eine Finalwohnung, in der Regel eine Gemeindewohnung der Stadt Wien.

Das Angebot richtet sich ausschließlich an volljährige, alleinstehende Frauen und Männer, Ehepaare und Paare in Lebensgemeinschaft sowie an Familien und Alleinerziehende, sofern die BewerberInnen wohnungslos bzw. von Wohnungslosigkeit bedroht sind und sozialarbeiterische Betreuung benötigen. Das Team besteht aus elf MitarbeiterInnen, davon sieben diplomierte SozialarbeiterInnen, eine Leitung, eine Büroassistentin, ein Zivildienstleistender und eine Reinigungskraft.

3 Reflexion zur Literatur

Auffallend bei Durchsicht von geeigneter Literatur waren die unterschiedlichen Herangehensweisen an das Thema der sozialen Diagnostik. Gemeinsam ist dabei allen ausgewählten AutorInnen, dass sie sich der Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit diesem Thema bewusst sind und grundsätzlich soziale Diagnostik als chancenreiches Instrument sehen. Je nach Denkansatz kommen die AutorInnen allerdings zu recht unterschiedlichen Schlüssen, wie soziale Diagnostik betrieben werden kann und welche Auswirkungen sie auf die praktische Fallarbeit hat.

Aufgrund des knappen Raumes in der Hausarbeit beschränke ich mich auf die Auseinandersetzung mit zwei grundsätzlichen Fragenstellungen, deren besseres Verständnis den Hintergrund für den praktischen Teil der Arbeit bildet. Dabei geht es um die Fragen: Was wird unter sozialer Diagnostik verstanden? Und: Welche konkreten Merkmale von Diagnoseverfahren finden sich?

Trotz der Gefahr der Verkürzung von theoretischen Ansätzen, halte ich den Versuch der Begriffsklärung aus in der Einleitung dargelegten Gründen auf einer theoretischeren Ebene für wichtig. Wo Befürchtungen oder Ängste bei der Auseinandersetzung mit einem Thema eine Rolle spielen, kann genaues Hinsehen und das Wahrnehmen von ExpertInnenmeinungen ebendiese mildern. Dieser Umstand ist auf anderer Ebene auch in der praktischen Arbeit mit den KlientInnen beim Einsatz diagnostischer Verfahren zu berücksichtigen. Auch hier können

Hintergrundinformationen und das transparente Darlegen vom Wert und Nutzen von Diagnoseverfahren Ängste abschwächen.

3.1 Das Verständnis von sozialer Diagnostik

Das erstellen von Diagnosen im Bereich der sozialen Arbeit ist ein selbstverständlicher, oft sogar unbewusster Vorgang im täglichen Umgang mit Problemsituationen. Als Diagnostik kann dabei das kognitive Verarbeiten von Eindrücken oder Informationen hin zu einer konkreten Bewertung oder Einschätzung für eine konkrete Fallkonstellation bezeichnet werden. Diagnostik ist demnach ein alltägliches Phänomen zur Meinungsbildung und Einschätzung von Situationen. Dabei beeinflussen persönliche Erfahrungswerte des/der Helfers/in die Einschätzung. Soziale Diagnostik als fachliches Instrument der Sozialarbeit zielt jedoch auf den kontrollierten Einsatz von beschreibbaren Methoden ab.

Diagnostizieren ist besonders in anderen Berufsgruppen im sozialen Bereich eine Kernaufgabe. Die Psychologie beispielsweise versteht darunter einen Prozess, der unter Zuhilfenahme verschiedener Verfahren zielgerichtete Informationen über psychologische Eigenschaften des in Betracht stehenden Menschen gewinnen will. Dieser diagnostische Prozess erstreckt sich über die Klärung der Fragestellung, Auswahl der psychologisch-diagnostischen Verfahren, der Anwendung und Auswertung dieser Verfahren, der Interpretation und Gutachtenerstellung bis hin zum Festsetzen der Intervention, zumindest eines Maßnahmenvorschlags (Kubinger 2003: VI). Deutlich erkennbar ist dabei das schrittweise, lineare Vorgehen in der Erstellung einer Diagnose. Die Psychologie zielt auf die Bewertung der Persönlichkeit eines Menschen ab und tut dies unter Zuhilfenahme wissenschaftlich anerkannter Testverfahren. In der Medizin verhält es sich ähnlich. Allerdings verschiebt sich der Schwerpunkt auf die genaue Erfassung von Symptomen und deren systematische Zuordnung zu festgelegten Klassifikationssystemen. Bestenfalls (?) steht am Ende ein diagnostiziertes Krankheitsbild und eine Therapiemaßnahme. Beide Disziplinen gehen überwiegend von der objektiven Erfassbarkeit von Daten bzw. Informationen aus. Für das Feld der sozialen Diagnostik erweist sich diese wissenschaftlich-hermeneutische Herangehensweise alleine als ungenügend, da soziale Konstellationen und Fallsituationen aufgrund ihrer Komplexität nie in umfassender Weise beschrieben werden können und damit verlässliche Aussagen über Ursache-

Wirkungsketten kaum möglich sind. Heinz von Foersters nichttriviale Maschine mag dafür einen Erklärungshintergrund liefern (Foerster 1988:16).

Pantucek verweist ebenfalls auf das Problem der Objektivierung bei Zahlen als vermeintlich unbestreitbares Maß im Rahmen einer sozialen Diagnostik. Grundsätzlich hält er einen Objektivierungsschub in der Sozialarbeit zwar für angebracht, die Frage sei nur, was gemessen werden soll. In der Sozialarbeit fehle das Substrat in der Fallarbeit. „Was ohne materielle Substanz ist, kann kaum gemessen werden“ (Pantucek 2005:77).

Im Wirtschaftsbereich findet man diagnoseähnliche Verfahren im Bereich des Qualitätsmanagements (Kunstreich et al. 2004:28). Als Ausgangssituation wird dort in der Regel ein bereits bestehendes Produkt analysiert, dessen Optimierung in der Produktion, im Verkauf, im Marketing o.ä. im Vordergrund steht. Dabei geht es oft um das zyklische Durchlaufen eines vierphasigen Prozesses, der nach William E. Deming eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zur Folge hat. Handlungsweisende Fragestellungen sind dabei: Gibt es ein Problem? Wo liegt das Problem? Was ist die Ursache (Plan)? Wie können Fehler vermieden werden (Do)? Hat die Verbesserung Wirkung gezeigt (Check)? Wenn ja: Implementierung in den Arbeitsablauf (Act) (vgl. Völckl).

Mit dem Verweis auf Demings Kontrollkreislauf soll es nicht um das unhinterfragte Herstellen von Parallelen zwischen Abläufen in der Wirtschaft und im Non-Profit Bereich gehen. Dazu sind die Rahmenbedingungen zu unterschiedlich und unvergleichbar. Auch ist die begriffliche Gleichstellung von Produkts bzw. der Dienstleistung mit einer Fallsituation unzulässig. Trotzdem lassen sich m. E. zwei interessante Tatsachen hervorheben: Erstens gibt es bereits immer vor einem Veränderungsprozess bereits ein Produkt. Das Produkt hat also bereits eine „Geschichte“, von der ausgegangen wird. Zweitens sind Optimierungsprozesse zyklisch wiederkehrend und nicht mit einem Durchlauf abgeschlossen. Die Rahmenbedingungen eines Produkts könnten sich ja innerhalb kurzer Zeit wieder ändern.

Für das Verständnis von sozialer Diagnostik sind diese beiden Erkenntnisse durchaus hilfreich. Die aktuelle Lebenssituation der hilfeschuchenden Person ist zwar mehr oder weniger problembelastet. Davor war aber meist eine lange Zeit, in der keine professionelle Hilfe gebraucht wurde und die selbständige Lebensführung gut funktioniert hat. Die KlientInnen bringen also nicht nur ihre aktuelles Problem mit sondern die auch die Fülle an bisherigen Lebenserfahrungen. Dieser Umstand muss im Rahmen eines Diagnoseverfahrens unbedingt akzeptiert und wertgeschätzt werden. Nach Watzlawick sind (aktuelle) Probleme sogar bereits inadäquate Lösungsversuche, die von bestimmten Sichtweisen, Annahmen, Modellen oder inneren Landkarten aus der bisherigen Biografie heraus beeinflusst werden (Watzlawick 1974:122).

Zum zweiten liefern soziale Diagnosen nur eine Momenteinschätzung, die jederzeit durch eine Veränderung in der Lebenssituation der betroffenen Person ungültig oder anpassungsbedürftig wird. Helmut Pauls (2004:261) trägt zumindest der zweiten Folgerungen Rechnung in dem er im Rahmen der klinischen Sozialarbeit ein Diagnoseschema konstatiert, dass mehrmals im Laufe eines stationären Aufenthaltes bei KlientInnen angewendet wird. In der Regel umfasst dieses eine Eingangsdiagnose, eine Verlaufsdiaognose und bei Behandlungsende eine Abschlussdiagnose. Weiters hält er einen Diagnoseablauf fest, der begrifflich dem der Psychologie in Teilen entspricht: Anamnese / Exploration – Situationsanalyse – Einschätzung von Belastung und Ressourcen – Zielerreichungsanalyse. Pauls postuliert psycho-soziale Diagnostik als zentrales Element jeder psycho-sozialen Intervention. Zu untersuchen sei im Verlauf und am Ende von Maßnahmen „was der Fall ist“ (Pauls 2004:205).

Er definiert klinische Diagnostik als multidimensionales Erfassen von problem- bzw. störungsrelevanten Merkmalen von konkreten Situationen und Ereignissen und unterscheidet in verschiedene Diagnose-Formen: intuitive Diagnostik, methodenbasierte Diagnostik, normorientierte Diagnostik, systemorientierte Diagnostik u.a. Die Frage, ob man Menschen in das Korsett einer Diagnose – gar einer diagnostischen Klassifikation – zwängen kann, bejaht er unter dem pragmatischen Hinweis, dass Sozialarbeit Instrumente zur zielorientierten Planung

und zur Erfolgsbeurteilung brauche und der Kontext des Auftraggebers und der Zielrichtung sozialdiagnostischer Tätigkeit berücksichtigt werden muss.

Für Pantucek wiederum ist soziale Diagnostik mit dem Verweis auf die geschichtliche Tradition des Begriffs in der Sozialarbeit ein Mittel um die Passung zwischen Hilfsprogrammen und Einzelnen zu erhöhen. Für ihn sind Diagnoseverfahren unter anderem entscheidungsvorbereitende, Grundlagen liefernde Methoden für fallbezogene Entscheidungen. Soziale Diagnostik ist damit auch geeignet, das Kräfteverhältnis, das bei Fallentscheidungen zwischen fachlichen und organisationsbezogenen Überlegungen in einer Organisation entsteht, ein wenig zugunsten des Klientels zu verschieben. Soziale Diagnostik sei neutral gegenüber Entscheidungstraditionen in Einrichtungen und bestenfalls unabhängig von deren Logik (Pantucek 2005:97). Damit stellt er soziale Diagnostik nicht nur als nutzbringendes Instrument für den Verlauf der Fallarbeit dar, sondern unterstreicht gleichzeitig den Wert sozialer Diagnoseverfahren für die Organisation.

Ähnlich wie Pauls zieht er einerseits eine Abgrenzung zur Methode des Assessments, das weniger präzise und umfangreich ist, andererseits beschäftigt ihn die Gefahr einer etikettierenden Persönlichkeitsdiagnostik, wie sie in der Psychologie vorkommen kann. Um diesem Risiko zu entgehen, müsse soziale Diagnostik sich um Offenlegung der Wege zur Gewinnung von Einschätzungen bemühen. Erst durch diese Transparenz sei, so Pantucek, der Diskurs über Interpretationen und Datenverlässlichkeit möglich.

Heiko Kleve unterscheidet sich in seiner Herangehensweise an soziale Diagnostik von anderen, weil er im Rahmen der Systemtheorie von einem rhizomatischen Modell schreibt (vgl. Ritscher in Heiner 2003: 68f und Geißler-Piltz 2005:75). Aus systemischer Sicht ist Diagnose für ihn kein endgültiges Ergebnis sondern es können laufend neue Informationen hinzukommen, die auch die Diagnose wieder verändern. Diesen Prozess beschreibt er, indem er den bekannten 3 Schritt „Anamnese – Diagnose – Behandlung“ auf sechs Schritte für die Anforderungen in der Sozialarbeit erweitert: Kontextualisierung – Beschreibung der Probleme – Bildung von kausalen Hypothesen – Zielfindung und Auftragsklärung – Handlung/Intervention – Evaluation. (Kleve 2003:147). Damit wendet er sich gegen die Linearität im Diagnoseprozess.

Jeder Schritt im Prozess ist mit jedem gleichsam wie in einem netzwerkartigem Gespinnst verbunden. Damit dieser Prozess der Diagnostik auch funktionieren kann, setzt Kleve in allen sechs Schritten Kommunikation, Kooperation und Dialog mit den betroffenen KlientInnen voraus. Erst durch permanentes gemeinsames Arbeiten an der Diagnose, kann diese ihre Wirkung entfalten.

Zum Thema Problembeschreibung meint Kleve weiters, dass aus systemischer Sicht Probleme keine objektiven Gegebenheiten seien, sondern sozial konstruierte Phänomene, die sich erst durch die Unterscheidung von Norm und Abweichung ausdifferenzieren. Ohne diese Unterscheidung, ob das Problem „normal“ oder von der Norm abweichend ist, können keine Probleme beobachtet werden. Relevant ist dabei die Frage, wer diesen Normenkatalog kreiert. Nach Kleve sei dies meist jedenfalls nicht der Klient, so dass Probleme erst dann also solche bearbeitet werden können, wenn die Frage der Attribution in der Fallarbeit ausreichend thematisiert und geklärt ist.

Zusammenfassend lässt sich am Ende dieses Kapitels soziale Diagnostik vielleicht wie folgt beschreiben: Soziale Diagnostik im Sinne von Einschätzen können einer sozialen Situation ist grundsätzlich ein alltägliches Phänomen für helfende Berufe. Soziale Diagnostik im Sinne eines kontrolliert einsetzbaren Diagnoseverfahrens unterscheidet sich grundsätzlich von Diagnoseverfahren in anderen Professionen. Dies zum einen durch völlig andere Rahmenbedingungen wie sie in der Wirtschaft, in der Medizin oder in der Psychologie anzutreffen sind. Zum anderen durch die Komplexität des zu diagnostizierenden „Falls“. Soziale Diagnostik lässt sich weniger als linear ablaufender Prozess erklären, sondern ähnelt einem ständigen Verknüpfen mehrerer in sich abgrenzbarer Diagnoseschritte. Dabei spielt die kontinuierliche Einbeziehung der ratsuchenden Person eine entscheidende Rolle. Dies besonders in der Phase der Problembeschreibung und in der Phase der Hypothesenbildung. Das Ziel von sozialen Diagnosen ist im wesentlichen die Passung zwischen Hilfsangeboten und betroffener Person zu erhöhen.

3.2 Konkrete Merkmale von Instrumenten sozialer Diagnostik

Standen bislang allgemeine theoretische Überlegungen im Vordergrund, möchte ich in diesem Kapitel anhand der Aufzählung konkreter Beispiele für Methoden sozialer

Diagnostik Merkmale verdeutlichen, die soziale Diagnosemethoden erfüllen müssen um während und nach der Anwendung zu einem für alle Seiten zufriedenstellenden Ergebnis zu kommen. Pantucek hebt dazu an verschiedenen Stellen seines aktuellen Buches erforderliche Eigenschaften von Diagnostikmethoden hervor. Verfahren zur sozialen Diagnostik müssen für ihn...

...einen Ausschnitt des Verhältnisses Mensch-Umfeld erfassen.

...dürfen den Unterstützungsprozess nicht behindern, sondern sollen ihn möglichst vorantreiben.

...müssen zum Komplexitätsgewinn beitragen. Voraussetzung ist das Vorhandensein einer gewissen Systematik.

...müssen als Methode geeignet sein, um nach thematischen Ansatzpunkten zu suchen.

...müssen relational sein und das Unanschauliche - Beziehungen, Teilhabe, Komplexität - anschaulich machen können.

... sollen gesellschaftlich vorhandene aber der betroffenen Person nicht zugängliche Deutungsmuster aufzeigen.

Von allen möglichen Verfahren kommt unter diesen Voraussetzungen der Eigendiagnose der betroffenen Person eine überragende Bedeutung zu (Pantucek 2005:223). Eigendiagnosen haben den Vorteil, dass der Störfaktor des Übersetzungstransfers von der helfenden Person auf die ratsuchende Person minimiert wird. Damit ist gemeint, dass sich alle Erkenntnisse, die die betroffene Person selbst ohne fremder Hilfe aus ihrer Lebenssituation ziehen kann, ohne Motivationsaufwand des Helfenden ergeben. Dazu bringen die betroffene Person nach Maßgabe ihrer eigenen Reflexionsfähigkeit eine hohe Eigenmotivation bringt, aktuelle Problemlagen zu analysieren. Das Ergebnis dieser aktiven Beteiligung des/r Betroffenen kann mithilfe der Skalierungs-Methode noch verdichtet bzw. intensiviert werden (Pantucek 2005:205).

Kersting wiederum spricht davon, dass Diagnose erstellen in erster Linie heißt, dass BeraterIn und Ratsuchende Person eine gemeinsame Wirklichkeit zu konstruieren versuchen. Gleichsam erschafft diese Diagnose erst das Problem, weil es in der Diagnose benannt wird. „Sie schaffen ein Problem, versuchen es zu bearbeiten,

definieren es zum Beispiel um, tun so, als läge hinter dem Problem erst das eigentliche Problem, was das vordergründige Problem erst einmal zum Verschwinden bringt.“ Er meint, dass dazu die bewusste Irritation ein brauchbares Interventionswerkzeug ist, diese gemeinsame Wirklichkeit zu konstruieren. Dabei werden die von der betroffenen Person angebotenen Diagnosen nochmals durch bewusst irritierendes Verhalten wie Ignorieren, Übertreiben, sich Lustigmachen hinterfragt. Der Einsatz provokativer Methoden setzt allerdings eine große Vertrauensbasis und eine belastbare Beziehung zwischen helfender und betroffener Person voraus.

Kleve fordert im Hinblick auf das gemeinsame Herausarbeiten eines Problems, dass das Problem selbst nur solange im Mittelpunkt stehen soll, bis eine sinnvolle Problembeschreibung erarbeitet wurde. Er warnt davor in einer „Problemtrance“ zu verharren (vgl. de Shazer 1988). „Wir sollten also den Fokus der Aufmerksamkeit nicht auf ein Defizit, nicht auf einen Verlust lenken, sondern auf einen Gewinn, eben auf die Möglichkeit neues positives Verhalten zu erlernen bzw. zu zeigen. Ziel ist immer die Aktivierung des Klienten in Richtung Problemlösung, Motivation neue Denk- und Handlungsmöglichkeiten auszuprobieren“ (Kleve 2003:167). Offenbar ist für ihn das Diagnostizieren eines Problems zwar ein notwendiger Schritt, der Interventionsschwerpunkt liegt aber mehr auf einer sorgfältigen Ressourcenanalyse, die dort beginnt wo die Stärken des Klienten liegen (Kleve 2003:155). Jede Zielformulierung, die sich aus einem diagnostischen Prozess mit dem Betroffenen ergibt, muss für ihn eindeutig, überschaubar und operationalisierbar (und damit messbar) sein.

Als weitere m.E. sehr interessante Beispiele für Methoden werden in der Literatur angeführt:

- Das Crossings Verfahren, das keine eigenen Interpretationsmöglichkeiten generiert, damit relativ theoriefrei ist und für sozialarbeiterische Zwecke sehr gut geeignet ist (Pantucek 2005:163).
- Das PIE (Person in Environment Classification) System begünstigt eine rationale, soziologische Sichtweise. Dabei passiert weder eine Verortung des

Problems „im“ Klienten noch eine Schuldzuweisung, sondern es wird nur ein Problem mit subjektiver Bedeutung konstatiert (Pantucek 2005:199).

- Die Black Box Diagnostik sind nach Pantucek Verfahren, die ganz klar nicht darauf abzielen, dass SozialarbeiterInnen klüger werden, sondern dass die KlientInnen ihre Handlungsfähigkeit verbessern (Pantucek 2005:202).
- Die Methode der Eco Map steht beispielhaft für eine grafische Aufbereitung von Fallinformationen zu vier einander bedingenden Faktoren anhand eines Koordinaten System. Sie erlaubt einen Überblick über den Kontext einer Person, einer Familie, oder eines Haushaltes (Pauls 2004:217).
- Am Beispiel der Checkliste für die Belastungsdiagnostik betont Pauls die moralische Verpflichtung, die Betroffenen maximal als Interaktionspartner an den Interventionen zu beteiligen und sie in ihrem Autonomiebestreben zu fördern und nicht zu instrumentalisieren (Pauls 2004:222).
- Das Schema einer Zielerreichungsanalyse nach Compton & Galway (1994) oder der STRUPP Fragebogen, sind geeignete Verfahren zur Selbsteinschätzung Betroffener. Fokus ist die Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Veränderungsfortschritt zentraler Symptome.
- Die Fragetechnik (z.B. zirkuläres Fragen) ist vor allem ein wichtiges Instrument um KlientInnensysteme zu irritieren und im Verlauf der Kommunikation neue Wirklichkeiten zu konstruieren und zum Umdeuten von Situationen anzuregen (Ritscher 2002 und Heiner 2003). Auch andere systemische Methoden der Intervention, wie das Geschichten Erzählen oder die Familienskulptur, zielen ebenfalls auf diese Wirkung ab.

4 Exemplarische Betrachtung zweier Methoden

Die angewandten Methoden im Betreuten Wohnen sollen im folgenden anhand von zwei Beispielen mit Bezug auf die bereits beschriebene Theorie untersucht werden. Davor möchte ich aber nochmals auf das Problem der Begrifflichkeit hinweisen.

Aus erwähnten Gründe wird in der Fachliteratur der Begriff der sozialen Diagnostik oder im klinischen Bereich der psycho-sozialen Diagnostik verwendet. Zur Anwendung kommen dabei sogenannte „diagnostische Verfahren“ oder „Instrumente“, die zu gewünschten Erkenntnissen führen sollen. Ohne den Wert dieser teils taxativ aufgezählten Instrumente schmälern zu wollen, halte ich die

Anwendung des Begriffs „Verfahren“ oder „Instrument“ in einigen Beispielen für überzogen. Manche beschriebene Verfahren reichen in ihrer Wirksamkeit nicht über eine einfache Plakatmethode hinaus und sind kaum in der Lage die Komplexität einer Fallsituation im erforderlichen Maß darzustellen. Nur wenige Beispiele beinhalten mehrphasige Phasen Analyseschemen, wie sie die Begriffe Verfahren oder Instrument meiner Meinung nach beinhalten sollen. Ich denke, dass in der Diskussion zum Thema soziale Diagnostik deshalb eine Rückbesinnung auf den Begriff der „Methode“ hilfreich ist. Viele Beispiele sind schließlich in der Praxis aus dem Wunsch nach Veranschaulichung kreiert worden und die Praxistauglichkeit ist wohl eines der entscheidendsten Kriterien für die Anwendung.

Klar ist andererseits, dass soziale Diagnostik mehr ist als die bloße Anwendung einer Methode. Die Methode alleine ist neutral, sie dient in erster Linie zur Datensammlung und Aufbereitung. Der entscheidende Schritt ist die Interpretation der Informationen, die entweder bereits während der Phase der Datensammlung oder daran anschließend erfolgt. Die Methode sehe ich dabei bloß als nützliches Werkzeug. Die aus den Daten gezogenen Schlüsse sollten aber methodenunabhängig sein und ergeben sich keinesfalls zwingend aus der Art der gewählten Methode. Die Methode zeichnet also bestenfalls ein flüchtiges Bild einer veränderlichen Lebenssituation und sollte in ihrer Funktion nicht überschätzt werden, zumal wie bereits erwähnt, im systemischen Denken sogar Problemdefinitionen höchst veränderlich sein können. Ich plädiere für einen behutsamen Umgang mit den Begriffen und denke dass sich soziale Diagnostik aus der Anwendung einer Methode mit der sich daraus ergebenden Vielfalt an Interpretationsmöglichkeiten zusammensetzt. Ziel von sozialer Diagnostik muss die gemeinsame Arbeit von helfender und betroffener Person am gemeinsamen Bild der im Mittelpunkt stehenden Lebensrealität sein.

4.1 Der Anamnesebogen

Sozialarbeit im Betreuten Wohnen ist in ihren Interventionen ebenso abhängig von der richtigen Einschätzung der Lebenssituation des anvertrauten Klientels, wie das in anderen Arbeitsfeldern der Fall ist. Dies beginnt schon im Vorfeld der Betreuung, der Bewerbungsphase. Im Sinne des Gatekeeper Modells wird hier über den Zugang des Betroffenen zum Hilfsprogramm entschieden, in diesem Fall die Aufnahme auf die Warteliste und die Zusicherung eines Betreuungsplatzes. Als Diagnostikinstrument

kommt dabei ein Anamnesebogen zum Einsatz, anhand dessen im Team die Fallsituation besprochen und nach anschließender Diskussion entschieden wird. Der Fragebogen ist Teil des Bewerbungsgesprächs, zu dem der/die WohnungswerberIn nach vorheriger Terminvereinbarung eingeladen wird. Das Gespräch besteht standardmäßig aus drei Teilen. Zum einen wird sowohl mündlich als auch schriftlich eine genaue Information über das Angebot des Betreuten Wohnens gegeben. Daran anschließend werden anhand des Anamnesebogens biografische Informationen zur bewerbende Person gesammelt. Zuletzt werden noch organisatorische Dinge für den weiteren Ablauf der Bewerbung geklärt, Fotokopien von mitgebrachten Papieren gemacht und aufkommende Fragen beantwortet. Das gesamte Bewerbungsgespräch dauert zwischen 30 und 60 Minuten, wovon die meiste Zeit für die Anamnese verwendet wird.

In der Regel werden die BewerberInnen bei der Terminvereinbarung über die ungefähre Dauer des Gesprächs informiert und gebeten ihre Papiere soweit vorhanden mitzubringen. Den genauen inhaltlichen Ablauf des Bewerbungsgesprächs erfahren sie erst beim Bewerbungsgespräch selbst, was beim Ausfüllen des Anamnesebogens unter Umständen einen Überraschungseffekt bei manchen BewerberInnen auslösen kann. Das trifft auf Personen zu, die aufgrund ihres jungen Alters oder ihrer bisherigen Lebenserfahrung bislang wenig sozialarbeiterische Hilfe in Anspruch genommen haben und ein anamnestisches Setting nicht gewohnt sind.

Der Bogen selbst ist vierseitig und umfasst die Bereiche Stammdaten, Umfeld, Wohnung, Ausbildung, Arbeitssituation, Einkommen, Ausgaben, Schulden, Hintergrund, Dokumente-Sachwalter-sonstige Infos, Kontakte und Ziele der Betreuung (siehe Anhang). Er wird handschriftlich ausgefüllt, was beim Ausfüllen m. E. eine bessere Kontaktmöglichkeit zur bewerbenden Person mit sich bringt als es der Blick auf den Monitor oder auf die Tastatur gestatten würde. Außerdem wird für jede volljährige Person ein extra Anamnesebogen angefertigt, was bei Paaren oder Familien eine Rolle spielt. Der Bogen ist nicht gendersensibel formuliert und darüber hinaus nur in deutscher Sprache vorhanden. Beides sind meiner Meinung nach gravierende Formfehler an dieser Methode.

Vor dem Ausfüllen sollte in der Regel der Hinweis auf den vorherrschenden Datenschutz erfolgen, der auch die Vernichtung des Fragebogens bei Nichtzustandekommens des Angebots nach bestimmter Zeit vorsieht.

Meiner Erfahrung nach sind einige BewerberInnen ob des Umfangs des Anamnesebogens überrascht, wenn sie den vierseitigen Bogen sehen. Diese Reaktion kann ich gut nachvollziehen, weil der Bogen in der Tat viele sehr persönliche Lebensbereiche thematisiert und dabei außer Acht lässt, dass eine ausreichende Vertrauensbasis zum/r SozialarbeiterIn beim Bewerbungsgespräch ja noch fehlt. Dem Gefühl des „Seelenstriptease“ und der Scham kann nur mit größtmöglicher Respekt vor der Erzählung der BewerberInnen und höchstmöglicher Transparenz im Hinblick auf die Weiterverwendung des Anamnesebogens begegnet werden.

Trotz seines Umfangs bleiben meist einige Bereiche des Anamnesebogens nur rudimentär beantwortet. Dies liegt zum einen an der bewussten oder unbewussten Vergesslichkeit der BewerberInnen, wobei ich absichtliches Verschweigen als durchaus legitimen Ausweg aus oben beschriebenem Gefühlsdilemma anerkenne. Zum anderen gibt es Bewerbungen, wo aufgrund der Biografie der BewerberInnen Lücken im Anamnesebogen entstehen. Das ist zum Beispiel bei der Frage nach dem (familiären) Umfeld so, wo die Beantwortung bei kinderlosen Personen üblicherweise recht knapp ausfällt. Letztendlich ist eine komplette Anamnese auch nicht für die Entscheidung zur Aufnahme ins Programm nötig, geht es doch um einen Gesamteindruck. Wichtige Daten sind formal gesehen neben den Stammdaten, die zur Abklärung dienen ob eine Person überhaupt in die Zielgruppe des Angebots fällt, die Anamnese der Wohnbiografie und der bestehenden Schulden, da sich daran der positive Anspruch auf eine neue Gemeindewohnung abschätzen lässt. Dies ist deshalb von Relevanz, da in der Regel der Bezug einer (neuen) Gemeindewohnung das erfolgreiche Ende der Betreuung darstellt.

Anhand des Anamnesebogens lässt sich meist ein guter Gesamteindruck über die BewerberInnen bekommen. Wobei dies weniger in der Kenntnis aller biografischen Daten liegt sondern bemerkenswerterweise durch den Eindruck, wie BewerberInnen mit der Methodik des Anamnesebogens zurecht kommen. Umgekehrt, denke ich,

bekommen auch die BewerberInnen einen Eindruck davon, wie SozialarbeiterInnen in der Einrichtung funktionieren. Sind sie penibel beim Ausfüllen? Glauben sie meiner Erzählung? Sind sie tolerant, wenn ich nicht alle Unterlagen mitbringe oder ein paar Minuten zu spät zum Termin komme? Ich meine, dass bis zu einem gewissen Grad nicht nur die BewerberInnen „auf dem Prüfstand“ stehen, sondern auch SozialarbeiterInnen sich präsentieren müssen und beobachtet werden. Wenngleich freilich mit weniger zu fürchtenden Konsequenzen als das bei BewerberInnen bei ablehnender Entscheidung der Fall ist. Vielleicht geht es vor allem aber um ein Bewältigen einer ersten gemeinsamen Aufgabe von SozialarbeiterInnen und BewerberInnen, nämlich dem Ausfüllen des Bogens, aus dem beide Seiten einen Eindruck des jeweiligen anderen gewinnen.

Dieser Eindruck wäre meiner Meinung nach gleich ein erstes Thema für eine Weiterarbeit, in der es über das gegenseitige Mitteilen der Eindrücke von einander und über den Austausch von Erwartungen und Wünschen zum Erarbeiten von konkreten Zielperspektiven kommen könnte. Leider kommt es in der Praxis nicht soweit. Dies deshalb, weil zwischen Bewerbungsgespräch und Einzug in eine Trainingswohnung im Durchschnitt zwischen 6-9 Monate liegen und der Kontakt während der Wartezeit bloß durch monatliche Telefonate aufrecht erhalten wird. So muss bei Betreuungsbeginn nach dem Einzug beim Erarbeiten von Zielperspektiven von vorne begonnen werden.

Manchmal passiert es, dass BewerberInnen nach einem Bewerbungsgespräch nur einen blassen Eindruck bei der/m Sozialarbeiter/in hinterlassen. Und dies vielleicht trotz vieler Informationen am Anamnesebogen. Besonders in diesen Fällen bewährt sich der Umstand, dass einige KollegInnen miteinander ein Bürozimmer teilen und man um die Schilderung des Eindrucks des/r anderen Kollegen/in bitten kann. Wo in vielen Fällen bei intensiven Beratungsgesprächen die Anwesenheit einer unbeteiligten dritten Person im Büro störend sein kann, erweist sich hier als Glücksfall.

Ein großer Nachteil des Anamnesebogens liegt in der Art der Methodik selbst. Um Dongus und Uetz zu zitieren, erfordert das Ausfüllen des Anamnesebogens von der betroffenen Person „eine ausreichende Konzentrationsfähigkeit, ein gewisses

Problembewusstsein sowie ein gutes Sprachvermögen“ (Heiner 2003:247). Ich würde noch als Voraussetzung die Einigung auf eine gemeinsame Sprache hinzufügen, dies ist gerade bei BewerberInnen aus den osteuropäischen Staaten mangels slawischer Sprachkenntnisse des Teams ein schwieriges Problem. Möglicherweise wäre es lohnend auch andere Methoden der Exploration im sozialarbeiterischen „Handgepäck“ bei Bewerbungsgesprächen mitzuführen um obigen Problemen bei der Durchführung aus dem Weg zu gehen und den Bedürfnissen des Klientels mehr entgegen zu kommen.

Weiters halte ich schriftliche Methoden eigentlich bei Bewerbungsgesprächen in manchen Punkten für kontraproduktiv. Weckt doch ein schriftliches Formular eher abschreckende denn motivierende Assoziationen, schlimmstenfalls möglicherweise Erinnerungen an vergangene Prüfungen oder an Erfahrungen des Scheitern im Umgang mit der Bürokratie auf Ämtern oder Behörden. In diesen Fällen würde der vorhandene Stress bei Bewerbungen noch zusätzlich aufgrund der gewählten Diagnostikmethode erhöht werden und unter Umständen zu falschen Einschätzungen führen. Überlegenswert ist, ob nicht das Ausfüllen des Anamnesebogens bereits im Vorfeld einer Bewerbung passieren könnte, indem die Bewerbungsunterlagen auf Wunsch bereits per Post vorher zugeschickt werden. Dies würde nicht nur Stress reduzieren, sondern auch Zeit für andere Themenschwerpunkte beim Bewerbungsgespräch bringen (vgl. Köhlerschmidt in Heiner 2003:299).

Wie sich bei näherem Hinsehen zeigt ist, ist der Einsatz des Anamnesebogens im Betreuten Wohnen durchaus kritisch zu hinterfragen. Vieles spricht durch den hohen Gewinn an biografischen Daten für seine Verwendung. Dies soll aber nicht über seine Mängel hinwegtäuschen. M.E. sinnvoll wäre es über den Einsatz alternativer Diagnosemethoden zu diskutieren. Meine Hauptkritik an der Methode liegt aber daran, dass systemische Überlegungen kaum bei der Verwendung des Bogens Beachtung finden und wenig Zeit für die Erarbeitung der Problemdefinition verwendet wird. Schließlich ist das gemeinsame Ausfüllen eines Anamnesebogens bereits als wertvolle Intervention zu sehen, deren positive Effekte mehr genutzt und deren negative Auswirkungen mehr berücksichtigt gehören.

4.2 Der Hausbesuch

Das Konzept des betreuten Wohnens sieht regelmäßige Hausbesuche bei den BewohnerInnen der Trainingswohnungen vor. Aufgrund des zur Verfügung stehenden Personals (sieben SozialerarbeiterInnen) und den vertraglichen Rahmenbedingungen mit der Gemeinde Wien ist die Frequenz mit 2 Hausbesuchen pro Monat eingegrenzt. Eine höhere Betreuungsintensität ist nur in Ausnahmefällen (z.B. im Krisenfall als Stabilisierungsmaßnahme) möglich, eine darunter liegende Häufigkeit würde die vertragliche Verpflichtungen gegenüber der Gemeinde Wien als Subventionsgeberin verletzen. Die Hausbesuche finden grundsätzlich untertags zu vorher gemeinsam vereinbarten Terminen statt, bei berufstätigen Personen auch abends. Jeder Hausbesuch wird im Anschluss im Büro EDV unterstützt dokumentiert. Da jede/r SozialarbeiterIn für bestimmte Wohnungen in Wien zuständig ist, ergibt sich daraus auch die kontinuierliche Betreuungszuständigkeit für die jeweiligen BewohnerInnen. BetreuerInnenwechsel sind nur in Ausnahmefällen (aus fachlichen Gründen, während Urlaubs- oder Krankenstandsvertretungen, bei Personalwechsel) möglich. Nur in Ausnahmefällen finden die Betreuungskontakte außerhalb der Wohnung z.B. im Büro oder in einem Café statt. Damit ist die Kontinuität der Betreuung gewährleistet und der Rahmen der Hausbesuche klar und transparent für alle Beteiligten vorgegeben.

Der Wert des Hausbesuchs als Methode der sozialen Diagnostik liegt eindeutig in der Unmittelbarkeit, in der die Betreuungsperson Einblick in die aktuelle Lebenssituation des/r Bewohner/in erhält. Der Hausbesuch macht einen Perspektivenwechsel möglich, was Pantucek sogar als Markenzeichen der sozialarbeiterischen Profession bezeichnet (2005:28). Dieser Wechsel liegt zum einen in der Umkehrung des Hilfeweges. Nicht die BewohnerInnen kommen bei Bedarf ins Büro, sondern die Betreuungspersonen leisten buchstäblich nachgehende Sozialarbeit. Dadurch drückt m. E. auch eine wertschätzende und respektvolle Haltung gegenüber den BewohnerInnen aus. Zum anderen ändert sich auch der Handlungsspielraum zwischen den Beteiligten. Die KlientInnen haben Einfluss auf das Setting des Kontakts (z.B. Räume ich die Wohnung vorher auf? Biete ich etwas zum Trinken an oder nicht? etc.) und können sich aktiver an der Inszenierung des Kontakts beteiligen.

Wobei die Inszenierung bereits bei der Frage beginnt, ob die betroffene Person zum vereinbarten Zeitpunkt überhaupt zuhause ist. Ich denke, dass auch der Nicht-Kontakt Ausdruck der aktuellen Lebenssituation ist. Die Entscheidung dem/r BetreuerIn lieber aus dem Weg zu gehen, kann viele Ursachen haben, von Schuldgefühlen angefangen, weil die vereinbarten Ausmachungen nicht erledigt wurden, über das Schamgefühl bei Rückfällen mit Alkohol oder anderen Suchtstoffen, bis hin zu Gründen, die außerhalb des konkreten Betreuungsverhältnisses liegen wie beispielsweise Änderungen im sozialen oder familiären oder beruflichen Umfeld. Auch die Art und Weise der Absenz spielt eine Rolle. Rufen KlientInnen vorher im Büro an und entschuldigen sich für den Termin? Werden in akuten Fällen einfach handschriftliche Zettel an der Tür hinterlassen? Gibt es gar keine vorangehende Reaktion und sind KlientInnen einfach nicht da (und in diesen Momenten oft auch nicht am Handy erreichbar)? Die Absenz hat immer einen (guten) Grund und kann wertvolle Hinweise für eine diagnostische Einschätzung geben.

Hausbesuche können in unterschiedlichen Betreuungssituationen erfolgen und ihr Verlauf ist mitunter sehr stimmungs- und tageszeitabhängig. Besonders in schwierigeren Zeiten der Betreuung, wo z. B. Krisen zu bewältigen sind und/oder Konflikte mit dem/r BewohnerIn ausgefochten werden, wird der Kontrollaspekt eines Hausbesuches zum Thema und es kommt zum Rollenwechsel auf beiden Seiten. Die KlientInnen verändern die Inszenierung ihre GastgeberInnenrolle, die Betreuungsperson unterstreicht möglicherweise den Kontrollaspekt des Hausbesuchs. Bestenfalls ist sich zumindest die Betreuungsperson dieses inszenierten Machtsspieles bewusst und kann in professioneller Weise geeignete Interventionen setzen.

Im Sinne einer diagnostischen Methode bieten Hausbesuche eine Unzahl an Informationen über das Lebensumfeld der KlientInnen. Ich verweise dazu nur auf den Beobachtungsleitfaden, den Pantucek in seinem Buch anführt (Pantucek 2005:110). Doch auch hier stellt sich die Frage nach der gemeinsamen Interpretation des Wahrgenommenen. Auf welches gemeinsames Bild können sich Betreuungsperson und betreute Person einigen? Diese Aushandlungsphase kann sehr konkrete Themen umfassen: Ist die Wohnung genügend aufgeräumt/sauber? Sind alle

Vereinbarungen, die beim letzten Hausbesuch getroffen wurden, auch erledigt? Wieso wohnt hier offenbar eine weitere Person unangemeldet? Warum gibt es regelmäßig Streit mit den Nachbarn? Sind alle Erlagscheine einbezahlt worden? Die Kunst des Hausbesuchs liegt dann für die Betreuungsperson in der Abwägung, ob dem/r Bewohner/in das Recht auf einen individuellen Lebensstil zugestanden wird, oder ob andere Interessen (der Caritas, der Hausgemeinschaft...) eine übergeordnete Rolle spielen und eine Verhaltensänderung eingefordert wird.

Obwohl Hausbesuche zusammenfassend meiner Meinung nach als diagnostische Methode eine große Chance bieten, zu sehr treffenden Einschätzungen über die Lebenssituation und den Ist-Stand der Betreuung zu gelangen, liegt darin gleichzeitig auch ihre Gefahr. Gerade die Fülle an Eindrücken und Informationen, die SozialarbeiterInnen bei Hausbesuchen bekommen, verleitet dazu, wahlweise buchstäblich naheliegende Details herauszupicken und diese zu thematisieren und den Blick für die Gesamtheit des Fallverlaufs aus den Augen zu verlieren.

5 Resümee

Anhand obiger Überlegungen zu den beiden praktischen Methoden sind die Chancen und Risiken vom Versuch kontrollierter Diagnostik in der Praxis gut erkennbar. Ich möchte sie abschließend punktuell anführen.

- **Soziale Diagnosen sind veränderliche Momentaufnahmen**

Fallsituationen übernehmen oft rasch eine erstaunliche Wendung. Plötzlich ergibt sich eine neue Faktenlage oder unvorhergesehene Einflüsse von außen verändern die Sach- und Beziehungslage. Wenige Methoden der Sozialdiagnostik tragen diesem Umstand Rechnung. Viele Methoden werden nur einmal zu Beginn der Betreuung (z.B. der Anamnesebogen) angewandt. Manche Betreuungen folgen Pauls Forderung nach einer Eingang-, einer Verlaufs- und einer Abschlussdiagnostik. Die Methode des Hausbesuch bietet hier eine erfreuliche Ausnahme. Wobei kritisch angemerkt werden muss, dass die Problematik selten an der Diagnosemethode selbst liegt, sondern deren mehrmalige Anwendung einfach konzeptionell in der Arbeit nicht vorgesehen ist.

- **Soziale Diagnostik stellt keine Persönlichkeitsdiagnosen**

Methoden der sozialen Diagnostik dürfen nicht auf die Erstellung von Persönlichkeitsprofilen abzielen (vgl. Pantucek 2005:219). In den beiden untersuchten Methoden ist diese Abgrenzung nicht immer so leicht zu treffen. Besonders der Anamnesebogen verleitet durch seine Biografielastigkeit dazu, anstelle der gesamten Lebenssituation einer bewerbenden Person einzelne biografische Details als Ausgangsbasis für eine Einschätzung herzunehmen. Hier empfiehlt sich, sich sehr bewusst die Unterscheidung zwischen KlientIn und Fall vor Augen zu halten, wobei sich soziale Diagnostik strikt am Fall zu orientieren hat.

- **Soziale Diagnostik vereinfacht und differenziert gleichzeitig**

Jede Betreuung / jede Fallarbeit enthält eine unendliche Sammlung an Informationen. So komplex die Lebenswelt der KlientInnen ist, so unmöglich lässt sich der wahre Kern eines Problems herauslesen. Will soziale Diagnostik erfolgreich sein, müssen SozialarbeiterInnen zwangsläufig Informationen über den Fall sortieren, bewerten oder auch weglassen, bestenfalls „vergessen“. Dies mag paradox klingen, weil soziale Diagnostik ursprünglich auf einen erweiterten Erkenntnisgewinn abzielt. Sie müssen gleichsam ihre „Diagnosebrille“ aufsetzen und die Komplexität des Falls künstlich reduzieren, um mit der betroffenen Person gemeinsam Diagnosearbeit überhaupt leisten zu können. Dabei besteht einerseits die Gefahr, dass SozialarbeiterInnen darauf vergessen ihre Diagnosebrille wieder abzulegen und das Klientel nur mehr mit einem diagnostischen Blick wahrzunehmen. Hier wäre bestimmt eine Auseinandersetzung mit ethnopsychoanalytischen Theorien fruchtbringend (vgl. Adler 1993:22). Andererseits liegt eine große Verantwortung darin, sich der Verkürzung bewusst zu sein.

- **Soziale Diagnostik soll die betroffene Person miteinbeziehen**

Soziale Diagnostik hat prinzipiell zwei Möglichkeiten. Sie kann auf die Einbeziehung der betroffenen Person verzichten und trotzdem versuchen im Rahmen der Interpretation von Informationen zu Erkenntnissen zu gelangen. Aus bereits oben erwähnten Gründen läuft sie dabei Gefahr, einer zu starken Wahrnehmungsverzerrung zu unterliegen, sodass das Diagnostikergebnis verfälscht oder unbrauchbar wird. Die andere Möglichkeit ist es, die betroffene Person bewusst in den Prozess miteinzubeziehen und damit die KlientInnen - Wirklichkeit stets im Auge zu behalten. Wie gut beim Anamnesebogen ersichtlich wurde, ergeben sich

aus dieser Vorgehensweise allerdings klientInnenspezifische Anforderungen an die Diagnosemethode. Dazu zählen die Bedingungen, dass die Methoden auf das jeweilige Klientel und die jeweilige Situation adaptierbar und für die KlientInnen . leicht handhabbar und durchschaubar sein sollen.

6 Literaturverzeichnis

6.1 Gedruckte Quellen

Adler, Matthias (1993): Ethnopsychanalyse. Das Unbewusste in Wissenschaft und Kultur, Stuttgart, New York

Foerster, Heinz von (1988): Abbau und Aufbau, in: Simon, F.B. (Hrsg.): Lebende Systeme, Berlin, Heidelberg, New York

Geißler-Piltz, Brigitte (2005): Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der klinischen Sozialarbeit, Münster

Heiner, Maja (2004): Diagnostik und Diagnosen in der sozialen Arbeit. Ein Handbuch, Berlin

Kleve, Heiko (2003): Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne. Grundlegungen und Anwendungen eines Theorie- und Methodenprogramms, Freiburg im Breisgau

Kubinger, Klaus D. / Jäger, Reinhold S. (Hrsg) (2003): Schlüsselbegriffe der psychologischen Diagnostik, Weinheim, Basel und Berlin

Kubinger, Klaus D. (1996): Einführung in die Psychologische Diagnostik, 2. Auflage, Weinheim

Pantucek, Peter (2005): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit, Wien, Köln, Weimar

Pauls, Helmut (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung, Weinheim, München

Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (1974): Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels, Bern, Stuttgart, Wien

6.2 Internetquellen

Freie Enzyklopädie Wikipedia: Psychologische Diagnostik, 2006-02-12,

www.de.wikipedia.org/wiki/Psychologische_Diagnostik

Kersting, Heinz J. (o.A.): Intervention. Die Störung unbrauchbarer Wirklichkeiten, in:
Das gepfefferte Ferkel, 2006-02-11, Online-Journal für systemisches Denken und
Handeln, www.ibs-networld.de/ferkel

Völckl: Der Deming Kreis, 2006-02-12, www.tqm-voelkl.de/demingkreis.htm

7 Anhang