

Universität Bielefeld  
Fakultät für Erziehungswissenschaft

# **Diagnose und Fallverstehen in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe**

Diplomstudiengang Erziehungswissenschaft

*Diplomarbeit*

1. Gutachter: Prof. Dr. Holger Ziegler
2. Gutachter: Simon Mohr

Lars Schünke

März 2017

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
<b>I. Darstellung der Theorie</b>	
1. Sozialpädagogische Diagnose – Diskussionsfaktoren/Pole innerhalb der fachlichen Diskussion .....	8
1.1 Geschichte der Diagnose und des Fallverstehens in der Sozialen Arbeit .....	8
1.2 Sozialpädagogische Diagnose in der professionellen Sozialen Arbeit .....	10
1.3 Begriffsbestimmung.....	13
1.4 Zur Notwendigkeit von Diagnose und diagnostischem Fallverstehen.....	16
1.5 Zusammenfassung.....	18
2. Theoretische Konzepte von Diagnose.....	20
2.1 Multiperspektivische Fallarbeit nach Burkhard Müller .....	21
2.2 Psychosoziale Diagnostik nach Viola Harnach .....	24
2.3 Sozialpädagogische Familiendiagnosen nach Uwe Uhlendorff, Stephan Cinkl und Thomas Marthaler .....	28
2.4 Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamtes .....	31
2.5 Die vier Konzepte im Überblick .....	34
2.6 Der Integrative Ansatz nach Maja Heiner.....	38
2.7 Herausforderungen an Diagnostik .....	40
3. Die Diskussion der Professionalisierung, des pädagogischen Handelns und der Wirkungsforschung im Zusammenhang mit Diagnose.....	46
3.1 Professionalisierung .....	46
3.2 Wirkfaktoren und Wirkungen in der Heimerziehung .....	49
3.3 Pädagogisches Handeln und Diagnostik .....	52

4.	Die (teil-)stationäre Kinder- und Jugendhilfe und ihre Bezüge .....	54
4.1	Grundsätzliche Überlegungen zum Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in unserer Gesellschaft .....	54
4.2	Die Familie als primäre Sozialisationsinstanz - Elterliches Erziehungs- und Beziehungsverhalten .....	56
4.3	Schutz- und Risikofaktoren in der kindlichen Entwicklung .....	61
4.4	SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) .....	63
5.	Zwischenresümee und erste Ergebnisse.....	67

## **II. Theorie und Praxisverknüpfung**

6.	Ein Blick in die Kinderliteratur.....	72
6.1	Ein Lausebub - Michel aus Lönneberger von Astrid Lindgren .....	73
6.2	Eine Bubengeschichte - Max und Moritz von Wilhelm Busch .....	74
7.	(Teil-)stationäre Kinder- und Jugendhilfe und ihre Diagnostikfelder .....	76
8.	Beispiele von Diagnose aus der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe.....	79
8.1	Aufbau der Berichte .....	81
8.2	Ergebnis aus dem Analyseraster 1 .....	84
8.3	Methoden .....	85
8.4	Erziehungsplanung nach Erich Hirschfeld.....	85
8.5	Passung der Maßnahme (Jugendhof Gotteshotte in Porta Westfalica).....	88
8.6	FamilienAktivierungsManagement (FAM) .....	89
8.7	Zusammenfassung.....	90
9.	Methoden im Umfeld von Diagnostik in der (teil-)stationären Kinder und Jugendhilfe .....	92
9.1	Genogrammarbeit - Arbeit zur Familiengeschichte.....	92
9.2	Interaktionsbeobachtung .....	95
9.3	Bindungs- und Traumapädagogik.....	96

9.4	Marte Meo nach Maria Aarts .....	97
10.	Abschließende Betrachtung und Ausblick .....	99
	Glossar .....	104
	Literaturverzeichnis .....	106
	Danksagung .....	119

Anhang

Eidesstattliche Erklärung

## Einleitung

*„First we collect our material, next we compare each part with all the other parts, and then we interpret it. This last is diagnosis.“*

*Mary E. Richmond*

Schon Mollenhauer benennt in seinem Buch „Einführung in die Sozialpädagogik“ die Aspekte von Fürsorge, Planung und Diagnose (vgl. Mollenhauer 2001, S. 98 ff.). Er benennt Diagnose als Teil des Erziehungsprozesses. Mit der Aufnahme von Kindern und Jugendlichen in Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen stellt sich für eine Einrichtung damit *immer* die Frage nach einer Diagnose oder ist sogar Hauptauftragsgrund für die Aufnahme, z.B. bei einer Aufnahme in eine Diagnose- und Abklärungsgruppe oder bei einer Aufnahme von gesamten Familien vor dem Hintergrund möglicher Kindeswohlgefährdung bzw. des Abwendens davon und der Frage nach den Ressourcen und Empfehlungen.

Der Diagnosebegriff ist von seiner Geschichte her immer wieder innerhalb der Sozialen Arbeit Gegenstand von Professionalisierungsfragen gewesen. So stehen die Fragen des Begriffes, der Haltung (Stichwort Aushandlung innerhalb der Hilfeplanung) und schließlich des Konzeptes einer Diagnostik im Zentrum der Auseinandersetzung. Vor allem in den letzten Jahren (aufgrund der neuen §8a SGB VIII-Gesetzgebung und den durch die Presse stark thematisierten Fällen von Kindeswohlgefährdungen) bestimmt das Thema über Diagnostik im Rahmen der Entscheidung für Hilfen zur Erziehung die Diskussion.

Bastian (2012) stellt in seinem Text die Unterscheidung zwischen actuarialistischen, konsensualen und konsens-basierten klassifikatorischen Verfahren heraus. Aus dieser Unterscheidung und der Schlussfolgerung hieraus leitet er ab, dass „*angemessene* Diagnosen vornehmlich Anknüpfungspunkte für hilfreiche Interventionen bieten, ein Ansinnen, das mit statistischen Verfahren möglicherweise nicht zu erreichen ist“ (Bastian 2012, S. 262). Schrödter (2003b, S. 5) nennt Klassifikationssysteme für die

unmittelbare Praxis unbrauchbar und spricht sich für eine Trennung zwischen diagnostischer Klassifikation und diagnostischem Fallverstehen aus. Somit steht für die Praxis pädagogischen Handeln und der Frage nach einer Diagnostik innerhalb schon laufender Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen eindeutig die Frage nach diagnostischem Fallverstehen im Zentrum der Arbeit (vgl. Heiner 2015).

*Hypothese dieser Diplomarbeit ist, dass Diagnose bzw. diagnostisches Fallverstehen im Rahmen der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe ein Konstrukt darstellt. Es setzt sich aus verschiedenen Handlungs- und Reflexionsebenen zusammen und bedarf Haltungen und Methoden zur konsequenten und professionellen Umsetzung. Diagnose bedeutet eine Form professionellen pädagogischen Handelns und ist unabdingbar.*

Innerhalb der Diplomarbeit wird anhand einer Literaturanalyse und einer Auswertung von Berichten aus der Praxis der Frage nachgegangen, (a) warum Diagnose unverzichtbar ist für Professionelles Handeln in der (teil-) stationären Kinder- und Jugendhilfe, (b) welche Bedeutung Diagnostik bzw. diagnostisches Fallverstehen für die praktische Arbeit anhand der Literatur und der Praxisverknüpfung hat und (c) welche Diagnostikfelder im Zentrum einer solchen stehen.

## **Zum Aufbau der Arbeit**

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile: Im ersten Teil (2/3) wird die Theorie dargestellt und im zweiten Teil (1/3) eine Theorie-Praxisverknüpfung vorgenommen.

Die Darstellung der Theorie orientiert sich an den aktuellen Diskussionspolen innerhalb der fachlichen Diskussion (Kapitel 1), danach folgen theoretische Konzepte (Kapitel 2). In Kapitel 3 werden Diagnose und Fallverstehen in professionstheoretischen Bezügen, Wirkfaktoren und Wirkungen sowie pädagogisches Handeln beschrieben. Kapitel 4 befasst sich mit Kinder- und Jugendhilfe, die in (gesellschaftlichen) Bezügen stattfindet und das Aufwachsen von unterschiedlichen Bedingungen

geprägt ist. Zum Abschluss des rein theoretischen Teils werden ein Zwischenresümee und erste Ergebnisse formuliert (Kapitel 5).

Der zweite Teil der Diplomarbeit startet mit einem Blick in die Kinderliteratur (Kapitel 6), bevor auf die Diagnostikfelder der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe eingegangen wird (Kapitel 7). Es folgt anhand von drei Beispielberichten aus der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe eine theoretische Analyse dieser (Kapitel 8) und es folgen einzelne Methoden aus der Praxis, die in Bezug zu der vorhergehenden Analyse stehen (Kapitel 9).

Abschließend rundet eine Endbetrachtung mit Ausblick die Diplomarbeit ab (Kapitel 10).

# **I. Darstellung der Theorie**



# **1 Sozialpädagogische Diagnose - Diskussionsfaktoren / Pole innerhalb der fachlichen Diskussion**

## **1.1 Geschichte der Diagnose und des Fallverstehens in der Sozialen Arbeit**

Mary E. Richmond beschreibt ihren Prozess der Diagnose ausführlich in einzelnen Kapiteln und liefert 1917 mit etwas über 500 Seiten ein erstes beeindruckendes Werk zur Sozialen Diagnose ab.

„First we collect our material, next we compare each part with all the other parts, and then we interpret it. This last is diagnosis”  
(Richmond 1917, S. 363).

Richmond ist damit auch Wegbereiterin der Einzelfallhilfe. Salomon (1926) führte mit ihrer Übertragung des Lehrbuches Richmonds den Begriff der Sozialen Diagnose in Deutschland innerhalb der Sozialarbeit und Sozialpädagogik ein. Dienten diese ersten Professionalisierungsansätze Sozialer Arbeit vor allem bei Salomon noch der Vorbereitung für eine medizinische Diagnostik, lieferten sie doch erste Ansätze, worauf letztendlich das Case-Work aufbaute.

Kuhlmann (2004, S. 17 ff.) zählt fünf Schritte nach Salomon auf, in denen sich Diagnostik vollzieht:

1. Zuerst sollten Erkundigungen eingezogen werden, um darüber schon erste Hypothesen zu bilden.
2. Um den Klient zu befähigen bedarf es einer Ressourcenermittlung.
3. Probleme sind oft lediglich Symptome und keine „Krankheiten“. Sie bedürften einer stellvertretenden Deutung.
4. Eine Darstellung und Bewertung hat im Hilfeplan stattzufinden, „so dass gemeinsam eine Entscheidung gefällt und/oder ein Hilfeplan erarbeitet werden kann“ (Kuhlmann 2004, S. 19).

5. Wichtig ist eine Evaluation<sup>1</sup>, wobei die Art der „Erfolgs-Messung“ in jeder Hinsicht kritisch bleibt.

Da diese Art der Diagnose bei Salomon und Richmond noch als Vorbereitung zu einer medizinischen Diagnose diente, führte sie in Deutschland in den 1920er Jahren letztlich zum Bruch, hin zu einer Rassen- und Selektionsdiagnostik (vgl. Schrapper 2004, S. 41).

Die Soziale Arbeit blickt als wesentliches Element auf die Hermeneutik<sup>2</sup> zurück, in Abgrenzung zu anderen Professionen. Gerade diese verschafft mit Blick auf eine Perspektive der Einzelfalldiagnostik eine Methodenentwicklung, neben damaligen Anlehnungen und Wurzeln aus der Medizin und Psychologie (vgl. Schrapper 2004, S. 41). Auf Richmond und Salomon aufbauend folgten dann immer wieder Versuche, „systematisches Wissen und methodische Konzepte der praktischen Anwendung zu entwickeln, die durch fundierte Diagnosen einen besseren Einblick und sichere Vorhersagen erlauben sollten“ (Schrapper 2004, S.41).

Mit Zäsur des zweiten Weltkrieges wurden 1945 amerikanische Sozialarbeitermethoden nach (West-) Deutschland importiert, wobei die vormals entwickelten Entwicklungslinien hierbei vorerst verloren gingen. Erst die Heimkampagnen der 1960er Jahre führten zu einer Rückbesinnung und Neuorientierung in der Sozialen Arbeit bezogen auf ihre Konzepte und Methoden, so auch in der Frage der Diagnostik. Die Jugendfürsorge, heutige Kinder- und Jugendhilfe, bildete hierbei von Beginn an ein zentrales Arbeitsfeld (vgl. Schrapper 2004, S. 42). Erst mit zunehmender Reflexion über die Notwendigkeit von Diagnostik wurde sich innerhalb der professionellen Diskussion hierüber der Hermeneutik, den in ihren Anfängen entwickelten Methoden und Konzepten und der sozialpädagogischen Kasuistik rückbesinnt, die „zu verstehen versucht, inwiefern Gehalte eines Einzelfalls bedeutsam sind für begründete und mit Perspektiven ausgestattete Entscheidung“ (Hörster 2012, S. 677).

---

<sup>1</sup> Evaluation meint in der Sozialen Arbeit die systematische Überprüfung und Bewertung von Handlungsweisen zur zielgerichteten Überprüfung und Weiterentwicklung (vgl. Merchel 2010).

<sup>2</sup> Hermeneutik ist die Kunstlehre des Verstehens. Standen ursprünglich historisch-literarische Texte im Fokus und das Verstehen von „Zeichen“ (z.B. Texte, Bilder, Musik, Kunst), bezieht sie bezogen auf die Soziale Arbeit die *Erziehungswirklichkeit* mit ein (vgl. z.B. Gudjons 2003, S. 56 f., Koller 2006, S. 200 ff.).

## 1.2 Sozialpädagogische Diagnose in der professionellen Sozialen Arbeit

Schrödter (2003a, 2003b) beschreibt als Professionalisierungsfunktion die Diagnose und Klassifikation für Professionen als unhintergebar. Der Anspruch auf Erhebung als Profession geht einher mit Klassifizierung, da sich Professionelle an wissenschaftlichen Kriterien orientieren. Im Gegensatz zum Orakel, das schon als Deutungsmöglichkeit in antiken Zeiten benutzt wurde, wird hierbei die Logik benutzt. Jegliche Form von Wissensanwendung bedeutet schon „die Subsumtion des noch Unbekannten unter das Bekannte“<sup>3</sup> (Schrödter 2003a, S. 88). Da wo Probleme unterschieden werden und deren Schlussfolgerungen unterscheidbar gemacht werden, beginnt schon die Klassifikation. Wäre Klassifikation nicht notwendig, müsste auf solche Arbeitsformen verzichtet werden.

Neben der Unhintergebarkeit von Diagnose und Klassifikation ist eine weitere These Schrödters in seinen beiden Texten von 2003 wichtig. Unterschieden werden muss die Trennung zwischen der Praxisarbeit und der theoretischen, wissenschaftlichen Form. Sozialpädagogische Professionalität benötigt beide Anteile: diagnostisches Fallverstehen und diagnostische Klassifikation (Schrödter 200b, S.5). Wie in Abbildung 1 grafisch dargestellt, gibt es eindeutige Unterscheidungsmerkmale beider Herangehensweisen. Beide haben für sich genommen einen „Exklusivstatus“ und sind nicht miteinander zu vermischen, bezogen auf die Professionalisierungsdebatte aber auch nicht voneinander zu trennen. Klassifikationssysteme sind zur Methodisierung von Wissen und Feststellung bzw. Diagnose einer Problemkonstellation nach heutigen Wissenschaftsstandards unumgebar. Eine diagnostische Subsumtion von Problemstellungen bedarf jedoch immer des diagnostischen Fallverstehens, da ansonsten bzgl. der Ursachenanalyse und eines möglichen Behandlungsplanes in Form von (sozial-) pädagogischer Intervention oder Therapie keinerlei Aussage getroffen werden kann. „Wissen ist also Routine, und entsprechend Wissensanwendung ein Problem der Subsumtion des krisenhaften Neuen unter die Routine“ (Schrödter 2003b, S. 3). Somit erfordert professionelles Handeln die Fähigkeit des Zuganges zum Einzel-

---

<sup>3</sup> Subsumtion bedeutet die Unterordnung von Begriffen unter einen Oberbegriff und führt zu Klassifikation einzelner Kriterien.

fall über diagnostisches (Einzel-) Fallverstehen und die Möglichkeit, subsumierte Kriterien aus einer Klassifikation heraus als Orientierungspunkte zu verwenden.

„Subsumtion ist nämlich prinzipiell nicht standardisierbar, somit auch nicht algorithmisch programmierbar, sondern setzt hermeneutisches Fallverstehen zwingend voraus“ (Schrödter 2003a, S. 88).

Schrödter (2003b) führt als Beispiel die Vorstellung bei einem Arzt an, wo im Voraus schon eine Diagnose gestellt wurde. Dieser Arzt wird nicht aus Ignoranz bzw. Misstrauen eine eigene Einschätzung vornehmen, sondern weil Klassifikation lediglich eine Orientierungsgröße darstellt und für die Interventionspraxis völlig ungeeignet ist (Schrödter 2003b, S. 5).

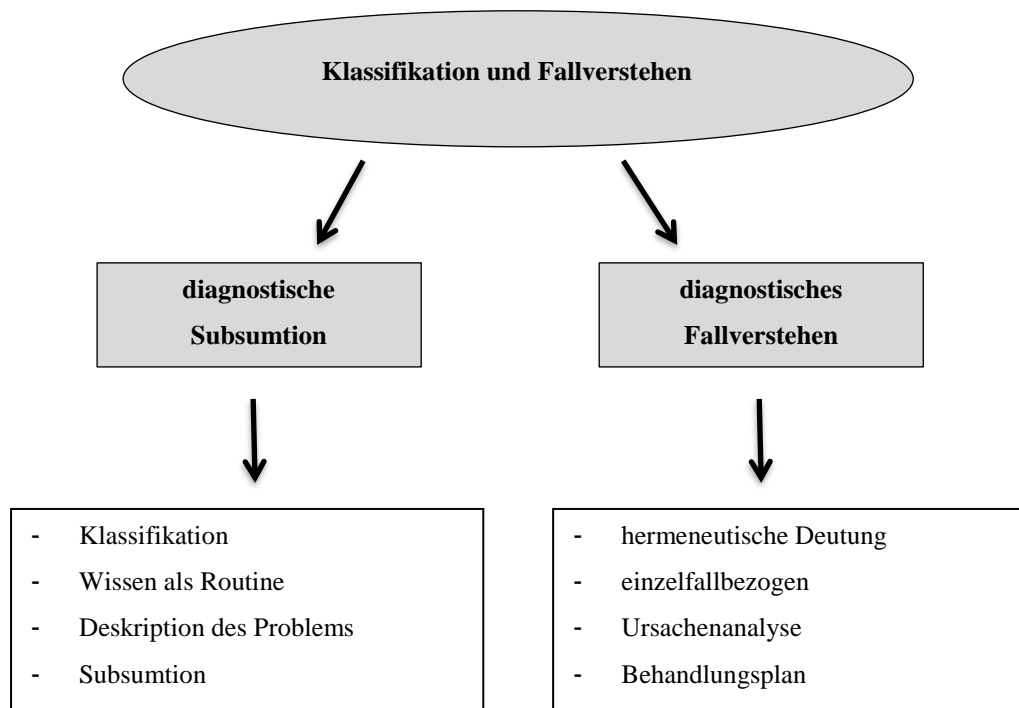


Abbildung 1: Unterscheidung Subsumtion und Fallverstehen (eigene Abbildung, vgl. Schrödter 2003a, 2003b)

Zu der Unterscheidung zwischen klassifikatorischen Verfahren und Methoden des Fallverstehens unterscheidet Bastian (2012, S. 252) darüber hinaus die bekannten konsensualen (interpretativen) Verfahren und actuarialistische (versicherungsmathematische) Verfahren. Er geht in seinem Text der Frage nach, inwieweit eine statistische Methodik ggf. sogar eine genauere Aussage zu einer möglichen Kinderschutzsituation treffen kann. Sein Ergebnis, hergeleitet aus im nicht deutschsprachigen Raum durchgeführten Forschungen, hätten dieses bestätigt. Weiter sagt er allerdings auch, „stattdessen sollten *angemessene* Diagnosen vornehmlich Anknüpfungspunkte für hilfreiche Interventionen bieten, ein Ansinnen, das mit statistischen Verfahren möglicherweise nicht zu erreichen ist“ (Bastian 2012, S. 262). Theoretisch und innerhalb der Diskussion ist interessant, inwieweit ein neuer Diskussionsstrang, der der actuarialistischen Verfahren, eingeführt wird.

„Eine angemessene Form der Diagnose wiederum, definiert als eine Diagnose, die den professionellen Akteur bzw. Akteurin handlungsfähig hinsichtlich einer Interventionsplanung macht, kommt keineswegs ohne den Einzelfall und ohne weitergehende Informationen über biographische Ursachen und die komplexen Zusammenhänge der Belastungen ihrer AdressatInnen aus“ (Bastian 2012, S. 264).

Heiner (2015, vgl. S. 285) unterstützt die Notwendigkeit von Klassifikation mit dem Hinweis, dass jedes Handeln eine Reduktion von Komplexität erfordert und nicht die Frage der Nutzung von Klassifikationssystemen, sondern auf deren richtigen Zuordnung beruht.

Uhlendorff et al. (2008, S. 211) sprechen ebenfalls davon, dass ein Mittelweg - an ihrem Beispiel dem der Sozialpädagogischen Familiendiagnosen - zwischen subsumtionslogischen Vorgehen und ausschließlicher Einzelfallbetrachtung einzuschlagen ist. Durch das „unterscheiden“ und „auseinander erkennen“ innerhalb der Diagnose als analytisches Vorgehen, findet auch immer eine Systematisierung und ein Vergleich statt: „Die sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnose kommt also ohne Kategorien, Begrifflichkeiten und Typologien nicht aus“ (Uhlendorff et al. 2008, S. 211).

Braun, Graßhoff und Schweppe beschreiben in ihrem Buch „Sozialpädagogische Fallarbeit“ an einer Stelle die Dimensionen sozialpädagogischer Fälle (2011, S. 26 ff.). Bezogen auf die Zeit- und Prozessdimension hinterfragen sie kritisch die als Interventionsverfahren beschriebene Abfolge von Anamnese, Diagnose, Intervention und begründen, mit Hinweis auf die fortwährende Veränderung der Falldynamik, solche Prozesse als zirkuläre Prozesse zu verstehen. Damit weisen sie auf ein Verständnis von Diagnostik, dass hypothesengeleitet und nicht festgeschrieben verstanden wird und sie somit das Verstehen des Falles in den Vordergrund rücken.

„Da sich Fälle der sozialen Arbeit jedoch meist nicht unmittelbar in dieser Spezifität und Komplexität darstellen, nehmen Analyse, Rekonstruktion und vor allem das Verstehen der Lebenswelt der Klient(inn)en eine zentrale Stellung ein, um ein an sinnhaften Strukturen orientiertes Handeln entwickeln zu können“ (Braun et al. 2011, S. 31).

Die Diskussion um Anwendung statistischer Verfahren ist nicht Gegenstand dieser Diplomarbeit. Sie fokussiert den Praxisansatz und damit den hermeneutischen und die Frage nach Klassifikationssystemen. Eine Einbeziehung der Diskussion um statistische Verfahren, würde den Rahmen dieser Arbeit überfordern und eine anderen Fragestellung, Gliederung und Herangehensweise bedeuten.

### **1.3 Begriffsbestimmung**

Diagnose im Allgemeinen meint das Feststellen, Prüfen und Klassifizieren von Merkmalen mit dem Ziel der Einordnung zur Gewinnung eines Gesamtbildes. In der Biologie wird z.B. die Systematik zur Einordnung und zur Bewertung in der Tier- und Pflanzenwelt bestimmt. Am bekanntesten ist die Medizinische Diagnostik zur Erkennung von Krankheiten durch (a) Anamnese (Vorgeschichte), (b) Beobachtung und (c) Untersuchung. Die Diagnose dient der Festlegung einer bestmöglichen Behandlung (vgl. Meyer Taschenlexikon 2003, Band 5, S. 1464).

Der Begriff der *Diagnose* und des *Fallverstehens* ist in der Sozialen Arbeit mit unterschiedlichen Begriffen besetzt, z.B. Soziale Diagnose, sozialpädagogische Diagnose, psychosoziale Diagnostik, Fallverstehen, diagnostisches Fallverstehen, Kasuistik. Zu Beginn der 1990er Jahre rückte der Begriff des Fallverstehens in der sozialen Arbeit durch die Arbeiten Klaus Mollenhauers und Uwe Uhlendorffs (1992, 1995), sowie die 1. Auflage von Burkhard Müllers Buch des multiperspektivischen Fallverstehens (1993) ins Blickfeld. Es ging um die Frage nach fallbezogenen Zielsetzungen und pädagogischen Aufgabenstellungen, einhergehend mit unterstützenden Interventionen und administrativen Entscheidungen (vgl. Ader 2006, S. 27). Die Einführung des Kinder- Jugendhilfegesetzes und die in § 36 SGB VIII genannte Hilfeplanung führte nochmal explizit an, professionelle Fallsicht zur Herleitung der Falleinschätzung, Fallentscheidung und des pädagogischen Bedarfes herleiten zu können.

Innerhalb der Diskussion um die Begrifflichkeit werden vor allem die Begriffe Diagnose und Fallverstehen diskutiert und zuweilen stark voneinander abgegrenzt. Diagnose wird dabei in die Nähe der Medizin und Psychiatrie eingeordnet, wohingegen Fallverstehen die Nähe zur Sozialen Arbeit und des Begriffes des Aushandelns. Hierbei gelten z.B. Merchel (1999) als führende Vertreter des Aushandlungsparadigmas. Demgegenüber stehen die Positionen z.B. Harnachs (1999, 2011), die Diagnose für eine „Sachverhaltsklärung“ anstreben (vgl. Ader 2006, S. 29). Harnach-Beck (1999) beschreibt als Oberbegriff die „psychosoziale Diagnostik“ als Prozess zur Erarbeitung einer „Diagnose“. Diagnose ist dabei das Ergebnis der Diagnostik, wobei sich diese aus dem diagnostischen Handeln bzw. der diagnostischen Urteilsbildung ableitet.

Die Begriffe der *Aushandlung* und der Diagnostik stehen lt. Harnach (2011, S. 41 ff.) nicht in direktem Zusammenhang. Auf keinen Fall steht die Aushandlung als Alternative da: Es ist unbestritten, dass Kinder/Jugendliche und ihre Familienangehörigen im Rahmen der Zusammenarbeit wertschätzend behandelt werden und die Fachleute sich mit den Vorstellungen der Klienten auseinandersetzen müssen. Damit hat der

Sozialpädagoge\*in<sup>4</sup> „die *Verantwortung* für das Zusammentragen der erforderlichen (und nur dieser) Tatsachen zu übernehmen“ (Harnach 2011, S. 41). Eine neutrale Rolle und der Rückzug darauf ist somit nicht angemessen. Die Professionalität gebietet, das Fachwissen und die Auslegung von Gesetzestexten, Bedingungsfaktoren erzieherischer Probleme und deren Wirkungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit dem Leistungsrepertoire beizusteuern. Der Professionelle steuert so sein Fakten-, Problem-, Erklärungs- und Handlungswissen bei.

„So gesehen, ergibt es keinen Sinn, „Aushandeln“ als Alternative zu „Diagnostik“ zu konstruieren. Ein Teil kann nicht für das Ganze stehen. Wer fordern wollte, sich auf einen Teil der gesamten Sachverhaltsermittlung zu beschränken, würde verlangen, man sollte nur die halbe Arbeit tun. Und wer das bessere, weil fundiertere Wissen des Professionals mit Besserwisserei verwechselt, dem sollte die Frage gestellt werden, warum er an die Fachlichkeit von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen geringere Anforderungen stellen will als an die von Rechtsanwälten, Architekten, Piloten oder Ärzten“ (Harnach 2011, S. 42).

Müller (2012, S. 76) hat ein allgemeines Modell zur professionellen Fallarbeit aus den Schritten *Anamnese, Diagnose, Intervention, Evaluation* herausgearbeitet. Mit der Frage nach einer sozialpädagogischen oder psychosozialen Diagnostik kann dieses Modell um diagnostische Verfahren der Sozialen Arbeit (vgl. Kapitel 2) ergänzt werden. Professionelle Einschätzungen in den Feldern der Sozialen Arbeit sind auf beides angewiesen, „auf Durchblick ebenso wie auf Verständigung, auf Diagnosen (= durchblickende Unterscheidungen) ebenso wie auf Dialoge (= um Verstehen und Verständigung bemühtes Sprechen und Zuhören)“ (Schrappner 2010b, S. 11).

In der Praxis der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe steht, wie insgesamt in der sozialen Arbeit, der *Einzelfall* im Vordergrund. Somit bedarf es praxisrelevante pädagogische Haltungen, Konzepte und Methoden, um das professionelle Handeln

---

<sup>4</sup> Neuerdings wird das „Gendersternchen“ verwendet, um jede Form der Diskriminierung durch z.B. Binde- oder Unterstriche zu vermeiden. Ich verwende der Einfachheit halber im gesamten weiteren Text die männliche Form, wobei die weibliche in jedem Fall mit gemeint und einbezogen ist.



wirksam erklären zu können. Bei dem diagnostischen Fallverstehen sind bezogen auf den Einzelfall immer die Frage nach der zukünftigen Entwicklung, nach fallbezogener Zielsetzung, pädagogischer und unterstützender Interventionen sowie administrativer Entscheidungen zu stellen (vgl. Ader 2006, S. 26).

Heiner (2015) arbeitet hier einen integrativen Ansatz heraus, um die gegensätzlichen Begriffe und theoretischen Ansätze miteinander zu verbinden. Ihr Ansatz wird in Kapitel 2.5 näher beschrieben.

#### **1.4 Zur Notwendigkeit von Diagnose und diagnostischem Fallverstehen**

Wenn Kinder in Situationen geraten, wo ihre Entwicklung nicht ausreichend gesichert oder sogar gefährdet ist, lässt sich hieraus der Bezug zu der Notwendigkeit von Diagnostik und Abklärung ableiten. Die Funktion von Vorhersagen hat in der Menschheitsgeschichte eine lange Tradition und weist z.B. von den vorchristlichen Orakeln bis zu heutigen wissenschaftlichen Entscheidungen hin. Die Funktionen der Vorhersage „dienen der Herstellung von Sicherheit und als Grundlagen gegenwärtiger Handlungsentscheidungen“ (Bastian 2011, S. 9). Professionen sind heutzutage dadurch gekennzeichnet, sich der Wissenschaftlichkeit und damit der Logik zu bedienen. Abzugrenzen zu vernünftigen Entscheidungen sind die Begriffe der Prävention und des Risikos (vgl. Kap. 4.3). Die Frage nach der Prävention beinhaltet immer die Frage nach der Ressource und einer möglichen frühen Hilfe und Unterstützung, um mögliche Schwierigkeiten und Probleme zu vermeiden bzw. einzudämmen. Im Rahmen der Kindererziehung steht der Präventionsbegriff immer im Zusammenhang mit Erziehungs- und Beziehungsfragen. Neben der Sozialisation der einzelnen Familie, was auf eine gesamtgesellschaftliche Funktion hinweist, rückt die spezielle Frage der Erziehung und Beziehung auf die Sozialisationsinstanz Familie zurück. Ist hierbei die Überforderung zu groß, tritt ein Risiko ein, was sich innerhalb des Kinder- und Jugendhilfegesetzes im § 8 a SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) niederschlägt und Anwendung findet bei vorliegenden wichtigen Anhaltspunkte für

eine Gefährdung des Kindeswohls und ihrer Risikoeinschätzung (vgl. Bastian 2011, S. 10).

Hierüber rücken die Sozialpädagogischen Diagnosen in den wissenschaftlichen Diskussionsraum und stellen die Soziale Arbeit als das Professionsfeld hierfür dar. Nun gilt es sich abzugrenzen von anderen Professionen, z.B. der Medizin, der Justiz, um zu Einschätzungen zu gelangen. Hierbei ist die Profession der Sozialen Arbeit in ihrer Fachlichkeit gefragt und es sind, wie auch Schrödter (2003a, 2003b) deutlich macht, heute wissenschaftlich anerkannte Praktiken einzusetzen - wie in anderen Professionen auch. Hierbei macht es jetzt allerdings einen Unterschied, ob es um die Abklärung des Kindeswohls geht oder um eine Kinder- Jugendhilfeeinrichtung, die abzuklären hat, was das jeweilige Kind für seine Entwicklung braucht und benötigt. Hierbei rücken die Formen in den Vordergrund und es lassen sich hier, wie an anderer Stelle geschrieben, mit Bastian (2012) und Schrödter (2003) die Elemente der Klassifikation und des hermeneutischen Fallverstehens letztendlich nur miteinander verbinden, statt sie voneinander zu trennen. Von daher ist es mit Heiner (vgl. 2015) gesprochen, nur richtig, nicht von einer Differenzierung der einzelnen Ansätze auszugehen, sondern sich die Frage zu stellen, welche Formen/Methoden der Diagnostik/Abklärung für den jeweiligen Einzelfall notwendig erscheinen. Die soziale Arbeit arbeitet hier mit eindeutigen hermeneutischen-rekonstruktiven Grundsätzen und darüber hinausgehend den klassifikatorisch-psychologischen Systemen.

Bastian (vgl. 2011, S. 73) beschreibt als wichtigen Einflussfaktor innerhalb des funktionalen Erziehungsverhaltens die elterlichen Erziehungs- und Beziehungskompetenzen. „Erziehungskompetenzen entfalten sich aus der Interaktion (1) Kind, (2) sozialer Umwelt und (3) Erziehungsperson“ (Bastian 2011, S. 73). Innerhalb der Sozialen Arbeit und damit innerhalb der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung sind diese Kompetenzen nicht statisch zu sehen, sondern in ihrer Entwicklungsfähigkeit zu betrachten und sie damit auch lernbar sind. Hieran schließen die Analysen Tschöpe-Schefflers (vgl. 2003, 2013) an, die Modelle dazu entwickelt hat, entwicklungsförderndes Miteinander zwischen Eltern und Kindern zu stärken, z.B. in Elternkursen oder über Erlernen bestimmten Wissens (vgl. auch Kap. 4.2).

## 1.5 Zusammenfassung

Der Ausweg aus der Diskussion um den Begriff Diagnostik versus Aushandeln und die sich oft gegensätzlich scheinenden Ansätze, ist es, einen integrativen Ansatz zu entwickeln. Hier hat Heiner (2015) eine Vorlage entwickelt und wenn ein systematisches, wissenschaftlich fundiertes und regelgeleitetes Vorgehen als wichtig erachtet wird, kann auf die Begriffe „Diagnostik“ und „Diagnose“ nicht verzichtet werden (Heiner 2015, S. 284). Bezogen auf die Begrifflichkeit sind „Diagnostik“ und „diagnostisches Fallverstehen“ damit analog zu verwenden und werden im weiteren Verlauf dieser Studie ebenfalls so angewandt. Der Begriff der Diagnose meint die Erschließung aus der Diagnostik, das Fallverständnis wird aus dem diagnostischen Fallverstehen abgeleitet.

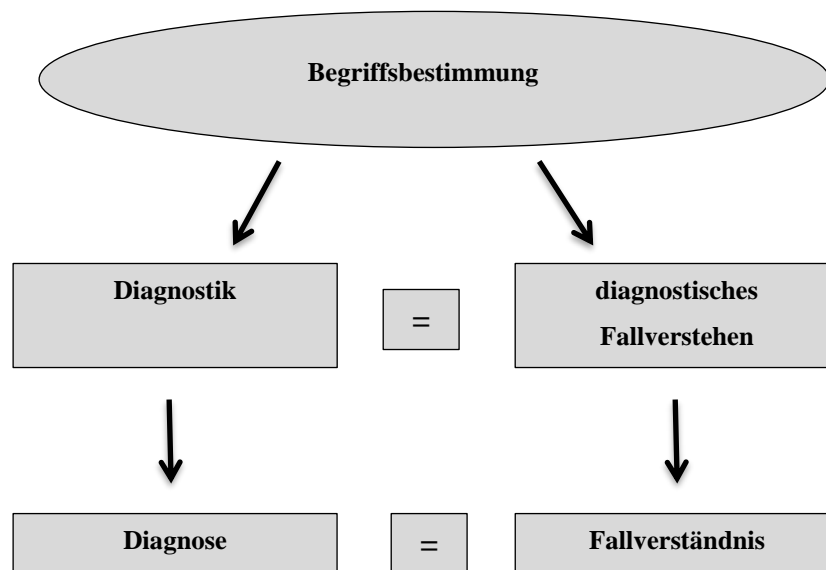


Abbildung 2: Begriffsbestimmung (eigene Abbildung)

Über den Begriff des Aushandelns und Diskussion darüber, ob Klienten bevormundet werden durch die Professionellen, zeigt sich, dass diesem entgegengetreten werden kann, indem die Fachkräfte in ihrer Haltung offen, wertschätzend, transparent, eindeutig, ehrlich und respektvoll miteinander umgehen. So kann Fachwissen neben dem Begriff des Aushandelns stehen, zumal das SGB VIII im Rahmen § 36 das Zusammenwirken der Fachkräfte festschreibt (vgl. Münder et a. 2013, S. 396). Die Entscheidung liegt, außerhalb der Einschätzung bezogen auf Kindeswohlgefährdung, im

Rahmen der Hilfeplanung und letztendlich beim Sorgeberechtigten, die Einschätzung zu einer möglichen Kindeswohlgefährdung bei der Fachkraft.

Zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit gehören mit Schraper (2004, S. 50) gesprochen Bausteine einer sozialpädagogischen Diagnostik. Wie immer diese auch aussehen, haben sie sich abzugrenzen von den oftmals herangezogenen Nebendisziplinen der Medizin/Psychiatrie, Psychologie und der Rechtswissenschaft/Justiz.

## 2. Theoretische Konzepte von Diagnose

Im Anschluss an die o.g. Diskussionsinhalte von Diagnose werden in Kapitel 2.1 bis 2.4 vier einzelne Autoren mit ihren jeweiligen Konzepten bzw. (Fach-) Ausrichtungen von Diagnose angeführt und die Analysekriterien ihrer Definition und ihrer Ziele, ihrer Haltungen, ihrem jeweiligen Verständnis, ihren Dimensionen von Diagnostik, ihrem Methodenverständnis und der Rolle des Pädagogen herausgearbeitet und in Kapitel 2.5 nochmals in Kurzform als Übersicht mit zentralen Aussagen dargestellt.

Neben der Frage der Begrifflichkeit ging die Bearbeitung von Konzepten zum einen aus der direkten pädagogischen Arbeit innerhalb der Praxis hervor und zum anderen der Ableitung wissenschaftlich etablierter Verfahren. Ader (2006, vgl. S. 32 ff.) stellt tabellarisch sechs Aspekte verschiedenster Konzepte dar.<sup>5</sup>

Vier einer der am häufigsten rezipierten Ansätze stehen im Zentrum dieser Analyse mit Blick auf das Feld der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe:

- die Multiperspektivische Fallarbeit nach Burkhard Müller (2012);
- die Psychosoziale Diagnostik nach Viola Harnach (2011) ;
- die Sozialpädagogischen Familiendiagnosen nach Uwe Uhlendorff, Stephan Cinkl und Thomas Marthaler (2008) und
- die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen des Bayrischen Landesjugendamtes (2013).

Müller beschreibt grundlegende Gedanken zur Fallarbeit innerhalb der Sozialen Arbeit. Mit der psychosozialen Diagnostik und den sozialpädagogischen Familiendiagnosen werden zwei Ansätze für die Arbeit in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe benannt, die sowohl die Seite der Hilfeplanung als auch die Arbeit der Pädagogen in der Einrichtung einbeziehen. Zuletzt wird auf die Sozialpädagogischen Diagnosetabellen des Bayrischen Landesjugendamtes eingegangen, die sich durch ein standardisiertes Diagnoseverfahren zur Feststellung des erzieherischen Bedarfes für die Hilfeplanung auszeichnen. Von daher werden vier unterschiedliche Schwer-

---

<sup>5</sup> Ader (2006) beschreibt umfassend Diagnoseverfahren, aufgelistet nach dem Zeitpunkt ihrer Veröffentlichung.

punkte analysiert, um eine analytische Grundlage für das zweite Kapitel dieser Arbeit zu leisten.

In Kapitel 2.6 wird gesondert der integrative Ansatz Heiners (2010, 2015) als theoretischer, übergreifender Ansatz vorgestellt und in Kapitel 2.7 werden grundsätzliche und vielfältige Herausforderungen an Diagnostik aufgeführt.

## 2.1 Multiperspektivische Fallarbeit nach Burkhard Müller

Müller (2012) beschreibt mit seinem Ansatz der Sozialen Arbeit als multiperspektivische Fallarbeit ein allgemein, sozialpädagogisches Vorgehen, das er bewusst für die Benutzung verschiedenster Fälle innerhalb der sozialen Arbeit zur Möglichkeit der Anwendung entworfen hat. Als die Dimension sozialpädagogischer Fälle beschreibt er den „Fall von“, den „Fall für“ und den „Fall mit“ (Müller 2012, S. 38 ff.). Ader (2006, S. 32 f.) nennt diese Dimensionen grundlegende Gedanken zur Fallarbeit zur Einordnung handlungsleitenden Wissenstypen in ein Sortierschema.

Unter dem „*Fall von*“ versteht Müller (2012) die Klärung und Abwägung relevanter Sachaspekte. Hierzu bedarf es Expertenwissen auf fallangemessene Weise anzuwenden und über Wissen bestimmter Sachaspekte, wie z.B. bestimmter Verfahrensabläufe oder über sozialwissenschaftliches oder medizinisches Wissen zu verfügen, um Sachlagen klären zu können.

In dem „*Fall für*“ geht es darum zu klären, welche anderen relevanten Instanzen zur Klärung des jeweiligen Falls notwendig sind. Für solch eine Zusammenarbeit bedarf es des Wissens um Zusammenwirken mit anderen Instanzen, um z.B. wie bei Gerichten, Schulen o.ä. darauf hinzuweisen oder sich bei bestimmten Ämtern z.B. Unterstützung zu holen oder fallbezogen kritisch bestimmte Instanzen überprüfen zu können.

Der „*Fall mit*“ weist auf das Zusammenwirken mit Betroffenen hin. Dieses weist auf eines der größten Herausforderungen hin, die Fähigkeit zu besitzen Fallarbeit „als

Beziehungsarbeit“ zu verstehen „zu einem respektvollen und humanen Umgang mit anderen“ (Müller 2012, S. 63). Dieses bedarf einer gewissen Menschenkenntnis und auch der Geduld, Standfestigkeit, Selbsteinsicht und des Humors, damit professionell umgehen zu können und zu kultivieren.

Müller (2006) verfolgt mit seinem grundsätzlichen Ansatz sozialpädagogischen Könnens, diesen allgemein einsetzen zu können im sozialen Feld. Bezogen auf Einzelfallanalysen geht es darum „eine Diagnostik, die gerade das Individuelle, nicht Einordenbare aus der Logik einer Lebenslage und einer Art der Lebensführung Hervorgehende [versucht] verstehen zu können“ (Müller 2006, S. 87). Er verweist auf die Notwendigkeit des Verstehens von unterschiedlichen Symptomen, Sichtweisen, stellt weniger die Ursachenklärung als das Erschließen von „Konstellationen zwischen Personen und Umständen, welche die jeweiligen Sichtweisen prägen“ (Müller 2006, S. 87), in den Vordergrund. Diese Einschätzung stellt er neben die normale „Subsumptionslogik“ von Experten zur Begründung ihrer Urteilsfinden (vgl. Müller 2006, S. 87). Andere würden das Fachgebiet der sozialpädagogischen Fallarbeit mehr eingrenzen und sich wie z.B. Mollenhauer/Uhlendorff (1992, 1995) an modellhaft schwierigen Fällen der Heimerziehung, respektive anderen „Hilfen zur Erziehung“ orientieren (vgl. Müller 2006, S. 88). Somit schließt sich Müller dem (hermeneutischen) Verständnis von Diagnose grundsätzlich an, „soweit es um den Vorgang geht, bei ‚Fallverstehen‘ vor allem die subjektive Sicht- und Erlebnisweisen der beteiligten Personen und Instanzen zu verstehen (sie sind immer vielschichtig, plural statt eindeutig!) und dann erst nach Ursachen und Erklärungen zu suchen“ (Müller 2006, S. 88).

In seinem allgemeinen Modell professioneller Fallarbeit (vgl. Müller 2012, S. 76) stellt er die vier Untergliederungen innerhalb einer Fallarbeit als einen sich schließenden Kreis, einen Zirkel dar, womit er darauf hinweist, die Fallarbeit zirkulär zu betrachten: Auf eine *Anamnese*, die eine Sammlung von Vorinformationen und Beispielen, z.B. aus dem medizinischen, juristischen, therapeutischen und sozialpädagogischen Bereich erfasst, folgt eine *Diagnose*, d.h. die Problemklärung einhergehend mit Indikation und Kontraindikation einer Problemdefinition, der Klärung der Ursachen und der Konzepte für Lösungswege und Optionen für neue Ziele. Daraufhin folgt die *Intervention*, die sich in der Therapie ausdrückt. Unter Therapie versteht

Müller professionelle Angebote, wie z.B. die medizinische Behandlung, Psychotherapie, Rechtsvertretung, Beratung, Überweisung, Betreuung und Erziehung. Nach diesem „Dreiklang“ folgt die *Evaluation*/Bewertung z.B. durch eine Kosten-Nutzen-Rechnung, Selbstevaluation, Supervision oder Entwicklung von Maßstäben und schließt darauf hin wieder an Anamnese an. Dieser in die vier Schritte unterteilte Prozess kann dann wiederum auf einen „Fall von“, „Fall mit“ und „Fall für“ bezogen werden.

Für diese vier Kriterien fasst er vier Arbeitsregeln zusammen (Müller 2012, S. 70 f.):

- „1. Arbeitsregel zu Anamnese allgemein: Anamnese dient dazu, den Gegenstandsbereich einer Fallbearbeitung abzugrenzen, aber auch für vergessene Zusammenhänge zu öffnen.
2. Arbeitsregel zu Diagnose allgemein: Diagnose dient dazu, in komplexen und nur begrenzt überschaubaren Fallkonstellationen einzelne konkrete Schritte der Bearbeitung zu entdecken.
3. Arbeitsregel zu Intervention allgemein: Intervention darf nicht mit ‚Behandlung‘ gleichgesetzt werden, wenn unklar ist, ob das zu Behandelnde die Verhaltensweisen von Klienten sind, oder die Probleme, die sie haben.
4. Arbeitsregel zu Evaluation allgemein: Evaluation ist mehr als nur Auswertung am Ende einer professionellen Fallbearbeitung. Sie begleitet diese in vielfältigen Formen.“

Somit legt Müller (2012, S. 120 f.) mit der multiperspektivischen Fallarbeit eine für soziale Diagnose anwendbares Raster dar, dass über den „Fall mit“ mit den Beziehungs- und Vertrauensproblemen zu tun hat und hier erst einmal klärt wie der Arbeitsvertrag wirklich aussehen kann. In dem „Fall von“ kann geklärt werden, wer welches Handlungsmandat hat und innerhalb dieses nach einer Klärung gesucht werden, u.a. über die Ressourcenanalyse. Bei einem „Fall mit“ werden die Zuständigkeiten geklärt, Ziele und Schritte werden auf Initiativen abgestimmt. Lt. Müller schließt dieses an den ursprünglich von Richmond (1917) und Salamon (1925) entwickelten Ansatz der sozialen Diagnose an. Jedoch weist er im Unterschied zu ihnen, die sich noch auf die rein medizinische Sicht verstanden, das „Case-Work“ auf einen viel umfangreicheren, allgemeineren, speziell auf die Soziale Arbeit bezogenen Ansatz hin, der auch deren Methoden anwendet.



Somit ist Müllers Ansatz der multiperspektivischen Fallarbeit als grundlegender Gedanke zu verstehen. „Ihm geht es allerdings nicht nur um die Arbeitsphase des Fallverstehens, sondern um den gesamten Prozess der Einzelfallbearbeitung, für die er einen ´flexibles Sortierschema´ entwickelt hat“ (Ader 2006, S. 32 f.).

Der Wert der multiperspektivischen Fallarbeit Müllers konstatiert, um mit Ader zu sprechen, den Aspekt des Pädagogischen Handeln „zu wissen, was man tut“ nach Klatetzki (1993, zit. n. Ader 2006, S. 33). Müller zeigt eine übergreifende Systematik für sozialpädagogisches Handeln auf, dass wiederum nicht häufig in der Praxis Anwendung findet. „Für die einzelnen Arbeitsphasen der Fallarbeit werden dabei keine konkreten Methoden vorgegeben, wohl aber Leitfragen und Arbeitsregeln, die die einzelnen Handlungsschritte anleiten“ (Ader 2006, S. 33).

## **2.2 Psychosoziale Diagnostik nach Viola Harnach**

Die Notwendigkeit von Diagnostik leitet Harnach (2011) aus dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) ab. Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist es, Eltern in ihrer Erziehungskompetenz und ihrem Auftrag und ihrer Erziehungsanstrengung bei der aufsuchender Hilfe hier zu unterstützen. Die Erziehungsberechtigten der Kinder und Jugendlichen haben hierauf einen gesetzlichen Anspruch. Eine Besonderheit bietet der § 8a SGB VIII, der aufgrund einer möglichen Kindeswohlgefährdung den Jugendämtern die Aufgabe erteilt, an den Verfahren der Familiengerichte mitzuwirken.

Diese gesetzlichen Grundlagen bilden den Grundstock und Grundansatz für die Erforderlichkeit diagnostischer Kompetenz. Diese möchte Harnach in ihrem Ansatz der psychosozialen Diagnostik für die Fachkraft der sozialen Arbeit im Jugendamt bereitstellen. Sie stellt die psychosoziale Diagnostik, die auch mit den Begriffen „Diagnose“ oder „soziale Diagnose“ umschrieben werden könnte, gleichwertig neben die Ansätze eines Arztes oder eines Psychologen.

Zentrale Analysepunkte stellen die Erziehungssituation in der Familie und die Entwicklung des Kindes dar, woraus sich Hypothesen über mögliche Ursachen der vorgetragenen Probleme ableiten lassen (vgl. Harnach-Beck 1999, S. 30 f.). Somit steht innerhalb der fachlichen Beurteilung die jeweilige Beurteilung der Problemlage der Familie, verbunden mit dem Treffen prognostischer Aussagen zusammen, um daraufhin eine Evaluation des Hilfeverlaufes vornehmen zu können. Harnach-Beck unterscheidet in Anlehnung an Donabedian (1980, zit. n. Harnach-Beck S. 1999, S. 34 f.) die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wobei sich die Strukturqualität auf die Rahmenbedingungen, die Prozessqualität auf die zielführende fachliche Tätigkeit und die Ergebnisqualität auf den Erfolg bzw. Effizienz und Effektivität der Leistungen beziehen. Somit steht die Prozessqualität im Fokus der Diagnose und ist nach Harnach-Beck (1999, S. 35 ff.) in acht Kriterien zu unterteilen:

1. Klärung der Fragestellung;
2. Klärung der Zuständigkeit;
3. Frage nach der Rechtsgrundlage der weiteren Tätigkeit;
4. Frage nach der Konkretisierung der Rechtsgrundlagen, z.B. des erzieherischen Bedarfes;
5. Frage nach den psychologischen und soziologischen Aspekten zur Hypothesenbildung;
6. Frage nach der weiteren Zielsetzung aus Sicht der Adressaten und der fachlichen Perspektive;
7. Frage nach den weiteren erforderlichen Informationen;
8. Frage nach dem Genauigkeitsgrad der Einholung der Informationen;
9. Frage danach, wer in die Hilfeplanung einbezogen werden soll;
10. Frage nach der weiteren Leistungserbringung und Evaluation.

Auch Harnach-Beck hebt die Eigenständig- und Notwendigkeit der Profilierung einer sozialen Diagnostik hervor. Damit grenzt diese sich von anderen Fachrichtungen ab und bildet darüber ihr eigenes Profil. Es geht ihr nicht darum, eine „expertenbestimmte“ Bevormundung durch die Fachkräfte bzw. ein medizinisch-psychologisches Konzept vorzustellen.

„Bei einer Konzeption sozialarbeiterischer Diagnostik geht es darum, psychologisches, juristisches und originär sozialarbeiterisches

Wissen neu zu durchdenken und so zu verknüpfen, daß es für die ganz spezifischen Aufgabenstellungen der Fachkräfte sozialer Arbeit brauchbar wird“ (Harnach-Beck 1999, S. 43).

Harnach benennt fünf eigenständige Aspekte der psychosozialen Diagnose: „1. ihre Fundierung im gesetzlichen Auftrag, 2. ihre Aufgabenstellung, eine vorgefundene soziale und persönliche Situation unter Gesetzeskategorien zu subsumieren, 3. die Bestimmung, unter den verfügbaren Hilfen diejenigen herauszufinden, die sowohl geeignet als auch notwendig ist, 4. die spezifische Beachtung der Datenschutzregeln und 5. teilweise – allerdings eben nur teilweise – die Datenerhebungsmethoden“ (Harnach 2011, S. 20).

Der Hervorhebung der psychosozialen Diagnostik als eigene professionelle Ausrichtung sieht die psychologischen Ansätze und Konzepte als Orientierungspunkte. Übergeordnet gesehen bekommen so Erziehungs- und Sozialisationsinstanzen und vor allem die Familie als Ort der primären Sozialisation und die Kenntnisse hierüber für die Fachkräfte besondere Bedeutung. Entwicklungsfördernde und entwicklungsbeeinträchtigende Lebensbedingungen sind von der Erkenntnis her in die psychosoziale Diagnostik einzufließen.

Darüber hinaus verschaffen die Kenntnisse über Verhaltensauffälligkeiten von Kinder und Jugendlichen als Signalfunktion große Bedeutung (Harnach 2011, S. 88 ff.): Es geht dabei immer um das Ausmaß und die Folgen sowie um die Ursachen und die Faktoren, die die Auffälligkeit(en) aufrecht erhalten.

Somit stellt sich die Frage nach dem Problem, nicht nach der Schuld. Es gilt herauszufinden, welche Bedingungen und Faktoren zu den Auffälligkeiten führen, z.B. Beeinträchtigungen im Alltag und Störungen des Entwicklungsverlaufes oder von der Norm abweichendes Verhalten. Harnach stellt hier als Analysekatoren folgende Kriterien auf (Harnach 20011, S. 91ff):

- Alter und Geschlecht,
- Dauer des Verhaltens,
- gegenwärtige Lebensumstände,
- soziokulturelle Zugehörigkeit,

- Vielfalt der Symptome,
- Art des Symptoms,
- Häufigkeit und Intensität von Symptomen,
- Veränderungen im Verhalten des Kindes und die
- Situationsabhängigkeit.

In der Psychiatrie wurden internationale Klassifikationssysteme wie das ICD-10 der WHO oder das DSM-IV der American Psychiatric association mit großem Aufwand eingeführt. Somit wurde eine wissenschaftliche Lücke geschlossen, die bezogen auf die Soziale Arbeit jedoch nur begrenzt Anwendung finden kann. Die Kritik an ihnen ist, dass sie (a) auf einem medizinischen Krankheitskonzept beruhen, (b) in ihrer Komplexität häufig nur einen kleinen Teil der dort vorkommenden Störungsbilder umfassen und (c) die sozialen Bezüge eines beeinträchtigenden Verhalten und Erlebens weitgehend ausklammern (vgl. Harnach 2011, S. 95). Ein speziell für die Soziale Arbeit einzuführendes System steht immer noch aus. Mit dem „Person-in-Environment-System“ („PIE“) ist ein erster Versuch unternommen worden (vgl. hierzu Adler 2004).

Gerade bei der Frage um gerichtsrelevante Fakten geraten die Frage nach der emotionalen Beziehung der Kinder zu ihren Eltern (Bindungskriterien) stark in den Fokus und Fachkräfte bedürfen von daher auch hierüber nicht nur Kenntnisse, sondern eine Beziehungsdiagnostik. Die Fachkraft in der Sozialen Arbeit muss nicht eine psychologische Test-Diagnostik vornehmen, sondern kann durch eigene Gesprächs-, Interaktionsstrukturen eigene Aussagen zu den Punkten treffen, die auf vorhandenes theoretisches Wissen aufbauen muss. Ein eigenes Instrumentarium fehlt hier noch (vgl. Harnach 2011, S. 299). Neben den emotionalen Beziehungsaspekten stehen die Neigungen und Wünsche des Kindes im Zentrum und die Erziehungsfähigkeit der Eltern, darüber hinaus verlässliche Aussagen zur Betreuungssituation, die Punkte Kontinuität und Stabilität und zur Regelung des persönlichen Umganges.

Zur Unterstreichung einer professionellen Fachlichkeit stellt Harnach (2011, S. 354) die Wichtigkeit des Berichtswesens heraus und macht einen Vorschlag zum Aufbau eines Jugendgerichtshilfeberichtes:

- *Formale* Angaben (Personalien, Datenquellen, Anlass des Berichtes)

- *Sachverhalt* (Die in Frage stehenden Handlungen des jungen Menschen, Aussagen und Interpretationen des jungen Menschen zu den in Frage stehenden Handlungen, Vorgeschichte (falls relevant), Die Persönlichkeit des jungen Menschen, Die Entwicklungsgeschichte des jungen Menschen, das soziale Umfeld des jungen Menschen, Fachliche Gesamtbeurteilung)
- *Zuordnung der fachlichen Beurteilung zu rechtlichen Kategorien; Aussagen zu den §§ 3 bzw. 105 JGG*
- *Leistungen der Jugendhilfe* (Bereits eingeleitete oder gewährte Leistungen, zukünftig in Betracht kommende Leistungen)

### **2.3 Sozialpädagogische Familiendiagnosen nach Uwe Uhlendorff, Stephan Cinkl und Thomas Marthaler**

Uhlendorff u.a. (2008) beschrieben in ihrem Buch „Sozialpädagogische Familiendiagnosen“ die Problemlagen psychosozial schwer belasteter Familien als hoch komplex anzusehen an. Eine Entscheidung der Fachkräfte des Jugendamtes bedarf „zumindest bei diesen Familien eine genauere Abklärung der Lebens- und Problemlage durch Diagnosen“ (Uhlendorff et al. 2008, S. 10). Bezogen auf die erzieherischen Hilfen ist eine präzise Fallabklärung innerhalb der Falleingangsphase notwendig. Bezugnehmend auf das Konzept nach der psychosozialen Diagnose merken die Autoren an, dass dieser Ansatz wenig auf die sozialpädagogische Aufgabenstellung im Erziehungsalltag bezogen wird (Uhlendorff et al. 2008, S. 10). Diese Lücke wollen sie mit ihrem Ansatz schließen und vor allem die (Selbst-) Deutungsmuster der Familien in den Vordergrund stellen, da bisherige Ansätze bisher zu wenig die einzelnen Lebenslagen und der Selbstdeutungen der Familien einbeziehen. „Es wäre für die Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere im Umgang mit psycho-sozial besonders belasteten Familien, hilfreich, wenn man die psychologisch-therapeutischen Ansätze mit sozialpädagogisch-diagnostischen Konzepten ergänzen könnte“ (Uhlendorff et al. 2008, S. 12). Theoretischer Ansatz der Autoren ist die Theorie der Familienerziehung nach Mollenhauer, Brumlik und Wudtke aus dem Jahre 1975, beruhend auf der Theorie des symbolischen Interaktionismus und dem damit einhergehenden Verständnis, Familie als komplexes Lernfeld und Familienerziehung als Kommunikati-

on aufzufassen. Die eben genannten Autoren haben Oppositionspaare erstellt, die von Uhlendorff et al. leicht abgeändert wurden, die der Generationenbeziehungen (Interaktionen, Beziehungsdefinition, Interaktion, Interaktionsmuster) und der Familienkonzepte (Aufgabenverteilung, Zeitschemata, Fürsorgemuster, Geschwisterrelationen) (Uhlendorff 2004, S. 148).

Diese Ansätze sind in der sozialpädagogischen Forschung, z.B. im Gegensatz zur Psychotherapie, zu wenig aufgegriffen worden. Einen weiteren Ansatz bildet der „Care-Ansatz“. Uhlendorff et al. (2008) benennen Familienalltagsdimensionen, Konfliktthemen und Aufgabenstellungen wie in Tabelle 1 dargestellt. Dieses führt zu Deutungsmustern der einzelnen Familienmitglieder und somit zu einem heuristischen Modell (vgl. Uhlendorff et al. 2008, S. 17).

<b>Alltagsdimensionen</b>	<b>Mögliche Konfliktthemen und Aufgabenstellungen</b>
1. Biografie und Belastung	- Erfahrungen und Sozialisation - Fürsorgementalitäten innerhalb der Familie - Abstimmung eines Familienkonzeptes
2. Sozioökonomische Situation	- Diskrepanz zwischen Bedürfnissen und ökonomischen Rahmenbedingungen
3. Familiäre Arbeitsteilung	- Rollenkonflikte - Belastung und Aufgabenverteilung
4. Zeitschema	- familiäre Zeitstrukturen - Belastung durch institutionelle Zeitstrukturen und - individuellen Bedürfnissen
6. Kindererziehung	- Balance zwischen Normen und Werten - Generationenkonflikte - unterschiedliche Erziehungskonzepte
7. Sorge um sich Selbst/ Selbstkonzepte	- Ausgleich zwischen Familie - Alltag - eigenen Bedürfnissen - Handlungsstrategien zwischen Stress und Ausgleich
8. Einbindung in Helfersysteme	- unterschiedliche Hilfefkonzepte - Balance zwischen subjektivem Hilfeplan und anderen Stellen

Tabelle 1: Familiäre Alltagsdimensionen, Konfliktthemen und Aufgabenstellungen (vgl. Uhlendorff et al. 2008; S. 16)

Bei Uhlendorff et al. (2008, S.171 ff.) stehen im Mittelpunkt der Diagnose die familialen Schwierigkeiten im Kontext Familie. Die biographischen Verlaufsmuster und Belastungen und die Problemstellungen der Erziehung stehen im Generationenkontext. Das Verfahren des Fallverstehens versucht, konkrete sozialpädagogische Aufgabenstellungen herauszuarbeiten, die auf einer fachlichen Grundlage, abgeleitet aus wissenschaftlichen Forschungsergebnissen, beruht.

Die Sozialpädagogische Familiendiagnose ist sowohl ein Modell für Bearbeitung der Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Dienstes des Jugendamtes zur weiteren Hilfeplanung als auch geeignet für die Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen eines freien Trägers, „um die Betreuung bzw. den Hilfeplan zu konkretisieren und zu vertiefen“ (Uhlendorff et al. 2008, S. 175).

Über einen Interviewleitfaden zur Durchführung mit den Erwachsenen und einem zur Durchführung mit den Kindern/Jugendlichen wird eine Transkript erstellt, dass unter den Mitarbeitern dann ausgewertet wird. Die Auswertung findet anhand festgelegter Kategorien statt (Uhlendorff et al. 2008, S. 175 f):

1. Familiengeschichte/biografische Erfahrungen
2. Sozioökonomische Rahmenbedingungen (Einkommen, Arbeitssituation, Gesundheit, Wohnbedingungen)
3. Erfahrungen mit professionellen Helfersystemen (Jugendhilfe, Schule, Sozialamt etc.)
4. Einbindung in informelle Helfersysteme (Nachbarn, Freunde, Verwandte, Vereine, soziale Einrichtungen etc.)
5. Aktuell relevante Belastungen
6. Familiäre Arbeitsteilung
7. Familiäre Zeitstrukturen
8. Kindererziehung – Erziehungsprobleme
9. Selbstbilder und familiäre Personenentwürfe
10. Familiäre Interaktionserfahrungen, Erfahrungen mit familiären Konflikten
11. Partnerschaftserfahrungen (Eltern)
12. Subjektiver Hilfeplan

Mit Zuhilfenahme eines Diagnosemanuals werden so die Selbst- und Problemdeutungsmuster analysiert. Danach folgt die Herausarbeitung zentraler Familienthemen und Problemstellungen und hieraus die Ableitung der Aufgabenstellung. Diese folgt keinem Behandlungsplan, wie es bei anderen Diagnosen der Fall ist, „es wird vielmehr entlang der Ergebnisse der Diagnose ein Aushandlungsprozess zwischen den Fachkräften und den Familienangehörigen in Gang gesetzt, bei dem ein Betreuungsplan entwickelt werden soll, der die Zustimmung aller Beteiligten findet“ (Uhlen-dorff et al. 2008, S. 176).

## **2.4 Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamtes**

Die Sozialpädagogischen Diagnosetabellen des Bayerischen Landesjugendamtes (2013) bieten eine „strukturierte Praxishilfe zum Erkennen eines erzieherischen Bedarfs und zur Abklärung einer Kindeswohlgefährdung“ (S. 10). Die sozialpädagogische Diagnostik beschäftigt sich mit den Kernfragen, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt und welcher erzieherischer Hilfebedarf notwendig erscheint. Verstanden werden die Begrifflichkeit der Diagnostik als Ermittlung eines Sachstandes und der Besonderheiten eines familiären Systems zu Anfang eines Beratungs- und/oder Hilfeplanprozesses und Diagnose wird als das Ergebnis der Diagnostik verstanden (vgl. Bayerisches Landesjugendamt 2013, S. 24). Der Anamnese wird hierbei eine eigene Rolle zugeschrieben und stellt Teil der gesamten sozialpädagogischen Diagnostik dar. Sie beschäftigt sich mit Angaben zur Herkunftsfamilie, dem Aufenthalt des jungen Menschen vor der Hilfe, der Familienanamnese, den bisherigen sozialen Betreuungsformen und des Bildungsweges, bisheriger und aktueller Hilfen und der Beratung, Prüfung anderer Institutionen und Personen.

Das sozialpädagogische Handeln wird vor dem Hintergrund beschrieben, dass soziale Arbeit sich mit Menschen innerhalb einer Gesellschaft und bestimmten Anforderungen und eigenen persönlichen Ressourcen auseinander zu setzen hat. Hintergrund der Hilfe bietet das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz).



Bezogen auf die Frage, inwieweit sozialpädagogische Diagnostik an freie Träger der Jugendhilfe abgegeben werden kann, wird dieses kritisch gesehen und davon abgeraten (vgl. Bayerisches Landesjugendamt 2013, S. 36 f.). Im Rahmen der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII ist die Hilfeausgestaltung und Definition der Zielsetzung Aufgabe des Jugendamtes. Hierbei wird aber auch ausdrücklich gesagt, dass die Genehmigung und Gewährleistung der Hilfe bei dem Jugendamt liegt. Die letztendliche Stellungnahme im Einzelfall bezogen auf den erzieherischen Hilfebedarf oder sogar eine mögliche Kindeswohlgefährdung „kann nicht in fremde Hände gegeben werden“ (Bayerisches Landesjugendamt 2013, S. 37). Nichtsdestotrotz haben die freien Kinder- und Jugendhilfeträger ihre Berechtigung auch innerhalb der Diagnostik.

„Selbstverständlich sind die Fachkräfte der Allgemeinen Sozialen Dienste auf Einschätzungen, Stellungnahmen und Gutachten Dritter angewiesen. Dies sind im Fall der leistungserbringenden Fachkräfte freie Träger insbesondere die (Entwicklungs-) Berichte und Gespräche“ (Bayerisches Landesjugendamt 2013, S. 37).

Innerhalb der Sozialpädagogischen Diagnosetabellen wird auch ein eindeutiger Rahmen für die Hilfeplanung festgelegt und ein eigenes Kapitel beschäftigt sich alleine mit dem Schutzauftrag bei Anhaltspunkten zur Kindeswohlgefährdung. Die Sozialpädagogischen Diagnosetabellen sind durch Merkmale gekennzeichnet und befassen sich mit der Grundversorgung des jungen Menschen, der Familien- und Entwicklungssituation des jungen Menschen und der Erziehungssituation.

In der Analyse werden dann zu den Merkmalen durch Konkretisierungen und altersspezifische Hinweise diese ausgewertet. So bieten die Sozialpädagogischen Diagnosetabellen möglichst umfassend gefächerte Merkmale für die Fachkräfte, womit ein nachvollziehbarer Leistungskatalog geschaffen wurde, woran sich die eigenen Fachkräfte, Gerichte und Institutionen orientieren können und der sozialen Arbeit ein professioneller Leitfaden vorliegt und ihr Handeln so auf eine differenzierte Diagnostik ausweitet.

Die Sozialpädagogischen Diagnosetabellen sind klassifikatorische Tabellen, die aufgrund von Ergebnissen und Checklisten aus der psychologischen Forschung und kli-

nischen Praxis anhand 220 Merkmale entwickelt wurden. „Es handelt sich dabei um eine Risiko- und Ressourceneinschätzung in den Dimensionen ‘Erleben und Handeln’, in der die individuellen Stärken und Schwächen des Kindes bzw. des Jugendlichen erhoben werden, sowie ‘Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen’, die das Lebensumfeld thematisieren“ (Bastian 2011, S. 116).

## 2.5 Die vier Konzepte im Überblick

<b>Multiperspektivische Fallarbeit nach Burkard Müller (2012)</b>	<i>Definition/Ziel(e):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung konkreter Schritte innerhalb komplexer Fallkonstellationen</li> <li>- „Fall von“ (§ 36 Abs. 2 SGB VIII): geeignete und notwendige Hilfeart</li> <li>- „Fall für“ (Jugendamt, Dienste, Einrichtungen): multiperspektivische Sichtweise; Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte</li> <li>- „Fall mit“ (jugendlicher, Personensorgeberechtigten): Wünsche, Vorstellungen der Adressaten</li> </ul>	<i>Haltung(en)/Aufgaben:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frage aller Beteiligten zur Klärung, was für sie das Problem darstellt</li> <li>- Klärung der Sachfragen und der „Gefühlsbeziehungen“</li> <li>- Mandate/Zuständigkeiten klären</li> <li>- Angedachte Lösungen auf mögliche (Neben-) Wirkungen überprüfen</li> <li>- Klären von Zuständigkeiten</li> <li>- Aufteilung von Arbeitsschritten und -zielen</li> </ul>
	<i>Methoden/Dimensionen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multiperspektivische Fallarbeit</li> <li>- Klärung „Fall von“, „Fall für“, „Fall mit“</li> <li>- Klärung der Sachaspekte („Fall von“)</li> <li>- Einbeziehung anderer Instanzen („Fall mit“)</li> <li>- Erwirkung der Mitarbeit der Betroffenen und Abbau möglicher Hindernisse</li> </ul>	<i>Rolle des Pädagogen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eingriff und Herstellung erfolgt einseitig vom Pädagogen</li> <li>- Gemeinsames Handeln zwischen Sozialpädagogen und Adressaten</li> <li>- Fallarbeit als Konstruktionsvorgang</li> <li>- Sozialpädagoge als Experte</li> <li>- Frage nach der Lebenswelt</li> <li>- hermeneutische Aufgabe des Fallverstehens</li> </ul>
<p>„Soziale Arbeit muss ihr Können als Sachkompetenz ausweisen, auch wenn die Art der zu bearbeitenden „Sachen“ und der Zugang zu ihnen nur wenig standardisierbar ist; sie muss sich auf's Netzwerken verstehen und sich mit den Zuständigkeiten und Ressourcen anderer verbinden können; und sie muss zu reflexiver 'Beziehungsarbeit' mit Klienten fähig sein“ (Müller 2012, S. 20).</p>		

Übersicht 1: Multiperspektivische Fallarbeit nach Müller (2012, eigene Übersicht)

<b>Psychosoziale Diagnostik der Jugendhilfe nach Viola Harnach (2011; 1999)</b>	<i>Definition/Ziel(e):</i>	<i>Haltung(en)/Aufgaben:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostische Strategie zur Erlangung entscheidungsrelevanter Informationen bei hoch komplexen, undurchsichtigen Konstellationen</li> <li>- Diagnostik als interaktives Geschehen zwischen Diagnostiker und Klient als Co-Diagnostiker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auftretende Schwierigkeiten, soziale Situation, Persönlichkeit der Klienten und deren Ressourcen zu untersuchen</li> </ul>
	<i>Methoden/Dimensionen:</i>	<i>Rolle des Pädagogen:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwerpunkt liegt auf psychosoziale Faktoren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlichkeitsentwicklung</li> <li>- Erziehungs- und Sozialisationsfaktoren</li> <li>- Entwicklungsfördernde und –beeinträchtigende Lebensbedingungen</li> <li>- Verhaltensauffälligkeiten der Kinder/Jugendlichen als Signale</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verantwortung als Fachkraft für die Vorbereitung der Entscheidung innerhalb der Hilfeplanung</li> <li>- Verantwortung für den Hilfeprozess</li> <li>- Fachkraft als „Professional“ mit fundiertem Wissen</li> </ul>
	<p>„Ausgangsthese ist, daß eine Hilfe nur dann personen- und problemangemessen erbracht werden kann, wenn zuvor eine möglichst große Klarheit gewonnen wird über die subjektiv und objektiv bestehenden Problemlagen, deren Entstehungsbedingungen, die Bedürfnisse des Kindes/Jugendlichen und seiner Familie, ihre Motivation, Veränderungen in Angriff zu nehmen, ihre Lösungskompetenzen ebenso wie ihre Bewältigungsschwierigkeiten und ihre Wünsche oder Tolerierungsbereitschaften hinsichtlich möglicher Interventionen. Kurz: der ´erzieherische Bedarf´ als rechtlich festgelegte Voraussetzung für eine Hilfe zur Erziehung muß möglichst genau erkannt werden, damit eine möglichst passende Jugendhilfeleistung ausgewählt werden kann“ (Harnach-Beck 1999, S. 27).</p>	

Übersicht 2: Psychosoziale Diagnostik nach Harnach (1999, 2011, eigene Übersicht)

<b>Sozialpädagogische Familiendiagnosen nach Uwe Uhlen-dorff, Stephan Cinkl, Thomas Marthaler (2008)</b>	<i>Definition/Ziel(e):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialpädagogische Familiendiagnosen sind (Selbst-) Deutungen der Betroffenen</li> <li>- Die Fachkräfte arbeiten zentrale Familienthemen und Problemstellungen heraus</li> <li>- Diagnose als Aushandlungsprozess zwischen Fachkräften und Familienangehörigen zur Festlegung eines Hilfeplanes</li> </ul>	<i>Haltung(en)/Aufgaben:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Narrative Interviews mit den Familienangehörigen</li> <li>- Im Zentrum stehen die Erziehungsprobleme und Alltagsaufgabenstellungen der Familien</li> <li>- Deutungsmuster werden aus Erfahrungsdimensionen (wie z.B. Erziehungsprobleme, biografische Leidensmuster etc.) herausgearbeitet, die auf Auswertungskategorien beruhen (wie z.B. sozioökonomischen Rahmenbedingungen, Kindererziehung etc.)</li> </ul>
	<i>Methoden/Dimensionen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interview anhand eines Leitfadens im Sinne narrativer Interviews</li> <li>- Diagnosemanual mit 12 Merkmalsräumen zur Herausarbeitung der Familienthemen und Problemstellungen</li> <li>- Formulierung der Aufgabenstellung</li> </ul>	<i>Rolle des Pädagogen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pädagoge als Fachkraft</li> <li>- Durchführung der Interviews als Ableitung aus wissenschaftlichen Methoden</li> <li>- Aushandlungsprozess zur weiteren Hilfeplanung</li> </ul>
	<p>„Die von uns entwickelte sozialpädagogische Familiendiagnose versucht, einen Mittelweg zwischen subsumtionslogischem Vorgehen und ausschließlicher Einzelfallbetrachtung einzuschlagen. Leitend ist dabei der Gedanke, dass sich die individuellen Eigenschaften, die Besonderheiten des Einzelfalls durch Kontrastierung mit dem Allgemeinen (Ideal-Typen) konturieren lassen“ (Uhlen-dorff 2008, S. 211).</p>	

Übersicht 3: Sozialpädagogische Familiendiagnose nach Uhlen-dorff et al. (2008, eigene Übersicht)

<b>Sozialpädagogische Diagnose-Tabelle &amp; Hilfeplan (Zentrum Bayern Familie und Soziales - Bayrisches Landesjugendamt 2013)</b>	<i>Definition/Ziel(e):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Herausarbeitung des Hilfebedarfes des familiären Systems</li> </ul>	<i>Haltung(en)/Aufgaben:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressourcen und Risiken herausarbeiten</li> <li>- Partizipative Haltung</li> <li>- Realistische und realisierbare Zielvereinbarungen</li> </ul>
	<i>Methoden/Dimensionen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialpädagogische Diagnosetabellen in drei verschiedenen Ausprägungsgraden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurzfassung mit 20 Items</li> <li>- Langfassung mit 80 Items als ausdifferenzierte Arbeitshilfe</li> <li>- 3. Fassung mit Konkretisierungen und altersspezifischen Beispielen und der Hilfe bei Unklarheiten</li> </ul> </li> </ul>	<i>Rolle des Pädagogen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachkraft zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages lt. § 36 SGB VIII Hilfeplanung.</li> </ul>
<p>„Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe bedeutet, sich am Anfang eines Beratungs- oder Hilfeprozesses den Sachstand und die Besonderheiten im familialen System genau anzusehen ... Dabei gehören Risiken und Ressourcen zusammen. Ohne Wahrnehmung und Aktivierung von Chancen und Stärken entstehen keine zukunftsgerichteten tragfähigen Handlungsperspektiven ... Die Partizipation aller maßgeblich Beteiligten, insbesondere der Leistungsbegünstigten, ist dabei unverzichtbar und trägt wesentlich zum Erfolg der Hilfe bei“ (Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayrisches Landesjugendamt 2013, S. 24).</p>		

Übersicht 4: Sozialpädagogische Diagnosetabellen des Bayrischen Landesjugendamtes (2013, eigene Übersicht)

## 2.6 Der Integrative Ansatz nach Maja Heiner

In ihrem Konzept der integrativen Diagnostik spricht sich Heiner (2010, 2015) dafür aus, die oftmals gegensätzlich formulierten Konzepte, Methoden der Diagnostik in der sozialen Arbeit dem jeweiligen Typus anzupassen, so gezielt die Auswahl der Methoden/Konzepte zu wählen. Innerhalb der gesamten Diagnostik zwischen der Notwendigkeit von oder gegen Klassifikation oder (Selbst-) Deutungen, entbinde dieses alles die Fachkraft nicht von ihrer eigenen Urteilsbildung.

„Den Fachkräften bleibt ein erheblicher Entscheidungsspielraum und ihre professionelle Urteilskraft wird durch Klassifikationen und Formalisierungen der Informationsverarbeitung nicht überflüssig“ (Heiner 2015, S. 287).

Klassifizierende oder zukünftig auch mathematisch-statistische Methoden können Urteile unterstützen, genauso wie die Wichtigkeit vom Einzelfall her. Trotzdem bedarf es der eigenen Urteilsbildung.

Heiner (vgl. 2010, S. 99 f.) definiert Diagnostik als Verschränkung von Diagnostik, Intervention und Kommunikation. Diagnostik findet prozessorientiert statt und stellt ein integratives Modell dar: Interventionsprozess, unterschiedliche methodische Ansätze und Verfahren, sich auf die Gegenstandsbereiche beziehen und zu einer Gesamteinschätzung zu kommen und die unterschiedlichen Perspektiven mehrerer Personen einzubinden, kennzeichnen im groben die integrative Ausrichtung der Diagnostik.

Bezogen auf vier Dimensionen (siehe Tabelle 2) versucht Heiner ihnen gegenstandsbezogen, methodisch und erkenntnisbezogen gerecht zu werden. Gegenstandsbezogen meint den Bezug auf das Klienten- und das Helfersystem, methodische Aspekte beziehen sich auf die Auswahl, z.B. narrativer Interviews oder Selbstdeutungsmuster (z.B. Mollenhauer/Uhlendorff) oder stärker strukturierter Verfahren, wie der psychosozialen Diagnostik nach Harnach, und erkenntnisbezogene Aspekte beziehen sich darauf, die Erkenntnisse in Hypothesen und Erklärungen zur Entstehung der Proble-

me zusammenzufassen und hierüber Erklärungsansätze und Hypothesen zu den Grenzen und Chancen möglicher Veränderungen zu bilden (Heiner 2010, S. 101 f.).

(1) Partizipative Orientierung - dialogisch - aushandlungsorientiert - beteiligungsfördernd	(3) Mehrperspektivische Orientierung - konstruktivistisch - multidimensional - historisch/biographisch
(2) Sozialökologische Orientierung - interaktionistisch - umfeldbezogen - infrastrukturbezogen	(4) Reflexive Orientierung - rekursiv - informationsanalytisch - beziehungsanalytisch - falsifikatorisch <sup>6</sup>

Tabelle 2: Prinzipien einer prozessbegleitenden Diagnostik (Heiner 2015, S. 290)

Diagnostik kennzeichnet lt. Heiner immer eine Zielsetzung, den Gegenstand, den Verwendungskontext und die Gütekriterien (Heiner 2015, S. 287 ff.):

Ziel diagnostischen Fallverstehens verfolgt die zuverlässige Entscheidung, Wissen der Fachkräfte und unterstützt die positive Veränderungen von (Familien-) Systemen, Personen. Der Gegenstand der Diagnostik wird durch den Handlungskontext des Diagnostikers geprägt, der sich mit den Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, den Beziehungen und wechselseitigen Einflüssen der Fachkräfte und Klienten auseinander zu setzen hat.

Im Verwendungskontext werden die zentralen diagnostischen Aussagen der drei Parteien im sozialrechtlichen Dreieck erarbeitet und erörtert zwischen Leistungsempfänger (Klient), Kostenträger (Staat) und Leistungsträger (freier Träger) (Heiner 2015, S. 287 f.).

Neben den subjektiv zu beurteilenden Belastungen der Klienten selber kommt die objektive Einschätzung des Diagnostikers zusammen und es kommt vor allem auf die Ausrichtung der Klienten zu ihrer eigenen Veränderungsbereitschaft an. Zu der Gesamteinschätzung können Dokumentationsverfahren, Checklisten, Fragenkataloge

---

<sup>6</sup> Falsifikation ist die Widerlegung einer Aussage durch ein Gegenbeispiel bzw. einen empirischen Gegenbeweis (Textor 2003). Eine Einzelaussage kann nicht zu einem Gesetz formuliert werden, Hypothesen aber falsifiziert werden (vgl. Abel/Möller/Treumann 1998; S. 13 ff.).



oder andere etablierte Methoden führen, wobei auch bei objektiver, reliabler oder valider Informationsgewinnung Wirkungswahrscheinlichkeiten bestehen (vgl. Heiner 2015, S. 289). Wichtig ist bei der gesamten Faktensammlung, dass zu den relevanten Fakten die plausibelsten Verknüpfungen hergestellt werden können.

„Die Vorgehensweise bei der Begründung der diagnostischen Einschätzungen ist eine *falsifikatorische*, d.h. zur zentralen These der Diagnose sollen möglichst viele Informationen und Argumente gesammelt werden, die geeignet sein könnten, das Gegenteil der aktuellen Problemsicht zu belegen, sie also zu falsifizieren oder/und eine höhere Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten“ (Heiner 2015, S. 291).

## 2.7 Herausforderungen an Diagnostik

Ein Orakel beschäftigt sich mit „Zukunftsdeutung mit Hilfe von Zeichen“ (vgl. Meyers Taschenlexikon 2003, Band 17, S. 5396), so z.B. das chinesische Orakel mit Orakelknochen oder das aus der griechisch-römischen Antike, die bekannte Orakelkunst mit Beobachtung des Vogelflugs oder der Leberschau, das ägyptische Orakel mit Oasen in der Wüste (vgl. Meyers Taschenlexikon 2003, Band 17, S. 5396). Im Gegensatz hierzu steht die Wissenschaftstheorie, die aufgrund der Logik, der „Lehre von den formalen Beziehungen zwischen Denkinhalten. Die traditionelle L. befasste sich als Lehre um die allg. Eigenschaften und der Klassifizierung von Begriffen und der Definitionslehre; als Lehre vom Urteil mit der Struktur von Aussagesätzen und ihrer Klassifikation; als Lehre vom Schluss mit den Folgebeziehungen zwischen den Sätzen, die rein aufgrund von deren Struktur und unabhängig von ihrem Inhalt gelten“ (Meyers Taschenlexikon 2003, Band 14, S. 4393 f.).

Eine Übergreifende Herausforderung von Diagnostik stellt an die Fachkraft die Anforderungen, „Verstehen *und* Beurteilen, Selbstdeutungen von HilfeadressatInnen ernst nehmen *und* eigene, fachliche Deutungen daneben [zu] stellen“ (Ader 2006, S.

236). Ader beschreibt Grundorientierungen (Tabelle 3), die allgemein auf diagnostisches Fallverstehen anwendbar sind.

<p>Diagnostisches Fallverstehen ist vorrangig darauf gerichtet, subjektive Sinnzusammenhänge zu verstehen sowie Erziehung und Bildung zu ermöglichen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im diagnostischen Fallverstehen steckt etwas genuin Pädagogisches, Prozesse der Erziehung, Bildung</li> <li>- Frage nach der subjektiven Logik einer bestimmten Handlungsstrategie</li> <li>- Zugang zum Problem über Lebens- und Lerngeschichte eines Menschen</li> </ul>
<p>Diagnostisches Fallverstehen ist immer eine schrittweise Annäherung mit hypothetischen Erkenntnissen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialpädagogische Beurteilungen haben hypothetischen Charakter</li> <li>- Wichtigkeit der mehrperspektivischen Überprüfung bzw. ggf. Korrektur</li> <li>- Rückvermittlung an die Adressaten</li> <li>- Eigenständige Beurteilung durch die Pädagogen und professionelle Einschätzung und Urteile über Gefährdungen oder Entwicklungspotentiale</li> <li>- Führen des Dialoges mit den Betroffenen hierüber</li> </ul>
<p>Diagnostisches Fallverstehen bezieht sich sowohl auf das Klienten- als auch auf das Hilfesystem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein Fall ist mehr als eine Biographie oder Familiengeschichte</li> <li>- Frage nach den Auswirkungen institutioneller Normen und Werte der Fachkräfte auf den Fall</li> <li>- Berücksichtigung des Spiegelungsphänomens, d.h. der sich im Helfersystem widerspiegelnden Dynamiken, Strategien, Ängste o.a.</li> </ul>
<p>Diagnostisches Fallverstehen erfordert Perspektivenvielfalt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefahr der Fachkraft zur Identifikation oder Verstrickung in die familiäre Dynamik</li> <li>- Fähigkeit der Distanzgewinnung zur Analyse</li> <li>- Wichtigkeit der Eingebundenheit in ein Team zur Reflexion mit Hilfe strukturierter methodischer Arbeitsformen</li> </ul>

Tabelle 3: Grundorientierungen diagnostischen Fallverstehens in der Sozialen Arbeit (vgl. Ader 2006, S. 236 ff.)

Heiner beantwortet ihre Frage, was es braucht, um Aussagen zu machen und kompetent, zielführend, effektiv und effizient zu handeln, dass eine Diagnostik „Professionstheorie, Handlungstheorie und Erkenntnistheorie gegenstandsbezogen vereinen“ muss (Heiner 2015, S. 281).

Im Feld der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe sind Verfahren der verstehenden Diagnostik zu einer Fallentscheidung primär auszuwählen.

„Plausibel erscheint, dass die in der direkten Klientenarbeit tätigen Fachkräfte vor allem diagnostische Verfahren von leichtem bis mittleren Standardisierungsgrad im Alltag einsetzen werden, während die koordinierenden und bewilligenden Fachkräfte (auch) auf stärker standardisierte Verfahren zurückgreifen müssen“ (Heiner 2015, S. 288).

Im Zentrum dieser Ausarbeitung steht die Frage nach Diagnostik innerhalb der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe. Je höher die Spezifikation, von der Gestaltungs- zur Risikodiagnostik, desto höher demnach der Bedarf an standardisierten Verfahren (vgl. Heiner 2015, S. 288).

Ader (2006) beschreibt in ihrer Studie „Was leitet den Blick? Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe“ drei grundsätzlich zu unterscheidenden Richtungen der Diagnose, des Fallverstehens (siehe Tabelle 4):

- a) psychologisch-klassifikatorisch orientierte Verfahren;
- b) biographisch-rekonstruktiv orientierte Verfahren und
- c) gruppenorientiert-inszenierte Verfahren (vgl. Ader 2006, S. 39 ff. und Bastian 2001, S. 101 ff.).

Bei dem *psychologisch-klassifikatorischen Verfahren* steht die expertenorientierte Diagnose im Vordergrund. Regelgeleitete Informationssammlungen tragen zur Auswertung bei, zum Abgleich mit Normalitätserwartungen. Sowohl Defizite und Störungen als auch Ressourcen, d.h. Stärken und Potentiale stehen im Vordergrund. Es ist eine expertenorientierte Diagnose, die sich an klinisch, leitfadengestützten Modellen orientiert mit dem Ziel der personenunabhängigen Reproduzierbarkeit.

Beim *biografisch-rekonstruktiv orientierten Verfahren* stehen biografische Erzählungen und (Selbst-) Deutungsprozesse im Vordergrund. Zentrale Prozesse und/oder Störungen werden rekonstruiert, unabhängig von der jeweiligen hermeneutischen Analyse und der unterschiedlichen Interpretationstechniken. Grundlage bilden „wissenschaftliche Erkenntnisse über biographische Strukturen und Verläufe oder Entwicklungs- und Sozialisationstheorien“ (Ader 2006, S. 40).

*Gruppenorientiert-inszenierende Verfahren* schaffen nach vorheriger Dokumentation und Einschätzungen zur Familiengeschichte innerhalb einer Gruppe der Fachkräfte eine Inszenierung zur Deutung und Reflexion des Falles. Hierbei werden stellvertretende Deutungsmuster über die Fallwahrnehmung erarbeitet und die affektive Dynamik reinszeniert (vgl. Ader 2006, S. 41). Zum Fallverstehen trägt auch die Wechselwirkung zwischen Hilfe- und Klientensystem bei, wodurch die institutionellen Beziehungs- und Maßnahmegeschichten einbezogen werden (vgl. Bastian 2011, S. 101).

<b>Biografisch-rekonstruktiv</b>	<b>Gruppenorientiert-inszenierend</b>	<b>Psychologisch-klassifikatorisch</b>
- Biografische Erzählungen und Selbstdeutungen als Grundlage des Fallverstehens	- Dokumentation der Situation und der unterschiedlichen Einschätzungen aller Beteiligten	- Regelgeleitete Informationssammlung, systematische Beobachtung und Befragung
- Hermeneutische Analyse des (explizit/implizit) Erzählten als Diagnoseprozess	- Reflexion und Fallinszenierung in der Gruppe (Kolle-giales Fallverstehen, § 36)	- Einbezug psychologischer Testverfahren
- Auf Basis dessen werden Interventionsstrategien geplant und durchgeführt	- Einbezug von Biografie und institutionellem Kontext	- Expertenorientierte Diagnose im Rahmen sozialrechtlicher Entscheidungsverfahren

Tabelle 4: Systematisierung sozialpädagogischer Diagnoseverfahren (Bastian 2011, S. 102; in Anlehnung an Ader 2006)

Auch Ader (2006) stellt wie Müller (2012) die Frage nach dem, was der Fall ist. Müller verweist auf die Mehrdimensionalität der Prozesse allgemeiner sozialpädago-

gischer Fallarbeit und stellt die Fallperspektiven bezogen auf sachbezogenes Wissen, Verweisungswissen und Beziehungswissen heraus (Müller 2012, S.33):

	Fall von	Fall für	Fall mit
Anamnese			
Diagnose			
Intervention			
Evaluation			

Tabelle 5: Schema für die Fallarbeit nach Müller (2012)

Gegenstand von Deutungsprozessen innerhalb der Sozialen Arbeit und bezogen auf den Praxisfall sieht Ader (2006, S. 230) in einem Dreieck von Biographie, institutionellem Kontext und professionellem Handeln. War bis dato die Institution häufig nicht berücksichtigt in solchen Konzepten, weist sie auf deren Interaktions- und Eigendynamik hin, die nicht nur im Spannungsfeld zwischen der Lebens- und Familiengeschichte und dem pädagogischen Handeln bestehen, sondern genauso Gegenstand von Deutungsprozessen sind.

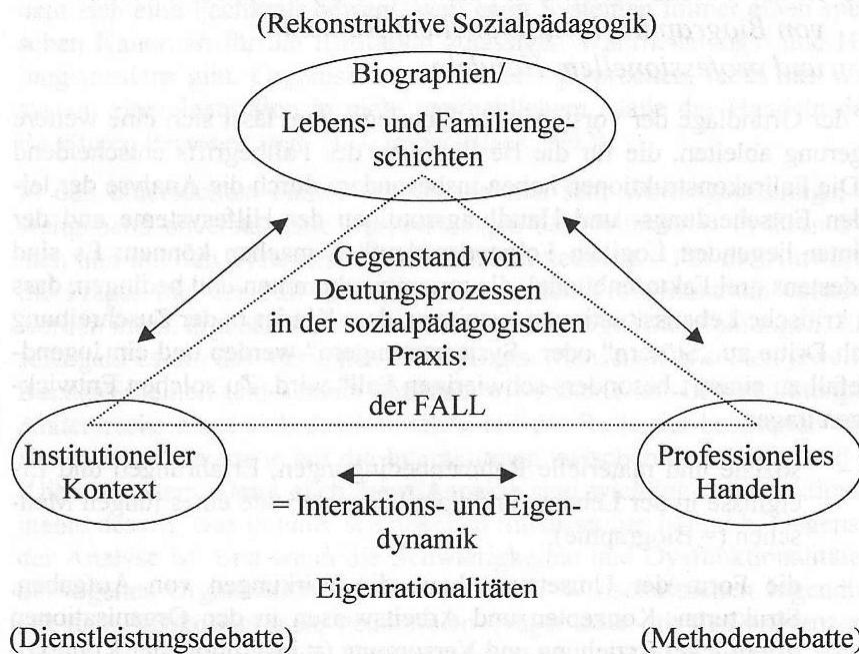


Abbildung 3: Was ist der Fall? – Gegenstand von Deutungsprozessen in der sozialpädagogischen Praxis (Ader 2006, S. 230)

Innerhalb des professionellen Handelns sieht Ader (2004) die Rolle des Helfers in einer Funktion, diese zu reflektieren. Die Intervention in einer Familie ist abhängig von der Gesamtdynamik und somit sei es wichtig, zu definieren, welche Rolle die Fachkraft in Anbindung an die Institution hat. Dieses dient der weiteren Handlung im Umgang mit der Familie und den Interventionen und vor allem wenn es darum geht, festgefahrene Interaktions- und Kommunikationsstrukturen zu erwarten (vgl. Ader 2004, S. 325).

Nach diesen unterschiedlichen Konzepten und Lesarten von Diagnose folgen im Folgenden Kapitel übergreifende Themen professionellen Handelns und Wirkungen, um diese theoretischen Konzepte genauer einordnen zu können im wissenschaftlichen Diskurs.

### **3. Die Diskussion der Professionalisierung, des Pädagogischen Handelns und der Wirkungsforschung im Zusammenhang mit Diagnose**

#### **3.1 Professionalisierung**

Anfangs sind die Begriffe genau zu unterscheiden (vgl. Dewe/Otto 2015b, S. 1233):

- a) *Profession* als Gesellschaftsform auf der sozialen Makroebene;
- b) *Professionalisierung* als berufsgruppenspezifischer sozialer Handlungsprozess zur Beschreibung des ambivalenten Verlaufes der Etablierung von Professionen und
- c) die *Professionalität*, die sich auf das berufliche Handeln bezieht.

Dewe/Otto (2015b, S. 1234) definieren Professionen als „Instanzen einer Begründung von Entscheidungen der Lebenspraxis“. Subjekte handeln in ihren eigenen Rahmen mit eigenen Entscheidungen. Können diese jedoch nicht mehr getroffen werden, versagen die Entscheidungen oder werden zu komplex heißt dieses, dass sie nicht mehr auf ihr bekanntes Alltagswissen deutend zurückgreifen können.

„Professionen sind insofern Instanzen angewandter Wissenschaft als sie angeleitet nach den Kriterien eines wissenschaftlichen Erklärungswissens Begründungen für lebenspraktische Entscheidungen liefern“ (Dewe/Otto 2015b, S. 1234).

Der Professionelle zeichnet sich durch eine Face-to-Face-Interaktion aus, um Verstehensprozesse interaktionell zu gestalten, d.h. in der Interaktion mit dem Betroffenen in einem Beraterischen Kontext einen Verstehensprozess und so einen Erkenntnisgewinn für eine Entscheidung zu ermöglichen (vgl. Dewe/Otto 2015b, S. 1234).

Der Professionelle unterscheidet sich somit vom Laien, indem er sein Wissen durch praktische Handlungskompetenz bewältigen muss (vgl. Dewe/Otto 2015a, S. 1248). Professionalität in der Sozialen Arbeit geht immer über einzelne Falldeutungen hinaus, da sie sich im gesellschaftlichen Kontext mit dort ablaufenden „Störungen“ befasst und ihre Kompetenz im Handeln und entlang bestimmter Deutungsmuster erschließen kann. Zur Anwendung kommen Methoden zur „professionellen Erfüllung des Berufsauftrages“ (Krauß 2006, S. 125). Soziale Arbeit zeichnet sich durch methodisches, professionelles Arbeiten dadurch aus, dass sie zielgerichtet, systematisch und dialogisch Methoden anwendet. Hierüber begrenzt sie das oft unübersichtliche Arbeitsfeld und grenzt den Bereich, den es zu bearbeiten gilt ein und macht ihn hierüber zugänglich. So können Probleme systematisch bearbeitet werden und Möglichkeiten erschlossen werden, Handlungsfähigkeit zu unterstützen (vgl. Krauß 2006, S. 125 f.).

„Die methodisch geschulte Wahrnehmung erschließt sich Änderungen und Fortschritte im Prozess. Die daraus resultierende fachliche Gewissheit stärkt die berufliche Identifikation und die Souveränität. Diese Basis fördert aufgeklärtes, selbstbewusstes, partnerschaftliches und systematisches Verhalten gegenüber KlientInnen. Die methodische Klarheit im Verhalten gegenüber der Klientel erleichtert dieser die Einschätzung der an sie gerichteten Erwartungen und Angebote“ (Krauß 2006, S. 126).

Combe (1996) thematisiert in seinem Artikel „Pädagogische Professionalität, Hermeneutik und Lehrerbildung“ am Bsp. der Berufsbelastung von Grundschullehrkräften die u.a. pädagogische Professionalität. Als These zur pädagogischen Professionalität sagt er, dass sie als Kern „ein lebendiges Interesse an Entwicklungsmöglichkeiten, aber auch an spezifischen Nöten und Schwierigkeiten, die Schülerinnen und Schüler in ihrer psychischen Entwicklung und in der Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Schule haben“ (Combe 1996, S. 511 f). Übertragen auf den gesamtpädagogischen Bereich und speziell auf die Arbeit innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe bedeutet dieses, auch hier sich mit den Entwicklungsbedürfnissen und Entwicklungsnotwendigkeiten der zu betreuenden Kinder und Jugendlichen aktiv und intensiv



auseinander zu setzen und dabei ein reges Interesse, eine Freude zur Entwicklungsförderung zu haben.

Diagnose verweist auch immer auf den Umstand der Komplexität und mündet letzten Endes in einer Entscheidungsempfehlung, allerdings weist Nölke (1996) in seinem Text darauf hin, dass „Situationen auftreten [können], in denen die Diagnose relativ deutlich erstellt und abgesichert werden kann, die Möglichkeiten einer angemessenen Intervention jedoch nicht verfügbar sind, etwa die Unterbringung in einer dem Einzelfall adäquaten Einrichtung“ und „Zustandsmerkmale und sich abzeichnende Tendenzen der Problemlage des Betroffenen und seiner Familie ... sich als so unklar und komplex erweisen, daß eine klare ‚Diagnose‘ erschwert oder unmöglich erscheint“ (Nölke, 1996, S. 662).

Professionelles Arbeiten bedeutet mit Braun et al. (2011) gesprochen eine „zu bearbeitende Problemsituation nicht nur mit wissenschaftlichem Wissen zu erschließen“ (Braun et al. 2011, S. 22). Die Autoren verweisen stattdessen darauf, dass die Anwendung von Wissenschaftskategorien mit Bezug auf Oevermann (1996) mit hermeneutischem Fallverstehen einhergehen muss. Oevermann zeigt in seinem 1996 erschienenen Artikel anhand medizinischer Diagnostik den Unterschied zwischen Erklären und Fallverstehen auf und schildert dessen Abhängigkeit voneinander. Auch in der Medizin können Symptome nicht unter eine vorgegebene Klassifikationstheorie subsumiert werden, sondern die Symptome sind immer mit hermeneutischem Fallverstehen zu erklären. In solch einer Zuordnung bekommt Krankheit dann auch immer eine Funktion zugesprochen.

„Ohne Ansehen des lebensgeschichtlichen Kontext und der lebensgeschichtlichen Motivierungslinien und Potentiale würde der konkrete körperliche und psychische Zustand an einem abstrakten Standard gemessen und nach einem willkürlichen, fallfremden Abgrenzungskriterium als krank oder gesund eingeordnet“ (Oevermann 1996, S. 172).

Dies bedeutet, Symptome als Zeichen für eine Funktion zu sehen und sich diesen diagnostisch zu nähern, indem zielgerichtet, systematisch und methodisch gearbeitet wird.

### 3.2 Wirkfaktoren und Wirkungen in der Heimerziehung

Wirkungsforschung dient nicht dazu zu zeigen, ob eine Maßnahmhilfeform im reinen Sinne wirkt, sondern stattdessen das Ausmaß zu messen in dem Sozialisationsbedingungen und Entwicklungspotenziale effektiv und sich positiv (aus-) wirken. „Effekte im Sinne der Wirkungsforschung beschreiben das Ausmaß, indem Maßnahmen das erreichen, was Wirkungsmessungen messen“ (Ziegler 2015, S. 401). In Bezug auf Seligmann (1995) führen Maßnahmen der sozialen Arbeit genau wie Psychotherapien und psychologische Arbeit zu vergleichbaren Wirkungen. Neben der häufig danach beurteilten Veränderung von symptomatischen Verhaltensweisen zielt die Wirksamkeitsforschung innerhalb der Heimerziehung eher auf das Erfassen von positiv gelingenden Sozialisationsbedingungen und Sicherstellung einer Qualität entsprechend den Entwicklungs- und Sozialisationsbedürfnissen der jungen Menschen in der Gesellschaft (vgl. Ziegler 2015, S. 400). Hierzu gehört auch die Studie von Albus et al. (2010), die nach dem Ausmaß der Erweiterung der Handlungsbefähigung der jungen Menschen fragte mit dem Ziel, jungen Menschen ein nach ihren eigenen Lebenszielen wertgeschätztes Leben führen zu können (vgl. Ziegler 2015, S. 402).

Es zeigen sich als Wirkfaktoren (Ziegler 2015, 402 f.):

- die Qualifikation der Fachkräfte;
- das Ausmaß ihrer Arbeitsautonomie;
- ihre Mitbestimmung;
- die Qualität des Teamklima;
- das Vorhandensein von fachlich-reflexiv begründeten und zugleich verbindlichen Ziel- und Handlungskonzeptionen;
- die Organisationsverbundenheit der Fachkräfte;
- das Ausmaß an Fallbearbeitungszeit und Ausgewogenheit von Aufgaben- und Ressourcen-Planungen.

Ein sehr entscheidendes Ergebnis ist der Wirkungserfolg im Zusammenhang mit der Dauer. Wirkungserfolg korreliert mit der Dauer der Maßnahme, so dass sich die

höchsten Wirkungsgrade in der Heimerziehung nach 3 Jahren zeigen (vgl. Macsenaere/Esser 2012, zit. n. Ziegler 2015, S. 403).

Dem widerspricht die oft scheinbar gängige, auf alle Fälle erfahrbare Neigung der Jugendämter, die in ihren Entscheidungen versuchen kostengünstigen, ambulanten Hilfen vor kostenintensiveren Maßnahmen (stationären-, oder sogar intensivpädagogischen Maßnahmen der stationären Heimerziehung) Vorrang zu geben.

„Es kann nur darum gehen, *die fachlich jeweils angemessene Hilfe und nicht die fachlich weniger angemessene Hilfe* zu erbringen“ (Ziegler 2015, S. 404).

Ein weiteres Problem besteht nach Ziegler darin, die nach einer stattgefundenen, erfolgreich verlaufenden Hilfemaßnahme, keine weitere Maßnahme zur Verfügung zu stellen, die die Wirkung unterstützen und unterstreichen würde. Diese Praxis steht damit im Widerspruch, zu Beginn kostengünstigere, ambulante Hilfe anbieten zu wollen, aber im Nachklang einer erfolgreich verlaufenden Maßnahme keine weitere einsetzen zu wollen. Bei einer hohen Effektivität ist der Zustand der Bedarfs- und Problemfreiheit nicht zwingend gegeben, sondern hat nur ein geringeres Ausmaß, was wiederum über ein nicht intensiveres Hilfeangebot abgedeckt werden könnte.

Der Frage der Passung der Maßnahme scheint elementar für die jungen Menschen bezogen auf die Einrichtung, d.h. der in ihr lebenden Pädagogen, anderer Kinder und Jugendlicher und der Passigkeit bezogen auf das Konzept und hiermit bezogen auf die Erziehungs- und Beziehungsarbeit. Darüber hinaus spielen Faktoren und Haltungen den jungen Menschen gegenüber eine wichtige Rolle, z.B. sie partizipativ zu erziehen und ihnen Vertrauen, Zuwendung und Ermutigung entgegen zu bringen, womit das Autonomiebedürfnis unterstützt wird. Weiter führt Ziegler in seinem Artikel an, dass hohe fachliche Standards der pädagogischen Arbeit und die professionelle Ausrichtung einer Einrichtung für die Wirkung der Maßnahme als hoch einzuschätzen ist. Die Einzelfalleinschätzung bekommt hierdurch eine besondere Rolle, wonach hieran sich immer die einzusetzende Hilfe bemessen lassen muss. Hierbei entsteht der Eindruck kostengünstigere Maßnahmen grundsätzlich zu bevorzugen, dadurch, dass allen stationären Maßnahmen in der Regel ambulante und/oder teilsta-

tionäre Maßnahmen voran gehen und häufig kostenintensivere Maßnahmen indiziert wären (vgl. Ziegler 2015, S. 404 ff.). Dieses steht auch im Widerspruch dazu, nach einer erfolgreichen Maßnahme, keine weiteren Hilfen zu installieren.

Bezogen auf andere Professionen ergab Martin E.P. Seligmans Studie „The Effectiveness of Psychotherapy“ als ein Ergebnis bezogen auf die Soziale Arbeit, dass alle Gesundheitsexperten (health professionals), d.h. Psychologen, Psychiater und Sozialarbeiter, die gleiche effektive Wirkung erzielen (1995, S. 968). Die Gesundheitsexperten haben gegenüber den Hausärzten (family doctors) signifikant bezogen auf ihren Wirkungsgrad einen Vorteil. Seligman begründet dieses damit, dass sie durch die zeitlich längere, dadurch beständigere Arbeit mit den jeweiligen Klienten und hierdurch in Verbindung mit ihrer emotionalen Anbindung an sie, eine höhere Effektivität erzielen, wohingegen die Hausärzte zu wenig und nicht zugewandt genug erscheinen (Seligmann 1995, S. 972). Bezogen auf eine möglichst längere Dauer der Maßnahme weist auch er hin, wobei er schon eine Effektivitätssteigerungsrate innerhalb des ersten halben Jahres signifikant herausstellt.

Wirkfaktoren beschreiben unterschiedliche Ergebnisqualitäten. Macsenaere (2014) beschreibt, dass der Fokus der Ergebnisqualität neben der Defizitbetrachtung auf die Ressourcen der Kinder/Jugendlichen und ihrer Familiensysteme betrachtet werden muss (Macsenaere 2014, S. 594). Seit einiger wird in diesem Zusammenhang das Konzept des Capability Approach diskutiert. Dieses weist auf die Grundbefähigungen des Menschen hin bezogen auf seine eigenen und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Nussbaum/Sen 1993).

In der Kinder- und Jugendhilfe und bezogen auf eine Diagnostik, vor allem vor einem möglichen Hintergrund einer Kindeswohlgefährdung, stehen die Kinde und Jugendlichen im Zentrum. Eine erfolgreiche Arbeit jedoch mit dem Familiensystem führt zu einem hochsignifikant erfolgreicherem Hilfeverlauf als ohne diese (Esser 2014, S. 604).

Als Wirkfaktoren für einzelne Hilfearten schreibt Klaus Esser in seinem Artikel „Wirkfaktoren in der Erziehungshilfe“:

„Neben den genannten Wirkfaktoren werden für die stationäre Jugendhilfe besonders die Faktoren Hilfedauer, Beziehungsqualität, Bindungsperson, Persönlichkeit und Professionalität wirksam. Kinder und Jugendliche im Heim benötigen ein stabiles Lebensumfeld, in dem neue verlässliche Beziehungen und Bindungen möglich sind“ (Esser 2014, S. 604 f.).

### **3.3 Pädagogisches Handeln und Diagnostik**

Pädagogisches Handeln in der Moderne findet in Antinomien statt (Helsper 2010). Für die Kinder- und Jugendhilfe und insbesondere im Rahmen von Diagnostik ist Pädagogisches Handeln den Widersprüchlichkeiten zwischen Zwang und Autonomie, der Organisation und Interaktion, der Nähe und Distanz ausgesetzt. Helsper (2010) beschreibt in seiner Grafik „pädagogisches Handeln als interaktiv-asymmetrisches Vermittlungsverhältnis in der Spannung von Fallverstehen und subsumtiven Regelwissen“ (S. 31): In einem äußeren Spannungsfeld zwischen Gesellschaft, Kultur, Natur und der Person wirken bestimmte Parameter aufeinander und bedingen sich gegenseitig oder stehen im Widerspruch zueinander. Für die Diagnostik bedeutet dieses, dass auch sie als komplex gilt und in ihrem Rahmen vielfältig sein muss, da die Antinomien auch vielfältig sind.

Fallverstehen oder Diagnostik in der Sozialen Arbeit bedeutet mit Ader gesprochen, mehr als Biographiearbeit. Diese reiche als alleiniger Bezugspunkt nicht aus und greife zu kurz(vgl. Ader 2006, S. 42 ff.).

“Wenn es um die fachliche Beurteilung von Lebenssituationen geht, müssen sozialpädagogische Fallanalysen neben der Analyse biographischer Zusammenhänge folglich zwingend mit der Analyse professioneller und institutioneller Bedingungs Momente einhergehen“ (Ader 2006, S. 49).

Über die jeweilige (Familien-) Geschichte und Biographie jedes einzelnen Familienmitgliedes und auch seinen jeweiligen Problemlagen sind in die professionelle Arbeit die „Rahmenbedingungen“ der Hilfe mit einzubeziehen. Das jeweilige pädagogische Handeln der Fachkräfte und die Institution gilt es mit in die Arbeit einzubeziehen. Diagnostik bewegt sich somit lt. Ader (2006, S. 229) in einem „Fall-Dreieck“ von Biographie, institutionellem Kontext und professionellem Handeln:

- Die *Biographie* setzt sich mit der Lebens- und Familiengeschichte auseinander und den sozialen und materiellen Rahmenbedingungen, Erfahrungen und Ereignissen;
- im *institutionellen Kontext* werden die Haltungen und Arbeitskonzepte festgelegt und bieten so den Rahmen für die die Strukturen und Arbeitsweisen;
- das professionelle Handeln orientierte sich nun mit seiner Wirkung an den beiden vorerst genannten Punkten und zeigt so sein methodisches Handeln im Kontext von Fallanforderung (Biographieanalyse) und Methodenhandeln (im institutionellen Kontext).

## **4. Die (teil-)stationäre Kinder- und Jugendhilfe und ihre Bezüge**

### **4.1 Grundsätzliche Überlegungen zum Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in unserer Gesellschaft**

Das gesellschaftliche Bild von Kindern und Kindheit hat sich über die Jahrhunderte entwickelt. Mollenhauer (2003) beschreibt dieses gut in seinem Buch „Vergessene Zusammenhänge“. Wurde im Mittelalter mit Kindern noch die chronisch-physiognomische Gleichheit zu Erwachsenen in der Kunst dargestellt, so veränderte sich diese im Spätmittelalter und mit der beginnenden Epoche des Humanismus und Beginn der Renaissance, im Übergang von der Neuzeit zur „Moderne“ und es trat eine Veränderung ein. So wurde in Bildern der damaligen Zeit Erwachsene und Kinder zueinander zugewandter dargestellt und „realistischer“. Ihr Blickkontakt ist aufeinander bezogen und sie wurden aufeinander aufmerksam bzw. mit vertrauensvollen Blicken zueinander gemalt. „Kinder werden von nun an *gedacht* ... als Wesen, deren innere und äußere Form (Geist und Handeln) sich allmählich durch Interaktion mit den Erwachsenen bildet“ (Mollenhauer 2003, S. 94).

Somit veränderte sich die Rolle der Kinder als „kleine Erwachsene“, die auch in früheren Jahrhunderten dieselben Arbeiten wie Erwachsene verrichten mussten und es veränderte sich die Vorstellung vom Kind. Spätestens mit dem 18. Jahrhundert wurde Individualität des einzelnen Kindes und die Lebensphase der Kindheit mehr in das öffentliche Blickfeld gehoben (vgl. Andresen/Hurrelmann 2007, S. 37 ff.). Die kontroverse Fragestellung, ob das Kind ein „ungeschriebenes Blatt“ ist oder ein vorgeprägtes menschliches Wesen, wurde gestellt und hatte somit Auswirkung auf den weitere Umgang mit den Kindern. Somit geriet immer mehr die Frage nach der Erziehung, „Kinder zu formen“, und die Frage nach den Einflüssen der Gesellschaft auf das Kind in den Mittelpunkt. Jean-Jacques Rousseaus Erziehungsroman „Émile oder Über die Erziehung“ (1762) verschärfte diese Vorstellung, die Notwendigkeit Kinder möglichst vervollkommnend zu erziehen. Weitere reformpädagogische Konzepte aus dem 1920er Jahrhundert und immer mehr mit dem Blick vom Kinde aus, so z.B. El-

len Keys Roman „Das Jahrhundert des Kindes“ (1902), markierten hier weitere Einschnitte. Mit diesem gewandelten Blick auf die Kinder und hinzukommenden wissenschaftlichen Erkenntnissen, z.B. den Entwicklungsstudien Eriksons, ließ Kinder immer mehr ins Blickfeld der Wissenschaft geraten. Bis zum heutigen Tag spielen wissenschaftliche Erkenntnisse über die Entwicklung und die Sozialisation der Kinder eine wesentliche Rolle (vgl. Göppel 2007, zit. n. Andresen/Hurrelmann 2007, S. 42). „Sie [Die Kinder] zeigen ein immenses Potential der Entfaltung der kindlichen Persönlichkeit auf, machen aber zugleich auf die Notwendigkeit von Erziehung und Beziehung aufmerksam“ (Andresen/Hurrelmann 2007, S. 42). Somit steht innerhalb der Sozialisationsforschung die Frage nach den Kernthemen Erziehung, Beziehung innerhalb ihrer Sozialisationsinstanzen im Vordergrund. Hinzu kommt der Blick auf soziale Ressourcen von Familiennetzen. Folgt man der These von Andresen/Hurrelmann (2007, S. 55), stehen Kinder unter einem erhöhten Entwicklungsdruck und es ist infrage zu stellen, inwieweit die mit Beginn des 18. Jahrhunderts herausgestellte eigene Phase der Kindheit, ob diese Deutung heute noch zu halten ist bzw. eine Rückentwicklung stattgefunden hat. „Der ‚Entwicklungsdruck‘ für Kinder wird höher, zumal sie heute in einer eigenartigen Analogie zum Mittelalter auch wieder in fast allen Lebensbereichen der Erwachsenen beteiligt werden“ (Andresen/Hurrelmann 2007, S.55).

Kinder werden als eigene Akteure ihrer Kindheit wahrgenommen. Dieses steht auch in Bezug zur Resilienzforschung, die wiederum diese These eindeutig bestätigt. Seitdem Kinder im wissenschaftlichen Blickfeld stehen, sind auch die Fragen des Risikos nach Entwicklungsgefährdung(en), schlimmstenfalls nach Vernachlässigung, zu stellen. „Eine kleine Gruppe von Eltern, vielleicht ein bis zwei Prozent insgesamt, ist so stark belastet und erziehungsunfähig, dass ihr Kontakt zum Kind eingeschränkt werden muss. Der Anteil dieser Eltern, die mit der Betreuung und Erziehung und der dafür grundlegend wichtigen Beziehungsgestaltung überfordert sind, wächst deutlich an“ (Hurrelmann/Andresen 2007, S.378). Von daher ist eine Frage nach einer wirkungsvollen Erziehung und die Ressourcenunterstützung der jeweiligen Systeme zur Erziehungs- und Beziehungsarbeit immer auch zu analysieren.



## **4.2 Die Familie als primäre Sozialisationsinstanz - Elterliches Erziehungs- und Beziehungsverhalten**

Die Sozialisationsforschung als interdisziplinärer Ansatz unterschiedlicher Teildisziplinen, aufbauend auf z.B. psychologischen und sozialwissenschaftlichen Traditionen, bezieht Individuen und gesellschaftliche Strukturen aufeinander und setzt sie in Beziehung. Sozialisation in der Familie geschieht durch wechselseitige Einflüsse des Gesamtfamiliensystems und seiner Subsysteme (vgl. Schneewind 2008, S. 259). Familie bietet die primäre Sozialisationsinstanz für Kinder ihre Persönlichkeit zu entwickeln. Dieses geschieht durch Beeinflussung physiologischer, psychischer und sozialer Bedingungen (vgl. Andresen/Hurrelmann 2010). Grundlegende Basiskompetenzen werden in der Familie gelegt (vgl. Seel/Hanke 2015).

Der Begriff der Sozialisation beschreibt ein Gesamtkonstrukt von sich wechselseitigen Bedingungen und Einflüssen. Innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe und die Betrachtung der Problemlagen ist dieser Forschungsansatz von daher ein Zentrum für die notwendigen Kenntnisse der Fachkräfte und der sich daraus ableitenden Diagnose. Von Havighursts (1981) Modell der Entwicklungsaufgaben stellt neben rein psychologischen Theorien, wie Freuds oder Eriksons, ein „analytisches Konzept [da], das die Umsetzung biologischer, psychischer und gesellschaftlicher Anforderungen des Entwicklungsstadiums im Lebenslauf in individuelle Handlungskompetenzen bezeichnet“ (Andresen/Hurrelmann 2010, S. 48). Die Entwicklungsaufgaben werden grob in frühe und späte Kindheit, frühes und spätes Jugendalter und frühes und spätes Erwachsenenalter aufgeteilt (vgl. Andresen/Hurrelmann 2010, S. 73).

Der Sozialisation in der Familie schließen sich funktionale Erziehungskompetenzen von Eltern an. So können Kategorien aufgestellt werden, die neben dem Erziehungsverhalten, dem Erziehungsstil, wiederum die Umwelt mit einbezieht (siehe Tabelle 6).

Kategorie	Beispielhafte Kompetenzen
<b>Kindbezogene Kompetenzen</b> , d.h. auf die individuellen Besonderheiten und Entwicklungserfordernisse der Kinder eingehen	Auf psychischem und physischem Wege Zuneigung zeigen Empathiefähigkeit Kindliche Entwicklungspotentiale erkennen und verwirklichen Kindliche Eigenständigkeit erkennen und gewähren Kindliche Kompetenzen fördern und fordern und unangemessenes Verhalten verhindern
<b>Kontextbezogene Kompetenzen</b> , d.h. den Kindern Möglichkeiten zu Erfahrungsgewinn und zu eigenständigem Handeln zu eröffnen	Mit den Kindern entwicklungsförderliche Situationen aufsuchen oder gestalten Präventive Maßnahmen in möglicherweise schwierigen Situationen ergreifen Positive kindliche Entwicklungsgelegenheiten ohne Eltern arrangieren und negative Entwicklungskontexte vermeiden Beziehungs- und Erziehungspartnerschaften gründen
<b>Selbstbezogene Kompetenzen</b> , d.h. Wissensaneignung zur Erziehung und Selbstreflexion	Wissen über den Umgang mit und die Entwicklung von Kindern aneignen Zentrale Wertvorstellungen, eigene Bedürfnisse und Lebensvorstellungen sowie kindliche Entwicklungsziele klären und zu Verhaltensstandards machen Eigene Emotionen kontrollieren Flexibilität, Kreativität und Veränderungsoffenheit Selbstwirksamkeit
<b>Handlungsbezogene Kompetenzen</b> , d.h. Selbstwirksamkeit der Eltern und konsistentes Verhalten gegenüber dem Kind	Vertrauen in eigene Handlungsfähigkeit Sicher und konsistent handeln können Situationsangemessen Handeln Angekündigtes Handeln tatsächlich umsetzen können

Tabelle 6: Beispiele für funktionale Erziehungskompetenzen (vgl. Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2005, S. 51 ff., zit. n. Bastian 2011, S. 74)

Erziehung wird als Versuch der Beeinflussung zur Verbesserung und Vervollkommnung der Persönlichkeit verstanden. Erziehungsstile sind beobachtbare und tatsächliche Erziehungspraktiken der Eltern. Empfohlen wird der autoritativ-partizipative Erziehungsstil (Hurrelmann 2006, S. 156 ff.). Die familialen Lebenslagen finden im Erziehungsverhalten, im Erziehungsstil ihren Ausdruck beeinflusst durch die sozialisierte Lebenslage. Ein zentraler Punkt für die Sozialisation einer Persönlichkeit ist die Abhängigkeit von Erziehungsstilen, die durch das Erziehungsverhalten gekennzeichnet sind. Innerhalb der gesamten Erziehungsstilforschung, ausgehend von

Baumrind (1966) und den darauf aufbauenden weiteren Untersuchungen ist letztlich als der zu empfehlender Erziehungsstil der autoritativ-partizipative Erziehungsstil herausgearbeitet worden.

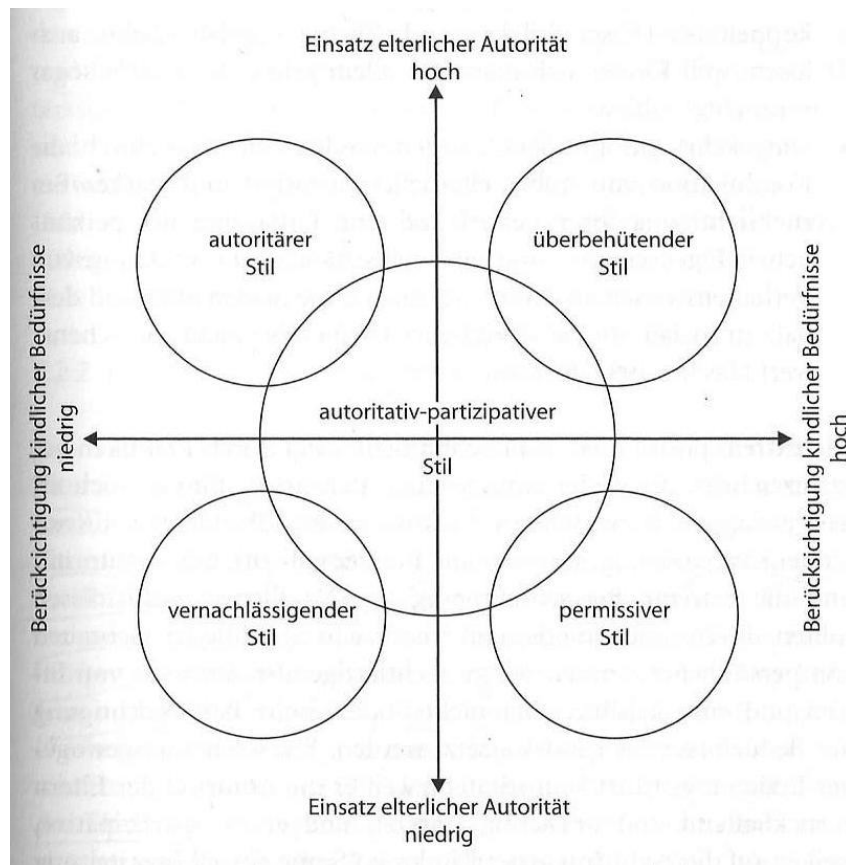


Abbildung 4: Typisierung unterschiedlicher Erziehungsstile (Hurrelmann 2006, S. 161)

Erziehung ist geprägt durch individuelle Erziehungsstile der Eltern. Ergebnis der Erziehungsstilforschung ist eine notwendige Ausgewogenheit in der Gesamthaltung und der Erziehung den Kindern gegenüber (vgl. Abb. 4). So müssen Eltern einen Weg zwischen ihrer elterlichen Autorität und den kindlichen Bedürfnissen finden. Sie dürfen ihre Kinder nicht streng, autoritär, nicht zu überbehütet, verwöhnend, nicht permissiv, d.h. regellos erziehen. Eine Besonderheit bietet der vernachlässigende Erziehungsstil, da dieser sich schon nah an Anhaltspunkten zur Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) befindet.

Ein weiterer Anhaltspunkt in der Erziehung stellt das „magische Erziehungs-dreieck“ dar. Durch die Anwendung des partizipativen Erziehungsstils erfährt das Kind in

gleichen Maßen Anerkennung, Anregung und Anleitung (Hurrelmann 2006, S. 164 ff.).

Ein weiterer wichtiger Baustein sind Kenntnisse über entwicklungsförderndes Verhalten. Tschöpe-Scheffler (2013) spricht hierbei von fünf Säulen in der Erziehung, die Berücksichtigung finden müssen:

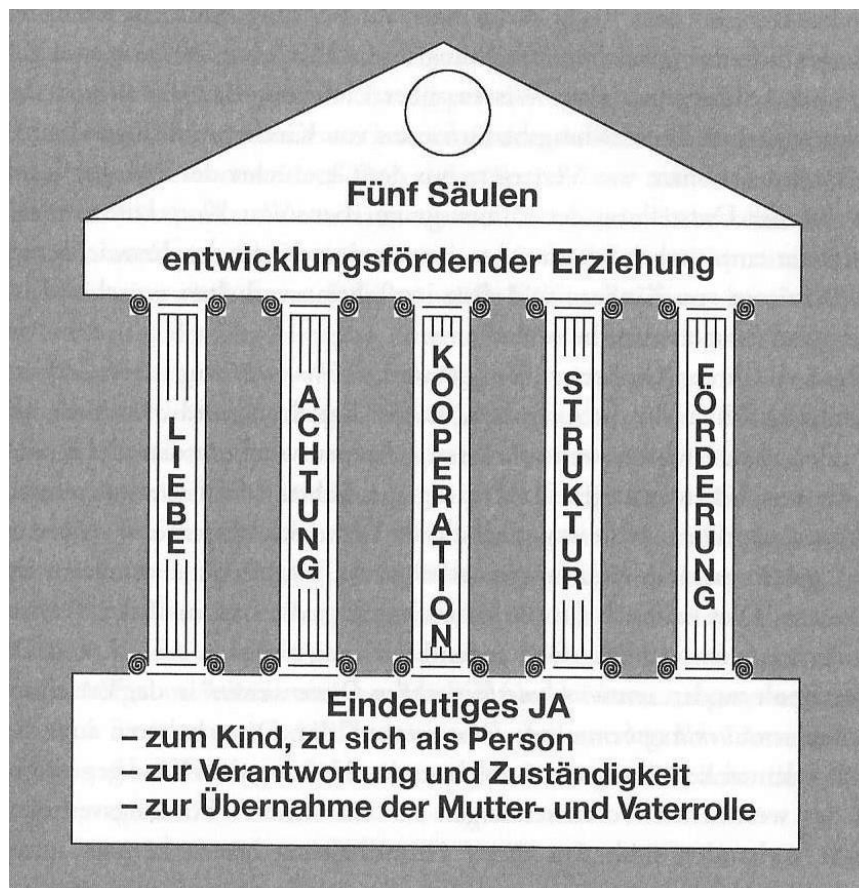


Abbildung 5: Fünf Säulen entwicklungsfördernder Erziehung (Tschöpe-Scheffler 2013, S. 46)

Die gesellschaftliche Entwicklung zeigt in der Erziehung eine teilweise Verunsicherung, da die Erziehungsmodelle der Geschichte aufgehoben, aber in eine teilweise Unsicherheit mancher Eltern führt. So haben Elternkurse in den letzten Jahrzehnten immer mehr Aufmerksamkeit erfahren (vgl. hierzu z.B. Tschöpe-Scheffler 2003).

Elterliche Erziehungskompetenzen stehen zudem unter dem Einfluss äußerer Bedingungen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 15 ff.): Ökonomische und zeitliche Ressourcen, die Erwerbsbeteiligung der Eltern,

ihr Betreuungsarrangement für die Kinder und die Zusammenarbeit mit der Schule und zunehmender Umgang mit Massenmedien. Hinzu kommen Einflüsse durch strukturelle Merkmale, wie z.B. das Elternsystem oder die Art und mögliche Belastung durch die Paarbeziehung, eine mögliche Ein-Eltern-Familie oder Anforderungen durch ein Stieffamilien-System.

Neben den Erziehungsverhalten ist immanent die Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern. John Bowlby hat in den 1950er Jahren und Mary Ainsworth in anschließenden Studien die Bindungsforschung etabliert. Sie haben Bindungsmuster herausgearbeitet und die Wichtigkeit für die kindliche Entwicklung dargestellt. Die Art der Bindungsqualitäten ist Ausgangspunkt für das spätere „Beziehungs-Leben“, d.h. das Persönlichkeitsmerkmale und –ausprägungen schon in früher Kindheit durch die Beziehungsqualität beeinflusst werden. Neben biologischen, z.B. genetischen Einflüssen, beeinflusst die emotionale Bindung, entstehend aus der Mutter-Kind-Bindung, die Entwicklung stark. Der Kommunikation zwischen Beziehungsperson und Kind kommt dabei ein besonderes Augenmerk zu.

Es wurden vorerst drei Bindungsmuster von Ainsworth beschrieben, die dann später um die desorganisierte Bindung ergänzt wurden:

<b>Bindungsmuster</b>	<b>Interaktion und ihre Auswirkung</b>
<i>sicher gebundene Kinder</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mutter reagiert feinfühlig und liebevoll auf Signale des Kindes.</li> <li>- Das Kind kann sich gut sozial-emotional entwickeln und in emotional bedrohlichen oder beängstigenden Situationen Zuversicht entwickeln.</li> </ul>
<i>unsicher-ambivalent gebundene Kinder</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Eltern sind zugänglich und hilfsbereit, aber nicht verlässlich in allen Situationen.</li> <li>- Das Kind verhält sich ängstlich bezogen auf seine Umwelt, als Kind neigt es zu Trennungsangst.</li> </ul>
<i>unsicher-vermeidend gebundene Kinder</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Kinder haben Zurückweisung durch die Mutter erfahren.</li> <li>- Die Kinder leben ohne Liebe und Unterstützung anderer.</li> </ul>

<i>desorganisierte Bindung</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Eltern bieten dem Kind keinen Schutz.</li> <li>- Die Kinder zeigen desorganisierte, nicht einschätzbare Verhaltensweisen, z.T. aus den drei vorhergegangenen Bindungsmustern.</li> </ul>
--------------------------------	---

Tabelle 6: Bindungsmuster, Interaktion und ihre Auswirkungen (vgl. Bowlby 1999, S. 24 f., Ettrich 2004, S. 5, eig. Tabelle)

Bezogen auf die sozial-emotionale Entwicklung haben die gelernten Bindungsmuster damit hohen Einfluss.

„Bindungsunterschiede werden also insbesondere in Situationen und Entwicklungskontexten zum Ausdruck kommen, in denen emotionale und soziale Prozesse eine wichtige Rolle spielen, z.B. beim Eintritt in neue Lebenssituationen (Kinderkrippe, Kindergarten, Schule), beim Aufbau und der Gestaltung neuer sozialer Beziehungen, bei der Lösung von spezifischen Aufgaben, bei denen das Kind an die Grenzen eigener (kognitiver) Fähigkeiten und Fertigkeiten stößt, und beim Auftreten von emotionalen Belastungssituationen“ (Spangler 1999, S. 196).

### 4.3 Schutz- und Risikofaktoren in der kindlichen Entwicklung

Bei der gesamten Diskussion um Diagnose und Fallverstehen sind auch immer die Begriffe der Prävention und der Intervention zu nennen. Prävention verstanden auch in ihren unterschiedlichen Differenzierungen in primäre, sekundäre und tertiärer Prävention, geben Anlass diesen Begriff im Zusammenhang mit der Kinder- und Jugendhilfe zu diskutieren. Dem Präventionsbegriff nicht direkt gegenüber, aber in Verbindung, steht der Begriff der Intervention, der ein Handeln ableitet (vgl. Böllert 2015). Bezogen auf die Schwierigkeiten eines Kindes/Jugendlichen in einer Familie und dem Ausgangspunkt, dass sich Probleme häufig zuspitzen, legt oft den Gedanken nahe, präventiv frühzeitig aktiv zu werden, um schlimmeres zu verhindern. Inwieweit dieses wiederum Auswirkungen auf die Diagnostik hat, zeigt sich auf alle Fälle dann, wenn sich ein Problem schon zugespitzt hat.

Neben den eben genannten Begriffen und bei Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung, rückt darüber hinausgehend der Begriff des Risikos in das Zentrum der Diskussion. Um Gefährdungen einschätzen zu können, müssen Risikofaktoren benannt werden können. Die Forschung hat gezeigt, Risikofaktoren zu benennen und auf der anderen Seite ist es genau so wichtig, Ressourcen herauszuarbeiten und mögliche Resilienzfaktoren. Die Auseinandersetzung mit dem Begriff des Risikos verdeutlicht wiederum, dass auch der Begriff der Kindeswohlgefährdung wie ein „Schweizer-Käse-Modell“ begriffen werden kann. Dieses Modell weist auf Fehlerquellen hin, die auf der einen Seite zur Kindeswohlgefährdung aufgrund von einer Zunahme an Problemlagen führen und auf der anderen Seite auch im Helfersystem in ihrer Einschätzung bei fehlender Professionalität diese erhöhen können (vgl. Deegener/Körner 2016, S. 72 ff.): So können sich z.B. auf Seiten hin zu einer Kindeswohlgefährdung die Parameter Partnergewalt, Persönlichkeitsmerkmale, Familiäre Stressbelastungen und die Falscheinschätzung zum sozialen Netzwerk fehlerhaft auswirken. Auf der anderen Seite könnten in Einrichtungen mangelnde Fehlerkontrolle, fehlende Verfahrensstandards, fehlende Supervision und kollegiale Fallberatung sowie mangelnde Vernetzung zwischen Institutionen zu Fehlern in der Einschätzung führen. Dieses ist nochmals ein Hinweis auf Professionalisierung gerade auf den komplexen Bereich der Diagnostik und der Eigenreflexivität bezogen auf mögliche Fehler.

Deegener/Körner führen eine Grafik ein, die die Begriffe Risiken und Ressourcen gegenüber stellen (siehe Abbildung 6).

Somit gilt es den Wechselwirkungsprozess zwischen Risiko- und Schutzfaktoren genau und eindeutig herauszustellen und diagnostisch zu erfassen. Dieses bedarf die ausreichenden Kenntnisse hierüber für die Fachkräfte. Es geht immer um das Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen. Große Belastungssituationen in der Entwicklung eines Kindes können zu einer Verwundbarkeit (Vulnerabilität) führen und sich damit das Risiko erhöhen. Dies führt in der Auseinandersetzung hierüber, ob die Resilienzprozesse ausreichend entwickelt genug sind. So können die Komplexität zwischen Umweltbedingungen, Einflüssen der Familie und den anstehenden Entwicklungsschritten und -beobachtungen in Verbindung mit den personalen Ressourcen und Resilienzfaktoren zu einem belastenden oder positivem Ergebnis führen.

Personale Ressourcen und Resilienzfaktoren sind kognitive Fähigkeiten, emotionale Stabilität, körperliche Gesundheitsressourcen, soziale Kompetenzen und Motivation und Glaube an die eigenen Fähigkeiten (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009). Im Zusammenhang mit der Kinder- und Jugendhilfe bedeutet dieses auch die Berücksichtigung solcher Faktoren bezogen auf den eigenen institutionellen und konzeptionellen Rahmen. Es bedeutet für Heime die Sozialisationsbezüge, z.B. zu Gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen oder zur Herkunftsfamilie oder zu wichtigen Beziehungspersonen gerade auch mit Hinblick auf die Diagnostik immer mit zu berücksichtigen (vgl. Gabriel 2015).

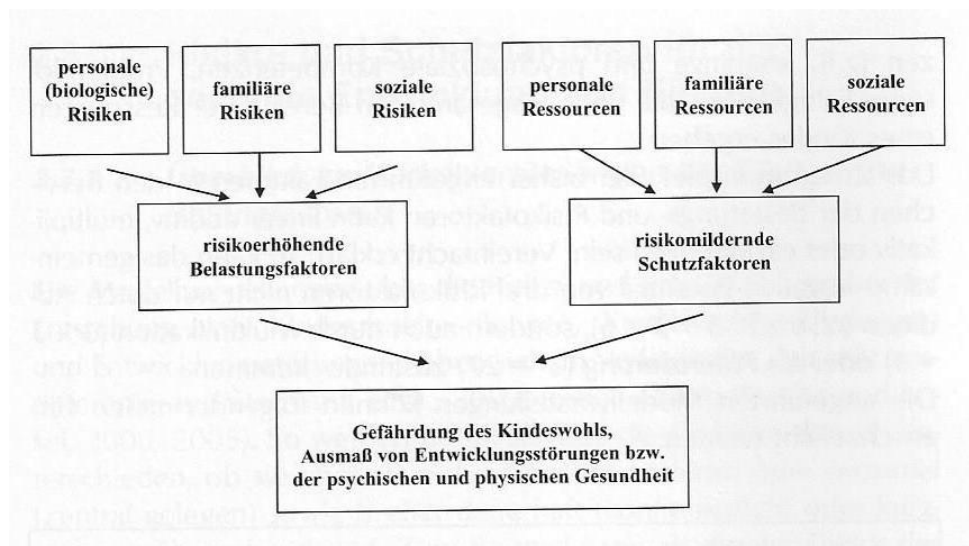


Abbildung 6: Risiken und Ressourcen als Belastungs- und Schutzfaktoren zur Einschätzung zur Gefährdung des Kindeswohls (Deegener/Körner 2016, S. 24)

#### 4.4 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz)

Die Bedeutsamkeit von Diagnostik ist im SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) eindeutig genannt. § 36 SGB VIII, Mitwirkung und Hilfeplan, beinhaltet unter dem Grundgedanken einer subjekt-orientierten Jugendhilfe die Diagnostik als interaktives geschehen (vgl. Münder et al. 2013, S. 402). Bezogen auf die Mitwirkung im Hilfeplan steht in § 36 SGB VIII, Abs. 2:



„Die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart soll ... im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden. ... Werden bei der Durchführung der Hilfe andere Personen, Dienste oder Einrichtungen tätig, so sind sie oder deren Mitarbeiter an der Aufstellung des Hilfeplans und seiner Überprüfung zu beteiligen“ (Münder et al. 2013, S. 396 f.).

Dieses bezieht demnach die Diagnostik eindeutig mit ein in (teil-)stationäre Einrichtungen durch die Art, das Konzept der Hilfe, z.B. Diagnosegruppe, Inobhutnahme- und Abklärungsgruppe etc. oder im Rahmen ihrer Überprüfung/Diagnostik zur Passung der eigenen eingeleiteten Hilfemaßnahme. Somit gehen innerhalb einer Überprüfung die Einrichtungen, wie am Bsp. Schröders (2003b, S. 5) der Arzt, berechtigter Weise ihrer eigenen Einschätzung/Diagnostik nach. Dazu passt auch die Frage, ob der erzieherische Bedarf als rechtlich festgelegte Voraussetzung für eine Hilfe zur Erziehung in dem jeweiligen Setting gelingt, sich bestätigt oder ggf. neu definiert und/oder ergänzt werden muss.

Weiterhin findet sich in § 50, Mitwirkung in Verfahren vor den Familiengerichten, innerhalb der fachlichen Stellungnahme „die Funktion einer sozial-pädagogischen **Orientierungs- und Entscheidungshilfe**“ (Münder et al. 2013, S. 506). Innerhalb dieser werden Erklärungen und Zuordnungen von Befunden als Diagnose bezeichnet. Diagnosen gehen mit fachlich begründeten Vermutungen einher in Abgleichung mit den Betroffenen, auch zur Vermeidung von Stigmatisierung. Wesentliche Inhalte der Diagnose sind Resilienz- und Schutzfaktoren.

„In erster Linie ist also nicht die Abweichung erklärungsbedürftig, sondern der trotz allem gelingende Alltag. Hauptziel jeder psychosozialen Diagnose ist nicht (nur) das Erkennen von Mangelsymptomen, Gefährdungslagen und Krisen, sondern stets die darüber hinausreichende Indikationsstellung und differenzierte Planung von pädagogischen, psychologischen oder sonstigen therapeutischen **Interventionen**“ (Münder et al. 2013, S. 508).

Neben diesen Aussagen zur Diagnose beinhaltet das SGB VII die Notwendigkeit von Professionalisierung, z.B. bei einer notwendigen gerichtlichen Stellungnahme als sozialpädagogische Orientierungs- und Entscheidungshilfe. Vor allem hier ist die Kinder- und Jugendhilfe mit ihren fachlichen Äußerungen, Berichten und Stellungnahmen häufig der Kritik ausgesetzt. Es kommt zu unterschiedlichen Sichtweisen zwischen Gerichten und Jugendämtern und den letzteren wird mangelnde Qualität vorgeworfen. Dieses zeigt einmal mehr, inwiefern wichtig zur Professionalisierung in der Sozialen Arbeit eine klare, eindeutige und begründete Fallarbeit für in dieser Diplomarbeit diskutierten Diagnose in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe erforderlich ist, da die Fachkräfte im Jugendamt auf die Ergebnisse schon eingeleiteter Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen angewiesen sind (vgl. Bayrisches Landesjugendamt 2013, S. 37) oder im Sinne gutachterlicher Tätigkeiten, z.B. zur Feststellung des erzieherischen Bedarfes eines Kindes, im Rahmen stationärer Diagnosegruppen in Auftrag gegeben wurde.

Im Kommentar zum SGB VIII bei Münder et al. (2013, S. 507 f.) werden Punkte genannt, worin Fachlichkeit, im Vergleich auch zu anderen, z.B. gutachterlichen Tätigkeiten, eine Professionalität zeigt (vgl. Münder 2013, S. 508):

- die Darstellung basiert auf einer empirischen Grundlage durch Angabe der Quellen, Kontakte und der Informationsgewinnung;
- einer Anamnese zum Einblick in komplexen intrapsychische und psychosoziale Gegebenheiten der Beteiligten, sowie neben einer Defizitbeschreibung der Nennung von
- Ressourcen,
- Risiko- und Schutzfaktoren,
- Bindungs- und Integrationsmechanismen;
- einer psycho-sozialen Befundung;
- einer psychosozialen Diagnose;
- ggf. einer Prognose und
- der Gesamtbetrachtung mit einer Zusammenfassung und Vorschlägen zu jugendhilfe-rechtlich relevanten begründeten Interventionen und/oder ihren Alternativen.

Vor Gericht ist eine Begründung anzuführen, das Kind/den Jugendlichen ein oder nicht einzubeziehen. In der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII ist die Beteiligung sowohl der Sorgeberechtigten als auch der Kinder und Jugendlichen festgeschrieben. Der oftmals diskutierte Aushandlungsprozess innerhalb der Hilfeplanung wird in den gängigen Kommentaren (Münder et al. 2013, Wiesner 2015) für die Kinder- und Jugendhilfeplanung verneint. Dieses Leitbild wird als unpassend bewertet, es geht vielmehr um gemeinsame Zielformulierungen. Der Hilfeplan stellt eine gesetzliche Form dar unter aktiver Mitwirkung und Einbeziehung des Familiensystems, aber keinen Aushandlungsprozess.

## 5. Zwischenresümee und erste Ergebnisse

Diagnostik in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe ist hoch komplex, da sie sich mit (Familien-) Systemen beschäftigt, die sich im gesellschaftlichen Kontext entwickeln und von daher vielschichtig und umfassend zu erfassen sind. Diagnostik sollte zielgerichtet, methodisch, dialogisch und reflexiv erfolgen. Sie beschäftigt sich mit den Entwicklungsmöglichkeiten des gesamten Familiensystems und fragt nach Ressourcen, Risiken und nimmt eine fachliche Einschätzung vor, die Fragen des Kindeswohls mit einschließen. Die Qualifikation der Fachkräfte, ihre Arbeitsautonomie und das Teamklima in Berücksichtigung der institutionellen Rahmenbedingungen sind wichtige zu berücksichtigende Grundlagen für eine erfolgreiche Diagnostik. Die Auswahl der Methoden sollte wissenschaftlich begründbar sein, d.h. methodisch nachvollziehbar und die Methoden der entsprechenden Diagnostik angemessen. Die Diagnostik hat sich an erziehungswissenschaftlichen Erkenntnissen auszurichten, um ein professionelles Auftreten zu gewährleisten – auch gegenüber anderen Professionen, vor allem der Medizin, Psychiatrie, Justiz. Sie muss sich vernetzen mit anderen Institutionen, Fachgebieten und sich trotzdem über ihre eigenen Methoden erklärbar und nachvollziehbar machen, um unter Fachleuten als eigene Profession wahrgenommen zu werden. Dieses kann nur über fachliche Einschätzungen erfolgen.

Innerhalb der Diagnostik ist zwischen Einzel- und allgemeiner Fallarbeit zu unterscheiden, die mit wissenschaftlichen Verfahren in Verbindung gebracht wird und die Frage der Notwendigkeit und Anwendbarkeit steht. In Abbildung 7 werden die Zusammenhänge dargestellt. Die Subsumtion von Einzelfällen und in ihrer am Einzelfall beginnenden Klassifizierung leitet zur Allgemeinen Fallarbeit über mit professionstheoretischen Beschreibungen. Diese macht jedoch keine Aussage über die „Behandlung“, kann aber in der Entscheidung des Einzelfalls wiederum rückwirken, da sie allgemeingültige Aussagen vertritt.

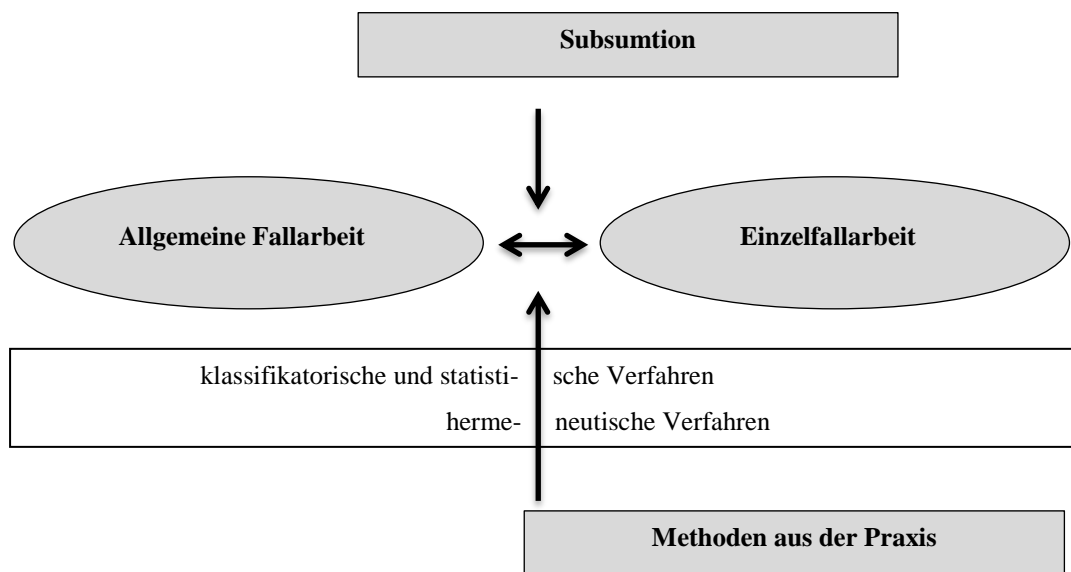


Abbildung 7: Die Verbindung zwischen Allgemeiner und Einzel-Fallarbeit

Es sind sowohl klassifikatorische als auch hermeneutische Verfahren anwendbar. Klassifikationssysteme, wie z.B. das ICD-10, sind ausdeutungsbedürftig. Sie subsumieren Einzelfälle zu abstraktem Allgemeinem und stellen keinen systematischen Zusammenhang zwischen der Problemkonstellation, den Ursachen und den notwendigen Interventionen dar (vgl. Schrödter 2003b, S. 4f.).

„Sie [Klassifikationssysteme] stellen die Problemkonstellation lediglich deskriptiv dar, aus ihnen folgt also weder eine Ursachenanalyse noch ein Behandlungsplan. Diagnostische Klassifikationssysteme sind daher für die unmittelbare Interventionspraxis mit dem Klienten völlig unbrauchbar. In der sozialpädagogischen Interventionspraxis geht es um die hermeneutischen Deutungsleistungen, die immer einzelfallbezogen sind“ (Schrödter 2003b, S. 5).

In den weiteren Ausführung werden die Begriffe Diagnostik und diagnostisches Fallverstehen synonym und für den gleichen Sachverhalt gebraucht. Diagnostisches Fallverstehen meint die (Er-) Klärung eines (Einzel-) Falles und die Beantwortung der Frage nach dem (weiteren) Hilfebedarf.

Die Zunahme an Klassifikation beruht auf der Zuspitzung eines Problems. Je festgefahrener bzw. verfestigter ein Problem erscheint und desto mehr Entscheidungsbefugnis die Fachkraft hat, desto umfassender sollte die Diagnostik sein und damit sowohl die hermeneutische als die darüber hinausgehenden, z.B. Diagnosetabellen mit einschließen (vgl. Bastian 2011, S. 13, Heiner 2015, S. 288).

Ein Fall innerhalb der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe bedeutet immer die Diagnose des speziellen Bedarfes eines einzelnen Kindes/Jugendlichen vor dem Hintergrund seiner familiären/biographischen Entwicklung.

„Sozialpädagogische Fachlichkeit im Prozess der Planung und Ausgestaltung einer Erziehungshilfe muss beide Aspekte umfassen. Eine möglichst qualifizierte Einschätzung der Situation und ihres Problemgehalts *und* die Bereitschaft und Fähigkeit diese in einer angemessenen Form zu kommunizieren, sie bereichern und/oder korrigieren zu lassen“ (Krumenacker 2004b).

Bezogen auf den Gesamtkontext von Diagnostik hat Ader (2006, S. 230) das Dreieck aus Biographie, institutionellem Kontext und professionellem Handeln aufgestellt. Dem sich anschließenden Verwendungskontext ist das sozialrechtliche Dreieck aus Leistungsempfänger (Klient), Kostenträger (Staat) und Leistungsträger (freier Träger) gegenüber zu stellen (vgl. Heiner 2015, S. 287 f.). In Abbildung 8 werden diese beiden Ansätze übereinander gelagert und zusammengedacht: Im „Diagnostik-Dreieck“ stehen die Methoden der Diagnostik im Zentrum und richten sich an den familiären Problem- und Ressourcenlagen aus, dem eigenen pädagogischen Handeln und Möglichkeiten innerhalb der Einrichtung und der Verbindung zum Kostenträger und der Auftragslage. Auf dieses Dreieck haben wiederum Sozialisationseinflüsse und das Kinder- und Jugendhilfegesetz SGB VIII maßgeblich Einfluss.

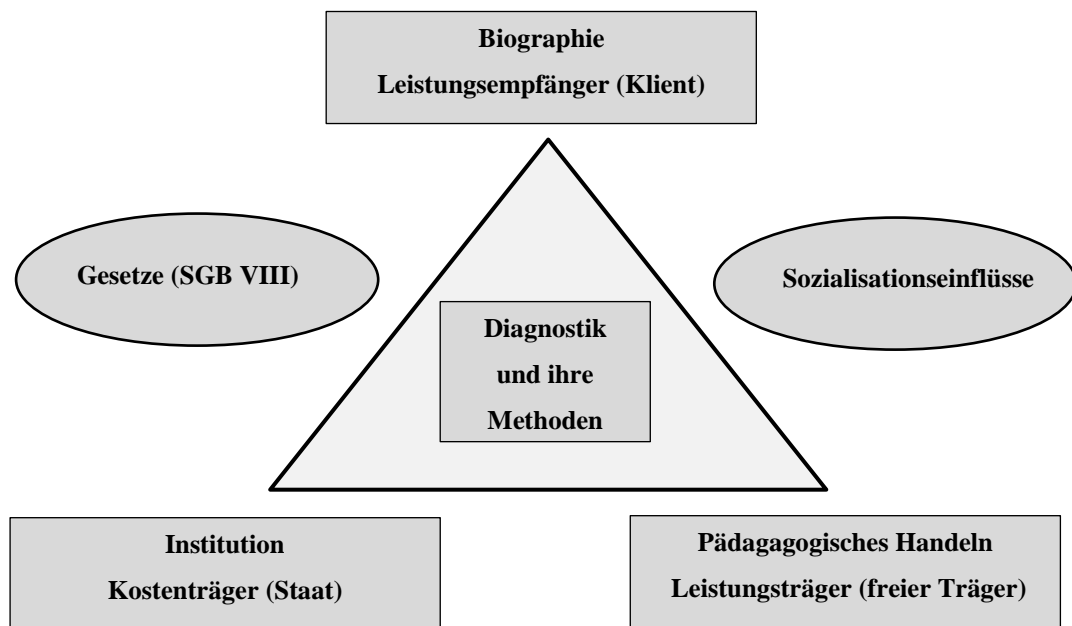


Abbildung 8: Das „Diagnostik-Dreieck“. Zusammenhänge innerhalb der Diagnostik.  
(eigene Abbildung)

## **II. Theorie und Praxisverknüpfung**



## 6. Ein Blick in die Kinderliteratur

Der Praxisteil dieser Diplomarbeit wird eingeleitet durch eine vielleicht merkwürdig erscheinende Einleitung über die Heranziehung von Kinderliteratur. Die Literatur von und über Kinder und Bücher für Kinder verrät uns oftmals tiefer liegende und grundsätzliche Fragestellungen. Thema dieser Diplomarbeit ist Diagnose und Fallverstehen in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe. Schaut man in zwei Klassiker der Kinderbuchliteratur, Astrid Lindgrens „Michel aus Lönneberga“ und Wilhelm Buschs „Max und Moritz“, lassen sich anhand der oben analysierten Konzepte (vgl. Kapitel 2.5) einzelne Fragestellungen von anderer Perspektive her aufwerfen. Bezugnehmend auf Mollenhauers Buch „Vergessene Zusammenhänge – Über Kultur und Erziehung“, versucht uns diese erste Einleitung über die Kinderliteratur eine solche Verbindung herzustellen. „Sofern wir mit Kindern leben, müssen wir ... mit ihnen *unser* Leben führen“ (Mollenhauer 2003, S. 20). Dieses Leben mit Kindern wird in der Literatur aufgezeigt und stellt somit auch die Erwachsenen immer wieder vor eine diagnostische Frage, nämlich die, warum Dinge so passieren, wie sie passieren und warum etwas so ist, wie es ist bzw. was es für Gründe für kindliches Verhalten gibt. Die Frage nach Gründen und der Versuch des Verstehens ist Bestandteil diagnostischen Fallverstehens.

Die beiden Bücher werden nach folgenden Kriterien analysiert:

1. Frage nach dem Problem;
2. Frage nach psychosozialen Faktoren wie Persönlichkeitsentwicklung, Erziehungsfaktoren, entwicklungsfördernde Erziehung und Verhaltensauffälligkeiten;
3. Frage nach Familienthemen;
4. Frage nach der Möglichkeit der Aktivierung von Stärken.

## 6.1 Ein Lausebub - Michel aus Lönneberger von Astrid Lindgren

Wer kennt sie nicht, die Geschichte von Michel aus Lönneberger? Eines von Astrid Lindgrens unvergesslichen Büchern der Kinderliteratur beschreibt den Michel, der mit seiner Familie in einem kleinen Dorf in Schweden lebt.<sup>7</sup> Dort auf dem Hof leben neben seiner Schwester und seinen beiden Eltern die Magd Lina und der Knecht Alfred. Sie alle wohnen und leben auf dem Bauernhof Katthult in Lönneberga. Um diesen herum und in Geschichten an Sonn- und Feiertagen oder an Feierlichkeiten gerät Michel als „Lausebub“ ins Zentrum der Geschichten. So gibt es Situationen, dass seine Schwester Ida hoch oben an einem Fahnenmast landet, Michel seinen Vater aus Versehen im Klo einsperrt oder mit einem Pferd in einen Festsaal reitet. Nehmen Michels Streiche überhand, sperrt sein Vater ihn in den Tischlerschuppen, um dort zur Ruhe zu kommen.

Was hat dieses alles nun mit dem Thema dieser Diplomarbeit zu tun? Geht man davon aus, dass Diagnose immer ein Konstrukt aus gesellschaftlichen und persönlichen Anteilen ist und anhand kulturellen und gesellschaftlichen Normen definiert wird, so ließe sich die Geschichte von Michel in der heutigen Zeit unter diagnostischen Gesichtspunkten analysieren:

- zu 1.: Das Problem scheint der ständige Unfug Michels zu sein, mit dem in der Erziehung zumindest der Vater überfordert scheint.
- zu 2.: Die psychosozialen Faktoren schildern die Mutter als gutherzig, den Vater in seiner Erziehung sehr streng, so dass Michel lernen muss, seine Persönlichkeit darunter zu entwickeln und er zeigt „Verhaltensauffälligkeiten“/Unfug, der zuweilen scheint überhand zu nehmen.
- zu 3.: Die Familienthemen sind das Aufwachsen auf einem Bauernhof, in einer dörflichen Umgebung mit viel Freiraum und viel Zeit.
- zu 4.: Die Ressourcen von Michel scheinen eindeutig in der Kreativität seiner Gedanken und Ideen zu liegen, die zwar oft im Unfug enden, aber wie am Ende eines der Bücher geschrieben wird, letzten Endes auch der Vater zwischen- durch immer wieder die Haltung vertritt, aus Michel könne ja „ein einigerma-

---

<sup>7</sup> Lindgren, Astrid (2005): Das große Bilderbuch von Michel aus Lönneberga. Mit Bildern von Björn Berg. Hamburg: Oetinger.

ßen guter Mensch werden, wenn er am Leben und gesund bleibt und wenn Gott will“.

So lässt sich diese Geschichte mit Bezug auf Diagnose lesen, könnte aber z.B. auf das Konstrukt von Männlichkeit in Bezug auf die Beziehung zwischen Michel und seinem Vater ebenso gelesen und interpretiert werden.

## **6.2 Eine Bubengeschichte - Max und Moritz von Wilhelm Busch**

In der Geschichte von Max und Moritz<sup>8</sup> „überwiegt wohl die provokative Freude an der kindlichen Rebellion gegen eine kleinbürgerlich-philiströse Lebensordnung und die Erwachsenenwelt überhaupt“ (Nachwort, S. 63). Die weltberühmte Geschichte der beiden Buben Max und Moritz und ihrer sieben Streiche kann unter diagnostischer Analyse gelesen werden:

- zu 1.: Die Kinder rebellieren gegen die Erwachsenen.
- zu 2.: Über die psychosozialen Faktoren ist nichts bekannt, außer dass sie gegen die Erwachsenen und ihre Gesellschaftsstruktur scheinbar opponieren, mit Streichen vorgehen.
- zu 3.: Familienthemen werden gar nicht benannt. Es stellt sich diagnostisch aber genau diese Frage, wie die Eltern mit den Buben umgehen und wie sie leben.
- zu 4.: Neben den Streichen wäre jetzt nach Ressourcen bei den beiden Jungen zu fragen und guten Verhaltensweisen in anderen Kontexten.

In dem Buch werden, neben in dem damals erschienenen „Struwelpeter“ von Heinrich Hoffmann, Kinder erstmals als Akteure ihrer eigenen Lebenswelt beschrieben und es gelingt, sich über die Erzählungen der Streiche mit ihnen zu identifizieren und man kann die überzeichnete Boshaftigkeit der Jungen auf die in den Büchern so angeblich gut, brav und fromm geschilderten Erwachsenen, nachvollziehen, werden doch die gesellschaftlichen Sozialisationsbedingungen (Zucht durch Ordnung und Strafe) widergespiegelt bzw. durch die Streiche von Max und Moritz auf den Kopf gestellt.

---

<sup>8</sup> Busch, Wilhelm (2002): Max und Moritz. Nachwort von Willi Huntemann. Stuttgart: Reclam.

Anhand der Ausführungen und des Bezuges von Diagnose auf die Kinderliteratur, zeigt sich die Bedeutung darin, die gesellschaftliche Interpretation anzulegen und ob überhaupt die Frage nach der Diagnostik gestellt wird. Diese stellt sich nur, wenn (a) ein Problembewusstsein vorhanden ist und (b) dieses mit der Frage nach einer Intervention einhergeht.

## **7 (Teil-)stationäre Kinder- und Jugendhilfe und ihre Diagnostikfelder**

Die Kinder- und Jugendhilfe war und ist eine der größten Berufsfelder für die Soziale Arbeit. Innerhalb der Diskussion um Fallverstehen und Diagnostik steht im Zentrum die Diskussion zur Beurteilung von Kindeswohlgefährdung und der sich hieran anschließenden Entscheidungen. Die Beurteilung von einer Einschätzung bedarf einer Diagnose und ist in der Hilfeplanung gesetzlich verankert. Der Weg einzelner Jugendamtsmitarbeitern auf dem Weg hierhin wird häufig über den Weg von (teil-)stationären Maßnahmen getroffen. Erste Falleinschätzungen führen nicht selten zu einem Hilfebedarf und aus der Not begonnene Inobhutnahmen oder Kriseninterventionen können in eine gezielte Abklärung/Überprüfung durch die stationäre Kinder- und Jugendhilfe führen.

Somit steht ein Bekenntnis und Positionierung zur Diagnostik für die (teil-)stationäre Kinder- und Jugendhilfe an. Die in ihr arbeitenden Sozialpädagogen und Erzieher bedürfen einer Kenntnis hierüber und einer Handlungs- und Professionsicherheit, um Diagnostik durchzuführen und so inhaltlich eindeutige Aussagen zur weiteren Empfehlung in der Kinder- und Jugendhilfeplanung aussprechen zu können. Erst recht, wenn es die Auftragslage der Jugendamtes war, z.B. eine Kindeswohlgefährdung einer Familie einzuschätzen, inwieweit sie in der Lage ist, diese abzuwenden oder innerhalb der (teil-)stationären Betreuung der Auftrag besteht, abzuklären. Solch eine Abklärung muss sich an Fragestellungen des Auftraggebers, d.h. des Jugendamtes und der Sorgeberechtigten lt. Hilfeplanung orientieren, bedarf daher diagnostischer Fähigkeiten, vor allem hinsichtlich einer professionellen Abgrenzung zu anderen Professionen, z.B. der Medizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Interesse und die angeführten Beispiele stammen daher aus Erkenntnisinteresse an der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe, da diese innerhalb der Professionsdiskussion bezogen auf Diagnose wenig im Fokus der wissenschaftlichen Diskussion stehen.

Eine Theorie-Praxisverknüpfung steht hierzu aus. Praxis steht oft vor dem Problem, Handlungsfähigkeit abrupt und oft anhand des Einzelfalls herzustellen. Somit hat sie

Methoden entwickelt, die oft erst im Nachhinein auf ihre Wirkung analysiert werden konnten (vgl. hierzu auch Krauß 2006, S. 126). Jugendhilfe wird nachweislich mittlerweile mit ihren ganz eigenen Methoden eindeutig als wirksam angesehen. Somit steht die Frage und die Haltung der Pädagogen zu ihrer Profession und der weiteren Etablierung weiter im Spiegel der Diskussion. Diese gelingt aber nur, wenn sie sich profiliert, d.h. z.B. anhand von (sozial-) pädagogischer Diagnostik sich traut, sich neben andere Professionen zu stellen – nicht um sich abzugrenzen, sondern mitzureden für den Bereich ihrer Fachlichkeit.

Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen sind in ihrer Professionalität gefragt im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt lt. § 36 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz). Sie sind lt. § 36 SGB VIII innerhalb der Hilfeplanung und der Entscheidung als Leistungserbringer zu beteiligen. § 36 SGB VIII ist *das* Steuerungselement der Planung mit einhergehenden Entscheidungen, wo die Ziele, Arbeitsaufträge für *alle* Beteiligten entschieden und abgesprochen werden und bei akuten Absprachen bzw. Neuplanungen, z.B. ausgelöst durch Krisensituationen, die Hilfeplanung neu festgesetzt werden muss. Somit muss für sie als Professionelle das diagnostische Fallverstehen als ein Wirkfaktor in ihrer Arbeit betrachtet werden. Es ist somit zentrale Aufgabe. Viel diskutiert und in der Forschung beschrieben und mit klassifikatorischen und subsumtionslogischen Schemata erforscht ist die nach § 8a SGB VIII, Entscheidungen zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung (vgl. hierzu z.B. die Sozialpädagogische Diagnose-Tabelle des Bayrischen Landesjugendamtes (2013).

Der § 27 SGB VIII formuliert den Oberbegriff für weitere Hilfen zur Erziehung. Analyse dieser Diplomarbeit ist die Bedeutung der Diagnose bezogen auf die (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen. Die teilstationäre Kinder- und Jugendhilfemaßnahme nach § 32 SGB VIII (Erziehung in einer Tagesgruppe) und die stationäre nach §§ 42 (Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen) oder 34 SGB VIII (Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform) formulieren den gesetzlichen Rahmen. Einer Inobhutnahme geht oft eine direkte Falleinschätzung und Diagnostik des Jugendamtes voraus. Daneben gibt es aber auch Fälle, wo vor allem Jugendliche sich selber melden, da sie unzufrieden sind mit der familiären Situation und eine Lösung in ihrer Not brauchen. So melden sie sich z.B. über die Schule und deren

Sozialarbeiter oder Vertrauenslehrer, dass sie nicht mehr nach Hause wollen. Eine erste Einschätzung des Jugendamtes wird dann erforderlich. Eine sich im Vorfeld ankündigende Inobhutnahme ist häufiger bei Kindern der Fall, meist nach einem längeren Prozess, z.B. aufgrund latenter, d.h. wiederkehrender Punkte zur Kindeswohlgefährdung. So oder so hat das Jugendamt durch die Maßnahme einer Inobhutnahme häufig gar nicht die Zeit für eine fachliche Diagnostik, sondern diese steht im Nachhinein an, wenn die erste Handlung, die erste Intervention der Inobhutnahme schon vollzogen wurde. Desto wichtiger erscheint an dieser Stelle die Situation ernst zu nehmen zu sein und professionell aufzugreifen mit den Möglichkeiten einer (sozial-) pädagogischen Diagnostik. So müssen nach einer Inobhutnahme für die Kinder und Jugendlichen und ihren Familien die Entscheidungen einer weiteren Perspektive getroffen werden. Dieses bedarf einer professionellen Herangehensweisen und damit auch einem diagnostischen Fallverstehen zur Vorschlagsunterbreitung einer weiteren Perspektive, die dann wiederum den Sorgeberechtigten im Rahmen der Hilfeplanung mit dem Jugendamt entschieden wird.

Das mittlerweile sehr in der Kritik stehende Angebot der Tagesgruppe soll gerade deswegen hier im Rahmen des diagnostischen Fallverstehens angeführt werden. Tagesgruppen bieten einen ganzheitlichen Arbeitsansatz und verstehen sich ausgerichtet an den individuellen Bedarfen sowohl des Kindes/Jugendlichen, seiner Familie, des sozialen Umfeldes und der Schule (vgl. Verband Katholischer Einrichtungen der Heim- und Heilpädagogik 1992, S. 12 ff.). Die psychosoziale Diagnose und die Erziehungsplanung werden als Handlungskonzepte genannt. Neben dem sozialpädagogisch, heilpädagogisch und therapeutischen Handeln, gehören zum Methoden- und Handlungskanon die Familienarbeit, Zusammenarbeit mit der Schule, Zusammenarbeit mit der Lebenswelt, Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und anderen Kinder- und Jugendhilfeträgern und eine möglichen Nachbetreuungsmöglichkeit bei Entlassung (vgl. Verband Katholischer Einrichtungen der Heim- und Heilpädagogik 1992, S. 12 ff.).

## 8. Beispiele von Diagnose aus der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe

Die Fachkräfte der Allgemeinen Sozialen Dienste sind im Rahmen der Hilfeplanung § 36 SGB VIII auf Einschätzungen anderer Institutionen angewiesen (z.B. Münder 2013, S. 396 f., Bayrisches Landesjugendamt 2013, S. 37). Im Folgenden werden unterschiedliche Praxisansätze anhand vorliegender Berichte untersucht.<sup>9</sup>

Es lassen sich mit Blick auf die rezipierten Diagnosekonzepte und die Ausführungen in Kapitel I, folgende *Grundsätze diagnostischen Fallverstehens* ableiten:

- (1) Diagnose und diagnostisches Fallverstehen ist unabdingbar, die gesetzliche Grundlage ist das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz). Diagnostisches Fallverstehen bedarf immer der eigenen Urteilsbildung.
- (2) Es liegt eine Vielzahl an Diagnosekonzepten vor. Die „richtige“ Auswahl für das jeweilige Arbeitsfeld ist damit noch nicht formuliert;
- (3) Eine Vielzahl bzw. eine Verbindung unterschiedlicher Diagnostiktechniken macht Sinn vor dem Hintergrund, den Bedarf des jeweiligen (Familien-) Systems und für die Kinder festzustellen.
- (4) Der Einzelfall bedarf, über das Maß einer reinen biographischen Analyse hinausgehend, individuelles diagnostisches Fallverstehen. Eine diagnostische Subsumtion von Problemen bedarf immer auch des diagnostischen Fallverstehens.
- (5) Pädagogisches Handeln und somit Diagnostik bedeutet zu wissen, was man tut. Es bedarf einer Nachvollziehbarkeit im Vorgehen und einem Genauigkeitsgrad des Einholens von Informationen.
- (6) Es bedarf praxisrelevanter pädagogischer Haltungen, Konzepte und Methoden, um das professionelle Handeln wirksam erklären zu können. Innerhalb einer Diagnostik müssen folgende Aspekte Berücksichtigung finden:
  - Die Fachkraft muss über Expertenwissen bezogen auf Sachaspekte verfügen;
  - Das Zusammenwirken mit anderen Instanzen ist notwendig und die Kompetenz des „Netzwerkens“;

---

<sup>9</sup> Die Analyse erfolgt über die Berichte und ihre in ihr verwendeten Struktur und der Methoden. Es findet keine Einzelfallstudien statt, da sie über den Rahmen dieser theoretisch orientierten Arbeit hinausgehen würde.



- Fallarbeit bedeutet die Einbeziehung des gesamten Familiensystem (Notwendigkeit von Elternarbeit);
- Diagnostik bedarf einer (Familien-) Anamnese;
- Es werden Hypothesen gebildet;
- Innerhalb der Diagnostik werden konkrete Schritte herausgearbeitet.
- Diagnostik ist reflexiv und falsifikatorisch.

Neben der Analyse von Grundsätzen wird analysiert, inwiefern folgende *Aspekte*, die in Kapitel I benannt wurden, Berücksichtigung bzw. Anwendung finden:

- Familiengeschichte und biographische Verlaufsmuster;
- Lebensumstände, ggf. kulturelle Zugehörigkeit;
- Frage nach (Selbst-) Deutungsmustern der Familie und eigene fachliche Deutungen daneben stellen ;
- Art, Häufigkeit und Intensität der Symptome;
- Risiken und Ressourcenanalyse;
- Frage nach den Veränderungen im Verhalten;
- der pädagogischen Umgang mit dem Verhalten;
- Anwendung ggf. klassifikatorischer Tabellen;
- Partizipation aller Beteiligten.

Aus den herausgearbeiteten Grundsätzen Diagnostischen Fallverstehens und o.g. Aspekte einer möglichen Analyse hat der Autor dieser Diplomarbeit ein Analyseraster entworfen (siehe Anlage). Alle Berichte wurden nach dem Analyseraster 1 analysiert. Es werden die Kernaussagen der Analyse zu den o.g. Punkten wiedergegeben, unter Einbeziehung der Auswertung des Analyserasters.

Darüber hinausgehend wird die Frage danach gestellt, ob erkenntnistheoretische Ansätze oder Methoden verfolgt werden (Kapitel 8.4 bis 8.6) und wie und nach welcher Systematik die Ergebnisse dokumentiert sind (Kapitel 8.1).

Das Kapitel endet mit einer Zusammenfassung (Kapitel 8.7) und einer erneuten Auswertung des Analyserasters auf die theoretischen Ansätze, die den Berichten zu Grunde liegen (Analyseraster 2).

Zur Auswertung lagen dem Autor dieser Diplomarbeit aus der St. Elisabeth Stiftung in Detmold<sup>10</sup> ein Bericht und aus dem Jugendhof Gotteshütte in Porta Westfalica<sup>11</sup> zwei Berichte vor, jeder Bericht aus einem anderen Teilgebiet der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe:

- „Psychologisch-Pädagogisches Gutachten“ einer Krisen-, Interventions- und Diagnosegruppe (KID) der St. Elisabeth Stiftung in Detmold;
- „Abschlussbericht Trainingswohnen auf Zeit“ des Jugendhofes Gotteshütte und
- die Einführende Erziehungsplanung (EEP) einer Tagesgruppe des Jugendhofes Gotteshütte.

Herr Hirschfeld als Diplom-Psychologe führt federführend in der Diagnosegruppe der St. Elisabeth Stiftung die Diagnostik durch und die Einführende Erziehungsplanung im Jugendhof Gotteshütte. Auf seinen eigenen Ansatz wird in Kapitel 8.4 näher eingegangen.

Das Trainingswohnen auf Zeit basiert auf Grundsätzen des FamilienAktivierungs-Managements (FAM) und wird in Kapitel 8.6 näher erläutert.

Als speziellen, rein für die (teil-)stationären Maßnahmen entwickelten diagnostischen Ansatz hat der Jugendhof Gotteshütte im Jahr 2014 die „Passung der Maßnahme“ eingeführt, welche in Kapitel 8.5 Beachtung findet.

## **8.1 Aufbau der Berichte**

Im Folgenden wird die Nennung der Überschriften der Berichte genannt mit dem Ziel zu erforschen, auf welche Bezüge gezielt mit Überschriften Bezug genommen wird. Sie können auch schon Hinweis auf die Ergebnisse des Analyserasters geben (siehe Tabelle 7).

---

<sup>10</sup> [online] URL: <http://www.stiftung-sankt-elisabeth.de/kinder-jugend-und-familienhilfe/>

<sup>11</sup> [online] URL: <http://www.jugendhof-gotteshuette.de/>

<b>KID</b>	<b>TaZ</b>	<b>TG</b>
1. Aufführung der Fragestellung 2. Tabellarisch: Angaben zu Mitwirkenden, Sorgerecht, Kindesmutter, Kindsvater, der Initiative, stattgefundener vorheriger Maßnahmen 3. Aufnahmegründe/ Hintergründe (Familiäre Gründe, Symptomatik des Kindes vor der Aufnahme, Ergebnisse vorheriger Institutionen) 4. Entwicklungsgeschichte mit Zäsuren <sup>12</sup> 5. Symptomatik/Stärken mit tendenziell positiven Veränderungen im auffälligen Verhalten seit der Aufnahme 6. Beantwortung der Fragestellung zur Symptomatik, Entwicklungsstand, Beziehungsqualität, Was braucht das Kind?, Wo kann es das am Besten bekommen? Kontaktgestaltung	1. Tabellarisch: Name der Familie, Maßnahmeart, Jugendamt, Sachbearbeiter, FAM-Arbeiter, FAM-Berater, Berichtszeitraum 2. Setting mit Angabe der Fachqualifikationen der Mitarbeiter und Beschreibung des Arbeitsprozesses 3. Auftragslage 4. Beziehungs- und Bindungsverhalten 5. Auswirkung der Lebensgeschichte auf die Erziehung und Beziehung 6. Erkennen von individuellen Bedürfnissen/Empathiefähigkeit 7. Beziehung zwischen Vater und Kind 8. Zusammenarbeit mit Fachkräften 9. Zusammenfassende Betrachtung der Arbeit mit dem Vater 10. Rolle der einzelnen Kinder (Geschwisterbeziehung) 11. Erziehung 12. Versorgung 13. Gesundheitsfürsorge 14. Förderung 15. Abschließende Bewertung und Empfehlung	1. Tabellarisch: Aufführung Mitwirkender, Aufnahme-datum, Jugendamt, Sorgerecht, Schule, Angaben zu den Eltern, Geschwistern, anderer Bezugspersonen, der Initiative, erster Auffälligkeiten und vorheriger Maßnahmen 2. Aufnahmegründe/ Hintergründe 3. Erste (Arbeits-) Hypothese(n) 4. Arbeitsaufträge 5. Entwicklungsgeschichte aus Sicht der Eltern und des Kindes 6. Aussage zu familiären Beziehungen 7. Symptomatik/Stärken des Kindes 8. Problemanalyse mit Hypothesen zur möglichen Ursache 9. Überprüfung Passung der Maßnahme 10. Planung, teilweise gemeinsam mit den Eltern

Tabelle 7: Berichtsüberschriften der analysierten Texte

<sup>12</sup> Zäsur ist ein wichtiger Einschnitt in der Entwicklung.

Zu berücksichtigen ist auch die Länge des jeweiligen Berichtes. Neben den Überschriften sagt diese bestenfalls etwas über die Qualität der Ausführungen und die mögliche Differenzierung aus: Je länger ein Bericht, desto ausführlicher können Sachverhalte, Einschätzungen hergeleitet, untersucht und begründet werden. Die Länge der Berichte sind:

KID: 25 Seiten;  
TaZ: 23 Seiten;  
EEP: 12 Seiten.

Hierzu ist allerdings anzumerken, dass sich der KID-Bericht auf eine Mutter und ihr Kind, der TaZ-Bericht auf ein Familiensystem aus Vater mit 4 Kindern und die EEP der Tagesgruppe auf ein Kind und ihre Eltern bezieht.

Von der Frage der Diagnostik her ist eindeutig eine Reihenfolge festzulegen:

- Das KID-Gutachten ist ein reiner Diagnoseauftrag des Jugendamtes an die Gruppe um weitere Entscheidungen in der Hilfeplanung nach einem halben Jahr treffen zu können und eine Empfehlung zu haben. Hier wird die Diagnostik im Rahmen § 36 SGB VIII abgegeben an den Jugendhilfeanbieter, z.B. um eigene Einschätzungen bestätigt zu bekommen, neue und einige Fragen bisher ungeklärt blieben und bearbeitet werden sollen. Die Entscheidung liegt dann wieder federführend beim JA im kommenden HPG. Die Diagnostik in der KID Gruppe dient auch häufig dazu, ein gerichtliches Gutachten zu ersetzen, um den diesen Weg nicht einschlagen zu müssen.
- Der TaZ-Bericht beinhaltet auch diagnostische Aspekte von der Auftragslage her, da es hierbei um die Abklärung des gesamten Familiensystems geht und der Frage, ob die Eltern so viele Ressourcen aufweisen, eine Kindeswohlgefährdung zukünftig abwenden zu können.
- Die Tagesgruppe hat keinen Diagnoseauftrag, klärt aber zu Beginn aus ihrer Sicht die Bedarfe ab und damit auch die Passung bezogen auf ihr Konzept, den Bedarfen der Kinder und ihrer Eltern.

## 8.2 Ergebnis aus dem Analyseraster 1

Im Ergebnis bezogen auf das eigens entworfene Analyseraster (siehe Anlage) lässt sich feststellen, dass insgesamt ein sehr großer Bereich der Kriterien in allen drei Bereichen erfüllt wird. Bezogen auf *Grundsätzlichkeiten* ist auffällig, dass in keinem der Berichte die Auswahl bzw. Art und Weise der Analyse-/Diagnostikkriterien benannt und begründet wird und dementsprechend auch die Nachvollziehbarkeit z.T. nur teilweise zutreffend erfolgt. Vor allem im Bereich des Erklärungswissens sind die Aussagen wenig ausführlich. Hier wurden in den Berichten Sachaspekte abgeleitet und erklärt. Die Einbeziehung anderer Institutionen und deren Ergebnisse war nur in einem Bericht deutlich. Insgesamt haben alle Berichte ohne klassifikatorische Tabellen gearbeitet.

Die Anwendung von Methoden allgemein (*Methodenanwendung*) scheint durchweg anerkannt zu sein und stattzufinden. (Selbst-) Deutungsmuster der Familie kamen allerdings gar nicht vor.

Im Umgang mit Hypothesen wurden diese als solche lediglich in dem Tagesgruppenbericht genannt. In den beiden anderen wurden sie nicht benannt, aber aus Hypothesen schon die Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen abgeleitet. Bezogen auf den transparenten Umgang mit Hypothesen, die dann bestätigt oder falsifiziert werden, wird wenig Bezug genommen. Ein Erklärungsmuster hierfür könnte sein, dass die (biographischen) Familiengeschichtsanalysen sehr ausgeprägt stattfanden. Bezogen auf die Lebensumstände waren die Aussagen jedoch wenig differenzierend. Auch eine Durchführung der Ressourcen- und Risiken wurden nicht durchweg eindeutig genannt. Im TaZ Bericht fehlen die Symptomaufstellungen und – auffälligkeiten.

Bezogen auf die *Auswertung der Diagnose* schilderten alle Berichte die Partizipation der Beteiligten. Aussagen zur Reflexivität und Evaluation konnten den Berichten nicht entnommen werden.

### 8.3 Methoden

In Bezug auf die Methoden weisen die analysierten Berichte folgende aus:

- Verhaltensanalyse mit Stärken und Schwächen und deren Veränderungen (KID, EEP)
- Interaktionsbeobachtungen zur Beziehungsanalyse (KID, TaZ)
- Genogrammarbeit<sup>13</sup> (TaZ)
- Gespräche und Reflexion über die Inhalte der Diagnostik (KID, TaZ, EEP)
- Rational-Emotive Therapie - RET<sup>14</sup> (TaZ)
- Arbeit an der Entwicklungsgeschichte aus Sicht der Eltern und des Kindes (KID; EEP)

Bezugnehmend auf Literatur zur Erklärung bestimmter Einschätzungen führte lediglich der TaZ Bericht einmalig Literatur bzgl. Bindung und Trauma an. Fremdwörter wurden in zwei Berichten näher erläutert (KID, TaZ) und eine festgestellte medizinische Diagnose einmal im TaZ-Bericht.

### 8.4 Erziehungsplanung nach Erich Hirschfeld

Die zugrunde liegende Methode Erich Hirschfelds der Diagnostik baut auf der von ihm aus der Praxis entwickelten Methode der Erziehungsplanung auf. Er selbst beschreibt sich als kausalanalytisch ausgerichteten Berater und Begleiter erzieherischer Arbeit von professionellen Pädagogen und von Elternarbeitern (vgl. Hirschfeld 1985, S. 11). Den Blick auf die Kinder zu entwickeln und aus deren Sicht sie mit ihren Symptomen/Verhaltensauffälligkeiten zu verstehen, ist zentrales beraterisches Element seiner Arbeit.

„Wir müssen lernen, die innermenschlichen Ressourcen der Kinder und Jugendlichen, ihre Stärken und Probleme, ihre psychischen

---

<sup>13</sup> Genogramm ist die die graphische Darstellung der Familienstruktur (vgl. McGoldrick/Gerson 2000)

<sup>14</sup>RET ist eine kognitive Therapie, in der davon ausgegangen wird, irrationale Gedanken und Bewertungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung emotionaler Störungen verantwortlich sind (vgl. z.B. Pieper, 2013, S. 216 ff.).

Bedürfnisdefizite und die ursächlichen Faktoren (das Kernproblem) ihrer Entwicklung, die zum großen Teil in ihrer Familienbiographie begründet sind, *zu verstehen*“ (Hirschfeld 1988, S. 147).

Dieses Verstehen und Anknüpfen am Kind/Jugendlichen, setzt für Hirschfeld eine systematische Erziehungs- und Hilfeplanung voraus. Es gilt, das Kind/den Jugendlichen zu verstehen und hierüber mit den Eltern/Erziehungspersonen eine Erziehungsgrundhaltung zu erarbeiten, um darüber eine Entwicklung bewirken zu können. Es ist notwendig, dass sie „ihre gewohnte Erziehungsgrundhaltung hinterfragen, um eine auf die spezifische Biographie des Kindes und seine daraus erwachsenen Bedürfnisdefizite entwickelte individuelle Erziehungsgrundhaltung umsetzen zu können“ (Hirschfeld 1995, S. 513).

In seinem Artikel „(Kleine) Kinder in Heimen - Keine Kinder in Heimen?“ geht Hirschfeld (1995, 1996) auf die Abklärung, Diagnose und Perspektivplanung ein. Der Artikel beschreibt die Diagnoseerfahrungen im Rahmen von Kriseninterventionsgruppen und Kinderwohngruppen mit dem Konzept einer kurzfristigen Unterbringung. Abklärungsthemen dabei waren (Hirschfeld 1995, S. 508):

- Diagnose der Symptomatik und des Entwicklungsstandes;
- Problemanalyse, d.h. verstehen, warum das Kind sich auffällig verhält;
- Untersuchung der Beziehungsqualität zwischen Eltern, Geschwistern und Kind;
- Einschätzung der Gefährdung und Traumatisierung des Kindes durch Misshandlung und Missbrauch in der leiblichen Familie;
- Prüfung, ob eine Rückführung möglich ist;
- Stellungnahme zur Erziehungsfähigkeit der leiblichen Eltern;
- Feststellung, was das Kind für eine gesunde Weiterentwicklung braucht, um darauf die weitere Perspektivplanung aufbauen zu können;
- Abklärung der Frage, ob bei der Vermittlung in eine Fremdmaßnahme Geschwister zusammen vermittelt werden können oder getrennt werden sollten.

Diagnose/Abklärung bedeutet für Hirschfeld anhand einer dezidierten Fragestellung aus der Jugendhilfeplanung von den Auftraggebern des Jugendamtes, den Eltern/der Familie/dem Vormund/der Gerichte anhand der Symptome des Kindes und der Analyse der Familiengeschichte nach einer primären Ursache zu fragen.

„Abklären heißt herauszufinden, was das Kind für seine weitere positive Entwicklung braucht, welche psychischen Grundbedürfnisse das Kind in ausreichendem und angemessenem Rahmen befriedigt bekommen muß“ (Hirschfeld 1996, S. 8).

Die Erziehungsplanung findet hypothesengeleitet statt und erarbeitet eine Erziehungsgrundhaltung im Umgang mit dem Kind/Jugendlichen. Über die Umsetzung dieser Erziehungsgrundhaltung wird die Hypothese bestätigt oder falsifiziert. Die Methode arbeitet offen und transparent, indem sie alle an der Beziehung und Erziehung des Kindes/Jugendlichen einbezieht. Sie entwickelt einen roten Erziehungsleitfaden.

Die Erziehungsplanung nach Hirschfeld stellt einen ganzheitlichen Ansatz dar (vgl. Hirschfeld 2007, S. 4 ff.):

- Einheit von Diagnose und Erziehung;
- Das Symptom, die Verhaltens- und Erziehungsschwierigkeiten von der Ursache her zu behandeln;
- Alle Bezugs- und Erziehungspersonen mit einzubeziehen (Eltern, Gruppen, Pädagogen, Lehrer, Geschwister, Verwandte, Psychologen, Beratungsstellen, Jugendamt etc.);
- Die Erziehungsberatung unter Berücksichtigung der alltags- und persönlichkeitsabhängigen Möglichkeiten;
- mit dem Ziel einer gemeinschaftlichen Erziehung;
- ein „Behandlungsprozess“ im Sinne einer Therapie durch die Erweiterung der eigenen Kompetenzen im Alltag durchführen zu können;
- unter Berücksichtigung der Institutionen, des Gruppenkonzeptes, der Dienstplanung etc.

„Der Sinn und das Ziel der Erziehungsplanung besteht v.a. darin, das Verhalten, insbesondere das symptomatische Verhalten des Kindes/Jugendlichen aus der Sicht des Kindes/Jugendlichen selbst zu sehen, aus seinen Augen, von seinem Standpunkt, d.h. das Kind/den Jugendlichen zu verstehen“ (Hirschfeld 2007, S. 17).



## **8.5 Passung der Maßnahme (Jugendhof Gotteshütte in Porta Westfalica)**

Der Jugendhof Gotteshütte hat sich 2014 dafür entschieden zu Beginn einer (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfemaßnahme einen diagnostischen Prozess einzuführen. Dieser heißt „Passung der Maßnahme“. Im Leitfaden wird „Passung der Maßnahme“ als bewusste Entscheidung definiert, ob das Konzept mit seinen Mitarbeitern, Kindern und Jugendlichen passend zu den Problemlagen, Ressourcen und Bedürfnissen des Kindes/Jugendlichen und seiner Familie ist. Es geht um die Abgleichung zwischen dem, was Kinder/Jugendliche brauchen und dem, was die Gruppe geben kann. Dieses passiert über einen vielschrittigen Prozess: des Kennenlernens, der Informationssammlung, der Beobachtung und Beschreibung und einer Analyse. Die Diagnostik soll die Bereiche der Erziehung, Beziehung, Versorgung, der Fähigkeiten, der Entwicklung der Bedürfnisse umfassen, eine Hypothesenbildung einschließen und mit der Überprüfung abschließen. Hierzu gibt der Leitfaden eine Struktur vor, in denen die Beobachtungen in Elterngesprächen, Interaktionsbeobachtungen mit Kindern/Jugendlichen, der Beratung im Team und der Elternarbeit sowie der Arbeit des jeweiligen Bezugserziehers in der Gruppe mit Kind/Jugendlichen detailliert beschrieben wird. Es werden Fragen formuliert, wie Beziehungsarbeit eingeschätzt werden kann und hierzu Methoden genannt, genauso wie zur Erziehungsarbeit und dem Bereich der Versorgung. Die Methoden lehnen sich an der Erziehungsplanung und FAM an. Abschließen tut die „Passung der Maßnahme“ mit einer Erziehungsplanung.

## 8.6 FamilienAktivierungsManagement (FAM)

FamilienAktivierungsManagement (FAM) ist ein ursprünglich aus den USA adaptiertes Programm zur Familienaktivierung, „Families First Program“ (vgl. Pieper 2013), S. 14 ff.). Es wurde in Deutschland durch die Jugendhilfeeinrichtung Stiftung Hospital St. Wendel im Saarland auf deutsche Verhältnisse übertragen, erprobt und weiter entwickelt. Seit 1998 ist es durch einen eigenen Dachverband deutschlandweit vertreten.<sup>15</sup> FAM basiert auf einem ressourcen- und lösungsorientierten Ansatz<sup>16</sup> mit dem Ziel der Sicherstellung des Kindeswohls bei Kindern/Jugendlichen in Krisensituationen. Indikation stellt die drohende Fremdplatzierung eines oder mehrerer Kinder dar und damit einhergehenden Schwierigkeiten in der Familie. Es wurde im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Modelle familienorientierter Erziehungshilfen in der Jugendhilfe“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und seiner Wirkungen evaluiert (Pieper 2013, S. 29). FAM arbeitet mit einer Haltung, einem Sammelsurium theoretischer Grundlagen verschiedenster Wissenschaftsrichtungen, z.B. der Verhaltens- und Lerntherapie, verschiedenen Systemen zur Daten- und Informationserhebung, dem Umgang mit Krisen, der Kommunikationsforschung u.a.

Der Arbeit geht ein diagnostischer Prozess voran, der über die verschiedenen Methoden erfolgt und zu Beginn der Maßnahme steht.

„Die das FAM kennzeichnende aktivierende Arbeit gründet sich maßgeblich auf die Grundhaltung Achtung, Respekt und Wertschätzung. Sie ist geprägt durch ein sich darauf beziehendes Gerüst methodenorientierter Handlungen“ (Oberholte/Pieper 2015).

---

<sup>15</sup> Dachverband Familienaktivierung e.V., [online] URL: <https://www.familienaktivierung-dv.de/>

<sup>16</sup> Ressourcen- und Lösungsorientierung meint die Konzentration auf die Befähigung zu setzen, um darüber Veränderungen zu erreichen. Lösungsorientierte Therapie geht auf Steve de Shazer und Insoo Kim Berg zurück (vgl. Berg 1999).

## 8.7 Zusammenfassung

Bezogen auf die Analyse der Berichte aus der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe zeigt sich deren Vielfältigkeit und Differenzierung. Sowohl der Berichtaufbau ist bei allen Berichten systematisch organisiert und scheint inhaltlich, methodisch klar strukturiert. Dieses hat auch das eigens hierfür erstellte Analyseraster ergeben, wobei hier wiederum einige Lücken und Feinheiten zu entdecken sind. Unklar bleiben vor allem die Punkte:

- (Selbst-) Deutungsprozess der Familien;
- Aufstellen und ggf. Falsifizieren von Hypothesen;
- Darstellung von Erklärungsmustern;
- Ressourcen-, Risikoabschätzung;
- Reflexivität und
- Evaluation.

Bezogen auf die fehlende Symptomanalyse im TaZ-Bericht, scheint der Schwerpunkt hier zentriert auf dem gesamten Familiengefüge zu liegen. Bei o.g. möglicherweise zu kritisierender Lücken nach Analyseraster 1 ist dieses einmal darüber zu erklären, dass wie in Kapiteln 8.4 bis 8.6 aufgezeigt, alle Berichte auf einem methodisch, theoretischem Konzept basieren und auch bezogen auf die Analysepunkte eindeutig erscheinen. Allerdings werden diese nicht speziell in jedem einzelnen Bericht aufgeführt, sondern im jeweiligen Konzept und damit und darüber erklärt. Dieses hat eine erneute Verwendung des Analyserasters auf die beschriebenen Methoden bestätigt (siehe Anlage: Analyseraster 2).

Nichtsdestotrotz bleiben die o.g. Punkte bezogen auf eine Begründung innerhalb einer wissenschaftlichen Orientierung in einem Bericht bestehen, wenn dieser denn aussagekräftig, nachvollziehbar und glaubhaft, damit als professionell angesehen werden soll. Fehlende Punkte können Anhaltspunkte bieten, im Berichtswesen eine wissenschaftliche Genauigkeit darzulegen.

FamilienAktivierungsManagement ist bundesweit evaluiert. Das Konzept der Erziehungsplanung nach Erich Hirschfeld und die „Passung der Maßnahme“ im Jugend-

hof Gotteshütte lassen sich konzeptionell, wie o.g. Konzepte auch, theoretisch einordnen in eine fundierte, systematische und mit Methoden versehene Art der Diagnostik.

Die vorgestellten Konzepte aus der Praxis arbeiten ohne klassifikatorische Ansätze. Dieses lässt sich eher damit erklären, dass sie aus der Praxis entwickelt und angewendet werden, zumal in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe und nicht zur ersten Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung.

## **9. Methoden im Umfeld von Diagnostik in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe**

Eine Vielfalt an Methoden und damit das methodische Arbeiten hat das Ziel, auf unterschiedlichen Ebenen Wirkung zu erzielen. Die Anwendungen beruhen auf der Annahme bei systematischer, zielgerichteter und dialogischer Ausrichtung, den Berufsalltag professionell erfüllen zu können und auf der anderen Seite ein oftmals unübersichtliches Arbeitsfeld zugänglich zu machen und zu begrenzen bzw. zu strukturieren (vgl. Krauß 2006, S. 125 f.).

Auf Nachfrage innerhalb der beiden o.g. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe wurden neben den in Kapitel 8 beschriebenen theoretischen Ansätzen weitere zentrale Methoden benannt, die im Folgenden beschrieben werden.

### **9.1 Genogrammarbeit - Arbeit zur Familiengeschichte**

Ein Genogramm ist die Darstellung eines Familienstammbaums über mindestens drei Generationen hinweg. Die Methode ist z.B. neben dem Einsatz in der Sozialen Arbeit bei Familientherapeuten beliebt. Allerdings gibt es keine allgemein anerkannte Methode. Hier wird sich auf die Genogrammarbeit nach McGoldrick/Gerson (2000) bezogen.

Genogramme dienen dazu, grafisch eine Familienstruktur besser umreißen bzw. erfassen zu können. Es bedarf einer adaptiven Anpassung an das jeweilige, eigene Konzept bzw. die eigene methodische Herangehensweise, um Genogramme für die eigene Arbeit nutzbar zu machen. Genogramme schaffen die Möglichkeit, über eine reine tabellarische Darstellung hinaus, Generationenbeziehungen aufzuzeigen und Beziehungen innerhalb der Familiensysteme darzustellen. Es wird auch geschaut, in wie weit Haltungs- und Beziehungsmuster von der einen zur anderen Generation modifiziert bzw. beibehalten werden.

„Die in einem Genogramm enthaltenen Informationen über Struktur, Beziehungsmuster und Funktionalität bzw. Dysfunktionalität einer Familie können sowohl horizontal (d.h. innerhalb des aktuellen familiären Kontexts) als auch vertikal (d.h. innerhalb mehrerer Generationen) betrachtet werden“ (McGoldrick/Gerson 2000, S. 15).

Die Genogrammerstellung erfolgt mit folgenden Zeichen und die Beziehungsmuster werden folgendermaßen dargestellt (siehe Abbildung 9, 10).

Bei der Erstellung des Genogramms mit den Familienmitgliedern können neben den generationsübergreifenden Personen und den Beziehungsmustern untereinander auch das soziale Umfeld mit erfragt oder Daten und Fakten, z.B. der Heirat, Trennung, Scheidung, Geburt o.a. und bezogen auf eine historische Perspektive erfasst werden. Innerfamiliäre Beziehungen und Rollen mit ihren ggf. dazugehörigen individuellen Funktionalitäten werden so erfasst (vgl. McGolrick/Gerson S. 21 ff.). Interpretation (vgl. McGolrick/Gerson S. 53 ff.) erfolgt von der Kernfamilie ausgehend mit ihren jeweiligen dazugehörigen Personen, Geschwisterkonstellationen, ggf. Altersunterschieden, auffallend ungewöhnlichen Familienkonstellationen und den Mustern von übergreifenden Familienmustern und familiären Lebenszyklen. In der Interpretation können so Beziehungsmuster und -dreiecke (vgl. McGolrick/Gerson S. 115 ff.) interpretiert werden, z.B. ein Dreieck einer Vater-Mutter-Kind-Beziehung oder einer Dreieck-Beziehung über Generationen (Bsp. Mutter-Großmutter-Kind), die mit Problemen einhergehen können.

Die Genogrammarbeit liefert eine mögliche Methode zur Erfassung von Hypothesen das Familiensystem betreffend und der Erfassung der Familienhistorie und aktueller Dynamiken.

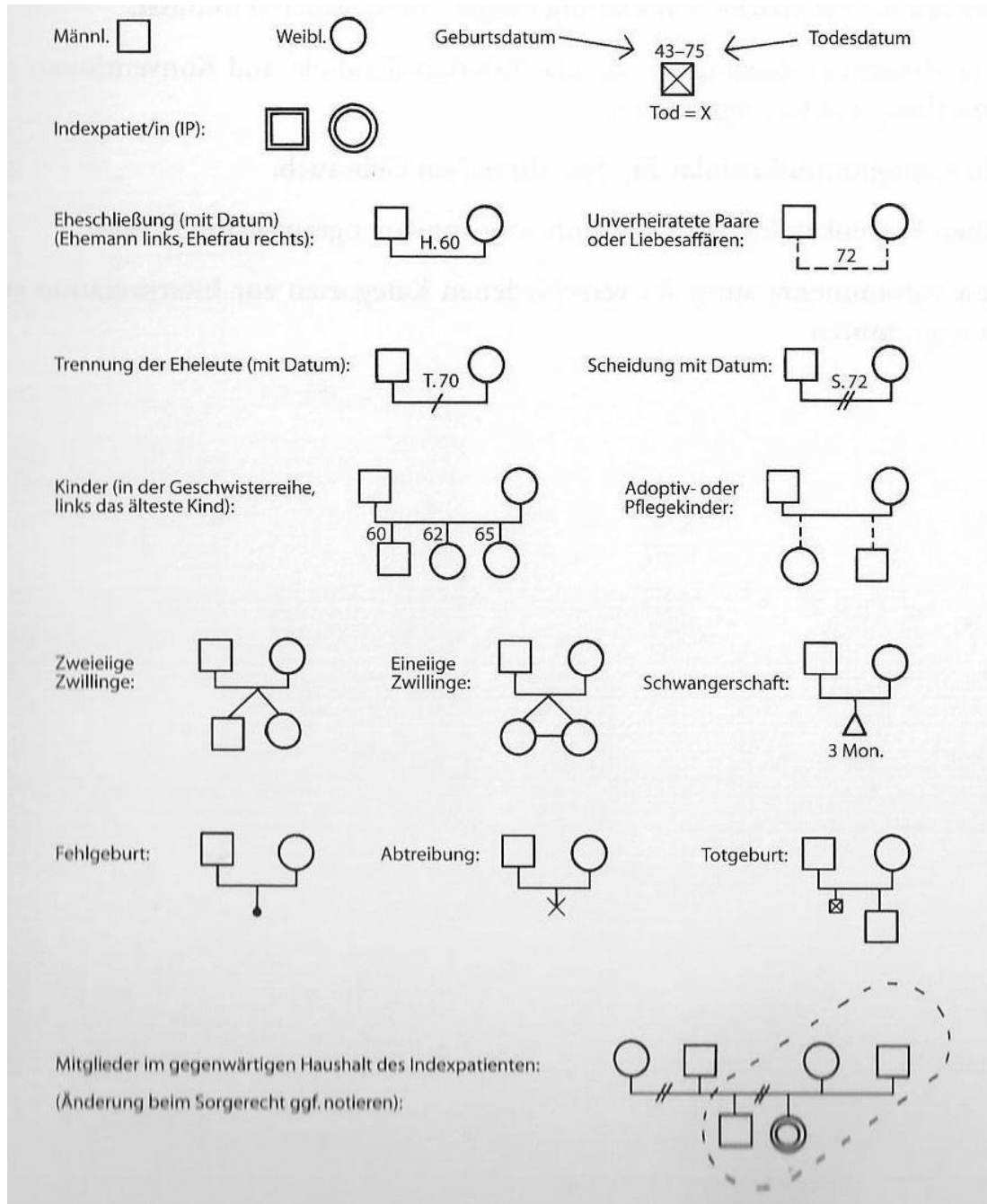


Abbildung 9: Symbole innerhalb eines Genogramms

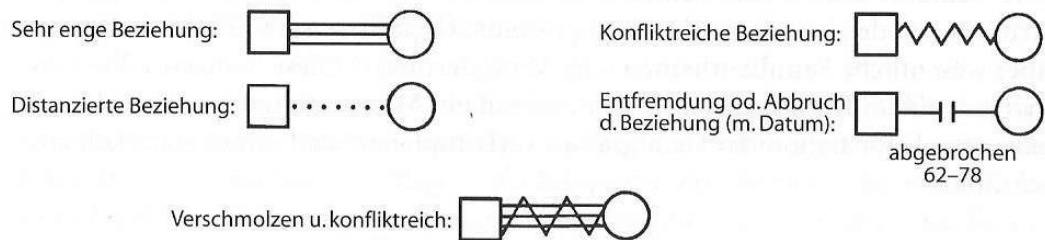


Abbildung 10: Symbole im Genogramm zur Darstellung von Beziehungen

## 9.2 Interaktionsbeobachtung

Interaktionsbeobachtungen zwischen Kindern und ihren Eltern dienen dazu, einen realen Eindruck über das tatsächliche Interaktionsverhalten zu bekommen. Hier gibt es unterschiedliche methodische Ansätze. Alle dienen jedoch dazu ein Ziel zu verfolgen. Bezogen auf die Diagnostik zwischen Kindern und ihren Eltern ist immer das Ziel, Einschätzungen bezogen auf Erziehungs- und Beziehungsstrukturen bzw. -faktoren zu bekommen, um darüber den Umgang mit schwierigen Verhaltenssituationen besser verstehen zu können bzw. eine Einschätzung darüber zu erlangen, welche Ressourcen bei den einzelnen Mitgliedern bestehen bzw. notwendigerweise noch entwickelt werden müssen.

Schlimmstenfalls würden diese Beobachtungen dazu führen, negativ ausgeprägte Beziehungsmuster festzustellen, die auf eine nicht sichere Bindung zu den Kindern zurückzuführen ist. Möglichkeiten von Interaktionsbeobachtungen werden hier zwei angeführt, zum einen wäre Kapitel 9.4 Marte Meo als videogestützte Beobachtung zu nennen. Nachfolgend werden Kriterien der Diagnosegruppe angeführt, nach denen die Interaktionen von den Fachkräften beobachtet und anschließend ausgewertet werden.

### *Kriterien zu (Interaktions-) Beobachtungen Eltern - Kind:*

- Auswertung der Kontaktpause (Reaktionen des Kindes, der Eltern);
- Vorbereitung der Eltern auf die Besuche;
- Begrüßung und Verabschiedung;
- Körperkontakt während des Besuches;
- Blickkontakt;
- Nähe;
- Kommunikation;
- Freude, Stimmung, Atmosphäre;
- Gemeinsames Spiel;
- Erziehung (Lob, Anerkennung, Grenzsetzung);
- Schutz;
- Frage nach der Initiative.



Ein Mittel zur Diagnostik von sozialen Kompetenzen ist die Verhaltensbeobachtung (vgl. z.B. Kanning 2009). Eine grobe Unterteilung der Verhaltensbeobachtung ist die Unterscheidung einer Selbst- von der Fremdbeobachtung. Bei der Fremdbeobachtung lassen sich natürliche und künstliche Beobachtungssettings analysieren. Die Kritik an der künstlich herbeigeführten Beobachtung ist, dass diese mit der Realität nicht im Zusammenhang steht. Dieser Kritik widerspricht Kanning (2009, S. 45 f.): „So ist es z.B. für die Diagnose der Kompetenzdefizite eines sozial ängstlichen Patienten nicht von entscheidender Bedeutung, ob er auf der Straße oder in einem Therapiezimmer einen fremden nach dem Weg zum Bahnhof fragen muss. Die Varianz seines Verhaltens, die durch die Umgebung aufgeklärt wird, dürfte für die diagnostische Fragestellung erst einmal eine vergleichsweise untergeordnete Rolle spielen“.

### **9.3 Bindungs- und Traumapädagogik**

Bezugnehmend auf die theoretischen Ausführungen in Kapitel 4.2 bezogen auf Bindungsmuster und Ergebnissen der Bindungsforschung ist bei einer Diagnostik zwischen Kindern und ihren Eltern auch immer die Frage der Beziehung und ggf. nach gestörten Bindungsmustern zu stellen. Zur Zeit erfährt die Frage nach Bindung und darüberhinausgehend nach möglichen Traumaerfahrungen seit einigen Jahren verstärkte Aufmerksamkeit. Von einer Bindungsstörung wird gesprochen, wenn erhebliche Veränderungen im Verhalten des Kindes mit verschiedensten Beziehungspersonen und nach einem stabilen, über einen längeren Zeitraum hinweg zu beobachtenden Zeitraum auftreten (vgl. Brisch 1999, S. 83). Brisch (vgl. 1999) unterscheidet keine Anzeichen von Bindungsverhalten, undifferenziertes Bindungsverhalten, übersteigertes Bindungsverhalten, gehemmtes Bindungsverhalten, aggressives Bindungsverhalten, Bindungsverhalten mit Rollenkehr und psychosomatische Symptomatik (S. 83ff.).

Die Bindungstherapie geht davon aus, dass die Qualität der Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Klienten die Basis bildet für eine erfolgreiche Therapie. Der Therapeut braucht eine selbstkongruente, offene, wertschätzende Haltung und es

kann so dem Betroffenen gelingen, im Sinne einer „Re-Inszenierung“ der Ur-Situation, ein neues Bindungsverhalten anzulernen und sich durch neue Bindungserfahrungen zu verändern. Übertragen auf die pädagogische Situation und pädagogisches Handeln bedeutet es, innerhalb eines pädagogischen Settings re-inszenierende Erfahrungen zum Erlernen eines neuen Bindungsverhaltens machen zu können. Durch Fürsorgeverhalten, verlässliche sichere Basis, Nähe und Distanz u.a. (Brisch 1999, S. 93 ff.).

Es scheint für die (teil-)stationäre Kinder- und Jugendhilfe die Frage nach Beziehung und Bindung und traumapädagogischen Konzepten nachvollziehbar. Nach der Theorie sind frühe Bindungsstörungen vergleichbar traumatischen Belastungen, sog. Bindungstrauma, und bedürfen einer besonderen „Behandlung“. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik hat hierzu ein Positionspapier erarbeitet (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik e.V. (2011), dass Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen in ihrer praktischen pädagogischen Arbeit anwenden können.

#### **9.4 Marte Meo nach Maria Aarts**

Marte Meo wurde von der Niederländerin Maria Aarts entwickelt und bedeutet in Anlehnung an den lateinischen Begriff „Aus eigener Kraft“. Es umschreibt die Hilfe für Eltern oder Pädagogen oder Kinder/Jugendliche, aus eigener Kraft mit Hilfe der Bilder (Videoaufnahmen) in neue Handlungsformen zu kommen. Von daher ist es ein Befähigungsansatz zur Entwicklungsermöglichung (vgl. Aarts 2011).

Der Ansatz umfasst eine Entwicklungsdiagnose als Ausgangspunkt der Beratung und geht mit eigens dafür entwickelten Checklisten einher (vgl. Aarts 2011, S. 99, 135 ff.).

Der Begriff der Entwicklungsdiagnostik bezeichnet bei der Methode eine „Momentaufnahme, die Anhaltspunkte für die sichtbaren aktuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten z.B. eines Kindes in unterschiedlichen Situationen liefert“ (Aarts et al. 2014, S. 46). Anhand von Videobildern werden in Alltagsbeziehungen sichtbare Fertigkeiten

und Fähigkeiten herausgearbeitet und über positive Bilder aktuelle Entwicklungsstandards und Unterstützungsbedarfe formuliert. Den Klienten werden in dieser Weise Informationen über die Bilder zurückgegeben und mit Unterstützung eines Marte Meo Therapeuten als Entwicklungsspezialisten wird so Entwicklung angeregt. In dem Buch „Marte Meo: Eine Einladung zur Entwicklung“ (Aarts et al. 2014) sind anschauliche Beispiele hierzu aufgeführt, wie Entwicklung über diese Methode angeregt werden kann.

Der Ablauf der Marte Meo Beratung findet wie in Abbildung 11 dargestellt statt (Hawellek 2017, S. 37).

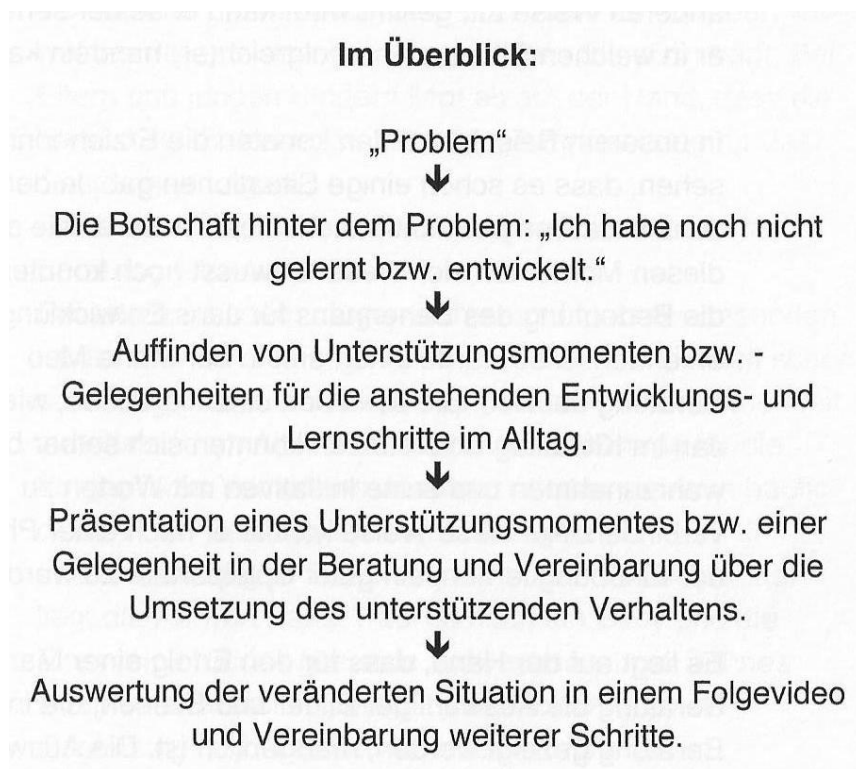


Abbildung 11: Marte Meo im Überblick (Hawellek 2017, S. 37)

## 10. Abschließende Betrachtung und Ausblick

Der Ruf nach klassifikatorischen Systemen ist in der Kinder- und Jugendhilfe und der Einschätzungsfrage der Kindeswohlgefährdung deutlich festzustellen. So gibt es durch die zunehmend an die Öffentlichkeit getragenen Kindeswohlgefährdungsfälle und dadurch ausgelöste Situationen eine gezieltere Frage nach umfassender Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Deegener/Körner (2016) vertreten die Meinung, dass sehr intuitiv und zu wenig auf ausgearbeitete Konzepte zurückgegriffen und es im deutschsprachigen Raum Nachholbedarf gibt (vgl. Deegener/Körner 2016, S. 11 ff.). Anhand dieser Diplomarbeit hat sich gezeigt, dass theoretische Konzepte, auch bezogen auf die Praxis bestehen. Klassifikatorische oder sogar statistische Auswertungsmethoden führen ein Randdasein und die Frage ist berechtigt, inwieweit genau dieser Bereich ausgebaut werden müsste.

Hinzu kommt eine Vielzahl an unterschiedlichen Konzepten und der Bedarf an Evaluation.

„Ohne Evaluation bleibt das Handeln in professioneller Hinsicht lückenhaft, es zeigt Einbußen an Professionalität. Die strukturell mit Unsicherheit und Ungewissheit verbundenen Aufgaben in der Sozialen Arbeit erfordern eine Offenheit gegenüber Evaluation und ein aktives Streben nach Evaluation als Teil einer professionellen Haltung“ (Merchel 2010, S. 38).

Diese Diplomarbeit mit Analyse der theoretischen Konzepte und einem zweiten Teil, der Praxisabgleichung, lässt Schröders Hypothese der Unhintergebarkeit von Diagnose (2003a) nur noch mal bestätigen: Klassifikation und Fallverstehen ist bezogen auf die professionelle Soziale Arbeit und die (teil-)stationäre Kinder- und Jugendhilfe unhintergebar. Klassifikation im Sinne einer diagnostischen Subsumtion ist Teil eines Wissenschaftsverständnisses und dient der Professionalisierung. Stellt die Subsumtion eine Orientierungsgröße dar, so ist in der Interventionspraxis dem

Einzelfall mit diagnostischem Fallverstehen zu begegnen (vgl. Schrödter 2003a, S. 88, Bastian 2012, S. 264).

Welche Grundkompetenzen lassen sich nun als Fazit herauskristallisieren?

- Fachlichkeit ist ein Kernzeichen von Professionalität und bedarf Fachwissen über Methoden, Konzepte, Systematiken und Wirkungsmöglichkeiten.
- Es bedarf dieses Wissens, pädagogisches Handeln herzuleiten und zu begründen. Die Auswahl einer Methode ist immer eine Festlegung und muss begründet stattfinden.
- Die Haltung der Fachkräfte sollte offen, wertschätzend, transparent, eindeutig, ehrlich und respektvoll sein,
- hierbei allerdings erkenntnisweisend und fachlich.
- Es bedarf fachliche Orientierungspunkte (Konzepte, Methoden, Theorien, pädagogisches Fachwissen).
- Bei Abklärung des Kindeswohls und erkennen eines erzieherischen Bedarfes ist eine umfassende, mehrdimensionale Methodik anzuraten.
- Der Fachkraft kommt immer, unabhängig von der einzusetzenden Methodik, die eigene Urteilsbildung und damit auch die eigene Begründbarkeit ihres pädagogischen und fachlichen Handelns zu.

Bei aller Vielzahl lässt sich jedoch als „Grundgerüst“ jeder Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe die Notwendigkeit von gegenstandsbezogener, methodischer und erkenntnisbezogener Aspekte eindeutig als Qualitätsmerkmal herausstellen (siehe Tabelle 8 und S. 38 f.).

<b>Gegenstandsbezogene Aspekte</b>	Bezug auf das - Klientensystem, - Helfersystem und die - Institution
<b>Methodische Aspekte</b>	- hermeneutische, - klassifikatorische, - statistische Verfahren

<b>Erkenntnisbezogen Aspekte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufstellung von Hypothesen und</li> <li>- Erklärungen zur Entstehung der Probleme</li> <li>- Perspektive hierüber entwickeln zu Grenzen und Chancen möglicher Veränderungen (Perspektiven)</li> </ul>
----------------------------------	--

Tabelle 8: Aspekte der Diagnostik (vgl. Heiner 2010, S. 101 f.)

Die Fachkraft in der Kinder- und Jugendhilfe ist

- a) die Fachkraft im Jugendamt, die im Rahmen der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) eine Diagnose erstellen muss zur evtl. Formulierung eines erzieherischen Bedarfes oder im schlimmsten Fall einer Einschätzung zur Kindeswohlgefährdung. Hierzu liegt ein breit gefächertes Repertoire an Methoden vor, von hermeneutischen Fragen bis zu Diagnosetabellen. Ein eigenes, neben Diagnosetabellen, klassifikatorisches System für die Soziale Arbeit hat sich nicht etabliert<sup>17</sup> und auch statistische, mathematische Einschätzungen sind im deutschsprachigen Raum noch kaum berücksichtigt worden und bedürfen von daher einer weiteren fachlichen Zuführung im Sinne einer Erweiterung des Professionsverständnisses.
- b) die Fachkraft in den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, die im Rahmen ihrer Arbeit mit Diagnostik ebenfalls zu tun hat. Diagnostik stellt etwas genuin Pädagogisches dar (vgl. Ader 2006, S. 236). Somit ist Diagnostik für die Fachkraft in der Kinder- und Jugendhilfe ebenfalls unhintergebar. Oft hat sie es mit Symptomen, Verhaltensauffälligkeiten der Kinder/Jugendlichen zu tun und ihren Familien, die es zu deuten gilt. Von daher bedarf es einem Vorgehen, sich ihr diagnostisch zu nähern, zielgerichtet, systematisch und methodisch.

Der Unterschied zwischen der Fachkraft im Jugendamt und der Fachkraft in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe und die ggf. andere Herangehensweise an Diagnostik, ist auch vergleichbar mit dem Beispiel aus der Medizin: Wenn eine Person z.B. an einem Sturz gelitten hat und ins Krankenhaus kommt, war dieses die ers-

<sup>17</sup> Ein erster Ansatz wurde mit dem Person-in-Environment – System (PIE) formuliert (vgl. Adler 2004).

te diagnostische Einschätzung der Ärzte bzw. Sanitäter. Nach Behandlung und erfolgreicher Intervention bedarf es ggf. einer weiteren, genaueren Diagnostik, um Folgeschäden und/oder weitere Erkrankungen oder die Frage nach weiteren Behandlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten zu klären. In der Kinder- und Jugendhilfe kommt es über Inobhutnahmen, die einer ersten Entscheidung der Fachkraft vorausgeht, im Weiteren häufig ebenfalls zu den Erfordernissen einer weiteren Diagnostik.

*Die hohen Erfordernisse zur Herstellung eines professionellen Rahmens für Diagnostik bestätigen die in der Einleitung formulierte Hypothese, Diagnostik als Konstrukt anzusehen. Es bedarf einer gezielten fachlichen, an Wissenschaftskriterien ausgerichteten Auswahl und Durchführung der Diagnostik, die im jeweiligen Handlungsfeld konstruiert werden muss.*

Im Sinne des diagnostischen Dreiecks (siehe Abbildung 8, S. 70), sind Diagnostik und ihre Methodik komplex. Diagnostik wirkt sowohl auf Seiten des pädagogisch Handelnden mit seiner Qualifikation, seiner Anbindung an die jeweilige Einrichtung wie auch das Spannungsfeld mit dem zu diagnostizierenden Familiensystem unter Berücksichtigung des institutionellen Handelns und den gesamten Sozialisationseinflüssen, den vergangenen und derzeitigen.

Die Antinomien pädagogischen Handelns (Helsper 2010) sind bezogen auf Diagnostik ebenfalls als komplex und vielfältig zu schildern. Die Unabdingbarkeit des Wissens um Sozialisationseinflüsse von Beziehungs- und Erziehungsthemen ist unerlässlich. Der Entwicklungsdruck der Kinder (Andresen/Hurrelmann 2007, S. 55) und eine kleine Gruppe von Eltern, die stark belastet und erziehungsunfähig erscheinen, stellen die Notwendigkeit des Bedarfes einer fachlich, professionellen Hilfe heraus, d.h. auch den Bedarf von Diagnose.

Diagnostik heißt, einfach gesprochen, zu wissen warum Dinge so passieren wie sie passieren bzw. warum etwas so ist, wie es ist. Es ist nicht das Allerheilmittel aller Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen, aber ein unhintergehbare.

Wie geht es weiter in der Diskussion um Diagnostik? Zentral bleiben die Fragen rund um den Kinderschutz. In der aktuellen Diskussion um die Novellierung des SGB

VIII, die sich vor allem auf die Neuformulierungen im Rahmen der Inklusion bezieht, soll in Bezug auf das Ziel der Verbesserung der Kooperation im Kinderschutz die Mitverantwortung im Sinne eines multiprofessionellen Vorgehens in Bezug auf die ärztliche Behandlung gesehen und der § 28 des SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, ergänzt werden: „Zur Verbesserung der Erkennung von Kinderschutzfällen ... wird Absatz 1 explizit um die einzelfallbezogene Zusammenarbeit mit dem Jugendamt erweitert“<sup>18</sup>.

Die Ausweitung erprobter Konzepte der Praxis, wie sie oben beschrieben sind, lassen sich um klassifikatorische und statistische Verfahren als weiteren Forschungsschwerpunkt ergänzen. In der Diskussion um Klassifikation, statistische Varianten und hermeneutischem Fallverstehen weist die Wirkungsforschung darauf hin, dass z.B. die Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamtes (2013), vor allem als klassifikatorisches Instrument, unerfahrenen Kollegen zu einer sicheren Zuweisungsqualität verhelfen könnte (vgl. Esser 2014, S. 600 f.).

Damit wird die Kinder- und Jugendhilfe das Bild einer professionellen Herangehensweise noch weiter und auch zukünftig unterstützen können. Es bleibt spannend im Diskurs um Notwendigkeiten bezogen auf Diagnose und diagnostischem Fallverstehen in der Kinder- und Jugendhilfe.

Praktische Theorien der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe müssten wiederum weiter evaluiert werden. Darüber hinaus ließe sich die Frage stellen, inwieweit und in welchem Umfang die jeweiligen Methoden flächendeckend angewendet werden - im Sinne eines Diagnostik-Methodenkanons. Eine qualitative Studie anhand eindeutig angewandter Methoden an Einzelfällen könnte weitere Forschungsergebnisse liefern, z.B. mit dem Ziel und der Frage, welche Aussagen in einem Gutachten für das Gericht im Verfahren bezogen auf das Kindeswohl und seine mögliche Gefährdung nach erziehungswissenschaftlichen Gesichtspunkten und der Sozialen Arbeit gemacht werden müssten. Harnach (2011) hat hier erste Vorarbeit geleistet.

---

<sup>18</sup> vgl. Begründung zum Gesetzentwurf zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen v. 06.12.2016, zu finden [online] URL: <https://www.igfh.de/cms/nachrichten/informationen-zur-reform-sgb-viii-%E2%80%93-vorbereitung-eines-neuen-gesetzes-zur-st%C3%A4rkung-von> [10.03.2017]



## **Glossar**

Im Glossar werden die Fachbegriffe aus den einzelnen Kapiteln und ihre Definitionen zusammengeführt.

### **Anamnese**

Anamnese bedeutet das Erfragen der Vorgeschichte.

### **Diagnose**

Diagnose im Allgemeinen meint das Feststellen, Prüfen und Klassifizieren von Merkmalen mit dem Ziel der Einordnung zur Gewinnung eines Gesamtbildes

### **Evaluation**

Evaluation meint in der Sozialen Arbeit die systematische Überprüfung und Bewertung von Handlungsweisen zur zielgerichteten Überprüfung und Weiterentwicklung.

### **Falsifikation**

Falsifikation ist die Widerlegung einer Aussage durch ein Gegenbeispiel bzw. einen empirischen Gegenbeweis. Eine Einzelaussage kann nicht zu einem Gesetz formuliert werden, Hypothesen aber falsifiziert werden.

### **Genogramm**

Genogramm ist die die graphische Darstellung der Familienstruktur

### **Hermeneutik**

Hermeneutik ist die Kunstlehre des Verstehens. Standen ursprünglich historisch-literarische Texte im Fokus und das Verstehen von „Zeichen“ (z.B. Texte, Bilder, Musik, Kunst), bezieht sie bezogen auf die Soziale Arbeit die *Erziehungswirklichkeit* mit ein.

### **Rational-Emotive Therapie - RET**

RET ist eine kognitive Therapie, in der davon ausgegangen wird, irrationale Gedanken und Bewertungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung emotionaler Störungen verantwortlich sind.

### **Ressourcen- und Lösungsorientierung**

Ressourcen- und Lösungsorientierung meint die Konzentration auf die Befähigung zu setzen, um darüber Veränderungen zu erreichen. Lösungsorientierte Therapie geht auf Steve de Shazer und Insoo Kim Berg zurück.

### **Subsumtion**

Subsumtion bedeutet die Unterordnung von Begriffen unter einen Oberbegriff und führt zu Klassifikation einzelner Kriterien.

### **Zäsur**

Zäsur ist ein wichtiger Einschnitt in der Entwicklung.

## Literaturverzeichnis

- Aarts, M. (2011): *Marte Meo. Ein Handbuch. 3. Überarbeitete Auflage.* Eindhoven, Niederlande: Aarts Productions.
- Aarts, M./Hawellek, C./Rausch, H./Schneider, M./Thelen, C. (2014): *Marte Meo: Eine Einladung zur Entwicklung.* Eindhoven, Niederlande: Aarts Productions.
- Abel, J./Möller, R./Treumann, K. P. (1998): *Einführung in die Empirische Pädagogik.* Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Ader, S. (2004): *Strukturiertes kollegiales Fallverstehen als Verfahren sozialpädagogischer Analyse und Deutung.* In: Heiner, M. (Hrsg.): *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch.* Frankfurt a.M.: Hassmüller, S. 317-330.
- Ader, S. (2006): *Was leitet den Blick? Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe.* Weinheim/München: Juventa.
- Adler, H. K. (2004): *Das Person-in-Environment – System (PIE). Vorteile einer eigenständigen, standardisierten Diagnostik in der Sozialen Arbeit.* In: Heiner, M. (Hrsg.): *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch.* Frankfurt a.M.: Hassmüller.
- Albus, S./Greschke, H./Klingler, B./Messmer, H./Micheel, H.-G./Otto, H.-U./Pollutta, A. (2010): *Wirkungsorientierte Jugendhilfe. Abschlussbericht der Evaluation des Bundesmodellprogramms „Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt und Qualitätsvereinbarungen nach §§ 78a ff SGB VIII.* Hamm: Griebisch & Rochol.
- Andresen, S./Hurrelmann, K. (2007): *Was bedeutet es, heute ein Kind zu sein? Die World Vision Kinderstudie als Beitrag zur Kinder- und Kindheitsforschung.* In: World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.): *Kinder in Deutschland 2007. 1. World Vision Kinderstudie.* Frankfurt a.M.: Fischer, S. 35-64.

- Andresen, S./Hurrelmann, K. (2010) (Hrsg.): Kindheit. Weinheim/Basel: Beltz.
- Bastian, P. (2011): Der Nutzen psychologisch-klassifikatorischer Diagnoseinstrumente in Frühen Hilfen. Münster: MV Wissenschaft.
- Bastian, P. (2012): Die Überlegenheit statistischer Urteilsbildung im Kinderschutz – Plädoyer für einen Perspektivwechsel hin zu einer angemessenen Form sozialpädagogischer Diagnosen. In: Marthaler, T./Bastian, P./Bode, I./Schrödter, M. (Hrsg.): Rationalitäten des Kinderschutzes. Kindeswohl und soziale Interventionen aus pluraler Perspektive. Wiesbaden: VS, S. 249-267.
- Baumrind, D. (1966): Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development* 32, S. 887-907.
- Bayrisches Landesjugendamt/Zentrum Bayern Familie und Soziales (Hrsg.) (2013): Sozialpädagogische Diagnose-Tabelle & Hilfeplan. München: Eigenverlag.
- Berg, I. K. (1999): Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurz-therapeutisches und lösungs-orientiertes Arbeitsbuch. 6. Auflage. Dortmund: modernes lernen.
- Braun, A./Graßhoff, G./Schweppe, C. (2011): Sozialpädagogische Fallarbeit. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Brisch, K.-H. (1999): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Böllert, K. (2015): Prävention und Intervention. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5. Auflage. München/Basel: Ernst Reinhardt, S. 1227-1348.

Bowlby, J. (1999): Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: Spangler, G./Zimmermann, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 17-26.

Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik e.V. (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. [online]  
URL: <http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html>  
[11.03.2017]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005): Stärkung familialer Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Kurzfassung eines Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Osnabrück: KIWI GmbH.

Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.) (1996): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Combe, A. (1996): Pädagogische Professionalität, Hermeneutik und Lehrerbildung. Am Beispiel der Berufsbelastung von Grundschullehrkräften. In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 501-520.

Deegener, G./Körner, W. (2016): Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. 4. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Dewe, B./Otto, H.-U. (2012): Reflexive Sozialpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientierten Professionshandelns. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS, S. 197-218.

- Dewe, B./Otto, H.-U. (2015a): Professionalität. In: Otto, H.-U./Thiersch H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5. Auflage. München/Basel: Reinhardt, S.1245-1255.
- Dewe, B./Otto, H.-U. (2015b): Profession. In: Otto, H.-U./Thiersch H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5. Auflage. München/Basel: Reinhardt, S.1233-1244.
- Donabedian, A. (1980): The definition of quality and approaches to its assessment: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Esser, K. (2014): Wirkfaktoren in der Erziehungshilfe. In: Macsenaere, M./Esser, K./Knab, E./Hiller, S. (Hrsg.): Handbuch der Hilfen zur Erziehung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 599-606.
- Ettrich, K. U. (2004): Bindungsentwicklung und Bindungsstörung. Stuttgart: Thieme.
- Friedlmeier, W./Holodynski, M. (Hrsg.) (1999): Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen. Heidelberg/Berlin: Spektrum.
- Fröhlich-Gildhoff, K./Rönnau-Böse, M. (2009): Resilienz. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Gabriel, T. (2015): Resilienz. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5. Auflage. München/Basel: Ernst Reinhardt, S. 1342-1348.
- Galuske, M./Thole, W. (Hrsg.) (2006): Vom Fall zum Management. Neue Methoden der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS.
- Göppel, R. (2007): Aufwachsen heute. Veränderungen der Kindheit – Probleme des Jugendalters. Stuttgart: Kohlhammer.

Gudjons, H. (2003): Pädagogisches Grundwissen. Überblick - Kompendium - Studienbuch. 8. Auflage. Bad Heibrunn: Klinkhardt.

Harnach-Beck, V. (1999): Ohne Prozeßqualität keine Ergebnisqualität – Sorgfältige Diagnostik als Voraussetzung für erfolgreiche Hilfe zur Erziehung. In: Peters, F. (Hrsg.): Diagnosen – Gutachten – Hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. Frankfurt a.M.: IGFH-Eigenverlag, S. 27-48.

Harnach, V. (2011): Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme. 6. Auflage. Weinheim/München: Juventa.

Havighurst, R. J. (1981): Developmental tasks and education. New York: Longman.

Hawellek, C. (2017): Marte Meo im Überblick. 2. Auflage. Norderstedt: Books on Demand.

Heiner, M. (Hrsg.) (2004): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Frankfurt a.M.: Hassmüller.

Heiner, M. (2010): Integrative Diagnostik. In: Schrapper, C. (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. 2. Auflage. Weinheim/München: Juventa, S. 99-115.

Heiner, M. (2015): Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5. Auflage. München/Basel: Ernst Reinhardt, S. 281-294.

Helsper, W. (2010): Pädagogisches Handeln in den Antinomien der Moderne. In: Krüger, H.-H./Helsper, W. (Hrsg.): Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft. 9. Auflage. Opladen/Farmington Hills: Budrich, S. 15-34.

Hirschfeld, E. (1985): Sich vom Therapeuten an die Hand nehmen lassen? oder: der Anspruch, die Erziehung zu therapeutisieren. In: Materialien zur Heimerziehung, IGFH, Jg. 1985, Heft 4/5, S. 11-13.

Hirschfeld, E. (1988): Die inneren Ressourcen der Heimerziehung qualitativ und ganzheitlich nutzen. 10 Thesen zur Heimerziehung. In: Unsere Jugend. Die Zeitschrift für Studium und Praxis der Sozialpädagogik, Jg. 40, Nr. 4, S. 145-153.

Hirschfeld, E. (1995): (Kleine) Kinder in Heimen – Keine Kinder in Heimen? Ein Vergleich zwischen Heimgruppe und „Ersatz“familie. In: Unsere Jugend. Die Zeitschrift für Studium und Praxis der Sozialpädagogik, Jg. 47, Nr. 12, S. 507-515.

Hirschfeld, E. (1996): (Kleine) Kinder in Heimen – Keine Kinder in Heimen? Ein Vergleich zwischen Heimgruppe und „Ersatz“familie. In: Unsere Jugend. Die Zeitschrift für Studium und Praxis der Sozialpädagogik, Jg. 48, Nr. 1, S. 8-15.

Hirschfeld, E. (2007): System(-atische) Psychologisch-Pädagogische Erziehungsplanung. Vortragsmanuskript für die Fortbildung im Kinder- und Jugendhilfezentrum St. Josef in Wunsiedel (Ofr.) am 06.07.2007. Unveröffentlichtes Manuskript.

Hörster, R. (2012): Sozialpädagogische Kasuistik. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS, S. 677-686.

Hurrelmann, K. (2006): Einführung in die Sozialisationstheorie. 9. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.

Hurrelmann, K./Andresen, S. (2007): Kinderpolitik: Das „ganze“ Dorf wird gebraucht. In: World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.): Kinder in Deutschland 2007. 1. World Vision Kinderstudie. Frankfurt a.M.: Fischer, S. 361-390.



Hurrelmann, K./ Grundmann, M./Walper, S. (Hrsg.) (2008): Handbuch Sozialisationsforschung. Weinheim/Basel: Beltz.

Klatetzki, T. (1993): Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System. Eine ethnographische Interpretation. Bielefeld: KT.

Kanning, U. P. (2009): Diagnostik sozialer Kompetenzen. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Key, E. (1902): Das Jahrhundert des Kindes. Berlin: Fischer.

Koller, H.-C. (2006): Grundbegriffe, Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft. Eine Einführung. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Krauß, E. J. (2006): Methoden in der Sozialen Arbeit – Stellenwert, Überblick und Entwicklungstendenzen. In: Galuske, M./Thole, W. (Hrsg.) (2006): Vom Fall zum Management. Neue Methoden der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS, S. 119-132.

Krumenacker, F.-J. (Hrsg.) (2004): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim/München: Juventa.

Krumenacker, F.-J. (2004b): Zehn Jahre Sozialpädagogische Diagnosen. In: Krumenacker, F.-J. (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim/München: Juventa, S. 7-13.

Krüger, H.-H./Helsper, W. (Hrsg.) (2010): Einführung in Grundbegriffe und Grundlagen der Erziehungswissenschaft. 9. Auflage. Opladen/Farmington Hills: Budrich.

Kuhlmann, C. (2004): Zur historischen Dimension der Diagnostik am Beispiel von Alice Salomon. In: Heiner, M. (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Frankfurt a.M.: Hassmüller, S. 11-25.

Macsenaere, M./Esser, K./Knab, E./Hiller, S. (Hrsg.) (2014): Handbuch der Hilfen zur Erziehung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Macsenaere, M. (2014): Wirkungsforschung und ihre Ergebnisse. In: Macsenaere, M./Esser, K./Knab, E./Hiller, S. (Hrsg.): Handbuch der Hilfen zur Erziehung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 592-598.

Marthaler, T./Bastian, P./Bode, I./Schrödter, M. (Hrsg.) (2012): Rationalitäten des Kinderschutzes. Kindeswohl und soziale Interventionen aus pluraler Perspektive. Wiesbaden: VS.

McGoldrick, M./Gerson, R. (2000): Genogramme in der Familienberatung. 2. Auflage. Bern: Huber.

Merchel, J. (2010): Evaluation in der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt.

Mollenhauer, K./Brumlik, M./Wudtke, H. (1975): Die Familienerziehung. Grundfragen der Erziehungswissenschaft. München: Juventa.

Mollenhauer, K./Uhlendorff, U. (1992): Sozialpädagogische Diagnosen I. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen. Weinheim/München: Juventa.

Mollenhauer, K./Uhlendorff, U. (1995): Sozialpädagogische Diagnosen II. Selbstdeutungen verhaltensschwieriger Jugendlicher als empirische Grundlage für Erziehungspläne. Weinheim/München: Juventa.

Mollenhauer, K. (2001): Einführung in die Sozialpädagogik. Weinheim/Basel: Beltz.

Mollenhauer, K. (2003): Vergessene Zusammenhänge. Über Kultur und Erziehung. 6. Auflage. Weinheim/München: Juventa.

Müller, B. (1993): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 1. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Müller, B. (2006): Sozialpädagogische Diagnose. In: Galuske, M./Thole, W. (Hrsg.): Vom Fall zum Management. Neue Methoden der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS, S. 83-96.

Müller, B. (2012): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 7. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Münder, J./Meysen, T./Trenczek, T. (Hrsg.) (2013): Frankfurter Kommentar zum SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. 7. Auflage. Baden-Baden: Nomos.

Nölke, E. (1996): Strukturelle Paradoxien im Handlungsfeld der Maßnahmen öffentlicher Ersatzerziehung. In: Come, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 649-677.

Nussbaum, M. C./Sen, A. (Hrsg.) (1993): The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press.

Obernolte, B./Piper, R. (2015): FAM (FamilienAktivierungsManagement). Von der Krisenintervention zur Erweiterung traditioneller Angebote der Jugendhilfe. Familienaktivierende Methoden und Haltungen in stationären und teilstationären Settings. In: Unsere Jugend. Die Zeitschrift für Studium und Praxis der Sozialpädagogik, Jg. 67, Nr. 4, S. 169-175.

Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionelles Handelns. In: Come, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 70-182.

Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.) (2015): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5. Auflage. München/Basel: Ernst Reinhardt.

- Peters, F. (Hrsg.) (1999): Diagnosen - Gutachten - Hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. Frankfurt a.M.: IGFH-Eigenverlag.
- Pieper, R. (2013): Werkbuch FamilienAktivierungsManagement. Methoden der Familienaktivierung und Krisenintervention. Berlin: Pro Business GmbH.
- Richmond, M. (1917): Social Diagnosis. New York: Russell Sage Foundation.
- Rousseau, J.-J. (1962/1995): Emil oder über die Erziehung. 12. Auflage. Paderborn: UTB.
- Salomon, A. (1926): Soziale Diagnose. Berlin: Carl Heymann.
- Schneewind, Klaus A. (2008): Sozialisation in der Familie. In: Hurrelmann, Klaus/Grundmann, Matthias/Walper, Sabine (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. Weinheim/Basel: Beltz, S. 256-273.
- Schrapper, C. (2004): Sozialpädagogische Diagnostik zwischen Durchblick und Verständigung. In: Heiner, M. (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Frankfurt a.M.: Hassmüller, S. 40-54.
- Schrapper, C. (Hrsg.) (2010): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. 2. Auflage. Weinheim/München: Juventa.
- Schrapper, C. (2010b): Diagnose und Dialog? Sozialpädagogische Einschätzungen in der Diskussion. In: Schrapper, C. (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. 2. Auflage. Weinheim/München: Juventa, S. 9-12.

Schrödter, M. (2003a): Zur Unhintergebarkeit von Diagnose. Klassifikation in der professionellen Sozialen Arbeit. In: Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Heft 88, Jg. 23, Nr. 2, S. 85-100.

Schrödter, M. (2003b): Zur Unhintergebarkeit von Diagnose. Vortragsmanuskript für die Fachtagung: „4. Marienfelder Gespräche: Soziale Arbeit unter den Bedingungen der Ungewissheit“. [online] URL: <https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/5524/1/diagnose.pdf> [11.03.2017].

Seel, N./Hanke, U. (2015): Erziehungswissenschaft. Berlin/Heidelberg: VS.

Seligman, M. (1995): The effectiveness of psychotherapy. In: American Psychologist, Jg. 50, Nr. 12, S. 965-974.

Spangler, G. (1999): Frühkindliche Bindungserfahrungen und Emotionsregulation. In: Friedlmeier, W./Holodynski, M. (Hrsg.): Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen. Heidelberg/Berlin: Spektrum, S. 176-196.

Spangler, G./Zimmermann, P. (Hrsg.) (1999): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Thole, W. (Hrsg.) (2012): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS.

Tschöpe-Scheffler, S. (2003): Elternkurse auf dem Prüfstand. Wie Erziehung wieder Freude macht. Opladen: Leske + Budrich.

Tschöpe-Scheffler, S. (2013): Fünf Säulen der Erziehung. Wege zu einem entwicklungsfördernden Miteinander von Erwachsenen und Kindern. 7. Auflage. Ostfildern: Patmos.

Uhlendorff, U. (2004): Sozialpädagogische Familiendiagnose in der Jugendhilfe. In: Krumenacker, F.-J. (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim/München: Juventa, 135-150.

Uhlendorff, U./Cinkl, S./Marthaler, T. (2008): Sozialpädagogische Familiendiagnosen. Deutungsmuster familiärer Belastungssituationen und erzieherischer Notlagen in der Jugendhilfe. 2. Auflage. Weinheim/München: Juventa.

Verband Katholischer Einrichtungen der Heim- und Heilpädagogik (Hrsg.) (1992): Tagesgruppen. Beiträge zur Erziehungshilfe 3. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Wiesner, R. (Hrsg.) (2015): SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar. 5. Auflage. München: C. H. Beck.

Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2005): Familiäre Erziehungskompetenzen: Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem und Aufgabe; Gutachten für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Weinheim/München: Juventa.

World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.) (2007): Kinder in Deutschland 2007. 1. World Vision Kinderstudie. Frankfurt a.M.: Fischer.

Ziegler, H. (2015): Wirkfaktoren und Wirkungen der Heimerziehung. In: Jugendhilfe 53, 5/2015, S. 399-413.

***Lexika:***

Meyers Grosses Taschenlexikon in 26 Bänden. 9. Auflage 2003. Mannheim: Meyer.

Textor, A. M. (2003): Sag es auf Deutsch. Das Fremdwörterlexikon. Über 20.000 Fremdwörter aus allen Lebensgebieten. 2. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

## Danksagung

Mein Dank gilt meinen Lehrenden und Professor\*innen an der Universität Bielefeld, von denen ich auf dem Weg meines Studiums reichlich gelernt und in meiner eigenen Persönlichkeitsentwicklung und Fachlichkeit immer wieder von neuem profitiert habe. Namentlich sind zu nennen: *Frau Prof. Dr. Sabine Andresen*, bei der ich meine Vordiplomarbeit schrieb und keine\*r mehr seitdem in einer Vorlesung so gehaltvoll die Geschichte aus der Antike erzählte, wie Ikarus zu nah an den Himmel flog, seine Flügel schmolzen und er ins Wasser stürzte; *Herrn Prof. Dr. Rainer Dollase*, der auch vermittelte, dass Studium nicht alles ist und trotzdem so sehr die Lust auf die psychologischen Sichtweisen erweiterte; *Herrn Prof. Dr. Manfred Holodynski*, der mich mit seinem Thema der Emotionalen Entwicklung bereicherte; *Frau Prof. Dr. Helga Kelle*, bei der meine mündliche Diplomprüfung in Erziehungswissenschaft unverhofft zur reinen Freude wurde; *Herrn Prof. Dr. Paul Mecheril*, der in der EVA Veranstaltung „Geschmack“ auf das Studium und die Anforderungen machte und mich zu meiner ersten mündlichen Prüfung im Vordiplom coachte; *Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans-Uwe Otto*, der die Regeln des Abfassens von Referaten lehrte wie kein anderer und *Herrn Prof. Dr. Holger Ziegler*, der mich bezogen auf meine Diplomarbeit und meine letzte mündliche Prüfung so unkompliziert und freundlich begleitete.

Zudem danke ich

- Michaela Aldag, über die ich überhaupt erst zum Studium an der Universität Bielefeld gekommen bin und die mir die ersten Fachbücher lieh;
- Erich Hirschfeld, den ich in der Praxis kennen lernen durfte und so unendlich viel praktisches, anwendbares Wissen gelernt habe und den ich in einem Praktikum begleiten durfte;
- den Mitarbeiter\*innen des Jugendhofes Gotteshütte für die vielfältige Unterstützung.

Nicht zuletzt möchte ich meiner Familie danken: Meiner lieben Frau Stefanie, die mich immer wieder ermunterte, und meinen Kindern Emma, Matti, Tami und Jakob, die erleben durften, dass „Papa“ auch noch lernt an einer „Schule für Erwachsene“.



# Anhang

# Analyseraster 1 (Berichte aus der Praxis)

(eigenes Raster)

Analysekriterien		Beispiele aus der Praxis		
		KID	TaZ	EEP
<i>Grundsätzlichkeiten:</i>				
1.	Benennung und Begründung der Auswahl der Diagnostiktechnik/en, -methode(n)	(x)	(x)	
2.	Nachvollziehbarkeit des Vorgehens und damit dem Genauigkeitsgrad des Einholens der Information	(x)	(x)	
3.	Expertenwissen aus Sachaspekte (Erklärungswissen)	(x)	(x)	(x)
4.	Zusammenwirken mit anderen Instanzen bzw. Einbeziehung der Ergebnisse anderer Institutionen	x		(x)
5.	Einbeziehung des gesamten Familiensystems	x	x	x
6.	Berücksichtigung von Sozialisationsfaktoren	x	x	x
7.	Anwendung klassifikatorischer Tabellen			

*Methode(n):*

8.	Durchführung einer (biographischen) Analyse der Familiengeschichte	x	x	x
9.	Analyse der Lebensumstände	(x)	(x)	(x)
10.	Frage nach (Selbstdeutungsmustern) der Familie			
11.	Frage nach der Art und Häufigkeit, Intensität der Symptome und deren Interpretation	x		x
12.	Durchführung einer Risiken- Ressourcenanalyse beim Kind/der Familie	(x)	(x)	(x)
13.	Analyse der Veränderungen im Verhalten	x		x
14.	Aussage zum pädagogischen Umgang mit dem auffälligen Verhalten	x		x
15.	Bildung von Hypothesen	(x)	(x)	x
16.	Falsifikatorisches Vorgehen			
17.	Formulierung eines Endergebnisses mit Formulierung konkreter bzw. notwendiger folgender Schritte	x	x	x

*Auswertung:*

18.	Partizipation der Beteiligten bei der Durchführung und dem Ergebnis	x	x	x
19.	Reflexivität			
20.	Evaluation			

x = zutreffend

(x) = teilweise zutreffend oder wenig ausführlich

## Analyseraster 2 (Theoretische Grundlagen der Berichte)

(eigenes Raster)

Analysekriterien		Beispiele aus der Praxis		
		KID	TaZ	EEP
<i>Grundsätzlichkeiten:</i>				
1.	Benennung und Begründung der Auswahl der Diagnostiktechnik/en, -methode(n)	x	x	x
2.	Nachvollziehbarkeit des Vorgehens und damit dem Genauigkeitsgrad des Einholens der Information	x	x	x
3.	Expertenwissen aus Sachaspekte (Erklärungswissen)	(x)	(x)	(x)
4.	Zusammenwirken mit anderen Instanzen bzw. Einbeziehung der Ergebnisse anderer Institutionen	x		(x)
5.	Einbeziehung des gesamten Familiensystems	x	x	x
6.	Berücksichtigung von Sozialisationsfaktoren	x	x	x
7.	Anwendung klassifikatorischer Tabellen			

*Methode(n):*

8.	Durchführung einer (biographischen) Analyse der Familiengeschichte	x	x	x
9.	Analyse der Lebensumstände	(x)	x	(x)
10.	Frage nach (Selbstdeutungsmustern) der Familie			
11.	Frage nach der Art und Häufigkeit, Intensität der Symptome und deren Interpretation	x		x
12.	Durchführung einer Risiken- Ressourcenanalyse beim Kind/der Familie	(x)	(x)	(x)
13.	Analyse der Veränderungen im Verhalten	x		x
14.	Aussage zum pädagogischen Umgang mit dem auffälligen Verhalten	x		x
15.	Bildung von Hypothesen	x	x	x
16.	Falsifikatorisches Vorgehen	x		x
17.	Formulierung eines Endergebnisses mit Formulierung konkreter bzw. notwendiger folgender Schritte	x	x	x

*Auswertung:*

18.	Partizipation der Beteiligten bei der Durchführung und dem Ergebnis	x	x	x
19.	Reflexivität			
20.	Evaluation		x	

x = zutreffend

(x) = teilweise zutreffend oder wenig ausführlich

## Erklärungen zum Analyseraster

- zu 3.:** Hierbei wird die Frage danach gestellt, die Sachaspekte und/der theoretischen Bezüge erklärt werden und somit mit Expertenwissen versehen.
- zu 6.:** Berücksichtigung von Sozialisationsinstanzen geht der Frage nach, ob z.B. diagnostiziert wird, welche Kompetenzen Eltern in entwicklungsförderndem Verhalten haben, welche Art von Erziehung (Erziehungsstil) sie haben, ob eine Beziehungsanalyse stattfindet etc. (vgl. auch Kapitel 4.2).
- zu 9.:** Mit Lebensumstände werden z.B. die häusliche Situation der Wohnung, der Frage nach dem Einkommen, der sozialen Kontakte etc. gestellt.
- zu 10.:** In Frage 10 wird geschaut, ob eigene Deutungsmuster der Familie analysiert oder berücksichtigt werden.
- zu 16.:** Hier ist die Frage, ob falsifikatorisch vorgegangen wurde bzw. andere mögliche Hypothesen benannt und/oder ausgeschlossen wurden.
- zu 19.:** Reflexivität in der Sozialen Arbeit gehört zur Professionalisierungsdebatte und implizit verstehen der eigenen Arbeitsweisen und –vorgänge. Sie eröffnet in der Praxis die Möglichkeit, „faktische Strukturprobleme sozialpädagogischen Handelns zu thematisieren“ (Dewe/Otto 2012, S. 205).
- zu 20.:** Evaluation meint in der Sozialen Arbeit die systematische Überprüfung und Bewertung von Handlungsweisen zur zielgerichteten Überprüfung und Weiterentwicklung.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie Zitate kenntlich gemacht habe.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Verfassers