

Der Zusammenhang einer sozialen Diagnostik und der Professionalisierung der Sozialen Arbeit

Es fehlt an Etablierung der sozialen Diagnostik, damit ein vollumfassendes interdisziplinäres Vorgehen bei der Hilfeplanung von Kindern mit Verhaltensstörungen erzielt werden kann.



Der Zusammenhang einer sozialen Diagnostik und der Professionalisierung der Sozialen Arbeit

Bachelorarbeit von:

Gessica D'Ancicco

Studienbeginn:

Herbstsemester 2017

An der:

FHS St.Gallen

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Studienrichtung Soziale Arbeit

Vollzeit

Begleitet von:

Prof. Dr. Phil. Bettina Grubenmann

Lehre Fachbereich Soziale Arbeit

Dozentin

Für den vorliegenden Text ist ausschliesslich Gessica D'Ancicco verantwortlich.

St.Gallen, 15. März 2020

Abstract

Kurzzusammenfassung

Der Zusammenhang zwischen einer sozialen Diagnostik und der Professionalisierung der Sozialen Arbeit bildet den Gegenstand der vorliegenden Bachelorarbeit.

Anhand einer Literaturrecherche analysiert diese Arbeit die Etablierung der sozialen Diagnostik im interdisziplinären Vorgehen bei der Hilfeplanung von Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden und verknüpft die Thematik mit dem Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit.

Ausgangslage

Es bestand für lange Zeit die Befürchtung, dass eine soziale Diagnostik die Klientele der Sozialen Arbeit stigmatisieren und etikettieren würde. Die Ausarbeitung neuer Modelle sozialpädagogischer und sozialarbeiterischer Diagnostik, die sich eindeutig von einer stigmatisierenden Vorgehensweise distanzieren, ermöglichen dem Diskurs der sozialen Diagnostik eine neue Betrachtungsweise (Pantucek & Röh, 2009, S. 9).

Im interdisziplinären Kontext, bei der Hilfeplanung von Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden ist die Notwendigkeit einer eigenständigen Diagnostik der Sozialen Arbeit besonders erkenntlich (Pantucek & Röh, 2009, S. 9). Gemäss Gahleitner und Pauls (2013, S. 61) müssen für eine vollumfassende Hilfeplanung psychische, physische, soziale und alltagssituative Aspekte miteinbezogen werden. Dabei erfolgt die Analyse und Bearbeitung sozialer sowie alltagssituativer Aspekte durch die Soziale Arbeit.

Die Ausarbeitung einer eigenständigen sozialen Diagnostik hängt allerdings mit dem Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit zusammen (Sommerfeld, 2016, S. 29 - 31). Um die sozialen und alltagssituativen Aspekte im multiprofessionellen Kontext zu vertreten, bedarf es einer autonomen Profession, welche auf einer eigenen wissenschaftlichen Grundlage basiert. Darüber hinaus muss die Soziale Arbeit über Instrumente verfügen, die auf einem vergleichbaren Stand sind, wie die der Medizin und der Psychologie.

Ziel

Durch die Analyse der Etablierung der sozialen Diagnostik im interdisziplinären Vorgehen bei der Hilfeplanung von Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden, wird ein Ansatz veranschaulicht, welcher den Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit fördern könnte. Die vorliegende Arbeit ermöglicht den Professionellen der Sozialen Arbeit, sich sowohl im Diskurs der sozialen Diagnostik in Bezug auf Kinder, die an einer Verhaltensstörung leiden, als auch im Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit fachlich zu positionieren. Die Erkenntnisse dieser Analyse ermöglichen den Fachpersonen der sozialen Arbeit neuen Handlungsraum zu generieren, welcher den Professionalisierungsprozess vorantreiben und die Ausarbeitung einer sozialen Diagnostik begünstigen könnte.

Vorgehen

Das erste Kapitel bildet die Einleitung in die Thematik der vorliegenden Arbeit, wodurch die Inhalte und der Rahmen der Analyse definiert werden.

Die Erläuterung des Prozesses der Diagnostik im zweiten Kapitel greift die Frage auf, welches Verständnis einer vorliegenden Problematik aus einer sozialen Diagnostik resultiert und zeigt somit auf, welche professionsspezifischen Fragen die Soziale Arbeit stellt.

Das dritte und vierte Kapitel zeigen mit der Ausarbeitung der Konsequenzen einer sozialen Diagnostik in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Hilfeplanung von Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden, dass die Perspektive der Sozialen Arbeit und somit das Miteinbeziehen einer sozialen Diagnostik notwendig ist, damit eine vollumfassende Hilfeplanung ermöglicht werden kann.

Das fünfte Kapitel analysiert mit der Thematik des aktuellen Diskurses der Diagnostik in der Sozialen Arbeit die Anforderungen, welche durch eine soziale Diagnostik sowohl an der Sozialen Arbeit als Profession als auch an deren Fachpersonen gestellt werden.

Die Aspekte des Professionalisierungsprozesses der Sozialen Arbeit im sechsten Kapitel generieren die Verbindung zwischen der sozialen Diagnostik und dem Professionalisierungsprozess. Hierdurch können die Fragen beantwortet werden, wie die Soziale Arbeit neben der medizinischen und psychologischen Diagnostik eine eigen-

ständige soziale Diagnostik etablieren kann, welche gleichermassen gewichtet und anerkannt wird.

Das siebte Kapitel bildet das Fazit, welches den Inhalt der Arbeit zusammenfasst und die Weiterführung der Thematik aufzeigt.

Erkenntnisse

Damit eine vollumfassende Hilfeplanung bei Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden, gewährleistet werden kann, müssen Aspekte aus der Medizin, der Psychologie und der Sozialen Arbeit gleichwertig miteinbezogen werden. Nach dem heutigen Stand der Hilfeplanung ist allerdings die adäquate Berücksichtigung aller drei Professionen nicht möglich.

Sowohl die Medizin als auch die Psychologie haben eigenständige Diagnosen, welche professionsübergreifend stark etabliert sind. Die Soziale Arbeit hingegen besitzt noch keine allgemeingültige Diagnose, welche über eine vergleichbare Durchsetzungsmacht verfügt, wie die Diagnosen der anderen beiden Professionen und dies, obwohl die Gewinnbringung einer sozialen Diagnostik im Hilfeprozess von Verhaltensstörungen bei Kindern deutlich begründet werden kann. Darüber hinaus werden die Fachbereiche der Medizin und der Psychologie interdisziplinär als Professionen anerkannt, wobei sich die Soziale Arbeit noch im Prozess der Professionalisierung befindet.

Um den Professionalisierungsprozess zu fördern, muss die Soziale Arbeit zuerst ihren Zuständigkeitsbereich präzisieren und ihren Gegenstand bestimmen. Eine soziale Diagnostik, welche hermeneutische und klassifikatorische Komponenten beinhaltet, ist in der Lage das Technologiedefizit der Sozialen Arbeit zu überwinden und eine wissenschaftliche Basis zu generieren, welche eine gleichwertige Stellung der Sozialen Arbeit mit der Medizin und der Psychologie erzielen würde.

Diese Arbeit kommt zum Schluss, dass sich die Etablierung einer sozialen Diagnostik und der Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit gegenseitig bedingen und beeinflussen. Eine eigenständige soziale Diagnostik stärkt die Profession der Sozialen Arbeit sowohl in ihrer fachlichen Argumentation als auch in ihrer Unabhängigkeit und eine durchsetzungsfähige Profession ermöglicht wiederum die Etablierung einer sozialen Diagnostik im interdisziplinären Kontext bei Kindern mit Verhaltensstörungen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	III
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Fragestellungen	2
1.3 These	2
1.4 Zielsetzung	2
1.5 Vorgehen und Aufbau der Arbeit	2
1.6 Abgrenzungen	3
1.7 Begriffsklärung	4
1.8 Literatur	6
2 Diagnostik	8
2.1 Begriffs- und Auftragsklärung der Diagnostik	8
2.2 Diagnosemanuale als Prädiktorensysteme	8
2.3 Klassifikatorische und dimensionale Prädiktoren	10
2.4 Klassifikationen in Diagnosemanuale	11
2.5 Klassifikationssysteme der Sozialen Arbeit	12
2.5.1 Standardisierte Aktenführung	12
2.5.2 Person-in-Environment-Klassifikation (PIE-Klassifikation)	13
2.5.3 Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostik (PREDI)	13
2.5.4 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	14
2.6 Diagnostik ein Instrument der Medizin und der Psychologie	15
3 Soziale Diagnostik	16
3.1 Auftrag der medizinischen Diagnostik	16
3.2 Auftrag der psychologischen Diagnostik	16
3.3 Auftrag der sozialen Diagnostik	17

Inhaltsverzeichnis	VII
<hr/>	
3.4 Einbezug aller drei Wissenschaften für eine vollumfassende Diagnostik	17
3.5 Aktuelle sozialdiagnostische Verfahren	18
3.5.1 Entscheidungsorientierte und legitimatorische Verfahren	18
3.5.2 Biographisch und rekonstruktive Verfahren	19
3.5.3 Beziehungsanalytische und inszenierende Verfahren	20
4 Verhaltensstörungen bei Kindern	22
4.1 Definition der Begrifflichkeit von Verhaltensstörungen	22
4.2 Gruppierungen und Symptome	23
4.3 Die Ursachen für die Entstehung von Verhaltensstörungen bei Kindern	25
4.4 Interdisziplinäres und mehrdimensionales Denken bezüglich Verhaltensstörungen bei Kindern	26
4.4.1 Die medizinische Diagnostik bei Verhaltensstörungen von Kindern	27
4.4.2 Die psychologische Diagnostik bei Verhaltensstörungen von Kindern	27
4.4.3 Die soziale Diagnostik bei Verhaltensstörungen von Kindern	27
4.5 Das Beispiel ADHS	29
4.6 Theoretische Grundlagen von ADHS	29
4.7 Die Diagnostik von ADHS nach dem DSM-V	30
4.7.1 Symptomatik von Unaufmerksamkeit	30
4.7.2 Symptomatik von Hyperaktivität und Impulsivität	31
4.8 Ursachen und multiprofessionelle Erklärungsansätze von ADHS	32
4.8.1 Biologische und genetische Aspekte	32
4.8.2 Beziehungspsychologische Aspekte	33
4.8.3 Soziale und systemische Aspekte	33
4.9 Folgeprobleme der Verhaltensstörung ADHS	35
4.10 Multimodale Therapie bei ADHS	35
4.11 Die soziale Diagnostik bei der Hilfeplanung von ADHS	36
5 Aktueller Diskurs der Diagnose in der Sozialen Arbeit	38
5.1 Der klassifikatorische Ansatz	38

Inhaltsverzeichnis	VIII
5.2 Der rekonstruktive Ansatz	39
5.3 Die Anforderungen des Interventionsprozesses bestimmen den Ansatz	39
5.4 Chancen und Gefahren der sozialen Diagnostik	41
5.4.1 These 1 – Die Gefährdung des weichen Blickes der Sozialen Arbeit	41
5.4.2 These 2 – Klassifikation als logische Folge von sozialer Diagnostik	42
5.4.3 These 3 – Das Ende der Vielfalt sozialer Wirklichkeit	43
5.4.4 These 4 – Die Gefahr der Etikettierung	43
5.4.5 These 5 – Die zu starke Verdichtung eines Falles	44
5.4.6 These 6 – Die inner- und interprofessionelle Nachvollziehbarkeit	45
5.4.7 Thesen 7 und 8 – Die Etablierung der sozialen Diagnostik im interprofessionellen Kontext	45
5.4.8 These 9 – Prognosen von Fallverläufen und Problemlösungen	46
5.4.9 These 10 – Bereits bestehende Klassifikationen sind von Nutzen	46
5.5 Stigmatisierung und Diskriminierung durch eine Diagnose	46
6 Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit	49
6.1 Unpräzise Zuständigkeit in komplexen Problemsituationen	49
6.1.1 Soziale Probleme als Gegenstand der Sozialen Arbeit	50
6.1.2 Die Soziale Arbeit als Hilfe für hilfsbedürftige Menschen	50
6.1.3 Machtstrukturen und soziale Probleme als Gegenstand der Sozialen Arbeit	51
6.1.4 Die soziale Diagnostik zur Präzisierung des Zuständigkeitsbereichs	52
6.2 Soziale Diagnostik zur Überwindung des strukturellen Technologiedefizits	53
7 Fazit	55
7.1 Beantwortung der Fragestellungen	55
7.2 Erkenntnisse und Interpretation für die Bearbeitung der These	56
7.3 Weiterführung der Thematik	57
8 Literaturverzeichnis	59
9 Abkürzungsverzeichnis	65

Inhaltsverzeichnis	IX
<hr/>	
10 Abbildungsverzeichnis	65
11 Eigenständigkeitserklärung	66
12 Veröffentlichung Bachelorarbeit	66

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Im herausgegebenen Sammelband von Pantucek & Röh (2009, S. 9) wird erklärt, dass der Fachdiskurs der sozialen Diagnose in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum an Aktualität gewonnen hat. Für lange Zeit konnte der Begriff der Diagnostik nicht in Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit gebracht werden. Die Gefahr der Stigmatisierung und Etikettierung gegenüber der Klientel der Sozialen Arbeit schien durch eine Diagnosestellung unvermeidlich zu sein. In den letzten Jahren wurden allerdings einige Modelle sozialpädagogischer und sozialarbeiterischer Diagnostik ausformuliert, welche eine klare Distanz zu stigmatisierenden Zuschreibungen aufweisen. Dies trug unter anderem dazu bei, dass der Diskurs Einzug bei der «Fachcommunity» der Sozialen Arbeit fand.

Besonders in der interdisziplinären Zusammenarbeit bei Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden mit Professionen und Disziplinen, welche eine stark etablierte Diagnostik aufweisen wie zum Beispiel die Medizin oder die Psychologie, wurde in den letzten Jahren die Notwendigkeit einer eigenständigen sozialen Diagnostik deutlich sichtbar (Gahleitner & Pauls, 2013, S. 61).

Heiner (2013, S. 18) spricht hierbei von einer sozialen Diagnostik, welche nach eigenen Zielen, Prinzipien und Verfahren theoretisch begründet.

Gemäss Gahleitner und Pauls (2013, S. 61) braucht es eine soziale Diagnostik, damit ein interprofessionelles und mehrdimensionales Vorgehen erzielt werden kann, welches psychische, physische, soziale und alltagssituative Dimensionen gleichsam miteinbezieht, um ein vollumfassendes Hilfesystem zu ermöglichen. Die sozialen und alltagssituativen Dimensionen sind dabei von der Sozialen Arbeit zu vertreten.

Allerdings steht die Etablierung einer sozialarbeiterischen Dimension im professionsübergreifenden Vorgehen in einem engen Zusammenhang mit dem Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit. Damit die Soziale Arbeit ihre Sichtweisen eigenständig und nach ihrem theoretischen Wissen differenziert vertreten kann, bedarf es einer eigenständigen Profession, die sich Gehör in der Zusammenarbeit mit Professionen verschaffen kann, welche eigene starke Sichtweisen vertreten. Zudem muss

die Soziale Arbeit Interventionen anbieten können, die ihrer Zuständigkeit entsprechen und ihr ebenfalls zugeschrieben werden (Sommerfeld, 2016, S. 29 - 31).

1.2 Fragestellungen

Aufgrund der geschilderten Ausgangslage bilden sich die folgenden Fragestellungen, welche in dieser Arbeit bearbeitet werden.

- a. Welches Verständnis einer vorliegenden Problematik resultiert aus einer sozialen Diagnose?
- b. Welche Konsequenzen ergeben sich durch die Ausarbeitung einer sozialen Diagnostik in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Hilfeplanung von Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden?
- c. Wie kann die Soziale Arbeit neben der medizinischen und psychologischen Diagnostik eine eigenständige soziale Diagnostik etablieren, welche genauso gewichtet und anerkannt wird, wie die der anderen Professionen?

1.3 These

Mit der Beantwortung der Fragestellungen dieser Arbeit soll die folgende These bestätigt oder widerlegt werden.

Es fehlt an Etablierung der sozialen Diagnostik, damit ein vollumfassendes interdisziplinäres Vorgehen bei der Hilfeplanung von Kindern mit Verhaltensstörungen erzielt werden kann.

1.4 Zielsetzung

Mit der Auseinandersetzung der These und der Beantwortung der Fragestellungen soll ein Ansatz veranschaulicht werden, welcher den Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit vorantreiben kann. Die soziale Diagnostik wird als eine Möglichkeit erachtet, welche die Soziale Arbeit im interdisziplinären Kontext zu stärken vermag. Für die Professionellen der Sozialen Arbeit soll die vorliegende Thematik als Denkanstoss dienen, um sich im Fachdiskurs sowohl des Professionalisierungsprozesses als auch der sozialen Diagnostik positionieren zu können.

1.5 Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Das erste Kapitel wird die Einführung in die Thematik bilden, es definiert die Rahmenbedingungen, die Fragestellungen sowie die Zielsetzung dieser Arbeit. Das zwei-

te Kapitel wird auf die Begrifflichkeit, den Prozess sowie den Inhalt einer Diagnostik im Allgemeinen eingehen. Das dritte Kapitel wird die erste Fragestellung aufgreifen und die soziale Diagnostik erläutern. Anschliessend werden im vierten Kapitel Verhaltensstörungen thematisiert, damit auf die zweite Frage dieser Arbeit eingegangen werden kann. Das Beispiel der Verhaltensstörung Aufmerksamkeitsdefizit - Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird der Verdeutlichung dienen, welche Fragestellungen, Erklärungsansätze und Handlungsmöglichkeiten bei einem konkreten Störungsbild aus der Sozialen Arbeit entstehen. Das fünfte Kapitel wird den aktuellen Diskurs bezüglich der Diagnose in der Sozialen Arbeit veranschaulichen und benennt dazu die Chancen und Gefahren, welche eine eigenständige Diagnostik der Sozialen Arbeit mit sich bringen könnte. Das sechste Kapitel wird sich mit der dritten Fragestellung befassen und erläutert dazu den Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit, wodurch der Zusammenhang zwischen der sozialen Diagnostik und dem Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit benannt werden kann. Das siebte und letzte Kapitel ist das Fazit. Es wird erneut auf die Beantwortung der Fragestellungen eingegangen und die These dieser Arbeit wird explizit aufgegriffen. Die Themen zur Weiterführung der Thematik bilden den Schluss dieser Arbeit.

1.6 Abgrenzungen

Die Soziale Arbeit weist ein breites Feld ihrer Tätigkeiten auf. Aus diesem Grund wird in der folgenden Arbeit explizit auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachpersonen bei der Hilfeplanung von Kindern mit Verhaltensstörungen eingegangen. Ob die soziale Diagnostik ebenfalls für andere Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit gewinnbringend sein kann und wie diese aussehen sollte, wird in dieser Arbeit nicht erörtert. Das Störungsbild ADHS wird als Beispiel dienen, um die Gewinnbringung einer professionsübergreifenden Vorgehensweise bei der Hilfeplanung von Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden, zu veranschaulichen. Des Weiteren wird aufgezeigt, welche Bedingungen die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl an der Sozialen Arbeit als Profession als auch an deren Fachpersonen stellt. In dieser Arbeit werden sowohl Theorien als auch aktuelle Diskurse der Sozialen Arbeit erwähnt, welche einen massgebenden Einfluss auf die vorliegende Thematik ausüben und zum Verständnis der Kernaussagen dieser Arbeit genannt werden müssen. Auf die vertiefte Ausformulierung dieser Theorien und Diskurse wird aufgrund der Über-

schaubarkeit der vorliegenden Arbeit verzichtet. Weitere Informationen können allerdings aus dessen Quellenangaben entnommen werden.

1.7 Begriffsklärung

In diesem Kapitel werden Begrifflichkeiten erklärt, welche als Voraussetzung zum Verständnis dieser Arbeit gelten. Die Theorien und Ansätze werden jeweils in einer Kurzfassung erläutert, damit die Abgrenzung der Thematik dieser Arbeit zu anderen umfangreichen Theorien und Ansätzen gelingt.

Integrativer Ansatz

Der integrative Ansatz, welcher im Kapitel 5.3 genannt wird, orientiert sich an der ganzheitlichen und differentiellen Psychotherapie, die auf dem «neuen Integrationsparadigma» basiert. Das Konzept des integrativen Ansatzes ist die «Transversalität» und somit die ständige Überschreitung von Wissensständen. Es handelt sich um eine Durchquerung von relevanten Wissens- und Erfahrungsfeldern, wobei sich das Verfahren in einer permanenten Entwicklung befindet (SGIT, 2010).

Interaktionistische Theorie

Die interaktionistische Theorie geht davon aus, dass sowohl das Subjekt als auch dessen Umwelt einen Einfluss auf die Entwicklung eines Individuums haben (Montada, 2002, S. 6) Diese Theorie wird in den Kapiteln 4 und 5 im Zusammenhang mit der Hilfeplanung von Kindern, welche an Verhaltensstörungen leiden, genannt.

Systemtheoretisches Paradigma nach Niklas Luhmann

Das systemtheoretische Paradigma von Niklas Luhmann, welcher im Kapitel 4.4.3 genannt wird, stellt eine begrifflich eigenständige Gesamtheorie für das Soziale dar, welche entscheidende Impulse dafür liefert, wie sich Psyche, Körper und soziale Systeme in Bezug aufeinander denken lassen. Bei diesem Ansatz stellen Beziehungen das zentrale Axiom dar. Probleme werden als Beziehungsprobleme betrachtet und nicht als individuelle (Ritscher, 2007, S. 31 - 35).

Hermeneutische Interpretationstechnik

Die hermeneutische Interpretationstechnik rekonstruiert Sinnstrukturen und soziale Wirklichkeiten anhand textlicher Protokolle. Der Text bildet somit den Gegenstand einer wissenschaftlich empirisch-hermeneutischen Wirklichkeits- und Sinnrekonstruktion (Wernet, 2009, S. 9 - 10). Die hermeneutische Interpretationstechnik sowie die

empirisch-hermeneutische Wirklichkeits- und Sinnrekonstruktion werden im Kapitel 3.5.2, Kapitel 5 und Kapitel 6.2 genannt.

«Soziale Deprivation»

Soziale Deprivation wird im Kapitel 3.3 genannt und bedeutet so viel wie soziale Isolation. Es handelt sich hierbei um den Mangel oder das Fernbleiben von sozialen Kontakten und Beziehungen. Die negativen Folgen beziehen sich auf das Wohlempfinden, die Leistungsfähigkeit sowie die Persönlichkeitsentwicklung einer Person («Soziale Deprivation», o.D.).

ICF Core-Sets

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets, welche im Kapitel 2.5.4 erwähnt werden, dienen sowohl der Forschung als auch der klinischen Praxis zur Anwendung des ICF. Es ist eine Vereinfachung der ausführlichen und systemischen Beschreibung der Funktionsfähigkeit und der Anwendung des ICF. Ein solches Core-Set fasst eine Liste von ICF-Kategorien zusammen, die für den überwiegenden Teil von Personen relevant sind, welche an einer konkreten Gesundheitsstörung leiden. Es geht darum, mit möglichst wenigen Kategorien alle massgebenden Faktoren der Funktionsfähigkeit von Personen zu beschreiben, die an einer expliziten Gesundheitsstörung leiden (BAR, o.D.).

Definition Macht nach Silvia Staub-Bernasconi

Damit die Aussagen sowohl im Kapitel 5.4.1 als auch im Kapitel 6.1.1 nachvollzogen werden können, wird das Verständnis von Macht nach Silvia Staub-Bernasconi erläutert. Staub-Bernasconi unterscheidet den Begriff Macht in zwei Formen. Zum einen die Behinderungsmacht, welche ungerechte gewaltförmige Herrschaftsstrukturen widerspiegelt, und zum anderen die Begrenzungsmacht, welche dessen Gegenmacht darstellt. Es gibt verschiedene Quellen der Begrenzungsmacht, darunter zählen die ökonomische, kulturelle, Körper-, Artikulations-, Definitions- und Positionsmacht sowie das soziale Kapital. Die Soziale Arbeit ist zudem als Menschenrechtsprofession ohne theoretische Reflektion und einem kritisch professionellen Umgang mit dem Begriff Macht nicht denkbar (Stövesand, 2015, S. 37).

Evidence-based-Practice

Der Diskurs bezüglich der evidence-based-Practice wird im Kapitel 5.4.3 erwähnt. Die evidence-based-Practice ist eine Praxis, welche sich auf mathematische und wissenschaftliche Evidenz stützt. Sie beinhaltet zwei Forderungen. Die Erste verlangt, dass medizinische Entscheide explizit auf den besten wissenschaftlichen Informationen basieren. Die Zweite fordert, dass jeder Entscheid begründet werden muss (Bundesamt für Gesundheit, o. D.).

1.8 Literatur

Im Diskurs der Diagnostik in der Sozialen Arbeit gehen die Meinungen unterschiedlicher Akteure noch immer sehr auseinander. Aus diesem Grund stützt sich die Literaturrecherche dieser Arbeit einerseits auf Werke, welche die unterschiedlichen Perspektiven der sozialen Diagnostik gleichsam thematisieren und sowohl die Chancen als auch die Gefahren der Ausarbeitung einer Sozialen Diagnostik bei Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden kritisch hinterfragen. Andererseits werden Werke verwendet, welche nicht die soziale Diagnostik ins Zentrum stellen, um sowohl die Thematik der Professionalisierung der Sozialen Arbeit als auch das Thema Verhaltensstörungen unabhängig von der gestellten These dieser Arbeit zu betrachten.

Das Sammelband von Pantucek & Röh (2009), *Soziale Arbeit – Social Issues*, befasst sich besonders mit den Vorteilen und Nachteilen der Sozialen Diagnostik und ermöglicht durch Beiträge verschiedener Akteure ein Verständnis, bezüglich des aktuellen Diskurses der Diagnostik in der Sozialen Arbeit.

Besonders nennenswert ist ebenfalls der Beitrag von Heiner (2013), im Sammelband von Gahleitner, , Han & Glemser, *Klinische Sozialarbeit Band 5. Psychosoziale Diagnostik*, welcher die rekonstruktiven und klassifikatorischen Ansätze nicht getrennt voneinander betrachtet.

Das Buch von Myschker & Stein (2014), *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen – Ursachen – Hilfreiche Massnahmen*, befasst sich mit Verhaltensstörungen bei Kindern. Ohne auf die Frage der sozialen Diagnostik einzugehen, zeigt das Werk auf, dass die interaktionistische Perspektive der Sozialen Arbeit in der Hilfeplanung notwendig ist, für eine vollumfassende Analyse der Ursachen, die zur Entstehung einer Verhaltensstörung eines Kindes führen können.

Das Werk von Freund & Stotz (2015), *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch*, thematisiert den Prozess der Professionalisierung der Sozialen Arbeit unabhängig von der Frage nach der Notwendigkeit einer sozialen Diagnostik. Die Voraussetzungen des Professionalisierungsprozesses der Sozialen Arbeit zeigen die gegenseitige Bedingtheit der sozialarbeiterischen Diagnostik und dem Prozess der Professionalisierung der Sozialen Arbeit auf.

2 Diagnostik

Damit ein Verständnis des Prozesses einer Diagnostik erzielt werden kann, wird in diesem Kapitel zum einen die Begrifflichkeit und zum anderen das Vorgehen sowie der Inhalt einer Diagnostik erörtert.

2.1 Begriffs- und Auftragsklärung der Diagnostik

Im Wörterbuch Duden werden die Begriffe «Diagnostik» und «Diagnose» folgendermassen beschrieben:

Die «Diagnostik» sei die «Lehre und Kunst, die das Stellen von Diagnosen zum Gegenstand hat» («Diagnostik», 2019, Bedeutung). Der «Diagnose» werden zwei Bedeutungen zugeschrieben. Die Erste definiert das Wort als «Feststellung, Bestimmung einer körperlichen oder psychischen Krankheit (durch den Arzt)». Des Weiteren sei es ein Instrument der Psychologie und der Medizin («Diagnose», 2019, Bedeutung 1). Die zweite Bedeutung definiert den Begriff als «zusammenfassende Beurteilung aller Wetterbeobachtungen, aus denen sich die Wettervorhersage ergibt» («Diagnose», 2019, Bedeutung 2).

Der Professor für Sozialpädagogik Prof. Dr. Mark Schrödter (2009, S. 61) beschreibt die Diagnostik als ein Prozess, bei dem die Diagnose das Resultat ist. Die Beschreibung von Schrödter stimmt somit mit der Bedeutung des Wörterbuches überein, denn die Diagnose ist demnach eine Bestimmung oder Feststellung. Sie kann entweder zutreffen oder nicht.

Das folgende Kapitel erläutert den Prozess der Diagnostik und zeigt auf, wie eine Diagnose mit Hilfe eines Klassifikationssystems bei Kindern mit Verhaltensstörungen zu Stande kommt.

2.2 Diagnosemanuale als Prädiktorensysteme

Um den Prozess der Diagnostik präzise zu veranschaulichen, muss zuerst verstanden werden, wie Klassifikationssysteme funktionieren. Das *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-V)*, das *International Classification of Diseases (ICD-10)* und das *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* sind die internationale Diagnosemanuale für psychische Störungen, welche auf einer Klassifikation basieren.

Laut Brack (2002, S. 7) dienen Klassifikationssysteme der deskriptiven Einordnung. Sie sind lediglich in der Art und Weise der Deskription theoriegeleitet. Die Einordnung ermöglicht noch keine Erkenntnisse bezüglich der Ursachen vorliegender Merkmale oder Erscheinungen.

Gemäss Schrödter (2009, S. 59 - 61) dienen Diagnosenamen der Diagnosemanualen den Professionellen aus der Medizin, Psychologie und der Sozialen Arbeit der Zuordnung von Fällen. Somit werden Fälle der Sozialen Arbeit den medizinischen und psychologischen Diagnosenamen subsumiert. Der Vorgang einer Zuordnung eines Gegenstandes zu einem Wort nennt sich Prädikation. Es wird somit dem Gegenstand x ein Prädikator y zugeschrieben. Die Sprachanalyse der analytischen Philosophie bringt diesen Vorgang zu einer Formel: «X ist ein p». Dabei geht es um die Formalisierung von Sätzen. Zum Beispiel «Dies ist ein Haus» oder «Fritz ist fleissig» oder «Fritz schläft». Die Begriffe «Haus», «fleissig» und «schläft» sind in den Beispielen Prädikatoren. Mit diesem Vorgehen wird einem Gegenstand durch einen Prädikator eine Eigenschaft zugeteilt. Durch die Umformulierung wird die Zuschreibung des Prädikators sichtbar. «Fritz schläft» bedeutet somit «Fritz ist ein Schlafender». Schrödter nennt hierzu ein komplizierteres Beispiel: «Fritz mag es, kontroverse Diskussionen über den Sinn der Diagnostik in der Sozialen Arbeit zu führen». Die Umformulierung ergibt dann folgendes: «Fritz ist ein kontroverse Diskussionen über den Sinn von Diagnostik in der Sozialen Arbeit führen Mögender». Der Prädikator in diesem Satz besteht aus den unterschiedlichen Wörtern «ist ein kontroverse Diskussionen über den Sinn von Diagnostik in der Sozialen Arbeit führen Mögender». Daraus lässt sich verstehen, dass ein Prädikator kein Satzteil, sondern eine Wortart ist, welche aus unterschiedlichen einzelnen Wörtern bestehen kann. Die Diagnosenamen der Klassifikationssysteme sind somit Prädikatoren, welche eindeutig zugewiesen wurden.

Schrödter macht in diesem Zusammenhang auf die Nutzung der Prädikatoren im alltäglichen Sprachgebrauch aufmerksam und erläutert damit dessen Notwendigkeit. Im Alltag werden zum Beispiel Sätze verwendet wie: «Ich denke, ich gehe jetzt». Es ist selbstverständlich, dass die anderen Personen wissen, dass es bedeutet: «Ich habe die Absicht diesen Ort zu verlassen» und nicht: «Ich habe gerade den Gedanken, mich gehend fortzubewegen». Allerdings führt genau die besagte Selbstverständlichkeit im Alltag auch zu Missverständnissen. Aus diesem Grund müssen die Prädikato-

ren der Wissenschaft normiert sein. Wenn ein Prädikator in der Wissenschaft normiert ist, wird von einem Terminus gesprochen. Es wird also eine Normierung vorgenommen, damit durch den Prädikator eine Unterscheidung angegeben werden kann. So entsteht eine Unterscheidung zwischen der natürlichen Sprache und einer Terminologie. Die Prädikatoren einer natürlichen Sprache bilden somit ihre Bedeutung im Kontext der Rede und die Prädikatoren der Terminologie sind Elemente der wissenschaftlichen Sprache, für die immer dieselbe Verwendung vorgesehen wird.

Schrödter erläutert, dass die Diagnose, welche das Resultat des Prozesses der Diagnostik repräsentiert, demnach eine Aussage ist. Die Aussage spricht einem Gegenstand entweder einen Prädikator zu oder eben nicht. Aus diesem Grund trifft entweder eine Diagnose zu oder nicht, sie kann somit nur richtig oder falsch sein. Aussagen werden zu diagnostischen Aussagen, wenn sie einen konkreten Fall zu einer Diagnosekategorie subsumieren.

2.3 Klassifikatorische und dimensionale Prädikatoren

Gemäss Schrödter (2009, S. 61 - 62) grenzen klassifikatorische Prädikatoren entweder eine Teilklasse von Gegenständen oder eine besondere Art aus einer Gattung aus. Als Beispiel nennt Schrödter den Sachbereich der Windstärken. Die unterschiedlichen Windstärken werden in zwölf Klassen nach klar definierten Werten eingestuft. Die Einstufung erfolgt zwischen Windstille und sehr starkem Sturm. Prädikatorenregeln bestimmen den Terminus der jeweiligen Windstärke, welche somit eine ganz klare Abstufung definieren. Würde allerdings dieses Beispiel auf dimensionalen Prädikatoren basieren, könnten die Windstärken in Stundenkilometern bemessen und anschliessend in einer metrischen Skala visualisiert werden.

Wenn nun die klassifikatorischen Prädikatoren gemäss Schrödter in der Biologie betrachtet werden, ergibt die Gliederung in den Bereichen der Gattung und Art durchaus Sinn. Hierzu wird von Schrödter das Beispiel eines Dobermanns genannt. Sobald von einem Dobermann gesprochen wird, ist es für die meisten Menschen klar, dass die Rede von einem Hund ist. Des Weiteren wissen die meisten Personen, dass Hunde Säugetiere sind und somit alle Merkmale, die auf Säugetiere und Hunde zutreffen, ebenfalls für den Dobermann gelten. Bei der Gliederung nach Gattung und Art werden die wesentlichen Merkmale der Objekte ausgewiesen. Wesentliche Merkmale ergeben sich also durch die Zuschreibung. Wenn einem Objekt das

Merkmal P zugeschrieben wird, muss dem folglich auch das Merkmal Q angewendet werden. Diese Zuschreibungen müssen aufgrund der Logik oder den empirischen Tatsachen nachvollziehbar sein.

2.4 Klassifikationen in Diagnosemanualen

Schrödter (2009, S. 62 - 63) erläutert weiter, dass in Diagnosemanualen für psychische Störungen hierarchisch und kategorial nach Gattung und Art gegliedert wird. Hierbei soll allerdings das Kriterium der Klassifikation unklar sein.

Zum Beispiel das Diagnosemanual ICD-10 fasst in der Kategorie F90 - F98 «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend» zusammen. Anschliessend werden in den Unterteilungen F90 - F98 die verschiedenen Diagnosenamen aufgelistet und jeweils spezifischer thematisiert, wie sie sich äussern und was für Kriterien erfüllt sein müssen, damit eine Verhaltens- oder emotionale Störung diagnostiziert werden kann. Die Unterteilungen der verschiedenen Diagnosenamen sind allerdings nicht der übergeordneten Kategorie «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend» zugeordnet, weil sie alle derselben Gattung angehören. Hierzu die Beispiele F93.- «Emotionale Störungen des Kindesalters» und F95.- «Ticstörungen» (DIMDI Medizinwissen, 2019a).

Bei der Unterteilung F93.- «Emotionale Störungen des Kindesalters» werden weitere verschiedene emotionale Störungen aufgelistet, welche in der Kindheit beginnen. Es geht von F93.0 - F93.9. Hierzu das Beispiel F93.2 «Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters». Diese Störung äussert sich, indem ein Misstrauen gegenüber fremden Personen besteht und soziale Besorgnis oder Angst in fremden oder neuen sowie sozial bedrohlichen Situationen entsteht. Die Merkmale dieser Störung müssen in der frühen Kindheit erscheinen, aussergewöhnlich stark auftreten und klare Probleme in der sozialen Funktionsfähigkeit aufweisen, damit sie in diese Kategorie zugeordnet werden können (DIMDI Medizinwissen, 2019a).

Die Unterteilung F95.- «Ticstörungen» wird ebenfalls weiter zwischen F95.0 - F95.9 aufgeteilt. Dazu das Beispiel F95.0 «Vorübergehende Ticstörung». Die Kriterien einer Ticstörung müssen eingehalten werden, allerdings treten die Tics nicht länger als 12 Monate auf. Die Merkmale von einem Tic werden als unwillkürliche, rasche, wiederholte und nichtrhythmische Bewegungen definiert. Zur Unterteilung F95.0 gehö-

ren vermehrt Tics wie Blinzeln, Grimassen oder Kopfschütteln (DIMDI Medizinwissen, 2019a).

Die beiden Beispiele zeigen auf, dass die benötigten Eigenschaften zur Klassifikation nicht präzise definiert werden. Zudem stützen sich die beiden Beispiele nicht auf dieselben erzeugenden Mechanismen, die sie einer Gattung subsumieren. In diesem Fall wäre es die ihnen Übergeordnete Kategorie F90 - F98 «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend» (Schrödter, 2009, S. 63).

Die Störungen können allerdings einer gemeinsamen Grundthematik zugeordnet werden. Die empirischen Beobachtungen bezüglich der Regelmässigkeiten in den Störungsbildern werden möglichst so zusammengefasst, dass die unterschiedlichen Kategorien sich gegenseitig ausschliessen können. Das heisst, die beiden genannten Beispiele werden nicht von den gleichen Mechanismen erzeugt, welche es rechtfertigen würden, dass beide Unterteilungen einer Gattung unterliegen. Demzufolge entspringt die Erkenntnis, dass Kategorien einer Art homogener erscheinen können, als sie eigentlich sind. Die Kriterien einer Diagnose können je nach gestellten Anforderungen, um eine Kategorisierung vorzunehmen, sehr stark variieren (Schrödter, 2009, S. 63).

Ebenfalls im DSM-V ist ersichtlich, dass Kategorien einer Art teilweise homogener erfasst werden als sie tatsächlich sind. Ein Beispiel hierfür bildet die Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Hierbei müssen sechs von neu Kriterien erfüllt werden, damit eine Diagnose gestellt werden kann. Bei diesem Beispiel wird dem Auftreten der Symptome zusätzlich ein minimaler zeitlicher Rahmen gegeben, welcher für eine Diagnose überschritten werden muss. (Neuhaus, 2016, S. 32 - 35). Nichtsdestotrotz kann ADHS viele verschiedene Gestalten annehmen, welche möglicherweise untereinander stark variieren (Schrödter, 2009, S. 63).

2.5 Klassifikationssysteme der Sozialen Arbeit

In der Sozialen Arbeit gibt es ebenfalls Klassifikationssysteme, welche bereits in der Praxis angewendet werden. Der Wissenschaftler aus der Sozialen Arbeit Dieter Röh (2009, S. 81 - 83) nennt hierzu vier bestehende Systeme als Beispiele.

2.5.1 Standardisierte Aktenführung

Der Klassifikationsvorschlag der standardisierten Aktenführung stammt von Brack (2002, zitiert nach Röh, 2009, S. 81 - 82). Brack orientiert sich hierbei an die Sys-

temtheorie, wobei soziale Probleme auf einer Bedürfnistheorie basieren, welche die Probleme in der Ausstattung, dem Austausch und der Macht sowie der darin bestehenden Werte und Normen sieht. Brack geht in drei Phasen vor. In der ersten Phase des Vorschlags wird eine Situationsanalyse gemacht, wobei das Klientinnen- und Klientensystem betrachtet wird und die Stammdaten erfasst werden. Die zweite Phase bildet ein Handlungsplan, welcher gleichsam eine Zielbestimmung und eine Kontaktierung der Klientele enthält. Die dritte Phase stellt die ständige Dokumentation dar, welche am Schluss mit einer Fallabschluss-Dokumentation vervollständigt wird.

2.5.2 Person-in-Environment-Klassifikation (PIE-Klassifikation)

Dieser Klassifikationsvorschlag basiert auf der Ausgangslage, dass der Gegenstand der Sozialen Arbeit die transaktionale Sicht auf das Individuum in dessen Umweltverhältnissen ist. Nach diesem theoretischen Ansatz entstehen Probleme im sogenannten «Niemandland», als eine Störung des Austauschverhältnisses zwischen dem Individuum und dessen Umwelt. Die PIE-Klassifikation wird in vier Faktoren unterteilt, wobei nur die ersten beiden Faktoren dem Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit zugeschrieben werden. Der erste Faktor bestimmt die Probleme des Individuums als Rollenprobleme. Der zweite Faktor definiert die Probleme in der Umwelt als Ressourcenprobleme. Die Faktoren drei und vier basieren hingegen auf den Diagnosemanualen DSM und ICD. Durch diese Kombination wird der PIE-Klassifikation eine Doppelfunktion zugeschrieben. Sie stellt somit eine Diagnose durch die systematische Abfragung von Mustern und eine weitere Diagnose durch eine Art Taxonomie, welche die beiden Diagnosen zusammenbringt und dem ganzen Vorgang eine Struktur gibt (Röh, 2009, S. 82). Dieser Ablauf verlangt somit eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Sozialen Arbeit, der Medizin und der Psychologie. Des Weiteren erfüllt die PIE-Klassifikation sowohl Anforderungen des rekonstruktiven als auch des klassifikatorischen Ansatzes. Die beiden Ansätze werden in den Kapiteln 5.1 und 5.2 spezifischer erläutert.

2.5.3 Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostik (PREDI)

Das PREDI ist ein Modell aus der Psychologie, welches ebenfalls Thematiken der Sozialen Arbeit abdeckt. Dieses Modell beinhaltet eine Problem- und Ressourcenperspektive, es fragt nach der Veränderungsmotivation der Klientin oder des Klienten und es bezieht die Lebenssituation der betroffenen Person mit ein. Unter der Lebenssituation werden folgende Punkte als Beispiele genannt: «Alltagssituation,

Wohnsituation, finanzielle Situation, rechtliche Situation, Arbeits- und Ausbildungssituation, körperliche Situation, psychische Situation, Beziehungssituation, soziokulturelle Situation» (Röh, 2009, S. 82 - 83). Bei diesem Modell besteht ebenfalls die Möglichkeit zur interdisziplinären Verwendung und somit zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit.

2.5.4 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Das ICF wurde im Jahr 2011 zum ersten Mal von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht. Es ist ein Klassifikationssystem, welches eine bio-psycho-soziale Diagnostik internationaler Gültigkeit ermöglichen soll. Es stammt zwar nicht aus der Sozialen Arbeit, allerdings bezieht es viele Aspekte mit ein, die der Sozialen Arbeit zugeschrieben werden. Das ICF betrachtet sowohl biologische, psychische als auch soziale Aspekte, wodurch eine ganzheitliche Sichtweise bezüglich der Entstehung einer Behinderung oder der Heranbildung dessen ermöglicht wird, was behindernd wirkt. Dieses Klassifikationssystem geht von einer Gesundheitsstörung aus und bezieht ebenfalls personelle als auch umweltbedingte Faktoren mit ein (ICF Research Branch, 2017). Die Besonderheit hierbei liegt darin, dass nicht von einer bestehenden und vollendeten Behinderung ausgegangen wird, sondern von einem behindernden Prozess, welcher nicht abgeschlossen ist. Die Rede ist von einem Prozess, der das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung hinterfragt und sowohl multidimensionales als auch interdisziplinäres Denken ermöglicht. Die Fokussierung auf den Prozess deckt zwei wichtige Punkte ab. Erstens wird eine Analyse und somit die Aussicht zur Behebung der personellen und umweltbedingten behindernden Faktoren ermöglicht. Zweitens wird die betroffene Person nicht diskriminiert, indem sie einer abgeschlossenen definierten Diagnose einer Behinderung zugeordnet wird (Röh, 2009, S. 82 - 83). Für Kinder und Jugendliche gibt es die Spezialausgabe International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth Version (ICF-CY), welche die Besonderheiten der Entwicklung und ihre Funktionen berücksichtigt. In dieser speziellen Ausgabe wird ausdrücklich auf die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen eingegangen (DIMDI Medizinwissen, 2019b). Die Version ICF-CY geht auf über 1600 Aspekte und Kategorien in den fünf unterschiedlichen Bereichen ein: «(1) Körperfunktionen, (2) Körperstrukturen, (3) Aktivitäten (Durchführung von Aufgaben oder Aktionen einer Einzelperson), (4) Partizipation (Beteiligung an einer Lebenssituation) und (5) Umweltfaktoren (physische,

soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in denen Menschen leben)» (physioscience, 2017). Das ICF-CY befindet sich zudem in der Bearbeitung eines ICF Core-Sets für ADHS (Keller, 2018, S. 48; ICF Research Branch, 2017).

2.6 Diagnostik ein Instrument der Medizin und der Psychologie

Durch die Entwicklung der verschiedenen Klassifikationssysteme wird ersichtlich, dass es ebenfalls Aspekte der Sozialen Arbeit gibt, welche für den Prozess der Diagnostik von Bedeutung sein können. Obwohl die Definitionen der Diagnostik und der Diagnose noch immer alleine den Professionen der Medizin und der Psychologie zugeschrieben werden, sollen die nachfolgenden Kapitel aufzeigen, welche Gewinnbringung erzielt werden kann, wenn die Profession der Sozialen Arbeit ebenfalls im diagnostischen Prozess integriert wird, besonders bei der Hilfeplanung von Kindern mit Verhaltensstörungen.

3 Soziale Diagnostik

Um die erste Fragestellung dieser Arbeit zu beantworten und somit das Handlungsfeld und die Intention der Sozialen Diagnostik zu verstehen sowie in einen grösseren Kontext zu setzen, müssen ebenfalls die Aufgabenbereiche der psychologischen und der medizinischen Diagnostik betrachtet werden. Das folgende Kapitel soll eine Interpretation des aktuellen Standes der sozialen Diagnostik ermöglichen und darüber hinaus die Schnittstellen zwischen der sozialen, der psychologischen und der medizinischen Diagnostik aufzeigen.

3.1 Auftrag der medizinischen Diagnostik

Die medizinische Diagnostik macht basierend auf Symptomen eine Schätzung des Gesundheitszustandes einer Person. Sie zielt in erster Linie darauf ab, eine Krankheit zu erkennen, zu definieren und dessen Ursachen sowie Behandlungsmöglichkeiten zu ermitteln. Der Fokus liegt somit beim Individuum. Die Person ist eine Trägerin oder ein Träger eines bestimmten Verhaltens oder eines Symptoms. Das bestimmte Verhalten kann sich auf die Gesundheit oder auch auf die Lern- und Leistungsbereiche einer Person beziehen. Der medizinischen Diagnostik liegt demnach ein statisch-mechanisches Menschenbild zugrunde, welches den Menschen als ein Objekt sieht, das sich durch Störungen auszeichnet, welche entweder durch die Genesung oder der Linderung der Symptomatik beseitigt werden können. Die Wechselbeziehung zwischen Mensch und Umwelt ist in diesem diagnostischen Verständnis sekundär anzuordnen (Eckerth, 2013, S. 23).

3.2 Auftrag der psychologischen Diagnostik

Bei der psychologischen Diagnostik liegt der Fokus auf dem psychischen Zustand einer Person, dessen Ursachen und Bedingungen (Eckerth, 2013, S. 24). Es wird somit in erster Linie der Frage nachgegangen, auf welche Weise das Beobachtbare sowie das in Diagnoseschlüsseln operationalisierte Verhalten ein Anzeichen der Psychopathologie ist. Die psychologische Diagnostik analysiert des Weiteren die psychischen Mechanismen, welche ein Verhalten reproduzieren (Schrödter, 2009, S. 65).

Schrödter geht weiter auf den Begriff der Psychopathologie ein, denn er schreibt dieser wissenschaftlichen Disziplin einen objektiven und einen evaluativen Bestandteil

zu. Der objektive Teil spricht von einer Störung des psychischen Apparats. Mit anderen Worten eine biologische, evaluationstheoretisch begründete Dysfunktion. Diese Dysfunktion kann durchaus auch aufgrund sozialer Auslöser entstanden sein. Hierbei ist es ausschlaggebend, dass die Dysfunktion nicht lediglich als eine Reaktion auf die sozialen Auslöser gesehen wird, sie kann nämlich durch biochemische und psychische Mechanismen aufrechterhalten werden und dies auch, wenn die sozialen Auslöser entfallen. Der evaluative Teil geht von einem Zustand des Leidens der betroffenen Person aus und ist kulturspezifisch (Schrödter, 2009, S. 65).

3.3 Auftrag der sozialen Diagnostik

Gemäss Salomon (1926 / 2004, S. 260, zitiert nach Gahleitner, Hahn & Glemser, 2013, S. 7) stellt die soziale Diagnose eine Diagnose dar, «die alle Seiten des menschlichen Lebens, die Anlage und Entwicklung, Milieu und Schicksal in das rechte Licht setzen und zu einem Gesamtbild vereinigen soll, das für die Hilfeleistung den Ausgangspunkt abgibt und das Ziel bestimmt».

Schrödter (2009, S. 65) erläutert hierzu, dass die soziale Diagnostik in erster Linie die Frage stellt, auf welche Weise das Verhalten eines Individuums ein Anzeichen von ungerechten sozialen Bedingungen ist. Des Weiteren befasst sie sich mit den sozialen Mechanismen, die soziale Ungerechtigkeit reproduzieren und anschliessend zur «sozialen Deprivation» führen können.

3.4 Einbezug aller drei Wissenschaften für eine vollumfassende Diagnostik

Durch die Unterscheidung der medizinischen, psychologischen und sozialen Diagnostik wird ersichtlich, dass den Prozessen verschiedene Wissenschaften zugrunde liegen. Die drei Professionen besitzen einerseits unterschiedliche Aufträge und andererseits befassen sie sich mit ihren professionsbezogenen Fragestellungen und Mechanismen, welche starke Auswirkungen auf die Herangehensweise und die Hilfeplanung selbst ausüben.

Gahleitner & Pauls (2013, S. 61) betont hierzu einerseits die Notwendigkeit des interdisziplinären sowie des mehrdimensionalen Denkens und andererseits die erforderlichen Abgrenzungssignale zwischen den drei genannten Professionen. Es bedarf aller Theorien und Sichtweisen für eine vollumfassende Hilfeplanung. Deswegen ist es von Bedeutung, dass sich die Soziale Arbeit im diagnostischen Bereich stärker etabliert und ihr Handlungsfeld in Abgrenzung zu den anderen Fachbereichen klar

definiert, damit sie nicht von den beiden Professionen untergraben wird, welche das Feld der Diagnostik dominieren.

Die Notwendigkeit des interdisziplinären sowie des mehrdimensionalen Denkens wird im Verlauf der Arbeit weiter analysiert. Um allerdings ein konkreteres Bild der sozialen Diagnostik zu erlangen, werden zuerst drei aktuelle Verfahren erläutert, welche aufzeigen können, dass die Soziale Arbeit sich ebenfalls an elementare Theorien und Methodentraditionen anlehnen kann, um die Herausforderungen einer Diagnostik professionell gestalten zu können (Schrappner, 2004, S. 45).

3.5 Aktuelle sozialdiagnostische Verfahren

Die empirische Erkenntnisgewinnung der Sozialen Arbeit hat nach Schrappner (2004, S. 44 - 45) zwei erkenntnislogische Herausforderungen zu überwinden. In einem ersten Schritt muss, um Neues zu sehen und wahrzunehmen, die Komplexität der Wahrnehmung gesteigert werden. Hierbei wird von einem «erweiterten Blick» gesprochen. Der «erste Eindruck» spielt in diesem Zusammenhang eine grosse Rolle, weil er in einer Komplexität von verschiedenen Eindrücken etwas erkennen soll. Allerdings kann der «erste Eindruck» die Sicht trüben und somit den Zugang für neue Erkenntnisse überdecken. Methodisch ist es somit von grosser Bedeutung, dass das Vorwissen und die Vorannahmen konkretisiert werden, damit sie für eine gezielte Suche verwendet werden können und nicht als Vorurteile die Sicht beeinträchtigen. Wenn genügend Material für den «erweiterten Blick» gesammelt wurde, muss in einem zweiten Schritt der Blick wieder verengt werden, damit die zentralen Zusammenhänge erkannt werden können. Die Herausforderung der Reduktion besteht darin, sie angemessen zu begründen. Es dürfen keine unangebrachten Vereinfachungen und auch keine unüberprüfbaren Schlussfolgerungen aus dem Teilprozess der Verengung resultieren. Gelingt allerdings dieser Teilprozess nicht, weil die Reduktion der Komplexität möglicherweise eine Vereinfachung der Problematik zur Folge hätte, dann könnten ebenfalls Befunde aus unausgearbeiteten Beobachtungen unerkannt bleiben. Schrappner nennt hierzu drei aktuelle Verfahren, welche im Folgenden beschrieben werden.

3.5.1 Entscheidungsorientierte und legitimatorische Verfahren

Schrappner (2004, S. 46 - 47) erklärt, dass dieses Verfahren auf regelgeleitete Informationssammlung über die Verläufe der Vorgeschichte und somit auf der Anam-

nese basiert. Hierzu gehören systematische Befragungen und Beobachtungen und zum Teil psychodiagnostische Testverfahren. Die Zielsetzung liegt darin, relevante Fakten und Einschätzungen wie zum Beispiel psychische Belastungssituationen oder familiäre Konflikte zusammenzutragen und auszuwerten, damit alle relevanten Aspekte miteinbezogen werden können. Die anschließende Materialanalyse orientiert sich hauptsächlich an den theoretischen Konzepten für psychische und soziale Normalitäten. Es werden sowohl Ressourcen als auch Defizite oder Störungen von Individuen wie auch von familiären Systemen beachtet, um den weiteren Handlungsbedarf zu begründen. Solche diagnostischen Erkenntnisse werden bei sozialrechtlichen Entscheidungsprozeduren oder Interventionen angewendet, wie zum Beispiel beim Kinderschutz. Sie steuern die essenziellen Informationen und dessen Verwertung für die Experten-Deutung. Eine wesentliche Herausforderung der systematischen Informationssammlung liegt darin, dass durch den Bezug zu den theoretischen Modellen, Entwicklungen und Konfliktstrukturen nichts, was von Bedeutung ist, unbeachtet bleibt. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, Theorien oder systematische Praxiserfahrungen stetig ihrer Angemessenheit und Vollständigkeit aktuell zu begründen und allenfalls weiterzuentwickeln. Neue theoretische Erkenntnisse und Auffassungen müssen immer miteinbezogen werden.

3.5.2 Biographisch und rekonstruktive Verfahren

Das Material für biographische Fallanalysen wird nach Schrapppner (2004, S. 47 - 48) möglichst offen und mit tunlichst wenig Fragen zu den zentralen Themen durch strukturierte Erzählungen gewonnen, damit Selbstdeutungen von Menschen ermöglicht werden können. Die meistens transkribierten Gesprächsaufzeichnungen werden überwiegend durch die hermeneutische Interpretationstechnik verarbeitet und interpretiert. Die theoretischen Grundlagen bilden die Erkenntnisse der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, lebensgeschichtliche Themen und deren Wiedergabe in biographischen Erzählungen. Die Zielsetzung dieses diagnostischen Verfahrens liegt darin, subjektive Prozesse und Muster nachzubilden, welche die Biografie eines Menschen, dessen Wahrnehmungen, Deutungen und Handlungsorientierungen beeinflussen haben. Dabei soll eine «ethnographische Haltung» von den Professionellen der Sozialen Arbeit eingehalten werden. Das bedeutet, es soll ein respektvolles Interesse vorhanden sein und dennoch eine distanzierte, der eigenen Fremdheit bewusste Haltung eingenommen werden.

Die Selbstauskünfte der Menschen im biographischen Material lenken die Erkenntnismöglichkeiten der Diagnostik. Es können Erkenntnisse von Selbstbildern, Selbsterklärungen und deren Bedeutung für die anschliessende Handlungsorientierung gewonnen werden. Ein solches Verfahren kann zum Beispiel in der Hilfeplanung von Krisen nützlich sein.

3.5.3 Beziehungsanalytische und inszenierende Verfahren

Bei diesem Verfahren wird nach Schrapppner (2004, S. 48 - 49) immer in Gruppen beziehungsweise in Teams gearbeitet, Fälle werden vorgestellt und diskutiert. Es handelt sich um ein verstehendes und fallanalytisches Verfahren, wobei die Gruppenmitglieder eine stellvertretende Identifikation der Personen aus dem Fall einnehmen. Dadurch können einerseits die affektive Dynamik eines Falles im Team reinszeniert und andererseits distanzierende Deutungsprozesse veranschaulicht werden. Die Reinszenierung wird in strukturierten Arbeitsphasen und mit einer geschulten Moderation durchgeführt, damit der Identifikationsprozess geschützt und die Gruppentendenz zur Harmonisierung geleitet wird. Die Dynamik der Beraterinnen- und Beratergruppen dient als Erkenntniswerkzeug zum Verständnis der Falldynamik. Bei diesen Verfahren werden die Biografie der betroffenen Person, dessen Hilfegeschichte sowie die Beziehungs- und Massnahmengeschichten der professionellen Personen miteinbezogen. Im Fallverstehen soll ein Zugang zu den Deutungsmustern der Professionellen und der Wechselwirkung zwischen Helferinnen- und Helfersystem sowie Klientinnen- und Klientensystem geschaffen werden. Die Identifikationen und Übertragungen dienen einer Abbildung der Beziehungsdynamiken in Familien, Cliquen oder Schulklassen, wie sie die begleitenden Fachkräfte erleben und wie bereits erläutert die Beziehungen und Dynamiken zwischen Klientinnen- und Klientensystem sowie Helferinnen- und Helfersystem. Es findet eine Rollenidentifikation statt, die mit dem Sammeln von assoziativen Gedanken, Bildern und Gefühlen, die Zusammenhänge und Übertragungen affektivemotional erlebbar sowie reflexiv bewusst machen.

Dieses Verfahren unterliegt allerdings gemäss Schrapppner einer scharfen Kritik, denn es würde zu unkontrolliert die negativen Effekte und harmonisierenden Gruppenprozesse in Kauf nehmen. Dies führe zu unzureichend differenzierten und nachprüfbareren Entscheidungen. Zudem würden die realen und vermeintlichen Handlungsoptionen der Professionellen die diagnostische Erkenntnisgewinnung mit der

Leitfrage lenken, was für das professionelle und institutionelle Handeln im konkreten Fall aus dem Verständnis der Dynamik von der Klientel und dem Helfersystem folgt.

4 Verhaltensstörungen bei Kindern

Um die zweite Frage dieser Arbeit zu beantworten und somit aufzuzeigen, welche Konsequenzen sich in der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Hilfeplanung von Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden, durch die Ausarbeitung einer sozialen Diagnostik ergeben, werden in einem ersten Schritt Verhaltensstörungen thematisiert. In einem zweiten Schritt wird die Gewinnbringung der sozialen Diagnostik anhand des Beispiels der Verhaltensstörung ADHS konkreter ausformuliert.

4.1 Definition der Begrifflichkeit von Verhaltensstörungen

Myschker & Stein (2014, S. 51) definieren Verhaltensstörungen bei Kinder folgendermassen: «Verhaltensstörung ist ein von den zeit- und kulturspezifischen Erwartungsnormen abweichendes maladaptives Verhalten, das organogen und/oder milieureaktiv bedingt ist, wegen der Mehrdimensionalität, der Häufigkeit und des Schweregrades die Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsfähigkeit sowie das Interaktionsgeschehen in der Umwelt beeinträchtigt und ohne besondere pädagogisch-therapeutische Hilfe nicht oder nur unzureichend überwunden werden kann.»

Die Definition von Myschker & Stein beinhaltet unterschiedliche Begriffe, welche für eine korrekte Interpretation weitere Erklärungen benötigen.

Myschker & Stein (2014, S. 50 - 51) verwenden in ihrer Definition das Wort Verhalten. Damit ist die Gesamtheit menschlicher Aktivitäten gemeint, welche im Wechselspiel zwischen Individuum und Umwelt entstehen. Das Verhalten kann des Weiteren in zwei grobe Unterteilungen differenziert werden. Einerseits das adaptive Verhalten, welches das Ergebnis angemessener Empfindung, Verarbeitung, Bewertung und Anregung ist. Andererseits das maladaptive Verhalten, das in Bezug auf die Definition von Verhaltensstörungen verwendet wird, welches auf dysfunktionalen Rezeptionen, Emotionen sowie Kognitionen basiert. Ein Merkmal des maladaptiven Verhaltens kann somit eine unvorteilhafte, unangemessene sowie sozial unverträgliche Situations- und Lebensbewältigung sein. Seitz & Stein (2010, Stein 2012a, zitiert nach Myschker & Stein 2014, S. 50) erklären, dass nach dem interaktionistischen Ansatz das maladaptive Verhalten ein Zeichen oder ein Symptom von einer dahinterstehenden Störung im System sein könnte, welche negative Auswirkungen auf das Individuum selbst oder dessen Umwelt haben kann. Aus dieser Sicht sind Verhaltensstö-

rungen Störungen im Funktionsgleichgewicht zwischen Person und Umwelt. Röh (2009, S.88) spricht hierbei vom «Person-in-Umwelt-Verständnis».

Die erläuterte Definition von Verhaltensstörungen muss gemäss Myschker & Stein (2014, S. 51) zwei wichtige Aspekte abdecken. Einerseits muss die Definition verschiedene Symptome zusammenfassen, welche zu den unterschiedlichen Verhaltensstörungen gehören und denen wiederum diverse Ursachen zugrunde liegen. Dafür braucht sie eine hohe Abstraktion ihrer Begrifflichkeit. Andererseits muss die Definition soweit präzisiert werden, damit sie für die Diagnostik brauchbar sein kann und ebenfalls zur Ableitung von Merkmalen dienen kann, die sich auf Individuum und Umwelt beziehen. Deshalb nennt die Definition die Begriffe Erwartungsnormen und Milieureaktiv.

Myschker & Stein (2014, S. 52) zeigen des Weiteren auf, dass der Definition Verhaltensstörung bei Kindern je nach Profession unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben werden. Das pädagogische Verständnis fasst Verhaltensstörungen als Erziehungsschwierigkeit, Schwererziehbarkeit, sogenannte Unerziehbarkeit sowie Kinder mit Frühbedarf in der emotionalen und sozialen Entwicklung. Aus der medizinischen und psychologischen Perspektive wird in Bezug auf Verhaltensstörungen von Neurosen, Psychosen, ADHS, Hirnstörungen und psychischen Störungen gesprochen. Aus juristischer Sicht ist die Rede von Verhaltensstörungen bei Verwahrlosung, seelischer Behinderung, schädlichen Neigungen und Kriminalität.

4.2 Gruppierungen und Symptome

Gemäss Myschker & Stein (2014, S. 62) sind bezüglich der Diagnostik von Verhaltensstörungen bei Kindern zwei Klassifikationen von besonderer Bedeutung, das ICD-10 und das DSM-V. Es sind medizinische und psychologische Klassifikationsinstrumente, welche ebenfalls die Profession der Sozialen Arbeit tangieren, indem sie sowohl im sozialpädagogischen als auch im sozialarbeiterischen Fachbereich zur ordnenden Verständigung dienen.

Wie bereits im Kapitel 2.4 erläutert, werden im ICD-10 unter der Kategorie F90 - F98 «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend» wiedergegeben. Die Kategorie wird zwischen F90 - F98 unterteilt, wobei jeder Nummerierung eine Störung unterliegt, welche wiederum in verschiedene Formen und Ausprägungen der Störung präziser gegliedert wird. Zum Beispiel F90.- bezeichnet «hy-

perkinetische Störungen», welche weiter in F90.0 – F90.9 gegliedert werden. F90.0 fasst die «einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung» zusammen, F90.1 die «hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens» und so geht es weiter (DIMDI Medizinwissen, 2019a).

(Hogrefe, 2016) erklärt, dass im DSM-V bis auf einige Ausnahmen die gleichen Störungsgruppen beschrieben werden wie im ICD-10, wobei die Kriterien für die einzelnen Gruppen ebenfalls meistens die gleichen sind. Im DSM-V besitzt jede Störung ein ICD-Code, wie zum Beispiel der Code F90.0, welcher im ICD-10 die «einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung» zusammenfasst und im DSM-V als «vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild» genannt wird. Das DSM-V besitzt somit keine eigene oder separate Nummerierung der Störungen. Die Klassifikationsinstrumente arbeiten beide mit klassifikatorischen Prädikatoren, welche die verschiedenen Diagnosen als unterscheidbar und abgrenzbar definieren. Das ICD-10 weist allerdings in dieser Hinsicht eine gewisse Durchlässigkeit der Grenzen zwischen den unterschiedlichen Störungen auf. Das heisst, es können teilweise die gleichen Symptome für unterschiedliche Diagnosen gelten. Das DSM-V ist hingegen bei der letzten Revision genau auf diese Tatsache eingegangen und hat ebenfalls dimensionale Ansätze miteinbezogen. Trotz der Ergänzung des DMS-V sind die beiden Klassifikationsinstrumente sehr ähnlich aufgebaut.

Durch die Betrachtung der Strukturierungen der beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-V kann die Begründung der hohen Abstraktion der Begrifflichkeit nachvollzogen werden. Es gibt viele verschiedene Formen von Verhaltensstörungen, welche wiederum stark voneinander variieren können.

Peterson, Quay & Tiffany, 1961; Quay, Morse & Cutler, 1976; Quay, & Werry, 1972, zitiert nach Myschker & Stein, 2014, S. 58) haben aus diesem Grund die verschiedenen Verhaltensstörungen, welche bei Kindern diagnostiziert werden können, in vier Gruppierungen zusammengefasst und grob die Hauptsymptome darunter zugeordnet. Die erste Gruppierung betrifft Kinder mit «externalisierendem, aggressiv-ausagierendem Verhalten» der die Symptome Aggressivität, Überaktivität, Impulsivität, exzessives Streiten, Aufsässigkeit, Tyrannei, Regelverletzung und Aufmerksamkeitsstörungen zugeordnet werden. Die zweite Gruppierung fasst die Verhaltensstörungen zusammen, welche Kinder mit «internalisierendem, ängstlich-gehemmten Verhalten» betreffen. Ihnen werden die Symptome Ängstlichkeit, Traurigkeit, Interes-

senslosigkeit, Zurückgezogenheit, Freudlosigkeit, somatische Störungen, Kränklichkeit, Schlafstörungen und Minderwertigkeitsgefühle zugeschrieben. Die dritte Gruppierung bezieht sich auf Kinder mit «sozial-unreifem Verhalten», zu dem die Symptome nicht-altersentsprechend, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Leistungsschwäche, Sprach- sowie Sprechstörungen gezählt werden. Die vierte Gruppierung nennt Kinder mit «sozialisiert-delinquentem Verhalten», denen die Symptome Verantwortungslosigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, Gewalttätigkeit, leichte Erregung, tiefe Frustrationsgrenze, Reuelosigkeit, Normmissachtung, Risikobereitschaft, niedrige Hemmschwelle und Beziehungsstörungen zuzählen.

4.3 Die Ursachen für die Entstehung von Verhaltensstörungen bei Kindern

Myschker & Stein (2014, S. 91) erklären, dass Verhaltensstörungen multifaktoriell bedingt sind. Unter multifaktoriell werden zwei Aspekte verstanden. Erstens befinden sich die genannten Faktoren in den Anlagen von individuellen Informationsaufnahme- und Verarbeitungsmustern sowie unterschiedlichen lernbiografischen Einheiten, die bereits früh in der Entwicklung eines Kindes einen Einfluss auf die Selbstbestimmungs- und Selbstorganisationstendenzen sowie auf dessen übergeordneten sozio-kulturellen Gegebenheiten ausüben. Zweitens sind die Faktoren in den vielgestaltigen sozialen Systemen, welche ein Kind tangieren. Beispiele hierfür sind die Familie, der Kindergarten, die Schule, Peergroup und weitere. Myschker & Stein ergänzen diesbezüglich, dass der Einfluss durch das System Familie in der Regel am stärksten ist. Aus diesem Grund müssen sowohl bei der Abklärung der Ursachen als auch bei der Hilfeplanung bezüglich der Genesung die unterschiedlichen Umweltfaktoren systemisch und interaktionistisch miteinbezogen werden. Dabei soll auf vier Aspekte ein besonderer Fokus gelegt werden. Erstens die Aspekte der Persönlichkeit, welche auf der genetisch-organischen Ausstattung eines Kindes basieren und die eventuell bereits als auffällig betrachtet werden können. Zweitens die Aspekte der Situation, welche zum Problemverhalten führen könnte. Die Frage stellt sich hierbei, welche belastende Faktoren oder Provokationen die Gesamtsituation des Kindes beeinflussen. Drittens die Aspekte der Interaktion. Hierbei bedarf es der Fragestellung, ob es beim Aufeinandertreffen von bestimmten Personen unter konkreten situativen Voraussetzungen zum auffälligen oder problematischen Verhalten kommt. Viertens der Aspekt der beobachtbaren Wahrnehmung nach Stein (2012a, zitiert nach Myschker & Stein,

2014, S. 92). Damit sind die Kriterien gemeint, welche die beobachtende Person an die Bestimmung des auffälligen oder problematischen Verhaltens eines Kindes setzt. Gesamthaft kann somit nach Mischker & Stein (2014, S. 92) die Entstehung einer Verhaltensstörung, wie in der Abbildung 1 ersichtlich, in drei Phasen gegliedert werden. Bei der ersten Phase ist die multifaktorielle Bedingtheit aus den Anlagen, der Umwelt und der Selbstbestimmung ersichtlich. Die Erste Phase kann somit in den genannten vielgestaltigen sozialen Systemen entstehen, wie in der Familie, im Kindergarten oder in der Gesellschaft. Bei der zweiten Phase ist das fehladaptierte Verhalten selbst gemeint und bei der dritten und letzten Phase wird vom selbst- und fremdschädigenden Verhaltensmuster, der Verhaltensstörung, gesprochen.

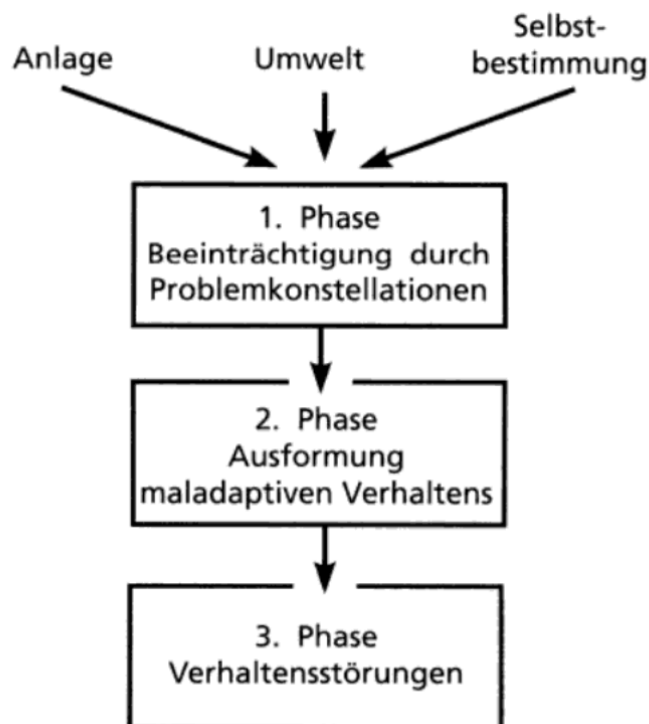


Abb. 1: Drei-Phasen-Modell der Genese von Verhaltensstörungen

Anmerkung. Mischker & Stein (2014, S. 92).

4.4 Interdisziplinäres und mehrdimensionales Denken bezüglich Verhaltensstörungen bei Kindern

Die multifaktorielle Bedingtheit von Verhaltensstörungen bei Kindern zeigt somit auf, dass es zur Erklärung der Entstehung einer Verhaltensstörung des einzelnen Falles der Ansichten diverser Professionen bedarf. Im folgenden Kapitel werden die verschiedenen Perspektiven beschrieben, welche den Professionen der Medizin, der

Psychologie und der Sozialen Arbeit angehören, damit ein multiprofessionelles Verständnis von Verhaltensstörungen erlangt werden kann.

4.4.1 Die medizinische Diagnostik bei Verhaltensstörungen von Kindern

Gemäss Myschker & Stein (2014, S. 151) sieht die medizinische Diagnostik in erster Linie das Kind als Trägerin oder Träger der Störung. Es werden Hypothesen gebildet, die sich auf die organische oder funktionelle Störung, Beeinträchtigung, Schädigung und Anlagebedingungen beziehen. Das Vorgehen bei der Hilfeplanung des Kindes bezieht sich demnach hauptsächlich auf das Individuum selbst. Die Behandlung der genannten Fehlfunktionen oder Beeinträchtigungen kann durchaus eine Medikation beinhalten.

4.4.2 Die psychologische Diagnostik bei Verhaltensstörungen von Kindern

Myschker & Stein (2014, S. 151) erklären, dass die psychologische Diagnostik Hypothesen stellt, die sich auf frühkindliche Traumata, Problematiken der psychosexuellen Entwicklung, Beziehungsstörungen oder familiäre Strukturbedingungen beziehen. Zum diagnostischen Verfahren gehören psychische Tests, welche die anschliessenden therapeutischen Interventionsmethoden definieren. Die psychologische Diagnostik konzentriert sich somit wie die Medizin hauptsächlich auf das Individuum, wobei sie ebenfalls familiäre Strukturbedingungen miteinbeziehen kann.

4.4.3 Die soziale Diagnostik bei Verhaltensstörungen von Kindern

Myschker & Stein (2014, S. 152) nennen diese Sicht die interaktionistische oder die sozialwissenschaftliche Perspektive. Die soziale Diagnostik bezieht sich hauptsächlich auf handlungstheoretische, system- und kommunikationstheoretische Erkenntnisse, wobei Verhaltensstörungen ebenfalls Ergebnisse von Interaktionsprozessen sein können. Ein Kind, welches an Verhaltensstörungen leidet, ist wie jeder Mensch in der Wechselwirkung zwischen Individuum und dessen vielfältigen Bedingungen der Umwelt zu betrachten. Myschker & Stein (2014, S. 152) erklären weiter, dass sich die Interaktionspartner in einem kommunikativen Kreisprozess aufeinander einstellen. Das jeweilige Verhalten einer Person beeinflusst ebenfalls das der anderen Person. Aus diesem Grund können Verhaltensstörungen weder unabhängig von anderen Personen wahrgenommen noch diagnostiziert werden.

ADHSpedia (2016) erklärt Verhaltensstörungen aus der Sicht des systemtheoretischen Paradigmas von Niklas Luhmann. Dieses Paradigma erachtet psychische Stö-

rungen im Allgemeinen nicht mehr als objektivierbare Begebenheiten, sondern als soziale Zuschreibungen der Gesellschaft, die aufzeigen sollen, welches Verhalten als abweichend und unerwünscht gilt. Es handelt sich entweder um ein Kind, welches innerhalb eines Sozialgefüges leidet oder um das gesellschaftliche Umfeld, wie die Familie oder die Schule, welches Schwierigkeiten mit dem Umgang des Verhaltens des Kindes hat.

Demnach müssen gemäss Myszker & Stein (2014, S. 152) alle Akteure, welche dem System angehören, auf ihre sinnlichen- und sozialen Wahrnehmungen, ihre Selbst- und Fremdwahrnehmungen sowie ihre Selbst- und Fremdbeurteilungen, ihre Beziehungsdefinitionen und ihre Interpunktionen in Verhaltensmustern miteinbezogen werden. Für die Umsetzung bedarf es allerdings der Anwendung der Theorien des symbolischen Interaktionismus, gruppensystemischer Zusammenhänge und der Kommunikationstheorie. Damit die soziale Diagnose diesen komplexen Anforderungen gerecht werden kann, sind qualitative Verfahren notwendig, welche Empathie, soziales Gespür, Einschätzungsvermögen und Menschenkenntnisse von einer professionellen Person verlangen. Zu den im Kapitel 3.5 bereits erläuterten aktuellen sozialdiagnostischen Verfahren gehören im Allgemeinen qualitative Verfahren an, wie gruppensystemische Interaktionsspiele, Interviews, teilnehmende Beobachtungen, informelle Gespräche und weitere (Furch-Krafft 1998; Seitz 1992, 2003, zitiert nach Myszker & Stein 2014, S. 152).

ADHSpedia (2016) ergänzt hierzu, dass neurologische Erkenntnisse ebenfalls berücksichtigt werden sollten. Das medizinische Vorgehen mit einer medikamentösen Behandlung wird gemäss dem systemtheoretischen Ansatz nicht grundsätzlich abgelehnt. Es ist allerdings wichtig, dass eine Medikation nur zum Einsatz kommt, wenn eine Problematik deduktiv genau einem System, wie dem Nervensystem, der Regulation der Neurotransmitter zugeordnet werden kann. Die Symptomatik nach dem DSM-V ist gemäss ADHSpedia (2016) der Ausdruck eines nicht funktionierenden Zusammenspiels unterschiedlicher Systeme, welche durch Erwartungsstrukturen aufeinander abgestimmt werden und in der gegebenen Konstellation unerwünscht sind.

4.5 Das Beispiel ADHS

Wie bereits erläutert kann der Begriff Verhaltensstörung in seiner Erscheinungsform sowohl inner- als auch interprofessionell stark variieren. Es kommt darauf an, um welche Störung es sich handelt, welche Ursachen ihr zugesprochen werden und darüber hinaus, mit welchem Theorie- und Fachwissen die Verhaltensstörung von der professionellen Person analysiert wird. In dieser Arbeit wird die Verhaltensstörung ADHS als Beispiel dienen, um explizite Erkenntnisse aus dem interprofessionellen Kontext zu ziehen. Anhand der Verhaltensstörung ADHS wird die Besonderheit der interaktionischen Sicht und somit der sozialen Diagnostik in der interdisziplinären Zusammenarbeit aufgezeigt, damit eine vollumfassende Hilfeplanung bei Verhaltensstörungen von Kindern ermöglicht werden kann.

4.6 Theoretische Grundlagen von ADHS

Aktuell dienen gemäss Neuhaus (2016, S. 32 - 35) die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-V zur medizinischen und psychologischen Diagnostik von ADHS. Das ICF-CY befindet sich wie bereits erläutert noch in der Ausarbeitungsphase der Diagnose ADHS und aus diesem Grund wird es noch nicht angewendet (Keller, 2018, S. 48; ICF Research Branch, 2017). Neuhaus (2016, S. 32 - 35) erklärt weiter, dass das Klassifikationssystem ICD-10 das Störungsbild ADHS enger zusammenfasst als das DSM-V, weshalb die Zahl der betroffenen Kinder durch die Diagnostik des ICD-10 geringer ausfällt als durch die Diagnostik des DMS-V. Demzufolge wurde das ICD-10 in der Vergangenheit mehrmals kritisiert, weshalb es derzeit in Bezug zur Diagnose ADHS wesentlich seltener zur Anwendung kommt als das Klassifikationssystem DSM-V. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel die Diagnostik von ADHS anhand des DSM-V erläutert.

Gemäss Jenni (2016, S. 1) entspricht die Verhaltensstörung ADHS einem Störungsbild. Das heisst, es gibt Symptome auf phänomenologischer Ebene, welche die Verhaltensstörung ADHS beschreiben, allerdings keine theoretisch konzipierte Diagnostik, welche einer spezifischen Profession zugeschrieben wird. Jenni nennt neurobiologische, genetische und psychosoziale Faktoren, welche die Entstehung von ADHS erläutern könnten. Allerdings ist keiner der Faktoren in der Lage die Ursachen genügend wissenschaftlich zu belegen, damit ein allgemein anerkanntes Störungsmodell erstellt werden kann, welches konkret die Ursachen der Entstehung von ADHS erläu-

tert. Zur Verdeutlichung werden im folgenden Kapitel die Symptome sowie die Ursachen beschrieben und die diagnostischen Vorgehensweisen der unterschiedlichen Professionen erläutert.

4.7 Die Diagnostik von ADHS nach dem DSM-V

In der deutschen Ausgabe des DSM-V von Falkai & Wittchen (2014, S. XVI) werden drei Subtypen nach den folgenden ICD-Codes unterteilt:

F90.0: «Vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild»

F90.1: «Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsives Erscheinungsbild»

F90.2: «Gemischtes Erscheinungsbild» bestehend aus Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität

Die drei Varianten werden aufgrund der folgenden Symptome diagnostiziert:

4.7.1 Symptomatik von Unaufmerksamkeit

1. Ungenaueres Arbeiten oder das Übersehen von Einzelheiten. Oft werden Feinheiten nicht beachtet und/oder es bestehen Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten.
2. Konzentrationsschwierigkeiten. Es besteht die Schwierigkeit, über längere Zeit bei den Aufgaben in der Schule oder beim Spielen die Konzentration aufrecht zu erhalten.
3. Abgelenkt ohne ersichtlichen Grund. Es besteht die Schwierigkeit zuzuhören.
4. Das nicht zu Ende bringen von Arbeiten und Pflichten. Führt häufig die Anweisungen anderer Personen nicht komplett durch. Zum Beispiel beginnt das Kind mit den Hausarbeiten, führt diese allerdings aufgrund von Ablenkungen nicht vollständig aus.
5. Das Bestehen von Ordnungs- und Organisationsproblemen. Es besteht die Schwierigkeit sequenziell aufeinanderfolgende Aufgaben erfolgreich zu meistern und Materialien oder eigene Sachen in Ordnung zu halten.
6. Die Vermeidung und Ablehnung von Arbeiten, die eine längere Aufmerksamkeitsspanne erfordern.
7. Das häufige Verlieren von Gegenständen, die eigentlich für konkrete Aktivitäten oder Aufgaben bestimmt wären. Zum Beispiel Schulstifte, Bücher und weitere.
8. Wird oft und rasch von äusseren Einflüssen abgelenkt.

9. Hohe Vergesslichkeit bei Alltagstätigkeiten.
(Falkai & Wittchen, 2014, S. 77)

4.7.2 Symptomatik von Hyperaktivität und Impulsivität

1. Hohe Zappeligkeit mit den Händen und Füßen. Es besteht die Schwierigkeit, ruhig auf einem Stuhl zu sitzen.
2. Häufiges Aufstehen und Herumlaufen, ebenfalls in Situationen, bei denen es nicht erwünscht ist. Das Kind läuft zum Beispiel oft im Schulzimmer herum, statt auf dem eigenen Platz zu sitzen.
3. Exzessives Herumklettern und Herumlaufen in unpassenden Situationen.
4. Es besteht die Schwierigkeit, ruhig zu spielen oder sich einer Freizeitaktivität in Ruhe anzunehmen.
5. Längere Aufenthalte an einem Ort bereiten dem Kind Schwierigkeiten.
6. Übermässiges Reden.
7. Vorschnelles Antworten. Die Schwierigkeit bei Unterhaltungen die Aussagen anderer Personen abzuwarten, ohne zu unterbrechen.
8. Das Warten ist mit grosser Mühe verbunden. Zum Beispiel das Warten in einer Reihe wird als sehr schwierig empfunden.
9. Häufiges Unterbrechen, Hineinplatzen oder das Stören anderer Personen. Gegenstände anderer Personen werden ungefragt benutzt.

(Falkai & Wittchen, 2014, S. 78)

Gemäss dem DSM-V von Falkai & Wittchen (2014, S. 77 - 78) müssen mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität und Impulsivität bereits im Kindesalter von unter 12 Jahren aufgetreten sein. Weiter muss entweder das Funktionsniveau oder die Entwicklung des Kindes durch ein anhaltendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität und Impulsivität beeinträchtigt sein, damit eine Diagnose gestellt werden kann. Dabei bedarf es der Abklärung zweier Aspekte. Einerseits muss die Unterscheidung zwischen einem phasenweisen Auftreten und einer zeitlich gegebenen Stabilität der Symptomatik gewährleistet werden. Andererseits muss abgeklärt werden, ob es sich bei der Symptomatik lediglich um eine Rebellion des Kindes in einem bestimmten Kontext handelt. Aus diesem Grund müssen mindestens sechs von neun Symptome im Zeitraum von sechs Monaten andauernd wahrgenommen werden. Die Symptomatik muss in einer Intensität erscheinen, welche nicht dem Entwicklungsstand des Kindes entspricht. Sie muss negative Auswir-

kungen auf die schulischen Leistungen oder/und die Sozialisation des Kindes ausüben und in mindestens zwei verschiedenen Lebensbereichen auftreten, wie zum Beispiel in der Schule und Zuhause. Des Weiteren darf die Symptomatik nicht im Rahmen einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auftreten oder durch dessen Störungsbild besser erklärt werden können.

4.8 Ursachen und multiprofessionelle Erklärungsansätze von ADHS

Dem Störungsbild ADHS können, wie anderen Verhaltensstörungen, unterschiedliche Ursachen und Erklärungen zugrunde liegen.

4.8.1 Biologische und genetische Aspekte

Falkai & Wittchen (2014, S. 80) erklären, dass es biologische Auffälligkeiten gibt, die zur Erklärung von ADHS beitragen könnten. Allerdings reichen die Befunde nicht aus, um ein rein medizinisches Störungsmodell zu generieren, welches ausschliesslich auf biologischen Merkmalen basiert.

Jenni (2016, S. 1) nennt hierzu die Dysregulation des Neurotransmitteraustausches zwischen den Basalganglien und des Stirnhirnes, welche eine Ursache des Störungsbildes ADHS sein könnte. Es gibt allerdings bis heute keine laborchemischen oder molekularbiologischen Verfahren, welche die Grenze zwischen Norm und Krankhaft definieren könnten, um eine klinische Diagnose aufgrund des Neurotransmitteraustausches zu stellen. Jenni (2016, S. 3) fährt weiter, dass es unterschiedliche Kohortenstudien gibt, welche aufzeigen, dass ADHS häufiger bei den jüngeren Kindern einer Schulklasse diagnostiziert wird als bei den älteren Kindern. Gemäss den Symptomen des DSM-V (Falkai & Wittchen 2014, S. 77 - 78) verhalten sich Kinder, die an ADHS leiden wie jüngere Kinder, die sich tendenziell impulsiver und aktiver verhalten, weniger Ausdauer bezüglich Schularbeiten besitzen sowie über eine noch kürzere Konzentrationsspanne verfügen. Neurobiologische Daten wie Magnetresonanztomographie (MRT) Tests bestätigen gemäss Jenni (2016, S. 3), dass Kinder, die an ADHS leiden, im Vergleich zu anderen Kindern eine Hirnreifungsverzögerung von drei Jahren aufzeigen. Diese Erkenntnis zeigt auf, dass das Störungsbild ADHS im Verlauf der körperlichen Entwicklung abnehmen oder gar auswachsen kann. Der Aspekt der körperlichen Reifungsverzögerung dient zudem nicht zur Begründung einer biologischen Diagnostik.

Gemäss Neuhaus (2016, S. 38) kann ADHS als eine familiär gehäufte Konstitution auftreten. Es gibt deutliche Unterschiede zwischen dem Erbgut von Kindern, die an ADHS leiden im Vergleich zu anderen Kindern. Doch auch die genetischen Aspekte reichen nicht aus, um ein Störungsmodell zu definieren.

4.8.2 Beziehungspsychologische Aspekte

Der Kinder- und Jugendpsychiater Neraal (2008, S. 19 - 37) hat im Rahmen seiner Forschung bezüglich Kindern mit ADHS 55 Befragungen mit Elternpaaren von betroffenen Kindern durchgeführt. Die Eltern durften ihre Vermutungen bezüglich der Ursachen des Verhaltens ihrer Kinder erläutern. Am meisten wurden «kindliche Ängste» und «innere Hemmungen» genannt. An zweiter Stelle wurde erklärt, dass oftmals der Vater zu wenig Zeit mit den Kindern verbringe. Als vierter Punkt wurde die eigene Nervosität genannt und die daraus folgende Übertragung auf das Kind. Neraal führt in seinem theoretischen Ansatz weiter aus, dass Kinder, die an ADHS leiden, möglicherweise Probleme mit dem Ausdrücken von Gefühlen haben. Die betroffenen Kinder können demnach ihre Vorstellungen und Motive nicht in Worte fassen. Das auffällige Verhalten könnte ein Schutz- und Ablenkungsmechanismus sein, welcher andere Personen daran hindern soll, zur wahren Person des Kindes vordringen zu können. Das Umfeld ist somit aufgrund ihrer starken Dominanz auf die Verhaltensebene fokussiert, wodurch die emotionale Ebene unerreicht bleibt. Damit das Kind nach diesem Ansatz auf der emotionalen Ebene erreicht werden kann, muss zuerst die Wahrnehmung des Kindes verstanden werden. Um die Wahrnehmung des Kindes zu begreifen empfiehlt Neraal eine professionelle selbstreflektierte Haltung. Der beziehungspsychologische Aspekt reicht nicht aus, um ein Störungsmodell zu erstellen.

4.8.3 Soziale und systemische Aspekte

Fries & Moosecker (o.D. S. 3 - 4) nennen ungünstige Umgebungsbedingungen als die wichtigsten psychosozialen Faktoren, welche zur Entstehung von ADHS beitragen können. Bei vulnerablen Kindern können chaotische, unzuverlässige, unstrukturierte sowie unüberschaubare Umgebungsbedingungen ADHS verstärken oder verursachen.

Neuhaus (2016, S. 13 - 14) nennt die Ansicht, dass die Diagnose von ADHS ein Zeichen von zu eng gefassten Vorstellungen der Gesellschaft bezüglich des Normver-

haltens eines Kindes darstellt, weshalb die Interventionen nicht nur bei den Kindern angesetzt werden dürfen. Es muss gesamtgesellschaftlich mehr Toleranz entwickelt werden, damit den betroffenen Kindern eine adäquate Betreuung ermöglicht werden kann.

ADHSpedia (2016) erklärt, dass ADHS aus der systemtheoretischen Sicht mit einem multiperspektivischen Ansatz betrachtet werden muss. Nach der Systemtheorie sind das psychische System, körpereigene Systeme, soziale Systeme und die Psyche strukturell miteinander gekoppelt und besitzen jeweils eine Eigenkomplexität, welche die einzelnen Systeme den anderen Systemen zur Verfügung stellen. Jedes System ist in der Lage sich selbst zu erhalten und eigenständig zu operieren. So funktionieren die Systeme für sich, obwohl sie operativ füreinander zugänglich sind. Die grundlegende Funktion des psychischen Systems «Bewusstsein» liegt in der Disposition von Aufmerksamkeit, womit sich das System durch eine ständige Unterscheidungspraxis von Selbst- und Fremdreferenzen reproduziert. Dadurch ist das Bewusstsein in der Lage, sich durch fremdreferenzielle und selbstreferenzielle Anschlüsse von anderen Systemen abzugrenzen. Fremdreferenzielle Anschlüsse sind die Wahrnehmungen anderer Systeme und selbstreferenzielle Anschlüsse die Gedanken und Vorstellungen im System Bewusstsein selbst. Die Anschlussfähigkeit des Bewusstseins ist entscheidend, um das System zu erhalten. Dennoch arbeitet jedes System autonom, weshalb das Bewusstsein selbst entscheidet, was gewinnbringend und relevant für das eigene System ist. Hinzu kommt, dass die Umwelt eines Systems stets komplexer ist als das System selbst. Aufgrund der Autonomie und des Komplexitätsverhältnis muss das Bewusstsein ständig selektieren. ADHSpedia (2016) erläutert, dass bei Kindern, die an ADHS leiden, beobachtet werden kann, dass sie non-konform selektieren. Die psychischen Erwartungsstrukturen eines Kindes, das an ADHS leidet, lassen sich mit Effekten ausführen, welche sich aus einzelnen Kommunikationen ergeben, bei denen das Kind involviert ist. Die betroffenen Kinder haben Schwierigkeiten, genügend komplexe Strukturen zu bilden, welche sowohl den eigenen Erwartungen entsprechen als auch mit den Erwartungen des sozialen Umfeldes abgestimmt werden können. Dieser Vorgang könnte informationstheoretisch ein Indiz für eine ausgesprochen hohe Eins-zu-eins-Koppelungen zwischen dem System Bewusstsein und dessen Umwelt sein. Demnach wäre das Störungsbild ADHS ein Problemlösungsversuch. Das psychische System Bewusstsein würde die eigene

Operationsfähigkeit sicherstellen, indem es grösstenteils fremdreferenzielle Anschlüsse durch Selbststimulation herbeiholen würde. Dies erlaubt dem psychischen System sich selbst mit Irritationen auszustatten, damit die eigene Operationsfähigkeit erhalten bleibt. Auch diese sozialtheoretische Erklärung reicht für ein ausführliches Störungsmodell von ADHS nicht aus.

4.9 Folgeprobleme der Verhaltensstörung ADHS

Kinder, die an ADHS leiden, sind mit unterschiedlichen Folgeproblemen konfrontiert. Fries & Moosecker (o.D. S. 3) nennen hierzu die Schwierigkeit, die sozialen wie auch schulischen Anforderungen, die ihnen gestellt werden, zu erfüllen. Daraus folgen Misserfolge im schulischen wie auch im sozialen Kontext. Beispiele hierfür sind Konflikte zu Hause, im Freundeskreis und im Allgemeinen in ihrem Umfeld. Durch die negativen sozialen Folgen können komorbide Störungen und Begleiterkrankungen entstehen, welche den Umgang mit den betroffenen Kindern noch weiter erschweren. Beispiele hierfür sind Lernprobleme, Teilfunktionsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, aggressive Störungen, Mobbing, soziale Zurückweisung, Misserfolge, mangelndes Verständnis des Umfeldes im Allgemeinen, Depressionen, Angststörungen und weitere (Freitag & Retz, 2007, S. 31; Neuhaus, 2016, S. 101 - 108; Hubrig, Hallerbach, Wosnitza & Herzenberger, 2015, S. 203 - 204).

4.10 Multimodale Therapie bei ADHS

Weil die Entstehung des Störungsbildes ADHS wie andere Verhaltensstörungen auch, multifaktoriell bedingt ist, sollte die Hilfeplanung genau die unterschiedlichen Faktoren aus den verschiedenen Professionen miteinbeziehen.

Beim Störungsmodell ADHS ist die aktuelle Interventionspraxis bereits teilweise darauf eingestellt.

Fries & Moosecker, (o.D, S. 6 - 7) erklären dazu, dass die multimodale Therapiemassnahme die aktuelle transdisziplinäre Interventionspraxis darstellt, welche versucht, die unterschiedlichen Aspekte der erläuterten Professionen miteinzubeziehen.

Gemäss Fries & Moosecker (o.D, S. 5) gehört zur multimodalen Therapie ganz grundlegend immer eine Informationsvermittlung. Dabei werden nach dem interaktionistischen Ansatz alle Personen miteinbezogen und mit Informationen versorgt, welche das Umfeld des Kindes tangieren. Es geht darum, den Eltern und dem Umfeld

Informationen zukommen zu lassen, welche besondere Bedürfnisse möglicherweise das Kind hat und wie der Umgang oder die Beziehung mit dem Kind gestaltet werden kann, damit das Verhalten des Kindes positiv beeinflusst wird. Das Ziel liegt unter anderem darin, die Folgen der Verhaltensstörung möglichst klein zu halten.

Des Weiteren kann nach Fries & Moosecker (o.D, S. 5) die multimodale Therapie je nach Zusammensetzung der professionellen Personen, welche am Fall arbeiten, stark variieren. Eine besondere Rolle wird der fallführenden Person zugeschrieben, weil es in ihrer Verantwortung liegt, die verschiedenen Aspekte der multiprofessionellen Erklärungsansätze in die Interventionsmassnahmen einfliessen zu lassen und somit eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachpersonen aus den relevanten Professionen zu gewährleisten. Allerdings hängt gemäss Fries & Moosecker (o.D, S. 5) der Fokus der Intervention oder der Behandlung in der Praxis davon ab, welcher Profession die fallführende Person angehört und welcher Ansatz der Erklärungen und Ursachen des Störungsbildes somit im Zentrum steht. In manchen Fällen besteht die Behandlung fast ausschliesslich aus einer Medikation und in anderen Fällen wird gänzlich auf eine Medikation verzichtet und mit fachspezifischen Methoden interveniert, die nicht der Medizin angehören. Fachspezifische Methoden sind aktuell Psychotherapien, Kompetenz- und Aufmerksamkeitstraining, schulzentrierte sonderpädagogische Massnahmen, Beratung und Unterstützung der Kinder durch die Schulsozialarbeit oder durch eine systemische Familienberatung sowie durch die Förderung der Selbst- und Sozialkompetenzen im Rahmen der offenen Arbeit mit Kindern (Fries & Moosecker, o.D, S. 6 - 7; Bruderer, 2016).

4.11 Die soziale Diagnostik bei der Hilfeplanung von ADHS

Nach Hogrefe (2016) dürfen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäss dem DSM-V eine Diagnostik bei Verhaltensstörungen stellen.

Aus diesem Grund liegt die Fallführung der Hilfeplanung nach der multimodalen Therapie oftmals bei den genannten Fachpersonen. Daraus folgt, dass der Fokus entweder nach der medizinischen Diagnostik bei den organisch funktionellen Erklärungsansätzen liegt und die Verhaltensstörung ADHS somit stark individuumszentriert behandelt wird oder der Fokus liegt nach der psychologischen Diagnostik bei der Psychopathologie. Familiäre Strukturbedingungen werden zwar mitbeachtet, die

Intervention erfolgt allerdings trotzdem individuumszentriert. Mit der genauen Betrachtung des Störungsbildes ADHS, den möglichen Ursachen und Erklärungsansätzen sowie deren potenziellen Folgeproblemen wird relativ rasch ersichtlich, dass die sozialen- beziehungsweise die interaktionistischen Aspekte ebenfalls von grosser Bedeutung sind. Weshalb eine Diagnostik, welche ausschliesslich ein individuumszentriertes Vorgehen aufweist, nicht ausreichend für eine vollumfassende Hilfeplanung von Kindern ist, welche an ADHS leiden. Angenommen, es werden bereits bei der Diagnostik von ADHS ebenfalls interaktionistische Aspekte miteinbezogen, dann würde die Hilfeplanung bereits von Anfang an nicht ausschliesslich individuumszentriert erfolgen, weshalb andere Interventionsmöglichkeiten daraus resultieren würden.

Das Miteinbeziehen der sozialen Diagnostik beim Störungsbild ADHS würde somit die interaktionistischen Aspekte nach Staub-Bernasconi (2012, S. 272 - 280) mitberücksichtigen und die Problematiken der Verhaltensstörung ADHS vor dem Hintergrund der Wechselwirkung zwischen Individuum und Gesellschaft bearbeiten können.

Neuhaus (2016, S. 13 - 14) erläutert, dass es zur Umsetzung der multimodalen Therapie eine klare Abgrenzung zwischen den biopsychischen und den psychosozialen Faktoren bedarf. Wird zwischen den verschiedenen Ursachen und Erklärungen nicht klar unterschieden, dann kann nicht ausreichend differenziert auf die Auswirkungen der Verhaltensstörung reagiert werden. Neuhaus erklärt weiter, dass eine multimodale Therapie nur unter der Voraussetzung gewinnbringend sein kann, wenn das Verhältnis der Mitbestimmung der unterschiedlichen Professionen stimmt. Die Intervention oder Behandlung darf das Individuum nicht komplett in den Fokus stellen und die Umwelt dabei vollkommen ausser Acht lassen.

Aus diesem Grund stellt die soziale Diagnostik nicht ein Ersatz der medizinischen und psychologischen Diagnostik dar. Die soziale Diagnostik muss unbedingt als eine Ergänzung zu den Diagnosen der anderen beiden Professionen erachtet werden.

5 Aktueller Diskurs der Diagnose in der Sozialen Arbeit

Schrappner (2004, S. 45 - 46) erklärt, dass die Medizin und die Psychologie schon in den Jahren um 1930 Forschungen zu den empirischen sozialwissenschaftlichen Erkenntniszugängen menschlicher Entwicklungsverläufe und Lebensäusserungen betrieben. Die Forschung, welche der Sozialen Arbeit zugeschrieben wird, lies in dieser Zeit auf sich warten. Erst mit der «Wende» zum Alltag und zur Lebenswelt in den 80er Jahren wurden solide theoretische Vorstellungen entwickelt, die eine Kritik an den gesellschaftlich verursachten individuellen Leiden ausübte und zudem die Veränderungspotenziale von Individuen miteinbezog. Obwohl noch viele Bedenken andauerten, war dies die Grundlage zu den später entwickelten diagnostischen Konzepten und Methoden der Sozialen Arbeit. Schrappner nennt hierzu den einzelnen Fall als den Ausgangspunkt für gesellschaftliche und individuell biographische Lebens- sowie Leidensprozesse. In diesem Bezug haben hauptsächlich folgende Arbeiten die Heranbildung einer sozialen Diagnostik oder Fallanalyse vorangetrieben: Fritz Schütze (1993, S. 191 - 221) mit der Fallanalyse als wissenschaftliche Fundierung von der Methodik der Sozialen Arbeit, Burkhard Müller (2009) mit der multiperspektivischen Fallarbeit sowie Klaus Mollenhauer und Uwe Uhlendorf (1995; 2004; 2010) mit den drei Büchern der sozialpädagogischen Diagnosen. Ebenfalls von grosser Bedeutung sind das Manuskript von Ulrich Oevermann (1981, S. 19 - 63) zur Professionalisierung sowie die objektive hermeneutische Theorie und Methodik (Schrappner, 2004, S. 45 - 46).

Heiner (2013, S. 18 - 19) erklärt, der Fachdiskurs der sozialen Diagnostik habe sich für längere Zeit hauptsächlich auf zwei Aspekte bezogen und behandle diese, als wären es zwei sich ausschliessende Optionen. Einerseits den rekonstruktiven und andererseits den klassifikatorischen Ansatz.

5.1 Der klassifikatorische Ansatz

Gemäss Heiner erzielt der klassifikatorische Ansatz eine möglichst zuverlässige Informationsverarbeitung anhand von standardisierten Erhebungs- und Auswertungsinstrumenten, welche eine eindeutige Zuweisung von Phänomenen zu sprachlichen Klassifikationen vornimmt. Schrappner (2004, S. 41) beschreibt den klassifikatorischen Ansatz als «die Suche nach Erklärungen für menschliches Verhalten als Emanzipation von theologischen oder philosophischen Deutungen». Dieser Ansatz

hat gemeinsame Wurzeln mit den Professionen der Medizin und der Psychologie und seine Anfänge liegen in der Zeit der Aufklärung. Als ein Beispiel nennt Schrapppner hierfür Johann Heinrich Pestalozzi, der als einer der Ersten empirische Beobachtungen durchführte. Von besonderer Bedeutung waren anschliessend die ersten 30 Jahre des 20. Jahrhunderts, in denen mit vielen verschiedenen Konzepten und durch wissenschaftlich begründetes Wissen versucht wurde, praktische Anwendungen zu entwickeln, die wiederum durch fundierte Diagnosen einen nützlichen Einblick und sichere Vorhersagen ermöglichen sollten. So entsprangen aus der Medizin und der Pädagogik umfassende Forschungen und unterschiedliche Methodenentwicklungen. Hierbei kann gemäss Schrapppner Alice Salomon genannt werden, die 1926 den Begriff der Sozialen Diagnose vom amerikanischen Lehrbuch von Mary E. Richmond auf die deutsche Sozialarbeit und Sozialpädagogik übertrug.

5.2 Der rekonstruktive Ansatz

Der rekonstruktive Ansatz hingegen bezieht sich nach Heiner (2013, S. 18 - 19) auf die Notwendigkeit, eine flexible, situations- und interaktionsabhängige Informationssammlung mittels alltagsnaher Gespräche mit der Klientel zu erzielen. Im rekonstruktiven Ansatz ist die Meinungsbildung im Dialog zentral, damit vor diesem subjektiven Hintergrund die zeitweiligen, teils biographisch gegebenen Einstellungen und Verhaltensmuster der Klientel verstanden werden können. Dieser Ansatz basiert gemäss Schrapppner (2004, S. 41) auf der Lehre der Hermeneutik, welche ihren Forschungsgegenstand in pädagogischen Verstehens- und Deutungsmethoden menschlicher Lebenswirklichkeiten sieht. Die Hermeneutik entwickelt Erkenntnisverfahren die Einzelaspekte analysieren und gleichzeitig das grosse Ganze metakritisch begutachtet. Es verbindet regelgeleitete methodische Strenge mit intuitivem Verstehen, damit sich diese wechselseitig kontrollieren.

5.3 Die Anforderungen des Interventionsprozesses bestimmen den Ansatz

Heiner (2013, S. 19) spricht dem heutigen Fachdiskurs allerdings eine veränderte Sichtweise zu. Heute gehen die Professionellen der Sozialen Arbeit davon aus, dass es sowohl die Grenzen der Aushandlung, Verständigung und des zuversichtlichen Abwartens, welche den rekonstruktiven Ansatz repräsentieren, als auch die Kriterien, um Risiken einzuschätzen gemäss dem klassifikatorischen Ansatz benötigt, um professionell handeln zu können.

Unter Klassifikation wird die begriffliche Kennzeichnung von Gemeinsamkeiten bestimmter Phänomene verstanden. Klassifikationen sind aus der Sicht des integrativen Ansatzes unumgänglich, um erkenntnistheoretische Phänomene zu beschreiben. Auswahlentscheidungen und Zuschreibungen durch Zuordnungen sowie sprachliche Kennzeichnungen resultieren daraus, dass die Komplexität der Realität vermindert werden muss, um mit der Klientel arbeiten zu können (Röh, 2010, S. 47 - 54; Staub-Bernasconi, 2003, S. 36). Staub-Bernasconi erklärt des Weiteren, dass jedes Handeln von Bildern der Realität ausgehe.

Heiner (2013, S. 20 - 21) erläutert, dass die integrative Perspektive, welche somit das Klassifizieren als Erkenntnismittel erachtet, nicht zwingendermassen zu Stigmatisierungen, Entindividualisierungen, mangelndem Respekt vor Eigensinn und subjektiven Relevanzstrukturen führt. Heiner geht vielmehr davon aus, dass die Stigmatisierungen und Diskreditierungen aufgrund von unpassenden Klassifikationssystemen sowie einer mangelnden Validität und Reliabilität in der Informationssammlung zu einer falschen Zuordnung führt. Heiner geht ebenfalls auf die Gefahr des bevorzughenden Handelns der Professionellen der Sozialen Arbeit ein. Grundsätzlich sollen die Klientel immer als Expertinnen und Experten des eigenen Lebens erachtet und respektiert werden. Allerdings müssen sich die Fachkräfte der Sozialen Arbeit dessen bewusst sein, dass die Klientel eine falsche Wahrnehmung ihrer Selbst haben könnte. Weiter erklärt Heiner, dass der rekonstruktive Ansatz auf einem offenen und verständnisbasierenden Vorgehen beruht. Allerdings bringt dieses Vorgehen bei einer falschen Anwendung Risiken mit sich. Ein offenes Gespräch kann unsensibel geführt werden, sodass die daraus resultierenden diagnostischen Ergebnisse verfälscht sind. Die Offenheit kann das Bedürfnis der Klientel nach orientierender Unterstützung von Seite der Fachperson unbefriedigt lassen, was wiederum zu Gefühlen der Frustration führen kann. Umgekehrt kann die Handhabung mit den standardisierten Fragebogen, Checklisten oder den vorgegebenen Beobachtungsbogen flexibel gehalten werden. Somit ergeben gemäss Heiner beide Ansätze durchaus Sinn. Ob ein diagnostischer Prozess eher als Begegnung im offenen Gespräch gestaltet werden muss oder ob es sinnvoller ist, sich an standardisierten Erhebungs- und Auswertungsinstrumenten zu halten, hängt von den Anforderungen des Interventionsprozesses ab.

5.4 Chancen und Gefahren der sozialen Diagnostik

Gahleitner & Pauls (2013, S. 61) greifen den Prozess der Diagnostik im geschichtlichen Kontext der Sozialen Arbeit auf und erläutern hierzu, dass der Begriff der Diagnose über Jahrzehnte hindurch von der Sozialen Arbeit abgelehnt wurde. Auch heute besteht von Seite der Professionellen der Sozialen Arbeit teilweise eine ausdrückliche Distanzierung zum Prozess der Begutachtung und Diagnostizierung einer Klientin oder eines Klienten.

Röh (2009, S. 85 - 93) fasst den aktuellen Diskurs bezüglich der Chancen und Gefahren der sozialen Diagnostik in zehn Thesen zusammen.

5.4.1 These 1 – Die Gefährdung des weichen Blickes der Sozialen Arbeit

Die erste These fasst die Gefahr auf, dass Klassifikationen den weichen Blick auf eine Problematik bedrohen. Gemäss Röh besteht nämlich teilweise die Gefahr, dass Probleme erst durch dessen Klassifikation in ihrem sozialen Gehalt verstärkt werden. Die erste These kann mit der Ansicht von Müller (2005, S. 7 - 11) diskutiert werden, welche die Soziale Arbeit als eine «Profession für dazwischen» auffasst. Angenommen es stimmt, dass die Soziale Arbeit im Dazwischen von Individuum und Umwelt agiert oder ebenfalls nach der Ansicht von Böhnisch (2002, S. 199 - 214) zwischen Lebensführung und Sozialpolitik steht, dann bedarf es nach Röh (2009, S. 85 - 86) der Erläuterung durch zwei Aspekte.

Erstens muss die teilweise erahnte Ungenauigkeit der Bestimmung von sozialen Problemen im Dazwischen präzisiert werden. Damit ist der Diskurs gemeint, welcher die Fragen stellt, ob und inwiefern soziale Probleme von reell vorhandenen gesellschaftlichen Bedingungen abhängig sind oder ob die Konstruktion sozialer Probleme völlig unabhängig von aktuellen sozialen Situationen zustande kommen kann (Grönmeyer, 2018, S. 1500). Die Präzisierung kann durch die Hilfestellung eines Assessments bezüglich sozialer Probleme und durch die Hilfeplanung der Bearbeitung dieser sozialen Probleme erfolgen. Durch die zugeschriebenen Fachkompetenzen der Sozialen Arbeit bezüglich der Beziehungen zwischen Lebensführung und Gerechtigkeit, Bewältigung und sozialer Sicherung sowie kollektive und individuelle Existenzsicherungen, kann die Profession der Sozialen Arbeit genau die notwendigen Verbindungen und Möglichkeiten schaffen, welche Identität und Normalität definieren.

Zweitens muss gemäss Röh die Klassifikation den besonderen Blick der Sozialen Arbeit beibehalten und stärken. Der besondere Blick richtet sich nämlich genau auf die Problematiken, welche durch die geschlossenen gesellschaftlichen Funktionssystemen erschaffen werden, wie zum Beispiel durch das Bildungs- oder Wirtschaftssystem oder aufgrund des Arbeitsmarktes. Röh ist somit der Meinung, dass es einer sozialen Diagnostik mit einem Klassifikationssystem aus der Sozialen Arbeit bedarf, damit sowohl Individuum als auch Umwelt gleichermaßen in die Hilfeplanung miteinbezogen werden können. Die bereits ausgeführten Klassifikationssysteme PIE-Klassifikation und das ICF erfüllen diese Voraussetzungen.

Die Aussage von Röh kann zudem mit der Gegenstandsdefinition von Silvia Staub-Bernasconi untermauert werden. Staub-Bernasconi (2012, S. 272 - 280) sieht soziale Probleme in der Wechselwirkung zwischen individuellen und sozialorientierten Problematiken. Einerseits in Selbstverwirklichungs-, Selbstbehinderungs-, Selbstmanagement- und Selbstvermarktungsproblemen sowie im Versagen von Sozialisation. Andererseits in behindernde Machtstrukturen, welche menschenverachtende soziale Regeln und Werte durchsetzen. Deshalb bedarf es den Miteinbezug mehrerer Aspekte bei der Hilfeplanung. Die Soziale Arbeit muss auf der einen Seite individuumszentriert ansetzen und die Menschen soweit als möglich dazu befähigen, ihre Bedürfnisse selbst zu befriedigen. Auf der anderen Seite muss die Soziale Arbeit sozialorientiert ansetzen und Bedingungen schaffen, welche Problematiken vorbeugen, indem behindernde, menschenverachtende Machtstrukturen in begrenzende, bedürfnisgerechte Machtstrukturen umgewandelt werden. Aufgrund dessen erläutert Staub-Bernasconi, dass jegliche Intervention je nach Problemdiagnose unterschiedlich angesetzt werden muss und dieser Vorgang sollte unabhängig von gegebenen Professionsgrenzen erfolgen. Demzufolge ist es erforderlich, dass sich die Soziale Arbeit ein eigenes Bild der Problematik macht und dabei alle individuellen sowie kollektiven Akteure eines Problems miteinbezieht. Deshalb fällt der interdisziplinären Arbeit eine bedeutende Rolle zu.

5.4.2 These 2 – Klassifikation als logische Folge von sozialer Diagnostik

Die zweite These von Röh (2009, S. 85 - 93) bezieht sich darauf, dass Klassifikationen als die logische Folge der sozialen Diagnostik gesehen werden, wobei die soziale Diagnostik selbst bereits die Komplexität des Falles und die darin gegebenen Informationen zu stark reduzieren könnte. Es geht also ebenfalls darum, dass die

Fachkompetenz der Sozialen Arbeit reduziert wird, indem sie nicht mehr auf die Wirklichkeitsvielfalt der Klientele eingehen kann. Indem die Komplexitätsreduktion eine Hauptaufgabe von Klassifikationsprozessen ist, kann sich die komplette Rekonstruktion des komplexen Falles als schwierig erweisen. Dennoch sind die Klassifikationsprozesse soweit wieder behebbar, wie die daraus resultierten Hilfestellungen, welche sich auf die Diagnose beziehen. Röh nennt allerdings hierzu, dass die Soziale Arbeit im ständigen Kontakt mit Fallvignetten steht, welche die Einzigartigkeit von Fällen zu konkreten Problemen konfigurieren. Persönliche, biografische, familiäre und gesellschaftliche Faktoren werden zu spezifischen Unterstützungs- und Hilfeangeboten herangetragen. Aus diesem Grund soll die Soziale Arbeit gesetzmässige Aussagen bezüglich ihrer Vorgehensweise treffen können, damit sie ihr Handeln begründen kann.

5.4.3 These 3 – Das Ende der Vielfalt sozialer Wirklichkeit

Die dritte These von Röh (2009, S. 85 - 93) nennt die Sorge um das Ende der Vielfalt sozialer Wirklichkeit aufgrund des Aufbaus und Einsatzes von Klassifikationen. Mit anderen Worten besteht die Gefahr, dass auf normative Problemlagen auch genormte Lösungen folgen. Es kann gemäss Röh ebenfalls eingestanden werden, dass Klassifikationen in einem gewissen Masse vorkonstruierte Wirklichkeiten nutzen. Nichtsdestotrotz muss betont werden, dass eine Profession ihr Vorgehen sowie ihre Handlungsweisen theoretisch begründen muss und möglicherweise ebenfalls empirisch belegen sollte. Als Beispiel hierzu nennt Röh die PIE-Klassifikation, welche zudem universell anwendbar ist. Hierbei besteht das Risiko der Überformung der klientinnen- und klientenbezogenen Wirklichkeit aufgrund festgelegter Kategorien von Klassifikationssystemen. Demgegenüber stellt Röh ein willkürliches und intuitives Handeln, welches nicht auf Theorie und Empirie zurückgreift. Hierbei besteht zwar die Möglichkeit, individueller auf Einzelfälle der Klientele einzugehen, allerdings bestehen im Vorfeld keine abschätzbaren Konsequenzen. Doch hierzu wäre der Diskurs der evidence-based-Practice zu führen, welcher zum wissenschaftlichen Wissen ebenfalls Erfahrungswissen einbinden möchte (Sommerfeld & Hüttemann, 2007, zitiert nach Röh, 2009, S. 87).

5.4.4 These 4 – Die Gefahr der Etikettierung

Die vierte These von Röh (2009, S. 85 - 93) nennt die Gefahr, dass Klassifikationen die betroffenen Personen mit einem Etikett versehen. Betroffenen Menschen werden

Eigenschaften zugesprochen, welche nur teilweise ihrer Person entsprechen und mit Umweltbedingungen ergänzt werden. Diese These kann mit dem relativ neuen Klassifikationssystem ICF diskutiert werden. Wie bereits im Kapitel 2.5.4 erläutert, steht einerseits der Prozess im Zentrum und andererseits werden individuelle als auch umweltbezogene Aspekte miteinbezogen, welche entstigmatisierend wirken. Das ICF beinhaltet des Weiteren ein Konzept der Partizipation und Teilhabe. Dieses Konzept soll den betroffenen Personen ermöglichen, sich in den Lebensbereichen, welche ihnen von Bedeutung sind, gleichermassen entfalten zu können, wie Personen, welche nicht an körperlichen Beeinträchtigungen oder an Einschränkungen der Aktivitäten leiden.

Gemäss Röh (2009, S. 83 - 84) fasst das ICF die unterschiedlichen Kategorien neutral zusammen, damit Stigmatisierungen, Herabsetzungen und negative Konnotationen verhindert werden können und macht in diesem Zusammenhang auf die «Hygienisierung der Begriffe» aufmerksam. Die negativen Zuschreibungen bezüglich eines Gesundheitszustandes oder die Orientierung an einem vorgegebenen Verhalten der Gesellschaft gegenüber Menschen, denen ein Stigma anhaftet, existiert unabhängig von dessen Umschreibungen. Es geht weniger um die Benennung einer Sachlage. Wie auch immer der Begriff «Behinderung» benutzt wird, die Sachlage existiert eigenständig und ist nicht abhängig von dessen Bezeichnung selbst. Aus diesem Grund kann der Prozess der Stigmatisierung nicht auf eine sprachliche Problematik reduziert werden. Die Problematik liegt gemäss Röh vielmehr in den Einstellungen von Personen und der Gesellschaft gegenüber Menschen, die an einer Beeinträchtigung leiden. Deshalb benötigen Klassifikationen sowohl korrekte Inhalte als auch korrekte Verwendungen der Begriffe.

Röh (2009, S. 88) ist infolge des Diskurses der vierten These der Ansicht, dass die Soziale Arbeit eine Klassifikation benötigt, welche stigmatisierenden Begriffen entgegenwirken, Empowerment ermöglichen und zudem sowohl Ressourcen- als auch Problemorientierung mit einem «Person-in-Umwelt-Verständnis» gesamthaft betrachten und bearbeiten kann.

5.4.5 These 5 – Die zu starke Verdichtung eines Falles

Die fünfte These von Röh (2009, S. 85 - 93) bezieht sich auf die Gefahr, dass Klassifikationen den Fall zu sehr verdichten. Durch die starke Verdichtung könnten sich Problemdefinitionen sowie professionelle Interventionen nicht mehr an einem refle-

xiv-kasuistischen Fallverstehen orientieren. Die Problemdefinitionen und professionellen Interventionen könnten zum Ergebnis von statistischen Einordnungen in vorgegebenen Rastern werden. Diese Gefahr besteht, wenn dieser Diskurs auf zwei Annahmen basiert. Die Erste wäre, dass eine rekonstruktive Vorgehensweise, welcher das reflexiv-kasuistische Fallverstehen zugeordnet wird, gegenüber der klassifikatorischen Vorgehensweise grundsätzlich als sinnvoller und effizienter zu erachten sei. Die zweite Annahme wäre, dass diese beiden Ansätze getrennt voneinander Anwendung finden müssen. Die beiden Ansätze wurden im Kapitel 5.3 bereits konkreter veranschaulicht, wodurch die Erkenntnis bereits erläutert wurde, wie der Umgang der beiden Ansätze gestaltet werden sollte, damit die Fachpersonen der Sozialen Arbeit professionell Handeln können.

5.4.6 These 6 – Die inner- und interprofessionelle Nachvollziehbarkeit

Die sechste These von Röh (2009, S. 85 - 93) erläutert die Chance, dass durch eine Klassifikation der professionelle Hilfeprozess der Sozialen Arbeit inner- und interprofessionell nachvollziehbar wird. Die Soziale Arbeit geht davon aus, dass im methodischen Handeln rationale Muster bestehen, welche das professionelle Handeln legitimieren und begründen. Als Beispiel hierfür wären die verschiedenen Phasen der Fallarbeit von Müller (2009, S. 68 - 70), welche aus der Anamnese, Diagnose, Intervention und Evaluation bestehen. Wenn es also rationale Muster in der Hilfeplanung gibt, dann können gemäss Röh diese ebenfalls zur Dokumentation und Klassifikation angewendet werden, damit sowohl die Fachpersonen der Sozialen Arbeit als auch von anderen Professionen die Hilfeplanung der Sozialen Arbeit nachvollziehen können. Röh betont dabei, dass die Klassifikationen nicht den Entscheidungsprozess ersetzen sollen, welcher nach wie vor dialogisch und reflexiv nach dem rekonstruktiven Ansatz gestaltet wird. Es geht darum, die Entscheidungsprozesse durch eine Klassifikation nach bestimmten rationalen Kriterien zu ordnen. Vielleicht könnte diese Zuordnung überdies die Chance ergeben, Behandlungs- und Hilfspfade zu schaffen, welche individuelle soziale Dienstleistungen ermöglichen.

5.4.7 Thesen 7 und 8 – Die Etablierung der sozialen Diagnostik im interprofessionellen Kontext

Die siebte und achte These von Röh (2009, S. 85 - 93) gehen beide auf die Funktion von Klassifikationen ein, weshalb sie in dieser Arbeit zusammengefasst werden.

Röh nennt in diesem Zusammenhang die bedeutende Funktion von Klassifikationen, nämlich die einheitlichen Dokumentationen und Statistiken der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Kontext der Diagnostik zu etablieren. Des Weiteren unterstützen Klassifikationen die Lebenslagenforschung, indem sie rechtskräftige Datensätze liefern. Durch die einheitliche Klassifikation von Problemlagen und den professionellen Reaktionen darauf, würde die Soziale Arbeit auf einer vergleichbar gültigen Grundlage stehen mit der Medizin oder der Psychologie, die im Prozess der Diagnostik stark etabliert sind. Dies könnte das interdisziplinäre Denken vereinfachen. Darüber hinaus besteht somit die Möglichkeit, Einzelfälle mit einem Cluster zu verbinden, wodurch deren Weiterentwicklung veranschaulicht werden könnte. Dies wäre eine Chance für die Soziale Arbeit ihrem Auftrag gemäss Staub-Bernasconi (2012, S. 272 - 280) nachzukommen und sich im sozialstaatlichen System positionieren zu können, indem sich die Professionellen der Sozialen Arbeit auf valide Datengrundlagen stützen würden.

5.4.8 These 9 – Prognosen von Fallverläufen und Problemlösungen

Die neunte These von Röh (2009, S. 85 - 93) befasst sich mit der möglichen Prognose von Fallverläufen und Problemlösungen durch eine Klassifikation. Dabei geht es nicht darum Gesetzmässigkeiten von Fallverläufen zu entwickeln, welche komplett im Widerspruch mit der Unbestimmbarkeit von der Entwicklung sozialer Probleme wären. Staub-Bernasconi (2007, S. 208 - 209) nennt hierzu die nomologische und nomopragmatische Verkettung von sozialen Problemen mit sozialen Hilfen.

5.4.9 These 10 – Bereits bestehende Klassifikationen sind von Nutzen

Die zehnte und letzte These von Röh (2009, S. 85 - 93) befasst sich mit der Aussage, dass Hilfeplanungen bereits klassifikatorische Elemente besitzen. Damit sind Hilfeplanungen der Professionen der Psychologie, Psychiatrie und der Medizin gemeint, welche teilweise Klassifikationen enthalten, die ebenfalls der Sozialen Arbeit von Nutzen sein könnten.

5.5 Stigmatisierung und Diskriminierung durch eine Diagnose

Die vierte These von Röh bezüglich der Gefahr der Etikettierung durch eine soziale Diagnose kann als eine Hauptkritik an den Prozess der Diagnostik erachtet werden. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel die Prozesse der Stigmatisierung und

Diskriminierung explizit erörtert, um anschliessend den Zusammenhang zur sozialen Diagnostik zu interpretieren.

«Das Stigma bestimmt die Stellung einer Person in der Gesellschaft und den Umgang anderer Menschen mit der Person (...). Jeder Mensch hat bestimmte - bewusste oder unbewusste Vorstellungen davon, wie sich Individuen verhalten, wie sie leben, wie sie sein sollten» (Nüesch, 2002, S. 23).

Hillmann (1994) unterteilt die Definition von Nüesch im Wörterbuch der Soziologie in zwei Bezeichnungen. Zum einen nennt Hillmann den Ausdruck Stigma und zum anderen das Wort Diskriminierung. Hillmann (1994, S. 843, zitiert nach Grausgruber, 2005, S. 19 - 20) definiert den Begriff Stigma als ein «Brand- und Schandmal». Es ist eine psychische, physische oder soziale Eigenschaft, welche einen Menschen von anderen Menschen aus einer Gruppe oder aus der Gesellschaft abgrenzen lässt. Eine Stigmatisierung wirkt sozial deklassierend und kann in Isolation oder allgemeiner Verachtung resultieren. Mit dem Begriff Diskriminierung definiert Hillmann (1994, S. 155, zitiert nach Grausgruber, 2005, S. 19 - 20) eine Ungleichbehandlung. Er spricht von dem Vorgang, wenn eine Person von anderen Personen infolge bestimmter Wertvorstellungen, unbewussten sowie unreflektierten Einstellungen, Gefühlslagen oder auch Vorurteilen abwertend behandelt wird.

Gemäss Goffmann (1967, zitiert nach Grausgruber, 2005, S. 20) entstehen bestimmte eigene und gesellschaftliche Vorstellungen bezüglich eines korrekten Verhaltens immer wenn Menschen zusammenleben. Diese Vorstellungen haben zwei Funktionen. Die Erste dient der Formung und Prägung des eigenen Verhaltens. Die Zweite dient der Entlastung, weil Menschen durch die geltenden Vorstellungen andere Personen in feststehende Kategorien einordnen können. Grausgruber (2005, S. 20) nennt in diesem Zusammenhang den Begriff der «aktuellen sozialen Identität», welche die reelle Charakterisierung einer Person enthält. Die Vorstellungen einer Person bezüglich einer anderen entsprechen allerdings nicht immer der Realität und somit der «aktuellen sozialen Identität». Die Diskrepanz zwischen Vorstellung und Realität kann entweder von der kategorisierenden Person angenommen werden oder eben nicht. Im Falle der Ablehnung nimmt die kategorisierende Person gegenüber der anderen Person, welche nicht den Vorstellungen entspricht, eine ablehnende Haltung ein. Die Person, welche nicht den Vorstellungen entspricht, wird als etwas Negatives oder gar als eine Gefahr wahrgenommen. Dieser Prozess bezeichnet Grausgruber

(2005, S. 20) als den Vorgang der Stigmatisierung. Goffmann (1967, zitiert nach Grausgruber, 2005, S. 20) erklärt hierzu, dass die Ablehnung der Diskrepanz aufgrund der Unstimmigkeit oder Unvereinbarkeit mit den eigenen Stereotypen entstehen kann.

Aus der Veranschaulichung der Entstehung von Stigmatisierung und Diskriminierung von Grausgruber kann die Argumentation von Röh nachvollzogen werden, dass die Vorstellungen der Menschen unabhängig von dessen Bezeichnung bestehen.

Als ein weiterer Punkt kann die Tatsache dienen, dass Verhaltensstörungen bereits Diagnosenamen besitzen, welche durch die Ergänzung der Aspekte der sozialen Diagnostik entschärft werden könnten. Myschker & Stein (2014, S. 49) analysieren hierzu den Begriff «Verhaltensstörung». Indem eine Person lebt, verhält sie sich immer. Aus diesem Grund kann ein Verhalten nicht gestört sein. Das Verhalten kann in dem Sinne qualitativ oder quantitativ in Relation zur Norm anders oder verändert sein, allerdings nicht gestört. Die Definition der Störung ist somit unter anderem ein Akteur der Konstruktion des Verhaltens. Deshalb könnte durch das Hinzufügen von den interaktionistischen Aspekten von psychosozialen Störungen gesprochen werden, statt von Verhaltensstörungen. Myschker & Stein (2014, S. 49 - 50) ergänzen, dass unabhängig von der sprachlichen Neutralität eines Begriffes, dieser zur Etikettierung missbraucht werden kann, woraus wiederum abwertende Handlungen resultieren können. Als Beispiele hierfür nennen Myschker & Stein die Begriffe Hilfsschüler, Krüppel und Spastiker. Des Weiteren zeigt die heil- und sonderpädagogische Geschichte auf, dass in der Vergangenheit oftmals durch eine Begriffsänderung versucht wurde, die damit verbundenen Vorurteile zu eliminieren. In diesem Zusammenhang ist allerdings ersichtlich, dass die neuen Bezeichnungen ebenfalls mit Etikettierungen versehen wurden. Aus diesem Grund plädieren Myschker & Stein darauf, dass sich nicht die Begriffe verändern müssen, sondern vielmehr die dahinter verborgenen Einstellungen der Menschen. Indem eine Verhaltensstörung diagnostiziert wird, soll es in erster Linie nicht darum gehen, zeitlich wie kulturell bedingte Normen zu verfestigen und Normabweichungen zu pathologisieren, sondern das Verhalten, welches bei den betroffenen Kindern negative Folgen erwirkt, so zu kennzeichnen, damit im Interesse des betroffenen Kindes adäquat interveniert werden kann. Das Ziel liegt demnach in der Verbesserung der Situation für das Kind, damit die negativen Folgen gelindert oder verhindert werden können.

6 Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit

Um die dritte Fragestellung dieser Arbeit zu beantworten, wie die Diagnostik der Sozialen Arbeit im interdisziplinären Kontext etabliert werden kann, muss zuerst die Soziale Arbeit in ihrem Professionalisierungsprozess betrachtet werden. Deshalb werden in diesem Kapitel zum einen die Profession der Sozialen Arbeit und zum anderen die Thematiken, welche auf diesen Prozess Einfluss nehmen, erläutert, damit der Zusammenhang zwischen der sozialen Diagnostik und dem Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit erstellt werden kann.

Gemäss Freund & Stotz (2015, S. 44) fand in den 1960er und 1970er Jahren die erste Aufbruchphase im Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit statt. Zu dieser Zeit basierte die Argumentation, weshalb die Soziale Arbeit als eine Profession erachtet werden soll, auf ihrer gemeinnützigen Funktion in sensiblen Lebensbereichen, wobei eine niedrige Qualität der Arbeit erhebliche negative Auswirkungen für die betroffenen Klientelen zur Folge hätte. Diese Argumentation reichte allerdings nicht aus. Der Sozialen Arbeit fehlte es an einer einheitlichen wissenschaftlichen Grundlage sowie einem Sonderwissensbestand. Zudem ist der exklusive Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit sehr schwer zu definieren, weil ein Merkmal der Sozialen Arbeit einerseits die enge Zusammenarbeit mit anderen Professionen darstellt und die Soziale Arbeit andererseits von den anderen Fachbereichen abhängig ist. Demzufolge fehlt es der Sozialen Arbeit an fachlicher Autonomie, um als eine Profession zu gelten.

Die Soziale Arbeit ist gemäss Freund & Stotz (2015, S. 47) durch strukturelle Widersprüchlichkeiten und besondere Konstitutionsbedingungen gekennzeichnet, die wiederum als Strukturprobleme des professionellen Handelns bezeichnet werden können. Gemäss Freund & Stotz gehören die unpräzise Zuständigkeit in komplexen Problemsituationen und das strukturelle Technologiedefizit zu den Strukturproblemen der Sozialen Arbeit, welche den Professionalisierungsprozess erschweren.

6.1 Unpräzise Zuständigkeit in komplexen Problemsituationen

Freund & Stotz (2015, S. 47) erklären, dass die klassischen Professionen einen klaren Zuständigkeits- und Leistungsbereich haben. Die Soziale Arbeit hat hingegen vielmals mit diffusen und komplexen Problemsituationen, wie die sozialen Lebenssituationen oder individuelle Lebenspraxen von Menschen zu tun, die sowohl schwer

einzugrenzen als auch abzugrenzen sind. Aus diesem Grund ist es, wie bereits erwähnt, für die Soziale Arbeit schwer einen klaren Zuständigkeits- und Leistungsbereich zu definieren. Heiner (2004, S. 157) nennt hierzu, dass der Sozialen Arbeit eher eine Allzuständigkeit zugesprochen wird, welche von Wohnraum, Erziehungs- und Ausbildungsfragen bis hin zu Ehe- oder Selbstwertproblemen reicht.

Aus dieser Problematik resultiert der aktuelle Diskurs bezüglich des Gegenstandes der Sozialen Arbeit. Wobei unterschiedliche Fachpersonen bereits einen Versuch gestartet haben, den Zuständigkeits- und Leistungsbereich der Sozialen Arbeit zu benennen.

6.1.1 Soziale Probleme als Gegenstand der Sozialen Arbeit

Wie bereits im Kapitel 5.4.1 erläutert, sieht Staub-Bernasconi (2012, S. 272 - 280) soziale Probleme als den Gegenstand der Sozialen Arbeit und ergänzt diverse Aspekte. Dazu gehören die Beachtung der gegebenen Machtstrukturen, weshalb das Mitwirken der Sozialen Arbeit auf politischer Ebene notwendig wird, das Empowerment des Individuums, die Beachtung der Menschenrechte sowie der inhärenten Menschenwürde, das professionelle Bewusstsein für die organisatorische Eingliederung der Sozialen Arbeit und die interdisziplinäre Zusammenarbeit, damit eine professionsübergreifende Intervention ermöglicht werden kann. Die genannten Aspekte müssen die Fachpersonen beachten und erfüllen, damit ein professionelles Handeln ermöglicht werden kann.

6.1.2 Die Soziale Arbeit als Hilfe für hilfsbedürftige Menschen

Scherr (2002, S. 35 - 38) ist der Meinung, dass der Gegenstand der Sozialen Arbeit nicht nur auf soziale Probleme reduziert werden darf, weil ansonsten der Eigensinn des Individuums verloren geht. Scherr sieht nämlich soziale Probleme als eine Störung der gesellschaftlichen Ordnung, bei der es nicht primär um das Leiden der Menschen geht, sondern um die sozialstaatliche Finanzierung dieser. Die Definition von sozialen Problemen ist von den gegebenen Machtstrukturen der Gesellschaft gekennzeichnet und entspricht somit nicht den realen sozialen Konflikten und den gegebenen problematischen Lebenssituationen. Aus diesem Grund sollte die Soziale Arbeit eine Hilfe für hilfsbedürftige Personen darstellen. Dabei liegt der Auftrag nicht darin, die Menschen zu befähigen in die Gesellschaft zu passen, sondern das Individuum dabei zu unterstützen, das eigene Leben eigensinnig und aktiv zu gestalten.

Damit diese Forderung erfüllt werden kann, müssen die Professionellen der sozialen Arbeit die unantastbare Menschenwürde respektieren.

6.1.3 Machtstrukturen und soziale Probleme als Gegenstand der Sozialen Arbeit

Sagebiel (2011, S.576 - 577) ist der Meinung, dass die gegebenen Machtstrukturen in der Gesellschaft und die daraus resultierenden sozialen Probleme Gegenstand der Sozialen Arbeit sind. Dabei beeinflussen die Machtbalancen und Machtbeziehungen der Gesellschaft drei wichtige Aspekte der Sozialen Arbeit. Erstens die Entstehung sowie die Definition von sozialen Problemen, zweitens die Durchsetzung der professionellen Bewältigungsform von Problemsituationen und drittens die Anerkennung der Sozialen Arbeit als eine Profession. Sagebiel erklärt, dass die Klientele der Sozialen Arbeit aufgrund mangelnder Ressourcen an sozialen Problemen leiden und somit ihre biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse nicht eigenständig befriedigen können. Es gibt vier verschiedene Machtquellen, welche zur Befriedigung der Bedürfnisse von Nöten sind. Die erste Machtquelle ist die Körpermacht, welche sich auf die Stärke und Attraktivität einer Person bezieht. Die zweite stellt die Ressourcenmacht dar, womit das Kapital und die Bildung gemeint sind. Die dritte ist die Modell- und Artikulationsmacht, welche die Überzeugungsfähigkeit, das Wissen sowie die Problemlösungsstrategien darstellen. Mit der vierten und letzten Machtquelle ist die Positions- und Organisationsmacht gemeint, die sich in der Vernetzung eines Menschen widerspiegelt. Der Auftrag der Sozialen Arbeit liegt demnach in der Ressourcenerschliessung und im Empowerment von Individuen, damit soziale Probleme eigenständig bewältigt werden können.

Stövesand (2015, S. 34) benennt ebenfalls die sozialen Probleme als den Gegenstand der Sozialen Arbeit und ist darüber hinaus der Meinung, dass die Soziale Arbeit gestärkt werden muss, damit sie als Profession gelten kann. Aus diesem Grund entwickelt Stövesand einen Vorschlag zum Empowerment der Sozialen Arbeit.

Angenommen die Soziale Arbeit ist, wie es Sagebiel (2011, S.576 - 577) erklärt, bezüglich ihres Gegenstandes, ihrer Herangehensweise und ihrem Professionalisierungsprozesses von den gegebenen Machtstrukturen der Gesellschaft abhängig, dann liegt es wohl im Interesse der Sozialen Arbeit, sich von den gegebenen Machtstrukturen zu lösen und dieser Abhängigkeit entgegenzuwirken. Aus diesem Grund benötigt die Soziale Arbeit nach Stövesand (2015, S. 35) sowohl Durchsetzungsmacht als auch Definitionsmacht. Um dies zu erreichen, muss sie der sozialstaatli-

chen Finanzierung durch kluge, individuelle und kollektive Strategien entgegenwirken. Des Weiteren soll sich die Soziale Arbeit professionsübergreifend vernetzen, damit ihr Bündnispartner ausserhalb der Sozialen Arbeit beistehen.

6.1.4 Die soziale Diagnostik zur Präzisierung des Zuständigkeitsbereichs

Durch die geschilderten Vorschläge bezüglich der Gegenstandsbestimmung der Sozialen Arbeit wird ersichtlich, dass es innerhalb der Profession noch immer an Klarheit und Bestimmungsmacht fehlt, weshalb die Soziale Arbeit nach Freund & Stotz (2015, S. 46) an fachlicher Autonomie einbüsst. Wenn die Soziale Arbeit als eine Profession gelten möchte ist es unerlässlich, eine allgemeingültige Gegenstandsbestimmung zu definieren. Durch den undeutlichen Zuständigkeitsbereich mangelt es gemäss Freund & Stotz (2015, S. 48) der Sozialen Arbeit an Heterogenität in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern, wobei ein geringer Spezialisierungsgrad der Fachpersonen dessen Folge ist. Freund & Stotz ergänzen in diesem Zusammenhang, dass die Soziale Arbeit oftmals im interdisziplinären Kontext arbeitet und die Fachpersonen aufgrund der unklaren Zuständigkeitsbestimmung mit Statusproblemen zu kämpfen haben.

Bei der Diagnostik von Verhaltensstörungen ist der Kampf um den Status der Profession der Sozialen Arbeit aufgrund der unklaren Zuständigkeitsbestimmung erkennbar. Es gibt sowohl eine etablierte Diagnose der Medizin als auch der Psychologie und obwohl die Gewinnbringung einer sozialen Diagnostik im Hilfeprozess von Verhaltensstörungen bei Kindern deutlich begründet werden kann, existiert von Seite der Sozialen Arbeit noch keine allgemeingültige Diagnose, welche eine vergleichbare Durchsetzungsmacht besitzt, wie die Diagnosen der anderen beiden Professionen. Demzufolge benötigt die Soziale Arbeit einen klar definierten Zuständigkeitsbereich und muss darüber hinaus eine durchsetzungsfähige soziale Diagnostik ausarbeiten, damit sie die Notwendigkeit ihrer fachlichen Perspektive im interdisziplinären Kontext begründen kann. Eine anerkannte soziale Diagnostik, welche einen klaren Zuständigkeitsbereich und somit eine Gegenstandsbestimmung voraussetzt, könnte demnach den exklusiven Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit bei der Hilfeplanung von Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden, inner- als auch interdisziplinär definieren. Der eigene Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit im interdisziplinären Kontext bei Verhaltensstörungen, könnte darüber hinaus, Auswirkungen auf den Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit haben. Eine etablierte soziale Diag-

nostik könnte die Soziale Arbeit in ihrer Unabhängigkeit stärken sowie ihre Selbstbestimmtheit vorantreiben.

6.2 Soziale Diagnostik zur Überwindung des strukturellen Technologiedefizits

Gemäss Freund & Stotz (2015, S. 53 - 54) besitzt die Soziale Arbeit keine Technologie, welche die Wirkung ihrer Interventionen vorhersehbar macht. Aus diesem Grund wird der Sozialen Arbeit ein Technologiedefizit zugeschrieben. Das professionelle Handeln der Sozialen Arbeit ist demzufolge ergebnisoffen. Die Fälle der Sozialen Arbeit können nicht nach einer strikt definierten Bedienungsanleitung bearbeitet werden, weshalb der Interventionsprozess nur bedingt steuer- und vorhersehbar ist. Freund & Stotz (2015, S. 54) erläutern weiter, dass der Sonderwissensbestand der Sozialen Arbeit darin liegt, fallbezogenes und theoretisches Wissen aufeinander zu beziehen, damit das Wissen in ein professionelles Handeln übersetzt werden kann, welches dem strukturellen Technologiedefizit entgegenwirkt. Sie nennen in diesem Zusammenhang das hermeneutische Fallverstehen, welches die Verbindung zwischen der Wissenschaft und dem Fallverstehen ermöglicht und somit ein Strukturmerkmal der Sozialen Arbeit darstellt.

Wie bereits im Kapitel 5.3 erläutert, reicht das hermeneutische Fallverstehen nach dem rekonstruktiven Ansatz allein nicht aus, um ein allgemeingültiges Vorgehen der Sozialen Arbeit zu definieren. Besonders im interdisziplinären Kontext bei Verhaltensstörungen von Kindern ist es von Bedeutung, die Ansicht von Heiner (2013, S. 19) miteinzubeziehen und sich dessen Bewusst zu sein, dass sowohl die Grenzen der Aushandlung, Verständigung und des zuversichtlichen Abwartens nach dem rekonstruktiven Ansatzes sowie die Kriterien, um Risiken gemäss dem klassifikatorischen Ansatzes einzuschätzen benötigt werden, um professionell handeln zu können.

Die im Kapitel 5.4.7 erläuterten Thesen von Röh (2009, S. 85 - 93) zeigen ebenfalls auf, dass die Soziale Arbeit durch eine eigenständige Diagnostik mit einem klassifikatorischen Bestandteil eine einheitliche sowie wissenschaftlich anerkannte Grundlage erhalten würde. Wie bereits erörtert, würde die Soziale Arbeit, besonders im interdisziplinären Kontext, durch einheitliche Dokumentationen sowie eigenständige Statistiken, welche aus einem klassifikatorischen Ansatz resultieren, eine gleichwertige wissenschaftliche Grundlage erhalten, wie die der Medizin und der Psychologie.

Demzufolge könnte eine soziale Diagnostik, welche sowohl klassifikatorische als auch rekonstruktive Komponenten beinhaltet, die Verbindung zwischen der Wissenschaft und dem Fallverstehen erzielen und der Überwindung des Technologiedefizits dienen.

7 Fazit

Nach der ausführlichen Auseinandersetzung mit der Thematik bezüglich des Zusammenhangs der sozialen Diagnostik und der Professionalisierung der Sozialen Arbeit werden in diesem Kapitel die Fragestellungen beantwortet und die Erkenntnisse zusammengefasst. Die Beantwortung der These sowie die Weiterführung der Thematik bilden den Abschluss dieser Arbeit.

7.1 Beantwortung der Fragestellungen

a. Welches Verständnis einer vorliegenden Problematik resultiert aus einer sozialen Diagnose?

Obwohl die Gegenstandsbestimmung und somit der klare Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit in ihrem Prozess der Professionalisierung noch nicht explizit definiert wurde, kann das Verständnis, welches aus einer sozialen Diagnostik resultiert, benannt und von Diagnosen anderer Professionen differenziert werden.

Die soziale Diagnostik vereinigt ein Gesamtbild des Lebens einer Person, welches die Anlagen, die Entwicklung, das Milieu sowie das Schicksal eines Menschen und dessen Umwelt mit in die Betrachtung und Erarbeitung der Hilfeplanung von Klienten zieht. Bei der sozialen Diagnostik wird in Abgrenzung zu anderen diagnostischen Verfahren sowohl das Individuum als auch dessen Umwelt betrachtet. Es wird erörtert, inwiefern ungerechte soziale Bedingungen das Verhalten eines Individuums beeinflussen. Dafür werden soziale Mechanismen hinterfragt, welche soziale Ungleichheit reproduzieren und anschliessend negative Auswirkungen auf Individuen ausüben.

b. Welche Konsequenzen ergeben sich durch die Ausarbeitung einer sozialen Diagnostik in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Hilfeplanung von Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden?

Die Soziale Arbeit befasst sich mit Fragestellungen und Mechanismen, die ihrer Profession angehören und sich von denen der Medizin und der Psychologie unterscheiden. Durch die Ausarbeitung und der anschliessenden Etablierung einer Sozialen Diagnostik in der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der Medizin, der Psychologie und der Sozialen Arbeit kann eine veränderte Herangehensweise der Hilfeplanung bei Kindern, die an Verhaltensstörungen leiden, erzielt werden. Der profes-

sionsbezogene Aspekt der sozialen Diagnostik ergänzt eine notwendige Sichtweise, damit überhaupt eine vollumfassende Hilfeplanung ermöglicht werden kann, welche alle möglichen Ursachen und Erklärungen von Verhaltensstörungen professionsübergreifend miteinbezieht.

c. Wie kann die Soziale Arbeit neben der medizinischen und psychologischen Diagnostik eine eigenständige soziale Diagnostik etablieren, welche genauso gewichtet und anerkannt wird, wie die der anderen Professionen?

Die Soziale Arbeit befindet sich noch in einem Professionalisierungsprozess. Die Durchsetzung der sozialen Diagnostik ist einerseits von diesem Prozess abhängig und andererseits besitzt sie die Fähigkeit, diesen zu beeinflussen.

Damit eine soziale Diagnostik im interdisziplinären Kontext etabliert werden kann, benötigt sie den Rückhalt einer starken Profession, welche sowohl einen Gegenstand als auch einen expliziten Zuständigkeitsbereich vorweisen kann. Dies hätte zur Folge, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit mehr Heterogenität in ihrem Handeln vorweisen und demnach einen höheren Spezialisierungsgrad erzielen könnten. Die Statusprobleme der Fachpersonen der Sozialen Arbeit würden sich demzufolge in der Zusammenarbeit mit den Professionen der Medizin und der Psychologie verringern.

Durch die Ausarbeitung einer eigenständigen Diagnostik könnte die Soziale Arbeit einerseits die Notwendigkeit ihrer fachlichen Perspektive im interdisziplinären Kontext begründen und andererseits würde sie eine einheitliche, wissenschaftlich anerkannte Grundlage erlangen. Durch die Kombination einer klassifikatorischen und rekonstruktiven Diagnostik würde die Soziale Arbeit eine mit der Medizin und der Psychologie vergleichbare wissenschaftliche Grundlage erhalten. Dadurch könnte zum einen dem Technologiedefizit entgegengearbeitet werden und zum anderen würde es die Stellung der Profession in der interdisziplinären Arbeit verbessern.

7.2 Erkenntnisse und Interpretation für die Bearbeitung der These

Es fehlt an Etablierung der sozialen Diagnostik, damit ein vollumfassendes interdisziplinäres Vorgehen bei der Hilfeplanung von Kindern mit Verhaltensstörungen erzielt werden kann.

Verhaltensstörungen sind multifaktoriell bedingt und können demnach aufgrund von gegebenen Anlagen, lernbiografischen Einheiten oder infolge von Konstrukten in den

sozialen Systemen, welche das Kind tangieren, entstehen. Die Ursachen und Erklärungen für die Entstehung einer Verhaltensstörung können demnach entweder medizinisch, psychologisch oder auch sozial bedingt sein.

Bei der aktuellen Diagnostik bei Kindern mit Verhaltensstörungen liegt allerdings der Fokus entweder bei der medizinischen Diagnostik, die organisch funktionelle Erklärungsansätze verwendet, um die Verhaltensstörung zu behandeln und somit stark individuumszentriert arbeitet oder bei der psychologischen Diagnostik, welche sich auf die Psychopathologie konzentriert. Familiäre Strukturbedingungen werden hierbei mitbeachtet, allerdings erfolgt die Intervention ebenfalls individuumszentriert. Eine soziale Diagnostik, welche die sozialen- und interaktionistischen Aspekte miteinbeziehen würde, fehlt hingegen.

Ein vollumfassendes Vorgehen bei Verhaltensstörungen beinhaltet die Beachtung aller möglichen Ursachen und Erklärungen, welche nicht nur einer Profession zugeschrieben werden können. Dies bedeutet, dass die sozialen beziehungsweise die interaktionistischen Aspekte gleichermassen mitbeachtet werden müssen wie die medizinischen und psychologischen.

Aus diesem Grund wird die These in dieser Arbeit bestätigt. Für ein vollumfassendes interdisziplinäres Vorgehen bei der Hilfeplanung von Kindern mit Verhaltensstörungen muss eine soziale Diagnostik ausgearbeitet und etabliert werden.

7.3 Weiterführung der Thematik

Die Auseinandersetzung mit der Thematik einer sozialen Diagnostik resultiert darin, dass mit der Ausarbeitung einer eigenständigen Diagnostik nicht nur Anforderungen und Bedingungen am Prozess der sozialen Diagnostik gestellt werden, sondern ebenfalls an den Fachpersonen sowie an der Profession der Sozialen Arbeit selbst.

Die soziale Diagnostik muss demnach sowohl rekonstruktive als auch klassifikatorische Komponenten enthalten. Entscheidungsprozesse sollen weiterhin dialogisch und reflexiv gestaltet werden. Als Ergänzung dazu sollen Klassifikationen eine Ordnung nach bestimmten rationalen Kriterien ermöglichen. Die Nutzung einer neutralen Sprache soll der Stigmatisierung auf sprachlicher Ebene entgegenwirken. Individuum und Umwelt müssen gleichermassen miteinbezogen werden. Die soziale Diagnostik soll zudem die inner- und interprofessionelle Nachvollziehbarkeit stärken sowie die Generierung von einheitlichen Statistiken und Dokumentationen der Sozialen Arbeit

ermöglichen. Wenn diese Anforderungen erfüllt werden, kann die soziale Diagnostik die Profession der Sozialen Arbeit stärken, indem sie sich ein eigenes Bild einer Problematik im interdisziplinären Kontext macht.

Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen hingegen nach dem rekonstruktiven Ansatz Wert auf eine professionelle Gesprächsführung legen, damit diagnostische Ergebnisse möglichst präzise begründet werden können. Zudem soll in der Handhabung von standardisierten Instrumenten nach dem klassifikatorischen Ansatz eine gewisse Flexibilität toleriert werden, damit auf die Wirklichkeitsvielfalt eines Falles eingegangen werden kann und somit der weiche Blick der Sozialen Arbeit erhalten bleibt.

Von der Sozialen Arbeit als Profession benötigt es eine parallele Weiterführung des Professionalisierungsprozesses zur Ausarbeitung der sozialen Diagnostik. Dazu gehört die Präzisierung des Diskurses bezüglich sozialer Probleme sowie die Gegenstandsdefinition der Sozialen Arbeit. Des Weiteren soll eine klare Ausformulierung des Zuständigkeitsbereiches erfolgen, worauf sich die soziale Diagnostik stützen kann.

Wie die Ausarbeitung der sozialen Diagnostik im spezifischen aussehen soll und welche Ansätze daraus resultieren könnten, bilden weiterführende Fragestellungen.

8 Literaturverzeichnis

- ADHSpedia (2016). *ADHS in der Systemtheorie – ADHSpedia*. Abgerufen von https://www.adhspedia.de/wiki/ADHS_in_der_Systemtheorie
- BAR (o.D.). *Core-Sets – BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. Abgerufen von <https://www.bar-frankfurt.de/kontrast/themen/icf/grundlagen-der-icf/core-sets.html>
- Brack, Ruth (2002). *Minimalstandards für die Aktenführung in der Sozialarbeit. Vorschlag zur Vereinheitlichung der Erfassung von Merkmalen zu Klient- und Beratungsdaten*. Luzern: Interact.
- Bruderer, Nicole (2016). *Offene Arbeit mit Kindern – Sozial Aktuell*. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch/de/p42015263.html>
- Bundesamt für Gesundheit (o. D.). *Evidence-based Public Health, Die Bedeutung des Begriffs «Evidence» – Bundesamt für Gesundheit*. Abgerufen von http://www.henet.ch/ebph/03_philosophie/philosophie_031.php
- Böhnisch, Lothar (2002). Lebensbewältigung: Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für Soziale Arbeit. In Werne Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 199 - 214). Opladen: Leske.
- DIMDI Medizinwissen (2019a). *ICD-10-GM. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) – DIMDI Medizinwissen, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*. Abgerufen von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f90-f98.htm>
- DIMDI Medizinwissen (2019b). *ICF – DIMDI Medizinwissen, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*. Abgerufen von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>
- Diagnose. (2019). In *Duden Online*. Abgerufen von <https://www.duden.de/node/32254/revision/32283>
- Diagnostik. (2019). In *Duden Online*. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Diagnostik>

- Eckerth, Melanie (2013). *Formen der Diagnose und Förderung. Eine mehrperspektivische Analyse zur Praxis pädagogischer Fachkräfte in der Grundschule*. Münster: Waxmann Verlag GmbH.
- Falkai, Peter & Wittchen, Hans-Ulrich (Hrsg.). (2014). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. (1.Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Freitag, Christine & Retz, Wolfgang (2007). *ADHS und komorbide Erkrankungen. Neurobiologische Grundlagen und diagnostisch-therapeutische Praxis bei Kindern und Erwachsenen* (1.Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Freund, Hochuli Ursula & Stotz, Walter (2015). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch* (3., überarb. & erw. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Fries, Alfred & Moosecker, Jürgen (o.D.). *Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADS / ADHS)*. Abgerufen von http://www.sonderpaedagogik-k.uni-wuerzburg.de/fileadmin/06040400/downloads/sopaed2_ws0304_ads-adhs.pdf
- Gahleitner, Silke Brigitta, Han, Gernot & Glemser Rolf (2013). Einleitung. In Silke Brigitta Gahleitner, Gernot Han & Rolf Glemser (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit Band 5. Psychosoziale Diagnostik* (S. 7 - 16). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Gahleitner, Silke Brigitta & Pauls, Helmut (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In Silke Brigitta Gahleitner, Gernot Han & Rolf Glemser (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit Band 5. Psychosoziale Diagnostik* (S. 61 - 77). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Grausgruber, Alfred (2005). Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. In Wolfgang Gaebel, Hans-Jürgen Möller & Wulf Rössler (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Grönemeyer, Axel (2018). Soziale Probleme. In Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch, Rainer Treptow & Holger Ziegler (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (6., überarb. Aufl.), (S. 1492 - 1507). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag.
- Heiner, Maja (2013). Wege zu einer integrativen Grundlagediagnostik in der Sozialen Arbeit. In Silke Brigitta Gahleitner, Gernot Han & Rolf Glemser (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit Band 5. Psychosoziale Diagnostik* (S. 18 - 34). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Heiner, Maja (2004). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Hogrefe (2016). *DSM und ICD – Hogrefe, Der Fachverlag für Wissen vom Menschen*. Abgerufen von <https://www.hogrefe.de/themen/klinik/artikeldetailansicht/DSM%20und%20ICD-313>
- Hubrig, Christa, Hallerbach, Brigit, Wosnitza, Thomas & Herzenberger, Ralf (2015). *Lernen und Lehren mit Hirn. Ergebnisse der Hirnforschung für den Schulalltag nutzen* (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-System Verlag.
- ICF Research Branch (2017). *Erzeugung eines ICF-basierten Dokumentationsbogens – ICF Research Branch*. Abgerufen von <https://www.icf-core-sets.org/de/page1.php>
- Jenni, Oskar (2016). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Warum nicht ADHS-Spektrum? – *Monatsschrift Kinderheilkunde. Abteilung Entwicklungs-pädiatrie – Universitäts-Kinderspital Zürich*. Abgerufen von https://www.kispi.uzh.ch/de/zuweiser/fachbereiche/entwicklungspaediatrie/Documents/2016_Jenni_Moki.pdf
- Keller, Peter (2018). *Implementierung der ICF-CY Relevanz für die Kinder- und Jugendmedizin – Deutsches Institut für Urbanistik Berlin*. Abgerufen von https://jugendhilfeinklusiv.de/sites/default/files/Folien/keller_vortrag_internet.pdf
- Mollenhauer, Klaus & Uhlendorf, Uwe (2010). *Sozialpädagogische Diagnosen 3* (3. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.

- Mollenhauer, Klaus & Uhlendorf, Uwe (2004). *Sozialpädagogische Diagnosen 1* (4. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- Mollenhauer, Klaus & Uhlendorf, Uwe (1995). *Sozialpädagogische Diagnosen 2* (1. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- Montada, Leo (2002). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In Rolf Oerter & Leo Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 3 - 53). Weinheim: Beltz.
- Myschker, Norbert & Stein, Roland (2014). *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen – Ursachen – Hilfreiche Massnahmen* (7., überarb. & erw. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Müller, Burkhard (2009). *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit* (6., überarb. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus - Verlag.
- Müller, Burkhard (2005). Sozialpädagogische Diagnose. *Sozialmagazin*, 05(7+8), 7 - 11.
- Neuhaus, Cordula (2016). *ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung* (4., überarb. & erw. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Nüesch, Manuela (2002). *Stigmatisierungserleben und Stigma-Management* (Band 6 von ISP Universität Zürich). Luzern: Ed.SZH/SPC.
- Oevermann, Ulrich (2002). Professionalisierungsbedürftigkeit in Professionalisiertheit pädagogischen Handelns. In Margret Kraul, Winfried Marotzki, Cornelia Schweppe (Hrsg.), *Biographie und Profession* (S. 19 - 63). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Pantucek, Peter & Röh, Dieter (Hrsg.). (2009). *Soziale Arbeit – Social Issues. Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards*. Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG.
- Physioscience (2017). *ICF-Konsensus-Konferenz zu ADHS und ASS – Physioscience*. Abgerufen von <https://www.thiemeconnect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0035-1567198>

- Ritscher, Wolf (2007). *Soziale Arbeit: systemisch. Ein Konzept und seine Anwendung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Röh, Dieter (2010). Klassifikationen in der Sozialen Arbeit. Vorschlag eines gegenstands- und funktionsbasierten Rahmens. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit*, 42(4), 44 - 54.
- Röh, Dieter (2009). Klassifikationen in der Sozialen Arbeit: Fluch oder Segen für die Professionalisierung? In Peter Pantucek & Dieter Röh (Hrsg.), *Soziale Arbeit – Social Issues. Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (S. 79 - 96). Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG.
- Sagebiel, Juliane (2011). Macht in der Sozialen Arbeit. In Deutsches Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (S. 576 - 577). Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Scherr, Albert (2009). Soziale Probleme, Soziale Arbeit und menschliche Würde. *Sozialextra. Zeitschrift für Soziale Arbeit* 02, 35 - 38. Weinheim: Juventa Verlag.
- Schrappner, Christian (2004). Sozialpädagogische Diagnostik zwischen Durchblick und Verständigung. In Maja Heiner (Hrsg.), *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch* (S. 40 - 54). Frankfurt am Main: Druckerei Hassmüller Graphische Betriebe GmbH & Co. KG.
- Schrödter, Mark (2009). Formalisierte Diagnostik ja, aber richtig! In Peter Pantucek & Dieter Röh (Hrsg.), *Soziale Arbeit – Social Issues. Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (S. 57 - 78). Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG.
- Schütze, Fritz (1993). Die Fallanalyse. Zur Wissenschaftlichen Fundierung einer klassischen Methode der Sozialen Arbeit. In Thomas Rauschenbach, Friedrich Ortmann & Maria E. Karsten (Hrsg.), *Der Sozialpädagogische Blick: Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 191 - 221). Weinheim: Juventa Verlag.
- SGIT (2010). *Das Verfahren – SGIT, Schweizerische Gesellschaft für Integrative Therapie*. Abgerufen von <https://www.integrativetherapie-schweiz.ch/integrative-therapie/das-verfahren.htm>

- Sommerfeld, Peter (2016). Sucht ein medizinisches oder ein soziales Problem?.
Suchtmagazin 6, 27 - 31.
- Soziale Deprivation. (o.D.). In *Spektrum.de – Lexikon der Psychologie*. Abgerufen von <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/soziale-deprivation/14501>
- Staub-Bernasconi, Silvia (2012). Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsbezogene Bestimmung. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (S. 267 - 282). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – ein Lehrbuch*. Bern: Hauptverlag, UTB GmbH.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2003). Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen es wir es anders. *Widersprüche, Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich 23*(3), 33 - 40.
- Stövesand, Sabine (2015). Konflikt – Macht – Politik. In Sabine Stövesand & Dieter Röh (Hrsg.), *Konflikte – theoretische und praktische Herausforderungen für die Soziale Arbeit* (S. 32 - 46). Berlin: Verlag Barbara Budrich.
- Wernet, Andreas (2009). *Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

9 Abkürzungsverzeichnis

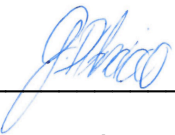
ADHS:	Aufmerksamkeitsdefizit - Hyperaktivitätsstörung
DSM-V:	Diagnostics and Statistic Manual
ICD 10:	International Classification of Diseases
ICF:	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY:	International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth Version
MRT:	Magnetresonanztomographie
PIE-Klassifikation:	Person-in-Environment-Klassifikation
PREDI:	Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostik
WHO:	Weltgesundheitsorganisation

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Drei-Phasen-Modell der Genese von Verhaltensstörungen.

11 Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst wurde.




Gessica D'Ancicco

St. Gallen, 15. März 2020

12 Veröffentlichung Bachelorarbeit

Ich bin damit einverstanden, dass die vorliegende Arbeit bei einer Bewertung mit der Note 5.5 oder höher, für die Wissensplattform Ephesos zur Verfügung gestellt werden kann.

- ja
 nein



Gessica D'Ancicco

St. Gallen, 15. März 2020