


Soziale Interventionsforschung
Schriftenreihe KomSI | Band 8



**Narrative (Einzel- oder Familien-)
Diagnose und Rekonstruktives
Fallverstehen – Ein Vorschlag zur
dialogischen und
beteiligungorientierten
Praxis(er)forschung sozialer
Interventionen in und mit der
Praxis.**

Regina Rätz

Zitiervorschlag

Rätz, Regina. 2022. Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose und Rekonstruktives Fallverstehen – Ein Vorschlag zur dialogischen und beteiligungsorientierten Praxis(er)forschung sozialer Interventionen in und mit der Praxis. In: Soziale Interventionsforschung, Band 8. Herausgegeben durch: Kompetenzzentrum Soziale Interventionsforschung (KomSI). Frankfurt/Main.

Impressum

Herausgegeben durch:

Kompetenzzentrum Soziale Interventionsforschung (KomSI)

Frankfurt University of Applied Sciences

Nibelungenplatz 1

60318 Frankfurt

Tel.: +49 69 1533-2887

KomSI@fb4.fra-uas.de

www.frankfurt-university.de/KomSI

ISSN: 2749-7925 / DOI <https://doi.org/10.48718/6jk3-2f16>

Heftverantwortung: Prof. Dr. Stefan Timmermanns, Dr. Enikö Baga. Lektorat: Karen Barnes

Bildnachweis: Titel: ©panthermedia.net/rangreiss. Bearbeitung durch Frank Muckenheim

Erschienen: 10/2022

Für die inhaltliche Vollständigkeit und Richtigkeit der jeweiligen Beiträge übernimmt das Kompetenzzentrum Soziale Interventionsforschung (KomSI) keine Gewähr.

Inhalt

Regina Rätz

Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose und Rekonstruktives Fallverstehen – Ein Vorschlag zur dialogischen und beteiligungsorientierten Praxis(er)forschung sozialer Interventionen in und mit der Praxis.

Zusammenfassung	5
1. Soziale Interventionen	5
2. Diagnosen im Kontext Sozialer Arbeit	7
3. Zur Entwicklung von Diagnosen und Fallverstehen im Kontext Sozialer Arbeit: Vom Fremd- zum Selbstverstehen	8
4. Sozialpädagogische (Einzel- oder Familien-) Diagnosen	11
5. Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose und Rekonstruktives Fallverstehen	12
6. Zum Schluss	18
Literaturverzeichnis	21

Regina Rätz

Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose und Rekonstruktives Fallverstehen – Ein Vorschlag zur dialogischen und beteiligungsorientierten Praxis(er)forschung sozialer Interventionen in und mit der Praxis.

Abstract:

In diesem Beitrag wird mit der Narrativen (Einzel- oder Familien-) Diagnose und mit dem Rekonstruktiven Fallverstehen ein Vorschlag unterbreitet, den Interaktionsprozess zwischen Fachkräften und Adressat*innen Sozialer Arbeit bereits als Bestandteil sozialer Interventionen anzuerkennen, methodisch zu gestalten und zu reflektieren – gewissermaßen soziale Interventionsforschung als eine fallbezogene forschende Praxis zu begreifen.

Keywords:

Narration, Diagnose, Dialog, Selbstverstehen, Fremdverstehen, Fallverstehen, Rekonstruktion, forschende Praxis, Intervention

Narrative (individual or family) diagnosis and reconstructive case understanding - A proposal for dialogic and participation-oriented practical research of social interventions in and with practice.

Abstract:

In this article, narrative (individual or family) diagnosis and reconstructive case understanding are proposed as a way to recognize, methodologically design, and reflect on the interaction process between social work professionals and addressees as a component of social intervention - in a sense, to understand social intervention research as a case-related research practice.

Keywords:

narration, diagnosis, dialogue, self-understanding, understanding others, case understanding, reconstruction, exploratory practice, intervention

Regina Rätz

Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose und Rekonstruktives Fallverstehen – Ein Vorschlag zur dialogischen und beteiligungsorientierten Praxis(er)forschung sozialer Interventionen in und mit der Praxis.

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird mit der Narrativen (Einzel- oder Familien-) Diagnose und mit dem Rekonstruktiven Fallverstehen¹ ein Vorschlag unterbreitet, den Interaktionsprozess zwischen Fachkräften und Adressat*innen Sozialer Arbeit² bereits als Bestandteil sozialer Interventionen anzuerkennen, methodisch zu gestalten und zu reflektieren – gewissermaßen soziale Interventionsforschung als eine fallbezogene forschende Praxis zu begreifen. Dabei geht es im Kern darum, ein dialogisches Setting zu schaffen, in dem den Adressat*innen Prozesse des Selbstverstehens, der Selbsterkenntnis und der Selbstreflexion ermöglicht werden UND gleichzeitig Prozesse des Fremdverstehens und der Erkenntnis über den ‚Fall‘³ durch die Fachkräfte entstehen. Im dialogischen Austausch und in der Verständigung können dann weitergehende Vorhaben und Ziele entwickelt werden, die von beiden Seiten – Adressat*in und Fachkraft – bejaht werden und sich im gemeinsamen Handeln entfalten.

1. Soziale Interventionen

Unter sozialen Interventionen im Kontext Sozialer Arbeit wird im Allgemeinen ein bewusstes und häufig auch zielgerichtetes professionelles Handeln zur Verbesserung der Lebenswelten von Adressat*innen, aber auch zur Abwendung von akuten Risiken, Gefahren und Gefährdungen von Menschen in sozialen Zusammenhängen verstanden. Dabei gilt es in der Praxis und Forschung gleichermaßen neben den intendierten Wirkungen von sozialen Interventionen, als Legitimation professionellen Handelns, auch deren möglicherweise unbeabsichtigten negativen Folgen zu re-

¹ ‚Verstehen‘ meint in diesem Beitrag nicht ‚gut heißen‘, umfasst also keine normative Bewertung, sondern gemeint ist ein Nachvollziehen der Geschichte bzw. der Perspektive des jeweils anderen Menschen, auch wenn diese, gegensätzliche Positionen zu den jeweils eigenen Überzeugungen vertreten.

² Die Fachkräfte Sozialer Arbeit umfassen Professionelle mit verschiedenen (akademischen) Berufsabschlüssen im sozialen und pädagogischen Bereich, die jedoch in denselben Aufgabenfeldern tätig sind. *Adressat*innen* ist der Begriff aus der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit nach Hans Thiersch (bspw. 2020) für Menschen, die Leistungen und Angebote der Sozialen Arbeit in Anspruch nehmen.

³ Die Definition des ‚Falls‘ macht diesen zu einem, der professionell durch Soziale Arbeit bearbeitet werden kann. Ein ‚Fall‘ kann sich auf einen einzelnen Menschen, eine Gruppe, eine Familie, eine Organisation und/oder einen Stadtteil beziehen. Die Definition des ‚Falls‘ gehört bereits zur professionellen Tätigkeit von Fachkräften (Müller 2017).

flektieren. Beide Aspekte wurden in den vergangenen Jahren u.a. aus der Perspektive der Adressat*innen Sozialer Arbeit sowie in der Analyse von Interaktionen zwischen Fachkräften der Sozialen Arbeit und Adressat*innen erforscht. Dabei wurde deutlich, dass die Beteiligung und Partizipation der Adressat*innen wesentlich dazu beitragen, dass Hilfen erfolgreich sind⁴. Diese verlangt jedoch einen Verstehensprozess der Adressat*innen vom Beginn des Hilfesgeschehens an, sowohl bezüglich der Strukturen und Kontexte des Hilfesystems als auch bezüglich der eigenen Lebens-, Problem- und Konfliktsituationen resp. der Möglichkeiten zum eigenständigen Handeln als Akteur*innen des eigenen Lebens.

Das Geschehen in der zwischenmenschlichen Begegnung, also den sozialen Interaktionen, zwischen (potenziellen) Adressat*innen und Fachkräften Sozialer Arbeit zur Einschätzung von Hilfebedarfen stellt bereits eine Form sozialer Intervention dar. Aus der Sicht der Menschen ist es ein Erlebnis und eine Erfahrung, die biografisch mit vorherigen und nachfolgenden Ereignissen verbunden wird, die stärkend und bereichernd, aber auch kränkend und demütigend sein kann (vgl. Rosenthal/Witte 2021). Auch die fachliche Einschätzung im Kontext Sozialer Arbeit findet im Zusammenhang mit sozialen Interaktionen statt und wird von diesen beeinflusst. Fachkräfte sind darauf angewiesen, dass die Menschen bereit sind, über sich und vor allem auch über gravierende bio-psycho-soziale Probleme zu reden (Mörsberger 2022). Vor diesem Hintergrund bedarf es der fachlichen Aufmerksamkeit für die Gestaltung der Gesprächssituationen, des Dialogs und der Beteiligung der Adressat*innen Sozialer Arbeit sowie der Reflektion und Erforschung. Dabei geht es gleichermaßen um Prozesse des Selbstverstehens der Adressat*innen bspw. über ihren Alltag und ihre Handlungsmöglichkeiten sowie des Fremdverstehens der Fachkräfte zur bspw. Einschätzung des Hilfebedarfs. Der darauf basierende offene Austausch über die jeweilige (ggf. auch unterschiedliche) Sichtweise ist Voraussetzung einer gelingenden Gestaltung von Hilfeprozessen. In diesem Sinne werden Fachkräfte zu Forschenden in sozialen Interaktionen, im Dialog, beim Verstehen des Falls und bei der Falldefinition.

Diese Grundgedanken aufgreifend wird in diesem Beitrag mit der Narrativen (Einzel- oder Familien-) Diagnose und mit dem Rekonstruktiven Fallverstehens ein Vorschlag unterbreitet, den Interaktionsprozess zwischen Fachkräften und Adressat*innen bereits als Bestandteil sozialer Interventionen anzuerkennen, methodisch zu gestalten und zu reflektieren – gewissermaßen als fallbezogene Praxisforschung zu begreifen. Der Beitrag beginnt mit einer Auseinandersetzung zum Begriff der *Diagnose* im Kontext Sozialer Arbeit, um deutlich zu machen, dass Diagnosen in sozialen Arbeitsbereichen der Beteiligung der Menschen, die diagnostiziert werden, bedürfen. Anschließend wird das methodische Vorgehen einer Narrativen (Einzel- oder Familien-) Diagnose vorgestellt und es werden Ausblicke auf deren Verwendung gegeben.

⁴ Es handelt sich hierbei um Interdependenzen, deren Wirkfaktoren, wie einige der Studien zeigen, durch eine konsequente Beteiligungspraxis erhöht werden können. Ich verweise exemplarisch auf: Hartig/Wolff 2006; 2013; Wolf 2007; Gabriel/Keller/Studer 2007; Albus u.a. 2010; Hitzler 2012; 2017; Reimer/Schäfer/Wilde 2015; Reimer 2017 und Krause 2019.

2. Diagnosen im Kontext Sozialer Arbeit

Diagnosen sind Momentaufnahmen, in der Medizin bei der Feststellung einer (Nicht-)Erkrankung, in der Sozialen Arbeit bei der Einschätzung von Lebenssituationen und häufig auch Problem-, Konflikt- und Risikolagen von Menschen in sozialen Bezügen und Systemen. Der Begriff der Diagnose stammt aus dem griechischen und meint in einem allgemeinen Verständnis zu einer Beurteilung und Erkenntnis zu gelangen. Im professionellen Kontext geht es um eine begründete Erkenntnis unter Hinzuziehung des jeweiligen Fachwissens bspw. die Beurteilung einer Krankheit durch die Ärztin. In der Sozialen Arbeit war und ist der Begriff der Diagnose umstritten (vgl. dazu bspw. Heiner 2004). Zum einen wird auch hierbei Fachkräften ein Expert*innenstatus zugesprochen bzw. beanspruchen diese einen für sich. Zum anderen geht es darum, das Leben anderer Menschen, der Adressat*innen Sozialer Arbeit, zu beurteilen und zukünftige Entwicklungen zu prognostizieren. Im Kontext Sozialer Arbeit ist es allerdings unmöglich, soziale Lebensbedingungen eindeutig und somit auch ausschließlich von Seiten der Fachkräfte zu diagnostizieren. Die soziale Welt ist vielschichtig, mehrdimensional, unterschiedlich, in mehrere Richtungen interpretierbar (vgl. Rosenthal 2015). Die sozial diagnostizierten Menschen geben ihrem Handeln oder dessen Unmöglichkeit selbst einen Sinn. Sie interpretieren sich selbst. Verschiedene Fachkräfte beurteilen Phänomene anders, was nicht selten zu Konflikten mit den von Diagnosen betroffenen Menschen und/oder zwischen den Fachkräften führt. Und: Die Momentaufnahme einer Diagnose kann sich im weiteren zeitlichen Fortgang des Lebens der betroffenen Menschen als (in Teilen) unrichtig oder sogar gänzlich falsch erweisen. Aufgrund der vorhandenen Machtasymmetrien im Hilfesystem, also zwischen Fachkräften und Adressant*innen Sozialer Arbeit, setzt sich häufig jedoch die Deutungshoheit der Fachkräfte durch (vgl. Kunstreich u.a. 2004), die ebenso oft an den bewussten oder unbewussten Normen der Fachkräfte und weniger an den Lebenslagen und Perspektiven der Adressat*innen orientiert ist. Hierin besteht die Hauptkritik an Diagnosen im Kontext Sozialer Arbeit, denn durch diese wurden und werden Menschen in ihrer Integrität nachhaltig beschädigt wie es bspw. die Auseinandersetzung mit der Heimerziehung eindrücklich zeigt (RTH 2010a; 2010b). Deutlich wird auch, dass diese Diagnosen ganzheitlich die bio-psycho-sozialen- und ökonomischen Bedingungen von Menschen und deren Lebenswelten betreffen. Sie umfassen also die gesamte Lebensführung von Menschen und nicht nur einen Ausschnitt. Hinzu kommen soziale Ungleichheiten, Diskriminierungen, intersektionale Ungleichheits- und Unterdrückungsverhältnisse, Rassismus, Antisemitismus und sozioökonomische Unterschiede, also gesellschaftliche Bedingungen, die bei der Erstellung von Diagnosen im Kontext Sozialer Arbeit einen Einfluss haben und berücksichtigt werden müssen. Diese gesellschaftlichen strukturellen Bedingungen können des Weiteren als massive Einschränkung von Wohlbefinden, Entwicklungschancen, Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten erlebt werden.

Diagnosen wurden und werden, trotz aller berechtigter Kritik, in der Praxis Sozialer Arbeit beständig gemacht und dies wird mehr oder weniger methodisch reflektiert. Sie dienen der Legitimation des professionellen Handelns und häufig sind sie auch Grundlage für die Gewährleistung konkreter Hilfen wie bspw. in den Hilfen zur Erziehung gem. § 27 SGB VIII. Dies obwohl sich aus der Diagnose selbst, anders als bspw. in der Medizin, nicht die geeignete ‚Behandlung‘ resp.

Hilfe ableiten lässt. Deshalb wird in der Praxis Sozialer Arbeit häufig die ‚Hilfemaßnahme‘ darüber begründet, aber eben nicht die Hilfe selbst.

Vor dem Hintergrund der demokratischen Verfasstheit der Bundesrepublik Deutschland, welche grundsätzlich jeder* Bürger*in in jedem Alter und in jeder Lebenssituation Grundrechte sowie rechtliche Ansprüche auf soziale Hilfeleistungen sichert, die wiederum Beteiligungsrechte beinhalten, stellen sich an Diagnosen im Kontext Sozialer Arbeit zentrale Anforderungen: Sie müssen nachvollziehbar sein. Sie müssen veränderbar sein. Sie müssen, vor allem von den von ihnen betroffenen Menschen, akzeptiert werden. Von daher reicht es im Kontext Sozialer Arbeit nicht aus, mittels Diagnosen Expert*innenwissen zu generieren. Sozialpädagogische resp. sozialarbeiterische Diagnosen⁵ müssen, so wäre jedenfalls der Anspruch, von den von ihnen betroffenen Menschen selbst als Gewinn, als Bereicherung, als Erkenntnisquelle verstanden werden.

Die wesentlichen Aspekte für die Erstellung von Diagnosen sind der Austausch durch Sprache, die wechselseitigen sozialen Interaktionen sowie die menschliche Begegnung. Damit ist die Erstellung einer Diagnose bereits eine Form sozialer Intervention (siehe vorherigen Abschnitt), deren Erforschung allerdings noch aussteht. Zentral wären dabei bspw. die Fragen: Welche sozialen Interventionen zeigen sich in den sozialen Interaktionen bei der Erstellung der Diagnose? Und: Was haben die Adressat*innen Sozialer Arbeit von der Erstellung einer sozialpädagogischen Diagnose? Trägt diese zu einem besseren Verstehen ihrer Lebenssituationen, ihrer zentralen Themen, ihrer Handlungen, ihrer Konflikte etc. bei? Können sie nach der Diagnose sich selbst und ihrem Handeln besser einen Sinn geben? Werden Sie durch diese Verstehensprozesse handlungsfähiger und -mächtiger?

Die Legitimation sozialpädagogischer Diagnosen besteht vor allem darin, das Selbstverstehen und die Selbstreflexionen der Menschen zu fördern, sie als Akteur*innen des Hilfeprozesses zu verstehen und zu stärken und deren Vorhaben, Ziele resp. Handlungsschritte zu konkretisieren, um diese schließlich im Hilfeprozess umzusetzen. Hinzu kommt natürlich das Fremdverstehen der Fachkräfte, also das Expert*innenwissen ausgehend vom Fall, mit dem Angebot des dialogischen Austausches und der gemeinsamen Verständigung. Dies auch in kritischen Situationen, bei Konflikten und im Kinderschutz.

3. Zur Entwicklung von Diagnosen und Fallverstehen im Kontext Sozialer Arbeit: Vom Fremd- zum Selbstverstehen

Diagnose und Intervention gehören seit Alice Salomon zum methodischen Handeln Sozialer Arbeit. In ihrem Buch „Soziale Diagnose“ (1926/2004) entwickelte Alice Salomon mit Bezug auf die Arbeiten der amerikanischen Sozialarbeiterin Mary Richmond und ihr gleichnamiges in Amerika erschienenes Buch „Social Diagnosis“ (1917) den so genannten klassischen Dreischritt aus Anamnese, Diagnose und Behandlung. Alice Salomon hatte zu dieser Zeit das Anliegen, die So-

⁵ Der Begriff Soziale Arbeit umfasst die Begriffe Sozialarbeit und Sozialpädagogik. In diesen Beitrag werden die Begriffe synonym verwendet.

ziale Arbeit wissenschaftlich zu fundieren und lehnte sich mit dem Dreischritt an die Erkenntnisgewinnung im Einzelfall in der Medizin an. Der Dreischritt wurde als eine logische kausale Abfolge verstanden und Salomon bemühte sich schon damals, die Komplexität sozialer Lebenslagen zu subsummieren, zu strukturieren und für die Fallarbeit bearbeitbar zu machen. Anders als in der Medizin – und das ist seit Alice Salomon bis heute so - leitet sich in der Sozialen Arbeit aus der Diagnose nicht kausal die ‚Behandlung‘ ab, die zur ‚Genesung‘ führt. Selbst wenn soziale Problemlagen erkannt und beschrieben werden können, gibt es keine eindeutige Behandlung bzw. Hilfe, denn die eigentliche Hilfe realisiert sich im mehrdimensionalen wechselseitigen sozialen Handeln, welches häufig auch als Ko-Produktion bezeichnet wird, und in einem Prozess. Sie wird durch vielfältige äußere Einflüsse und Bedingungen interdependent beeinflusst und schließlich: Der ‚Fall‘ ist eingebunden in soziale und gesellschaftliche Bedingungen, die wiederum individuelle Belastungen und Bewältigungsanforderungen hervorbringen und strukturell bspw. durch sozioökonomische Ungleichheiten wie Armuts- und Benachteiligungslagen, Diskriminierungen, Rassismus, Antisemitismus, intersektionale Ungleichheits- und Unterdrückungsverhältnisse gerahmt sind.

In der Sozialen Arbeit ist Diagnose eher ein Erkenntnisprozess, um den ‚Fall‘ als einen ‚Fall für die Soziale Arbeit‘ zu konstruieren, zu definieren und bearbeitbar zu machen. Deshalb, also um den Prozess der Erkenntnisgewinnung hervorzuheben und diesen auch nicht einseitig als die Generierung von Expert*innenwissen zu verorten, entstand in den 1990er Jahren in bewusster Abgrenzung zum Begriff der Diagnose der des Fallverstehens. Beim Fallverstehen wurden im Erkenntnisprozess die Perspektiven der Adressat*innen stärker berücksichtigt, aber vor allem wurde auf die komplexe Eingebundenheit und Dynamik des Falls oder auch auf die Entstehung sozialer Probleme sowie die Verstrickungen mit dem Hilfesystem geachtet (bspw. Ader/Schrappner 2020).

Bei Diagnose assoziiert, wie eingangs schon erwähnt, das expertokratische Wissen der Fachkräfte, also das Expert*innenwissen. Mit diesem kann massiv und machtvoll auf die Lebensverhältnisse und die Lebensführung von Menschen eingewirkt werden. Und dies ohne Rückversicherung darüber, ob die Interventionen angemessen sind oder ob sie auch Beschädigungen der betroffenen Menschen hervorbringen. Das ‚Fallverstehen‘ verlässt die expertokratische Perspektive zugunsten eines Dialogs und eines gemeinsamen Verstehensprozesses mit den Adressat*innen Sozialer Arbeit. Daran wird allerdings kritisiert, dass Fachkräfte ausschließlich den Perspektiven der Adressat*innen folgen und keine eigene fachliche Expertise entwickeln, was wiederum zu Beschädigungen anderer Personen bspw. von Kindern führen kann (vgl. bspw. Heiner 2004; Ader/Schrappner 2020; S. 281).

Im begrifflichen Verständnis dieses Beitrags werden Fallverstehen und Diagnose als sich ergänzend verstanden. Fallverstehen stellt den Prozess dar und die Diagnose ist eine Momentaufnahme, die am Anfang und auch mehrmals während des Hilfeprozesses ‚aufgenommen‘ werden kann. Dies bedeutet, dass eine fachliche Expertise vom konkreten ‚Fall‘ ausgeht, das Verstehen des Falls zentral ist, das Wissen über den Fall formuliert und begründet werden kann und dieses

dialogisch mit den Adressat*innen, die über das Selbstverstehen ebenso zu Erkenntnissen gelangen, entsteht und an Verständigung orientiert ist. Auch bei unterschiedlichen Sichtweisen und Einschätzungen bedarf es einer Akzeptanz für die Sichtweise der jeweils anderen, auch wenn diese nicht verstanden wird, und der Aufrechterhaltung von Kommunikation, bspw. auch beim Nachvollziehen von einseitigen Entscheidungen (vgl. Kunstreich u.a. 2004).

In den 90er Jahren des vorherigen Jahrhunderts begann eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Diagnosen in der Sozialen Arbeit, deren Anliegen u.a. darin bestand, die Machtasymmetrie zwischen den Fachkräften und den Adressat*innen zu reflektieren und das Spannungsverhältnis zwischen expertokratischem Wissen der Fachkräfte und dem Alltagswissen sowie der subjektiven Sinngebung der Adressat*innen zu balancieren. Die Antwort bestand darin, die Beteiligung der Adressat*innen als zentralen Bestandteil von Diagnosen im Kontext Sozialer Arbeit anzusehen. Immerhin hatte sich in den Jahrzehnten zuvor der Slogan ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ etabliert, der ebenso auf die aktive Rolle der Adressat*innen und eine gewisse Zurückhaltung der Fachkräfte, ohne die eigene fachliche Bedeutung für den Hilfeprozess aufzugeben, verweist (vgl. bspw. Heiner 2004).

So hat Burkhard Müller in seinem vielfach aufgelegten Methodenbuch „Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit“ (2017) den methodischen Dreischritt von Alice Salomon in einem zirkulären Verständnis weiterentwickelt. Aus dem Begriff der „Behandlung“ wurde die „Intervention“ und das Vorgehen wurde um einen vierten Schritt, den der „Evaluation“, ergänzt. Die Evaluation ist auf den Fall bezogen und bedeutet: Die Fachkräfte sollen selbst die Fallarbeit und ihre eigene Arbeit am Fall reflektieren. Sie sollen verstehen, was sie machen und sich auch korrigieren bzw. den Fall fortwährend neu verstehen– vor allen: Sie sollen beständig weiter lernen! Bei dem vorgeschlagenen Vorgehen dominiert die expertokratische Erkenntnis der Fachkräfte über den Fall. Dies zeigt sich in der Systematisierung des „Fall von“ und „Fall für“ (ebd.). Die Beteiligung der Adressat*innen wird in der Ebene des „Fall mit“ gedacht, welche Müller als die Gestaltung der Beziehung und der Interaktion zwischen den Fachkräften und den Adressat*innen beschreibt und eben damit begründet, dass Fachkräfte nicht einseitig agieren können. Ohne dieses „Mit-Handeln“ kann die Hilfe nicht gelingen und Müller betont dabei auch ethische Aspekte als fachliche Anforderung. Die multiperspektivische Sicht meint, verschiedene Sichtweisen auf den Fall in das Denken und Handeln einzubeziehen, nämlich die der unterschiedlichen Akteur*innen in der Fallarbeit. Damit gibt es nicht nur ein vermeintlich richtiges Fallverständnis, sondern verschiedene Sichtweisen, die es zu berücksichtigen gilt. So fragt er: *Wer hat welches Problem?* um eben diese verschiedenen Sichtweisen systematisch in die Fallarbeit einbeziehen zu können und erteilt der statischen Frage: *Was ist das Problem?* eine Absage.

Mit Müller wurde ein zirkuläres Verständnis sozialarbeiterischen Denkens begründet und es wurde deutlich, dass die Intervention von der Diagnose und der Anamnese gar nicht zu trennen ist, da diese einzelnen analytisch getrennten Schritte im kreisförmigen Ablauf und auch im Wechsel der Richtung immer wieder neu oder sogar gleichzeitig durchschritten werden. So ist bereits die Diagnose ein Bestandteil sozialer Interventionen bspw., wenn Gespräche geführt,

Hausbesuche gemacht, Kinderschutzbögen ausgefüllt werden etc. – denn diese sozialen Interaktionen umfassen jedes Mal die Begegnung und den Kontakt zwischen Menschen und beeinflussen Lebenswelten.

Burkhard Müller setzte den Begriff der Diagnose nicht in den Titel seiner vorgeschlagenen multiperspektivischen Fallarbeit, sondern führt diesen beim konkreten Vorgehen am Fall ein. Dieser Entscheidung lag möglicherweise zu Grunde, dass der Begriff der Diagnose in Folge der Kritik an einer paternalistischen Sozialen Arbeit in den 70er und 80er Jahren weitestgehend abgeschafft wurde. „Diagnosen dienen daher hauptsächlich dazu, das eigene professionelle Handeln zu legitimieren“ – so bringen es Timm Kunstreich und seine Kolleg*innen (2004, S. 29) auf den Punkt. Allerdings kamen die Fachkräfte der Sozialen Arbeit in den 90er Jahren zunehmend unter Legitimationsdruck, vor allem, als vermehrt Leistungen und Wirkungen der Sozialen Arbeit und auch deren Kosten gesellschaftlich angefragt wurden. Dennoch erschien es mutig, als Klaus Mollenhauer und Uwe Uhlendorff ab ca. Mitte der 90er Jahre ihre Bücher mit dem Titel „Sozialpädagogische Diagnosen“ (1992; 1995; Uhlendorff 1997) herausbrachten. Offensiv definierten sie den Begriff der Diagnose neu, indem sie konsequent die Selbsteutungen und das Selbstverstehen – also das Nachvollziehen der subjektiven Perspektive und der Theorien der jungen Menschen selbst – zum Ausgangspunkt von Hilfeprozessen und zur Grundlage für die Hilfeplanung machten. Die „Sozialpädagogischen Diagnosen“ wurden dann zu Beginn des neuen Jahrtausends mit den „Sozialpädagogischen Familiendiagnosen“ von Uwe Uhlendorff, Stephan Cinkl und Thomas Marthaler (aktuelle Auflage Cinkl/Uhlendorff 2021), später Stephan Cinkl und Hans-Ullrich Krause (2014) weiterentwickelt.

4. Sozialpädagogische (Einzel- oder Familien-) Diagnosen

Die Sozialpädagogischen Diagnosen und Familiendiagnosen wurden auf der Basis empirischer Methoden der qualitativen Sozialforschung ausgearbeitet und als Methode in die Praxis Sozialer Arbeit transformiert. Sie stehen damit als eine wissenschaftsbasierte Methode für die Praxis Sozialer Arbeit zur Verfügung. Praktiker*innen lernen diese Methode in Fort- und Weiterbildungen und wenden sie in der praktischen Arbeit an wie Beispiele aus der ambulanten Sozialpädagogischen Familienhilfe, den stationären Hilfen und der familienintegrativen Arbeit zeigen. Hierzu gehören auch fallbezogene Evaluationen, um die Fallarbeit zu erforschen und zu reflektieren. Auch in Fällen von Kindeswohlgefährdungen hat sich dieses methodische Vorgehen bereits bewährt. Die Adressat*innen schätzen die Selbstermächtigung, welche durch die konsequente Beteiligung bei der Erstellung der Diagnose geschieht und sie auf Augenhöhe mit den Fachkräften des Hilfesystems agieren lässt. Diese ist mit tiefgreifenden Prozessen des Selbstverstehens und der Selbstreflexion verbunden (vgl. Cinkl/Krause 2014).

Kurz zum Vorgehen (ebd.): Die vorab geschulten Fachkräfte führen ein Interview mit einem vorgegebenen Leitfaden mit Kindern, Jugendlichen und/oder Eltern. Der Ton wird während des Interviews aufgezeichnet. Im Team der Fachkräfte wird die Aufnahme im nächsten Schritt abgehört und es werden die von den Interviewten zentralen und relevanten Themen, gegliedert in:

Aktuelle Belastungen, Konfliktthemen, Ressourcen, subjektiver Hilfeplan (bei Kindern und Jugendlichen: Entwicklungsaufgaben) auf Flipchart⁶ notiert. Es folgt nun ein Treffen mit den Interviewten, in dem die Ergebnisse auf den Flipcharts vorgestellt werden und danach gefragt wird, ob diese als solche von den Fachkräften richtig verstanden wurden. Daraufhin bestätigt, ergänzt und/oder korrigiert die Interviewperson die Ergebnisse und gibt diesen eine Wichtung, also eine priorisierte Reihenfolge. Es werden konkrete Themen ausgewählt, an denen in der Hilfe gearbeitet werden soll. Die Flipcharts werden auch in Hilfeforenzen im Jugendamt eingebracht und von den interviewten Personen vorgetragen und zum Ausgangspunkt der Hilfeplanung. Dadurch wird der Hilfebedarf durch die Adressat*innen selbst formuliert. Ausgangspunkt der Diagnose und der Hilfe werden somit die subjektiven Sichtweisen und Deutungen der Adressat*innen.

5. Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose und Rekonstruktives Fallverstehen

Anders als die Sozialpädagogischen (Einzel- oder Familien-) Diagnosen beginnt die Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose nicht mit einem Fragekatalog (Leitfaden), sondern, wie im narrativen Interview (Schütze 1983; Rosenthal 2015), mit einer offenen Erzählaufforderung an die Adressat*innen Sozialer Arbeit. Es wird so vom Beginn der Interaktion an, ein Raum zum Erzählen, Zuhören und zum Dialog eröffnet. Dies ermöglicht, dass die Menschen ihre Sichtweisen, ihre Relevanzen und ihre Deutungen ohne eine vorab Strukturierung und Kategorisierung präsentieren können. Dadurch können Themen angesprochen werden, die aus Sicht der Adressat*innen von Bedeutung sind, aber von den Fachkräften möglicherweise noch gar nicht im Zusammenhang mit einem bestimmten Phänomen/Problem oder dem Anlass der Hilfe gedacht wurden. Auch zeigen sich bei den Adressat*innen neue Zusammenhänge bspw. von Phänomenen oder Problemen, die zunächst bei den Beteiligten noch nicht im Blick waren. Beim Erzählen wird an etwas den Menschen als Alltagshandlung Bekanntes angeknüpft. Erinnerungen werden strukturiert und bisherige Erfahrungen werden geordnet (vgl. Lucius-Hoene/Deppermann 2002).

Ebenso wie die Sozialpädagogische (Einzel- oder Familien-) Diagnose basiert die Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose auf empirischen Grundlagen der qualitativen Sozialforschung, welche allerdings einer interpretativ-rekonstruktiven Logik folgen. Die interpretativ-rekonstruktive Sozialforschung weist starke Bezüge zum Paradigma der Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit nach Thiersch (2006/1986) auf. Für die narrative Diagnose, als Momentaufnahme, und das rekonstruktive Fallverstehen, als Prozess, werden vor allem biographietheoretische, konstruktivistische und sinnverstehende Handlungsansätze einbezogen. Ein wesentlicher Aspekt ist die „ethnographische Fremdheitshaltung“ (Schütze 1994, S. 190), die Fritz Schütze in die Soziale Arbeit eingeführt hat und durch die eine „Befremdung der eigenen Praxis“ (ebd.) und damit ein forschender Blick gelingen kann. Dies bedeutet, dass die Fachkräfte ihr Vorwissen und ihre Vorannahmen zunächst zurückstellen und sich offen, interessiert und vorbehaltlos auf die Erzählungen der Adressat*innen einlassen und vor allem zunächst Zuhören.

⁶ Die Visualisierung auf Flipchart gehört ganz zentral zum methodischen Vorgehen, um eine deutliche Sichtbarkeit der Themen herzustellen.

Weitere theoretische Grundannahmen bestehen darin, dass Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft miteinander verknüpft sind, sich also durchdringen. Dies bedeutet, dass soziale Phänomene und eben auch Probleme eine Entstehung, eine Genese, haben und eine Strukturierung, auch in den subjektiv vorhandenen Handlungsmöglichkeiten und -grenzen, entstanden ist. Oevermann (1981, S. 40) bezeichnet diese Regelmäßigkeit als ‚Fallstruktur‘.

Die Geschichte der Entstehung nachzuvollziehen ist also wesentlich, um Veränderungen zu ermöglichen. Ebenso wird von der Sinnhaftigkeit sozialer Handlungen und gegenwärtiger Sichtweisen der Adressat*innen ausgegangen, die sich auf der Basis lebensgeschichtlicher Erlebnisse und Erfahrungen entwickelt haben. Auch wenn Handlungen, also, dass, was Menschen tun, und die entsprechenden Begründungen dafür für Fachkräfte zunächst in ihrer Sinnlogik nicht verstehbar sind, besteht das Ziel der Narrativen Diagnose und des rekonstruktiven Fallverstehens darin, sich diesen Sinn aus der Eigenlogik des Falls heraus schrittweise zu erschließen und auch zu wissen, dass dies lediglich Annäherungen sind, da ein vollständiges Fallverstehen in all der Komplexität nicht möglich sein wird. Diese Grundhaltung bereitet allerdings auch darauf vor, offen für neue und überraschende Entwicklungen im Fallverlauf zu sein bzw. gewissermaßen mit diesen zu rechnen.

Methodisch wird bei der Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose auf Techniken der Datenerhebung und Auswertung aus der interpretativen- rekonstruktiven Sozialforschung zurückgegriffen, wie die der teilnehmenden Beobachtung und der (biographisch-) narrativen Gesprächsführung sowie der sequenziellen und abduktiven Analyse (vgl. Rosenthal 2015; Schütze 1983).

Entscheidend dabei ist die Orientierung am Alltagshandeln und am Relevanzsystem der Adressat*innen. Dies wird mit der Haltung einer grundsätzlichen strukturellen Offenheit hergestellt. Diese lässt einen Raum zum Erzählen, zur Gestaltentwicklung und die Möglichkeit, Erinnerungen zuzulassen (vgl. Rosenthal 1995 und 2015; Völzke 2005). Dabei werden alle Äußerungen als für die Person sinnhaft begriffen, auch wenn zunächst kein Zusammenhang durch die Zuhörer*in verstanden wird. Es geht also um ein Einlassen auf die Lebenswelt der Adressat*innen Sozialer Arbeit mit den jeweiligen Eigenlogiken. Wahrnehmen, Erzählen lassen und dabei aktiv Zuhören und anschließender Dialog sind die wichtigsten Aufgaben für die Fachkräfte bei der narrativen Diagnose in der Interaktion mit den Adressat*innen (vgl. Köttig/Rätz-Heinisch 2005; Rätz-Heinisch/Köttig 2010; Köttig/Rätz 2017).

Ebenso wie bei der Sozialpädagogischen (Einzel/Familien) Diagnose geht es bei der Narrativen (Einzel- oder Familien-) Diagnose darum, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit selbst diese Methode in Fort- und Weiterbildungen lernen und dann in der Praxis anwenden (also diese nicht extern durch ein Forschungsteam durchgeführt wird, wie es bspw. Goblirsch (2010) vorgestellt hat). Fachkräfte werden damit zu Forschenden des Verstehens am Fall und ihrer eigenen sozialen Interventionen. Sie wenden eine narrative Gesprächsführung an und nehmen sensibel den sozialen Kontext sowie soziale Interaktionen während des Gesprächs wahr. Und sie können das Gesprochene sequenziell und abduktiv – also mehrperspektivisch – verstehend analysieren. Bei

dieser Analyse werden neben den manifesten Sinngehalten (Was wird gesagt?) auch latente Sinngehalte (Wie wird es gesagt? bzw. Welche Bedeutung hat das Gesagte für die interviewte Person? Was möchte die Person ausdrücken? Was ist ihr wichtig zu vermitteln? Wer sind die Akteure? Welche Wörter und welche Erzählform/Textsorte werden (nicht) verwendet?) in die Interpretation einbezogen.

Die Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose besteht aus drei Teilen: dem narrativen Interview, welches auf einen Tonträger aufgezeichnet wird (1), der sequentiellen Auswertung des Interviews im Team (2), der Rückmeldung der Ergebnisse aus der Teamauswertung mit dem dialogischen Austausch, der schließlich zur Formulierung der Ergebnisse der Diagnose führt (3). Die Ergebnisse können sowohl bei der Ausgestaltung eines laufenden Hilfeprozesses oder für die Hilfeplanung bspw. im Jugendamt handlungsleitend sein. Die Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose kann auch während eines Clearingverfahrens methodisch eingesetzt werden. Sie kann sowohl mit einzelnen Personen, mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen, als Einzel-Diagnose als auch mit den Mitgliedern einer Familie als Familien-Diagnosen realisiert werden.

Zu Beginn bietet es sich an, eine Fragestellung zu formulieren, die zum Abschluss der Narrativen Diagnose beantwortet werden kann.

Nachfolgend wird das methodische Vorgehen konkretisiert:

Das narrative Interview mit Aufzeichnung auf einen Tonträger (1). Die Durchführung des Interviews wird zunächst vorbereitet. In dieser Vorbereitungsphase nimmt die Fachkraft zu der konkreten Person bspw. einem Elternteil, einem Jugendlichen, Kontakt auf. Im Vorgespräch wird über das Interviewsetting und das Ziel der Diagnose informiert und vor allem darüber, dass diese in einem gemeinsamen Prozess und dialogisch erstellt wird. Voraussetzung für die Durchführung der Diagnose ist die Freiwilligkeit des Erzählens und das Einverständnis zur Tonaufnahme. Fragen der Interviewperson werden beantwortet und es wird ein Interviewtermin und ein Ort, an dem das Interview durchgeführt werden kann, vereinbart. Dabei wird empfohlen den Vorschlägen und Wünschen zur Wahl des Interviewortes von Seiten der Adressat*innen zu folgen. Dies entspricht auch einem lebensweltorientierten Vorgehen.

Beim eigentlichen Interviewtermin wird das Gespräch zunächst mit einer Begrüßung und einem *small talk* begonnen. Es wird der Datenträger für die Tonaufnahme platziert. Nach diesen Vorbereitungen beginnt die Tonaufnahme und die interviewende Fachkraft stellt die offene erzählgenerierende Eingangsfrage. Diese kann bspw. lauten:

„Ich möchte Sie/Dich bitten, mir etwas von Ihnen/von Dir und Ihrer/Deiner Familie zu erzählen.“ Oder: „Ich würde Sie/Dich bitten, mir zu erzählen, wie ... (das Problem zu Hause) angefangen hat und wie es dann für Sie/für Dich weiterging.“ Oder: „... wie Sie/Du die Inobhutnahme /die stationäre Unterbringung/ die Zeit des Lockdowns erlebt hast und wie es dann weiterging.“ Oder: „Sie sind mit mir als Sozialarbeiterin in Kontakt gekommen, weil es Probleme mit Ihren Kindern/Ihrer*m Partner*in gibt. Bitte erzählen Sie mir davon, als Sie das erste Mal mit diesem Problem in Berührung gekommen sind und wie es dann weiterging.“

Nach der Eingangsfrage folgt ein Satz zur Gestaltung (Regie) der nachfolgenden Gesprächssituation: „Sie können sich dafür Zeit lassen, auch um in Ruhe zu überlegen und gern Pausen machen. Ich werde Sie zunächst nicht unterbrechen, sondern zuhören und mir ein paar Notizen machen, um später nachzufragen.“

Es folgt nun die autonom gestaltete Selbstpräsentation bzw. Stegreiferzählung des/der Interviewten. Die Aufgabe des/der Interviewers*in besteht darin, aktiv Zuzuhören, ganz kurze Stichpunkte in der gehörten Reihenfolge der angesprochenen Themen zu machen, Pausen auszuhalten, zum weiter reden bzw. erzählen zu ermutigen (beim Stocken bspw. mit „Wie ging es dann weiter?“ das weitere Erzählen zu unterstützen), keine Zwischenfragen und keine eigenen Fragen stellen.

Das Ende der Selbstpräsentation bzw. der Stegreiferzählung wird durch eine abschließende Koda durch die/den Interviewte*n deutlich gemacht (bspw. mit „Das war’s.“; „Mehr gibt es nicht zu erzählen.“). Damit endet dieser Teil und es folgt eine kurze Danksagung an die/den Interviewte*n für die Präsentation. Dann wird die Überleitung zum erzählinternen Nachfrageteil durch den/die Interviewer*in verbalisiert. In diesem erzählgenerierenden Nachfrageteil fragt nun die interviewende Fachkraft entlang der Reihenfolge der während der Stegreiferzählung gemachten Notizen (sequentiell) nach. Dabei geht es darum, weitere Erzählungen und auch detaillierte Präsentationen singulärer Handlungssituationen zu generieren. Fragen können in diesem Teil bspw. sein: „Sie hatten ganz am Anfang erwähnt, dass die Probleme mit Ihrem jüngsten Kind begannen, als es in die Schule kam. Möchten Sie über diese Zeit noch mehr erzählen?“ Oder: „Sie erwähnten, dass Sie nach Hause kamen und Ihr Mann das Wohnzimmer komplett umgeräumt hatte. Können Sie mir diese Situation genauer erzählen?“ Oder: „Sie haben/Du hast anfangs erwähnt, dass es zu Hause immerzu Stress gibt. Können Sie/Kannst Du noch mehr darüber erzählen?“ Oder: „Können Sie sich/Kannst Du Dich daran erinnern, wie der Stress zu Hause begann und wie es dann weiterging?“ Oder: „Können Sie/Kannst Du eine konkrete Situation erzählen, in der es zu Hause Stress gab?“ Dieser Teil endet, wenn alle Stichpunkte erfragt worden sind oder – bei sehr langen Eingangserzählungen – wenn die Themen bereits auserzählt wurden oder auch, wenn durch die zeitliche Länge deutlich wird, dass es einer Pause bedarf. Das Interview sollte aber nicht nach dem erzählgenerierenden Teil beendet werden, so dass bei einer zeitlichen Beschränkung darauf zu achten ist, noch ausreichend Zeit für den nächsten Teil, den externen Nachfrageteil, vorzuhalten. Im externen Nachfrageteil hat die interviewende Fachkraft nun die Gelegenheit zu bisher nicht angesprochenen Themen Fragen zu stellen und auch nach Dingen nachzufragen, die ihr aus dem bis dahin Dargelegten unverständlich geblieben sind. Wenn es konkrete Fragen der Fachkräfte bspw. zur Lebenssituation, zu aktuellen Belastungen, zu Konfliktthemen, zu Ressourcen und subjektiven Hilfeplänen gibt, werden diese an dieser Stelle im externen Nachfrageteil gestellt. Zu diesem Zweck kann auch ein ergänzender Frageleitfaden eingesetzt werden.

Zum Ende dieses Teils werden die Interviewten durch die interviewende Fachkraft thematisch in die Gegenwart und ins Hier und Jetzt geführt, um nicht in einer belastenden vergangenen

Situation das Interview zu beenden. Als Schlussfrage bietet sich an, nach positiven Aspekten oder nach Wünschen zu fragen (vgl. Rosenthal 2015, S. 177 f).

Im anschließenden dialogischen Austausch wird die interviewte Person nach ihrer Gesamtbilanz zum Interview gefragt und es werden deren Fragen beantwortet. Es kann auch ein Austausch zu dem erfolgen, was die interviewende Fachkraft verstanden hat. Dies kann eingeläutet werden mit: „Ich habe Sie/Dich so verstanden, ...“ Die interviewte Person hat dann die Möglichkeit, ihre eigene Perspektive darzustellen, die ggf. auch korrigierend zu dem Gesagten der Fachkraft sein kann. Der Dialogische Austausch sollte grundsätzlich akzeptierend und wertschätzend sein. Die Unterschiedlichkeit der Perspektiven wird dabei benannt und als solche akzeptiert. Schließlich wird über das weitere Vorgehen informiert, also, dass das Interview im Team ausgewertet wird und danach ein weiterer Termin zur Validierung der Ergebnisse mit der interviewten Person stattfinden wird. Es folgt der Abschluss des Interviews und die Verabschiedung. Nach dem Interview bietet es sich an, ein kurzes Memo, also eine Gedanken- und Gedächtnisstütze, zu schreiben oder auf einen Tonträger aufzunehmen. In dem Memo werden von der Fachkraft zunächst alle Eindrücke aus dem Interview, also alle Beobachtungen und Wahrnehmungen, auch zum sozialen Kontext und zu den Interaktionen während des Interviews, schriftlich notiert bzw. auf Tonträger gesprochen, damit diese nicht verloren gehen, aber der Kopf von diesen frei werden kann. Das Memo kann stichwortartige Aufzeichnungen umfassen.

Dieser Ablauf, wie er hier als narratives Interview vorgestellt wird, ist auch – wie Michaela Köttig und ich in mehreren Texten bereits erarbeitet haben - als Form der narrativen Gesprächsführung in verschiedenen Kontexten der Sozialen Arbeit einsetzbar, wie bspw. betreutes Jugendwohnen, Jugendarbeit, Beratung – in zeitlich längerer oder kürzere Form (vgl. Köttig/Rätz-Heinisch 2005; Rätz-Heinisch/Köttig 2007; 2010; Köttig/Rätz 2015; 2017).

Das narrative Interview zielt, wie der Name sagt, auf die Hervorbringung von Erzählungen (vgl. Schütze 1983; Rosenthal 2015). Dies bedeutet die Hinwendung der/des Erzähler*in an Erinnerungsprozesse, an Erlebtes, an singuläre Handlungssituation aus dem eigenen Leben. Die Geschichten, die auf dieser Basis erzählt werden können, machen die Menschen als handelnde Akteure in Handlungsabläufen, also sozialen Interaktionen, sichtbar. Schütze (1977) arbeitete heraus, dass Erzählungen das faktische Handeln am ehesten abbilden. Beides ist prozesshaft organisiert. Handlungen und Erzählungen haben einen Verlauf mit einem Anfang, einer Entfaltung sozialer Interaktionen, auch häufig einem Höhepunkt und einen Abschluss. In Erzählungen werden vergangene, gegenwärtige oder zukünftige Handlungsabläufe dargestellt. Die Menschen sind dabei Akteure, die selbst handeln. Somit können Erzählungen auch Handlungsfähigkeiten (wieder) auslösen. Die Versprachlichung eröffnet ebenso eine Zuwendung zum Erinnern an vergangene Ereignisse, also dem Erleben. Die Zuwendung zum Erleben ist dabei nicht gleichzusetzen mit dem, was in der Vergangenheit tatsächlich geschah. Die gegenwärtige Erinnerung umfasst sowohl die erlebte als auch die anschließend interpretierte Vergangenheit sowie die antizipierte Zukunft (Rosenthal 2015, 167f.). Vergangene Erlebnisse und Erfahrungen können auf der Basis des Erzählens re-interpretiert und neu-interpretiert werden. Es entwickeln sich somit neue oder andere Selbstverstehensprozesse, die Loch und Schulze als eine ‚sanfte Intervention‘ bezeichnen (Loch/Schulze 2002).

Die sequentielle Auswertung des narrativen Interviews im Team (2) ist eine thematisch orientierte, abduktive Sequenzanalyse auf Basis der Tonaufzeichnung. Dieses ist an dem Vorgehen der objektiven Hermeneutik orientiert (zur Einführung: Wernet 2009). Die Auswertung findet im Team bzw. in der Gruppe statt. Dies ist u.a. wichtig, um hypothetisch mehrere denkbare Verstehenszusammenhänge zu entwerfen und diese jeweils am Fortgang des Interviewmaterials zu überprüfen. Neben der Tonaufzeichnung werden als Materialien, ebenso wie bei der Sozialpädagogischen (Einzel- oder Familien-)Diagnose (siehe oben) Flipchart und Stifte für die Visualisierung benötigt. Die Tonaufnahme wird vom Beginn des Interviews an abgespielt. Bei einem Themenwechsel wird die Tonaufnahme angehalten. Die Gruppe notiert nun auf das Flipchart das angesprochene Thema, beantwortet also die Frage: Was wird gesagt? In einem nächsten Schritt wird nun der Verstehensrahmen entworfen, in dem die Frage: Wie wird es gesagt? gestellt wird. Damit werden Hypothesen gebildet, welche die manifeste Ebene des ‚Was‘ um Interpretationen ergänzen, in denen auch ‚Zwischentöne‘ sowie latente Botschaften der interviewten Person verstanden werden können. Um diese Interpretationen nicht einseitig vorzunehmen, werden in einem abduktiven Verständnis bewusst mehrere unterschiedliche Lesarten gebildet, die sich durchaus zunächst auch widersprechen können. Im weiteren Verlauf des Abhörens der Tonaufnahme wird dann deutlich, welche Lesarten der Interpretation zutreffen, sich also durch den nachfolgenden Text bestätigen und welche als nicht plausibel erkannt werden. Dieses Vorgehen öffnet die Fachkräfte dafür, den Fall aus seiner Eigenlogik heraus zu verstehen und schützt davor, dass vorschnell bekannte Erklärungen auf den Fall angewendet werden, also der Fall unter allgemeine Wissensbestände ohne Berücksichtigung der Fallspezifik subsumiert wird. Im Verlauf des Vorgehens können dann auch längere Passagen der Tonaufnahme in einem Stück gehört werden und die von der interviewten Person angesprochenen Themen werden danach zusammengetragen. Abschließend werden die zentralen Themen und ihre Bedeutung für die interviewte Person sowie die zentrale Botschaft der Selbstpräsentation der/des Interviewten* zusammengefasst. Erst danach wird die Frage, die mit der Diagnose beantwortet werden soll, wieder hervorgeholt und auf der Basis des Wissens über den Fall beantwortet. Auch eine vorab interessierende Themenfokussierung bspw. zu aktuellen Belastungen, zu Konfliktthemen, zu Ressourcen und zum subjektiven Hilfeplan wird abschließend in den Blick genommen und die Ergebnisse dazu werden auf Flipcharts visualisiert. Die Ergebnisse aus diesem Arbeitsschritt sind zunächst vorläufige.

Die Rückmeldung der Ergebnisse aus der Teamauswertung an die Adressat*in mit dem dialogischen Austausch, der schließlich zur Formulierung der Ergebnisse der Diagnose führt (3) findet im Gespräch zwischen der Fachkraft, die das Interview durchgeführt hat, und der interviewten Person statt. Die Fachkraft hängt die Flipcharts mit den vorläufigen Ergebnissen sichtbar auf und stellt diese vor. Dabei werden die einzelnen Themen (Ebene: ‚Was‘) sowie der interpretierte Verstehensrahmen (Ebene: ‚Wie‘) dargelegt und die Fachkraft fragt nach jedem Thema: Habe ich Sie/dich richtig verstanden? Wenn die Frage bejaht wird, wird das Thema bestätigt bspw. durch ein Abhaken auf dem Flipchart. Wird die Frage verneint, korrigiert die interviewte Person die Aussage und diese wird auf dem Flipchart notiert. Nichtzutreffende Aussagen werden durchgestrichen. Es können durch die interviewte Person weitere Themen und Bedeutungen auf dem Flipchart ergänzt werden. Im Ergebnis stehen diejenigen Themen, deren Zusammenhänge und

Bedeutungen an dem Flipchart, die von der interviewten Person als solche bejaht wurden. In einem weiteren Schritt werden die Themen gewichtet, in dem die interviewte Person Prioritäten für die Bearbeitung der Themen festlegt. Erst in diesem partizipativen und dialogischen Erkenntnisprozess werden die abschließenden Ergebnisse dieses Diagnoseprozesses formuliert. Diese werden dann zur Grundlage für weitere Vorhaben und Ziele sowie für die Hilfeplanung. Bei der Hilfeplanung wird das Flipchart mit den Ergebnissen zum Ort der Hilfekonzferenz getragen und von der interviewten Person, die Adressat*in und Akteur*in der Hilfe ist, vorgestellt.

6. Zum Schluss

Erste Erfahrungen mit der Narrativen (Einzel- oder Familien-) Diagnose aus der Lehrforschung im Masterstudiengang Praxisforschung bestätigen, dass das narrative Interview zur Datenerhebung für die Diagnose bereits eine ‚sanfte Intervention‘ (vgl. Loch/Schulze 2002) darstellt. Das Erzählen selbst ist eine aktive Handlung und löst intensive Prozesse der Reflexion und des Selbstverstehens bei den interviewten Personen, die Adressat*innen und Akteure der Hilfe sind, aus. Es ist auch ein Setting, in dem den Menschen zugehört wird und sie sich somit Raum zum Erzählen nehmen können. Diese Erfahrung des Erzählens und Zuhörens wird im Alltag häufig nicht erlebt und so bleiben, gerade sehr belastende, Themen im Inneren der Menschen verborgen und können diese über einen langen Zeitraum sehr belasten. Die Menschen bleiben damit allein und isoliert. Nicht gehört zu werden erschwert auch die subjektive Auseinandersetzung mit Erlebnissen und Erfahrungen und das Erlangen von Handlungsfähigkeit und -mächtigkeit. Es kann Gefühle der Scham und der Stigmatisierung hervorbringen. Menschen reagieren vor diesem Hintergrund eher mit einem inneren Rückzug. Bei den Fachkräften trägt allein das Zuhören zum Verstehen bei. Auch zeigen erste Erfahrungen, dass Erkenntnisse der interviewten Person im Zusammenhang mit dem offenen Erzählen Handlungsfähigkeit und -mächtigkeit fördern und zu Autonomie und Selbstbestimmung beitragen. Die Fähigkeit des Handelns zeigt sich in konkreten Aktivitäten bspw. bei der Klärung von Konflikten oder zur Verbesserung der Lebenssituation. Eine weitere Ermächtigung der Adressat*innen, nämlich gegenüber dem Hilfesystem, wird bei der Vorstellung der deutlichen Visualisierung auf den Flipcharts im großen Format B1⁷ sichtbar. Hier präsentieren die Adressat*innen selbst die erarbeiteten Themen und Handlungsvorschläge für den Hilfeprozess. Diese haben einen unmittelbaren Bezug zu den eigenen Lebensthemen und werden von ihnen selbst verstanden. Diese Flipcharts tragen dazu bei, die Machtasymmetrie im Hilfeprozess abzubauen. Die Adressat*innen, auch wenn sie mit prekären Lebenssituationen konfrontiert sind, erleben sich als handlungsfähige Akteur*innen und werden auch von Fachkräften als solche erlebt. Dies zeigen die Erfahrungen und Evaluationen in der Arbeit mit den Flipcharts bei den Sozialpädagogischen Familiendiagnosen (vgl. auch Cinkl/Krause 2014).

Auch für die Fachkräfte zeigt sich ein tiefergehendes Verstehen des Falls, indem die bzw. Teile der Lebensgeschichte, biografische Erfahrungen, Selbstdeutungen und der subjektive Sinn nachvollzogen werden. Im Prozess der Hilfe eröffnet dies ein umfassendes rekonstruktives Fallverstehen (vgl. auch Rosenthal/Witte 2021).

⁷ Es können auch andere Formen der Visualisierung eingesetzt werden, bei denen jedoch darauf zu achten ist, dass diese in einem großen Format erstellt und deutlich sichtbar präsentiert werden.

In dem hier vorgestellten methodischen Vorgehen einer narrativen Diagnose und eines rekonstruktiven Fallverstehens ist es von zentraler Bedeutung, das Sprechen der Menschen und das Verbalisieren von Erlebnissen, Erfahrungen und subjektiven Bedeutungsgehalten zu unterstützen. Dies verweist auch darauf, dass in einer demokratischen Gesellschaft kommunizieren und insbesondere Sprechen wesentliche Voraussetzungen für individuelle Entwicklungsprozesse und gesellschaftliche Teilhabe sind. Sprechen und die Fähigkeit zu verbalen Äußerungen werden dabei in der Regel vorausgesetzt – auch im Hilfesystem Sozialer Arbeit. Die Abfrage von Wünschen, Vorstellungen und Zielen finden häufig auf einer kognitiven und reflexiven Ebene statt. Allerdings gibt es Gesprächssituationen in Hilfeprozessen, die Menschen eher verstummen und ‚sprachlos‘ werden lassen. Dazu gehören der Versuch der Verbalisierung von schwierigen Erlebnissen und Erfahrungen sowie von belastenden Lebens- und Alltagssituationen der Menschen. Auch Erfahrungen der Bevormundung oder schlichtweg das Gefühl, nicht verstanden zu werden, oder auch der Stigmatisierungen aufgrund äußerer Merkmale wie Geschlecht, kulturelle, rassistische sowie antisemitische Zuschreibungen oder auch die Rolle von Kindern und Jugendliche in einer von Erwachsenen dominierten Kommunikation können dazu führen.

Wird die Kommunikation allerdings mit den hier vorgestellten narrativen Erzählimpuls offen gestaltet, dann kann es Menschen auch im Hilfekontext eher gelingen, ihre subjektiven Perspektiven, Eigentheorien oder Problemlösungen einzubringen. Denn sie werden als Expert*innen ihrer Lebenswelt angesprochen und können zunächst von ihren Erfahrungen erzählen, den „Zugzwängen des Erzählens“ (vgl. Rosenthal 2015, S. 168) folgen und auf dieser Basis sich selbst verstehen und Erkenntnisse formulieren.

Beim Dialog geht es schließlich nicht darum, am Ende einer Meinung zu sein. Entscheidend ist, dass die jeweils unterschiedlichen Perspektiven gleichberechtigt ausgesprochen und aufrechterhalten werden können. Letzteres ist möglich, wenn die jeweilige Position von der jeweils anderen Person nachvollzogen werden kann. Der Dialog setzt ein grundsätzliches Interesse am anderen Menschen und an dessen Sichtweisen voraus (vgl. Buber 2006; Bohm 2017). Nehmen Fachkräfte diese Haltung ein und haben ein wirkliches Interesse an den Adressat*innen, deren Geschichten und Sichtweisen, dann kann die Machtasymmetrie beim Fallverstehen und der Diagnose reflektiert und die Hilfe gemeinsam ausgestaltet werden.

In einem weiteren Schritt werden konkrete Handlungen zur Verbesserung von Lebens- und Alltagssituationen und zur Überwindung konkreter Probleme angesteuert. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, dass diese Handlungen resp. Vorhaben und Ziele aus der jeweiligen Perspektive der Adressat*in UND der Fachkraft heraus überhaupt möglich sind. Dafür bedarf es einer Verständigung über das für beide Seiten Mögliche und Machbare. Die Verständigung geht demnach über das Verstehen hinaus (Kunstreich u. a. 2004, S. 34). Im Prozess der Verständigung müssen Wege und Lösungen resp. Hilfen gefunden werden, die für beide Seiten vorstellbar und machbar sind. Diese Schnittmenge im Dialog zu finden ist Kern professioneller fachlicher Tätigkeit im Kontext Sozialer Arbeit. Sie ist Voraussetzung dafür, dass die Adressat*innen selber handeln und die Hilfen als sinnhaft für sich begreifen können, also, dass Partizipation gelebt wird und eine Passung möglich wird.

Die Narrative (Einzel- oder Familien-) Diagnose bietet ein methodisches Verfahren, um die Perspektive der Adressat*innen Sozialer Arbeit zu verstehen, diese in das Fremdverstehen (also die fachliche Expertise) dialogisch einzubeziehen und als Ausgangspunkt einer verständigungsorientierten Hilfe zu begreifen. Fachkräfte sind dabei forschend und reflektierend tätig – auch bezüglich der Erforschung der sozialen Interventionen während des Prozesses der Erstellung der Diagnose, des Fallverstehens und des Hilfeprozesses. Die so verstandene soziale Interventionsforschung als eine forschende und sich selbst reflektierende Praxis kann natürlich auch durch ein externes Forschungsteam zusätzlich begleitet werden. All dies eröffnet Formen der Praxisforschung.

Von zentraler Bedeutung ist jedoch, dass die Menschen sich selbst bei dieser, also der narrativen, Diagnose besser verstehen (lernen), handlungsfähig sein (oder werden) können und sich in einem beteiligungsorientierten dialogischen Prozess als Akteur*innen der Hilfe verstehen.

Literaturverzeichnis

- Ader, Sabine; Schrapper, Christian. 2020. Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. UTB.
- Bohm, David. 2017. Der Dialog. Das offene Gespräch am Ende der Diskussionen. 8., unveränderte Aufl. Klett-Cotta (englisches Original 1996).
- Buber, Martin. 2006. Das dialogische Prinzip. 10. Aufl. Gütersloher Verlagshaus.
- Cinkl, Stephan; Krause, Hans-Ullrich. 2014. Praxishandbuch Sozialpädagogische Familiendiagnosen. Verfahren – Evaluation – Anwendung im Kinderschutz. 2., durchgesehene Aufl. Verlag Barbara Budrich.
- Cinkl, Stephan; Uhlendorff, Uwe. 2021. Sozialpädagogische Familiendiagnosen. Deutungsmuster familiärer Belastungssituationen und erzieherischer Notlagen in der Jugendhilfe. 3., überarbeitete und erweiterte Aufl. Beltz Juventa.
- Goblirsch, Martina. 2010. Narrativ - biographische Diagnostik. In: Bock, K.; Miethe, I. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit*. Verlag Barbara Budrich, S. 432-439.
- Hartig, Sabine; Wolff, Mechthild. 2013. Gelingende Beteiligung in der Heimerziehung. Beltz Juventa.
- Heiner, Maja (Hrsg.) 2004. Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge Berlin.
- Hitzler, Sarah. 2012. Aushandlung ohne Dissens? Praktische Dilemmata der Gesprächsführung im Hilfeplangespräch. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hitzler, Sarah. 2017. Partizipation als reflexive Praxis im Hilfeplangespräch. Vom Beteiligtwerden zur Beteiligung? In: Schäuble, Barbara; Wagner, Leonie (Hrsg.) *Partizipative Hilfeplanung*. Beltz Juventa, S. 41-61.
- Köttig, Michaela; Rätz, Regina. 2015. Dialogische Biografiearbeit. In: Rätz, R.; Völter, B. (Hrsg.) *Wörterbuch Rekonstruktive Soziale Arbeit. Rekonstruktive Forschung in der Sozialen Arbeit, Band 11*. Verlag Barbara Budrich, S. 46-48.
- Köttig, Michaela; Rätz, Regina. 2017. Rekonstruktive Fallbearbeitung in der Kinder- und Jugendhilfe. Dialogische Biografiearbeit in institutionellen Kontexten. In: Völter, B.; Reichmann, U. (Hrsg.) *Rekonstruktiv denken und handeln. Rekonstruktive Soziale Arbeit als professionelle Praxis*. Verlag Barbara Budrich.
- Köttig, Michaela; Rätz-Heinisch, Regina. 2005. „Potenziale unterstützen, Selbstverstehen fördern“. Dialogische Biografiearbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. In: *SozialExtra*; 29. Jg., Heft 11, S. 16-20, online <http://dx.doi.org/10.1007/s12054-005-0125-8>.
- Krause, Hans-Ullrich. 2019. Beteiligung als umfassende Kultur in den Organisationen der Hilfen zur Erziehung. Haltungen - Methoden – Strukturen. IGFH Eigenverlag.
- Kunstreich, Timm; Langhanky, Michael; Lindenberg, Michael; May, Michael. 2004. Dialog statt Diagnose. In: Heiner, M. (Hrsg.) *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch*. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge Berlin, S. 26-39.
- Loch, Ulrike; Schulze, Heidrun. 2002. Biographische Fallrekonstruktion im handlungstheoretischen Kontext der Sozialen Arbeit. In: Thole, W. (Hrsg.). *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. Leske + Budrich, S. 559–576.

- Lucius-Hoene, Gabriele; Deppermann, Arnulf. 2002. Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Reihe "Lehrtexte Soziologie". Leske + Budrich.
- Mollenhauer, Klaus; Uhlendorff, Uwe. 1992. Sozialpädagogische Diagnosen. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen. Juventa.
- Mollenhauer, Klaus; Uhlendorff, Uwe. 1995. Sozialpädagogische Diagnosen II. Selbsteutungen verhaltensschwieriger Jugendlicher als empirische Grundlage für Erziehungspläne. Juventa.
- Mörsberger, Thomas. 2022. Beziehungsweise Vertrauen. Beltz Juventa
- Müller, Burkhard. 2017. Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. überarbeitet und erweitert von Ursula Hochuli Freund 8. überarbeitete und erweiterte Aufl. Lambertus.
- Rätz-Heinisch, Regina; Köttig, Michaela. 2007. Die Praxis Dialogischer Biografiearbeit. Rekonstruktives Fallverstehen und Unterstützung von Selbstverstehensprozessen. In: Miethe, I. u.a. (Hrsg.) *Rekonstruktion und Intervention. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung*. Verlag Barbara Budrich, S. 239-257.
- Rätz-Heinisch, Regina; Köttig, Michaela. 2010. Narration in der Jugendhilfe. In: Bock, K.; Miethe, I. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit*. Verlag Barbara Budrich, S. 422-431.
- Reimer, Daniela. 2017. Echte Partizipation in Settings der Fremdunterbringung. Ein Problemabriss am Beispiel der Pflegekinderhilfe. In: Maier-Höfer, C. (Hrsg.) *Kinderrechte und Kinderpolitik. Fragestellungen der Angewandten Kindheitswissenschaften*. Springer VS, S. 241–258.
- Reimer, Daniela; Schäfer, Dirk; Wilde, Christina. 2015. Biografien von Pflegekindern - Verläufe, Wendepunkte und Bewältigung. In: Wolf, K. (Hrsg.) *Sozialpädagogische Pflegekinderforschung*. Verlag Julius Klinkhardt, S. 13–41.
- Rosenthal, Gabriele. 1995. Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Campus.
- Rosenthal, Gabriele. 2015. Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. 5. Aufl. Beltz Juventa.
- RTH – Runder Tisch „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“. 2010a. Abschlussbericht. Berlin: Runder Tisch Heimerziehung. Eigenverlag AGJ.
- RTH – Runder Tisch „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“. 2010b. Wenn ehemalige Heimkinder heute zu uns in die Beratung kommen. Was müssen oder sollten wir wissen? Materialband. Eigenverlag AGJ.
- Salomon, Alice. 2004. Soziale Diagnose. In: Salomon, A. *Ausgewählte Schriften. Band 3: 1919-1948. Frauenemanzipation und soziale Verantwortung*. Luchterhand, S. 255-314 (Orig. 1926).
- Schütze, Fritz. 1977. Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien - dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld. Fakultät für Soziologie. Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien Nr. 1. Bielefeld.
- Schütze, Fritz. 1983. Biographieforschung und narratives Interview. In: neue praxis, Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 13. Jg., Heft 3, S. 283-293.
- Schütze, Fritz. 1994. Ethnographie und sozialwissenschaftliche Methoden der Feldforschung. Eine mögliche methodische Orientierung in der Ausbildung und Praxis der Sozialen Arbeit. In: Groddeck, N.; Schumann, M. (Hrsg.) *Modernisierung Sozialer Arbeit durch Methodenentwicklung und -reflexion*. Lambertus, S. 189-297.

Thiersch, Hans. 2006. Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. Reihe: Edition soziale Arbeit. 2., ergänzte Aufl. Juventa (Erstauflage 1986).

Thiersch, Hans. 2020. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited. Beltz Juventa.

Uhlendorff, Uwe. 1997. Sozialpädagogische Diagnosen III. Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung. Juventa.

Völzke, Reinhard. 2005. Erzählen – Brückenschlag zwischen Leben und Lernen. In: SozialExtra, 29. Jg., Heft 11, S. 12-15.

Wernet, Andreas. 2009. Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Quellen aus dem Internet

Albus, Stefanie u.a. 2010. Wirkungsorientierte Jugendhilfe. Abschlussbericht der Evaluation des Bundesmodellprogramms „Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsvereinbarungen nach §§ 78a ff SGB VIII“. ISA Planung und Entwicklung GmbH. Verfügbar unter: http://kom-sd.de/fileadmin/uploads/kom-sd/wojh_schriften_heft_10.pdf (letzter Abruf 10.01.2022).

Gabriel, Thomas; Keller, Samuel; Studer, Tobias. 2007. Wirkungen erzieherischer Hilfen - Metaanalyse ausgewählter Studien. Wirkungsorientierte Jugendhilfe Band 03. Schriftenreihe des ISA zur Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung. ISA Planung und Entwicklung GmbH. Verfügbar unter: <https://www.bke.de/content/application/explorer/public/newsletter/juni-2007/wirkungsorientierte-jugendhilfe-band-03.pdf> (letzter Abruf 10.01.2022).

Hartig, Sabine; Wolff, Mechthild. 2006. Beteiligung. Qualitätsstandard für Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung. Abschlussbericht des Entwicklungsprojekts zur Gewährleistung und zum Ausbau der Beteiligungsrechte von Kindern und Jugendlichen in der Heimerziehung. Manuskript. Verfügbar unter: <https://www.diebeteiligung.de/beteiligung/wissenschaft/forschung/> (letzter Abruf 10.01.2022).

Oevermann, Ulrich (1981): Fallrekonstruktionen und Strukturgeneralisierung als Beitrag der objektiven Hermeneutik zur soziologisch-strukturtheoretischen Analyse. Unveröff. Manuskript. Verfügbar unter: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/4955> (letzter Abruf 10.02.2022).

Richmond, Mary. 1917. Social Diagnosis. Russell Sage Foundation. Verfügbar unter: <http://www.historyofsocialwork.org/PDFs/1917,%20Richmond,%20Social%20Diagnosis%20OCR%20C.pdf> (letzter Abruf 10.02.2022).

Rosenthal, Gabriele; Witte, Nicole (Hrsg.) 2021. Diagnose Entwicklungsstörung. Familiengeschichte – Familiendynamik – Professionelles Hilfesystem. Universitätsverlag Göttingen. Verfügbar unter: https://www.univerlag.uni-goettingen.de/bitstream/handle/3/isbn-978-3-86395-502-1/GBSB7_rosenthal_witte.pdf?sequence=1& (letzter Abruf 10.02.2022).

Wolf, Klaus. 2007. Metaanalyse von Fallstudien erzieherischer Hilfen hinsichtlich von Wirkungen und „wirkmächtigen“ Faktoren aus Nutzersicht. Wirkungsorientierte Jugendhilfe Band 04. Schriftenreihe des ISA zur Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung. ISA Planung und Entwicklung GmbH. Verfügbar unter: <https://www.bke.de/content/application/explorer/public/newsletter/juni-2007/wirkungsorientierte-jugendhilfe-band-04.pdf> (letzter Abruf 10.01.2022).

**Kompetenzzentrum
Soziale Interventionsforschung (KomSI)**
Frankfurt University of Applied Sciences
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt am Main
Tel. +49 69 1533-2887

www.frankfurt-university.de/KomSI

Frankfurt University of Applied Sciences
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt am Main
Tel. +49 69 1533-0, Fax +49 69 1533-2400

www.frankfurt-university.de