

Zeitschrift: SuchtMagazin

Band: 41 (2015)

Heft: 3

Artikel: Qualitätssicherung in der psychosozialen Diagnostik und Suchtbehandlung

Autor: Glemser, Rolf / Gahleitner, Silke B.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800798>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Qualitätssicherung in der psychosozialen Diagnostik und Suchtbehandlung

Die Sicherung der Qualität in der Diagnostik und Behandlung gewinnt vor dem Hintergrund der Professionalisierung der Suchthilfe eine zunehmende Bedeutung. Den Qualitätsanforderungen muss durch ein interdisziplinäres und multidimensionales Vorgehen begegnet werden, das den gesamten Hilfeprozess begleitet und kategoriale wie auch rekonstruktive Ansätze berücksichtigt. Psychosoziale Diagnostik hat im Hilfeprozess zudem unterschiedliche Funktionen und mündet über eine erste Orientierungsdiagnostik über die Gestaltungsdiagnostik in eine Evaluationsdiagnostik ein, die letztlich ermöglicht, den Diagnose- wie auch Hilfeprozess qualitativ abzusichern.

Rolf Glemser

M.A., Klinischer Sozialarbeiter, Gastdozent für klinische Psychologie und Sozialarbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin, info@rolfglemser.de, www.rolfglemser.de

Silke B. Gahleitner

Prof. Dr., Professorin an der Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin, Univ.-Prof. an der Donau-Universität Krems, Österreich, Dr.-Karl-Dorrek-Strasse 30, A-3500 Krems an der Donau, sb@gahleitner.net, www.gahleitner.net

Schlagwörter:

Psychosoziale Diagnostik | Qualitätssicherung | Evaluationsdiagnostik |

Einleitung

In der Arbeit mit abhängigkeitskranken sowie riskant Suchtmittel konsumierenden Menschen wird angesichts der oftmals komplexen Problemlagen der AdressatInnen deutlich, dass neben einer suchtmmedizinischen Diagnostik lebensweltliche und biografische Problemlagen und Ressourcen systematisch diagnostisch erhoben und für die strukturierte Fallbearbeitung verfügbar gemacht werden müssen. Denn für die Entwicklung und den Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung ist jeweils das individuelle Zusammentreffen von Risiko- und Schutzfaktoren (z.B. stabiles soziales Umfeld) entscheidend.¹ Es ist also angezeigt, ein multidimensionales und prozessuales psychosoziales diagnostisches Verfahren zu implementieren, das den gesamten psychosozialen Behandlungsprozess durchwirkt.

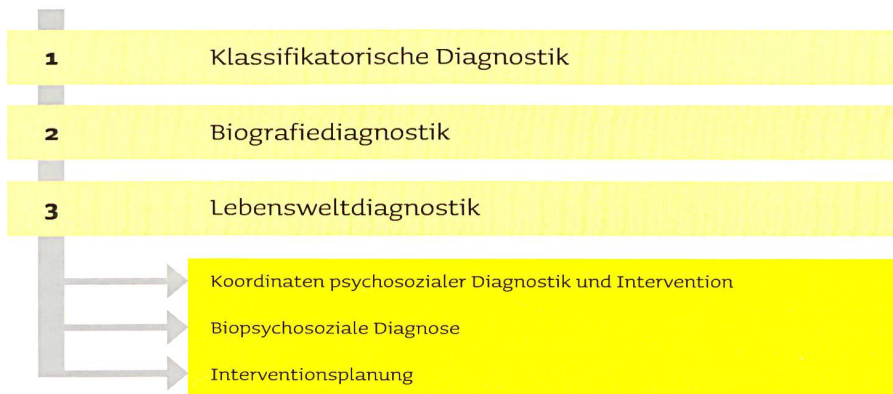
Trotz dieser Notwendigkeit hatte Diagnostik als Begriff und im praktischen Vorgehen in der psychosozialen Arbeit über lange Strecken hinweg einen zweifelhaften Ruf und war weder im disziplinären Selbstverständnis der Sozialarbeit noch in jenem der Sozialpädagogik verankert, was nicht zuletzt im professionshistorischen Kontext zu erklären ist.² Eine umfassende Diagnostik in der Suchthilfe kann jedoch nur interdisziplinär zwischen insbesondere Medizin, Psychologie und Sozialer Arbeit erfolgen. Psychosoziale Fachkräfte haben hier im Sinne der Disziplin- und Professionsentwicklung einen unmittelbaren Auftrag zur Qualitätssicherung. Das im folgenden Artikel vorgeschlagene Vorgehen

ist zugleich als zentrales und unverzichtbares Element jeder psychosozialen Diagnostik und Intervention und als «permanenter Bestandteil jeder Phase des Arbeitsprozesses»³ sowie als ein sinnvoll systematisierter «Regelkreis prozessualer Gestaltungsdiagnostik»⁴ zu verstehen.

1. Schritt: Zuweisen, orientieren, Risiko abklären

In Hilfeprozessen sollten sowohl zu Beginn als auch im Verlauf und am Ende von Massnahmen richtungsweisende Aspekte für die jeweils anstehenden Entscheidungsprozesse erfasst werden. Hilfreich zum Verständnis ist hier, entlang des Modells des «Diagnostischen Fallverstehens»,⁵ zwischen Orientierungsdiagnostik, Risikodiagnostik, Zuweisungsdiagnostik und Gestaltungsdiagnostik zu unterscheiden.⁶ Zu Beginn eines Diagnostikprozesses fällt in der Regel die Aufgabe an, sich zu orientieren, eventuelle Risikokonstellationen zu erfassen und erste Zuweisungsvorschläge für weitergehende Hilfen zu formulieren. Für diese Aufgaben werden klassifikationsorientierte Abklärungsinstrumente benötigt. Häufig ist entlang des medizinisch-psychiatrischen Vorgehens die ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Überarbeitung⁷) bereits involviert, welche die Grundlage für viele Hilfeentscheidungen darstellt und damit entscheidende Relevanz für die Zuweisungsdiagnostik besitzt, auch wenn sie an vielen Stellen kritisch zu betrachten ist. Daher ist es unabdingbar, sich als psychosoziale Fachkraft auch in diesen Systemen zurechtzufinden, um Hilfeprozesse angemessen und kritisch mitgestalten zu können und partizipative Aspekte möglich zu machen.

Eine im Interventionsprozess brauchbare biopsychosoziale⁸ Biografie- und Lebensweltdiagnostik benötigt jedoch eine Reihe weiterer und breiter angelegter Informationen und Verstehensgrundlagen zur konkreten Gestaltung der Intervention als das ICD-10. Inzwischen wurden z.B. auch Klassifikationssysteme für den stärkeren Einbezug sozialer Dimensionen entwickelt. Zu nennen sind hier u.a. die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF⁹) der WHO und das Person-in-Environment-System (PIE¹⁰). Vor allem aber benötigt hilfestellende Diagnostik¹¹



lebens-, subjekt- und situationsnahe Vorgehensweisen, die neben klassifikatorischen Diagnostikinstrumenten dialogisch orientiert grundlegende fallverstehende Aspekte der Biografie und Lebenswelt zusammentragen. Von zentraler Bedeutung ist dabei «die Kompetenz, eine «diagnostische Situation» in Form einer gelingenden Verständigung so zu gestalten, dass lebensweltliche Selbstdeutungen der AdressatInnen systematisch berücksichtigt werden».¹² Dies bedeutet ein konsequent dialogisches Vorgehen im Diagnostikprozess.

2. Schritt: Gestaltungsdiagnostik

Gerade im stark von Multiproblemlagen gekennzeichneten Bereich, in dem die Wahrnehmungs- und Bewältigungsmuster durch die Geschichte der vorangegangenen Erfahrungen geprägt sind, ist – als Antwort auf das stark zuweisende ICD – fallverstehendes Vorgehen in der Gestaltungsdiagnostik, also der Diagnostik zum Zweck der Interventionsgestaltung notwendig. Die Relevanz von Selbstdeutungen und biografischem Kontext bleibt im medizinischen Gesundheitswesen, gerade im Suchtbereich, oftmals unberücksichtigt.¹³ In den letzten Jahren hat sich für dieses Vorgehen in psychosozialen Arbeitsbereichen ein «integratives Modell»¹⁴ herausentwickelt, das sich gut eignet, die verschiedenen Aspekte aus der Biografie und Lebenswelt – also entlang des Lebenskontinuums und des Lebenskontextes – sinnverstehend zusammenzutragen.¹⁵ Es wird im Folgenden kurz angerissen und beruht auf konsequenter interdisziplinärer Zusammenarbeit (vgl. Abbildungen 1 und 2). Auch wenn das Erstellen diagnostischer Einschätzungen oder Gutachten also in der Regel an psychologische oder psychiatrische KollegInnen delegiert wird, ist es unabding-

bar für psychosoziale Fachkräfte, sich in den Diagnostiksystemen zurechtzufinden und sie anwenden zu können.

Suchtphänomene entfalten ihre Wirkung immer im Spannungsfeld von subjektiven und Umfeldfaktoren. In der Sucht werden die objektiven Umfeldfaktoren auf dem eigenen subjektiven Hintergrund erlebt, der durch entwicklungsbedingte Verletzlichkeiten sowie individuelle Vorerfahrungen geprägt ist. Das Suchtverhalten wiederum wird durch entwicklungsbedingte Prozesse ständig aktualisiert und modifiziert. Biografie und Entwicklung bieten daher einen wichtigen Referenzrahmen für die Diagnostik. Um diese einzufangen, benötigt man biografisch kontextualisierte und subjektorientierte Zugänge. Hier bieten sich fallverstehende Modelle aus der Biografieforschung und angrenzenden Bereichen der Sozialen Arbeit an. Die hierzu entwickelten Erhebungsverfahren sind vielfältig.¹⁷ Alle Methoden der Biografiearbeit setzen offene Anamnese- und Gesprächssituationen jedoch dezidiert fallverstehend ein.¹⁸

Lebensweltorientierte Diagnostik erfasst die jeweilige «Passung» zwischen Subjekt und Aussenwelt. Dafür sind lebensweltorientierte diagnostische Instrumente eine zentrale Hilfe. Auf der Grundlage einer bewusst methodisch offen gestalteten professionellen Anamnese- und Diagnosehaltung können in der Lebensweltdiagnostik soziale, psychische und körperliche Phänomene unter Einbeziehung soziologischer Parameter zusammengedacht werden. Neben standardisierten Persönlichkeitstestverfahren lässt sich das Ausmass der Beeinträchtigung auf der Ebene der «Person-in-der-Situation» z. B. umfassend mit den «fünf Säulen der Identität» aus dem Konzept der Integrativen Therapie und Beratung erheben.¹⁹ Das soziale Umfeld und seine Bedeutung

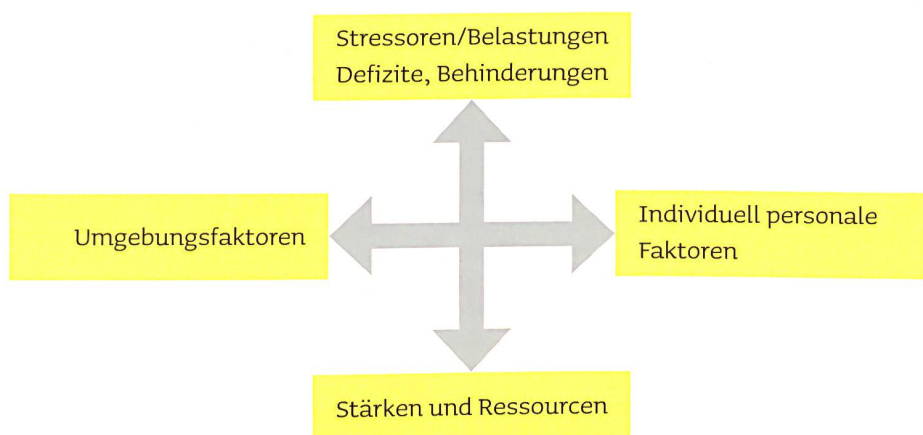


Abb. 2: **Die Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention.**²³



Abb. 3: **Orientierungsdiagnostik, Gestaltungsdiagnostik und Evaluationsdiagnostik.**

können zudem neben dem hinreichend bekannten Genogramm mithilfe des sozialen oder sozio-kontextuellen Atoms²⁰ diagnostisch erfasst werden. Das soziale Netzwerkinventar lässt sich zu einer Ecomap²¹ ausweiten.

3. Schritt: Fundierte Hilfeplanung

Als besonders hilfreich erweisen sich diese Diagnostikmethoden, wenn man sie prozessual immer wieder einsetzt. Zumeist erschliesst sich dann nach mehrmaliger Anwendung eine sehr ressourcenorientierte Perspektive. Diagnostik ist auf diese Weise auch immer zugleich schon Intervention, da Diagnostik dem Selbstverstehen und der Bindungs- und Beziehungsgestaltung dient. Bei all seiner Komplexität muss das Verfahren jedoch auf eine Strukturierung der gesammelten Informationen hinauslaufen, welches die Dimensionen «Individuum – soziale Umwelt» sowie die Dimensionen «Defizite – Ressourcen» möglichst umfassend, aber auch prägnant ausweist. Eine besonders hilfreiche strukturierende Form der Darstellung vorhandener Ressourcen sowie Defizite sind die von Pauls²² vorgeschlagenen «Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik und Intervention» (vgl. Abbildung 2). Das Verfahren forciert eine systematische Problem- und Ressourcenanalyse, die auf unterschiedliche, in den vorherigen Abschnitten dargestellte diagnostische Informationen aus allen drei erfolgten Schritten zurückgreift. Dadurch wird sie zu mehr als einem weiteren Instrument, nämlich zum strukturierenden und ordnenden Orientierungsmodell für die anstehende Hilfeplanung, indem es sozusagen ein «diagnostisches Substrat» aus den bisher gewonnenen Informationen bereitstellt.

Aus diesem Diagramm lässt sich mühelos die Interventionsplanung für Hilfeplanungen ableiten. Aus den einzelnen Punkten kann eine Reihe von Interventionsimpulsen erarbeitet werden, die jeweils Ressourcen stärken und Defizite abbauen helfen. Aus diesen – zunächst ungeordneten – Interventionsimpulsen können in einer Fallbesprechung die Impulse nach Prioritäten sortiert und in den Hilfeplan transformiert werden kann.

4. Schritt: Qualität sichern

Zur Sicherung der Qualität der Behandlungsprozesse und der damit eng verknüpften diagnostischen Verfahren ist es nötig, «angesichts der Komplexität des Qualitätsbegriffes und der Notwendigkeit, zur Bearbeitung des Qualitätsthemas pragmatisch tragfähige Ordnungskategorien zu finden».²⁴ Bewährt hat sich hierzu die Operationalisierung des Qualitätsbegriffes entlang der Dimensionen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.²⁵

Strukturqualität

Für die Sicherung der Qualität in den psychosozialen Diagnostikprozessen ist es unabdingbar, die entsprechenden diagnostischen Verfahren, Vorgehensweisen und konkreten diagnostischen Instrumente strukturell in den Organisationen zu verankern und die notwendigen zeitlichen und personellen Ressourcen bereitzustellen. Darüber hinaus müssen Mitarbeitenden gezielt entsprechende Qualifizierungsangebote im Themenfeld psychosozialer Diagnostik eröffnet und ermöglicht werden. «Die Strukturqualität gibt also darüber Auskunft, unter welchen Bedingungen und mit welchem Aufwand ein Qualitätsergebnis erreicht wurde», also mit welchen strukturell verankerten Vorgehensweisen dies gelungen ist.²⁶

Prozessqualität

Aus der strukturellen Verankerung psychosozialer Diagnostik heraus sind die entsprechenden Prozesse abzuleiten und mit den zugehörigen Verfahren und Instrumenten zu unterlegen. Psychosoziale Diagnostik muss immer prozessual verstanden werden, denn nur ein dynamisches diagnostisches Verstehen kann den Veränderungen des Erlebens und Verhaltens der Hilfesuchenden gerecht werden und die Behandlungsprozesse handlungsleitend unterstützen.²⁷

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität stellt vor dem Hintergrund der Legitimationsanforderungen in den psychosozialen Arbeitsfeldern und der (fach)öffentlichen Wahrnehmung die zentrale Qualitätsdimension dar. «Entscheidend für die Qualität einer Leistung aus Sicht des Anbieters ist der messbare Vergleich zwischen Ausgangssituation und Sollsituation». Die Ergebnisqualität beschreibt also, inwiefern ein vorher gesetztes Ziel tatsächlich erreicht wurde.²⁸

Resümee: Evaluationsdiagnostik als Instrument der Qualitätssicherung

Diese Qualitätsanforderungen machen es notwendig, psychosoziale Diagnostik entsprechend ihrer unterschiedlichen Funktionen²⁹ über eine Prozessorientierung zu einer Evaluationsdiagnostik zu erweitern³⁰ (vgl. Abbildung 3).

Psychosoziale Diagnostik ist vor diesem Hintergrund als multifunktionales Verfahren mit strukturell verankerten diagnostischen Instrumenten zu verstehen, das zum einen die zunächst explorierten diagnostischen Wissensbestände systematisch überprüft und aktualisiert und entsprechend die Fallkonzeptionalisierung und Behandlungsplanung regelmässig anpasst. Das bedeutet, dass diagnostische Einschätzungen nicht statisch den

Behandlungsprozess bestimmen, sondern eine stetige und strukturierte Überprüfung der erfolgten psychosozialen Interventionen und der bisherigen Ergebnisse der Diagnostik erfolgt. Durch dieses Vorgehen wird eine längsschnittliche Evaluation und Bewertung der Behandlungsverläufe und -ergebnisse möglich, die letztlich als evidenter Nachweis der Wirksamkeit der Interventionen für den Einzelfall – und in der Datenaggregation auch für die gesamte Einrichtung³¹ – dient und als Evaluationsdiagnostik die Ergebnisqualität valide und verlässlich beschreibt. Wenn die psychosoziale Diagnostik als von den Organisationen implementierter Programmbaustein einer formalisierten empirischen Wirkungsevaluation³² zugrunde liegt, stellt sie in der Konsequenz ein zentrales Element für die Evidenzbasierung der Sozialen Arbeit dar. •

Literatur

- Cournoyer, B. (1996): The social work-skills workbook. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing.
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2012): ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. ICD-10-GM Version 2012. Systematisches Verzeichnis. Neu-Isenburg: MMI.
- Donabedian, A. (1982): An exploration of structure, process and outcome as approaches to quality assessment. S. 69-92 in: H.-K. Selbmann/K. K. Überla (Hrsg.), Quality assessment of medical care. Gerlingen: Bleicher.
- Fischer, W./Goblirsch, M. (2004): Fallrekonstruktion und Intervention in der Sozialen Arbeit – narrativ-biographische Diagnostik im professionellen Handeln. *Psychosozial* 27(2): 71-90.
- Gahleitner, S.B. (2011): Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S.B./Hintenberger, G./Leitner, A. (2013): Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. *Resonanzen* 1(1): 1-14. www.tinyurl.com/q6vtvf6, Zugriff 22.03.2015.
- Gahleitner, S.B./Schulze, H./Pauls, H. (2009): «hard to reach» – «how to reach»? Psycho-soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. S. 321-344 in: P. Pantuček/D. Röh (Hrsg.), Perspektiven sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Münster: LIT.
- Gahleitner, S.B./Pauls, H. (2013): Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. S. 61-77 in: S.B. Gahleitner/G. Hahn/R. Glemser (Hrsg.), *Psychoziale Diagnostik. Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung*. Bd. 5. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Geissler-Piltz, B. (2006): Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work. *Klinische Sozialarbeit* 2(Sonderausgabe): 7-11. www.tinyurl.com/lzun3pm, Zugriff 22.03.2015.
- Glemser, R. (2008): Evaluation der Wirksamkeit klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen in einer Einrichtung der ambulanten Suchthilfe. München: Grin Verlag.
- Glemser, R. (2010): Psychosoziale Diagnostik im Suchtbereich: bio-psycho-sozial denken und handeln. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 41(4): 84-95.
- Glemser, R./Gahleitner, S.B. (2013): Begleitevaluation Therapeutische Wohngruppen Berlin – Forschung aus der Praxis für die Praxis: Ein Prozessbericht. *Klinische Sozialarbeit* 9(3): 7-9.
- Hanses, A. (Hrsg.) (2004): Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit. Baltmannsweiler: Schneider.
- Heiner, M. (Hrsg.) (2004): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge Berlin.
- Heiner, M. (2013): Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. S. 18-34 in: S.B. Gahleitner/G. Hahn/R. Glemser (Hrsg.), *Psychoziale Diagnostik. Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung*. Bd. 5. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hummel, U. (2004): Qualitätsentwicklung durch Selbstevaluation. *Arbeitshilfen aus der Praxis für die Praxis der Sozialen Arbeit*. Freiburg: Lambertus.

- Karls, J.N./Wandrei, K.E. (Hrsg.) (1994): Person-In-Environment System. The PIE classification system for social functioning problems. Washington, DC: NASW.
- Märtens, M. (1997): Psychotherapie im Kontext: soziale und kulturelle Koordinaten therapeutischer Prozesse. Heidelberg: Asanger.
- Merchel, J. (2004): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Weinheim: Juventa.
- Otto, H.-U./Polutta, A./Ziegler, H. (2010): Zum Diskurs um evidenzbasierte Soziale Arbeit. S. 7-25 in: H.-U. Otto/A. Polutta/H. Ziegler (Hrsg.), *What Works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis*. Opladen: Budrich. www.tinyurl.com/05glycv, Zugriff 22.03.2015.
- Pantuček, P./Röh, D. (Hrsg.) (2009): Perspektiven Sozialer Diagnostik: über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Wien: LIT.
- Pauls, H. (2011): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim: Juventa.
- Petzold, H.G./Wolf, H.U./Landgrebe, B./Josič, Z./Steffan, A. (2000): «Integrative Traumatherapie» – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit «posttraumatischer Belastungsstörung». S. 445-549 in: B.A. v. d. Kolk/A.C. McFarlane/L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatischer Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Schulze, H. (2006): Biografiethoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen. *Klinische Sozialarbeit* 2(2): 10-12.
- Schuntermann, M.F. (2007): Einführung in die ICF: Grundkurs – Übungen – offene Fragen. Landsberg: Ecomed.
- Tretter, F. (2012): Ursachen. S. 12-50 in: F. Tretter (Hrsg.), *Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- World Health Organization (WHO) (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Genf: WHO.

Endnoten

- 1 Tretter 2012: 13.
- 2 Vgl. Geissler-Piltz 2006.
- 3 Pauls 2011: 200.
- 4 Glemser 2010: 85.
- 5 Vgl. Heiner 2013.
- 6 Ebd.
- 7 Vgl. DIMDI 2012.
- 8 Vgl. den aktuellen Stand dazu bei Gahleitner/Hintenberger/Leitner 2013.
- 9 Vgl. WHO 2001; Schuntermann 2007.
- 10 Vgl. Karls/Wandrei 1994.
- 11 Vgl. Heiner 2013.
- 12 Schulze 2006: 10.
- 13 Vgl. Hanses 2004.
- 14 Dieses Modell entstand in einem mehrjährigen Prozess in Zusammenarbeit mit einer Reihe verschiedener KollegInnen (vgl. insbesondere Gahleitner et al. 2009; Gahleitner 2011; Gahleitner/Pauls 2013). Ausserdem knüpft der Artikel an Überlegungen aus den beiden letzten Jahrzehnten an, in denen Verfahren der Sozialdiagnostik zahlreich entwickelt und für die Praxis zur Verfügung gestellt wurden.
- 15 Vgl. hier und im Folgenden Gahleitner/Pauls 2013.
- 16 Gahleitner/Pauls 2013: 68.
- 17 Vgl. z. B. Petzold et al. 2000.
- 18 Vgl. z. B. Fischer/Goblirsch 2004; Gahleitner 2011.
- 19 Vgl. z. B. Petzold et al. 2000.
- 20 Vgl. Märtens 1997.
- 21 Vgl. Cournoyer 1996; vgl. ausführliche Beschreibung des Vorgehens bei Pauls 2011; vgl. weitere Verfahren der Lebensweltdiagnostik in den Herausgabebänden Pantuček/Röh 2009 sowie Heiner 2004.
- 22 Vgl. Pauls 2011.
- 23 Gahleitner/Pauls 2013: 70.
- 24 Merchel 2004: 39.
- 25 Vgl. Donabedian 1982.
- 26 Hummel 2004: 55.
- 27 Glemser 2010: 94.
- 28 Hummel 2004: 50.
- 29 Heiner 2013: 26.
- 30 Glemser/Gahleitner 2013: 8.
- 31 Vgl. Glemser 2008.
- 32 Otto al. 2010: 10-11.