

# Inklusions-Chart (IC3)

Peter Pantuček 2012

---

dieser Text ist eine gekürzte Version des Kapitels zum Inklusions-Chart aus:

Pantuček, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3., aktualisierte Auflage. Wien, Köln, Weimar.

---

Das IC3 ist ein Instrument der Sozialen Diagnostik, das sich inzwischen zu einem kompakten Klassifikationssystem für wesentliche Komponenten der Lebenslage entwickelt hat.

Die Achsen kartographieren drei relativ selbständige Perspektiven und Interventionsräume der Sozialen Arbeit. Es wird jeweils ein allgemeiner Maßstab für das Ausmaß der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Austausch angewendet. Das IC3 ist somit für eine kompakte Diagnostik der Lebenslage als Ausgangspunkt für Hilfeplanung gut geeignet. Gleichzeitig eröffnet es die Möglichkeit aussagekräftiger statistischer Auswertungen, die Aussagen über die Lage von Zielgruppen Sozialer Arbeit und über großräumige Exklusionsprozesse zulassen. Es bildet so auch menschenrechtrelevante Parameter ab.

## Vorbemerkungen zur 3. Version

Das Inklusions-Chart (IC) liegt nunmehr in seiner 3. Version vor. Seit seiner Erstveröffentlichung 2005 wurde es einmal wesentlich erweitert (IC2). Die neue Version enthält eine Reihe kleinerer Anpassungen, die Resultat eines Forschungs- und Entwicklungsprozesses sind, der 2010/11 an der FH St. Pölten in Zusammenarbeit mit einigen Praxisorganisationen stattfand. Unter der Leitung von Peter Pantuček und Sabine Sommer waren Sabine Grünzweil, Marlene Paul, Verena Rameseder und Corinna Sattler als Forscherinnen beteiligt. Das Team begleitete den Einsatz des Verfahrens in Organisationen der Suchthilfe, der Sachwalterschaft (entspricht in D: Betreuung) und einem Jugendamt, beobachtete Anwendungsprobleme und erarbeitete Lösungsvorschläge. In Laborinterviews wurde der Interviewverlauf beobachtet, aufgezeichnet und ausgewertet.

Für das gesamte Chart wurde die Nomenklatur überarbeitet. In Anlehnung an Klassifikationssysteme wird nun von 3 Achsen gesprochen, deren jede mehrere Dimensionen abbildet.

Die wesentlichen Änderungen gegenüber dem IC2 auf Achse 1:

- Von einer 5er-Skala wurde bei Achse 1 auf eine 4er-Skala gewechselt. Die frühere Option „dauerhaft exkludiert“ hatte sich als nicht trennscharf erwiesen.
- Die Bezeichnung der Skalenstufe 3 wurde von „teilweise“ auf „mangelhaft“ geändert. Der Abstand zur Stufe 2 („weitgehend“) wurde damit deutlicher.
- Die Tendenz wird nunmehr nicht mit einem minus- oder plus-Zeichen symbolisiert, sondern durch einen nach unten oder oben weisenden Pfeil. In der

Titelzeile wurde in Klammer der Begriff „Dynamik“ erklärend beigefügt. Der beim IC2 häufig aufgetretene Anwendungsfehler, dass anstelle der aktuellen Dynamik die subjektive Bewertung verzeichnet wurde, tritt seither kaum mehr auf.

- Schließlich wurde noch die Spalte „Kennzeichen“ in „Informationen (Daten / Fakten)“ umbenannt.
- Der Faktor „Information“ wurde in „Medien“ umbenannt. Damit soll deutlicher werden, dass es hier um die Chance der Personen geht, Medien für die Informationsgewinnung zu nutzen.
- Der Faktor „Gesundheitswesen“ wurde in „medizinische Versorgung“ umbenannt. Der verhältnismäßig häufig auftretende Fehler, hier nicht den Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens, sondern die Gesundheit der Personen zu beurteilen, soll so minimiert werden.

Änderungen auf Achse 2:

- Änderung der Bezeichnung der Skalenstufen
- analoge Änderung bei der Tendenz-Spalte und der Informationen-Spalte

Änderungen auf Achse 3:

- analoge Änderungen bei Spaltenbezeichnungen
- Der Faktor „Bildung / Wissen“ wurde in „Kompetenzen“ umbenannt und sollte nun weniger dazu verführen, einmal formal erworbene Qualifikationen höher zu gewichten als die aktuell verfügbaren Kompetenzen.

Weitere Änderungen:

- Das Manual wurde überarbeitet
- Für alle Faktoren steht nun eine Definition der jeweils besten Stufe bereit („volle Inklusion“, „adäquate Existenzsicherung“ bzw. „sehr gute Funktionsfähigkeit“). Es ist zu beachten, dass diese Definitionen für europäische Gesellschaften des beginnenden 2. Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts kalibriert sind. Je nach Anwendungsort und Anwendungszeit können die Leistungen der Funktionssysteme und damit die Kennzeichen voller Inklusion wesentlich variieren.
- Dem Wunsch von AnwenderInnen, auch für die Zwischenstufen der Skalierung Definitionen zur Verfügung zu stellen, konnte nicht entsprochen werden. Dafür sind die möglichen Varianten von Teilinklusionen bzw. Teilexklusionen zu vielfältig.

## **Achse 1: Funktionssysteme – Inklusion / Exklusion**

### **Hinweise zur Skalierung:**

Relevant ist jeweils der faktische Status, egal, wie er zu Stande gekommen ist. In jeder Dimension kann fehlende Teilhabe z.B. selbstgewählt sein. Auch Selbstexklusion ist Exklusion und wird als solche vorerst einmal im Inklusions-Chart vermerkt. Es wird empfohlen, zuerst bei allen Achsen und sämtlichen Dimensionen den Status quo zu erheben (also alle Spalten inklusive der Fakten-Spalte auszufüllen), und sich erst nach Abschluss dieser Erhebung mit der Frage, wo Interventionen gesetzt werden sollen, zu beschäftigen.

### **1.A. Arbeitsmarkt**

Eine volle Inklusion in das System Arbeitsmarkt heißt, dass die Person erfolgreich ihrer Qualifikation und ihren Fähigkeiten adäquate Arbeit (auch: selbständige Arbeit) finden und halten kann, mit deren Ertrag der Lebensunterhalt angemessen finanziert werden kann (bzw.: könnte).

Exkludiert ist eine Person, wenn sie keine legale bezahlte Arbeit finden oder annehmen und / oder ihren Lebensunterhalt auch nicht teilweise arbeitsbasiert finanzieren kann; oder sie verzichtet darauf, eine bezahlte Arbeit zu suchen, da sie ihren Lebensunterhalt anderweitig finanziert (z.B. durch eine Pension, durch informelle / illegale Arbeitsverhältnisse).

Zwischenstufen ergeben sich, wenn zumindest eine der Bedingungen von Vollinklusion nicht gegeben ist (z.B. bei prekären Arbeitsverhältnissen, Inklusion auf dem zweiten Arbeitsmarkt, unzureichender Bezahlung, die den Lebensunterhalt nur dürrtig oder gar nicht abdeckt).

### **1.B. Sozialversicherung**

Das Sozialversicherungssystem ist eine gesellschaftliche Infrastruktur zur Absicherung von Lebensrisiken. Voll inkludiert in das System der Sozialversicherung ist eine Person, wenn sie auf Basis eigener Leistungen selbst versichert ist und sämtliche Leistungen der Sozialversicherung, wie sie dem Ausbau des Systems der Sozialversicherung im jeweiligen Land entspricht, im Bedarfsfall in Anspruch nehmen kann (Krankenversicherung, Pensionsversicherung, Arbeitslosenversicherung etc.).

Exklusion: Keine bestehende Sozialversicherung.

Zwischenstufen ergeben sich z.B. bei Mitversicherung, die einen eingeschränkten Leistungsanspruch zur Folge hat; beim aktuellen Fehlen von Pensionsversicherung etc.

### **1.C. Geldverkehr**

Voll inkludiert in das System des Geldverkehrs ist eine Person, wenn sie Konten eröffnen, von diesen in vollem Umfang Geld beheben kann, wie dies dem Ausbau der

Leistungen des Systems im jeweiligen Land entspricht (auch über Geldautomaten und andere Formen bargeldlosen Zahlungsverkehrs) und wenn sie kreditwürdig ist.

Exkludiert ist eine Person, die kein Bankkonto besitzt oder keinen Zugriff auf ihre Konten hat und die keinen Kredit erhalten kann.

Zwischenstufen: Einzelne Möglichkeiten fehlen, der Zugriff auf das Konto ist beschränkt, von der Zustimmung Dritter abhängig, oder es kann kein Kredit in Anspruch genommen werden.

In dieser Dimension wird NICHT eingeschätzt, wie viel oder wenig Geld die Person zur Verfügung hat. Allerdings sind Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten oft Resultat von zu niedrigem oder unregelmäßigem Einkommen, von Schulden etc.

## **1.D. Mobilität**

Volle Inklusion meint die Möglichkeit, sich frei zu bewegen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder eigenen Fahrzeugen in vertretbarer Zeit und zu einem leistbaren Preis alle für die Erledigung alltagswichtiger Angelegenheiten und für die Erfüllung darüber hinausgehender Bedürfnisse (Erholung, Kultur, Gesundheitspflege, soziale Kontakte) erforderlichen Orte, Institutionen und Personen zu erreichen. Die Person nutzt diese Möglichkeit auch.

Exkludiert sind Personen, die in ihrer körperlichen Mobilität eingeschränkt sind, denen kein adäquates Verkehrsmittel zur Verfügung und / oder die ohne fremde Hilfe zahlreiche nötige und gewünschte Wege nicht zurücklegen können. Es ist ihnen nicht möglich, das durch den Einsatz ausreichend vorhandener Geldmittel zu kompensieren.

## **1.E. Bildungswesen**

Ins Bildungswesen voll inkludiert zu sein, heißt, Zugang zu Angeboten der Bildung, Ausbildung, beruflichen und außerberuflichen Weiterbildung zur Erweiterung oder Aktualisierung des Wissensstandes und der Fähigkeiten zu haben, darüber ggf. auch Zertifikate oder andere Bescheinigungen erhalten zu können und die Angebote auch abgestimmt mit dem eigenen Lebensplan und den eigenen Bedürfnissen zu nutzen.

Exkludiert sind Personen, die keinen Zugang zu Angeboten der Bildung, Ausbildung und Weiterbildung haben, oder die einen (eingeschränkten) Zugang hätten, diesen aber nicht nutzen.

## **1.F. Medien**

Inklusion heißt, Zugang zu Medien (Zeitungen/Zeitschriften, Radio, Fernsehen, Internet) zu haben, über die Informationen verbreitet werden, die für die eigene Lebensführung, für die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld oder für die Lebensplanung relevant sind; heißt, diesen Zugang auch gezielt zu nutzen und die Informationen entschlüsseln und in ihrer Bedeutung für die eigene Lebensführung einschätzen zu können.

Exkludiert sind Personen, die keinen Zugang zu Medien haben, diese nicht nutzen oder in Bezug auf ihre Lebensführung nicht entschlüsseln oder richtig interpretieren können.

Zwischenstufen ergeben sich, wenn Personen Medien nur eingeschränkt nutzen können, ihnen die Kompetenzen zur gezielten Nutzung tw. fehlen oder sie Schwierigkeiten haben, ohne Unterstützung die für sie passenden Informationen aufzufinden.

## **1.G. medizinische Versorgung**

Volle Inklusion in das System der medizinischen Versorgung ist gegeben, wenn die Leistungen der Medizin und der medizinischen und Pflegeberufe auf dem Niveau der Zeit zugänglich und leistbar sind, wenn im Bedarfsfalle diese Möglichkeit auch wahrgenommen wird und eine adäquate Unterstützungsleistung erwartet werden kann.

Exkludiert sind Person, die sich die Leistungen der Medizin und der medizinischen Berufe nicht beschaffen können oder sie nicht in Anspruch nehmen, obwohl Bedarf besteht, oder sie erhalten keine passenden und angemessenen Unterstützungsleistung.

Der Zugang zu den Leistungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung kann beeinträchtigt sein z.B. durch das Fehlen geeigneter Dienste in erreichbarer Nähe, durch Angst vor der Nutzung, durch Sprachprobleme etc.

## **1.H. Kommunikation**

Volle Inklusion in das System der Kommunikation ist gegeben, wenn die Person in den verbreiteten Medien für Person-Person-Kommunikation (Briefverkehr, Telefon, SMS, Mail) über zugängliche Adressen verfügt und selbst über diese Medien mit Personen ihrer Wahl ohne unübliche Einschränkungen kommunizieren kann und dies auch tut.

Exkludiert sind Personen, die über keine Adressen verfügen bzw. keinen Zugang zu den Medien der Person-Person-Kommunikation haben oder die diesen Zugang nicht nutzen. Es sind ihnen nur face-to-face-Kontakte möglich.

## **1.1. lebensweltlicher Support**

In das System des lebensweltlichen Supports voll inkludiert ist eine Person, wenn sie zumindest einige andere Personen in der nahen Umgebung hat, die ihr Leben mit Aufmerksamkeit begleiten, gegebenenfalls Unterstützung leisten und dabei die Autonomie der Person wahren. Die Unterstützung schließt immaterielle Formen wie interessiert Zuhören, emotionale Zuwendung etc. ein. Für volle Inklusion ist zusätzlich das Vorhandensein eines weiteren umfangreichen sozialen Netzes, vor allem im Feld der nachbarschaftlich/freundschaftlichen oder kollegialen Beziehungen charakteristisch.

Exkludiert sind Personen, die mit Erfolgen und Misserfolgen im Leben allein fertig werden müssen und/oder das Umfeld unterstützt eine positive und autonome Lebensführung nicht, sondern behindert sie.

### **Skalierung**

Für jede Dimension sind Definitionen für volle Inklusion bzw. Exklusion angeführt. Zwischen Vollinklusion und Exklusion kann ein Kontinuum von möglichen Zwischenstufen gedacht werden, das in diesem Instrument durch die beiden mittleren Skalenpositionen „weitgehend“ und „mangelhaft“ inkludiert repräsentiert wird. Die Vielfalt der möglichen Merkmalskombinationen in diesem Feld macht es unmöglich, mit präzisen Definitionen die jeweilige Zuordnung zu unterstützen. Die AnwenderInnen sind aufgerufen, diese Zuordnung selbst nach dem Kriterium vorzunehmen, ob die Teilhabemöglichkeiten eher in der Nähe von Inklusion oder von Exklusion liegen.

### **Tendenz / Dynamik**

Neben der Einschätzung der derzeitigen faktischen Inklusion wird in einer eigenen Spalte die Tendenz festgehalten. Hier soll in kompakter Form die Dynamik des Prozesses erfasst werden: gibt es deutliche Anzeichen dafür, dass weitere Exklusion droht, ist der Status stabil, oder weist die Tendenz in Richtung Inklusion. Dabei wird auf die beobachtbare Entwicklung in den letzten Tagen/Wochen zurückgegriffen.

Die Tendenzspalte ist ausdrücklich NICHT dazu da, um eine subjektive Einschätzung zu platzieren, wie gravierend die mangelnde Teilhabe die Lebensführung beeinträchtigt (Problemintensität). Und sie ist NICHT dazu da, um die Beeinflussbarkeit von Inklusion / Exklusion abzubilden (Prognose).

Für die Dringlichkeit/Möglichkeit unterstützender Interventionen ist die aktuelle Dynamik ein bedeutendes Indiz: akute Exklusionstendenzen erfordern in der Regel eine rasche Intervention; ebenso ist die aktive Unterstützung von noch nicht selbsttragenden Inklusionsdynamiken indiziert. Stabile Faktoren sind oft

verhältnismäßig schwierig zu beeinflussen und werden eher mittel- bis längerfristig in Angriff zu nehmen sein.

Unterschieden wird zwischen vier Typen der Dynamik:

- „↗“ bezeichnet eine günstige Tendenz in Richtung mehr Inklusion
- „=“ steht für fehlende Dynamik, einen stabilen Status. Auf jedem der Niveaus (also z.B. auch auf dem der Exklusion) kann die Tendenz stabil sein.
- „↘“ bezeichnet eine Dynamik in Richtung (weiterer) Exklusion. Aktuelle Ausschlusstendenzen sind eine Indikation für inklusionssichernde Interventionen.
- „↘!!“ bezeichnet eine aktuell krisenhafte Entwicklung, d.h. unmittelbar drohende weitere Exklusion. Eine Intervention ist bei dieser Dynamik nicht nur indiziert, sondern dringend erforderlich.

## Informationen

Die Informationsspalte dient der Unterlegung der Einschätzung mit Fakten. Hier sind vor allem jene Indizien und Fakten stichwortartig festzuhalten, die zur Einstufung auf der 4-stufigen Inklusions-/Exklusions-Skala und zur Einschätzung der Tendenz/Dynamik geführt haben. Wenn vorhanden, sollen sowohl günstige wie auch ungünstige Fakten und Indizien vermerkt werden.

## Interventionen

In der Interventionsspalte werden die geplanten Interventionen verzeichnet. Es wird empfohlen, diese Spalte erst nach Abschluss aller anderen Eintragungen in Angriff zu nehmen.

Zur Interventionsplanung: Die verschiedenen Ebenen der Inklusion/Exklusion sind zumindest lose miteinander verkoppelt. So führt z.B. die Aufnahme einer Erwerbsarbeit zum vollen Einstieg in das System der Sozialversicherung und mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung in das des Geldverkehrs (aber nicht notwendigerweise umgekehrt) usw.

Es gilt die Daumenregel, dass gleichzeitige Interventionen in mehr als 3 Dimensionen kontraindiziert sind. Durch die lose Verkopplung der Ebenen ist es möglich, mit Interventionen in einer oder zwei Dimensionen positive Wirkungen auch in anderen Dimensionen anzustoßen.

Erste Wahl für Interventionen ist eine Ebene, in der eine aktuell krisenhafte Entwicklung stattfindet („↘!!“). Dazu kann eine Intervention auf einer zweiten Dimension angegangen werden, in der eine Tendenz in Richtung Exklusion („↘“) besteht. Eine mögliche dritte Intervention könnte auf einer Dimension stattfinden, die eine Dynamik in Richtung Inklusion („↗“) aufweist (zur Stützung von Eigenaktivitäten und Zuversicht der KlientInnen).

Die Interventionen sollten so konkret wie möglich bezeichnet werden. Eine Liste von Interventionen steht derzeit noch nicht zur Verfügung, doch wäre es ein Ziel der Weiterentwicklung des Instruments, eine solche zumindest beispielhaft vorzulegen.

Bei der Anwendung in einem Arbeitsfeld empfiehlt es sich, eine Beispiel-Liste gängiger Interventionen zu erstellen.

## ***Achse 2: Existenzsicherung***

Auf der zweiten Achse werden 3 Dimensionen der Existenzsicherung betrachtet: Wohnen, Lebensmittel und Sicherheit.

### **Skalierung**

Die Einschätzung erfolgt auf Achse 2 anhand einer Skala, die von „sicher und adäquat“ bis zu „nicht gewährleistet“ reicht.

- „sicher und adäquat“ ist die Existenzsicherung in der genannten Dimension dann, wenn sie auf gutem Niveau jetzt und in absehbarer Zukunft organisiert werden kann.
- „weitgehend“ gelingt die Existenzsicherung, wenn die Befriedigung der wichtigsten Grundbedürfnisse im Großen und Ganzen gewährleistet scheint, jedoch nur unter Einschränkungen oder nicht durchgehend bzw. wenn Unsicherheiten in Kauf genommen werden müssen.
- „prekär“ ist die Existenzsicherung dann, wenn sie nur auf einem sehr niedrigen Niveau gewährleistet ist, wesentliche Erfordernisse nicht erfüllt sind oder nur ausnahmsweise und kurzfristig erfüllt werden können bzw. das Niveau der Versorgung immer nur kurzfristig gesichert werden kann.
- „nicht gewährleistet“ heißt, dass die Existenzsicherung in der genannten Dimension nicht gegeben ist.

### **2.A. Wohnen**

Adäquat ist die Existenzsicherung in der Dimension Wohnen, wenn eine geeignete Unterkunft zur Verfügung steht: Zumindest ein trockener und heizbarer Raum mit Bett; mit Möglichkeiten, den Besitz sicher und ohne Zugriff durch andere aufbewahren zu können; Raum und Möblierung, um sich ungestört erholen zu können oder anderen Tätigkeiten nachzugehen, die gemeinhin mit „Wohnen“ assoziiert werden (Gestaltung des Raumes, Lesen, Fernsehen, Musik hören, Schreiben, Gäste empfangen und bewirten, Kochen, für die eigene Körperhygiene sorgen, ungestörte intime Kommunikation, Haustiere halten etc.).

„Nicht gewährleistet“ ist die Existenzsicherung in der Dimension Wohnen, wenn die Person über keine Unterkunft verfügt oder nur tageweise Zugang erhält bzw. wenn sie auf vorübergehende Bereitschaften von Dritten für den Zugang zu einem geeigneten Schlafplatz angewiesen ist.

## **2.B. Lebensmittel**

Unter Lebensmittel werden hier all jene Produkte verstanden, die für die Lebensführung benötigt werden. Das sind sowohl Nahrungsmittel als auch andere Güter des täglichen Bedarfs.

Adäquat ist die Existenzsicherung in der Dimension Lebensmittel gewährleistet, wenn die Person hinreichenden Zugang zu qualitativ akzeptablen Produkten hat, die der Lebensführung dienen: Nahrungsmittel (Speisen und Getränke), Kleidung, Hilfsmittel für die Körperhygiene, Medikamente und andere gesundheitsrelevante Produkte; Produkte, die Schutz vor unerwünschter Schwangerschaft und vor Ansteckung gewähren; Produkte, die dem Ausbau des eigenen Wissens und der Bildung dienen (Internet, Bücher, Zeitschriften); Produkte, die der geistigen und emotionalen Entwicklung dienen (Kunstwerke, Musik).

„Nicht gewährleistet“ ist die Versorgung, wenn der Zugang zu solchen Produkten nicht gegeben ist, wenn nötige Erneuerungen und Reparaturen (z.B. von Kleidung, Möbeln) nicht vorgenommen werden (können) oder wenn Produkte nur in einer so schlechten Qualität beschafft werden können, dass sich daraus eine Gefahr für Gesundheit oder Sicherheit ergibt.

## **2.C. Sicherheit**

In der Dimension Sicherheit wird die Möglichkeit der Person abgebildet, ihre physische, psychische und soziale Integrität zu wahren sowie ihren Besitz vor dem Zugriff anderer zu schützen.

Adäquat ist die Existenzsicherung in der Dimension Sicherheit, wenn die Person nicht durch Angriffe auf die eigene körperliche und psychische Integrität bedroht ist, sie muss sich nicht um den persönlichen Besitz fürchten, hat die Möglichkeit Geheimnisse zu bewahren (auch Briefe, Gegenstände), hat Bewegungsfreiheit und die Freiheit, sich mit anderen Personen eigener Wahl zu treffen und mit ihnen (auch unbeobachtet) zu kommunizieren.

Nicht gewährleistet ist die Sicherheit, wenn die Person weitgehend schutzlos physischen, psychischen oder sozialen Angriffen ausgesetzt ist, bzw, wenn andere ohne Zustimmung der Person auf deren Besitz zugreifen und/oder wenn ohne ihre Zustimmung persönliche Geheimnisse missachtet werden, ihre Bewegungsfreiheit bzw. ihre Sozialkontakte von anderen massiv eingeschränkt oder überwacht werden.

In der Praxiserprobung spielte mehrfach die Frage eine Rolle, was in der Dimension Sicherheit als Substitution zu werten wäre. Substituiert ist die Sicherheit z.B., wenn sich die Person in Einrichtungen begeben muss, die ihren Schutz gewährleisten oder verbessern (z.B. Frauenhaus) bzw. wenn sie zu ihrem Schutz Organisationen oder Personen mobilisieren muss.

## **Substitution in Prozent**

Die Existenzsicherung kann auf Basis der „normalen“ Teilhabe der Personen am gesellschaftlichen Prozess des Austauschs und der Arbeitsteilung gesichert sein. Zum Beispiel hat jemand ein gesichertes Einkommen aus eigener Arbeit (Inklusion in Arbeitsmarkt) und kann sich so in Kombination mit einem Kredit (Inklusion in System Geldverkehr) auf dem freien oder geförderten Markt eine Wohnung oder ein Haus leisten.

Andere Personen können oder wollen das nicht. Sie greifen nicht auf eigene Leistungen und das Entgelt dafür zurück, sondern nehmen Substitute (Ersatzleistungen) in Anspruch. Das Sozialwesen stellt solche Substitute zur Verfügung (betreutes Wohnen, Heimplätze etc.), nicht selten tun das auch Verwandte (Erwachsene wohnen weiterhin bei ihren Eltern). Durch die Inanspruchnahme von Substituten ergibt sich i.d.R. eine Abhängigkeit, die über geschäftliche Beziehungen (wie z.B. beim Mieten einer Wohnung) hinausgeht. Diese Abhängigkeit kann persönlich gefärbt sein oder in Auflagen (zeitliche Begrenzung, Wohlverhalten etc.) bestehen. Hilfen, die flächendeckend und nicht-stigmatisierend zur Verfügung stehen, werden hier nicht als Substitute verzeichnet (z.B. geförderte Kredite zur Wohnraumbeschaffung; die Familienbeihilfe und Karenzgeld; die Polizei als Sicherheitsinfrastruktur). Transferleistungen, die auf dem Versicherungsprinzip beruhen, wie z.B. das Pensionseinkommen, sind ebenfalls nicht als Substitute zu bewerten. Bezieht jemand aber Sozialhilfe, dann beruht seine Existenzsicherung auf einer Substitution.

In der Spalte „Substitution in Prozent“ wird ausgewiesen, in welchem Ausmaß die Person bei der Existenzsicherung auf solche Substitute zurückgreifen muss/kann. In der Regel wird es sich hier um eine Schätzung handeln, in Organisationen ist es sinnvoll, anhand von Beispielen häufig vorkommender Substituierungen zu einer gemeinsamen Skala zu kommen.

## **Tendenz**

Auch bei der Dimension Existenzsicherung wird die Dynamik des Prozesses in einer eigenen Spalte erfasst. Es wird eingeschätzt ob aktuell Verbesserungen oder Gefährdungen des bisherigen Status anstehen oder ob er stabil ist. Dies folgt sinngemäß der Vorgangsweise wie bei Achse 1 „Inklusion / Exklusion“.

## **Achse 3: Funktionsfähigkeit**

Bei der Ergänzung der Inklusions-Chart durch weitere Achsen lag es nahe, auch noch die personengebundenen situativen Bedingungen einzubeziehen. Im PIE geschieht dies durch die Achsen 3 und 4 (psychische und physische Gesundheit), die ICF<sup>1</sup> zielt in hoher Detaillierung auf den Aspekt der Funktionsfähigkeit (Functioning). Für Interventionsstrategien der Sozialen Arbeit ist die Funktionsfähigkeit der Klientinnen und Klienten (ihre „Fitness“) eine nicht zu vernachlässigende Rahmenbedingung. Schließlich hängt von ihr ab, wie sie im gesellschaftlichen Umfeld wahrgenommen

---

<sup>1</sup> ICF (2005); eine Einschätzung der Bedeutung der ICF für die Soziale Arbeit sh. Kraus u.a. 2006.

werden, welche Wege ihnen offen stehen oder versperrt sind, was ihnen an Eigenleistung zugemutet werden kann und was nicht.

In weiten Teilen der theoretischen und methodischen Literatur zur Sozialen Arbeit wird der Aspekt der Funktionsfähigkeit ausgeblendet bzw. keiner eingehenden Betrachtung gewürdigt. In Praxiskontexten spielt er jedoch eine große Rolle für die Zielformulierung und die Interventionsplanung. Die Abstinenz der Sozialen Arbeit bei der Explizierung dieses Aspekts behindert m.E. ihre Professionalisierung und macht sie in der Praxis von diesbezüglichen medizinischen Einschätzungen über Gebühr abhängig. In den Kommentaren zum ICF wird bereits darauf hingewiesen, dass ein deutlicher Unterschied zwischen der Diagnose von Krankheiten und der Diagnose von Einschränkungen der Funktionsfähigkeit besteht. Während ersteres (das Vorhandensein von „Krankheiten“) Domäne medizinischer Diagnostik ist, kann die faktische Funktionsfähigkeit in Bezug auf die Erfordernisse der Alltagsbewältigung auch von sozialarbeiterischen Fachkräften eingeschätzt werden. Dabei interessiert weniger, aufgrund welcher Umstände Funktionen der Alltagsbewältigung beeinträchtigt sind, als das beobachtbare Faktum der Beeinträchtigung und die Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung und Lebensführung.

Für die dritte Achse des Inklusions-Charts wurden die Dimensionen Gesundheit (physische und psychische), Kompetenzen und Sorgepflichten gewählt. Zum Abschluss wird empfohlen, eine skalierte Einschätzung der sozialen Funktionsfähigkeit auf Basis der General Assessment of Functioning Scale aus dem DSM IV<sup>2</sup> vorzunehmen.

## **Tendenz**

Ebenso wie in den ersten beiden Achsen die Tendenz festgehalten wurde wird auch auf Achse 3 die Dynamik mit dem selben Schema erfasst.

## **3.A. Gesundheitszustand**

Unter Gesundheit werden alle Faktoren der Verfügbarkeit des Körpers für die Bewältigung des Alltags (d.h. die Fähigkeit, das eigene Leben aktiv und ohne Gefährdung zu führen) subsumiert, inklusive psychischer Faktoren. Für das Inklusions-Chart ist das Augenmerk vor allem auf jene Aspekte zu richten, die wesentlichen Einfluss auf die alltägliche Lebensführung haben und die Chancen zur weiteren Gestaltung des Lebens tangieren. Entscheidend für die Beurteilung sind nicht mögliche zukünftige Gefährdungen, sondern das derzeitige Niveau.

Die Skalierung erfolgt auf einer 4-stufigen Skala:

„sehr gut“ → ... ist der Gesundheitszustand, wenn keine nennenswerten Beeinträchtigungen in der Funktionsfähigkeit und im Wohlbefinden gegeben sind oder wenn höchstens harmlose oder alltägliche Erkrankungen (Schnupfen, temporäres Unwohlsein, kleine Verletzungen) bei sonst guter Funktionsfähigkeit auftreten.

---

<sup>2</sup> Das DSM IV ist ein Klassifikationssystem für psychische Störungen (sh. Sass, H. u.a. 2003)

„eingeschränkt“ → ... ist der Gesundheitszustand, wenn die Person durch eine Erkrankung dauerhaft oder temporär in ihrer Funktionsfähigkeit und/oder ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt ist. Ihre Arbeitsfähigkeit oder Fähigkeit zur selbstbestimmten Gestaltung ihres Lebens wird dadurch aber nicht dauerhaft in Frage gestellt.

„mangelhaft“ → ... ist der Gesundheitszustand, wenn die Person auf unbestimmte Zeit in ihrer Funktionsfähigkeit und ihrem Wohlbefinden nennenswert beeinträchtigt ist und dadurch Einbußen in ihrer Arbeitsfähigkeit und ihrer Fähigkeit zur selbstbestimmten Gestaltung ihres Lebens erleidet.

„gefährdend“ → ... ist der Gesundheitszustand, wenn die Person durch gesundheitliche Probleme auf unabsehbare Zeit in ihrer Funktionsfähigkeit und ihrem Wohlbefinden wesentlich eingeschränkt ist, eine weitere Verschlechterung in Betracht gezogen werden muss und dadurch die Fähigkeit zur selbständigen Gestaltung ihres Lebens entscheidend eingeschränkt ist bzw. die Erkrankung zu einem dominanten Zukunftsthema wird.

### **3.B. Kompetenzen**

Unter Kompetenzen werden alle Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person verstanden, die für die Gestaltung ihres Alltagslebens, für ihre Chancen an gesellschaftlicher Teilhabe (z.B. im Arbeitsprozess), für die Lösung in der Lebensführung auftretender Probleme und für die eigene Positionierung zur Welt und zu sich selbst relevant sind. Entscheidend für die Beurteilung ist nicht das einmal erworbene, sondern das derzeit zugängliche Niveau. Beurteilt wird nicht die formale Bildung, sondern das tatsächliche Niveau, gleichgültig, ob es über formale Bildungsabschlüsse oder auf anderem Weg erworben wurde. Mitentscheidend für die Einschätzung ist die Fähigkeit der Person, das eigene Wissen auch in seiner Relativität und Begrenztheit zu erkennen (kompetenter Umgang mit Nicht-Wissen).

Die Skalierung erfolgt auf einer 4-stufigen Skala:

„sehr gut“ → ... sind die Kompetenzen, wenn die Person ein gutes Bildungsniveau aufweist, wenn sie über ein umfassendes Wissen über in ihrem Lebenskontext relevante Fakten verfügt, wenn sie die Relativität und Ergänzungsbedürftigkeit des eigenen Wissens erkennt und fähig ist, dementsprechend zu handeln (aktive Suche nach Informationen, Fähigkeit zur Korrektur von Wissensbeständen und Einschätzungen).

„eingeschränkt“ → ... sind die Kompetenzen, wenn die Person über ein unzureichendes Bildungsniveau verfügt und/oder wenn sie nur mangelhaftes Wissen über in ihrem Lebenskontext relevante Fakten verfügt und/oder wenn ihre Fähigkeit, auf Wissensmängel adäquat zu reagieren, eingeschränkt ist.

„mangelhaft“ → ... sind die Kompetenzen, wenn ihr Bildungsniveau so niedrig ist, dass sie über wesentliche Fähigkeiten, die zur Bewältigung ihrer Lebenssituation nützlich wären, nicht verfügt (z.B. eingeschränkte Fähigkeit, verstehend zu lesen; eingeschränkte Fähigkeit, für die Alltagspraxis nötige Rechnungen anzustellen) und/oder wenn ihre Fähigkeit zur Adaption oder Ergänzung ihres Wissens wesentlich eingeschränkt ist.

„gefährdend“ → ... sind die Kompetenzen, wenn die Person nicht über die Grundfertigkeiten verfügt, die zur Bewältigung des Alltags erforderlich sind

(Lesen, Schreiben, Beherrschung der Grundrechenarten), und/oder wenn sie nicht über die Fähigkeit besitzt, ihr Wissen als mangelhaft zu erkennen und darauf mit Lernaktivitäten zu reagieren.

### **3.C. Sorgepflichten**

Unter Sorgepflichten ist zu verstehen, wenn die Person Verantwortung für andere Personen trägt (z.B. als Mutter/Vater, Partner/Partnerin). Wenn keine solche Verantwortung besteht, bleibt die Zeile frei.

Die Skalierung erfolgt auf einer 4-stufigen Skala:

„sehr gut“ → ist die Wahrnehmung der Sorgepflichten, wenn die Person ihren finanziellen, pflegerischen, erzieherischen, emotionalen Verpflichtungen nachkommt und in rollenadäquatem Ausmaß die Beziehungen zu jenen Personen pflegt, für die sie Verantwortung trägt.

„eingeschränkt“ → ... ist die Wahrnehmung der Sorgepflichten, wenn die Person dauerhaft oder temporär ihren Verpflichtungen nicht oder nicht in ausreichendem Maß nachkommt. Ihre Rolle als verantwortliche Person wird dadurch nicht komplett in Frage gestellt, aber die abhängigen Personen sind in ihrem Wohlbefinden und ihrer Entwicklung dadurch beeinträchtigt.

„mangelhaft“ → ... ist die Wahrnehmung der Sorgepflichten, wenn die Person auf unbestimmte Zeit ihre Verantwortung nicht ausreichend wahrnehmen kann und sich dadurch ohne Substitution eine länger dauernde Mängellage bei den abhängigen Personen ergibt.

„gefährdend“ → ... ist die Wahrnehmung der Sorgepflichten, wenn die Person auf unabsehbare Zeit ihre Sorgepflichten nicht wahrnimmt, der Kontakt abgebrochen wurde oder die Verantwortung zurückgewiesen wird bzw. wenn Angriffe auf die abhängige Person erfolgen.

In der Spalte „Informationen“ sind die Personen, für die die Ankerperson Verantwortung trägt, anzuführen. Weiters ist kurz darzulegen, welche Fakten zur skalierten Einschätzung führten.

Substitution: Die Wahrnehmung der Sorgepflichten kann wie die Existenzsicherung entweder auf Basis aktiver Teilhabe der Personen am gesellschaftlichen Prozess des Austausches gesichert sein, oder durch Inanspruchnahme von Substituten, die das Sozialwesen (z.B. Unterhaltsvorschuss) oder private UnterstützerInnen (z.B. die Pflege von Kindern durch die Großeltern) zur Verfügung stellen. Was unter Substituierung zu verstehen ist, folgt den gleichen Prinzipien wie bei der Achse Existenzsicherung. Zum Ausmaß der Substitution von Sorgepflichten ist noch anzumerken, dass diese in der Regel nicht 100% erreichen kann, da „natürliche“ Funktionen wie gewisse aus der leiblichen Elternschaft resultierenden Verpflichtungen (z.B. aktives Interesse an der Lebensführung der Kinder) dauerhaft an den biologischen Eltern „haften“ bleiben und ihnen diese Restfunktion auch bei einer erfolgreichen Pflegestellenunterbringung der Kinder bleibt.

### **3.D. Global Assessment of Functioning**

Abschließend kann eine Einschätzung des sozialen Funktionsniveaus nach der GAF-Scale vorgenommen werden. Die GAF-Scale ist dem DSM-IV Klassifikationssystem entnommen und bildet dessen Achse V.

Die Einschätzung erfolgt auf Basis der Wahrnehmung und der zugänglichen Informationen und soll den aktuellen Zeitraum umfassen. Ergänzend dazu kann auch das höchste Niveau, das im vergangenen Jahr erreicht wurde, angeführt werden.

Die Einschätzung auf der GAF-Scale ermöglicht die kompakte Darstellung der von BeobachterInnen wahrgenommenen sozialen Funktionsfähigkeit der Person. Das ist für eine Unterstützungsstrategie insofern wichtig, als dadurch die möglichen/erreichbaren Ziele realistischer eingeschätzt werden können und eine Unter- oder Überforderung der KlientInnen verhindert werden kann. Wie auch andere personenbezogene Einschätzungen werden diese im alltäglichen und im professionellen Kontakt jedenfalls getroffen – sie sind für die Kalibrierung der eigenen Gesprächsstrategie erforderlich. Mit der GAF-Scale wird sie expliziert und ist so auch der fachlichen Diskussion zugänglich.

Zu beachten ist, dass die Skala die Funktionsfähigkeit der Person vor einem gedachten „normalen“ Hintergrund erfasst, also die Beschaffenheit der Umwelt nicht einbezieht. So kann eine mäßige soziale Funktionsfähigkeit in einer freundlichen, unterstützenden und sichernden Umwelt relativ unbedenklich sein und ein gutes Leben ermöglichen, während eine gleich hohe (oder: gleich niedrige) soziale Funktionsfähigkeit in einer behindernden oder wenig unterstützenden Umwelt ernste Probleme in der Lebensführung zur Folge haben kann.

Die Einstufung auf der GAF-Scale (im Zusammenhang des IC3: Achse 3, Dimension 4) kann daher nicht unmittelbar als interventionsbegründend herangezogen werden, sondern ist nur im Kontext des Gesamtbildes richtig interpretierbar.

## Globale Erfassung der Funktionsniveaus

- Erfolgt anhand der Global Assessment of Functioning Scale (GAF), entnommen dem DSM-IV
- Erfasst psychische, soziale und berufliche Funktionsbereiche
- Sollte sich auf den aktuellen Zeitraum beziehen; ev. ergänzend Angabe des höchsten Niveaus im letzten Jahr.
- Skala zwischen 1 und 100

Code	
<b>100-91</b>	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten, Schwierigkeiten im Leben scheinen nie ausser Kontrolle zu geraten, wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt, keine Symptome.
<b>90-81</b>	Keine oder nur minimale Symptome, gute Leistungsfähigkeit, interessiert und eingebunden in breites Aktivitätsspektrum, sozial effektives Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen
<b>80-71</b>	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren; höchstens leichte Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
<b>70-61</b>	Einige leichte Symptome ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit, aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen
<b>60-51</b>	Mässig ausgeprägte Symptome ODER mässig ausgeprägte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
<b>50-41</b>	Ernste Symptome ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
<b>40-31</b>	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation ODER starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung
<b>30-21</b>	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
<b>20-11</b>	Selbst- und Fremdgefährdung ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation
<b>10-1</b>	Ständige Gefahr sich oder andere schwer zu verletzen ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht
<b>0</b>	Unzureichende Informationen

**Grafik 1: Global Assessment of Functioning Scale**

## ***Handhabung und Interviewhinweise***

Das Inklusions-Chart war ursprünglich nicht als Instrument kooperativer Diagnostik gedacht. Da sich aber günstige Praxisberichte über den Einsatz im Gespräch mit den KlientInnen häuften, wurde im oben bereits erwähnten Forschungsprojekt SODIA schwerpunktmäßig diese Einsatzvariante untersucht. KlientInnen, die keine gravierenden kognitiven Beeinträchtigungen aufweisen, haben offensichtlich von einem Gespräch, das anhand des Formulars geführt wurde, profitiert. Es konnten keine unerwünschten oder kontraproduktiven Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung oder auf den Unterstützungsprozess beobachtet werden. Das Ausmaß der kooperativen Beteiligung der KlientInnen war jedoch nicht immer gleich gut ausgeprägt.

In der Regel eröffnet die Interviewerin mit dem Hinweis darauf, dass sie nun anhand dieses Formulars wesentliche Aspekte der Lebenslage besprechen wolle. Es ist kommunikativ hilfreich, wenn sich die Interviewerin dabei vom Formular ein wenig distanziert: „Ich soll das ausfüllen, da gibt es Regeln dafür, vielleicht muss ich auch einmal in der Beschreibung nachschauen, damit ich das richtig mache. Bitte helfen Sie mir, damit wir das gemeinsam hinbekommen.“ Die leichte Distanzierung ermöglicht es, eine Position einzunehmen, in der man die Klientin nicht „verhört“, sondern mit ihr gemeinsam – sozusagen Schulter an Schulter – einen Blick auf das Formular und die dadurch aufgeworfenen Fragen richtet.

Da im Formular selbst keine Fragen formuliert sind, sondern sich darauf nur Stichwörter – und die sind nicht alle allgemein verständlich – befinden, müssen die Fragen im Interview erst formuliert werden. Diese richten sich i.d.R. auf Merkmale, die die Einschätzung des Grades der Inklusion (auf Achse 1), des Niveaus der Lebenssicherung und des Ausmaßes der Substitution (Achse 2) bzw. der Funktionsfähigkeit (Achse 3) ermöglichen. Man kann mit Achse 1 / Dimension A beginnen. Informationen, die man bereits hat (Vorwissen oder vorliegende Unterlagen), sollte man zuerst nennen, dann den KlientInnen Gelegenheit zur Ergänzung oder zu Kommentaren geben. Genau genommen handelt es sich also nicht um ein Interview, nicht bloß um ein Frage-Antwort-Spiel, sondern um ein Gespräch. Beide Seiten spielen Informationen ein, und es ist zu erwarten, dass auch die KlientInnen einige Fragen stellen werden.

Im Duktus des Gesprächs ergeben sich möglicherweise thematische Sprünge, Klienten schließen an die Frage nach ihrer Beschäftigungssituation z.B. eine Erklärung zu ihrer eingeschränkten Mobilität an. Soweit möglich kann man diesen thematischen Sprüngen folgen, es ist nicht erforderlich, die vom Formular vorgegebene Reihenfolge einzuhalten.

Neben den direkt verwertbaren Informationen präsentieren Klientinnen ggf. auch ergänzende Erzählungen, auf die kurz eingegangen werden kann, bevor man sich dann rasch wieder den für das Formular relevanten Fragen widmet. Auf die ergänzenden Erzählungen kann man ggf. nach Abschluss des IC-bezogenen Gesprächs zurückkommen und die dort gelegten Spuren weiterverfolgen.

Eine interessante Situation im Interviewablauf ist, wenn die ersten Skalierungen eingetragen werden. Dabei handelt es sich um eine regelgeleitete zusammenfassende Einschätzung der vom Klienten dargebotenen oder aus den Unterlagen bzw. dem Vorwissen bekannten Fakten. Die Einschätzung ist also eine fachliche durch die Fachkraft und ist nicht verhandelbar, bedarf aber ggf. einer Erklärung. Die Klienten werden dabei mit einer Außensicht auf ihre Lage konfrontiert. Sie werden dazu möglicherweise eine Stellungnahme abgeben – die kann z.B. so ausfallen, dass sie einen Status mangelhafter Inklusion als für sie zufriedenstellend bezeichnen. Am Faktum ändert das nichts, die Information bietet jedoch eine Information über Änderungsbereitschaften und ist insofern relevant. Im Formular wird sie nicht direkt abgebildet, ein Vermerk kann allenfalls in der Informationen-Spalte erfolgen.

Die diesbezüglich schwierigste Phase des Gesprächs ist jene zur Achse 3, vor allem zu den Dimensionen B (Kompetenzen) und D (Functioning Scale). Hier werden Aspekte des Selbstbilds thematisiert und es können Diskrepanzen zwischen Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung deutlich werden. Das kann weniger erfahrene Fachkräfte verunsichern und dazu verleiten, auf die Thematisierung im Gespräch zu verzichten oder die Einschätzung opportunistisch entlang der Eigeneinschätzung der Klientin vorzunehmen. Von beidem wäre abzuraten. Eine kooperative Unterstützungsplanung erfordert einen offenen Umgang auch mit divergierenden Einschätzungen der Fähigkeiten der Klienten. Es ist daher anzuraten, dass bereits beim Gespräch anhand des IC3-Formulars die Fachkraft ihre Einschätzung in einer adäquaten und respektvollen Form, aber realistisch und nicht beschönigend einbringt. Entgegen den verbreiteten Befürchtungen, Klienten könnten sich dadurch missachtet fühlen, ergeben sich daraus nur selten Probleme. Im Gegenteil schätzen Sie in der Regel die Offenheit. Fantasien, was denn nun der Sozialarbeiter „wirklich“ über sie denke, die sehr behindernd sein können, kommen so gar nicht auf.

Faktoren, die auf der GAF-Scale abgebildet werden, sollten jedenfalls angesprochen werden. Die numerische Einschätzung selbst hingegen wird zumeist nicht Gegenstand des Gesprächs sein (u.a. weil sie zu viele Erklärungen erfordern würde und weil die Gefahr besteht, dass die Einschätzung als Eigenschaftszuschreibung missverstanden würde<sup>3</sup>).

Nach Abschluss der Datensammlung und Einschätzung – also wenn das Formular schließlich gefüllt ist – sollte jedenfalls eine Nachbesprechung stattfinden. Empfohlen wird, dass die Sozialarbeiterin vorerst ihre Kommentare abgibt und zur Diskussion stellt („Mir fällt auf, dass ...“; „Wenn ich mir das anschauen mache ich mir Sorgen wegen ...“; „Gut scheint ja zu funktionieren ...“ usw.). Dabei sollten sowohl ungünstige Aspekte wie auch günstige (Ressourcen) Erwähnung finden. Erste Vorschläge für mögliche Ziele und unterstützende Maßnahmen können hier eingebracht und so die Aushandlung eines Hilfeplans eröffnet werden.

---

<sup>3</sup> Sehr wohl denkbar ist allerdings, dass die Skala ausgewählten KlientInnen für eine laufende Selbsteinschätzung (Eigendiagnose) angeboten wird – etwa indem sie täglich auf Basis von Selbstbeobachtung einen Wert in ein Formular eintragen. Nach diesem Muster, aber mit einem etwas stärker ausdifferenzierteren Instrument haben Sommerfeld u.a. (2011:xxxx) in ihrem Forschungsprojekt zu Fallverläufen gearbeitet.