

# Inklusions-Chart Version 4 (IC4)

## Manual

Peter Pantuček-Eisenbacher / Eva Grigori

November 2016<sup>1</sup>

Inklusions-Chart IC4												
Klienten: Name		Gruber Else		Müller DSA		Müller DSA		11.04.16				
Problemlösung:		Eist 17.09.2016										
1. Inklusion in Funktionssysteme		Teilhabe			Tendenz/Dynamik			Informationen		Aktionen		
		teilh.	teilw.	keine	stabil	positiv	negativ	keine	Informationen (Daten und Fakten)	Gruber Else	Müller DSA	
A. Rechtsstatus									voll: Staatsbürgerschaft, getraut, alle Papiere vorhanden. Inklusionen kein legaler Aufenthaltstitel			
B. Arbeitsmarkt										nach geb bei ev. 360.777		
C. Sozialversicherung												
D. Geldverkehr												
E. Mobilität												
F. Bildungswesen												
G. medizinische Versorgung												
H. Media												
I. Adressierbarkeit												
2. Niveau der Existenzsicherung		adäquat	weniger	mangelhaft	nicht gewährt	Substitution in %		Tendenz (Dynamik)	Informationen (Daten und Fakten)		Aktionen	
		3: positiv	2: stabil	1: neg.	0: akut						Gruber Else	Müller DSA
A. Wohnen			x						ev. statt adäquat: angemessen, gut.			
B. Güter des Alltags				x								
C. Sicherheit				x								
D. lebensweilt. Support				x						Verwante kontaktieren		
3. Funktionsfähigkeit		sehr gut 4, eingeschränkt 3, mangelhaft 2, gefährdet 1				Tendenz (Dynamik)		Informationen (Daten und Fakten)		Aktionen		
		3: positiv, 2: stabil, 1: neg., 0: akut										
A. Gesundheit									Zwischenfragen helfen meistens nicht, wenn man den Vertragsaktus durchhalten will.	eins und eins ist zwei und drei wird wohl fünf sein.		
B. Kompetenzen												
C. Sorgepflichten									nicht juristisch normierte Sorge? Ehenname? Wo?			
D. Funktionsniveau	Einschätzung nach GAF-Scale								80	max/	55	aktuell

Formular ©peter pantucek-eisenbacher 2005-2016. Verwendung unter Beibehaltung des Copyright-Hinweises frei

<sup>1</sup> Im Unterschied zur Vorversion des Manuals zum IC4, die im August 2016 veröffentlicht wurde, sind kleine Fehler bereinigt, zum Beispiel ein Fehler bei der Reihung der Dimensionen auf Achse 1.

<b>Lebenslagendiagnostik .....</b>	<b>3</b>
Inklusions-Chart (IC4) .....	3
<i>Vorbemerkungen zur 4. Version</i> .....	3
<b>Achse 1: Funktionssysteme .....</b>	<b>5</b>
Inklusion / Exklusion .....	5
Inklusions-Chart .....	6
Hinweise zur Skalierung .....	7
Tendenz / Dynamik .....	8
Informationen .....	9
Unterstützte Inklusion .....	9
Stellvertretende Inklusion .....	9
Aktionen .....	11
1.A Rechtsstatus .....	12
1.B Arbeitsmarkt .....	13
1.C Sozialversicherung .....	13
1.D Geldverkehr .....	14
1.E Mobilität .....	14
1.F Bildungswesen .....	15
1.G Medizinische Versorgung .....	16
1.H Medien .....	16
1.I Adressierbarkeit .....	17
<b>Achse 2: Existenzsicherung .....</b>	<b>18</b>
Skalierung .....	18
Substitution in Prozent .....	19
Tendenz .....	20
2.A Wohnen .....	20
2.B Güter des Alltags .....	21
2.C Sicherheit .....	22
2.D Lebensweltlicher Support .....	23
<b>Achse 3: Funktionsfähigkeit .....</b>	<b>24</b>
Tendenz .....	25
3.A Gesundheit .....	25
3.B Kompetenzen .....	26
3.C Sorgepflichten .....	28
3.D <i>Global Assessment of Functioning</i> .....	29
<b>Handhabung und Interviewhinweise .....</b>	<b>33</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>36</b>

## **Lebenslagendiagnostik**

Lebenslagendiagnostik versucht unter vorübergehendem Absehen vom präsentierten Problem die Lebenslage der KlientInnen in einem Überblick zu erfassen. Dieser Überblick ist nötig, um

- angesichts der Konzentration auf das präsentierte Problem nicht aktuelle Gefahren zu übersehen, die Handeln erforderlich machen
- Möglichkeiten für „dezentriertes“ Handeln aufzuspüren, also Interventionen und Aktivitäten, die das Problem nicht direkt, sondern indirekt angehen.

Zum Standard bei Dokumentationssystemen in der Sozialarbeit gehört die Ermittlung der materiellen Bedingungen des Lebens (Einkommen, Schulden, Wohnsituation, Unterhaltsansprüche und -verpflichtungen) und einiger anderer die Handlungsmöglichkeiten strukturierender Parameter (Important Others, Familienstand, Qualifikation, Arbeitsverhältnisse, körperliche und psychische Bedingungen, Vorstrafen, Abhängigkeiten etc.). Mit der Darstellung dieser Daten wird die Lebenssituation der KlientInnen insgesamt in den Blick genommen, diese Daten ermöglichen die Anpassung der Interventionsstrategien an die Möglichkeiten der Betroffenen und können Gefahren ebenso wie bestehende Sicherheiten sichtbar machen.

### ***Inklusions-Chart (IC4)***

Mit dem Inklusions-Chart, das hier in der bereits vierten Version vorgestellt wird, wurde ein Instrument entwickelt, mit dem die wesentlichsten Daten zur Lebenslage der KlientInnen eingeschätzt und zur Grundlage eines gut ausgewiesenen Unterstützungsdesigns gemacht werden können.

Die Achsen kartographieren drei relativ selbständige Perspektiven und Interventionsräume der Sozialen Arbeit: Die Teilnahme am gesellschaftlichen Austausch (Inklusion/Exklusion) auf Achse 1, das Niveau der Existenzsicherung auf Achse 2, und Aspekte der Funktionsfähigkeit auf Achse 3. Es wird jeweils ein allgemeiner Maßstab für das Ausmaß der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Austausch angewendet. Das IC4 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 4. Version**

Das Inklusions-Chart (IC) hat einen Entwicklungsprozess hinter sich und wurde im Laufe der Jahre auf der Basis von Anwendungserfahrungen kontinuierlich verbessert. Während die erste Version 2005 sich noch auf die jetzige Achse 1 beschränkte, wurde

die Version IC2 auf die jetzt vorliegende Grundstruktur mit 3 Achsen erweitert. Die Version IC3 als Ergebnis eines kooperativen Forschungsprozesses der FH St. Pölten mit Organisationen der Sozialen Arbeit aus verschiedenen Feldern brachte vor allem eine Verbesserung der Nomenklatur, um die Gefahr von Missverständnissen bei der Anwendung zu verkleinern.

Die nunmehr fertiggestellte Version IC4 ist das Resultat eines komplexeren Prozesses der kontrollierten Erprobung und theoretischen Diskussion. Am Anfang standen Versuche, das Instrument für die Verwendung mit Personengruppen anzupassen, die aufgrund bestimmter Merkmale (zum Beispiel Alter oder Aufenthaltsstatus) von manchen Teilhabemöglichkeiten a priori ausgeschlossen sind. Es wurde von Arbeitsgruppen versucht, Spezialversionen für die stationäre geriatrische Versorgung, für Jugendliche oder für AsylwerberInnen zu erstellen. Diese Versuche gediehen unterschiedlich, zu einer vorläufigen und veröffentlichten Vollversion führten sie nur bei Flüchtlingen.<sup>2</sup> Die dabei auftretenden praktischen und theoretischen Probleme waren jedoch Anlass, die Arbeit an einer grundlegenden Überarbeitung des Instruments zu beginnen. Dafür wurde ein Board<sup>3</sup> eingesetzt, der vorerst die Konstruktion einer Version anstrebte, die Grundlagen für die Erstellung von zielgruppenspezifischen Versionen bei Aufrechterhaltung der Kompatibilität mit der allgemeinen Version formulieren sollte. Im Laufe der Diskussionen stellte sich jedoch heraus, dass das ein Weg wäre, der mehr Probleme generiert, als er zu lösen imstande ist. Man entschied sich für eine Überarbeitung des Instruments und dafür, zielgruppenspezifische Manuals und Ausfüllhilfen zu produzieren, die auf feldspezifische Fragen eingehen.<sup>4</sup> Auf die Bereitstellung feldspezifischer Versionen wurde nach langer Diskussion verzichtet. In der Entwicklung ebensolcher stellte sich heraus, dass diese letztlich zu ähnlichen Ergebnissen kommen, die nun mit den Spalten der stellvertretenden sowie unterstützten Inklusion abgebildet werden sowie der neu hinzugefügten Zeile auf Achse 1 des „Rechtsstatus“. Es wird jedoch empfohlen, feldspezifische Manuals herzustellen bzw. Ausfüllhilfen anzubieten. Hierzu bieten sich Testläufe und Workshops an, die das generalistische Manual mit spezialisierten Beispielen ergänzen.

Mit der nun vorliegenden 4. Version wird eine Antwort auf einige Anwendungsprobleme versucht. Eine detaillierte Dokumentation der Änderungen gegenüber der Vorgängerversion (IC3) findet sich auf [www.inklusionschart.eu](http://www.inklusionschart.eu)

---

<sup>2</sup> vgl. Baron et al. 2015.

<sup>3</sup> Diesem Board gehören Personen aus dem Hochschulbereich und aus verschiedenen Praxisfeldern an. Kontinuierlich im Board mitgearbeitet haben Peter Pantuček-Eisenbacher und Eva Grigori (St. Pölten), Peter Lüdtkke (Berlin), Angelika Neuer und Dunja Gharwal (Wien). Diese Personen können als die AutorInnen des IC4 gelten. Ein Dank gilt allerdings auch den zahlreichen Studierenden und PraktikerInnen der Sozialen Arbeit, die im Zuge von Bachelorarbeiten bzw. Erprobungen im Feld eine Fülle von Anwendungserfahrungen, Hinweisen und Vorschlägen eingebracht haben, ohne die das Projekt nicht den jetzigen Reifegrad erreichen hätte können.

<sup>4</sup> Parallel zur Arbeit des Boards wurde in einem von Eva Grigori geleiteten Projekt mit Studierenden die Anwendung in der Offenen Jugendarbeit sowie in ausgewählten Fremdunterbringungssettings nach dem neuen Modell erprobt.

# Achse 1: Funktionssysteme

## *Inklusion / Exklusion*

Die Möglichkeit, die Ressourcen der Gesellschaft zu nutzen, kann als Inklusion / Exklusion in die Kommunikation von Funktionssystemen beschrieben werden, wie dies in der Systemtheorie Luhmanns angelegt ist und nachfolgend für die Soziale Arbeit etwa von Scherr (2015), Kleve (2004), Baecker (1994), Hafen (2011) herausgestellt wurde. Grundlegender Befund ist hierbei jener einer funktional ausdifferenzierten Gesellschaftsformation, die eine vollständige Inklusion ihrer Mitglieder in alle ihre Teilbereiche nicht mehr notwendig vorsieht. Castel (2002), ohne den Begriff „Inklusion“ zu verwenden, verwies darauf, dass die Zuteilung von Leistungen und Chancen zunehmend nicht mehr in Ansehung der Person, sondern auf Basis von Datensätzen erfolgt. In diesem Zusammenhang ist der Terminus „Soziale Adresse“ (Fuchs 1997) hilfreich. Die Soziale Adresse besteht aus den in einer Organisation vorhandenen Daten, die mit dem Namen der Person verknüpft sind. Ein intakter Datensatz macht die Person im System sichtbar und ermöglicht dem System die Adressierung. Eine defekte Adresse (im Bereich des Finanzwesens wäre dies etwa der Umstand mangelhafter Kreditrückzahlung) schränkt die Adressabilität ein oder hindert umgekehrt die Personen daran, die Leistungen des Systems vollumfänglich zu nutzen, die anderen sehr wohl zur Verfügung stehen.

Eine intakte Soziale Adresse ist die Voraussetzung, aber keine hinreichende Bedingung dafür, dass Personen die Leistungen der Funktionssysteme nutzen können. Es kann auch andere Gründe geben, dass Personen ihre Teilhabe-Chancen nicht nutzen, z.B. können ihnen die nötigen Informationen über ihre Möglichkeiten fehlen oder lebensweltliche Bedingungen können sie von der Nutzung abhalten.

„Hilfe“ hat zwei spezifische modi operandi, mit welchen Exklusion begegnet werden kann: Jene der Unterstützung von Personen, staatliche Unterstützungsleistungen zu erhalten und darüber eine Re-Inklusion zu ermöglichen. Der faktische Teilhabestatus ist damit jedoch von ebendiesen Leistungen abhängig. Zum zweiten den Ersatz von Leistungen, die üblicherweise vom Funktionssystem erbracht werden, in Form von stellvertretender Inklusion. Es werden in sich geschlossene Subsysteme zur Verfügung gestellt, welche vom Primärsystem jedoch deutlich getrennt sind, in denen Personen in ähnlicher Lage oder mit ähnlichen „Markern“ zusammentreffen. Die Finanzierung erfolgt in der Regel über andere Kanäle als beim Funktionssystem, dessen Leistungen so ersetzt werden.

Soziale Arbeit ist in diesem Sinne einerseits der Versuch, die Adressabilität von Personen, ihre sozialen Adressen zu reparieren (Hafen 2011), andererseits versucht sie die personalen Bedingungen zu beeinflussen, sodass Personen vorhandene Teilhabechancen besser wahrnehmen können. Fallübergreifend bzw. fallunspezifisch versucht Soziale Arbeit, die Regeln für Inklusion/Exklusion zugunsten von

benachteiligten Personen zu ändern. Bei letzteren Versuchen ist sie darauf angewiesen, sich in politische Diskurse einzuschalten.

Im Sinne der systemtheoretischen Prämissen des Inklusions-Charts werden Menschen hier als Personen bezeichnet. Damit sollen sie nicht ihrer Menschlichkeit beraubt, sondern hinsichtlich der Logik gesellschaftlicher Funktionssysteme und ihrer Adressabilität präziser bezeichnet werden. So fragt etwa das Funktionssystem „Sozialversicherung“ nicht danach, ob ein Mensch in seiner Freizeit gerne zeichnet oder mit FreundInnen wandern geht, sondern es werden konkrete Marker der Sozialen Adresse erfragt, hier eben der Versicherungsstatus in unterschiedlichen Kategorien. Diese Form des Zugriffs auf Teile von Menschen macht diese zu Personen.

### ***Inklusions-Chart***

Im Inklusions-Chart wird dieses Verhältnis auf der Achse 1 auf 9 Dimensionen kartographiert und damit ein sehr großer Bereich sozialarbeiterischer Tätigkeiten und Beeinflussungs-Chancen erfasst. Für eine korrekte Anwendung des Instruments ist eine Kenntnis aller theoretischen Bezüge nicht erforderlich. Der Grundgedanke der funktionalen Ausdifferenzierung der Gesellschaft sowie der Ungleichzeitigkeiten von Inklusion/Exklusion sowie der Rolle Sozialer Arbeit darin sollte jedoch vertraut sein, um Missverständnisse zu vermeiden.

Das Chart zählt einige wichtige Funktionssysteme auf. Die Inklusion/Exklusion der KlientInnen wird auf einer 4-stufigen Skala anhand von Fakten und Indizien beurteilt.

Zu beachten ist: Der Grad der Inklusion hängt ab

1. von der Mechanik und den Regeln des Systems
2. von den subjektiven Bedingungen und Merkmalen der Person bzw. ihrer „Sozialen Adresse“.

Es kann sowohl im System bedingte Gründe für einen Ausschluss geben, als auch in der Person liegende. Manchmal bedingen diese beiden Faktoren einander (z.B. wenn die Hochschwelligkeit beim Zugang zu Bildungsangeboten eine besonders hohe Motivation erfordern würde, die die Person dzt. nicht aufbringt). Eine Inklusion könnte sowohl durch eine Senkung der Schwellen als auch durch eine Erhöhung der Motivation der Person erreicht werden. Die „freiwillige Exklusion“ aus einem oder mehreren Funktionssystemen kann Teil eines selbstgewählten Lebensstils sein (etwa der Verzicht auf ein geregeltes Erwerbsleben). Scherr (2015) weist darauf hin, dass individuell nicht immer Inklusion die bessere Lösung ist. Im Chart wird nur die faktische Inklusion/Exklusion bewertet, ohne dass eine „Schuldzuweisung“ erforderlich ist – und die volle Inklusion / Teilhabe ist nicht automatisch Ziel der individualisierten Unterstützungsarbeit. Sie ist gesellschaftlich auch derzeit nicht vorgesehen und

möglich. Dies jedoch ist, wie oben angeführt, eine sozialpolitische Frage, keine der individuellen Hilfeleistung.

Kartographiert wird die Ausgangsposition. Die Ziele sind und bleiben Gegenstand des Dialogs zwischen KlientInnen und UnterstützerInnen (SozialarbeiterInnen, Case ManagerInnen).

Die Auswahl der Teilsysteme erfolgte pragmatisch und spiegelt so vor allem die Anforderungen der Praxis wider. Mögliche theoretische Unsauberkeiten wurden zugunsten der Funktionalität des Instruments in Kauf genommen: Das Sozialwesen wurde, mit Ausnahme der obligatorischen Sozialversicherung, ausgeklammert, denn es erfüllt eine subsidiäre bzw. kompensatorische Funktion und ist streng genommen, kein eigenständiges gesellschaftliches Funktionssystem.<sup>5</sup> Es ist per definitionem nicht für alle Gesellschaftsmitglieder gleichermaßen zugänglich, sondern nur für jene, die das Merkmal der „Bedürftigkeit“ aufweisen. Eine Inklusion beim Sozialwesen setzt anderweitige Exklusion voraus.<sup>6</sup>

### ***Hinweise zur 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 Zuordnung vor allem zu diesen Zwischenstufen 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.

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 Aktionen gesetzt werden sollen, zu beschäftigen.

Wenn der faktische Status durch staatliche Unterstützungs-Leistungen erreicht werden konnte, wird dies in der Spalte „unterstützt“ mit einem Plus-Zeichen (+) markiert. Bei

---

<sup>5</sup> Zur Debatte inwieweit Soziale Hilfe ein sekundäres Funktionssystem darstellt vgl. Baecker (1994), Hafén (2011).

<sup>6</sup> Umgekehrt werden aber nicht nur ansonsten Inkludierte von den Leistungen des Sozialwesens ausgeschlossen, sondern auch Personen, die von besonders umfassender Exklusion betroffen sind. Dies trifft zum Beispiel Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus.

einer faktischen Exklusion, deren Wirkungen jedoch durch stellvertretende Subsysteme zumindest teilweise aufgefangen wird, wird dies in der Spalte „stv. Inklusion“ ergänzt. Das Ampelsystem rot/gelb/grün stellt letztlich eine (selbst-)kritische Einschätzung Sozialer Arbeit dar, inwieweit die Stellvertretung Exklusion weiter befördert oder aber die Chancen einer echten Inklusion erhöht.

### **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 keine weitere Exklusion droht, ist der Status stabil. Ist aktuell bekannt, dass sich aufgrund laufender Entwicklungen der Teilhabe-Status einer Person verändern wird oder werden könnte, dieser Prozess ist jedoch noch nicht vollzogen, so wird dies mit einem Pfeil hin zu Inklusion bzw. hin zu Exklusion markiert. Dabei wird auf die beobachtbare bzw. dokumentierte Entwicklung in den letzten Tagen/Wochen zurückgegriffen.

Für die Dringlichkeit/Möglichkeit unterstützender Interventionen ist die aktuelle Dynamik ein bedeutsames 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. Das IC4 liegt als Excelsheet vor. Eingetragen werden die Tendenzen numerisch. Beim analogen Ausfüllen ausgedruckter Formulare empfiehlt sich ein Pfeilsymbol.



bezeichnet eine günstige Tendenz in Richtung mehr Inklusion (Excel: Eingabe 3).



steht für fehlende Dynamik, einen stabilen Status. Auf jedem der Niveaus (also z.B. auch auf dem der Exklusion) kann die Tendenz stabil sein (Excel: Eingabe 2).



bezeichnet eine Dynamik in Richtung (weiterer) Exklusion. Aktuelle Ausschlusstendenzen sind eine Indikation für inklusionssichernde Interventionen. (Excel: Eingabe 1).





bezeichnet eine aktuell krisenhafte Entwicklung, d.h. unmittelbar drohende weitere Exklusion. Eine Intervention ist bei dieser Dynamik nicht nur indiziert, sondern dringend erforderlich (Excel: Eingabe 0).

#### **Hinweis:**

Die Tendenzspalte ist ausdrücklich **nicht** dazu da, um eine subjektive Einschätzung zu platzieren, wie gravierend die mangelnde Teilhabe die Lebensführung beeinträchtigt (Problemintensität) bzw. in Zukunft weiter beeinträchtigen könnte (Prognose).

### ***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. Auch in Settings stellvertretender Inklusion sollten diese benannt werden. Wenn vorhanden, sollen sowohl günstige wie auch ungünstige Fakten und Indizien vermerkt werden.

### ***Unterstützte Inklusion***

In dieser Spalte wird vermerkt, wenn der verbuchte Stand der Inklusion durch individuell zuerkannte Stützungen möglich geworden ist. Das trifft zum Beispiel zu auf

- eine Inklusion in den Arbeitsmarkt via eines Arbeitsplatzes, bei dem ein Teil des Lohns von (halb-)staatlichen Einrichtungen übernommen wird, wie das etwa bei manchen Arbeitsplätzen für Menschen mit Behinderungen der Fall ist.
- die Möglichkeit in der Dimension „Mobilität“ teilzuhaben, etwa öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen, wenn durch sozialstaatliche Leistungen Zuschüsse oder Tickets zur Verfügung gestellt werden.



Das Vorhandensein von Unterstützung zu Inklusion wird durch den Eintrag eines Plus-Zeichens „+“ in dieser Spalte vermerkt. Bei Fehlen bleibt die Spalte leer.

### ***Stellvertretende Inklusion***

In dieser Spalte wird vermerkt, wenn substituierende Systeme die „echte“ Inklusion nicht unterstützen, sondern ersetzen und Leistungen erbringen, die üblicherweise vom

Funktionssystem erbracht werden. In diesem Sinne sind Personen aus dem gesellschaftlichen Teilsystem ausgeschlossen, es wird ihnen, vermittelt durch Soziale Arbeit, jedoch ein ersetzendes Alternativsystem zur Verfügung gestellt. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn

- in einem SeniorInnenwohnhaus ein Malworkshop geboten wird (1.F);
- Jugendliche mangels verfügbarer betrieblicher Lehrstellen in überbetrieblichen Lehrwerkstätten ausgebildet werden (1.B und 1.F);
- Eine Person zwar ein Konto hat, das aber nur über den Umweg eines Sachwalters bzw. rechtlichen Betreuers zugänglich ist(1.A und 1.C);
- Menschen ermöglicht wird, in einem arbeitsähnlichen Setting tätig zu sein, dieses jedoch weder entlohnt noch zertifiziert wird (1.B).
- Personen, welche nicht krankenversichert sind, denen regulär durch eine Stelle jedoch rudimentäre medizinische Versorgung ermöglicht wird.

In all diesen Fällen ist das Angebot zielgruppenspezifisch, d.h. dass die Personen dabei i.d.R. nur mit Personen in ähnlicher Lage zusammentreffen. Es wird eine Separatwelt konstruiert, die vom „normalen“ Leben deutlich getrennt ist. Und die Finanzierung erfolgt in der Regel über andere Kanäle als beim Funktionssystem, dessen Leistungen ersetzt werden.

Die Skalierung erfolgt hier anhand eines Ampelsystems. Es werden dabei zwei Aspekte in die Bewertung einbezogen:

- Wie umfangreich ist die Substitution, d.h. deckt sie einen kleinen oder einen großen Teil der Leistungen ab, die sonst vom Funktionssystem erbracht werden?
- Wie ist die Perspektive? Verhilft diese Ersatzleistung zu besseren Chancen für eine künftige „echte“ Inklusion oder wird der Ausschluss dadurch noch verfestigt?

Die Einschätzung wird zumeist eine „über den Daumen gepeilte“ bleiben müssen und nicht für jede Person in einem System wird sie gleich sein. Was für die eine Person hinreichend ist und Chancen bietet, kann für andere inadäquat sein und den Ausschluss verfestigen. Dafür spielen biografische Faktoren ebenso eine Rolle wie Ausgangsbedingungen, die im IC unter „Funktionsfähigkeit“ gefasst werden.



Eine die Exklusion verfestigende stv. Inklusion wird durch die Eingabe von „1“ in der Spalte vermerkt. Es erscheint ein roter Punkt.



Eine stv. Inklusion mit ambivalenten Wirkungen wird durch die Eingabe von „2“ in der Spalte vermerkt. Es erscheint ein gelber Punkt.



Eine stv. Inklusion, die Leistungen des Funktionssystems gut ersetzt und die künftigen Inklusions-Chancen erhöht, wird durch die Eingabe von „3“ in die Spalte vermerkt. Es erscheint ein grüner Punkt.

Gibt es keinen Ersatz von Leistungen des Funktionssystems, bleibt die Spalte leer.

## **Aktionen**

In der Aktionsspalte wird die geplante und laufende Zusammenarbeit verzeichnet. Es wird empfohlen, diese Spalte erst nach Abschluss aller anderen Eintragungen in Angriff zu nehmen. Unter „Aktionen“ sind sowohl einseitig-gezielte Interventionen als auch kooperativ ausgehandelte Hilfepläne und andere Aktionen, die gemeinsam oder aber individuell durch Fachkraft, KlientIn oder andere getätigt werden, eingetragen.

Zur Aktionsplanung: Die verschiedenen Ebenen der Inklusion/Exklusion sind zumindest lose miteinander verknüpft. 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 Aktionen in mehr als 3 Dimensionen kontraindiziert sind. Durch die lose Verknüpfung der Ebenen ist es möglich, mit Aktivitäten in einer oder zwei Dimensionen positive Wirkungen auch in anderen Dimensionen anzustoßen.

Erste Wahl für Aktionen 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 Aktionen 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 Aktionsformen und -möglichkeiten zu erstellen.

<b>Feldspezifische Herausforderungen</b>
--

Grundsätzlich ist das Inklusions-Chart für den Einsatz in allen Praxisfeldern Sozialer Arbeit angelegt und in vielen davon erprobt. Das Manual selbst ist dementsprechend generalistisch angelegt. Es erfordert daher im Einsatz einige Spezifizierungen.

Dies zeigt sich etwa für die Soziale Diagnostik mit Jugendlichen, welche in einer Lebensphase sind, die ihnen in zeitlich kurzen Abständen neue Rechte und Verpflichtungen vorgibt. Das Leit-Kriterium für Teilhabe hier dabei das der Volljährigkeit. Jugend ist als notwendig (teil-)exkludierte Phase zu begreifen, in der familiäre Zusammenhänge für die notwendige Teilhabe verantwortlich sind (und wenn dies nicht funktioniert, dann üblicherweise der Staat). Wenn eine 17-jährige also keine Arbeit hat, weil sie noch die Schule besucht, kann die Spalte entweder frei gelassen werden oder aber mit „exkludiert“ markiert. Insofern die junge Frau den Schulabschluss und keine Lehre anstrebt, ist jedoch keine Intervention geboten. Vergleichbar hierzu sind auch Personen in Pension bzw. Rente: Diese sind auf dem Arbeitsmarkt exkludiert insofern sie keiner bezahlten Beschäftigung nachgehen und dies auch nicht wollen.

In der Arbeit mit geflüchteten Menschen sowie in Heimkontexten ergeben sich ebenfalls viele Einschränkungen faktischer Teilhabemöglichkeiten. Die Spalte der „stellvertretenden Inklusion“ ermöglicht hier, Ersatzleistungen zu vermerken und diese in ihrer Wirkung selbstkritisch fachlich einzuschätzen: Werden Wirkungen der Exklusion temporär aufgefangen und künftige Teilhabemöglichkeiten wahrscheinlicher gemacht (grün) oder handelt es sich um ein Teilsystem, das Ausschlüsse nachhaltig verfestigt (rot)?



## 1.A Rechtsstatus

Eine **volle Inklusion** in dieser Dimension ist gegeben, wenn die Person die Staatsbürgerschaft des Landes, in dem sie lebt, besitzt und auch alle damit verbundenen Rechte (Wahlrecht, Aufenthaltsrecht, Recht Arbeitsverhältnisse einzugehen oder wirtschaftlich tätig zu werden usw.). Weiters liegen alle nötigen Ausweispapiere vor (Reisepass, Personalausweis, Geburtsurkunde, Meldebestätigung). Staatsbürgerliche Rechte, Geschäftsfähigkeit, Zugang zu den Leistungen des Rechtssystems sind ohne Einschränkung gegeben.

**Exkludiert** ist eine Person, wenn sie keinen legalen Aufenthaltsstatus hat.

**Zwischenstufen** ergeben sich, wenn Ausweispapiere fehlen, wenn die Person besachwaltet bzw. rechtlich betreut wird und ihre Rechte somit nicht zur Gänze beanspruchen kann. Aber auch verschiedene Formen des Aufenthaltsstatus, von EU-BürgerIn über „subsidiär schutzberechtigt“ bis hin zu laufendem Asylverfahren sowie andere zeitlich begrenzte Rechte sind hier in einer Zwischenstufe einzuordnen.



## 1.B 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, Arbeitsassistenz, unzureichender Bezahlung, die den Lebensunterhalt nur dürftig oder gar nicht abdeckt).

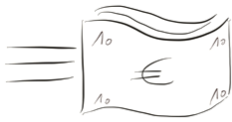


## 1.C Sozialversicherung

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.D 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.

### Hinweis

In dieser Dimension wird **nicht** eingeschätzt, wie viel oder wenig Geld die Person zur Verfügung hat. Denn der Zugang zum Geldverkehr wird eben nicht allein durch die Menge der Finanzen bestimmt, sondern vorrangig von der Möglichkeit, ein Konto und andere Dienstleistungen des Bankenwesens zu nutzen. Allerdings sind Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten oft die Folge von zu niedrigem oder unregelmäßigem Einkommen, von Schulden etc.

Insofern in einem spezifischen Setting keine Grunddaten separat erhoben werden, bedarf es der zusätzlichen Dokumentation vorhandener finanzieller Mittel, Verschuldung etc.



## 1.E 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 steht 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.

**Zwischenstufen** ergeben sich durch eingeschränkte Mobilität etwa durch temporäre oder chronische Gebrechen, mangelnde Infrastruktur (etwa im ländlichen Raum) oder durch Auflagen von Behörden (z.B. bei Arbeitslosigkeit oder laufendem Asylverfahren).



## 1.F Bildungswesen

Ins Bildungswesen **voll inkludiert** zu sein, heißt, Zugang zu Angeboten der Bildung, Ausbildung, der 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.

**Zwischenstufen** ergeben sich bei mittleren oder längeren Phasen der Nicht-Nutzung von Bildungsangeboten, bei nur mäßig adäquaten Bildungsaktivitäten und bei solchen, bei denen keine verwertbaren Abschlüsse erreicht werden können; weiters kann der Zugang durch verringerte Mobilität oder ungünstige Arbeitszeiten erschwert sein.

### Hinweis

Erhoben wird in dieser Dimension nicht der Bildungsstand oder eine vermutete oder durch andere Professionen diagnostizierte Intelligenz einer Person.



## 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 Unterstützungsleistungen.

**Zwischenstufen** ergeben sich etwa durch die Beeinträchtigung des Zugangs zu den Leistungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung, z.B. durch das Fehlen geeigneter Dienste in erreichbarer Nähe, durch Angst vor der Nutzung, durch Sprachprobleme etc.

### Hinweis:

In dieser Dimension wird nicht eingeschätzt, ob eine Person gesund ist oder nicht – dies wird auf Achse 3 in der Dimension „Gesundheit“ erfasst. Hier wird eingeschätzt, ob eine Person Zugang zur optimalen medizinischen und pflegerischen Versorgung hat.



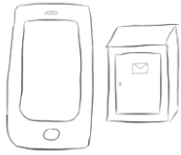
## 1.H Medien

**Volle 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; das 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.



## 1.1 Adressierbarkeit

Anders als die allgemeine soziale Adressabilität von Personen, welche in den verschiedenen Subsystemen entlang unterschiedlicher Marker funktioniert, ist hier die konkrete Adressierbarkeit einer Person in dem Sinne gemeint, inwieweit sie für Organisationen und Personen erreichbar ist.

**Volle Inklusion** hinsichtlich der Adressierbarkeit ist gegeben, wenn die Person in den verbreiteten Medien für Person-Person-Kommunikation (Briefverkehr, Telefon, SMS, E-Mail) über zugängliche Adressen verfügt und selbst über diese Medien an bzw. von Organisationen, Personen und Personengruppen ihrer Wahl ohne unübliche Einschränkungen Nachrichten aussenden und empfangen 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.

**Zwischenstufen** ergeben sich z.B. durch unregelmäßige Erreichbarkeit, Erreichbarkeit auf oder aktive Nutzung von nur einzelnen Kanälen oder durch Adressen, die nur auf dem Umweg über Dritte abrufbar sind.

### Hinweis

In diesem Bereich geht es nicht allein um die lebensweltliche Nutzung von Kommunikationskanälen, sondern um ein spezifisches Moment der Adressabilität von Personen durch gesellschaftliche Funktions- und Teilsysteme. Wer etwa keinen Brief vom Amt empfangen kann, verunmöglicht damit die Inklusion in andere Bereiche.

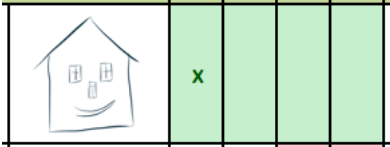
## Achse 2: Existenzsicherung

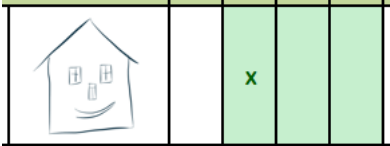
Auf der zweiten Achse werden 4 Dimensionen der Existenzsicherung betrachtet: Wohnen, Güter des Alltags, Sicherheit und lebensweltlicher Support.

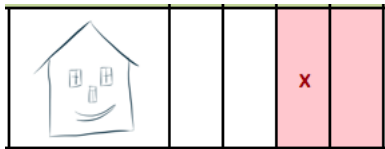
Möglich gewesen wäre auch, die zweite Achse entlang einer bedürfnistheoretischen Konzeption zu gestalten. Ilse Arlt (1958) hatte versucht, Sozialarbeit („Fürsorge“) anhand einer von ihr entwickelten Bedürfnistheorie zu begründen. In neuerer Zeit hat Martha C. Nussbaum (1999) einen ähnlichen Ansatz verfolgt und 10 „Fähigkeiten“ (Capabilities) formuliert, die ein gutes Leben ausmachen und deren Ermöglichung nicht nur vom Individuum, sondern auch von den sozialen, wirtschaftlichen und politischen Bedingungen abhängt. Eine Operationalisierung dieser Fähigkeiten und ihrer Ermöglichungsbedingungen – oder einer einigermaßen vollständigen Bedürfnisliste – hätte aber den Rahmen gesprengt und das Instrument zu umfangreich gemacht. Wir haben uns daher dafür entschieden, das Inklusions-Chart auf jene 4 zentralen Bereiche der Existenzsicherung zu beschränken, die klassischerweise stets im Fokus sozialarbeiterischer Aufmerksamkeit stehen.

### Skalierung

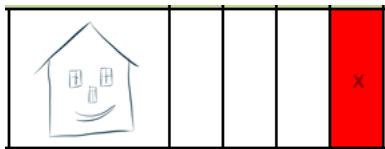
Die Einschätzung erfolgt auf Achse 2 anhand einer Skala, die von „adäquat“ bis zu „nicht gewährleistet“ reicht.

-  **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.

### ***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 oder Mindestsicherung, 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.



Die 4. Version des Inklusions-Charts sieht hier fünf Einteilungen vor. Es kann eine beliebige Zahl zwischen 0 und 100 eingegeben werden, das Formular rundet diese auf oder ab und ordnet sie so automatisch einer der 5 Stufen zu und zeigt eine kleine Tortengrafik. Es sollte auch eine Leermeldung durch den Eintrag einer „0“ erfolgen.

## **Tendenz**

Auch auf der Achse 2 – 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 analog der Vorgangsweise wie bei Achse 1 – „Inklusion / Exklusion“.



## **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.

**Zwischenstufen** ergeben sich z.B. aus Überbelegung, anhaltender Schimmelbefall, mangelhafte Ausstattung des Wohnraums, Regulierung des Wohnens durch Dritte (auch in heimähnlichen Settings) etc.



## 2.B Güter des Alltags

Unter Gütern des Alltags 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, Filme, Theater).

**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.

**Zwischenstufen** ergeben sich aus teilweiser Versorgung, etwa der Bereitstellung und Regulierung der Güter des Alltags durch stationäre Unterbringung bei gleichzeitig zu geringen finanziellen Eigenmitteln, um dies selbstständig auszugleichen.



## 2.C Sicherheit

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

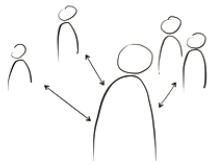
**Adäquat** ist die Existenzsicherung in der Dimension Sicherheit, wenn die Person nicht durch Angriffe auf die eigene körperliche und psychische Integrität bedroht ist, sie muss nicht um den persönlichen Besitz fürchten, hat die Möglichkeit Geheimnisse zu bewahren (auch Briefe, Gegenstände), hat Bewegungsfreiheit und die Freiheit, sich mit anderen Personen eigener Wahl zu treffen und mit ihnen (auch unbeobachtet) zu kommunizieren. Die Rahmenbedingungen ihrer Lebensführung sind auf absehbare Zukunft gesichert, sodass sie ihre Aktivitäten sinnvoll auf Entwicklungsziele ausrichten kann.

**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, wenn die Rahmenbedingungen der Lebensführung ungewiss sind, sich kurzfristig völlig ändern können und das nicht mit Sicherheit voraussehbar ist.

Zahlreiche **Zwischenstufen** sind hier denkbar. Besondere ergeben sich z.B. bei Personen, welche Waffen mit sich führen oder gelegentlich Situationen aufsuchen (müssen), die ihre Sicherheit gefährden.

### **Hinweis**

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.



## **2.D Lebensweltlicher Support**

**Adäquat** wird die Dimension des lebensweltlichen Supports abgedeckt, wenn eine Person zumindest einige andere Menschen 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. Zusätzlich ist das Vorhandensein eines weiteren sozialen Netzes, vor allem im Feld der nachbarschaftlich/freundschaftlichen oder kollegialen Beziehungen charakteristisch.

**Nicht gewährleistet** ist lebensweltlicher Support für 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.

**Zwischenformen** ergeben sich etwa über das Nicht-Vorhandensein eines weiteren sozialen Netzes oder über die Substitution zentraler Kontakte durch Professionelle oder organisiert von Professionellen.

### **Hinweis:**

Eine differenzierte Erhebung dieser Dimension kann mithilfe von Verfahren der Netzwerkdagnostik vorgenommen werden – z.B. mit der Netzwerkkarte (Pantuček 2012) bzw. unter Zuhilfenahme der Software easyNWK.

## Achse 3: Funktionsfähigkeit

Bei der Ergänzung des Inklusions-Charts 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>7</sup> zielt in hoher Detaillierung auf den Aspekt der Funktionsfähigkeit (Functioning). Für Interventionsstrategien der Sozialen Arbeit ist die Funktionsfähigkeit der KlientInnen (ihre „Fitness“) eine nicht zu vernachlässigende Rahmenbedingung. Schließlich hängt von ihr ab, wie sie im gesellschaftlichen Umfeld wahrgenommen 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 u.E. ihre Professionalisierung und macht sie in der Praxis von diesbezüglichen medizinischen Einschätzungen über Gebühr abhängig. In den Kommentaren zur 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 (physische und psychische) Gesundheit, 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>8</sup> vorzunehmen.

---

<sup>7</sup> ICF (2005); eine Einschätzung der Bedeutung der ICF für die Soziale Arbeit sh. Kraus u.a. 2006.

<sup>8</sup> Das DSM IV ist ein Klassifikationssystem für psychische Störungen (sh. Sass, H. u.a. 2003)



## **Tendenz**

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



### **3.A Gesundheit**

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. Dazu zählen auch etwa Sucht-Erkrankungen. 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** (Eingabe „4“) 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.



**Eingeschränkt** (Eingabe „3“) 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** (Eingabe „2“) 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** (Eingabe „1“) 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). Dazu gehört

auch die Fähigkeit, eine für die Bewältigung des Alltags und der gesellschaftlichen Teilhabe notwendige Sprache zu beherrschen.

Die Skalierung erfolgt auf einer 4-stufigen Skala:



**Sehr gut** (Eingabe „4“) 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). Sie ist sprachlich in der Lage alle für ihre soziale Teilhabe und Existenzsicherung notwendigen Kommunikationsleistungen in Wort und Schrift zu erbringen.



**Eingeschränkt** (Eingabe „3“) 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. Die Fähigkeit in Wort und Schrift an alltäglicher Kommunikation teilzunehmen ist ausreichend.



**Mangelhaft** (Eingabe „2“) sind die Kompetenzen, wenn das Bildungsniveau einer Person 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** (Eingabe „1“) 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). Dies umfasst sowohl die rechtlich verbrieft Verantwortung als auch andere Formen sozialer Verantwortung, die sich z.B. aus der privaten Pflege von Angehörigen ergeben. In jedem Fall ist diese Unterscheidung bei der Eintragung in die Spalte „Information“ kenntlich zu machen. Weiters sind die Personen, für die der/die KlientIn Verantwortung trägt, anzuführen. Wenn keine solche Verantwortung besteht, bleibt die Zeile frei.

Die Skalierung erfolgt auf einer 4-stufigen Skala:



**Sehr gut** (Eingabe „4“) 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** (Eingabe „3“) 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** (Eingabe „2“) 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** (Eingabe „1“) 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.

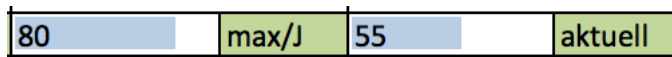
Die Wahrnehmung der Sorgepflichten kann wie die Existenzsicherung entweder auf Basis aktiver Teilhabe der Personen am gesellschaftlichen Prozess des Austausches gesichert sein, oder durch Inanspruchnahme von Substituten, die das Sozialwesen (z.B. Unterhaltsvorschuss, ambulante Pflege) oder private UnterstützerInnen (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 bildete 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.

Der Eintrag erfolgt mit einer zweistelligen Zahl entsprechend der Einschätzung auf der untenstehenden Skala. Das Formular hinterlegt das Feld dann mit einem blau gefärbten Balken, dessen Länge dem Wert entspricht – zum Beispiel:



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 bei der Lebensführung zur Folge haben kann.

Die Einstufung auf der GAF-Scale (im Zusammenhang des IC4: Achse 3, Dimension D) 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>	<p>Ernste Symptome</p> <p>ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit</p>
<b>40-31</b>	<p>Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation</p> <p>ODER starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung</p>
<b>30-21</b>	<p>Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst</p> <p>ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens</p> <p>ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen</p>
<b>20-11</b>	<p>Selbst- und Fremdgefährdung</p> <p>ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten</p> <p>ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation</p>
<b>10-1</b>	<p>Ständige Gefahr sich oder andere schwer zu verletzen</p> <p>ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten</p> <p>ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht</p>
<b>0</b>	Unzureichende Informationen



## 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 häufen, möchten wir dazu ermutigen, es gemeinsam zu erarbeiten und so als Beratungsinstrument einzusetzen. 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 – im Gegenteil.

In der Regel eröffnet der/die InterviewerIn mit dem Hinweis darauf, dass sie nun anhand dieses Formulars wesentliche Aspekte der Lebenslage besprechen wolle. Es kann kommunikativ hilfreich sein, wenn sich die interviewende Person 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, KlientInnen 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 von KlientInnen 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 KlientInnen 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) (mitunter auch schon Achse 2, Dimension C – Sicherheit). 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 KlientInnen vorzunehmen. Von beidem ist abzuraten. Eine kooperative Unterstützungsplanung erfordert einen offenen Umgang auch mit divergierenden Einschätzungen der Fähigkeiten der KlientInnen. Es ist daher anzuraten, dass bereits beim Gespräch anhand des IC-Formulars die Fachkraft ihre Einschätzung in einer adäquaten und respektvollen Form, aber realistisch und nicht beschönigend einbringt. Entgegen den verbreiteten Befürchtungen, KlientInnen 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/die SozialarbeiterIn „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>9</sup>

Nach Abschluss der Datensammlung und Einschätzung – also wenn das Formular schließlich gefüllt ist – sollte jedenfalls eine Nachbesprechung stattfinden. Empfohlen wird, dass der/die SozialarbeiterIn vorerst Kommentare abgibt und zur Diskussion stellt („Mir fällt auf, dass ...“; „Wenn ich mir das anschau 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

---

<sup>9</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 et al. (2011) in ihrem Forschungsprojekt zu Fallverläufen gearbeitet.

und unterstützende Maßnahmen können hier eingebracht und so die Aushandlung eines Hilfeplans bzw. gemeinsamer sowie individueller Aktionen eröffnet werde.

Der Einwand, kooperative Diagnostik und die Arbeit mit dem Inklusions-Chart verlangsamen den Beratungsprozess, begegnet uns recht häufig. Aus unserer Sicht ist dies keineswegs ein Nachteil. Die umfassende und gemeinschaftliche Erfassung der Lebenslage von Personen, die uns als KlientInnen begegnen, erweist sich als hilfreich und fruchtbar in der Planung konkreter Aktionen zur Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten. Die Interdependenz der erfassten Dimensionen ermöglicht so den Blick auf möglicherweise in einem spezifischen Handlungskontext weniger präsente Bereiche, welche jedoch unmittelbar beeinflusst werden von spezifischen Problemkonstellationen und umgekehrt. Die gemeinschaftliche Erarbeitung des Inklusions-Charts baut dabei nicht nur Gefahren expertokratischer Urteile von Fachkräften gegenüber lebensweltlichen Selbsteinschätzungen ab, sondern ermöglicht auch ein produktives Arbeitsbündnis auf Basis der erfassten Informationen und Einschätzungen.

Die kooperative Anwendung trägt zu einer Verbesserung der Handlungsfähigkeit bei, liefert Menschen „Landkarten“ der Situation, in welcher sie leben und lässt Handlungsoptionen, Stärken und Ressourcen sichtbar werden. Dass die Verfahrensergebnisse den KlientInnen „gehören“ wird dadurch betont – es gibt nichts, was vor ihnen zu verheimlichen wäre. Die Struktur, die das IC vorgibt, ist vorerst unabhängig vom präsentierten Problem. Der problemzentrierte Fluss des Gesprächs wird unterbrochen, ein Blick von „oben“ oder „außen“ eingeführt und der Horizont erweitert. Die KlientInnen sollten sich in Ruhe mit dem Ergebnis und den neu geschaffenen Bildern beschäftigen können. Daher ist es hilfreich, zwischen der Situationserhebung mit dem IC4 und der Erstellung eines Aktionsplans Zeit verstreichen zu lassen – sie nicht während des gleichen Meetings „durchzuziehen“. Eine Ausnahme: Aktionen in Antwort auf eine akute Gefährdung, bei denen die Zeit drängt.

# Literatur

- Apel, Helmut / Fertig, Michael (2009): Operationalisierung von „Beschäftigungsfähigkeit“ – ein methodischer Beitrag zur Entwicklung eines Messkonzepts. In: Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung Jg. 42, 5-28.
- Arlt, Ilse (2010): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. Herausgegeben und mit einem Nachwort versehen von Maria Maiss. Werkausgabe Ilse Arlt Band II. Münster.
- Baecker, Dirk (1994): Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. In: Zeitschrift für Soziologie: Heft 2. Stuttgart, 93-110.
- Baron, Jenny / Schriefers, Silvia, Windgasse, Anette / Pantuček-Eisenbacher, Peter (2015): Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion. Die Flüchtlings-spezifische Inklusionschart (IC\_flü). In: [www.soziales-kapital.at](http://www.soziales-kapital.at), Band 13.
- Castel, Robert (2002): Von der Gefährlichkeit zum Risiko: Auf dem Weg in eine post-disziplinäre Ordnung? In: episteme. Online-Magazin für Philosophie und Praxis, 10.5.2002, <http://www.episteme.de/htmls/Castel.html>
- Egretzberger, Lisa / Kulterer, Verena / Scheinecker, Eva (2016): Die Anwendung des Inklusionscharts (IC4) in der Offenen Jugendarbeit. Bachelorarbeit an der FH St. Pölten.
- Fuchs, Peter (1997): Adressabilität als Grundbegriff der soziologischen Systemtheorie. In: Soziale Systeme Jg. 3, H. 1. S. 57-79.
- Grigori, Eva / Pantuček-Eisenbacher, Peter (2016): Die Abbildung des Sozialen. Das Inklusionschart als Instrument Sozialer Diagnostik. Referat auf der 16. Jahrestagung der DGSA, Düsseldorf, 30.04.2016.
- Grünzweil, Sabine / Paul, Marlene / Rameseder, Verena / Sattler, Corinna (2011): Das Inklusions-Chart im Praxistest. Anwendung und Weiterentwicklung des Instruments in Arbeitskontexten der Sozialen Arbeit. Masterthese an der FH St. Pölten. St. Pölten.
- Hafen, Martin (2011): Inklusion und soziale Ungleichheit. In: Systemische Soziale Arbeit, Journal der dgssa, Nr. 2/3, 75-93.
- Hausegger, Trude (Hg.in) (2012): Arbeitsmarktbezogene Diagnostik und Wirkungsorientierung. Wien, Köln, Weimar.
- Kleve, Heiko (2004): Die intime Grenze funktionaler Partizipation. Ein Revisionsvorschlag zum systemtheoretischen Inklusion/Exklusion-Konzept. In: Merten, Roland / Scherr, Albert (Hg.): Inklusion und Exklusion in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden, 163-188.
- Kraus, Eva / Puchstein, Ellen / Weizel, Ruth (2006): ICF im Kontext der Sozialen Arbeit. Studienarbeit am Master-Studiengang Mental Health der FH München. [http://pantucek.com/diagnose/texte/st\\_arb\\_icf.pdf](http://pantucek.com/diagnose/texte/st_arb_icf.pdf)
- Luedtke, Kitty / Luedtke, Peter (o.J.): Inklusionsdiagnostik. <http://www.pklüdtke.de>
- Luhmann, Niklas (1981): Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat. München und Wien.
- Luhmann, Niklas (1994): Inklusion und Exklusion. In: Berding, Helmut (Hg.): Nationales Bewusstsein und kollektive Identität. Frankfurt am Main, 15-27.
- Merten, Roland / Scherr, Albert (Hg.) (2004): Inklusion und Exklusion in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden.
- Nussbaum, Martha (1999): Gerechtigkeit oder das gute Leben. Frankfurt am Main..
- Pantuček, Peter (2009a): Inklusions-Chart v2. Formulare und Manual. <http://pantucek.com/diagnostik/IC2>
- Pantuček, Peter (2009b): Die erweiterte Inklusions-Chart IC2. Ein breit einsetzbares Instrument der Lebenslageneinschätzung. In: Pantuček, Peter / Röh, Dieter (Hg.): Perspektiven Sozialer Diagnostik. Wien und Münster, 219-232.
- Pantuček, Peter (2010): Theorie als praktisches Formular. Die Inklusions-Chart 2 (IC2). In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit Nr. 4, 56–69.
- Pantuček, Peter (2012a): Demokratie / Freiheit / Professionalität. Referat auf dem Herbstsymposium des Ilse Arlt Instituts für Soziale Inklusionsforschung „Top down oder bottom up: Case Management und Sozialraumorientierung als professionelle Allmachtsfantasien?“ St. Pölten, 20.9.2012.
- Pantuček, Peter (2012b): Inklusion messen, Exklusion sichtbar machen? Das Inklusions-Chart als sozialdiagnostisches Instrument. Referat auf der Tagung „Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge – Universelles Menschenrecht oder Privileg?“ der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V., Berlin, 29.10.2012.

- Pantuček-Eisenbacher, Peter (2014): Inklusionsdiagnostik. In: Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 2(2). Krems, 162-177. <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/338>
- Pantuček, Peter / Vyslouzil, Monika (2012): Forschen und Agieren im Sozialen Raum – lokale Inklusionsforschung des Arlt Instituts der FH St. Pölten. In: Brandstätter, Manuela / Schmid, Tom / Vyslouzil, Monika (Hg.): Community Studies aus der Sozialen Arbeit. Theorien und Anwendungsbezüge aus der Forschung im kleinstädtischen/ländlichen Raum. Münster, 405-415
- Puchegger, Irmgard (2016): Der Einsatz des IC4 in der Offenen Jugendarbeit. Bachelorarbeit, Fachhochschule St. Pölten.
- Romero Villanueva, Ana Sofia (2016): Das Inklusionschart im Übergangmanagement. „Ist es bereit für den Knast?“ Bachelorarbeit, Fachhochschule St. Pölten.
- Sass, H. / Wittchen, H.U. / Zaudig, M. (2001): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Scherr, Albert (2001): Soziale Arbeit als organisierte Hilfe in der funktional differenzierten Gesellschaft. In: Das gepfefferte Ferkel, Online-Journal für systemisches Denken und Handeln, September 2001. <http://www.ibs-networld.de/altesferkel/scherr-soziale-arbeit.shtml>.
- Scherr, Albert (2002): Eignet sich die soziologische Systemtheorie als umfassende Grundlage einer Theorie der Sozialen Arbeit? In: Das gepfefferte Ferkel, Online-Journal für systemisches Denken und Handeln, September 2002. <http://www.ibs-networld.de/altesferkel/sept-scherr.shtml>
- Scherr, Albert (2015): Hilfe im System – was leistet Soziale Arbeit? In: Braches-Chyrek, Rita (Hg.in): Neue disziplinäre Ansätze in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Opladen, Berlin und Toronto, 179-198.
- Sommerfeld, Peter / Hollenstein, Lea / Calzaferri, Raphael (2011): Integration und Lebensführung: Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden.
- Wagner, Heda (2016): Erhebung der gesellschaftlichen Teilhabe bei jugendlichen Flüchtlingen mittels Inklusionscharts. Bachelorarbeit, Fachhochschule St. Pölten.

*Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen, die bisher an der Entwicklung und Erprobung des Inklusions-Charts teilgenommen haben. Ein spezieller Dank geht an jene, die intensiv an der Erarbeitung der Version 4 mitgewirkt haben: Peter Lüdtke (Berlin) für die Probeläufe in der Sozialpsychiatrie, für Ideen und die Excel-Lösung inklusive Spinnennetzgrafik. Angelika Neuer (Wien) für die Probeläufe in der stationären geriatrischen Versorgung und die aktive Mitarbeit. Die Bachelor-Studierenden an der FH St. Pölten, die in einem Projekt und ihren Bachelorarbeiten den Einsatz in verschiedenen Settings der Jugendarbeit bis zu stationären sozialpädagogischen Einrichtungen getestet haben, von den guten Erfahrungen selbst überrascht waren und wertvolle Hinweise gegeben haben. Dunja Gharwal (IFSW-Representative bei der UNO in Wien), die uns gedrängt hat, weiter zu machen und mit einigen anderen KollegInnen die Erfahrungen aus der mobilen Arbeit mit geflüchteten Menschen eingebracht hat.*

*Das Werk wäre im jetzigen Reifegrad nicht möglich gewesen, wenn nicht seit Veröffentlichung der Version 1 im Jahr 2005 zahlreiche Kolleginnen und Kollegen es in ihrer Praxis verwendet, uns ihre Erfahrungen, Kritik und Wünsche für die Weiterentwicklung mitgeteilt hätten.*

*Das Ilse Artl Institut für Soziale Inklusionsforschung am Department Soziales der FH St. Pölten hat Ressourcen zur Verfügung gestellt. Der Forschungsschwerpunkt „Methodik und Soziale Diagnostik“ sorgt dafür, dass die Arbeit weitergeht.*

Alle Unterlagen, weitere Informationen, Möglichkeit für Erfahrungsberichte und Hinweise finden Sie hier: [www.inklusionschart.eu](http://www.inklusionschart.eu)