

## Inklusionsdiagnostik

Peter Pantuček-Eisenbacher

### **Zusammenfassung: Inklusionsdiagnostik**

Die Komponente des „Sozialen“ gewinnt im Verständnis der Bedingungen für ein Wohlergehen von Menschen auch unter den Bedingungen von Krankheit und Behinderung wachsende Beachtung. Es liegen viele diagnostische Instrumentarien vor, um Person-Person-Beziehungen bis zu Beziehungs- und Austauschnetzwerken abzubilden und zu analysieren. Die für die Lebens-Chancen essenziellen Möglichkeiten der Individuen, die über-regional arbeitsteilig organisierte gesellschaftliche Infrastruktur zu nutzen, entziehen sich aber dieser Betrachtung. Mit dem Instrument der Inklusions-Chart (IC3) wird ein Verfahren bereitgestellt, das diese Lücke füllt und aufbauend auf eine sozialarbeitswissenschaftliche Perspektive in einem mehrdimensionalen Unterstützungsarrangement auf einer theoretisch konsistenten Basis relevante Fakten abbildet und für kooperative Interventionsentscheidungen verfügbar macht.

**Schlüsselwörter:** Sozialarbeit, Inklusion, Soziale Diagnostik, Teilhabe, Soziales Wohlbefinden

### **Abstract: Diagnostics of social inclusion**

“Social” aspects have gained recognition in the understanding of the basis of well-being, also of people with disease and disability. There are many diagnostic tools to map and analyse person-to-person relationships through to relationship and social exchange networks. The essential possibilities for an individual’s life chances to use supra-regionally and collaboratively organised infrastructure, however, have so far eluded these examinations. The tool “inclusion chart” (IC3) fills this gap by providing a process that maps relevant facts based on a social work science perspective in a multi-dimensional support arrangement on a theoretically consistent basis and makes them available for cooperative intervention decisions.

**Keywords:** social work, inclusion, social diagnostics, participation, social well-being

Sozialen Faktoren für Gesundheit und gelingende Lebensführung wird übereinstimmend eine große Bedeutung zugeschrieben wie beispielgebend die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zeigt (Weltgesundheitsorganisation Europa, 1986). Für eine Ermittlung und Klassifizierung sozialer Faktoren im klinischen Kontext finden sich tatsächlich zahlreiche Vorschläge und Verfahren. Die leider nur relativ kurzfristige Konjunktur sozialpsychiatrischer und sozialpsychologischer Ansätze in den 1980er-Jahren brachte eine Fülle von empirischen Arbeiten und Konzepten, die auf soziale Netzwerke der Unterstützung und auf die Bedingungen der Lebensführung außerhalb der Mauern psychiatrischer Anstalten abzielten. Als Nachfolgekonzeppte kann man z. B. jenes der Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit (Thiersch, 1992) und später sozialräumliche Konzepte (Früchtel, Cyprian & Budde, 2007a, 2007b; Haller, Hinte & Kummer, 2007) verstehen. Den meisten dieser Ansätze ist gemeinsam, dass sie die soziale Kontextualisierung in den Vordergrund des Interesses stellen – dabei aber kleinräumig bleiben. Der physische und soziale Nahraum der Person-Person-Beziehungen und der Stadtteil sind Gegenstand der Betrachtung, Analyse und Intervention. Wenn es um die soziale Einbindung / Teilhabe von Menschen geht, ist dieses Feld der täglichen Performance tatsächlich von beträchtlicher Bedeutung (siehe Brandstetter & Stemberger, 2011). Gegenüber einer Engführung diagnostischen Verstehens und des Horizonts möglicher Interventionen / Unterstützungen auf die Person, ihren Körper, ihre Bewusstseinsprozesse und ihre Fähigkeiten stellen diese Ansätze und Deutungsangebote jedenfalls einen Fortschritt dar. Sie dienen der Legitimierung und Orientierung von unterstützenden Interventionen abseits von oder zusätzlich zu den wenig legitimierungsbedürftigen und mit mehr finanziellen Mitteln ausgestatteten traditionsreichen bzw. elementaren ärztlichen und pflegerischen sowie den etwas weniger unumstrittenen, aber doch auch ubiquitären pädagogischen und psychotherapeutischen Zugängen.

Die Schwachstelle dieser Konzepte bzw. „Orientierungen“ ist jedoch, dass sie ein wesentliches Element, nämlich den Zugang zu den Ressourcen und Produkten der hochgradig global arbeitsteilig organisierten Gesellschaft ausklammern bzw. nicht systematisch abbilden und „in den Begriff bekommen“ können. Das soziale Wohlbefinden, die Lebensmöglichkeiten, hängen eben zwar auch, aber nicht nur von den Person-Person-Beziehungen und der Struktur des sozialen Nahraums ab. Ihnen ist die gesellschaftliche Arbeitsteilung ebenso vorgegeben wie nicht-lokal bestimmte Möglichkeiten des Zugangs zur materiellen und nicht-materiellen gesellschaftlichen Infrastruktur: zum Beispiel zu Arbeitsplätzen, Geld, medizinischer Versorgung und der Rechtsdurchsetzung auf Basis der geltenden Gesetze. Lokale Communities, Familien und andere kleinräumigere soziale Strukturen können nur unter den überlokal bestimmten Voraussetzungen (allenfalls, wie versucht wird, kompensatorisch) tätig werden und ihnen ist eingeschrieben, was durch sie nicht gestaltbar ist.

Nun könnte man einwenden, dass es sich bei jenen überlokalen Strukturen und Chancenzuteilungen um eine Sphäre handle, die durch sozialarbeiterische, therapeutische oder andere

klinische Praxis nicht beeinflussbar sei, ihr schlicht vorausgesetzt sei. Änderbar seien diese Voraussetzungen, die individuelle Lebensmöglichkeiten vorformen, allenfalls durch politische Aktion und damit außerhalb eines professionellen und notwendig personenzentrierten Handlungshorizonts. Es wird zu zeigen sein, dass ein Gutteil der genuinen Interventionstechniken der Sozialen Arbeit allerdings genau auf diese Bedingungen zielt – mit einigem Erfolg.

Hier ist zu erwähnen, dass es sich bei den beratenden und behandelnden Professionen um nicht präzise voneinander abgrenzbare Interventionsfelder und Perspektiven handelt. So übernimmt z. B. die Soziale Arbeit Techniken und Sichtweisen, die im Kontext der Psychotherapie entwickelt wurden. In der anderen Richtung ist die primär auf Fragen der Lebensführung und der Inklusion gerichtete Aufmerksamkeit der Sozialen Arbeit und ihrer Fachwissenschaft hilfreich, um blinde Flecken medizinischer oder psychotherapeutischer Verfahren zu erhellen. Die Bedeutung dessen, was hier als Inklusionsdiagnostik vorgestellt wird, beschränkt sich also nicht nur auf sozialarbeiterische Tätigkeiten, sondern stellt darüber hinaus einen Verstehensrahmen des „Sozialen“ auch für andere helfende Berufe und Organisationen dar.

Klinische Programme, die an einer Einbeziehung und Bearbeitung des Faktors des „Sozialen“ interessiert sind, benötigen Instrumentarien, um auch jenseits eines Alltagsverständnisses die individuelle Position der KlientInnen / PatientInnen in der gesellschaftlichen Arbeitsteilung und den Zugang von Individuen zu den Leistungen der gesellschaftlichen Infrastruktur sichtbar und bearbeitbar machen.

Bei der Betrachtung der sozialen Schichtung der Gesellschaft hat sich in der theoretischen und politischen Diskussion neben den traditionellen Begriffen Schicht, Status und Klasse in den letzten Jahren zunehmend der Terminus der Inklusion etabliert. Wie es für Schlagworte, die breit verwendet werden, typisch ist, variieren die Bedeutungen je nach Verwendungszusammenhang. Der Begriff wird in manchen Kontexten deskriptiv gebraucht, in anderen (im weiteren Sinne politischen) normativ. Dieses Schicksal teilt er etwa mit dem Begriff der Gesundheit — und einer Reihe anderer, die zentral für professionsbezogene Wissenschaften sind. Als angelagerte Begriffe können u. a. Teilhabe, Ausschluss (Exklusion), stellvertretende Inklusion genannt werden.

Für Menschen mit Behinderung hat die von der Weltgesundheitsorganisation entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2005) erstmals das Begriffsfängnis des Gesundheitswesens verlassen und die Beschreibung von Krankheiten durch die Kartographierung von Körperfunktionen / Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Umweltfaktoren ersetzt bzw. ergänzt. Dabei war der nicht ganz eingelöste Anspruch, grundlegend die Möglichkeiten und Beeinträchtigungen der Lebensführung und Teilhabe als Verhältnis von personengebundenen Faktoren zu Umweltfaktoren zu fassen. So ist zum Beispiel die

Möglichkeit, sich frei im lebensweltlichen Umfeld zu bewegen, nicht nur von der persönlichen physischen Ausstattung abhängig, sondern auch von der Beschaffenheit der physischen Umwelt und den Hilfsmitteln, die zur Verfügung stehen. Damit wird die Umwelt — oder genauer: das Verhältnis der Ausstattung des Individuums zur Ausstattung der Umwelt — zum Gegenstand der Diagnostik.

Für die Zwecke der Sozialen Arbeit wurde am Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung der Fachhochschule St. Pölten mit dem Inklusions-Chart (IC) ein Instrument der Inklusionsdiagnostik entworfen, das inzwischen konsequent weiterentwickelt wurde und dessen Version 4 (IC4) derzeit in Vorbereitung ist. Die Erstveröffentlichung erfolgte 2005 (Pantuček).

### **Kurze Geschichte des Inklusions-Charts**

Bei der Entwicklung von Verfahren für die Diagnostik des Sozialen, ausgehend vom Aktionsprofil vor allem der Sozialarbeit, zeigte sich eine nicht untypische Lücke. Für eine Fülle zwar praktisch geschätzter, theoretisch und in der Methodenliteratur aber wenig beachteter und reflektierter, sozialarbeitstypischer Tätigkeiten fand sich kein analytisches Muster, auf das diagnostisch bzw. bei der Begründung von Intervention / Nichtintervention systematisch zurückgegriffen hätte werden können. Zu solchen Tätigkeiten gehören z. B. das Beschaffen von Papieren, das Verhandeln mit Organisationen, um den Ausschluss von KlientInnen zu verhindern, das Suchen nach einer Arbeitsstelle etc. Sichtbar wurde dieser Mangel dadurch, dass in vielen Feldern und Organisationen der Sozialen Arbeit umfangreiche Dokumentationen zu verschiedenen Aspekten der sozialen Einbindung und Absicherung der KlientInnen (dazu gehören z. B. Angaben über Arbeitsstelle, Wohnung, Einkommen, Wohnkosten, andere Fixausgaben, Schulden, Bildungsstand und Bildungsaktivitäten, Sozialversicherung, gesundheitliche Versorgung, MitbewohnerInnen, nächste Angehörige usw., usf.) zu führen sind. Es waren jedoch keine Regeln für eine systematische Auswertung dieser erhobenen Daten auffindbar, die fachlich interventionsbegründend sein könnten.

Angesichts der zentralen Rolle solcher Fakten und Aktivitäten in der professionellen Sozialen Arbeit (und darüber hinaus bei jeder unterstützenden Tätigkeit z. B. auch im Gesundheitswesen, die den Anspruch erhebt, auf soziale Aspekte einzugehen) ist das Fehlen einer Systematik problematisch.

Um das Ziel zu erreichen, auch jene „handfesten“ Aktivitäten sozialer Unterstützung in einen fundierten Begründungszusammenhang einzubetten und ein theoretisch einigermaßen konsistentes diagnostisches Instrument zur Verfügung zu stellen, musste eine strukturierende Logik gefunden werden. Dafür haben sich einige Theorien des Sozialen bzw. des Gesellschaftlichen

angeboten bis zu anthropologisch ausgerichteten Bedürfnistheorien. Es kann hier nicht im Detail auf die Frage eingegangen werden, weshalb Theorien der sozialen Schichtung, Bedürfnistheorien und andere den Anforderungen nur bedingt oder gar nicht genügen konnten.

Als besonders geeignet hat sich der Begriff der Inklusion in seiner Verwendungsvariante bei Niklas Luhmann (1981; 1994) erwiesen, um die in Sozialanamnesen erhobenen disparaten Daten in einen theoretischen Zusammenhang einzuordnen und sie strukturiert bearbeitbar zu machen. Dirk Baecker lieferte 1994 eine Theorieskizze in Bezug auf die Soziale Arbeit. Er wies dem Sozialwesen die Aufgabe der „stellvertretenden Inklusion“ mit dem Anspruch, „echte“ Inklusion zu erreichen, zu. Eine weitere Präzisierung gelang Uecker (o.J.), der Soziale Arbeit als Arbeit an der „sozialen Adresse“ definierte. Unter „Sozialer Adresse“ wird ein Datenset verstanden, durch das Personen von Organisationen oder anderen Personen wahrgenommen werden und anhand dessen die Teilhabemöglichkeiten dieser Person entschieden werden. Im Beispiel: Auf Basis der Datensätze, die bei der Bank vorliegen, wird über meine Kreditwürdigkeit und damit auch über meine Zugriffsmöglichkeiten auf die Dienstleistungen der Bank entschieden. Die Reparatur von defekten Sozialen Adressen eröffnet bisher verschlossene Möglichkeiten der Teilhabe – und sei die zentrale Leistung der Sozialarbeit.

Damit kann auch auf den oben angesprochenen Einwand geantwortet werden, dass es sich bei strukturellen Bedingungen um für individualisierte Unterstützung unbeeinflussbare handle. Die Soziale Adresse von Personen kann mit gewissen Einschränkungen, aber doch „repariert“ werden, z. B. indem nötige Papiere beschafft werden (Meldezettel, Aufenthaltsbewilligung etc.), oder indem im relevanten Umfeld kursierende Negativbeschreibungen alternative Beschreibungen, Erzählungen und Gutachten hinzugefügt werden. Weiters ist es möglich, „Hintertüren“ aufzuspüren, die über Umwege Teilhabe mittelfristig ermöglichen.

Selbstexklusionen, also der scheinbar freiwillige Verzicht auf einen Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen, liegt mitunter Unwissen über Möglichkeiten der Teilhabe zu Grunde – auch das Finden von und Informieren über Wege der Teilhabe bzw. des Zugriffs auf gesellschaftliche Ressourcen gehört zum Standardrepertoire der Sozialen Arbeit.

Damit stand eine Systematik zur Verfügung, um die Zugangsmöglichkeiten von Personen zu gesellschaftlichen Ressourcen abzubilden und Detailinformationen in ein übersichtliches Gesamtbild einzuordnen. Ein Großteil der praktischen Tätigkeiten zur Verbesserung der sozialen Lage von KlientInnen kann als Arbeit zur Ermöglichung von Inklusion (oder: verbesserter Inklusion) gefasst und einer der Dimensionen zugeordnet werden.

Aus diesen Überlegungen heraus wurde das Inklusions-Chart (IC) als kompaktes Instrument Sozialer Diagnostik entwickelt. Nach der Vorlage einer ersten Version, die sich ausschließlich auf

die Kartographierung von Inklusion/Exklusion in Bezug auf einige wichtige Funktionssysteme beschränkte, erhielt das Instrument eine beachtliche Resonanz im Praxisfeld, die bei grundsätzlicher Zustimmung und einer Betonung der Brauchbarkeit allerdings eine Serie von kritischen Anmerkungen und Ergänzungsvorschlägen brachten. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass mit der Wohnversorgung ein in vielen Feldern der Sozialen Arbeit essenzielles Thema nicht berücksichtigt sei. Für die Brauchbarkeit des Instruments im beruflichen Alltag sei der Einbezug dieses Aspekts erforderlich. Innerhalb des theoretischen Frameworks Inklusion/Exklusion konnte diesem Wunsch nicht nachgekommen werden. Damit hatte sich allerdings auch der Versuch erledigt, den Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit ausschließlich über diesen Ansatz zu fassen. Wenn man die Gestaltung eines zentralen diagnostischen Instruments auch als Versuch theoretischer Modellierung versteht, dann zeigten sich die Grenzen der von Baecker und Uecker vorgeschlagenen Systematik.

Als Lösung wurde nicht der einmal gewählte Zugang verworfen, sondern das Instrument ergänzt. Analog zu bekannten Klassifikationssystemen wurden Achsen hinzugefügt, die einer anderen Logik zu folgen haben. Ab der Version IC2 waren dies zwei weitere Achsen: Existenzsicherung – in den Dimensionen Wohnen, Verfügbarkeit von Gütern des täglichen Bedarfs („Lebensmittel“) und Sicherheit; dazu noch die Achse Funktionsfähigkeit. Letztere ist durch Soziale Arbeit nicht oder kaum direkt zu beeinflussen und nicht im engeren Sinne Gegenstand Sozialer Diagnostik, bildet aber einen relevanten Hintergrund für die Einschätzung möglicher Ziele und Lebenschancen der KlientInnen.

In der Folge wurde das Instrument auf der Basis der Version 2.0 weiterentwickelt, unter anderem im Rahmen eines Forschungsprojekts in Kooperation mit dem Master-Studiengang Soziale Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten und Organisationen aus verschiedenen Praxisfeldern (Grünzweil, Paul, Rameseder & Sattler, 2011). Die letzte veröffentlichte Version ist nunmehr das IC3 (Pantuček, 2012). Derzeit wird in mehreren Praxis-Forschungs-Zusammenhängen eine Weiterentwicklung verhandelt, die zu einer Version 4 führen wird bzw. zu einigen feldspezifischen Varianten des Instruments.

### **Der theoretische Rahmen**

Erstmals von Dirk Baecker ausbuchstabiert wurde der Vorschlag, Sozialarbeit als eigenes Funktionssystem mit dem Code Hilfe / Nicht-Hilfe zu beschreiben. Die Aufgabe sei die Bearbeitung von „Daseinsnachsorge“ (Baecker, 1994, S. 98) – im Gegensatz zur Daseinsvorsorge. Was Sozialarbeit bewerkstellige, sei „stellvertretende Inklusion“ die es bei Gelingen in Inklusion überführt, „die gerade nicht von ihm, sondern von den anderen Funktionssystemen der Gesellschaft geleistet werden muss“ (Baecker, 1994, S. 103). Bei Uecker (o.J.) wird die Möglichkeit der Sozialarbeit,

Inklusion zu befördern (also: Wirkungen außerhalb ihres Funktionssystems anzustoßen) mit Bezug auf die Adressentheorie beschrieben. Das Modell der Adressentheorie geht davon aus, dass Organisationen nicht Personen, sondern ein Set personenbezogener Daten wahrnehmen (die „soziale Adresse“). Der Zustand dieser sozialen Adresse entscheidet über Inklusion oder Exklusion. Bei Uecker ist ein Kerngeschäft der Sozialarbeit die Reparatur defekter sozialer Adressen. Scherr (2002), in seinem einflussreichen Plädoyer zur Ergänzungsbedürftigkeit der Systemtheorie nach Luhmann, führt zwar den Text von Dirk Baecker im Literaturverzeichnis an, ohne allerdings in der Argumentation darauf Bezug zu nehmen .

In der folgenden Grafik wird versucht, aufbauend auf dieses Verständnis das Setting der Sozialen Arbeit zu modellieren – wobei der Scherr'schen Kritik insofern Rechnung getragen wird, als Inklusion/Exklusion zwar als Modus des Zugangs zu den gesellschaftlichen Ressourcen (und als zentrales Thema der Sozialarbeit) gefasst wird, die individuellen Lebensbedingungen allerdings noch über die von der Systemtheorie nicht oder unzureichend gefasste Trias Existenzsicherung, Funktionsfähigkeit und Person-Person-Beziehungen (soziales Kapital) in den Blick genommen werden.

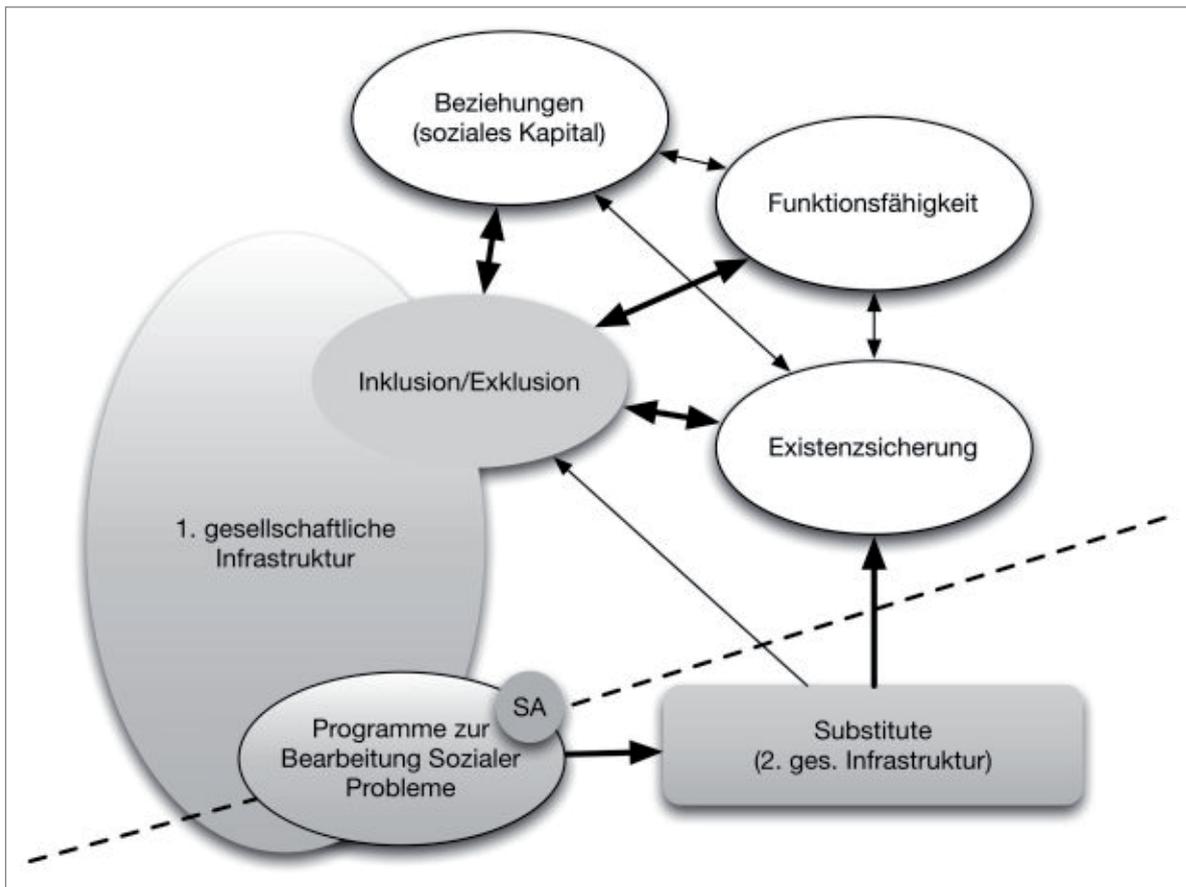


Abbildung 1: das Setting der Sozialen Arbeit (Pantuček, 2014a)

Die Abbildung 1 skizziert den Ort der Sozialarbeit in einem Setting von Individuum und Gesellschaft. Die basalen Komponenten der Lebensführung von Personen in heutigen Gesellschaften sind ihre Funktionsfähigkeit (inwieweit machen sie ihre physischen und psychischen Bedingungen handlungsfähig), der Grad ihrer Existenzsicherung (sind sie mit all dem versorgt, was sie zu ihrer Lebensführung brauchen) und das Set ihrer Beziehungen zu anderen Personen (soziales Kapital im Sinne von Pierre Bourdieu, 1983). Für ihre Lebensführung müssen sie wegen der weit entwickelten gesellschaftlichen Arbeitsteilung auf die gesellschaftliche Infrastruktur zurückgreifen. Die Möglichkeit dieses Zugriffs kann man als Inklusion/Exklusion beschreiben. Im Normal- und Idealfall stehen Personen ausreichende Teilhabemöglichkeiten zur Verfügung und sie können z. B. über Erwerbsarbeit am Prozess des Austauschs und der Arbeitsteilung teilnehmen und so die für ihre Lebensführung nötigen Ressourcen akquirieren. Zwischen voller Inklusion und voller Exklusion gibt es ein Kontinuum von Zwischenstufen (siehe Kleve, 2004). Expliziert am Beispiel des Geldverkehrs, also der Möglichkeit der Nutzung der Leistungen des Bankwesens: Zwischen einer vollen Kreditwürdigkeit und der Unmöglichkeit, ein Konto zu eröffnen, gibt es zahlreiche Zwischenstufen, wie z. B. einen reduzierten Überziehungsrahmen, Konten ohne Kreditkarte, Konten, die nur über Vermittlung einer anderen Person zugänglich sind und so weiter.

Die zweite Schicht gesellschaftlicher Infrastruktur bietet Substitute, wenn über Teilhabe / Inklusion die Lebenssicherung nicht gelingt – für dieses Feld kann man von „stellvertretender Inklusion“ (Baecker, 1994, S. 102) sprechen. Seine Funktion „erfüllt das System der Sozialhilfe aber nur dann, wenn es die stellvertretende Inklusion, die es bewerkstelligt, in Inklusion überführen kann, die gerade nicht von ihm, sondern nur von den anderen Funktionssystemen der Gesellschaft erfüllt werden kann“ (Baecker, 1994, S. 103).

Man könnte die obige Grafik auch so zeichnen, dass verstärkende Wirkungen sichtbar werden. Wir hätten dann beim oberen Kreislauf selbstverstärkende Beziehungen: Inklusion fördert Existenzsicherung, Funktionsfähigkeit und soziales Kapital – und umgekehrt. Substitute gewährleisten Existenzsicherung auf einem niedrigen Niveau, darüber hinaus sind sie eher hindernd. Der Einfluss von Substituten auf Funktionsfähigkeit und das soziale Kapital ist ambivalent und hängt von der Konstruktion der Substitute ab.

### **Das Inklusions-Chart (IC3): Struktur und Funktion**

Das Inklusions-Chart (IC3) (Pantuček, 2012, S. 239-274) übersetzt dieses Modell in ein kompaktes System der Sozialen Diagnose bzw. der Klassifikation für die Sozialarbeit. Das IC3 ist ein Instrument, in dem auf drei Achsen der Grad der Inklusion in die Kommunikation der wichtigsten Funktionssysteme, Status und Qualität der Existenzsicherung, und Aspekte der Funktionsfähigkeit abgebildet werden. Der soziale Status einer Person wird so erfasst und dient als Grund-

lage für Interventionsentscheidungen. Der Baecker'schen Argumentation wird beim Aufbau des Inklusions-Charts insofern gefolgt, als ein primärer Rekurs auf die Differenz von Konformität und Abweichung – und damit ein Labelling der Klientinnen und Klienten – nicht mehr erforderlich ist (siehe Baecker, 1994). Individuelle Abweichung kommt dann sekundär in den Blick, wenn und insoweit sie Exklusion zur Folge hat – nie also bloß als Eigenschaft der Person, stets als Teil eines Verhältnisses von gesellschaftlichen Bedingungen und individuellen Möglichkeiten.

Professionalität in der Bearbeitung des „Sozialen“ bei Unterstützungsprozessen wäre auf Basis dieses Verständnisses dann als die Fähigkeit zu fassen, vorliegende Fragen und Aufträge als Fälle von gefährdeter Inklusion zu behandeln. Darüber hinaus bietet das Instrument einen theoretischen und heuristischen Rahmen, um „das Soziale“ auch in jenen Feldern klinischer Praxis in den Begriff zu bekommen, in denen es als Rand- und Rahmenbedingung betrachtet wird, aber eine erkennbare Relevanz hat für die Möglichkeit eines Lebens der PatientInnen mit der Erkrankung, der Behinderung, der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung.

Der Anspruch, der mit Vorlage des Instruments einzulösen versucht wird, ist die Erfassung der sozialen Ausgangssituation einer Person, in der bzw. vor deren Hintergrund sie ihr Leben zu führen versucht. Das soll in einer handhabbaren Weise geschehen — der Aufwand für die Erhebung soll also so knapp gehalten werden, dass eine Anwendung in Beratungssettings vertretbar ist und für PraktikerInnen das Verhältnis von Aufwand und Nutzen nicht zu Ungunsten des Nutzens aus dem Gleichgewicht gerät.

Gleichzeitig ist das IC3 als Heuristik, als Rechercheleitfaden zu verstehen. Klassifikationssysteme wie ICD-10, DSM-IV, ICF stellen eine Unzahl an Diagnosevarianten zur Verfügung und eine Einschätzung aller Items im Rahmen eines diagnostischen Verfahrens ist weder angestrebt noch möglich. Das IC hingegen bietet ein Grundgerüst für die Erhebung eines Sets an Dimensionen, die für die Einschätzung der sozialen Situation einer Person jedenfalls relevant sind. Es entfaltet erst dann seine Möglichkeiten, wenn Eintragungen nicht nur entlang der ohnehin bereits als „Probleme“ erkannten oder markierten Themen erfolgen, sondern wenn es als kooperatives anamnestisches Instrument verwendet wird. Damit werden nicht nur Problemfelder, sondern auch funktionierende Aspekte (Ressourcen) abgebildet.

In diesem Beitrag geht es vor allem um die Achse 1, die in engerem Sinne eine Einschätzung von Inklusion/Exklusion darstellt. In den Dimensionen Arbeitsmarkt, Sozialversicherung, Geldverkehr, Mobilität, Bildungswesen, Medien, medizinische Versorgung, Kommunikation und lebensweltlicher Support ist jeweils anhand von Fakten einzuschätzen, inwieweit die Person die gesellschaftliche Infrastruktur nutzen kann und nutzt.

| Inklusions-Chart (IC3)     |                   |               |            |            |                   |                    |                       |
|----------------------------|-------------------|---------------|------------|------------|-------------------|--------------------|-----------------------|
| KlientIn:<br>Name, Alter   |                   | erstellt von: |            |            | erstellt am:      |                    |                       |
| Presenting Problem         |                   |               |            |            |                   |                    |                       |
| 1. Funktionssysteme        | Inkludierungsgrad |               |            |            | Tendenz (Dynamik) | Informationen      | Intervention          |
|                            | voll              | weitgehend    | mangelhaft | exkludiert | < =<br>> >> !     | (Daten und Fakten) | (laufend und geplant) |
| A. Arbeitsmarkt            |                   |               |            |            |                   |                    |                       |
| B. Sozialversicherung      |                   |               |            |            |                   |                    |                       |
| C. Geldverkehr             |                   |               |            |            |                   |                    |                       |
| D. Mobilität               |                   |               |            |            |                   |                    |                       |
| E. Bildungswesen           |                   |               |            |            |                   |                    |                       |
| F. Medien                  |                   |               |            |            |                   |                    |                       |
| G. medizinische Versorgung |                   |               |            |            |                   |                    |                       |
| H. Kommunikation           |                   |               |            |            |                   |                    |                       |
| I. lebensw. Support        |                   |               |            |            |                   |                    |                       |

Abbildung 2: Inklusions-Chart IC3, Blatt 1 (Pantuček, 2012)

| 2. Existenzsicherung  | adäquat                     | weitgehend    | mangelhaft | nicht gewährt. | Substitution in % | Tendenz (Dynamik) | Informationen (Daten und Fakten) | Intervention |
|-----------------------|-----------------------------|---------------|------------|----------------|-------------------|-------------------|----------------------------------|--------------|
|                       |                             |               |            |                |                   | < =<br>> >> !     |                                  |              |
| A. Wohnen             |                             |               |            |                | 0                 |                   |                                  |              |
| B. Lebensmittel       |                             |               |            |                | 0                 |                   |                                  |              |
| C. Sicherheit         |                             |               |            |                | 0                 |                   |                                  |              |
| 3. Funktionsfähigkeit | sehr gut                    | eingeschränkt | mangelhaft | gefährdend     |                   | Tendenz (Dynamik) | Informationen (Daten und Fakten) | Intervention |
|                       |                             |               |            |                |                   | < =<br>> >> !     |                                  |              |
| A. Gesundheit         |                             |               |            |                |                   |                   |                                  |              |
| B. Kompetenzen        |                             |               |            |                |                   |                   |                                  |              |
| C. Sorgepflichten     |                             |               |            |                |                   |                   |                                  |              |
| D. Funktionsniveau    | Einschätzung nach GAF-Scale |               |            |                | Maximum Jahr      |                   | aktuell                          |              |

Formular © peter pantucek, Projektgruppe SODIA 2005-2012. Verwendung unter Beibehaltung des Copyright-Hinweises frei.

Abbildung 3: Inklusions-Chart IC3, Blatt 2 (Pantuček, 2012)

Hier ist anzumerken, dass jene Möglichkeiten, die volle Inklusion bietet, vom aktuellen Entwicklungsstand der gesellschaftlichen Infrastruktur abhängig sind. Das Manual enthält für jedes Item eine Definition dessen, was als „volle Inklusion“ verstanden werden kann. Dabei bezieht es sich auf europäische Gesellschaften des beginnenden 21. Jahrhunderts. In Staaten mit einem anderen Niveau des Ausbaus der Infrastruktur kann „volle Inklusion“ einen niedrigeren Stand an Möglichkeiten bzw. Ressourcenzugang (z. B. bei der Sozialversicherung) meinen, es wäre auch ein angepasstes Manual zu erstellen. Im Rahmen der angebotenen Skalierung nicht erfasst sind privilegierte Positionen. So können z. B. Personen mit großem Vermögen eine Sonderbehandlung durch Banken erwarten. Ihre soziale Adresse ist privilegiert. Das kann im Instrument nicht abgebildet werden. Im Rahmen einer Sozialstrukturanalyse wären das zwar auch interessante Daten, im Verwendungskontext der Sozialen Arbeit ist es allerdings hochgradig unwahrscheinlich, Personen mit einem solchen privilegierten Status zu begegnen. Der Verzicht auf eine Kategorie der Privilegierung hat daher keinen Informationsverlust zur Folge.

Die Einschätzung auf einer Skala von Inklusion/Exklusion bezeichnet ein Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft. Nicht die formale, sondern die tatsächliche Möglichkeit der Nutzung der Infrastruktur wird kartographiert. Das bedeutet, dass auch eine Selbstexklusion als Exklusion aufscheint. In einem Standardbeispiel aus dem Manual wird bei einer adipösen Frau, die aufgrund demütigender Erfahrungen mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung sich nicht mehr traut, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, eine weitgehende Exklusion in der Dimension der medizinischen Versorgung zugeschrieben, was der erlebten und beobachtbaren Realität entspricht. Man kann die weitgehende Exklusion nun einerseits der Person zurechnen - schließlich hätte sie es in der Hand, ihre Angst zu überwinden. Man kann aber auch die Exklusion der Realität respektloser Behandlung durch Repräsentanten des Systems der medizinischen Versorgung zurechnen und läge damit auch nicht ganz falsch. Interventionsstrategien zielen in der Regel auf beide Seiten, die das Verhältnis konstituieren. Kompetente Fachkräfte werden der Frau bei der Überwindung ihrer Ängste helfen, sie gegebenenfalls im übertragenen und im konkreten Sinne „bei der Hand nehmen“ - und sie werden eine Ärztin suchen und eventuell vorinformieren, von der eine respektvolle Behandlung der Patientin zu erwarten ist. Im Erfolgsfall resultiert ein Schritt in Richtung Inklusion und die medizinische Behandlung kann beginnen.

### **Varianten und Ableitungen**

Obwohl das Instrument von seinem Anspruch her universell ausgerichtet und nicht auf ein bestimmtes Teilgebiet des Sozial- und Gesundheitswesens zugeschnitten ist, zeigten sich in einigen Anwendungsfeldern Probleme. Diese bestehen vor allem darin, dass die dortigen NutzerInnen systematisch bzw. per definitionem von der Teilhabe an der Kommunikation / den Leistungen bestimmter Funktionssysteme ausgeschlossen sind (z. B. Kinder aus dem Arbeitsmarkt), oder

dass sie auf längere Zeit auf Systeme der stellvertretenden Inklusion angewiesen sind (z. B. die BewohnerInnen eines Pflegeheims). Für die klinische Praxis und die Gestaltung aussichtsreicher Unterstützungsarrangements ist es wünschenswert, auch in diesen Fällen zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen.

Daraus ergibt sich die Möglichkeit und Notwendigkeit, auf der Basis des Grundmodells, das wegen der Vergleichbarkeit unbedingt beibehalten werden sollte, Varianten zu entwerfen.

Die erste Variante war das „integrachart“, das von der Unternehmensberatung prospect für das Case Management bei arbeitsfähigen MindestsicherungsbezieherInnen entwickelt wurde (Hausegger, 2012). Diese Variante bediente sich der Grundstruktur des IC2, veränderte aber die Terminologie in die Richtung des für das Arbeitsmarktservice charakteristischen und stets auf die Beschäftigungsmöglichkeit als Zentralreferenz zielende Vokabular. Eine wichtige Neuerung war die Generierung einer markanten vereinfachten Ergebnisgrafik mit der Überschrift „meine Ausgangssituation“, die den KlientInnen übergeben wurde und als Ausgangspunkt für die Gespräche über den Unterstützungsplan diente. Als besonders hilfreich erwies sich die quantitative Auswertung der akkumulierten Daten, die eine differenzierte Sicht auf die Lebenslage der KlientInnenpopulation ermöglichte, die für die Weiterentwicklung des Dienstes, für eine realistische Einschätzung der Möglichkeiten der Arbeitsaufnahme und für weitere Verhandlungen mit den EntscheiderInnen auf der politischen Ebene genutzt werden konnte.

Während die Änderungen des integrachart gegenüber dem IC2 noch mehr einer pragmatischen Anpassung an Förderbedingungen des Arbeitsmarktservices geschuldet schienen, zeigte der Versuch des Einsatzes im Kontext von PensionistInnen-Wohnhäusern deutlicher die Richtung, in die eine Weiterentwicklung des Instruments zu gehen hätte. Ein Teil der BewohnerInnen kann noch jenen Bereich nutzen, der oben als „erste gesellschaftliche Infrastruktur“ bezeichnet wurde. Sie haben ein Bankkonto, sind auch außerhalb des Wohnhauses mobil, unterhalten externe soziale Beziehungen. Je mehr sie ausschließlich auf die Infrastruktur der Häuser angewiesen sind, umso größer und in den meisten Fällen irreversibel ist ihre Exklusion. Dafür wird umso bedeutender, inwieweit ihnen Leistungen und Teilhabemöglichkeiten im Rahmen der stellvertretenden Inklusion zugänglich sind. Um das abbilden zu können, wurde die Achse 1 (Inklusion/Exklusion) ergänzt um eine Achse 1b, in der Komponenten der stellvertretenden Inklusion abgebildet werden.

Dieser Ansatz wird im aktuellen Projekt „Daten für Taten“ der (deutschen) Bundesarbeitsgemeinschaft psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer weiterverfolgt, für das dortige Klientel ausbuchstabiert und einem Praxistest unterzogen.

## Ausblick

Die nächste Stufe der Entwicklung des Instruments wird die Erfahrungen aus den feldspezifischen Projekten aufgreifen und unter der Sammelbezeichnung IC4 eine teiloffene Grundstruktur zur Verfügung stellen, die mit dem ICger, dem ICref sowie noch zu erarbeitenden Varianten für Vorschulkinder, Schulkinder, Jugendliche und eventuell für Familien ein differenziertes Instrumentarium bietet.

Von besonderem Interesse wird in Zukunft auch sein, die Möglichkeiten des Instruments bei einer quantitativen Auswertung akkumulierter Daten zu nutzen. Dabei empfiehlt sich die Verbindung mit Grunddaten wie Alter, Beruf, Qualifikation, Familienstand, Nationalität, Aufenthaltsstatus, beherrschte Sprachen, Delinquenz etc.

Eine weitere genauere Ausarbeitung könnte sich früher oder später differentialdiagnostischen Erweiterungen widmen, insbesondere in Richtung der subjektiven Bewertungen und Ziele der KlientInnen. Dadurch könnte eine bessere Verbindung zur Erstellung von Unterstützungsplänen bereitgestellt werden.

## „Nur“ ein Instrument für die Soziale Arbeit?

Das Instrument ist ausgehend von einem sozialarbeitswissenschaftlichen Kontext und Verständnis entwickelt worden. Insofern bildet es auch die Sichtweise und die fachpraktischen Fragestellungen der Sozialarbeit ab. Wenn man, wie ich es bevorzuge, Sozialarbeitswissenschaft als die Wissenschaft von organisierten sozialen Unterstützungsprozessen versteht und die Soziale Arbeit als jene Disziplin und Profession, die solche Prozesse derzeit als einzige im Zentrum ihrer Aufmerksamkeit hat, dann sind die Ergebnisse ihrer Konzeptualisierungen nicht nur für das engere Feld sozialarbeiterischer Berufstätigkeit interessant. Sie bringen Erkenntnisse, die stets dann von Bedeutung sind, wenn die Komponente des Sozialen in die Betrachtung und Konzeptionierung von Unterstützungsprozessen einbezogen werden soll. Eine besondere Bedeutung haben sie also auch für das Gesundheitswesen.

Das Instrument Inklusions-Chart wird deshalb nicht universell durch jede und jeden anwendbar. Seine kompetente Anwendung und Ausdeutung erfordert über die Lektüre des Manuals hinaus ein Fachwissen, das von unspezifisch ausgebildetem Personal nicht zu erwarten ist. Es kann allerdings einen Eindruck davon vermitteln, was der Aufmerksamkeitsfokus und das professionsspezifische Potenzial sind, die von SozialarbeiterInnen in mehrdisziplinären Kontexten erwartet und eingebracht werden können. Inklusion (wie die weiteren durch das IC erfassten Komponenten der Existenzsicherung und der Funktionsfähigkeit) ist ein allgemeines, nicht nur

in sozialarbeiterischen Kontexten bedeutendes Maß für die durch SpezialistInnen in der Regel ausgeklammerten oder wenig beachteten Rahmenbedingungen der Bewältigung von Krankheit, Traumata und Behinderungen. Es sind Rahmenbedingungen, für deren Beeinflussung medizinischen und pflegerischen, ja auch psychotherapeutischen Zugängen kaum ein geeignetes Handwerkszeug zur Verfügung steht, und die daher den Einbezug sozialarbeiterischer Expertise erfordern.

Unterlagen zum Verfahren inklusive Manual sind im Internet zugänglich (Pantuček, 2014b).

## Literatur

- Baecker, D. (1994). Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. *Zeitschrift für Soziologie* 23(2), 93-110.
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2*, 183-198.
- Brandstetter, M. & Stemberger, V. (2011). Von der Armut auf dem Land. Die Diskurs- und Hilfepraxen zur Not zugezogener Familien in einer ländlichen Kleinstadt. In R. Verwiebe (Hrsg.), *Armut in Österreich. Bestandsaufnahme, Trends, Risikogruppen*. (S. 308-327). Wien: Braumüller.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).  
Genf: World Health Organization.
- Früchtel, F., Cyprian, G. & Budde, W. (2007a). *Sozialer Raum und Soziale Arbeit 1. Textbook: Theoretische Grundlagen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Früchtel, F., Cyprian, G. & Budde, W. (2007b). *Sozialer Raum und Soziale Arbeit 2: Fieldbook: Methoden und Techniken*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Grünzweil, S., Paul, M., Rameseder, V. & Sattler, C. (2011). *Das Inklusions-Chart im Praxistest. Anwendung und Weiterentwicklung des Instruments in Arbeitskontexten der Sozialen Arbeit*. Masterthese, an der Fachhochschule St. Pölten, St. Pölten.
- Haller, D., Hinte, W. & Kummer, B. (Hrsg.). (2007). *Jenseits von Tradition und Postmoderne. Sozialraumorientierung in der Schweiz, Österreich und Deutschland*. Weinheim: Juventa.
- Hausegger, T. (Hrsg.). (2012). *Arbeitsmarktbezogene Diagnostik und Wirkungsorientierung*. Wien: Böhlau.
- Karls, J.M. & O'Keefe, M.E. (2008). *Person-In-Environment System Manual* (2nd Edition). Washington: NASW Press.
- Kleve, H. (2004). Die intime Grenze funktionaler Partizipation. Ein Revisionsvorschlag zum systemtheoretischen Inklusion/Exklusion-Konzept. In R. Merten & A. Scherr (Hrsg.), *Inklusion und Exklusion in der Sozialen Arbeit*. (S. 163-188). Wiesbaden: VS Verlag.
- Luhmann, N. (1981). *Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat*. München: Olzog.
- Luhmann, N. (1994). Inklusion und Exklusion. In H. Berding (Hrsg.), *Nationales Bewusstsein und kollektive Identität*. (S. 15-27). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Pantuček, P. (2005). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien: Böhlau.

- Pantuček, P. (2012). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit* (3. aktualisierte Auflage). Wien: Böhlau.
- Pantuček, P. (2014a). Professionalisierung am Fall der Sozialen Arbeit im Kontext Österreich. In M.P. Schwarz, W. Ferchhoff, R. Vollbrecht (Hrsg.), *Professionalität: Wissen – Kontext. Festschrift für Prof. Dr. Bernd Dewe* (S. 788-806). Bad Heilbronn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Pantuček, P. (2014b). *Peter Pantuček-Eisenbacher, Wien/St. Pölten*. Zugriff am 10.10.2014. Verfügbar unter <http://www.pantucek.com>
- Scherr, A. (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. Zugriff am 09.02.2009. Verfügbar unter <http://www.ibs-networld.de/altesferkel/sept-scherr.shtml>
- Thiersch, H. (1992). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim: Juventa.
- Uecker, H. (o.J.). *Adressentheorie und professionelle Soziale Arbeit in der modernen Gesellschaft – das Beispiel des taktvollen Handelns*. Zugriff am 03.03.2010. Verfügbar unter [http://www.sozialarbeit.ch/dokumente/sa\\_adressentheorie.pdf](http://www.sozialarbeit.ch/dokumente/sa_adressentheorie.pdf)
- Weltgesundheitsorganisation Europa. (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am 20.10.2014. Verfügbar unter [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

## Angaben zum Autor

**Prof. Dr. Peter Pantuček-Eisenbacher** ist Sozialarbeiter, Soziologe und Supervisor. Er leitet den Fachbereich Soziales an der Fachhochschule St. Pölten. Arbeitsschwerpunkte: Soziale Diagnostik, Methodik und Theorie der Sozialarbeit, Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe.

**Kontakt:** [peter@pantucek.com](mailto:peter@pantucek.com)

**Web-Adresse:**

[www.pantucek.com](http://www.pantucek.com)

## Zitationsempfehlung

Pantuček-Eisenbacher, P. (2014). Inklusionsdiagnostik. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2(2), 162-177. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>