



Leseprobe aus Lackenbucher und Kavalár,
Praxisbuch Inklusionschart-Familiendiagnostik,
ISBN 978-3-7799-7752-0 © 2024 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-7752-0](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-7752-0)

Inhalt

1 Einführung	9
1.1 Entstehungshintergrund des Inklusionscharts (IC4)	11
1.2 Einleitende Hinweise zur Anwendung	12
2 Funktionsweise und Aufbau	14
2.1 Achse 1	14
2.2 Achsen 2 und 3	15
2.3 Erweiterung Kinder- und Jugendhilfe: Die Inklusionschart-Familiendiagnostik (IFa)	15
3 Handhabung des Diagnoseformulars	18
3.1 Achse 1: „Inklusion in Funktionssysteme“	18
3.2 Achse 2: „Niveau der Existenzsicherung“	19
3.3 Achse 3: „Funktionsfähigkeit“	19
3.4 Tendenz/Dynamik	20
3.5 Informationen	21
3.7 Stellvertretende Inklusion	23
3.8 Aktionen	24
3.9 Substitution in %	25
4 Definitionen zur Gefährdungsabklärung und Skalierung	27
4.1 Definitionen Achse 1: „Inklusion in Funktionssysteme“	28
4.1.1 Rechtsstatus	28
4.1.2 Arbeitsmarkt	29
4.1.3 Sozialversicherung	31
4.1.4 Geldverkehr	32
4.1.5 Mobilität	35
4.1.6 Bildungswesen	36
4.1.7 Medizinische Versorgung	39
4.1.8 Medien	42
4.1.9 Adressierbarkeit	45
4.2 Definitionen Achse 2: „Niveau der Existenzsicherung“	47
4.2.1 Wohnen	47
4.2.2 Güter des Alltags	51

4.2.3	Sicherheit	53
4.2.4	Beziehung und Interaktion	62
4.3	Definitionen Achse 3: „Funktionsfähigkeit“	67
4.3.1	Gesundheit	67
4.3.2	Kompetenzen	71
4.3.3	Sorgepflichten	74
5	Datenauswertung und Evaluation	84
6	Resümee	90
7	Quellen	92
8	Anhang	93
8.1	Auszug Diagnosebogen – Achse 1	93
8.2	Auszug Diagnosebogen – Achsen 2 und 3	94
	Hinweise zu den Online-Materialien	95

1 Einführung

„Wie wir feststellten, werden so gut wie keine Instrumente sozialer Diagnostik verwendet, weder auf Seiten der Referate für Jugend und Familie noch auf Seiten der hilfedurchführenden privaten Träger. Es ist allerdings klar, dass soziale Diagnostik als Grundlage für die Hilfeplanung de facto passiert, aber eben ohne formalisierte Instrumente. [...] Es ist aber auch wissenschaftlich unumstritten, dass das Verwenden von Diagnostikinstrumenten die Wahrscheinlichkeit von Fehlentscheidungen signifikant reduziert.“ (Arnold/Gerlach-Schettini/Höllmüller/Moser/Schmid/Suppan 2015: 10)

Wie dieses Zitat für das Bundesland Kärnten exemplarisch verdeutlicht, sind innerhalb des letzten Jahrzehnts die Rufe nach der Implementierung sozialer Diagnoseverfahren im Bereich der ambulanten Erziehungshilfen immer lauter geworden. Die Gründe für die dennoch eher zögerliche Umsetzung in der beruflichen Praxis sind vielfältig, können aber insbesondere auf drei zentrale Faktoren zurückgeführt werden:

1. Wie auch Arnold et al. anführen, findet soziale Diagnostik zu einem gewissen Teil ohnehin statt (vgl. ebd.), aber eben mittels nichtstandardisierter – zum Teil in der Praxis entwickelter – Instrumente. Praktiker:innen in der Familienintensivbetreuung sprechen in diesem Kontext beispielsweise auch von „Fallverstehen“ und beschreiben damit einen erfahrungsgeleiteten, dialogisch-dynamischen Interaktionsprozess zwischen Fachkräften und Klientel (vgl. u. a. Lackenbucher 2018: 284 f.).
2. Der Begriff der „Diagnostik“ ist in der Sozialen Arbeit völlig uneinheitlich definiert. Ein allgemeines Begriffsverständnis gibt es nicht, was die Implementierung sozialer Diagnosestandards auch im Bereich der Familienarbeit erschwert (vgl. u. a. Pantuček-Eisenbacher 2019: 121 f.).
3. Die Entwicklung und Erprobung sozialer Diagnoseverfahren ist – bei gleichzeitig ausgeprägter Autonomie der privaten Trägereinrichtungen der ambulanten Kinder- und Jugendhilfe – mit hohen Kosten verbunden. Die Implementierung einheitlicher sozialer Diagnosestandards ist damit deutlich erschwert, zumal völlige Unklarheit darüber besteht, ob die Verantwortung hierfür beim öffentlichen oder privaten Kinder- und Jugendhilfeträger liegt.

In den letzten Jahren hat es in Kärnten mehrere Versuche gegeben, Instrumente der sozialen Diagnostik im Bereich der mobilen Familienarbeit zu implementieren. Lackenbacher (2018) konnte beispielsweise erste positive Erfahrungen mit dem Instrument der „neuen“ sozialpädagogischen Familiendiagnostik nach Cinkl und Krause (2012) empirisch nachweisen. Weitere Versuche der Implementierung sozialer Diagnoseverfahren haben bisher gemischte Erfahrungswerte geliefert und eine Trendwende im Bereich der Diagnostik konnte bis dato nicht eingeleitet werden.

Ändern dürfte sich dieser Umstand aufgrund des seit Juli 2022 für die Kärntner Kinder- und Jugendhilfe geltenden Durchführungserlasses für ambulante mobile Betreuungen. Darin ist eine „**umfassende soziale Diagnostik**“ (Amt der Kärntner Landesregierung 2022: 3; Hervorh. im Orig.), die von Seiten der Betreuer:innen innerhalb der ersten drei Monate durchzuführen ist, erstmalig dezidiert vorgeschrieben. Dadurch soll die sozialarbeiterische Anamnese der Jugendämter ergänzt werden (vgl. ebd.).

Analog dazu verfolgen auch wir bei der *Praxis Querkopf* das Ziel, neue Diagnosestandards zu setzen und ein Methodentool zu entwickeln, das sowohl auf Seiten der Jugendämter als auch auf Seiten der Betreuer:innen praktikabel und gewinnbringend angewendet werden kann. Dies erfolgt ganz im Sinne einer gemeinsamen diagnostischen Sprache, wie sie im Fachdiskurs immer wieder gefordert wird. Hierfür haben wir unsere berufspraktische und sozialwissenschaftliche Expertise in den letzten Jahren dazu genutzt, um bereits vorhandene, gut erprobte Diagnoseinstrumente für unseren Tätigkeitsbereich zuzuschneiden. Dazu haben wir uns eng am aktuellen Forschungsstand bezüglich sozialer Diagnoseverfahren orientiert, der – hinsichtlich unserer Zielsetzungen – in aller Kürze in den folgenden Paragraphen zusammengefasst wird.

Laut Heiner kann im Professionalisierungsdiskurs der Sozialen Arbeit zwischen sozialpädagogisch-rekonstruktiven und sozialarbeiterisch-klassifikatorischen Diagnoseverfahren unterschieden werden (vgl. Heiner 2018: 242). Erstere *nicht-standardisierte* Verfahren werden insbesondere in der direkten Fallarbeit eingesetzt – etwa in Form von teilnehmenden Beobachtungen, sozialpädagogischen Gesprächen/Interviews oder Familienkonferenzen. Zweitere *standardisierte* Verfahren vermessen die „soziale ‚Geographie‘ von Fällen“ (Pantuček-Eisenbacher 2019: 119) und sollen eine Klassifizierung sozialer Probleme ermöglichen.

Die von uns entwickelte Inklusionschart-Familiendiagnostik (IFa) vereint *beide Zugangsweisen*; ganz im Sinne der im Fachdiskurs repräsentativ durch Heiner geforderten „integrativen Position“ (Heiner 2018: 245) sozialer Diagnoseverfahren. Dabei soll ein Mittelweg zwischen *rekonstruktiven* und

klassifikatorischen Diagnoseansätzen gefunden werden (vgl. ebd.: 242 ff.). Das vorliegende Methodentool ermöglicht eine standardisierte Erfassung und Auswertung zentraler Lebensbereiche der Klientel und bringt einen deutlichen Mehrwert für die laufende sozialpädagogische Fallarbeit. Dazu greifen wir Pantuček-Eisenbachers und Grigori's Empfehlung auf und adaptieren das allgemeine IC4-Diagnosemanual entsprechend der Spezifika der ambulanten Familienarbeit (vgl. Grigori/Pantuček-Eisenbacher 2016a: 4).¹ Unser primäres Ziel ist es, ein möglichst hohes Maß an Standardisierung bei *gleichzeitiger* Unterstützung der nicht-standardisierten – aber notwendigen – Gestaltung der Arbeitsbeziehung mit der Klientel zu ermöglichen.

1.1 Entstehungshintergrund des Inklusionscharts (IC4)

Der österreichische FH-Prof. Dr. Peter Pantuček-Eisenbacher ist untrennbar mit der Entwicklung des Inklusionscharts in der derzeit 4. Version (IC4) verknüpft und den meisten Professionist:innen im Feld der Sozialen Arbeit bekannt. Das IC4 ist ein Instrument zur sozialen Diagnostik – genauer gesagt zur Lebenslagendiagnostik – und kann in den verschiedensten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit Anwendung finden. Es entstand durch eine Analysierung und Systematisierung von *bisher in der Sozialen Arbeit angewandten Anamnese- und Diagnoseverfahren* und wird in Österreich bereits seit dem Jahr 2005 laufend evaluiert und weiterentwickelt (vgl. Grigori/Pantuček-Eisenbacher 2016a: 4). Ferner ist das Inklusionschart u. a. kompatibel mit den für die ambulante Familienarbeit relevanten Konzepten der Lebenswelt- und Sozialraumorientierung sowie des Case Managements.

Im Vergleich zu anderen sozialen Diagnoseverfahren (z. B. explorative Interviews, teilnehmende Beobachtung) ist das IC4 durch die vergleichsweise einfache Anwendung und Auswertung sowohl zeit- als auch ressourcensparend. Es ermöglicht Handlungs- und Planungssicherheit zu einem *frühen Zeitpunkt* der Intervention oder noch VOR Interventionsbeginn, womit es als **Instrument der Gefährdungsabklärung und Hilfeplanung** prädestiniert ist. Zudem kann die Diagnostik auch in der laufenden Fallarbeit von hilfeleistenden und/

1 Grigori und Pantuček-Eisenbacher sprechen sich ausdrücklich dafür aus, für die jeweiligen Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit eigens zugeschnittene Diagnosemanuals zu entwickeln, um eine praktikable und sichere Anwendung zu gewährleisten.

oder fallführenden Fachkräften zu Evaluationszwecken eingesetzt werden.² Im Rahmen der Lebenslagendiagnostik erfolgt eine ganzheitliche, neutrale Erfassung der aktuellen Lebenssituation der Klientel, die durch die standardisierte Erhebung wissenschaftlich entwickelter Dimensionen gewährleistet wird.

Die Erfahrungen zeigen, dass in vielen Erstgesprächen bzw. in der Startphase ambulanter Hilfsmaßnahmen zwar durch die Klientel diverse Probleme mitgeteilt werden, jedoch weitere zentrale bzw. ursächliche Faktoren häufig erst viel später (im Laufe der Fallarbeit) identifiziert werden können (vgl. u. a. Lackenbacher 2018: 342 f.). Laut Pantuček-Eisenbacher und Grigori steht aus diesem Grund bei sozialer Diagnostik nach dem IC4 *zunächst* KEIN von der Klientel präsentiertes Problem im Fokus der Erhebungen. Die diagnostische Betrachtung festgelegter Kategorien (Dimensionen) ist in jedem Fall einheitlich, wodurch sich das Risiko, einen *Problembereich zu übersehen*, der in der Wahrnehmung der Klientel nicht vorhanden ist oder bewusst nicht genannt wird, deutlich reduziert.³ Im Sinne sozialer Diagnostik wird die Bewertung einer Situation (durch Selbstbetroffene, aber auch Fachkräfte) erst in einem zweiten Schritt – nach vollständiger Erhebung des so genannten *faktischen Status* – berücksichtigt (vgl. Grigori/Pantuček-Eisenbacher 2016a: 3).

1.2 Einleitende Hinweise zur Anwendung⁴

Das Inklusionschart ist ein diagnostisches Beratungsinstrument, das zur kooperativen Anwendung mit der Klientel geeignet ist und auf die Aktivierung von Eigenressourcen abzielt. Der dreigliedrige Diagnosebogen wird auf Basis von Adressat:inneninterviews und Beobachtungen ausgefüllt. Das Diagnoseformular selbst enthält keine Fragen, sondern eine Auflistung von skalierbaren

-
- 2 Pantuček-Eisenbacher und Grigori weisen explizit darauf hin, dass das IC4 sowohl von fallführenden als auch direkt mit der Hilfeleistung beauftragten Fachkräften angewendet werden kann. Das IC4 wird in diesem Sinne auch als Instrument zum *Aufbau und zur Gestaltung einer professionellen Arbeitsbeziehung* betrachtet (vgl. ebd.: 33), was die kontinuierliche und direkte Anwendung in der Familienarbeit umso interessanter macht.
 - 3 Ebenso ist es empirisch belegt, dass hilfeleistende Fachkräfte nach längerer Zeit im Familiensystem „betriebsblind“ werden können. Regelmäßige Evaluation kann dabei helfen, nicht (mehr) wahrgenommene Entwicklungen zu verdeutlichen und eine weitere bedarfsgerechte Hilfeplanung zu gewährleisten.
 - 4 Anmerkung zur Zitierweise: Dieses Diagnosemanual für die Anwendung in der ambulanten Familienarbeit wurde in enger Anlehnung an das Manual des IC4 nach Pantuček-Eisenbacher und Grigori erstellt. Aufgrund des klar ersichtlichen Bezugs zu dieser Quelle wird daher im Folgenden auf eine durchgehende Zitation verzichtet.

Kategorien (Dimensionen), deren Bedeutung der Klientel in der Regel nicht bekannt ist. Für den Fall, dass das Formular gemeinsam ausgefüllt wird, müssen sowohl die grundlegende Funktionsweise als auch die Inhalte bedarfsgerecht erklärt werden. Da diese Vorgehensweise in vielen Fällen ungeeignet ist (Überforderung der Klientel), können alle Informationen auch mittels der von der *Praxis Querkopf* entwickelten Interviewleitfäden und Erhebungsbögen erfasst werden. Die Regeln für die Auswertung der Daten sind im Diagnosemanual genauestens definiert und können jederzeit nachgeschlagen werden.

Egal ob das Diagnoseformular direkt mit der Klientel ausgefüllt oder auf die Erhebungsbögen und Leitfäden zurückgegriffen wird, Informationen werden von beiden Seiten möglichst transparent eingespielt. Fakten, die Fachkräften bereits bekannt sind, werden offen genannt, um der Klientel die Möglichkeit für Ergänzungen oder Kommentare zu geben. Umgekehrt sind auch die Adressat:innen aufgefordert, fehlende Informationen einzuspielen. Es ist nicht erforderlich, die Daten in der Reihenfolge des Diagnoseformulars oder des Leitfadens zu erheben. Eventuell kommt es im Rahmen von Schilderungen zu größeren thematischen Sprüngen und es kann dann an der jeweils passenden Stelle weitergemacht werden, um den natürlichen Gesprächsfluss aufrechtzuerhalten. Ergänzungen, die nicht direkt einen Punkt am Formular oder Erhebungsbogen betreffen, sollten nicht sofort „abgewürgt“ werden. Neben dem Effekt, dass sich die Klientel dann weniger ausgefragt fühlt, können unerwartete Schilderungen wichtig sein, um Zusammenhänge besser zu interpretieren. Solche Informationen sollten gegebenenfalls stichwortartig auf einem Beiblatt (bereithalten!) notiert werden.

Bei vielen Adressat:innen – insbesondere bei (vermuteter) Unfreiwilligkeit oder bei Misstrauen gegenüber dem Helfersystem – kann es hilfreich sein, wenn sich die Fachkraft etwas vom Erhebungsbogen bzw. Leitfaden distanziert. Beispiel: „*Wir/Ich* soll(en) das ausfüllen. Das ist – wie besprochen – eine notwendige Routine und es ist jederzeit eine Pause oder Abbruch möglich. Ist das in Ordnung?“ Die leichte Distanzierung und wiederholte Einholung der Zustimmung ermöglicht es, eine Position einzunehmen, in der die Klient:innen nicht „verhört“ werden, sondern mit ihnen gemeinsam eine Aufgabe bewältigt wird.

2 Funktionsweise und Aufbau

Der Diagnosebogen des Inklusionscharts besteht aus drei Bereichen, die von Grigori und Pantuček-Eisenbacher als Achsen bezeichnet werden. Diese lauten wie folgt:

- Achse 1: „Inklusion in Funktionssysteme“
- Achse 2: „Niveau der Existenzsicherung“
- Achse 3: „Funktionsfähigkeit“

Alle drei Achsen sind wiederum in mehrere zusammenfassende Dimensionen/Kategorien gegliedert. Jede beschreibt einen *übergeordneten Lebensbereich* der Klientel (z. B.: „Sorgepflichten“), der anhand der jeweiligen Definition im Manual auf einer vierstufigen Skala eingestuft wird. Auf diese Weise wird eine neutrale Erhebung des *faktischen Status* gewährleistet, der für eine umfassende Hilfeplanung notwendig ist.

2.1 Achse 1

Ein Auszug des Diagnosebogens für die Achse 1 befindet sich im Anhang auf S. 93 dieses Manuals. Das Original wird von Grigori und Pantuček-Eisenbacher als Excel-Datei bereitgestellt, kann aber auch in gedruckter Form ausgefüllt werden. Der Bogen beinhaltet neun Kategorien bzw. Lebensbereiche, die auf einer Skala eingeschätzt und mit Informationen über die jeweilige Lebenslage ergänzt werden sollen.

Die neun Lebensbereiche (Erhebungskategorien) der 1. Achse „Inklusion in Funktionssysteme“ sind:

- | | | | |
|----|--------------------|---|--|
| A. | Rechtsstatus | } | Definitionen zur Skalierung
ab S. 28 dieses Manuals |
| B. | Arbeitsmarkt | | |
| C. | Sozialversicherung | | |
| D. | Geldverkehr | | |
| E. | Mobilität | | |
| F. | Bildungswesen | | |

- G. Medizinische Versorgung
- H. Medien
- I. Adressierbarkeit

2.2 Achsen 2 und 3

Die Achsen 2 und 3 sind am Diagnosebogen zusammengefasst. Eine Vorschau befindet sich im Anhang auf S. 94 dieses Manuals.

Die Lebensbereiche der 2. Achse „Niveau der Existenzsicherung“ sind:

- A. Wohnen
 - B. Güter des Alltags
 - C. Sicherheit
 - D. Beziehung & Interaktion
- } Definitionen zur Skalierung
ab S. 47 dieses Manuals

Die Lebensbereiche der 3. Achse „Funktionsfähigkeit“ sind:

- A. Gesundheit
 - B. Kompetenzen
 - C. Sorgepflichten
 - D. Funktionsniveau
- } Definitionen zur Skalierung
ab S. 67 dieses Manuals

2.3 Erweiterung Kinder- und Jugendhilfe: Die Inklusionschart-Familiendiagnostik (IFa)

„Es wird [...] empfohlen, feldspezifische Manuals herzustellen bzw. Ausfüllhilfen anzubieten. Hierzu bieten sich Testläufe und Workshops an, die das generalistische Manual mit spezialisierten Beispielen ergänzen.“ (Grigori/Pantuček-Eisenbacher 2016a: 4)

Im Zuge der Erprobung des IC4 durch die *Praxis Querkopf* zeigte sich schon im Laufe des Jahres 2020, dass zur praktikablen Anwendung größere inhaltliche Adaptionen nötig sein würden. Die von Pantuček-Eisenbacher und Grigori entwickelten generalistischen Erhebungskategorien waren für die Anwendung in der Familienarbeit deutlich zu abstrakt und boten vielfach nur wenig Orientierung. Es wurde schnell klar, dass *spezifische, beispielhafte Subkategorien* eine

große Hilfe wären, um konkrete Daten erheben und zuordnen zu können. In einigen Fällen war es möglich, größere Kategorien aufzugliedern und inhaltlich zu ergänzen, jedoch stellte sich schnell heraus, dass eine zusätzliche Quelle gefunden werden musste. Nach intensiven Recherchen haben wir uns dazu entschieden, den aktuellen *Orientierungskatalog Kindeswohl* (Soziales Frühwarnsystem Landkreis Görlitz 2022) in das Instrumentarium einzugliedern. Er wurde in den letzten Jahren im Landkreis Görlitz, unter der Federführung der dortigen Kinder- und Jugendhilfe sowie des lokalen Netzbüros Kinderschutz und Frühe Hilfen kontinuierlich weiterentwickelt und erprobt.⁵

Es ist uns gelungen, den Görlitzer Orientierungskatalog *inhaltlich vollumfassend* in das Inklusionschart einzuarbeiten und für die Anwendung in der Familienarbeit *systematisch nutzbar* zu machen. Im Gegensatz zur Originalversion der Kinderschutzbögen ist es nun nicht mehr nötig, getrennt erhobene Daten je nach Alter der Minderjährigen für die Auswertung mühsam zusammenzuführen und gegenüberzustellen. Die Inklusionschart-Familiendiagnostik (IFa) ermöglicht erstmalig eine *gemeinsame Erfassung* relevanter Informationen für das gesamte Familiensystem gemäß des IC4-Standards. Dafür haben wir auch das von Pantuček-Eisenbacher und Grigori zur Verfügung gestellte Excel-Diagnoseformular weiterentwickelt und adaptiert.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit, kann auf unsere sehr umfassenden Erweiterungen hier nur überblicksartig eingegangen werden. Die Dimensionen aller Achsen des IC4 wurden, wie geplant, um feldspezifische Subkategorien erweitert, die im Rahmen der Hilfeplanung, aber auch der laufenden Fallarbeit mit der Klientel, eine wichtige Rolle spielen.

Als Beispiel wird auf die im IC4-Manual vorhandene Kategorie „Wohnen“ (Achse 2) eingegangen. Hier wurden zur Spezifizierung sechs neue Ergänzungskategorien aus dem Orientierungskatalog Kindeswohl in das Inklusionschart integriert:

- Schlafplatzqualität
 - Ort des Schlafplatzes
 - Gesamter Wohnraum
 - Sicherung des Wohnraums
 - Haustiere
 - Ungezieferbefall
- } Definitionen zur Skalierung
ab S. 47 dieses Manuals

5 Details und Hintergrundinformationen unter <https://sfws-goerlitz.de/materialien/orientierungskatalog/>.

Diese neuen Erhebungsparameter helfen den Fachkräften dabei, relevante Informationen zu erheben und einzuordnen. Sie sind genauestens definiert und der faktische Status Quo kann – entsprechend der IC4-Grundidee – standardisiert und detailreich abgebildet werden. Pantuček-Eisenbachers Empfehlung, das allgemeine Diagnosemanual feldspezifisch zu erweitern, konnte durch die von uns realisierte Zusammenführung des IC4 mit den Görlitzer Kinderschutzbögen optimal umgesetzt werden.