DAS FLÜCHTLINGSSPEZIFISCHE INKLUSIONSCHART (IC_FLÜ)

Manual zur Anwendung – 1. Version

BUNDESWEITE ARBEITSGEMEINSCHAFT DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN FÜR FLÜCHTLINGE UND FOLTEROPFER (BAFF E.V.)

PSYCHOSOZIALES ZENTRUM DÜSSELDORF

REFUGIO BREMEN – PSYCHOSOZIALES ZENTRUM FÜR AUSLÄNDISCHE FLÜCHTLINGE

REFUGIO München - Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer

Herausgeberin:

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.)
Paulsenstraße 55-56, 12163 Berlin
Tel.: +49 30 310 124 61
E-Mail: info@baff-zentren.org
Website: www.baff-zentren.org

Ansprechpartnerinnen: Silvia Schriefers und Jenny Baron

Spendenkonto:

BAfF e.V.
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE86100205000003209600
BIC: BFSWDE33BER

Projektpartner:

REFUGIO München - Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.
Rosenheimer Straße 38, 81669 München
Ansprechpartner: Jürgen Soyer
Tel.: 089/982 95 70
E-mail: office@refugio-muenchen.de
Website: www.refugio-muenchen.de

REFUGIO Bremen – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer
Parkstr. 2-4 , 28209 Bremen
Ansprechpartner: Ralf Keller
Tel.: 0421/376 07 49
E-mail: refugio-bremen@t-online.de
Website: www.refugio-bremen.de/

PSZ Düsseldorf - Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Benrather Str. 7, 40213 Düsseldorf
Ansprechpartnerinnen: Dima Zito und Annette Windgasse
Tel.: 0211/544 173 22
E-mail: info@psz-duesseldorf.de
Websites: www.psz-duesseldorf.de

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Peter Pantuček-Eisenbacher,
Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung, Fachhochschule St. Pölten

Dr. Ulrike Kluge und M.A. Simone Penka
AG Transkulturelle Psychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité Universitätsmedizin

Das Flüchtlingsspezifische Inklusionschart (IC_flü) einschließlich des vorliegenden Manuals ist Ergebnis des Projektes „Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion“. Monitoring und Evaluierung psychosozialer Arbeit.

Das Projekt (Laufzeit 1/2014 – 12/2014) wurde gefördert durch den Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) und kofinanziert von medico international sowie der Katholischen Arbeitsgemeinschaft Migration (KAM).

GEFÖRDERT VON

VORWORT

Bislang existierte für die Flüchtlingssozialarbeit kein sozialdiagnostisches Instrument, mit dem die psychosoziale Situation von Geflüchteten im westlichen Exil umfassend und kontextsensibel erfasst werden konnte. Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) nahm dies 2014 zum Anlass, ein Pilotprojekt zur Entwicklung von Indikatoren für die Inklusion Geflüchteter in Deutschland zu initiieren.[1]

Ziel war es, geeignete Indikatoren zu entwickeln, mit denen erhoben werden kann, inwieweit Geflüchtete Zugang zu den Leistungen der gesellschaftlichen Funktionssysteme Arbeitsmarkt, Sozialversicherung, Bildung, medizinische Versorgung etc. haben und diese tatsächlich nutzen können.

Ausgangspunkt der Entwicklungsarbeit war das Inklusionschart (IC), ein Instrument, das von Prof. Dr. Peter Pantuček-Eisenbacher am Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung entwickelt wurde. Das Instrument wurde gemeinsam mit ExpertInnen aus Wissenschaft und Praxis flüchtlingsspezifisch weiterentwickelt und in der Praxis der Psychosozialen Zentren evaluiert.

Dieses Manual richtet sich an PraktikerInnen der Flüchtlingssozialarbeit.

Es gliedert sich in insgesamt drei Teile:

1. **EINFÜHRUNG: HINTERGRUNDINFORMATIONEN ZUR IC_FLÜ**
   Als Einführung in die Hintergründe der sozialen Diagnostik mit Geflüchteten, in die Entwicklungsarbeit zu den Achsen des Charts und in Begrifflichkeiten wie z.B. die der „Substituierenden Systeme“ haben wir dem eigentlichen Manual einen Fachartikel zur flüchtlingsspezifischen Inklusionschart vorangestellt. Der Artikel wurde erstmals in der Zeitschrift „soziales_kapital“ veröffentlicht (Baron, Schriefers, Windgasse, Pantucek-Eisenbacher, 2015). Allen Lesenden, die noch nicht mit früheren Varianten des Inklusioncharts wie z.B. der IC 3 vertraut sind, wird empfohlen, sich zunächst in diesen Hintergrundartikel einzulesen.

2. **MANUAL ZUR ANWENDUNG DER IC_FLÜ:**
   Das Manual gibt Hinweise zur Einstufung des Inklusionsgrades von KlientInnen in die verschiedenen gesellschaftlichen Funktionssysteme bzw. im Kontext struktureller Exklusion in entsprechende flüchtlingsspezifische „Substituierende Systeme“. Es werden Indikatoren für die Einstufung des Inklusionsgrades einer Person definiert und flüchtlingsspezifische Beispiele zur Veranschaulichung beschrieben.

3. **DAS FORMULAR FÜR DIE PRAXIS.**
   Am Ende dieser Publikation befindet sich das Formular zum Inklusionschart für die Anwendung in der Praxis. Es kann außerdem als elektronisch ausfüllbares Word-Dokument auf unserer Homepage heruntergeladen werden: http://www.baff-zentren.org/news/das-fluechtlingsspezifische-inklusionschart-ic_flue/

[1] Das einjährige Projekt *„Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion“* wurde gefördert durch den Europäischen Flüchtlingsfond (EFF), Amnesty International, medico international und die Katholische Arbeitsgemeinschaft Migration (KAM). Es wurde in Kooperation mit ExpertInnen aus der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten – der BAfF sowie den Psychosozialen Zentren Refugio München, Refugio Bremen und dem PSZ Düsseldorf - durchgeführt und von Forscherinnen der Charité Universitätsmedizin sowie dem Entwickler der Inklusionschart (IC), Prof. Dr. Pantuček-Eisenbacher, wissenschaftlich begleitet.

VORWORT 3

1. HINTERGRUNDINFORMATIONEN ZUM IC-FLÜ 1

Inklusion – ein soziales Menschenrecht 2

Exklusion von Geflüchteten aus zentralen gesellschaftlichen Bereichen 3

Die Vermessung des Sozialen 4

Die Ausgestaltung des Sozialen in der Arbeit mit Geflüchteten 5

Evaluation der eigenen Arbeit 5

Inklusionsdiagnostik mit dem Inklusions-Chart 6

Das Inklusions-Chart (IC3): Struktur und Funktion 6

Varianten und Ableitungen des IC 7

Das flüchtlingsspezifische Inklusions-Chart *IC_flü* 8

Diskussion und Ausblick 12

2. MANUAL ZUR ANWENDUNG DES IC_FLÜ 15

Achse I: Funktionssysteme/ Substituierende Systeme 16

A. Arbeitsmarkt 17

A1. Bei Arbeitsverbot: Teilnahme an gesellschaftlicher Arbeitsteilung 18

B. Sozialversicherung 19

C. Geldverkehr 20

D. Mobilität 21

E. Bildungswesen 22

E1. Deutschkurse und Bildungsangebote in spezialisierten Einrichtungen 23

F. Medien 24

G. Gesundheitliche Versorgung 25

G1. Flüchtlingsspezifische Gesundheitseinrichtungen 26

H. Kommunikation 27

I. Lebensweltlicher Support 28

I 1. (Semi-)professioneller oder ehrenamtlicher lebensweltlicher Support 29

Achse II: Existenzsicherung 30

A. Wohnen 30

B. Lebensmittel 31

C. Sicherheit 32

Achse III: Funktionsfähigkeit 34

A1. körperliche Gesundheit 35

A2. psychische Gesundheit und A3. Funktionsniveau 36

B. Kompetenzen 38

C. Sorgepflichten (familiäre Verpflichtungen) 40

3. DAS FORMULAR FÜR DIE PRAXIS 42

1. HINTERGRUNDINFORMATIONEN ZUM IC-FLÜ

Diese Einführung in die Hintergründe der sozialen Diagnostik mit Geflüchteten, in die Entwicklungsarbeit zu den Achsen des IC_flü sowie zu dessen Anwendungskontext wurde im Original zuerst als Fachartikel in der Zeitschrift *„soziales_kapital“* veröffentlicht[2].

„Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion“
Die flüchtlingsspezifische Inklusionschart (IC_flü)

Jenny Baron, Silvia Schriefers, Annette Windgasse & Peter Pantuček-Eisenbacher

Zusammenfassung

Bislang existieren in der Sozialen Arbeit keine Instrumente, mit denen die Inklusion von Geflüchteten in die verschiedenen Funktionssysteme europäischer Aufnahmegesellschaften gemessen werden kann. Das Projekt „Daten für Taten“ nahm dies zum Anlass, Indikatoren zu entwickeln, mit denen erhoben werden kann, inwieweit Geflüchtete Zugang zu den Leistungen der gesellschaftlichen Funktionssysteme Arbeitsmarkt, Sozialversicherung, Bildung, medizinische Versorgung etc. haben und diese tatsächlich nutzen können. Die Entwicklungsarbeit des Projektes wird vor dem Hintergrund der Lebensbedingungen, die Geflüchtete im Exil vorfinden, reflektiert. Diagnose- und Klassifikationssysteme werden auf ihre Passung für die Arbeit mit Geflüchteten überprüft. Das sozialdiagnostische Instrument des Inklusions-Charts (IC 3; Pantucek 2012) steht dabei im Mittelpunkt: die theorie- und erfahrungsgeleitete Analyse, Modifikation und Ergänzung des IC zu einem flüchtlingsspezifischen Inklusionschart (IC_flü) wird beschrieben, einschließlich Struktur und Funktion spezifischer „substituierender Systeme“, die sich z.B. mit den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge gebildet haben, um strukturelle Exklusion zu kompensieren. Der Nutzen des Instruments für Diagnostik und Interventionsplanung in der Flüchtlingssozialarbeit wird entlang erster Erfahrungen aus der Praxis diskutiert und im aktuellen gesellschaftlichen Kontext verortet.

Keywords: Inklusion, Geflüchtete, Flüchtlinge, Asylsuchende, soziale Diagnostik, Evaluation, Monitoring

[2] Baron, J., Schriefers, S., Windgasse, A., & Pantuček-Eisenbacher, P. (2015). „Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion.“-Die flüchtlingsspezifische Inklusionschart (IC_flü). soziales_kapital, 13, 133-146. Zugriff unter: http://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/363

Inklusion – ein soziales Menschenrecht

Eine unserer Aufgaben in der modernen Gesellschaft ist es, dafür zu sorgen, dass keine und keiner unserer Mitmenschen ausgeschlossen oder an den Rand gedrängt wird. Wir müssen Bedingungen schaffen, die es jedem Menschen ermöglichen, sich unabhängig von der ethnischen oder sozialen Herkunft, der Religionszugehörigkeit, dem Geschlecht, dem Alter und auch den individuellen Fähigkeiten und Voraussetzungen gleichberechtigt am gesellschaftlichen Geschehen zu beteiligen. Dieses Recht auf „Inklusion" – im Sinne einer umfassenden gesellschaftlichen Teilhabe – verstehen wir als ein Menschenrecht. Es gilt also universell, unveräußerlich und unteilbar. Dem Staat obliegt dabei eine Schutzpflicht: er ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass Inklusion für jeden und jede vollständig verwirklicht werden kann. Es gibt also keine vordefinierte Normalität, die Menschen erfüllen müssen, um einer Gesellschaft anzugehören: Unterschiede gelten als Bereicherung und die Gesellschaft muss Strukturen dafür schaffen, dass sich alle in ihrer Verschiedenheit, mit ihren je eigenen Potentialen und Grenzen barrierefrei in ihr bewegen können.

Die Realität ist von einer inklusiven Gesellschaft noch weit entfernt. Die Debatte um Inklusion und Inklusionsförderung beschränkt sich derzeit noch vorwiegend auf die Inklusion von Menschen mit Behinderung, die häufig besondere Barrieren in Bezug auf die Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe vorfinden. Barrieren, auf die z.B. Geflüchtete[3] durch Arbeitsverbote, Heimunterbringung und einen eingeschränkten Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem treffen, werden nur selten und meist nur innerhalb eines eng begrenzten Spektrums von AkteurInnen thematisiert. Im wissenschaftlichen Diskurs führt die soziale Situation dieser Personengruppe bislang noch ein Schattendasein. Instrumente, die die psychosoziale Situation Geflüchteter im Exil erfassen, existieren nicht und es gibt keine Befunde zu Art und Umfang der Inklusion von Geflüchteten in die verschiedenen Funktionssysteme europäischer Aufnahmegesellschaften.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) nahm dies 2014 zum Anlass, ein Pilotprojekt zur Entwicklung von Indikatoren für die Inklusion Geflüchteter in Deutschland zu initiieren. Das einjährige Projekt *„Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion"* wurde gefördert durch den Europäischen Flüchtlingsfond (EFF), Amnesty International, medico international und die Katholische Arbeitsgemeinschaft Migration (KAM). Es wurde in Kooperation mit ExpertInnen aus der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten – der BAfF sowie den Psychosozialen Zentren Refugio München, Refugio Bremen und dem PSZ Düsseldorf - durchgeführt und von Forscherinnen der Charité Universitätsmedizin Berlin sowie dem Entwickler der Inklusionschart (IC), Prof. Dr. Pantuček-Eisenbacher, wissenschaftlich begleitet.

Dieser Beitrag reflektiert die Entwicklungsarbeit des Projektes vor dem Hintergrund der Lebensbedingungen, auf die Geflüchtete in Deutschland treffen (2). Er überprüft etablierte Diagnose- und Klassifikationssysteme hinsichtlich ihrer Passung für die soziale Diagnostik in der Arbeit mit Geflüchteten (3) und stellt dabei das sozialdiagnostische Instrument des Inklusions-Charts (IC) als Ausgangspunkt der Projektarbeit in den Mittelpunkt (4). Die Analyse, Modifikation und Ergänzung des IC zu einem flüchtlingsspezifischen Inklusionschart (IC_flü) wird beschrieben (5) und mit Blick auf den Nutzen des Instruments für die Flüchtlingssozialarbeit im aktuellen gesellschaftlichen Kontext diskutiert (6).

[3] Wir definieren Geflüchtete – unabhängig vom Aufenthaltstitel – als Menschen, die aufgrund von Folter, Vergewaltigung oder sonstigen Formen extremer Gewalt, Verfolgung, Vertreibung, Krieg sowie existentieller Bedrohung ihr Heimatland verlassen haben und nach Schutz suchen.

Exklusion von Geflüchteten aus zentralen gesellschaftlichen Bereichen

Viele Geflüchtete haben in ihren Heimatländern Folter oder andere Formen extremer Gewalt erlebt. Etwa 40 % der Menschen, die zu uns kommen, sind durch diese Erlebnisse schwer traumatisiert (Gäbel/Ruf/Schauer/Odenwald/Neuner 2006: 18) und benötigen dringend Schutz sowie eine angemessene medizinische und psychosoziale Versorgung. Oftmals aber finden Geflüchtete sich hier in Deutschland (und analog gelten diese Aussagen auch für Österreich und andere Länder der Europäischen Union) in Lebenssituationen wieder, in denen ihr Leben ihnen wie ein Warteraum erscheint. Sie wissen nicht genau, was am nächsten Tag passieren wird, ob sie hier bleiben können oder möglicherweise wieder abgeschoben werden. Sie finden nur eingeschränkt Zugang zu Arbeit, Studium und Ausbildung und dürfen ihr Bundesland bzw. ihren Landkreis nicht verlassen. Der Zugang zu Systemen gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung wird ihnen in Deutschland u.a. durch das Asylbewerberleistungsgesetz[4] erschwert. Die fehlende Anerkennung des erlittenen Unrechts durch die Gesellschaft, der Stress der unsicheren Aufenthaltssituation, finanzielle Abhängigkeit, Heimunterbringung oder auch rassistische Übergriffe tragen dazu bei, dass sich die Erfahrungen des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlusts, wie Geflüchtete es in extremster Form durch Folter und Krieg erlebt haben, im Lebensalltag immer wieder wiederholen. Die ständige Unsicherheit macht es schwer, zur Ruhe zu kommen, die vergangenen Erlebnisse hinter sich zu lassen und sich mit den je eigenen Potentialen und Fähigkeiten in die neue Gesellschaft einzubringen.

Geflüchtete sind also in mehreren zentralen Funktionssystemen von weitreichenden Ausschlussmechanismen betroffen. In vielen der Funktionssysteme funktionieren diese Exklusionsprozesse bereits basal auf strukturell-rechtlicher Ebene. Damit kommt Deutschland trotz einem vergleichsweise hohen Umsetzungsniveau der sozialen Menschenrechte für Staatsangehörige seiner Gewährleistungspflicht gegenüber Nicht-Staatsangehörigen nicht in angemessener Weise nach. Das Menschenrecht auf Gesundheit[5] beispielsweise wird auf dem Versorgungsgebiet der BRD für Asylsuchende nur eingeschränkt eingelöst: ihnen wird lediglich eine Akutversorgung im Notfall gewährt, Leistungen wie Psychotherapie sind ihnen kaum zugänglich.

Vor diesem Hintergrund haben sich in Deutschland psychosoziale Zentren gegründet, die auf die komplexe Bedürfnislage Geflüchteter spezialisiert sind. Sie arbeiten seit über 30 Jahren daran, die Exklusion von Geflüchteten aus den Gesundheits- und Sozialsystemen zu kompensieren. Die Behandlungszentren, die unter dem Dach der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) vernetzt sind, bieten in vielen größeren Städten niedrigschwellig eine integrierte Versorgung an. Ihre Leistungen werden jedoch nicht durch die Gesetzlichen Krankenkassen finanziert – sie stehen außerhalb der Gesundheitsregelversorgung. Damit bilden sie eigene „Substitutierende Systeme“. Sie heben strukturelle Exklusion damit nicht auf, können aber – in begrenztem Maße – Einfluss nehmen auf den Grad der Inklusion, können negative Auswirkungen von Exklusion möglicherweise abmildern oder verändern. Auch dies allerdings nur für

[4] Das Asylbewerberleistungsgesetz regelt die Höhe und Form von Leistungen für AsylbewerberInnen, Geduldete und Ausländer, die vollziehbar ausreisepflichtig sind. Es wurde 1993 mit dem Ziel eingeführt „Anreize für Wanderungsbewegungen durch ein im internationalen Vergleich eventuell hohes Leistungsniveau zu vermeiden“ (BVerfG, 1 BvL 10/10 vom 18. Juli 2012). Das Bundesverfassungsgericht hat dies mit seinem Urteil vom 18.07.2012 für verfassungswidrig erklärt. „Die Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren“ (AsylbLG-Urteil des BVerfG v. 18. Juli 2012, Rn 121). Dies führte zwar zu einer Anhebung der finanziellen Leistungen, weitere wichtige gesellschaftliche Funktionssysteme wie der Zugang zu Gesundheitsversorgung, angemessene Unterbringungs- bzw. Wohnformen oder ein gleichberechtigter Arbeitszugang blieben davon aber unberührt.

[5] Niedergelegt im UN-Sozialpakt (Art. 12), in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Art. 25), in der Europäischen Sozialcharta (Art. 11) sowie in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (Art. 35).

einen kleinen Teil der Geflüchteten, die Hilfe suchen: mangels stabiler struktureller Finanzierung übersteigt die Nachfrage das Angebot der Psychosozialen Zentren um ein Vielfaches. In vielen Gebieten Deutschlands gibt es keinerlei oder nur sehr vereinzelt Beratungs- und Betreuungsangebote.[6]

Die Konsequenzen dieser Missachtung des Rechtsanspruchs auf Gesundheitsversorgung sind besonders verheerend, da das Menschenrecht auf Gesundheit ein *empowerment right* ist: Seine Gewährleistung ist Voraussetzung dafür, auch die anderen Menschenrechte wahrnehmen zu können. Das heißt, Exklusionsprozesse von Geflüchteten gehen hier nicht nur mit einem Verstoß gegen die menschenrechtlichen Prinzipien der Nichtdiskriminierung und Chancengleichheit einher, sondern ebenso mit weitreichenden Einschränkungen ihrer Partizipationsmöglichkeiten.

Wie kann man jenseits der Benennung ausgrenzender Strukturen Inklusion fassbar machen? Wie kann man messen, zu welchem Grad Geflüchtete inkludiert sind? Können empirische Daten zur Inklusion von Geflüchteten erhoben werden? Wohin führt die Feststellung, dass jemand aus bestimmten Funktionsbereichen ausgeschlossen ist, im Bereich der Sozialarbeit? Wie kann dies für die konkrete Berufspraxis in der Interventionsplanung und -bewertung genutzt werden?

Die Vermessung des Sozialen

Um die psychosoziale Situation von Menschen zu erfassen, gibt es im Bereich der Sozialen Arbeit keine Standards für Diagnostik oder "Messinstrumente", die mit medizinischen bzw. psychodiagnostischen Klassifikationssystemen wie der ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und dem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) vergleichbar wären. Dabei wurden Diskussionen darüber bereits vor fast 100 Jahren geführt (vgl. Forgber 2013). Für eine Ermittlung und Klassifizierung sozialer Faktoren im klinischen Kontext finden sich daher zahlreiche Vorschläge. Den meisten dieser Ansätze ist aber gemeinsam, dass sie zwar soziale Kontextualisierung in den Vordergrund des Interesses stellen, dabei aber kleinräumig bleiben. So sind z.B. Person-Person-Beziehungen und der Stadtteil Gegenstand der Analyse und Intervention. Die Schwachstelle dieser Konzepte ist, 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 kleinräumige 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.

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

[6] Insbesondere die ländlichen Gegenden, Norddeutschland sowie aus historischen Gründen die neuen deutschen Bundesländer.

Die Ausgestaltung des Sozialen in der Arbeit mit Geflüchteten

In der Rehabilitation von Folterüberlebenden und traumatisierten Geflüchteten spielt die individuelle Position bzw. die soziale Lage eine zentrale Rolle. So wies Nentwig (2013, S.61ff) in einer Studie im PSZ Düsseldorf die Auswirkungen der Wohnsituation auf die Symptomschwere der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach: Die BewohnerInnen von Sammelunterkünften zeigten eine schwerere PTBS-Symptomatik als die in privaten Wohnungen untergebrachten Geflüchteten. Gerlach und Pietrowsky (2012, S.11ff)) verglichen in einer anderen Studie die Symptomschwere bei PTBS zwischen Geflüchteten mit sicherem vs. unsicherem Aufenthaltsstatus: sie war signifikant höher in der Gruppe der Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus.

Psychotherapie, vor allem Traumatherapie ist oft notwendig um die Folgen schwerer Gewalterlebnisse überwinden zu können. Eine Stunde Psychotherapie pro Woche kann aber 7x24 Stunden Wohnheim mit mehreren fremden Menschen im gleichen Zimmer, Enge, Lärm, Miterleben von Abschiebungen etc. nicht aufwiegen.

Dabei bestände eigentlich Grund zu verhaltenem therapeutischem Optimismus. Der Kinderpsychiater Hans Keilson wies in einer Studie (1979: 430) nach, dass nicht so sehr die Schwere traumatischer Erfahrungen ausschlaggebend dafür ist, wieweit ein Mensch sie überwinden kann, sondern dass es vor allem auf die Lebensumstände in der Zeit nach diesen Erlebnissen ankommt. Lebensbedingungen, die Schutz, Sicherheit, Geborgenheit bieten, die Möglichkeit sinnvoll erfahrener Tätigkeiten und sozialer Kontakte, Zugang zu unterschiedlichen Bereichen der Aufnahmegesellschaft, um Fremdheit zu überwinden – dies alles sind Voraussetzungen für die Rehabilitation traumatisierter Geflüchteter.

Solche Lebensbedingungen für Menschen zu realisieren, die neu im Aufnahmeland ankommen, ist vor allem eine Aufgabe der Sozialarbeit. Es gilt, Geflüchteten die Kontakte zu vermitteln, die die Inklusion in gesellschaftliche Strukturen unterstützen. Damit verbunden ist auch ein Kompetenzzuwachs von Geflüchteten im Umgang mit der Aufnahmegesellschaft – Empowerment –, der sich positiv auf die gegenseitige Wahrnehmung beider Seiten auswirkt. Doch wie werden diese nötigen Interventionen ausgestaltet? Erfassen sie den Bedarf ihrer Zielgruppe? Und erzielen sie die geplante Wirkung?

Evaluation der eigenen Arbeit

Die Befundlage zur Frage, ob vorhandene Erhebungs- und Diagnoseinstrumente die Angemessenheit der Versorgung Geflüchteter valide erfassen, ist aktuell noch unzureichend (Jaranson/Quiroga 2011: 102). Es existieren allenfalls einige wenige Wirksamkeitsstudien zu einzelnen pharmakologischen und psychotherapeutischen Interventionen. Diese jedoch verwenden meist ausschließlich biomedizinisch definierte Indikatoren, die den sozialen, kulturellen, politischen, rechtlichen und ökonomischen Kontext als Determinanten von Gesundheit ausblenden. Sie werden damit weder den Bedürfnissen der Überlebenden, noch der Verpflichtung, als Aufnahmegesellschaft Inklusion und Partizipation zu fördern, gerecht (vgl. Bittenbinder 2012: 112). Die Versorgung von Geflüchteten ist höchst komplex und bisher gibt es kein Evaluationsinstrument, das sie in ihren Wirkungen angemessen erfasst (Montgomery /Patel 2011: 143f). Zur Entwicklung adäquater Monitoring- und Evaluationsinstrumente müssen kontextspezifische Indikatoren entwickelt werden, die über die Wirkung rein therapeutischer Interventionen hinausgehen und auch die vielfältigen Versorgungsangebote im psychosozialen Bereich in den Blick nehmen: sozial- und (asyl-)rechtliche Beratung, Bildungsangebote, MentorInnenprogramme, etc.

Inklusionsdiagnostik mit dem Inklusions-Chart

In der Sozialen Arbeit wurde am Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung der Fachhochschule St. Pölten mit dem „Inklusions-Chart“ (IC) ein Instrument entwickelt, mit dem die soziale Lebenssituation von Menschen erfasst und mit der anderer Personengruppen verglichen werden kann. Die Erstveröffentlichung erfolgte 2005 (Pantuček 2005). Seitdem wurde das IC konsequent weiterentwickelt. Die Entwicklungsarbeit zur flüchtlingsspezifischen Inklusionschart nahm das IC 3 zum Ausgangspunkt. Version 4 (IC4) ist derzeit in Vorbereitung.

Das Inklusions-Chart (IC3): Struktur und Funktion

Das Inklusions-Chart (IC3; Pantuček 2012: 239ff) ist ein kompaktes System der Sozialen Diagnose bzw. der Klassifikation für die Sozialarbeit. Es ist ein Instrument, in dem der soziale Status einer Person auf drei Achsen erfasst wird. Abgebildet wird der Grad der Inklusion in den wichtigsten *„Funktionssystemen“* (Achse 1), Status und Qualität der *„Existenzsicherung“* (Achse 2) sowie Aspekten der *„Funktionsfähigkeit“* (Achse 3). Diese Einschätzungen bilden die Grundlage für Interventionsentscheidungen, z.B. bezogen auf die Dringlichkeit und Reihenfolge von Interventionen in den einzelnen Funktionssystemen. Der soziale Status des/der KlientIn wird dabei nicht über individuelle Abweichung definiert. Diese kommt lediglich 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. Der Anspruch ist die Erfassung der sozialen Ausgangssituation, in der eine Person ihr Leben zu führen versucht. Das soll in einer handhabbaren Weise geschehen.

Gleichzeitig ist das IC3 als Heuristik, als Rechercheleitfaden zu verstehen. Es entfaltet erst dann seine Möglichkeiten, wenn Eintragungen nicht nur entlang der ohnehin bereits als „Probleme“ erkannten Themen erfolgen, sondern wenn es als kooperatives anamnestisches Instrument verwendet wird, mit dem nicht nur Problemfelder, sondern auch funktionierende Aspekte (Ressourcen) erfasst werden.

In diesem Beitrag geht es vor allem um die Achse 1 des IC, die im engeren Sinne eine Einschätzung von Inklusion/Exklusion in die verschiedenen Funktionssysteme ermöglicht: auf ihr wird dokumentiert, inwieweit eine Person die gesellschaftliche Infrastruktur in den Dimensionen *„Arbeitsmarkt“* (A), *„Sozialversicherung“* (B), *„Geldverkehr“* (C), *„Mobilität“* (D), *„Bildungswesen“* (E), *„Medien“* (F), *„medizinische Versorgung“* (G), *„Kommunikation“* (H) und *„lebensweltlicher Support“* (I) nutzen kann und nutzt. (Vgl. Abb. 1)

Achse 1: Funktionssysteme/ Substituierende Systeme	Inkludierungsgrad				Tendenz (Dynamik)	Informationen	Intervention
	Voll	Weit-gehend	Mangel-haft	Exklu-diert	= ⇑ ⇓ !!	Daten und Fakten	laufend / geplant
A. Arbeitsmarkt				x	⇓		
B. Sozialversicherung			x		=		
C. Geldverkehr	x				=		
D. Mobilität			x		=		
E. Bildungswesen				x	!!		
F. Medien		x			⇑		
G. Medizinische Versorgung				x	!!		
H. Kommunikation			x		⇑		
I. Lebensweltlicher Support			x		⇑		

Abbildung 1: Achse 1 des IC 3. Der Inklusionsgrad einer Person wird als "voll", "weitgehend" "mangelhaft" oder "exkludiert" eingeschätzt sowie in seiner Tendenz beurteilt. Dies geschieht anhand der vorliegenden Informationen zu den Funktionssystemen A bis I als Grundlage für die durchzuführende Intervention.

Hier ist anzumerken, dass die Möglichkeiten, die volle Inklusion bietet, vom aktuellen Entwicklungsstand der gesellschaftlichen Infrastruktur abhängig sind. Das Manual zum Inklusions-Chart enthält für jedes Item eine Definition dessen, was als „volle Inklusion" verstanden werden kann – bezogen auf europäische Gesellschaften im beginnenden 21. Jahrhundert. Die Einschätzung auf einer Skala von Inklusion/Exklusion bezeichnet dabei ein Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft.

Kartographiert wird nicht die formale, sondern die tatsächliche Möglichkeit der Nutzung der Infrastruktur. Das bedeutet, dass auch eine Selbstexklusion als Exklusion aufscheint. So wird bei einer adipösen türkischen Frau, die sich aufgrund demütigender Erfahrungen mit medizinischer Versorgung nicht mehr traut, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, eine weitgehende Exklusion in der Dimension der medizinischen Versorgung zugeschrieben. Man kann die weitgehende Exklusion nun einerseits der Frau selbst zurechnen – schließlich hätte sie es in der Hand, ihre Angst zu überwinden. Man kann sie aber auch der Realität respektloser Behandlung – auf Grund der Herkunft der Patientin oder ihres Übergewichts – durch RepräsentantInnen 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 „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 des IC

Obwohl das Instrument von seinem Anspruch her universell ausgerichtet und nicht auf ein bestimmtes Teilgebiet des Sozial- und Gesundheitswesens zugeschnitten ist, zeigen sich in einigen Anwendungsfeldern Probleme. Diese bestehen vor allem darin, dass bestimmte NutzerInnen systematisch bzw. per definitionem von der Teilhabe an den Leistungen bestimmter Funktionssysteme ausgeschlossen sind (z. B. Asylsuchende aus dem Gesundheitssystem), oder dass sie auf längere Zeit

auf Systeme der stellvertretenden Inklusion angewiesen sind (z. B. die Psychosozialen Zentren). Die klinische Praxis und die Gestaltung aussichtsreicher Unterstützungsarrangements brauchen auch in diesen Fällen aussagekräftige Einschätzungen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, auf der Basis des Grundmodells, das wegen der Vergleichbarkeit unbedingt beibehalten werden sollte, Varianten zu entwerfen, die der Funktionsweise der spezifisch für die Zielgruppe gebildeten „Substituierenden Systeme“ Rechnung tragen.[7]

Der wesentliche Schritt vom IC3 zum in Entstehung begriffenen IC4 bzw. zu den IC-Varianten für verschiedene Zielgruppen, hier dem *IC_flü*, besteht darin, dass der Achse 1, die die Inklusion in die gesellschaftlichen Funktionssysteme kartographiert, eine *Achse 1b* hinzugefügt wird. Auf der Achse 1b werden jene stellvertretenden Systeme abgebildet, die für Personen bereitgestellt werden, für die die Leistungen der Funktionssysteme nicht zugänglich sind. Die „stellvertretende“ Inklusion in solche substituierende Systeme kann die Lebens-Chancen verbessern, ihre Voraussetzung ist jedoch in aller Regel die Verweigerung des Zugriffs auf die Leistungen jener Funktionssysteme, die gesellschaftliche Ressourcen für die Mehrheit der Bevölkerung zugänglich machen. Stellvertretende Inklusion (vgl. Baecker 1994) ist also einerseits ein Merkmal von Exklusion, andererseits kann sie im günstigen Fall die Voraussetzungen für Inklusion schaffen. Die Kartographierung der „stellvertretenden Inklusion“ im IC4 bzw. im *IC_flü* auf der Achse 1b ist daher geeignet, die basale Exklusion aufzuzeigen und trotzdem erkennbar zu machen, ob Personen über stellvertretende Inklusionen ihre Chancen verbessern können.

Das flüchtlingsspezifische Inklusions-Chart *IC_flü*

Nach dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit[8] sollte als Ziel Sozialer Arbeit für jeden Klienten, jede Klientin gelten, dass sie unabhängig von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Herkunftsland, sozioökonomischem Status, politischer Überzeugung, Hautfarbe, sexueller Orientierung oder spiritueller Überzeugung so weit wie möglich inkludiert sind. Dabei sollte der Inklusionsgrad für alle Menschen einer Gesellschaft an den gleichen Kriterien bemessen werden. Nach Analyse des IC3 wurde dennoch deutlich, dass für ein in der Sozialarbeit mit Geflüchteten nutzbares Diagnose- und Erhebungsinstrument an bestimmten Stellen Modifikationen unumgänglich sind.

Geflüchtete sind faktisch, per Gesetz, aus verschiedenen gesellschaftlichen Funktionssystemen exkludiert. Aus ebendiesem Grund haben sich vor etwa 30 Jahren mit den Psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) sowie weiteren flüchtlingsspezifischen Initiativen „Substitutierende Systeme“ gebildet. Die Psychosozialen Zentren unterstützen die Inklusion im Bereich der gesundheitlichen Versorgung (durch unterschiedliche Therapieangebote), des lebensweltlichen Supports (z.B. durch MentorInnenprojekte), aber auch in den Bereichen Arbeit, Wohnen, Mobilität, etc. durch sozialarbeiterische Beratung und Betreuung. So entstehen z.B. im Funktionssystem „Arbeitsmarkt“ trotz des gegebenenfalls geltenden Arbeitsverbotes oder Nachrangprinzips in geringem Umfang Möglichkeiten der Teilnahme an gesellschaftlicher Arbeitsteilung, die von den Zentren gefördert werden können. Um auch diese Systeme abzubilden, entschieden wir uns dafür, die Funktionsebenen des IC3 um flüchtlingsspezifische substituierende Systeme zu ergänzen sowie die anderen Bereiche, insbesondere die Indikatoren zur Einstufung des

[7] So wurde bereits die „integrachart“ für das Case Management bei arbeitsfähigen MindestsicherungsbezieherInnen entwickelt (vgl. Hausegger 2012) sowie eine Weiterentwicklung des Instruments für BewohnerInnen von PensionistInnen-Wohnhäusern vorgenommen.

[8] S. dazu „Ethik in der Sozialen Arbeit – Erklärung der Prinzipien“ der International Federation of Social Workers (IFSW) International Association of Schools of Social Work (IASSW).

Inklusionsgrads an einigen Stellen zu modifizieren. Dabei sollte zum einen die besondere Situation, in der sich Geflüchtete auf Grund ihrer Erlebnisse und ihrer Lebenssituation im Exil befinden, erfasst werden können. Zum anderen wollten wir nur möglichst geringfügige Veränderungen des bestehenden IC3 vornehmen, damit eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit anderen Personengruppen möglich bleibt.

Mit Hilfe eines praxisorientierten Ansatzes wurde das IC3 dem rechtlichen und sozialen Lebenskontext Geflüchteter angepasst. In Kooperation mit ExpertInnen der psychosozialen Arbeit aus dem PSZ Düsseldorf, Refugio München und Refugio Bremen hat die BAfF zusammen mit wissenschaftlichen Expertinnen der Charité Universitätsmedizin Berlin und Prof. Pantuček-Eisenbacher zunächst eine theorie- sowie erfahrungsbasierte Überprüfung, Modifikation und Ergänzung des Indikatorensets vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden das so modifizierte Chart und die Indikatoren anhand von Praxistests hinsichtlich der Angemessenheit der einzelnen Facetten für die Arbeit mit Geflüchteten überprüft. Nach einer weiteren Anpassung durchlief das IC dann einen zweiten Praxistest. Die Rückmeldungen wurden ausgewertet und flossen in die Entwicklungsarbeit zurück. Abbildung 2 veranschaulicht die Achse 1 des so entstandenen *IC_flü*.

Achse 1: Funktionssysteme/ Substituierende Systeme	Inkludierungsgrad				Tendenz (Dynamik)	Informationen	Intervention
	Voll	Weit-gehend	Mangel-haft	Exklu-diert	= ⇑ ⇓ !!	Daten und Fakten	laufend / geplant
A. Arbeitsmarkt				x	=	Arbeitsverbot, da Status Asylbewerber, fehlende Sprachkenntnisse	Fokus auf Erwerb von Sprachkenntnissen
A1. bei Arbeitsverbot: ***Teilnahme an gesellschaftlicher Arbeitsteilung***				x	=	Optionen: ☐ Gemeinnützige Arbeit /1-Euro-Job ☐ Ehrenamtliche Tätigkeit ☐ Sonstiges	
B. Sozialversicherung				x	=		
C. Geldverkehr				x	⇑	Hat kein Konto	Einrichtung Guthabenkonto
D. Mobilität			x		⇑	Mobilität nur in Begleitung möglich auf Grund von Angst, wenig Geld für Tickets	Bearbeitung der Angst im Rahmen der Therapie
E. Bildungswesen				x	⇑	Gute Schulbildung im Heimatland. Aktuell kein Anspruch auf Ausbildung	Ziel: Ausbildung
E1. ***Deutschkurse und Bildungsangebote der spezialisierten Einrichtungen***	x				⇑	Noch kein Anspruch auf Deutschkurs,	Auf Warteliste setzen für ehrenamtlich geführten Deutschkurs im PSZ
F. Medien		x			⇑	Zugang zum Radio, Fernsehen, Internet, eingeschränktes Verstehen	
G. Medizinische Versorgung				x	!!	Keine Versichertenkarte, braucht Krankenscheine von Sozialbehörde	
G1. ***Flüchtlingsspezifische Gesundheitseinrichtungen***	x				=	Optionen: X Psychotherapeut. Behandlung in Psychosozialen Zentrum f. Flüchtlinge und Folteropfer ☐ Medizin. Versorgung über Medizinische Flüchtlingshilfe ☐ Sonstiges	1x wöchentlich Wahrnehmung therapeutischer Behandlung
H. Kommunikation			x		⇑	Versteht Inhalt von Briefen nicht, kann sich z.T. Hilfe dabei holen	
I. Lebensweltlicher Support	x				⇑	Gutes Netzwerk innerhalb Community trotz Depression	Kontakt zu und Ressourcen durch Netzwerke im Auge behalten/nutzen
I1. ***(Semi-) professioneller / ehrenamtlicher lebensweltlicher Support***	x				=	Optionen: ☐ lokale Flüchtlings-sozialarbeit x ehrenamtliche Begleitung ☐ Mentorenprojekt ☐ Vormund ☐ Sonstiges	

Abbildung 2. Achse 1 des IC_flü. Der Inklusionsgrad einer Person ist anhand der vorliegenden Fakten zu den Funktionssystemen A bis I einzuschätzen. In Bereichen, in denen Geflüchtete bereits strukturell Exklusionsprozessen unterliegen (E. Bildungswesen, G. Medizinische Versorgung, I. Lebensweltlicher Support), wird die Inklusion in die entsprechenden "Substituierenden Systeme" E1, G1 und I1 erfasst.

Zur Verdeutlichung der Einstufung hier ein Beispiel aus dem Anwendungsmanual:

> *Jakob ist aufgrund seiner Traumatisierung durch den Bürgerkrieg in Syrien im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge an seinem Wohnort in psychotherapeutischer Behandlung. Dort nimmt er wöchentliche Termine in Anspruch. Im Krisenfall erhält er kurzfristig Kriseninterventionstermine. Er nimmt zusätzlich an Gruppenangeboten zu Entspannungstechniken teil. Da die Therapie durch Spenden und Projektmittel finanziert wird, ist dies unabhängig von einer Krankenkassenmitgliedschaft und ihm selbst entstehen keine Kosten. Bei der Therapie wird ein Sprach- und Kulturmittler hinzugezogen.*

Jakob ist damit als „voll inkludiert" im substituierenden System „Flüchtlingsspezifische Gesundheitseinrichtung" (G.1) einzuordnen. Trotz fehlender Versicherung bei einer Krankenkasse ist Jakob durch die Anbindung an ein PSZ die volle Inklusion in die psychotherapeutische Versorgung gegeben. Ihm sind die angebotenen Leistungen zugänglich, ihre Finanzierung ist für ihn sichergestellt, er nimmt die entsprechenden Angebote im Bedarfsfall an und es kann so eine adäquate Unterstützungsleistung erwartet werden.

> *Sein Bruder Elias hingegen lebt infolge einer Umverteilung in einem kleinen Dorf. Auch er ist traumatisiert. Aufgrund seiner psychischen Beschwerden hat eine engagierte Ehrenamtliche für ihn vermittelt, dass ein Psychiater in der Kreisstadt ihm unentgeltlich einen Gesprächstermin gibt. Ein Mitbewohner aus dem Heim übersetzt.*

Elias ist damit nur als „mangelhaft inkludiert" einzuordnen. „Mangelhaft inkludiert" ist eine Person, deren Zugang zu Leistungen der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung beeinträchtigt ist, z.B. durch das Fehlen geeigneter Dienste in erreichbarer Nähe, durch Angst vor der Nutzung, durch Sprachprobleme etc.. Damit Elias als voll inkludiert in das Funktionssystem Gesundheit einzuordnen wäre, müsste er über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, um sich im System der öffentlichen Gesundheitsversorgung bewegen zu können, er müsste Mitglied einer Krankenversicherung sein und außerdem über genügend finanzielle Mittel verfügen, um Fahrtkosten zu zahlen. Wenn er die benötigten Leistungen dann entsprechend seines Bedarfs in Anspruch nehmen würde, ohne weitere innere oder äußere Barrieren, gälte er als voll inkludiert. Ein weiter, steiniger Weg für einen Geflüchteten in Deutschland.

Dies als Illustration, wie das IC3 im Bereich der Gesundheitsversorgung (G) überarbeitet und mit der Einführung eines substituierenden Systems (G.1) ergänzt wurde. In ähnlicher Weise sind wir im Bereich Arbeitsmarkt (A) vorgegangen. Da viele Geflüchtete einem Arbeitsverbot unterliegen und es wenig differenziert und für die Interventionsplanung nicht hilfreich wäre, sie allesamt als „exkludiert" einzuordnen, haben wir eine weitere substituierende Kategorie „Bei Arbeitsverbot: Teilnahme an gesellschaftlicher Arbeitsteilung" (A1; z.B. über 1-Euro-Jobs) eingeführt. So lässt sich trotz eingeschränkter Ausgangsbedingungen die spezifische soziale Situation von Geflüchteten abbilden, Handlungsmöglichkeiten können ausgeleuchtet und Entwicklungsverläufe erhoben werden.

Diskussion und Ausblick

Mit dem Projekt „Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion“ wollte die BAfF ein Instrument entwickeln, das MitarbeiterInnen der Flüchtlingssozialarbeit dabei unterstützt, Interventionen zur Förderung der Inklusion ihrer KlientInnen zu planen, durchzuführen und ihre Arbeitsfortschritte nachvollziehbar zu beurteilen. Inklusion als Ergebnis der Interventionen psychosozialer Arbeit mit Geflüchteten sollte messbar gemacht werden. Das Inklusions-Chart IC3 als praxiserprobtes, validiertes Diagnose- und Erhebungsinstrument war Grundlage für unser Vorhaben. In einem praxisorientieren Forschungsansatz entwickelten wir Kriterien, an Hand derer bestimmt werden kann, in welchem Umfang ein Geflüchteter in Deutschland bezogen auf einen bestimmten Bereich in die Gesellschaft eingegliedert ist bzw. wo Exklusion vorherrscht und entsprechender Interventionsbedarf besteht. Auf diese Weise wurde mit dem *IC_flü* ein Instrument geschaffen, das eine bedarfsorientierte Diagnostik unterstützt und zugleich eine gezielte Veränderungs- und Wirkungsbeobachtung ermöglicht.

Mit dem *IC_flü* wird die besondere rechtliche, biographische und soziale Situation von Geflüchteten berücksichtigt. Im Sinne eines salutogenetischen Gesundheitsbegriffes erfasst es neben Indikatoren mit Symptomfokus auch Faktoren wie die Förderung von Selbstbestimmung, Empowerment und gesellschaftlicher Teilhabe als Ergebnisse erfolgreicher Interventionen. Es ist prozessbegleitend einsetzbar und ermöglicht kooperativ-dialogische Unterstützungsprozesse, die KlientInnen auf eine Weise in den Prozess der Diagnostik einbeziehen, die ihr Wissen über die eigene Situation und damit auch ihre Handlungsmöglichkeiten erweitert. Neben diesem auf die praktische Sozialarbeit bezogenen Ansatz kann die BAfF durch die Aufbereitung der aggregierten Daten über die verschiedenen KlientInnengruppen hinweg belastbare Aussagen zu Inklusion bzw. Exklusion auch in einem breiteren gesellschaftlichen Kontext treffen.

Die systematische Erfassung von Inklusion und Exklusion mit dem Inklusions-Chart macht sichtbar, in welchem Ausmaß Geflüchtete aus gesellschaftlichen Funktionssystemen exkludiert sind. Im Praxistest wurde deutlich, dass Exklusion in den seltensten Fällen selbst gewählt, auch weniger durch Sprachprobleme oder auch psychische Belastungen bedingt, sondern meist abhängig von aufenthaltsrechtlichen Restriktionen ist. Erst mit Absicherung des Aufenthalts wird in den meisten Funktionssystemen eine weitergehende Inklusion möglich.

Die möglichst weitgehende Exklusion von Geflüchteten aus gesellschaftlichen Funktionssystemen ist Teil einer migrationspolitischen Strategie, die Anreize für Fluchtbewegungen minimieren will. Diese Strategie sollte nicht nur aus menschenrechtlichen und humanitären Motiven hinterfragt werden, sondern auch, weil die Realität zeigt, dass sie nicht funktioniert: Durch exkludierende Bedingungen werden lediglich die Ausgangs- und längerfristigen Lebensbedingungen von Geflüchteten verschlechtert. Armut und Marginalisierung werden chronifiziert und belasten das System nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch volkswirtschaftlich: die Ressourcen und Potentiale Geflüchteter sind der Gesellschaft nicht zugänglich und es entstehen hohe Folgekosten durch unbehandelte körperliche und psychische Erkrankungen.

In der Anwendung des *IC_flü* zeigten sich im Forschungsprozess an verschiedenen Stellen Stolpersteine und Diskussionspunkte. Im Praxistest wurde deutlich, dass die mittleren Kategorien zur Einstufung des Inklusionsgrads („weitgehende“ vs. „mangelhafte“ Inklusion) möglicherweise nicht ausreichend trennscharf sind. Es bereitete den AnwenderInnen Schwierigkeiten hier eine „richtige“ Einordnung vorzunehmen, was der Komplexität der Funktionsbereiche geschuldet ist und sich möglicherweise auch nicht differenzierter operationalisieren lässt ohne wiederum das Kriterium der Handhabbarkeit zu beeinträchtigen. Auch ergaben sich Diskussionen zur Einschätzung der Inklusion einer Person in

Bezug auf die Gewichtung von „äußeren Bedingungen“ und „subjektiven Merkmalen der Person“, die ihrerseits zu „selbst gewählten“ Exklusionsprozessen führen können, wie z.B. der Fokussierung der Aktivitäten einer Person auf den Kontext ihrer Herkunfts-Community. Relevant ist hier jedoch jeweils der faktische Status, egal wie er zustande gekommen ist. Das schwierige Vermittlungsverhältnis von gesellschaftlichen Beschränkungen und subjektiver Beschränktheit lässt sich nicht einseitig in eine Richtung auflösen.

Ein zentraler Punkt der Auseinandersetzung betraf die Handhabbarkeit des Charts angesichts der begrenzten Ressourcen in der Flüchtlingsarbeit: Lohnt sich eine solch ausgefeilte Diagnostik, wo es ohnehin schon wenig Zeit für den Einzelnen/die Einzelne gibt? Kann das Chart in einen vollen, hektischen Arbeitstag integriert werden, der von vielen Krisen und „Feuerwehreinsätzen“ geprägt ist? In einem der Zentren wurde diese Frage bereits jetzt positiv beantwortet. Das PSZ führt das Chart standardmäßig in allen Erstgesprächen mit KlientInnen ein und plant regelmäßige Erhebungen: *„Wir bemerkten, dass wir Fragen zu Lebensbereichen stellten, die wir sonst nicht unbedingt abgefragt hätten, da es drängendere Themen gibt. Aber in diesen anderen Bereichen zeigten sich erstaunliche Ressourcen, die uns sonst niemals aufgefallen wären. Das war wirklich erstaunlich.“*

Ein weiterer Diskussionspunkt betraf die Frage, ob es sich lohne, den Inklusionsgrad von Personen zu messen, von denen wir klar wissen, dass sie strukturell exkludiert sind. Hier sei betont, dass diese strukturellen Bedingungen im Rahmen individualisierter Unterstützung nicht beeinflussbar sind. Man könnte dem aber auch entgegnen, dass Soziale Arbeit sich dann ihrer Ansprüche selbst entledige, wenn es ihr nur mehr darum gehe, marginalisierte Zustände zu verwalten. Ist es nicht vielmehr auch Aufgabe von Sozialarbeit, Missstände aufzudecken und öffentlich zu machen? Oder lassen sich vielleicht „Hintertüren“ aufspüren, die über Umwege Teilhabe mittelfristig ermöglichen? Wir befinden uns hier in einem gesellschaftlich vermittelten Spannungsfeld, in dem die konkreten Handlungsmöglichkeiten gut auszuleuchten sind.

Es verbleiben noch viele offene Forschungsfragen zum Einsatz des Charts in der Praxis bzw. dem Nutzen in einem breiteren gesellschaftlichen Zusammenhang. Interessant wären hier Langzeitstudien, die Veränderungen in den verschiedenen Funktionssystemen – z.B. in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus – empirisch erheben. Wünschenswert wäre auch eine europäische Vergleichsstudie, die Inklusion im Ländervergleich ins Verhältnis zur bestehenden nationalen Gesetzgebung setzt und damit juristisch festgehaltene Exklusionsmomente konkretisiert. Von hohem Nutzen wären zudem Studien, welche die konkrete Wirkung der Arbeit mit dem Chart überprüfen: Verbessert sich die Interventionsplanung und damit auch die Unterstützungsleistung für Geflüchtete durch den Einsatz des Charts?

Für die Praxis wäre ein Einsatz des *IC_flü* auch als Instrument für das Übergangsmanagement vom substituierenden System (dem PSZ) in das Regelsystem (z.B. ambulante Psychotherapie) denkbar. Hier könnte es insofern von Nutzen sein, als Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung bzw. niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen in der Regel nicht darauf eingerichtet sind, die rechtliche und soziale Situation von Geflüchteten in Anamnese und Behandlung einzubeziehen. Für derartige Kooperationen erscheint das *IC_flü* ein geeignetes Instrument, um für alle Beteiligten transparent den Stand der Inklusion sowie den jeweiligen Handlungsbedarf zu erfassen und über die Disziplinen und Hilfssysteme hinweg zu kommunizieren.

Die Entwicklung des Inklusions-Charts *IC_flü* war ein erster wichtiger Schritt. Weitere werden hoffentlich folgen.

Literatur

Bittenbinder, Elise (Hg.) (2012): Beyond statistics: sharing, learning and developing good practice in the care of victims of torture. Karlsruhe: Loeper.

Forgber, Julia (2013): Diagnostik in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik: Grundlinien und Diskurse. In: Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot / Glemser, Rolf (Hg.): Psychosoziale Diagnostik. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 49-60.

Gäbel, Ulrike / Ruf, Martina / Schauer, Maggie / Odenwald, Michael / Neuner, Frank (2006): Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35. Jahrgang, Heft 1, 2006, S. 12-20.

Gerlach, Christian / Pietrowsky, Reinhard (2012): Trauma und Aufenthaltsstatus: Einfluss eines unsicheren Aufenthaltsstatus auf die Traumasymptomatik bei Flüchtlingen. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 33. Jahrgang, Heft 1, 2012, S. 5-16.

Hausegger, Trude (Hg.) (2012): Arbeitsmarktbezogene Diagnostik und Wirkungsorientierung. Wien: Böhlau.

International Federation of Social Workers / International Association of Schools of Social Work (2014): Global Definition of the Social Work Profession. http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/ (04.02.2015).

Jaranson, James M. / Quiroga, José (2011): Evaluating the services of torture rehabilitation programmes: History and recommendations. In: Torture, 21. Jahrgang, Heft 2, 2011, S. 98-140.

Keilson, Hans (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up-Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Gießen: Psychosozial-Verlag. 2001.

Montgomery, Edith / Patel, Nimisha (2011): Torture rehabilitation: Reflections on treatment outcome studies. In: Torture, 21. Jahrgang, Heft 2, 2011, S. 141-145.

Nentwig, Amanda (2013): Einfluss der Wohnsituation und der sozialen Unterstützung auf die Symptomschwere einer PTBS bei Flüchtlingen. Masterarbeit Psychologie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

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

Pantuček, Peter (2005): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien: Böhlau.

2. MANUAL ZUR ANWENDUNG DES IC_FLÜ

Allgemeine Anmerkungen zum Gebrauch des Inklusionschart:

Die gewählten Beispiele dienen veranschaulichenden Zwecken. Sie sind bewusst kurz gehalten und beinhalten entsprechend nicht alle jeweils relevanten Faktoren!

Sie verweisen darauf, welche Ressourcen bzw. Leistungen der Gesellschaft KlientInnen nutzen (können).

Der Grad der Inklusion hängt ab von:

1. von der Mechanik des Systems
2. von den subjektiven Bedingungen und Merkmalen der Person

Relevant ist jeweils der faktische Status, egal wie er zustande gekommen ist. In jeder Dimension kann fehlende Teilhabe z.B. selbst gewählt sein. Auch Selbst-Exklusion ist Exklusion.

Stellvertretende Inklusion:

Zeilen A-I erfassen den faktischen Status der Inklusion oder Exklusion in oder aus gesellschaftlichen Funktionssystemen

In der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen, die aus diesen Systemen exkludiert sind, kann eine Inklusion in substituierende Systeme (Zeilen A1; E1; G1; I1), welche die Exklusion zwar nicht aufheben, aber deren Auswirkungen möglicherweise verändern, relevant sein.

In den vier Dimensionen (A1; E1; G1; I1) existieren substituierende Systeme, zu denen die Inklusion / Exklusion im Sinne der Interventionsplanung an dieser erfasst wird.

Achse I: Funktionssysteme/ Substituierende Systeme

I. FUNKTIONSSYSTEME/ SUBSTITUIERENDE SYSTEME	Inkludierungsgrad				Tendenz (Dynamik)	Informationen	Intervention
	Voll	Weitgehend	Mangelhaft	Exkludiert	↖ = ↘ !! ↘	(Daten und Fakten)	(laufend und geplant)
A. Arbeitsmarkt							
A1.bei Arbeitsverbot Teilnahme an gesellschaftlicher Arbeitsteilung						Optionen: - Gemeinnütziger Arbeit / 1 Euro-Job - Ehrenamtliche Tätigkeit - Sonstiges	
B. Sozialversicherung							
C. Geldverkehr							
D. Mobilität							
E. Bildungswesen							
E1. Deutschkurse + Bildungsangebote der spezialisierten Einrichtungen							
F. Medien							
G. Medizinische Versorgung							
G1. Flüchtlings-spezifische Gesundheitseinrichtung						Optionen: -Psychotherapeutische Behandlung in einem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer -Medizinische Versorgung über Medizinische Flüchtlingshilfe -Sonstiges	
H. Kommunikation							
I. Lebensweltlicher Support							
I1. (Semi-) professioneller oder ehrenamtlicher lebensweltlicher Support						Optionen: -lokale Flüchtlingssozialarbeit -ehrenamtliche Begleitung -Mentorenprogramme -Vormund -Sonstiges	

A. Arbeitsmarkt

„Volle Inklusion“:

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

Bsp.: Jakob hat in seinem Heimatland eine Schreinerausbildung absolviert. Diese wird hier anerkannt. Er arbeitet in einer Werkstatt und verdient dort seinen Lebensunterhalt.

„Weitgehende Inklusion“:

Weitgehend inkludiert ist eine Person, wenn sowohl eine Arbeitserlaubnis als auch ein Arbeitsplatz vorhanden sind, die Arbeit jedoch nicht der beruflichen Qualifikation entspricht oder wenn der Lebensunterhalt weitgehend gedeckt ist.

Jakob hat in seinem Heimatland eine Schreinerausbildung absolviert. Arbeit mit Arbeitserlaubnis fand er bei einer Reinigungsfirma. Er benötigt ergänzend Sozialhilfe, um die hohen Mietkosten zu decken.

„Mangelhafte Inklusion“:

Mangelhaft inkludiert ist eine Person, wenn eine Arbeitserlaubnis vorliegt, jedoch kein reguläres Arbeitsverhältnis besteht, sondern die Person auf dem 2. Arbeitsmarkt beschäftigt ist oder ein Praktikum absolviert, oder wenn der Lebensunterhalt mangelhaft gedeckt ist.

Jakob hat eine Arbeitserlaubnis. Er arbeitet bei Diakonia im Second Hand Laden und benötigt ergänzend Sozialleistungen.

Jakob arbeitet 60h/Woche und verdient 800€. Selbst wenn er sich als „weitgehend“ inkludiert sieht, gehen wir in der Einstufung vom gesetzlichen Mindestlohn, umgerechnet auf tatsächlichen Arbeitsstunden aus.

Jakob hat mit seinem Status keine Chance auf einen anderen Arbeitsplatz.

„Exklusion“:

Exkludiert ist eine Person, wenn sie ein Arbeitsverbot hat, 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 durch informelle/illegale Arbeitsverhältnisse).

Jakob darf aufgrund fehlender Mitwirkung zur Identitätsklärung nicht arbeiten.

A1. Bei Arbeitsverbot: Teilnahme an gesellschaftlicher Arbeitsteilung

Nimmt eine Person trotz des Verbots eine Anstellung an oder übt eine selbständige Tätigkeit aus oder nimmt an der gesellschaftlichen Arbeitsteilung z.B. durch „gemeinnützige Arbeit“/1-Euro-Jobs oder ehrenamtliche Tätigkeiten teil?

Weitere Beispiele als die unten aufgeführten sind denkbar.

„Volle Inklusion“:

„Voll inkludiert“ in ein substituierendes System des Arbeitsmarktes ist eine Person, die im zeitlichen Umfang einer Vollzeitstelle an Maßnahmen des zweiten Arbeitsmarktes teilnimmt („gemeinnützige Arbeit“ / 1-Euro-Jobs), unabhängig davon, ob dies auf eigenen Wunsch oder Zwang geschieht.

Jakob reinigt im Rahmen der „gemeinnützigen Arbeit“ die städtischen Grünanlagen. Dadurch erhält er ein zusätzliches Einkommen zu den Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

„Weitgehende Inklusion“:

„Weitgehend inkludiert“ in ein substituierendes System des Arbeitsmarktes ist eine Person, die eine „gemeinnützige Arbeit“ in Teilzeit ausübt

Jakob übt für zehn Stunden in der Woche eine „gemeinnützige Arbeit“ in der Gemeinschaftsunterkunft aus und erhält 1 Euro pro Stunde.

„Mangelhafte Inklusion“:

„Mangelhaft inkludiert“ in ein substituierendes System des Arbeitsmarktes ist eine Person, die in geringem Umfang an der gesellschaftlichen Arbeitsteilung partizipiert, ohne dass dies wesentlichen Einfluss auf ihre Einkommenssituation oder die Entwicklung beruflicher Perspektiven hätte.

Damit er eine Beschäftigung hat, hilft Jakob einmal in der Woche ehrenamtlich im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge, indem er dort die Blumen gießt und das Altpapier wegbringt.

„Exklusion“:

Exkludiert aus substituierenden Systemen des Arbeitsmarktes ist eine Person, wenn sie keinerlei Beschäftigung im Rahmen der gesellschaftlichen Arbeitsleitung ausübt oder schwarzarbeitet.

Jakob hat keinerlei Betätigung und verbringt die Tage in der Asylbewerberunterkunft.

B. Sozialversicherung

- Das Sozialversicherungssystem ist eine gesellschaftliche Infrastruktur zur Absicherung von Lebensrisiken. Hier werden sämtliche vorhandene Versicherungen erfasst (Arbeitslosigkeit, Rente, Pflege, Krankenversicherung, etc.)
- Zugang zu Krankenversicherung/Gesundheitsversorgung s. Punkt G

„Volle Inklusion“:

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, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung etc.).

Darunter fallen Personen, die Leistungen gemäß SGB II oder XII beziehen oder einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen.

Jakob hat eine AE oder NE, einen festen Arbeitsplatz und verdient seinen Lebensunterhalt.

„Weitgehende Inklusion“:

Weitgehend inkludiert ist eine Person, wenn eine Sozialversicherung vorhanden ist, diese aber aufgrund fehlender Aufenthaltserlaubnis lediglich mit dem Arbeitsverhältnis verbunden ist. Bei einer Person, die sich in der Jugendhilfe befindet, ist die Krankenversicherung über das Jugendamt abgedeckt.

Jakob hat eine Gestattung und ist aufgrund seines Arbeitsverhältnisses sozialversichert.

„Mangelhafte Inklusion“:

Mangelhaft inkludiert ist eine Person, wenn er nur geringfügig beschäftigt ist und somit nur über eine Krankenversicherung verfügt, jedoch keine weiteren Versicherungen hat.

„Exklusion“:

Es besteht keine Sozialversicherung. Dies ist der Fall, bei Menschen die nicht gemeldet sind. Das Sozialamt/Jugendamt übernimmt die Kosten für die Krankenbehandlung.

Jakob ist untergetaucht.

Jakob bezieht Leistungen nach dem AsylbLG und er erhält im Bedarfsfall einen Krankenschein vom Sozialamt.

C. Geldverkehr

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

„Volle Inklusion“:

Voll inkludiert in das System des Geldverkehrs ist eine Person, wenn sie Konten eröffnen, von diesen in vollem Umfang Geld abheben kann, wie dies im Ausbau der Leistungen des Systems im jeweiligen Land entspricht (auch über Geldautomaten und andere Formen bargeldlosen Zahlungsverkehrs) und wenn sie kreditwürdig ist.

Jakob hat ein Girokonto bei der Postbank und ist kreditwürdig.

„Weitgehende Inklusion“:

Weitgehend inkludiert ist eine Person, die lediglich über ein Guthabenkonto verfügt (d.h. kein Kredit möglich).

Jakob verfügt über ein Guthabenkonto bei der Postbank. Aufgrund fehlender Papiere (Geldwäschegesetz) darf er kein Girokonto eröffnen.

„Mangelhafte Inklusion“:

Mangelhaft inkludiert ist eine Person, wenn der Zugriff auf Konten beschränkt ist, da dieser von der Zustimmung Dritter abhängig ist (innerhalb von Partnerschaften/Ehen, Familienangehörige verfügen über ein Konto; aufgrund eines bestehenden Betreuungsverhältnisses).

Jakob wickelt Geldgeschäfte über das Konto seines Sohnes ab, der ein Girokonto hat.

„Exklusion“:

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

Jakob hat kein Konto.

D. Mobilität

„Volle Inklusion“:

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.

Jakob kann überall hinfahren. Nötige Verkehrsmittel sind verfügbar. Er verfügt über eine Monatskarte.

„Weitgehende Inklusion“:

Weitgehend inkludiert ist eine Person, wenn alle nötigen Verkehrsmittel verfügbar sind. Die Person ist auch in der Lage, alle Verkehrsmittel zu nutzen, aber sie kann sich nicht uneingeschränkt alle nötigen Fahrten leisten.

Jakob kann sich die Monatskarte nicht leisten

„Mangelhafte Inklusion“:

Mangelhaft inkludiert ist eine Person, wenn nur eingeschränkt Verkehrsmittel verfügbar sind, wenn die Person diese nur mangelhaft nutzt (z.B. aufgrund von Angst, Krankheit) oder wenn hohe Fahrkosten die Mobilität sehr einschränken. Die Residenzpflicht erlaubt freie Mobilität innerhalb eines Bundeslandes bzw. innerhalb eines Regierungsbezirkes.

Jakob hat Angst vor Menschenmengen und davor, sich in der Stadt frei zu bewegen. Er kann sich die teure Fahrkarte nicht leisten, und benötigt eine Genehmigung von der Ausländerbehörde, um zum Arzttermin in einem anderen Regierungsbezirk zu reisen.

„Exklusion“:

Exkludiert sind Personen, die in ihrer körperlichen Mobilität eingeschränkt sind, denen kein adäquates Verkehrsmittel zur Verfügung und/oder die ohne fremde Hilfe zahlreiche nötige und gewünschte Wege nicht zurücklegen können (z.B. wegen fehlender Orientierung, Analphabetismus, mangelnden Sprachkenntnissen etc.). Es ist ihnen nicht möglich, das durch den Einsatz ausreichend vorhandener Geldmittel zu kompensieren.

Jakob lebt in einem kleinen Dorf, wo nur zu Schulzeiten zweimal täglich ein Bus fährt. Außerdem kann er die Haltestellen nicht lesen und hat Angst, nicht zurück zu finden.

E. Bildungswesen

Dieses Funktionssystem bezieht sich auf das Regelsystem des Bildungswesens. Spezifische Angebote für Flüchtlinge werden im substituierenden System erfasst.

„Volle Inklusion“:

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

Jakob macht den Hauptschulabschluss an einer Regelschule.

„Weitgehende Inklusion“:

Weitgehend inkludiert ist eine Person, wenn eine begrenzte Auswahl von Bildungsangeboten vorhanden ist, die weitgehend mit den Wünschen und Bedürfnissen der Person übereinstimmt.

Jakob würde gerne eine Ausbildung zum Krankenpfleger machen, was in der Kleinstadt nicht möglich ist. Deshalb macht er eine Ausbildung zum Erzieher.

„Mangelhafte Inklusion“:

Mangelhaft inkludiert ist eine Person, die einen limitierten Zugang zu Bildungsangeboten hat (z.B. aufgrund gesetzlicher Vorgaben, mangelnder finanzieller Mittel, Krankheit etc.).

Jakob möchte gerne Abitur machen und studieren. Das Jugendamt entscheidet, dass er nach seinem Quali eine Ausbildung machen soll.

„Exklusion“:

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

Jakob lebt in einem kleinen Dorf mit schlechter Verkehrsanbindung. Er findet daher keine Ausbildungsstelle.

E1. Deutschkurse und Bildungsangebote in spezialisierten Einrichtungen

Hat eine Person, die aus dem formalen Bildungssystem exkludiert ist, Zugang zu substituierenden (flüchtlingsspezifischen) Bildungsangeboten?

Der „Integrationskurs“ fällt nicht hierunter, da dieser Teil des offiziellen Bildungswesens ist.

„Volle Inklusion“:

„Voll inkludiert“ in ein substituierendes System des Bildungswesens ist eine Person, die Zugang zu Angeboten der Bildung, Ausbildung, beruflichen und außerberuflichen Weiterbildung zur Erweiterung oder Aktualisierung des Wissensstandes und der Fähigkeiten hat, darüber ggf. auch Zertifikate oder andere Bescheinigungen erhalten kann und die Angebote auch abgestimmt mit dem eigenen Lebensplan und den eigenen Bedürfnissen nutzt.

Jakob nimmt an einer berufsbildenden Maßnahme für junge Flüchtlinge teil, die direkt Zugang zu beruflicher Tätigkeit oder einem allgemein anerkannten Abschluss führt.

„Weitgehende Inklusion“:

„Weitgehend inkludiert“ ist eine Person, die Zugang zu Bildungsangeboten hat und über diese ihre Kenntnisse (z.B. der deutschen Sprache) erweitern kann.

Möglicherweise führt die Teilnahme an den Bildungsangeboten dazu, formale Abschlüsse (z.B. über einen Sprachtest) zu erreichen.

Jakob nimmt an einem Deutsch-Intensiv-Kurs der VHS teil und strebt die B1-Prüfung an, der die Voraussetzungen schafft, evtl. Zugang zum allgemeinen (Ausbildungs-)Bildungs- oder Arbeitsmarkt zu finden.

„Mangelhafte Inklusion“:

„Mangelhaft inkludiert“ ist eine Person, die in geringem Umfang Zugang zu (informellen) Bildungsangeboten hat.

Jakob nimmt einmal in der Woche am Deutschkurs im Flüchtlingswohnheim teil, der von einer Ehrenamtlichen angeboten wird.

„Exklusion“:

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

Jakob hat keinerlei Zugang zu Deutschkursen oder anderen Bildungsangeboten, er verständigt sich wenn möglich auf Englisch. Oder: er hätte Zugang, möchte aber nicht teilnehmen.

F. Medien

„Volle Inklusion“:

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 in Deutschland und im Heimatland oder für die Lebensplanung relevant sind; heißt: diesen Zugang auch gezielt zu nutzen und die Informationen entschlüsseln und in ihrer Bedeutung für die eigene Lebensführung einschätzen zu können.

Jakob hat den vollen Zugang zu nationalen und internationalen Medien. Er informiert sich über das gesellschaftliche Leben hier und über die Entwicklungen im Heimatland.

„Weitgehende Inklusion“:

Weitgehend inkludiert ist eine Person, die sprachlich und von ihrer Kompetenz her dazu in der Lage ist, Medien zu nutzen. Diese sind jedoch nur eingeschränkt verfügbar.

Jakob würde das Internet gerne mehr nutzen, er hat aber keinen PC, er kann lediglich das Internetcafé im Ort nutzen. Im Ort gibt es ein Geschäft mit einer beschränkten Auswahl an Zeitungen.

„Mangelhafte Inklusion“:

Mangelhaft inkludiert ist eine Person, die Schwierigkeiten hat, ohne Unterstützung die für sie passenden Informationen aufzufinden (z.B. aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse, mangelnder Vorbildung, etc.) oder wenn ein Zugang zu Medien erschwert möglich ist. Die Person orientiert sich ausschließlich an muttersprachlichen Medien.

Jakob informiert sich über das Satellitenfernsehen in seiner Heimatsprache.

„Exklusion“:

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

Jakob hat überhaupt keinen Zugang zu Medien.

G. Gesundheitliche Versorgung

„Volle Inklusion“:

Volle Inklusion in das System der gesundheitlichen 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.

Jakob muss zu einer Operation ins Krankenhaus und benötigt anschließend eine Reha. Er ist krankenversichert, die Kosten werden übernommen.

„Weitgehende Inklusion“:

Weitgehend inkludiert ist eine Person, wenn die medizinische Versorgung gewährleistet ist, aber die Nutzung einen hohen Einsatz von Zeit und Kosten verlangt.

Die Kosten für Jakobs Operation werden übernommen. Da es in Aslans Wohnort kein Krankenhaus gibt, muss er mit öffentlichen Verkehrsmittel und Taxi 2 Stunden in die nächste Stadt fahren.

„Mangelhafte Inklusion“:

Mangelhaft inkludiert ist eine Person, wenn geeignete Dienste in erreichbarer Nähe nicht ausreichend vorhanden sind, wenn die Behandlung von der Zustimmung von Sozialamt/Gesundheitsamt abhängt oder wenn die Versorgung nur durch Unterstützung Dritter möglich ist (z.B. Dolmetscher, Begleitung aufgrund von Ängsten, etc.), oder wenn die Person nur im Notfall behandelt wird. Es werden andere Kriterien angewandt, als bei Krankenkassen üblich. Es mangelt, bzw. fehlt an Bereitschaft der Regelversorgung.

Die Operation von Jakob muss zuerst vom örtlichen Gesundheitsamt genehmigt werden. Für das Gespräch muss ein Dolmetscher organisiert werden.

„Exklusion“:

Exkludiert sind Personen, die sich die Leistungen der Medizin und der medizinischen Berufe aufgrund gesetzlicher Einschränkungen nicht beschaffen können oder sie nicht in Anspruch nehmen, obwohl der Bedarf besteht, oder sie erhalten keine passenden und angemessenen Unterstützungsleistungen.

Die Notfallversorgung wird verweigert.
Jakob benötigt dringend eine Augenoperation. Er ist allerdings untergetaucht und somit nicht versichert.

G1. Flüchtlingsspezifische Gesundheitseinrichtungen

Hat eine Person, die aufgrund der Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes weitgehend oder als Illegalisierte gänzlich aus der medizinischen Regelversorgung exkludiert ist, Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten in flüchtlingsspezifischen Gesundheitseinrichtungen?

„Volle Inklusion“:

„Volle Inklusion“ in ein substituierendes System der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung ist gegeben, wenn die Leistungen der Medizin und Psychotherapie und der medizinischen / therapeutischen Pflegeberufe - auch der präventiven Angebote - trotz fehlender Krankenkassenmitgliedschaft auf dem Niveau der Zeit zugänglich und leistbar, wenn im Bedarfsfalle diese Möglichkeit auch wahrgenommen wird und eine adäquate Unterstützungsleistung erwartet werden kann.

Jakob ist aufgrund seiner Traumatisierung im psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge an seinem Wohnort in psychotherapeutischer Behandlung, dort nimmt er wöchentliche Termine in Anspruch. Im Krisenfall kann er kurzfristig Kriseninterventionstermine erhalten. Er nimmt zusätzlich an Gruppenangeboten zu Entspannungstechniken teil. Da die Therapie durch Spenden und Projektmittel finanziert wird, ist dies unabhängig von einer Krankenkassenmitgliedschaft und ihm selbst entstehen keine Kosten. Bei der Therapie wird ein Sprach- und Kulturmittler hinzugezogen.

„Weitgehende Inklusion“:

„Weitgehend inkludiert“ in ein substituierendes System der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung ist eine Person, wenn eine angemessene medizinische oder psychotherapeutische Behandlung durch flüchtlingsspezifische Behandlungseinrichtungen zugänglich ist, aber typische Einschränkungen vorliegen (Behandlungsintensität u.-dauer, Wartezeiten, Finanzierung der Fahrkosten).

Jakob lebt in einem kleinen Dorf im Sauerland. Vor Ort gibt es keinerlei Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung, erst recht nicht muttersprachlich. Das Sozialamt hat die Finanzierung einer Therapie abgelehnt, entsprechend werden auch die hohen Fahrtkosten zum Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in die nächstgelegene, aber immer noch weit entfernte Großstadt nicht übernommen. Jakob nimmt dort - nach einem Jahr Wartezeit - psychotherapeutische Gespräche in Anspruch, wenn er die Fahrtkosten aufbringen kann, sie vom Zentrum übernommen werden oder eine Ehrenamtliche ihn fährt.

„Mangelhafte Inklusion“:

„Mangelhaft inkludiert“ ist eine Person, deren Zugang zu den Leistungen der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung beeinträchtigt ist z.B. durch das Fehlen geeigneter Dienste in erreichbarer Nähe, durch Angst vor der Nutzung, durch Sprachprobleme etc.

Jakob lebt, wie gesagt, in einem kleinen Dorf. Aufgrund seiner psychischen Beschwerden hat eine engagierte Ehrenamtliche für ihn vermittelt, dass ein Psychiater in der Kreisstadt ihm unentgeltlich einen Gesprächstermin gibt. Ein Mitbewohner aus dem Heim übersetzt.

„Exklusion“:

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

Jakob hat in dem Dorf, in dem er lebt, keine Behandlungsmöglichkeiten und auch keine Kenntnisse über flüchtlingsspezifische Gesundheitseinrichtungen. Er erhält keine Behandlung.

H. Kommunikation

„Volle Inklusion“:

Volle Inklusion in das System der Kommunikation 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 mit Personen ihrer Wahl ohne unübliche Einschränkungen (d.h. auch in deutscher Sprache) kommunizieren kann und dies auch tut.

Jakob kommt mit seinem Telefon bestens zurecht. Er weiß, wie Briefe geschrieben werden müssen und versteht, was in den Briefen geschrieben ist.

„Weitgehende Inklusion“:

Weitgehend inkludiert ist eine Person, wenn sie über Adressen und Zugänge verfügt, allerdings aufgrund sehr begrenzter finanzieller Mittel oder aufgrund von anderen Einschränkungen (z.B. wegen mangelhaften Deutschkenntnissen) diese Kommunikationsformen nur limitiert nutzen kann.

Jakob lebt vom AsylbLG und er muß darauf achten, dass er sein Handyguthaben nicht überzieht (er hat keinen Flatvertrag).

„Mangelhafte Inklusion“:

Mangelhaft inkludiert ist eine Person, deren sprachlichen Fähigkeiten zur Kommunikation begrenzt sind, die nur durch Unterstützung Dritter Kommunikationsmittel benutzen kann oder wenn der Zugang zu einigen gebräuchlichen Kommunikationsmitteln nicht, qualitativ eingeschränkt, nicht ohne Beobachtung durch Dritte oder mit stigmatisierten Adressen möglich ist (z.B. Postzugang in Unterkünfte, Verfügbarkeit von Internet, etc.).

Jakob versteht den Inhalt der Briefe nicht. Die Post wird ihm von der Hausverwaltung in der Unterkunft zugeteilt, Internetzugang hat er nicht.

„Exklusion“:

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.

Jakob kann sich nur in seiner Heimatsprache verständigen. Er weiß nicht, an wen er sich wenden kann, wenn er Post erhält. Er weiß nicht, wie er einen Telefonvertrag abschließen soll ohne Nachteile zu haben.

I. Lebensweltlicher Support

Dieses Funktionssystem umfasst nicht die professionelle oder organisierte ehrenamtliche Unterstützung. Es umfasst zwar auch Familienangehörige, aber vor allem Kontakte nach außen.

„Volle Inklusion“:

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

Jakob ist im Sportverein und in der Kirchengemeinde aktiv. Er hat gute Kontakte im Ort.

„Weitgehende Inklusion“:

Weitgehend inkludiert ist eine Person, die zumindest ein bis zwei Personen im engeren privaten Umfeld hat, die Unterstützung leistet, sowie außerdem ein Netz einiger Personen, mit denen losere Beziehungen unterhalten werden.

Jakob hat Kontakt zur einer Privatperson, die ihn unterstützt. Er steht in lockerem Kontakt zu seinen Nachbarn.

„Mangelhafte Inklusion“:

Mangelhaft inkludiert ist eine Person, deren Kontakt mit anderen Personen begrenzt ist (z.B. aufgrund sprachlicher Fähigkeiten, mangelnder Bildung, psychischer Probleme, Behinderungen, finanzieller Mittel, Art der Unterbringung).

Jakob lebt in einem kleinen Dorf. Er spricht noch nicht gut Deutsch und bemüht sich Kontakte im Ort aufzubauen.

„Exklusion“:

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

Jakob lebt sehr abgeschieden in einer Unterkunft für Flüchtlinge. Ab und zu schaut ein Verwalter nach dem rechten. Aslan ist der Einzige seiner Volksgruppe und kann sich mit niemanden verständigen.

I 1. (Semi-)professioneller oder ehrenamtlicher lebensweltlicher Support

Erhält eine Person, die zwar noch nicht über ein unterstützendes privates soziales Umfeld in Deutschland verfügt, dennoch lebensweltlichen Support durch Fachkräfte oder Ehrenamtliche, z.B. lokale Flüchtlingssozialarbeit, ehrenamtliche Begleitung, Mentorenprogramme oder Vormundschaften?

„Volle Inklusion“:

In ein substituierendes System des lebensweltlichen Supports voll inkludiert ist eine Person, wenn sie zumindest einige professionelle oder ehrenamtliche Bezugspersonen 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 interessiertes Zuhören, emotionale Zuwendung etc. ein. Für volle Inklusion ist zusätzlich das Vorhandensein eines weiteren umfangreichen sozialen Netzes von Helferpersonen charakteristisch.

> *Jakob kann sich mit allen Anliegen, (z.B. Ämterangelegenheiten und Briefen…) an die lokale Flüchtlingsberatungsstelle wenden. Dort wurde ihm auch ein Mentor vermittelt, ein Rentner, mit dem er sich regelmäßig trifft, der ihn bei Terminen begleitet und ihn „beim Einleben“ in der Umgebung unterstützt. Wenn er traurig ist, nimmt sich die Pfarrerin viel Zeit für Gespräche mit ihm und ermutigt ihn. Damit sein Bewegungsradius sich erhöht, hat eine Familie aus der Gemeinde ihm ein Fahrrad geschenkt.*

„Weitgehende Inklusion“:

„Weitgehend inkludiert“ ist eine Person, die Zugang zu professioneller oder ehrenamtlicher Unterstützung hat, damit aber nicht sämtlicher Bedarf an substituierendem lebensweltlichen Support abgedeckt ist.

> *Jakob kann sich mit flüchtlingsspezifischen Anliegen an die nächste Beratungsstelle wenden. Er hat Kontakte zur örtlichen Kirchengemeinde, einige Gemeindemitglieder sind sehr offen auf ihn zugegangen, sind an seiner Geschichte und Situation interessiert und haben ihm Unterstützung angeboten, z.B. Begleitung zu Ämtern.*

„Mangelhafte Inklusion“:

„Mangelhaft inkludiert“ ist eine Person, die nur in geringem Umfang Zugang zu einem subsitutierenden System lebensweltlichen Supports hat.

> *Jakob kann sich zu den wöchentlichen Sprechzeiten an das Büro der Flüchtlingsberatung in der nächsten Kreisstadt wenden. Dort wird ihm, soweit möglich, mit seinen Fragen weitergeholfen. An seinem Wohnort ist er weiterhin mit seinen Anliegen alleine.*

„Exklusion“:

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

> *Jakob hat lebt isoliert im Flüchtlingswohnheim, er hat keinen Zugang zu Beratungsstellen oder ehrenamtlicher Unterstützung. Die für ihn zuständigen Sachbearbeiter in der Ausländerbehörde und im Sozialamt erlebt er als abweisend, bei Fragen wurde ihm nicht weitergeholfen. Der Antrag, einen Bekannten in einem anderen Bundesland besuchen zu können, wurde mit dem Verweis auf die Residenzpflicht abgelehnt.*

Achse II: Existenzsicherung

II. Existenzsicherung	**adäquat**	**Weitgehend**	**mangelhaft**	**Nicht gewährleistet**	Substitution in %	Tendenz (Dynamik)	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A. Wohnen								
B. Lebensmittel (Güter des pers. Bedarfs)								
C. Sicherheit								

A. Wohnen

„Adäquate Existenzsicherung“:

- gemietete Wohnung, entsprechend den Mindestanforderungen des Sozialamtes;
- trockener und heizbarer Raum mit Bett; abschließbar; abschließbare Dusche und WC
- Raum und Möblierung, um sich ungestört erholen zu können oder anderen Tätigkeiten nachzugehen, die gemeinhin mit Wohnen assoziiert werden (u.a. Gestalten, Gäste bewirten, ungestörte intime Kommunikation, Haustiere etc.).

„Weitgehende Existenzsicherung“:

- Wohnen im Wohnheim mit abgetrennter Kochmöglichkeit und Nasszelle; abschließbar;
- eigene Gestaltungsmöglichkeiten eingegrenzt, da kein reguläres Wohnverhältnis bzw. „Übergangswohnen“;
- gemietete Wohnung mit leichten Mängeln (z.B. sehr schlechte Anbindung ÖPNV).

„Mangelhafte Existenzsicherung“:

- Platz im Wohnheim ohne private Nasszelle und Kochgelegenheit; Mehrbettzimmer;
- Wohnraum ist mangelhaft (vgl. adäquates Wohnen, z.B. bei Schimmelbefall).

„Existenzsicherung nicht gewährleistet“:

- Keine Unterkunft vorhanden; nur tageweise Zugang zu einer Unterkunft möglich; Kirchenasyl
- Angewiesen sein auf die Bereitschaft von Dritten für den Zugang. (ggf. Personen vor Asylantragstellung, in Obdachlosigkeit, in Papierlosigkeit, oder zeitweise untergetauchte Asylsuchende.)

***Substitution** zu 100% gegeben, wenn*

- *eine erwachsene Person bei seinen Eltern in einer Wohnung lebt (ist bzgl. der Zufriedenheit, z.B. bzgl. des Grades der Autonomie, im Einzelfall einzuschätzen)*
- *Heimunterbringung bzw. Prekariatssituation (z.B. im Kirchenasyl)*

B. Lebensmittel

Lebensmittel umfassen alle Produkte, die für die Lebensführung benötigt werden (Nahrungsmittel und Güter des täglichen Bedarfs).

„Adäquate Existenzsicherung“:

- Zugang zu und der Erwerb von qualitativ akzeptablen Produkten (Nahrungsmittel; Kleidung; Hygieneartikel; Medikamente; Produkte, die vor unerwünschter Schwangerschaft und Ansteckung schützen; Bildungsprodukte wie Internet und Bücher etc.; Produkte der geistigen und emotionalen Entwicklung wie Kunst und Musik) ist möglich; Einkommen oberhalb von Hartz IV und entsprechende Läden und Beschaffungsquellen in erreichbarer Nähe.

„Weitgehende Existenzsicherung“:

- Mindestens Leistungen in Höhe von Hartz IV; Zugang zu entsprechenden Produkten und Läden mit angemessenem Aufwand an Kosten und Zeit für die Beschaffung.

„Mangelhafte Existenzsicherung“:

- Deutlich beschränkte Produktwahlmöglichkeiten durch Lebensmittelgutscheine oder Kantinenversorgung; Geldleistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz mit Einschränkungen in der Lebensführung oder der Teilnahme am gesellschaftlichen/kulturellen Leben; kulturspezifische Läden (z.B. sog. Afro- oder Asiashops) mit speziellen Lebensmitteln sind nicht vorhanden bzw. nur mit nicht zumutbarem Aufwand erreichbar.

„Existenzsicherung nicht gewährleistet“:

- Zugang zu Lebensmitteln nicht gegeben; keine oder kaum finanzielle Mittel vorhanden, um Lebensmittel zu erwerben; Reparaturen oder Erneuerungen können nicht vorgenommen werden; Produkte von schlechter Qualität, die eine Gefahr für Gesundheit und Sicherheit bedeuten; Leistungen unterhalb der Mindeststandards nach AsylbLG (z.B. bei Kürzungen wegen „fehlender Mitwirkung“ seitens der Behörden)

Substitution *zu 100% gegeben, wenn*

- *das Sozialamt die Lebenshaltungskosten übernimmt oder der Wohnheimträger die Lebensmittel bereitstellt.*
- *Im Falle von Aufstockung der Sozialhilfe durch Arbeitsleistung ergibt sich eine jeweils anteilige Substitution.*

C. Sicherheit

Eine hundertprozentige Sicherheit ist für unsere Zielgruppe subjektiv vermutlich nirgendwo gegeben, auch, da unsere Zielgruppe aufgrund von z.B. äußerlichen und/oder sprachlichen Merkmalen als Zugewanderte oder Flüchtlinge identifiziert werden könnten. Dabei spielt Rassismus (z.B. auch „racial profiling“) und ausgeprägte Vulnerabilität, z.B. durch die Gefahr einer sozialen Ächtung (z.B. Ehemalige Kindersoldaten, vergewaltigte Frauen/ Männer: Personen, die einem höheren Risiko ausgesetzt sind, da sie i.d.R. biographische Tabus bewahren wollen.) eine mitunter gewichtige Rolle, die es einzuschätzen gilt.

Hinweise:

Subjektive vs. Objektive Sicherheit

- Subjektive und objektive Sicherheit werden als getrennte Kategorien erfasst
- Im Bereich Existenzsicherung nur die objektive Sicherheit einschätzen;

„Adäquate Sicherheit“:

- Keine Bedrohung der körperlichen, psychischen und sozialen Integrität;
- Besitz ist vor dem Zugriff Anderer geschützt;
- Geheimnisse können bewahrt werden;
- Bewegungsfreiheit ist gegeben;
- Absperrbare Dusche und WC;
- Auch unbeobachtete Kommunikation mit Personen eigener Wahl ist möglich;
- Unbefristete Aufenthaltsperspektive ist gegeben (Niederlassungserlaubnis, Einbürgerung);

„Weitgehende Sicherheit“:

- rechtmäßiger Aufenthaltstitel (z.B. Aufenthaltserlaubnis) liegt vor.
- Eingeschränkte Sicherheit (einzelne Kriterien nicht erfüllt).

„Mangelhafte Sicherheit“:

- Unterbringung in Mehrbettzimmern;
- Ggf. Risiken der Residenzpflicht
- Duldung (=Aussetzung der Abschiebung);
- Aufenthaltsgestattung;
- bei rassistischen Drohungen

„Sicherheit nicht gewährleistet“:

- Person ist weitgehend schutzlos physischen, psychischen oder sozialen Angriffen ausgesetzt;
- Besitz ist nicht geschützt;
- Wahrung von Geheimnissen wird missachtet;
- Bewegungsfreiheit und Sozialkontakte werden eingeschränkt oder überwacht;

- in Abschiebehaft;
- Zeit nach dem Ablauf der Ausreisefrist (=vogelfrei);
- bei rassistischen An-/Übergriffen

Substitution der Sicherheit *ist gegeben, wenn*

- *Einrichtungen den Schutz gewährleisten oder verbessern, oder, wenn zum Schutz Organisationen oder Personen mobilisiert werden müssen.*

Achse III: Funktionsfähigkeit

Von ihr hängt ab,

- **welche Wege KlientInnen in der Gesellschaft offen stehen oder versperrt sind**
- **wie sie im gesellschaftlichen Umfeld wahrgenommen werden**
- **was ihnen an Eigenleistung zugemutet werden kann und was nicht**

Dabei interessiert weniger, aufgrund welcher Umstände Funktionen der Alltagsbewältigung beeinträchtigt sind, als die Beeinträchtigung selbst und ihre Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung und Lebensführung.

III. FUNKTIONSFÄHIGKEIT	**Sehr gut**	**eingeschränkt**	**mangelhaft**	**gefährdend**	Substitution in%	Tendenz (Dynamik)	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A.1 körperliche Gesundheit					---			
A.2 psychische Gesundheit					---			
A.3 Funktionsniveau				Einschätzung nach GAF-Scale: ____ Max/ Jahr: Min/ Jahr:				
B Kompetenzen								
C Sorgepflichten								

A1. körperliche Gesundheit

= alle Faktoren der Verfügbarkeit des Körpers für die Alltagsbewältigung und Lebensgestaltung (d.h., die Fähigkeit, das eigene Leben aktiv und ohne Gefährdung zu führen)

„Sehr gut“:

- Keine nennenswerten Beeinträchtigungen in Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden
- Höchstens harmlose oder alltägliche Erkrankungen (Schnupfen, temporäres Unwohlsein, kleine Verletzungen)

Jakob ist körperlich gesund.

„Eingeschränkt“:

- Die Person ist dauerhaft oder temporär in ihrer Funktionsfähigkeit und/oder ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt, ohne dass aber ihre Arbeitsfähigkeit bzw. die Fähigkeit zur selbstbestimmten Gestaltung ihres Lebens dadurch dauerhaft infrage gestellt wird.

Bsp.1: Jakob hat beim Training einen Kreuzbandriss erlitten, muss beim Boxen ein halbes Jahr pausieren und ist 6 Wochen auf Gehstützen angewiesen. Er kann jedoch problemlos zur Schule gehen.

Bsp.2: Jakob leidet unter einer rheumatischen Erkrankung durch die er in seiner Gehfähigkeit eingeschränkt ist. Er hat jedoch adäquaten Zugang zu nötigen Hilfsmitteln wie u.a. einem Rollstuhl. Da er zudem an einem behindertengerechten Arbeitsplatz tätig ist, ist er in seiner Leistungsfähigkeit kaum beeinträchtigt.

Bsp. 3: Jakob ist HIV infiziert. Er ist jedoch medikamentös gut eingestellt und daher im Alltag kaum durch die Krankheit beeinträchtigt.

„Mangelhaft“:

- Die Person ist auf unbestimmte Zeit in ihrer Funktionsfähigkeit und ihrem Wohlbefinden nennenswert beeinträchtigt.
- Einbußen in Arbeitsfähigkeit und Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensgestaltung.

Bsp. 1: Die rheumatische Erkrankung ist so weit fortgeschritten, dass er Schwierigkeiten hat, berufliche Anforderungen zu bewältigen. Es liegt kein behindertengerechter Arbeitsplatz vor

Bsp. 2: Jakob ist HIV infiziert. Er ist medikamentös schlecht eingestellt und daher häufiger nicht arbeitsfähig.

„Gefährdend“:

- Die Person ist durch gesundheitliche Probleme auf unbestimmte Zeit in ihrer Funktionsfähigkeit und ihrem Wohlbefinden wesentlich eingeschränkt
- Eine weitere Verschlechterung muss in Betracht gezogen werden
- Die Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensgestaltung ist entscheidend eingeschränkt bzw. die Erkrankung wird zu einem Zukunftsthema

Bsp.: Jakob ist an MS erkrankt und kann viele Lebensbereiche (Haushalt, soziale Kontakte, etc.) nicht alleine bewältigen.

A2. psychische Gesundheit und A3. Funktionsniveau

= alle Faktoren, die bestimmen, wie die Person ihr intellektuelles und emotionales Potential verwirklichen, ihre Rolle in der Gesellschaft, in der Ausbildung und im Arbeitsleben erfüllen und normale Lebensbelastungen bewältigen kann [9]**.**

Das Funktionsniveau wird über die Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Scale) aus dem DSM-IV erfasst.

„Sehr gut“:

- keine nennenswerten Beeinträchtigungen in Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden
- Alltagsschwierigkeiten können bewältigt werden
- höchstens harmlose oder alltägliche Verstimmungen, innere Konflikte bzw. Symptome (z.B. harmlose Partnerschaftskonflikte, normale Trauerreaktion) bei ansonsten guten Coping-Strategien

100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
90-81	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).

„Eingeschränkt“

- Die Person ist durch innere Konflikte bzw. Symptome dauerhaft oder temporär beeinträchtigt, ohne dass aber ihre Leistungsfähigkeit bzw. die Fähigkeit zur selbstbestimmten Gestaltung ihres Lebens dadurch dauerhaft infrage gestellt wird

70-61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

[9] angelehnt an die Definition der WHO

„Mangelhaft“

- Die Person ist auf unbestimmte Zeit in ihrer Funktionsfähigkeit und ihrem Wohlbefinden nennenswert beeinträchtigt
- Einbußen in Leistungsfähigkeit und Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensgestaltung

50-41	Ernste Symptome (z. B Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).

„Gefährdend“

- Die Person ist durch psychische Probleme auf unbestimmte Zeit in ihrer Funktionsfähigkeit und ihrem Wohlbefinden wesentlich eingeschränkt
- Eine weitere Verschlechterung muss in Betracht gezogen werden
- Die Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensgestaltung ist entscheidend eingeschränkt bzw. die Erkrankung wird zu einem Zukunftsthema

30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast alles Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, Kein Zuhause und keine Freunde).
20-11	Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10-1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

B. Kompetenzen

= alle Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person, die

- **für die Alltagsgestaltung,**
- **für die Verständigung und Orientierung in der Aufnahmegesellschaft,**
- **für ihre Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe (z.B. im Arbeits-, (Aus-/Weiter-) Bildungsprozess),**
- **für Problemlösungen**
- **und für ihre Positionierung zur Welt relevant sind.**

Entscheidend ist nicht das einmal (z.B. im Herkunftsland und/ oder vor Erkrankung) erworbene, sondern das derzeit zugängliche Niveau. Dieses kann z.B. durch mangelnde Sprachkenntnisse, die fehlende Anerkennung ausländischer Abschlüsse, Konzentrationsstörungen etc. eingeschränkt sein.

Beurteilt wird nicht die formale Bildung, sondern das tatsächliche Niveau, gleichgültig auf welchem Weg es erworben wurde: also nur die für die Alltagsgestaltung verfügbaren und nutzbaren Kompetenzen (z.B. deutsche/ englische Sprachkenntnisse).

Entscheidend ist dabei auch die Fähigkeit der Person, das eigene Wissen in seiner Relativität und Begrenztheit zu erkennen (kompetenter Umgang mit Nicht-Wissen).

Dazu gehören auch Kompetenzen, sich andere Leistungen heranzuziehen oder sich kompetent in seiner sozialen Umwelt (z.B. der Community) zu bewegen.

„Sehr gut“:

- Die Person verfügt über ein gutes Bildungsniveau und umfassendes Wissen über im eigenen Lebenskontext relevante Fakten.
- Die Person erkennt die Relativität und Ergänzungsbedürftigkeit des eigenen Wissens und ist fähig, entsprechend zu handeln (aktive Suche nach Informationen, Fähigkeit zur Korrektur von Wissensbeständen/ Einschätzungen – z.B. Wissen darüber, dass im Herkunftsland erworbene Fachkenntnisse hier erweitert/ spezifiziert werden müssen : aktive Suche nach Fortbildungsmöglichkeiten)

Bsp.1: Jakob kann auf den im Herkunftsland erworbenen Kompetenzen aufbauen. Er hat schnell Deutsch gelernt und kann seine fachspezifischen Fertigkeiten in der Ausbildung nutzen.

Bsp.2: Jakob ist in Familie und Community geschätzt und anerkannt. Für die Behördenangelegenheiten kann er auf die Hilfe von Verwandten und Bekannten zurückgreifen.

„Eingeschränkt“:

- Die Person verfügt über ein unzureichendes Bildungsniveau und/oder nur mangelhaftes Wissen über in ihrem Lebenskontext relevante Fakten und/oder ihre Fähigkeiten, auf Wissensmangel adäquat zu reagieren sind eingeschränkt
- Wissen kann sprachlich nur eingeschränkt transportiert werden, so dass der eigentliche Bildungsstand weit niedriger erscheint

- aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten können Kompetenzen nicht adäquat genutzt werden

Jakobs hat seine Schulausbildung durch den Krieg nicht beenden können. Er hat unzureichende Sprachkenntnisse, weshalb der Besuch einer seinen Kompetenzen entsprechenden Schule derzeit wenig erfolgversprechend ist

„Mangelhaft“:

- Das Bildungsniveau bzw. die Sprachkenntnisse sind so niedrig, dass wesentliche Fähigkeiten, die zur Bewältigung der Lebenssituation nützlich wären, nicht zugänglich sind
    - Z.B. eingeschränkte Fähigkeit, verstehend zu lesen, Rechnungen zu begleichen
    - Wissen kann nicht sprachlich transportiert werden
- Oder die Fähigkeit zur Adaptation/ Ergänzung des Wissens ist wesentlich eingeschränkt.
    - Aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse ist eine Wissenserweiterung kaum möglich.
- Dennoch verfügt die Person über die Fähigkeit, sich im Alltag zu orientieren.

Bsp.: Jakobs ist nie zur Schule gegangen, verfügt zwar über basale Grundkenntnisse des Deutschen und findet sich in der Stadt zurecht, benötigt jedoch für bürokratische Angelegenheiten Hilfe.

„Gefährdend“:

- Die Person verfügt nicht über die Grundfertigkeiten, die zur Alltagsbewältigung erforderlich sind (Grundkenntnisse der Landessprache/ des Englischen, Grundrechenarten)
- Oder die Person ist nicht fähig, ihr Wissen als mangelhaft zu erkennen und darauf mit Lernaktivitäten zu reagieren.
- Substitution:
    - Einzuschätzen, wenn Personen für bestimmte Lebensbereiche eine/n gerichtlich bestellten BetreuerIn haben

Bsp.: Jakob hat noch keine deutschen oder englischen Sprachkenntnisse, ist Analphabet und hat Schwierigkeiten, sich ohne Hilfe in der Stadt zu orientieren. Er ist schwer depressiv und im Moment nicht in der Lage, an einem Deutsch-/ Alphabetisierungskurs teilzunehmen.

C. Sorgepflichten (familiäre Verpflichtungen)

= Verantwortung für andere Personen (z.B. für Kinder/ PartnerIn oder auch die eigenen Eltern)

- **Es geht um rechtliche, soziale und kulturelle Verantwortung!**
- **Besteht keine solche Verantwortung, bleibt die Zeile frei**
- **In der Spalte „Informationen" sind die Personen anzuführen, für die die Person Verantwortung trägt sowie die Fakten, die zur skalierten Einschätzung führen, unabhängig von dem Aufenthaltsort der Person, auf die sich die Sorgepflicht bezieht.**
- **Die Einstufung erfolgt unabhängig davon, ob die Einschränkung der Funktionsfähigkeiten im Bereich Sorgepflichten sich bspw. durch rechtliche Einschränkungen, psychosoziale Belastungen oder geographische Barrieren ergeben.**

SUBSTITUTION:

- durch das Sozialwesen (z.B. Unterhaltsvorschuss) oder privat (z.B. Großeltern)
- Zum Ausmaß der Substitution ist anzumerken, dass diese hier i.d.R. nicht 100% erreichen kann (z.B. was die Substitution eines aktiven Interesses von Eltern an der Lebensführung der Kinder im Vergleich zu Jugendhilfeeinrichtungen etc. betrifft).

„Sehr gut":

- Die Person kann ihren finanziellen, pflegerischen, erzieherischen und emotionalen Verpflichtungen nachgehen und in rollenadäquatem Ausmaß die Beziehungen zu Personen pflegen, für die sie Verantwortung trägt

  Jakob sorgt fürsorglich für seine drei Kinder, verwaltet das Budget, das der Familie zusteht und sorgt dafür, dass die Kinder trotz besserer Sprachkenntnisse nicht zu viele nicht altersgemäße Aufgaben übernehmen müssen.

„Eingeschränkt":

- Die Person kommt ihren Sorgepflichten dauerhaft oder temporär nicht/nicht ausreichend nach
- Ihre Rolle als verantwortliche Person steht damit nicht komplett infrage, aber die abhängigen Personen sind in ihrem Wohlbefinden und ihrer Entwicklung dadurch beeinträchtigt

  Jakob verbringt viel Zeit mit seinen Kindern beim Sport, ist für sie allerdings emotional oft nicht zugänglich. Zugleich bittet er sie häufig, ihn auf Behördengänge und zum Arzt zu begleiten, um für ihn zu übersetzen. Die Kinder sind so häufig mit der existentiellen Unsicherheit, in der die Familie sich befindet, konfrontiert und beginnen, sich für das Wohlbefinden des Vaters verantwortlich zu fühlen.

„Mangelhaft":

- Die Person kann ihre Verantwortung auf unbestimmte Zeit nicht ausreichend wahrnehmen.
- Ohne Substitution ergibt sich eine länger dauernde Mängellage bei den abhängigen Personen. Es besteht die Gefahr einer Gefährdung des Wohlergehens der abhängigen Person (z.B. Kindeswohlgefährdung).

  Jakob ist schwer depressiv und kann sich kaum aufraffen, für seinen zweijährigen Sohn zu sorgen. Würden die Großeltern sich ihrem Enkel nicht annehmen, wären Entwicklungsverzögerungen zu erwarten.

„Gefährdend“:

- Die Person nimmt ihre Sorgepflicht auf unabsehbare Zeit nicht wahr, der Kontakt wurde abgebrochen oder die Verantwortung zurückgewiesen und/oder es erfolgen Angriffe auf die abhängige Person. Es besteht bereits eine Gefährdung des Wohlergehens der abhängigen Person (z.B. Kindeswohlgefährdung).

  Jakob kann die Betreuung des Sohnes aufgrund seiner Depression nicht mehr gewährleisten. Er lehnt ihn ab und verhält sich ihm gegenüber immer wieder aggressiv.

3. DAS FORMULAR FÜR DIE PRAXIS

FLÜCHTLINGSSPEZIFISCHES INKLUSIONSCHART IC_FLÜ

Stammdaten

Chiffre-Nr.:		
Aufnahme am:		
Geschlecht:		
Alter:		
Herkunftsland:		
Aufenthaltsstatus:		
Familienstand:		
Kinder:		
Religion (optional):		
Ethnie (optional):		
Schulbildung:	Im Herkunftsland:	aktuelle Situation:
Berufsausbildung:	Im Herkunftsland:	aktuelle Situation:
Beschäftigungsstatus:	Im Herkunftsland:	aktuelle Situation:

Formular © Peter Pantucek, angepasst durch Projektgruppe *"Daten für Taten"* 2014, BAfF e.V.

Gefördert durch die Europäische Union
Europäischer Flüchtlingsfonds

I. Achse: a. Funktionssysteme/ b. Substituierende Systeme

I.a. FUNKTIONSSYSTEME/ I.b. SUBSTITUIERENDE SYSTEME	Inkludierungsgrad				Tendenz (Dynamik)	Informationen	Intervention
	Voll	Weitgehend	Mangelhaft	Exkludiert	↘ !! ↘	(Daten und Fakten)	(laufend und geplant)
A. Arbeitsmarkt							
A1.bei Arbeitsverbot Teilnahme an gesellschaftlicher Arbeitsteilung						Optionen: - Gemeinnütziger Arbeit / 1 Euro-Job - Ehrenamtliche Tätigkeit - Sonstiges	
B Sozialversicherung							
C. Geldverkehr							
D. Mobilität							
E. Bildungswesen							
E1. Deutschkurse + Bildungsangebote der spezialisierten Einrichtungen							
F. Medien							

G. Medizinische Versorgung							
G1. Flüchtlings-spezifische Gesundheitseinrich-tung						Optionen: - Psychotherapeutische Behandlung in einem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer - Medizinische Versorgung über Medizinische Flüchtlingshilfe - Sonstiges	
H. Kommunikation							
I. Lebensweltlicher Support							
I.1. (Semi)professioneller oder ehrenamtlicher lebensweltlicher Support						Optionen: - lokale Flüchtlingssozialarbeit - ehrenamtliche Begleitung - Mentorenprogramme - Vormund - Sonstiges	

II. Achse: Existenzsicherung

II. Existenzsicherung	**adäquat**	**Weitgehend**	**mangelhaft**	**Nicht gewährleistet**	Substitution in %	Tendenz (Dynamik)	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A. Wohnen								
B. Lebensmittel (Güter des pers. Bedarfs)								
C. Sicherheit								

III. Achse: Funktionsfähigkeit

III. FUNKTIONSFÄHIGKEIT	Sehr gut	Einge schränkt	mangel haft	gefähr dend	Substitution in%	Tendenz (Dynamik)	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A1. körperliche Gesundheit					---			
A2. psychische Gesundheit					---			
A3. Funktionsniveau	Einschätzung nach GAF-Scale:						____ Max/ Jahr: ____ Min/ Jahr:	
B. Kompetenzen								
C. Sorgepflichten								

Kriterien zur Einschätzung nach GAF-Scale:

100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
90-81	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
70-61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
50-41	Ernste Symptome (z. B Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast alles Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, Kein Zuhause und keine Freunde).
20-11	Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10-1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.