Soziale Diagnostik in der Wohnungslosenhilfe

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Andreas MICHELIČ, BA

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachter: Univ.-Prof. Dr.phil. Arno Heimgartner

Graz, 2018

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich im Verlauf der letzten Monate begleitet und das Entstehen dieser Masterarbeit somit erst ermöglicht haben.

Allen voran möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken, die im Verlauf meiner gesamten Ausbildungslaufbahn immer an meiner Seite waren und mir ihren Zuspruch zuteilwerden ließen. Ein besonderer Dank gilt ebenso meinem Betreuer Hrn. Univ.-Prof. Dr. Arno Heimgartner, der mich nicht nur bei der Auswahl des hier behandelten Themas unterstützte, sondern mir im laufenden Entstehungsprozess immer wieder mit wertvollen Ratschlägen zur Seite stand. Des Weiteren möchte ich mich bei allen Kolleginnen und Kollegen der Caritas Arche 38 und vielen anderen Grazer Einrichtungen bedanken, deren professionelle Rückmeldungen einen wertvollen Beitrag zur Vollendung meiner Forschungsarbeit leisteten. Last, but not least bedanke ich mich – nicht zum ersten und vermutlich auch nicht zum letzten Mal – bei meiner Schwester Martina, die mit Argusaugen dafür sorgte, dass die folgenden Seiten so fehlerfrei wie möglich zu Papier gebracht wurden.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Andreas Michelič, erkläre hiermit ehrenwörtlich durch meine Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt sowie die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Masterarbeit wurde bisher keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Graz, am 01. August 2018

Andreas Michelič

Auszug

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Thema der Sozialen Diagnostik in der Wohnungslosenhilfe. Dabei hat sich der Autor zum Ziel gesetzt, ein auf das Handlungsfeld und die darin inkludierten KlientInnen und ProfessionistInnen zugeschnittenes Diagnosesystem zu entwerfen.

Der Sichtung etablierter Diagnosemodelle folgt die Konzepterstellung, in die der Autor neben theoretischen Grundlagen auch seine eigenen Erfahrungen aus der praktischen Sozialen Arbeit mit wohnungslosen Menschen einfließen lässt. Durch ein zweistufiges Validierungsverfahren mit Fachkräften aus Praxis und Forschung soll schließlich das Ziel einer maßgeschneiderten Lösung erreicht werden.

Dieser Prozess resultiert letztlich in der Kreation eines zweiteiligen Diagnosesystems, welches sich aus einem zweiseitigen Erstkontaktbogen und einem vierseitigen Verlaufsdiagnostikbogen zusammensetzt. Während dabei das erste Instrument vorwiegend auf die Erfassung von Erstgesprächen in ambulanten und stationären Arbeitskontexten zugeschnitten ist, dient die Verlaufsdiagnostik dazu, den Unterstützungsprozess in längerfristig angelegten Betreuungsverhältnissen zu begleiten.

Schlüsselwörter: Soziale Arbeit, Wohnungslosigkeit, Wohnungslosenhilfe, Soziale Diagnostik, Diagnosesystem, Erstkontakt, Verlaufsdiagnostik

Abstract

This master's thesis deals with the topic of social diagnostics in the field of assistance for homeless people. The author's goal is to design a diagnostic system tailored to the field of action and the clients and professionals included in it.

The first part of the thesis focusses on the examination of established diagnostic models, followed by the concept development which comprises theoretical foundations as well as the experiences of the author from practical work with homeless people. Furthermore, a two-stage validation process with specialists from the fields of practice and research is implemented to facilitate the creation of a tailor-made solution.

Finally, a two-part diagnostic system is provided, which consists of a two-page initial contact sheet and a four-page process diagnostics sheet. While the first instrument is designed primarily for recording initial contacts in ambulant and stationary work contexts, the process diagnostics tool serves to accompany the support process in long-term settings.

Keywords: social work, homelessness, assistance for homeless people, social diagnostics, diagnostic system, initial contact, process diagnostics

Inhalt

Einleitung 1

1. Wohnungslosigkeit 3

1.1. Begriffsdefinitionen 3

1.1.1. Obdachlosigkeit 3

1.1.2. Wohnungslosigkeit 3

1.1.3. Ungesichertes Wohnen 4

1.1.4. Ungenügendes Wohnen 4

1.1.5. Verdeckte Wohnungslosigkeit 4

1.2. Wohnungslosigkeit in Zahlen 5

1.2.1. Herausforderungen in der Erhebung von Wohnungslosigkeit 5

1.2.2. Österreich 6

1.2.3. Graz 8

1.3. Rechtliche Grundlagen 10

1.3.1. Wohnen als Grundrecht(?) 10

1.3.2. Meldegesetz 12

1.3.3. Bedarfsorientierte Mindestsicherung und Wohnunterstützung 13

2. Zentrale Ressourcen 16

2.1. Personenressourcen 18

2.1.1. Physische Ressourcen 18

2.1.2. Psychische Ressourcen 22

2.1.3. Kulturelle und symbolische Ressourcen 25

2.1.4. Relationale Ressourcen 26

2.2. Umweltressourcen 28

2.2.1. Soziale Ressourcen 28

2.2.2. Ökonomische Ressourcen 30
2.2.3. Ökologische Ressourcen 31
2.2.4. Professionelle Ressourcen 32
3. Institutionelle Ansätze in der Wohnungslosenhilfe 35
3.1. Basisversorgung 35
3.2. Streetwork 36
3.3. Beratungsstellen 38
3.4. Notschlafstellen 39
3.5. Betreutes Wohnen 41
3.6. Mobil Betreutes Wohnen 44
4. Diagnostik in der Sozialen Arbeit 46
4.1. Grundlegendes zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit 46
4.2. Systematik der Sozialen Diagnostik 51
4.3. Herausforderungen und Kritik 53
4.4. Ausgewählte Modelle der Sozialen Diagnostik 57
4.4.1. Visuelle Ersteinschätzung 58
4.4.2. Netzwerkkarte 59
4.4.3. Personalliste 62
4.4.4. Biografischer Zeitbalken 65
4.4.5. PRO-ZIEL Basisdiagnostik 68
4.4.6. PREDI 74
5. Darstellung der empirischen Vorgehensweise 79
5.1. Forschungsziele und Fragestellung 79
5.2. Vorgehensweise und Methodik 81
5.2.1. Analyse bestehender Konzepte 82
5.2.2. Konzeption des Diagnosemodells 82

5.2.3. Interne Validierung mit KollegInnen 83
5.2.4. Externe Validierung mit ExpertInnen aus Praxis und Forschung 84
6. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse 86
6.1. Zentrale Faktoren aufseiten der KlientInnen 86
6.2. Wichtige Aspekte der Diagnostik in der Wohnungslosenhilfe 94
6.3. Entwurf eines maßgeschneiderten Diagnosemodells 97
6.3.1. Analyse bestehender Konzepte 97
6.3.2. Konzeption des Diagnosemodells 102
6.3.3. Interne Validierung mit KollegInnen 111
6.3.4. Externe Validierung mit ExpertInnen aus Praxis und Forschung 115
7. Resümee 128
Literaturverzeichnis 131
Quellenverzeichnis 137
Abbildungsverzeichnis 138
Anhang 139

Einleitung

Um dem Anspruch einer effizienten, professionellen und bedarfsgerechten Leistungserbringung gerecht zu werden, muss die Soziale Arbeit in der Wohnungslosenhilfe verstärkt auf Methoden zurückgreifen, die in anderen Handlungsfeldern bereits seit geraumer Zeit etabliert sind. Hierzu gehört unter anderem auch eine weitgehend strukturierte Form der Informationserhebung, um die KlientInnen mit all ihren Ressourcen und Problemstellungen möglichst ganzheitlich zu erfassen und gemeinsam mit der jeweiligen Person auf Basis der gesammelten Daten einen individuell angepassten Hilfeplan zu erstellen. Soziale Diagnostik kann zur Schaffung der hierfür benötigten Rahmenbedingungen einen entscheidenden Beitrag leisten.

Im Sinne einer Professionalisierung der sozialarbeiterischen Praxis im Bereich der Wohnungslosenhilfe steht die Entwicklung eines Sozialen Diagnosesystems im Fokus der vorliegenden Masterarbeit. Das angestrebte Instrumentarium soll dabei möglichst passgenau auf die Bedürfnisse der KlientInnen und Fachkräfte zugeschnitten sein, um eine ganzheitliche und gleichzeitig effiziente Erhebung personen- und umweltbezogener Einflussfaktoren zu gewährleisten und somit den Grundstein für einen individualisierten und nachhaltigen Unterstützungsprozess zu legen. Außerdem soll das Diagnosesystem so konzipiert werden, dass es in möglichst vielen institutionellen Settings der Wohnungslosenhilfe zu Anwendung gebracht werden kann.

Um den Einstieg in das Thema der Wohnungslosigkeit zu erleichtern, soll zunächst im ersten Kapitel auf relevante Begriffe, Statistiken und rechtliche Rahmenbedingungen eingegangen werden. Im drauffolgenden Kapitel sollen jene Faktoren herausgearbeitet werden, welche es im kooperativen Diagnoseprozess mit den KlientInnen zu identifizieren gilt. Dabei wird von der Ressourcentaxonomie von Norbert Herriger ausgegangen, die jeweils vier Personen- bzw. Umweltressourcen kennzeichnet. Im Anschluss daran folgt im dritten Kapitel eine überblicksmäßige Darstellung institutioneller Angebote im Bereich der Wohnungslosenhilfe. So soll ein Einblick in die Praxis der Sozialen Arbeit mit wohnungslosen Menschen gegeben und gleichzeitig sollen die potentiellen Einsatzgebiete des zu entwickelnden Diagnose-Tools vorgestellt werden. Kapitel 4 beschäftigt sich daraufhin mit dem Thema der Sozialen Diagnostik. Neben

grundlegenden Informationen sollen außerdem einige bereits bestehende Diagnosemodelle vorgestellt werden. Nachdem damit der theoretische Teil der Forschungsarbeit absolviert ist, soll in Kapitel 5 ein Einblick in die empirische Vorgehensweise bei der Erstellung und Erprobung des Diagnosesystems gegeben werden, bevor im sechsten Kapitel schließlich die Ergebnisse der einzelnen Entwicklungsphasen präsentiert werden. Zu diesen Phasen gehört unter anderem die Konzeption des Instrumentariums basierend auf der Analyse etablierter Systeme Sozialer Diagnostik. Neben Bestandteilen aus bereits erprobten Modellen fließen in die Konzeption auch die praktischen Erfahrungen mit ein, die der Autor im Zuge seiner Tätigkeit in der Caritas Arche 38 – einer Einrichtung zur Beratung und Unterbringung wohnungsloser Menschen – sammeln konnte. Der Konzepterstellung folgt ein zweistufiger Validierungsprozess, in dem das Diagnosemodell internen sowie externen KollegInnen aus der Praxis und Forschung vorgelegt wird. Aus den anhand ihrer Rückmeldungen vorgenommen Adaptionen resultiert schließlich die finale Version des Diagnosesystems. Das siebente und letzte Kapitel resümiert schließlich die aus dieser Masterarbeit gewonnenen Erkenntnisse und gibt einen Ausblick auf die Potentiale der Sozialen Diagnostik in der Wohnungslosenhilfe.

1. Wohnungslosigkeit

Um in weiterer Folge auf essentielle personen- und umweltbezogene Faktoren in der Praxis der professionellen Wohnungslosenhilfe einzugehen, soll in diesem Kapitel das Thema Wohnungslosigkeit im Detail behandelt werden. Zu diesem Zweck werden zunächst die relevanten Begriffe in Bezug auf das Thema vorgestellt und erläutert. Im Anschluss daran erfolgt eine Darstellung einschlägiger Statistiken und rechtlicher Grundlagen, welche in der Wohnungslosenhilfe berücksichtigt werden müssen.

1.1. Begriffsdefinitionen

Wie bereits eingangs erwähnt, ist es notwendig, sich mit einer Reihe von relevanten Begriffen vertraut zu machen, um sich auf fachlicher Ebene mit dem Thema Wohnungslosigkeit auseinanderzusetzen. Die Definitionen der folgenden Begriffe entstammen sinngemäß der Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO).

1.1.1. Obdachlosigkeit

Als obdachlos werden jene Menschen bezeichnet, welche ohne Unterkunft sind und somit auf der Straße leben bzw. sich unter Brücken, in Parks oder auf sonstigen öffentlichen Plätzen aufhalten. Zusätzlich gelten auch diejenigen als von Obdachlosigkeit betroffen, die in Notschlafstellen, Wärmestuben oder ähnlichen niederschwelligen Notunterkünften nächtigen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, o.S.).

1.1.2. Wohnungslosigkeit

Der Begriff der Wohnungslosigkeit umschließt jene Personen, welche in Einrichtungen wohnen, in denen die Aufenthaltsdauer begrenzt ist. Dazu gehören etwa Übergangswohnheime, Asyle oder Übergangswohnungen. Ebenso fallen kurz- oder mittelfristig in Schutzeinrichtungen (zum Beispiel Frauenhäuser) untergebrachte Personen unter diesen Begriff. Auch ImmigrantInnen und AsylwerberInnen, die in Auffangstellen, Lagern oder sonstigen temporären Unterkünften leben, gelten als wohnungslos. Des Weiteren sind oftmals Menschen, die aus stationären Einrichtungen (zum Beispiel Justizanstalten, Krankenhäuser, Jugendheime etc.) entlassen werden, von

Wohnungslosigkeit betroffen, wenn das Entlassungsmanagement nicht erfolgreich war. Selbst wenn diese mangels adäquater Wohnversorgung nicht entlassen werden, sondern vorläufig in der jeweiligen Einrichtung verbleiben, wird in diesem Zusammenhang von Wohnungslosigkeit gesprochen (beispielsweise Jugendliche in der Obhut der Jugendwohlfahrt, die nach dem Erreichen der Volljährigkeit weiterhin im Heim wohnen). Letztlich gelten auch die BewohnerInnen von Dauereinrichtungen für Wohnungslose und die AdressatInnen ambulanter Wohnbetreuung in Einzelwohnungen als wohnungslos (vgl. ebd.).

1.1.3. Ungesichertes Wohnen

Von einem ungesicherten Wohnverhältnis ist die Rede, wenn ein Mensch bei Freunden, Bekannten oder sonstigen Personen lebt, ohne dort über einen amtlichen Hauptwohnsitz oder ein vertragliches Mietverhältnis zu verfügen. Somit besteht eine Abhängigkeit vom guten Willen der unterkunftsgebenden Person. Ebenso werden illegale Besetzungen von Land oder Gebäuden als ungesichertes Wohnen angesehen. Außerdem betrifft dies auch Personen, die zwar in einer Wohnung leben, aber dort von Delogierung oder Gewalt bedroht sind (vgl. ebd.).

1.1.4. Ungenügendes Wohnen

Sämtliche Unterkünfte oder Behausungen, die für konventionelles Wohnen nicht gedacht, notdürftig zusammengebaut oder nur vorübergehend bewohnbar sind, werden als Form des ungenügenden Wohnens angesehen. Dazu zählen unter anderem Wohnprovisorien wie Garagen, Keller, Dachböden oder Abbruchhäuser. Ebenfalls gelten Wohnungen, die völlig überbelegt und von mehr Menschen als zulässig bewohnt werden, als ungenügendes Wohnen (vgl. ebd.).

1.1.5. Verdeckte Wohnungslosigkeit

Als spezifische Erscheinungsform der Wohnungslosigkeit, von der in erster Linie Frauen betroffen sind, gilt die verdeckte Wohnungslosigkeit. Um akute Wohnungslosigkeit, soziale Stigmatisierung sowie Schuld- und Schamgefühle zu vermeiden, gehen die Betroffenen oft Abhängigkeitsverhältnisse ein. Beispielsweise kehren sie ins Elternhaus zurück oder leben bei Bekannten oder Verwandten. Eine weitere Möglichkeit ist das

Eingehen einer Zweckpartnerschaft oder das Unterkommen bei Zufallsbekanntschaften, wodurch zwar einige Grundbedürfnisse (Essen, Schlafen, Duschen etc.) erfüllt werden, aber gleichzeitig eine Reihe von Gefahren auftritt. Oftmals werden etwa sexuelle Gefügigkeit, Haushaltsdienste oder Ähnliches im Austausch für die Unterkunft verlangt. Als Folge solcher Notlösungen verschlechtert sich die persönliche Lebenssituation der Betroffenen in vielen Fällen und es kommt schließlich von der verdeckten zur offenen Wohnungslosigkeit. Aufgrund der bewussten Verschleierung dieser Form der Wohnungslosigkeit existieren aktuell auch keinerlei Statistiken über die Zahl der von verdeckter Wohnungslosigkeit betroffenen Personen (vgl. ebd.).

1.2. Wohnungslosigkeit in Zahlen

Dieses Kapitel befasst sich mit Zahlen und Fakten zur Wohnungslosigkeit in Österreich bzw. in Graz. Zahlen zu den einzelnen Bundesländern sind nur sehr begrenzt vorhanden, da diese zum Teil lediglich über beschränkte Angebote im Bereich der Wohnungslosenhilfe verfügen, oder die jeweiligen Einrichtungen in vielen Fällen nicht an entsprechenden Erhebungsverfahren teilnehmen. Diese und weitere Hürden bezogen auf die Erhebung von Wohnungslosigkeitsstatistiken werden im folgenden Punkt beschrieben. In weiterer Folge werden zunächst österreichweite Zahlen und schließlich aktuelle Statistiken aus Graz präsentiert.

1.2.1. Herausforderungen in der Erhebung von Wohnungslosigkeit

Angela und Heinz Schoibl zeigen in einer ihrer Studien auf, dass die Erhebung konkreter Zahlen in Bezug auf wohnungslose Menschen von einigen Herausforderungen begleitet wird. Vor allem die anonyme Datenerhebung birgt das Risiko bzw. die Problematik, dass es zur doppelten Erfassung von Betroffenen kommt, wenn diese zum Beispiel von mehreren Einrichtungen gleichzeitig betreut werden oder die Einrichtung im Laufe der Erhebung wechseln. Außerdem ist es nicht möglich, verlässliches Datenmaterial zur verdeckten Wohnungslosigkeit zu erfassen, da die davon betroffenen Personen nur in den seltensten Fällen Hilfsangebote in Anspruch nehmen. Vor allem Personen, die eigentlich wohnungslos sind, aber vorübergehend bei Bekannten oder Freunden Unterkunft finden, können so nicht erfasst werden (vgl. Schoibl/Schoibl 2006a, S. 23f.).

1.2.2. Österreich

Die Zahlen zu den von Wohnungslosigkeit betroffenen bzw. bedrohten Personen in Österreich stammen aus der im Jahr 2005 durchgeführten Studie „Wohnungslosigkeit in Österreich“ von Anita und Heinz Schoibl. Durchgeführt wurde diese mittels einer quantitativen Befragung von insgesamt 120 Einrichtungen, die sich auf Wohnungslosigkeit spezialisiert haben. Von den 120 Einrichtungen waren allerdings nur 73 dazu bereit, auch aktiv an der Befragung teilzunehmen. So nahmen beispielsweise in der Steiermark insgesamt neun Einrichtungen teil. Ein Großteil der teilnehmenden Institutionen ist in Wien (18 Einrichtungen) und Tirol (14 Einrichtungen) angesiedelt (vgl. ebd., S. 21f.).

Nun zu den Ergebnissen der genannten Studie: Im Jahr 2005 wurden in den befragten Wohnungslosenhilfe-Einrichtungen 20.940 Männer und Frauen betreut. Der Anteil der Männer lag dabei bei 60%, der Anteil der Frauen bei 40%. Ausgenommen von der Gesamtanzahl der betreuten Personen sind jene 8.268, die vom Luisenbus (Wien) und der Marienambulanz (Graz) betreut wurden, da diese ambulanten Einrichtungen nicht nur auf die Betreuung wohnungsloser Menschen spezialisiert sind (vgl. ebd., S. 4).

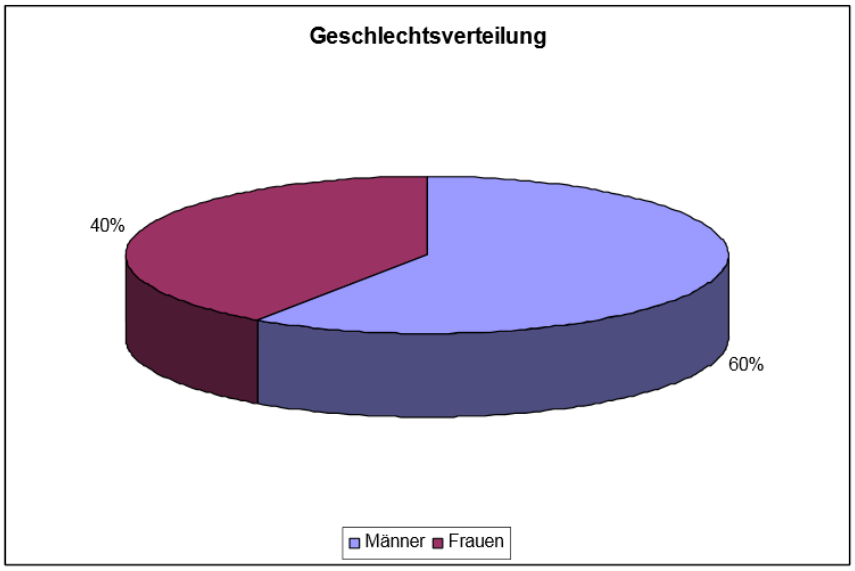


Abbildung 1: Geschlechtsverteilung (Schoibl/Schoibl 2006a, S. 4)

Bei den Standorten von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe fällt auf, dass die meisten davon in größeren Städten angesiedelt sind. Alleine auf die Stadt Wien entfallen 34% der

Einrichtungen. Nur wenige Einrichtungen sind dagegen in kleinen Städten bzw. im ländlichen Bereich angesiedelt (vgl. ebd., S. 12). Die folgende Abbildung verdeutlicht dies.

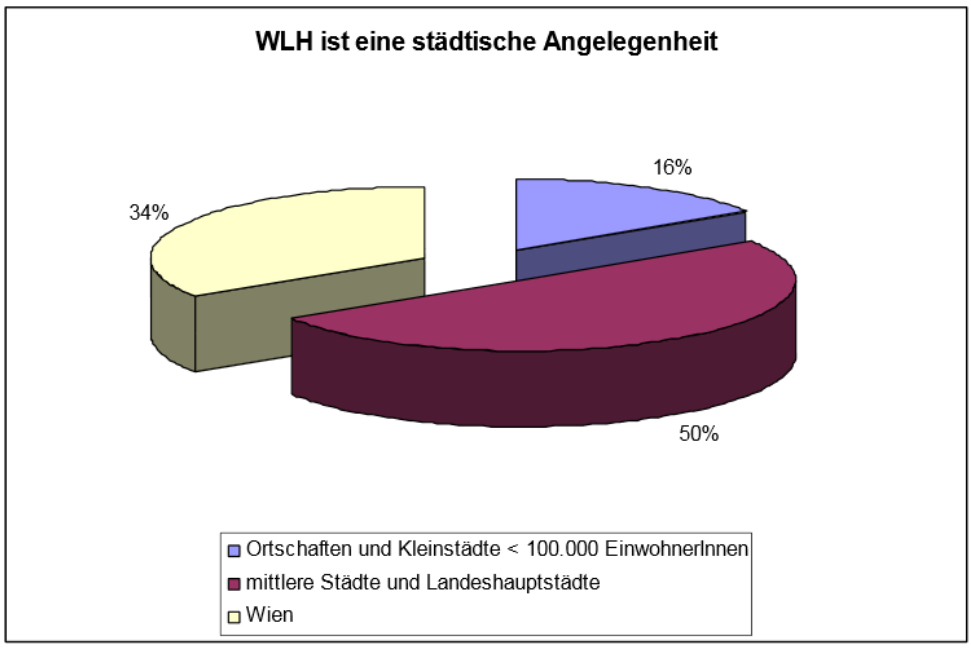


Abbildung 2: Positionierung der WLH-Einrichtungen (Schoibl/Schoibl 2006a, S. 12)

Auffallend dabei ist auch, dass laut den Erhebungen ca. 75% der wohnungslosen bzw. von Wohnungslosigkeit bedrohten Personen ursprünglich aus dem ländlichen Bereich kommen und – meist aufgrund des mangelhaften Angebots in ihrer Herkunftsregion – gezwungen sind, in die Städte abzuwandern (vgl. ebd., S. 12).

Die Zahl jener Menschen, die nicht nur von Wohnungslosigkeit, sondern auch von akuter Obdachlosigkeit betroffen sind, also tatsächlich „auf der Straße leben“, kann lediglich anhand von Schätzungen angegeben werden. So geht der ehemalige Direktor der Caritas Steiermark Franz Küberl in einem Beitrag davon aus, dass es sich dabei um ungefähr 2.000 Personen handelt (vgl. Eitel/Schoibl 1999, o.S. zit.n. Küberl 2008, S. 559).

Nachdem an dieser Stelle eine Übersicht über die nationalen Daten zur Wohnungslosigkeit gegeben wurde, soll im folgenden Subkapitel näher auf die Situation in der steirischen Landeshauptstadt Graz eingegangen werden.

1.2.3. Graz

Die auf die Stadt Graz bezogenen Zahlen stammen aus den im Dezember 2017 präsentierten Ergebnissen der Studie „Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in der Landeshauptstadt Graz“, die im Auftrag der Stadt Graz von der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) und der Helix OG durchgeführt wurde.

Die Studie beruht auf einer im Oktober 2016 durchgeführten Erhebung, in der insgesamt 52 Einrichtungen aus der Grazer Wohnungslosenhilfe und anderen einschlägigen Bereichen (Justiz etc.) angehalten wurden, die von ihnen betreuten Personen mithilfe anonymisierter Erhebungsbögen zu erfassen. Nach der Bereinigung der erhaltenen Daten (Doppelnennungen und mangelhafte Datensätze wurden eliminiert), ergab die Studie schließlich eine Gesamtzahl von 2.040 Personen in Wohnungsnot (vgl. Schoibl/BAWO 2017, S. 5f.).

Die Gesamtheit von 2.040 Betroffenen setzt sich dabei aus 1.316 erwachsenen Männern und 494 erwachsenen Frauen zusammen. Zudem wurden 230 mitziehende Minderjährige verzeichnet. Da nicht nur die Anzahl der betroffenen Personen, sondern auch weitere relevante Daten wie zum Beispiel deren Alter, Herkunft, Art der Wohnversorgung und Aufenthaltsdauer in Graz erhoben wurden, ergab die Studie ein differenziertes Bild der Wohnungslosigkeit in Graz. Auffallend ist beispielsweise, dass eine Vielzahl junger Menschen von Wohnungslosigkeit betroffen ist. Wie aus der folgenden Grafik ersichtlich ist, beträgt der Anteil der Gruppe der Unter-30-Jährigen 45% (vgl. ebd., S. 7f.).

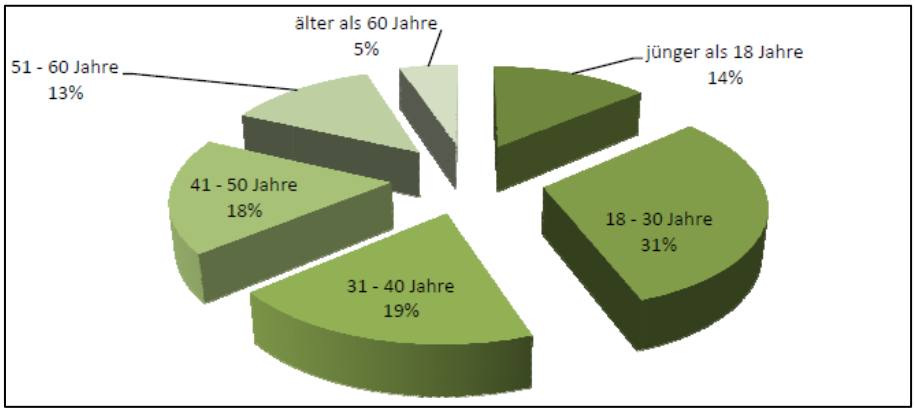


Abbildung 3: Altersverteilung unter Einbeziehung der begleiteten Minderjährigen; n = 2.040 (Schoibl/BAWO 2017, S. 8)

In puncto Herkunft ergab die Studie, dass knapp zwei Drittel der erfassten Personen über die österreichische Staatsbürgerschaft verfügen. EU-BürgerInnen und Drittstaatsangehörige folgen als zweit- und drittgrößte Gruppierungen mit 17% bzw. 7% Anteil an der Gesamtmenge. Erst danach folgen AsylwerberInnen, Asylberechtigte, Subsidiär Schutzberechtigte und irregulär aufhältige Personen (vgl. ebd.).

Hinsichtlich der Art der Wohnversorgung konnten sämtliche Erscheinungsformen von Wohnungsnot identifiziert werden. Die größte Gruppe (38%) setzt sich dabei aus jenen Personen zusammen, die zumindest vorübergehend bei Bekannten wohnen, um so ihre akute Wohnungsnot zu überbrücken. In den zahlenmäßig zweit- und drittplatzierten Gruppen sind jene Menschen erfasst, die in Notschlafstellen (22%) und betreuten Wohnunterkünften (19%) nächtigen. Daraus ergibt sich eine relative Gesamtanzahl von 41% der Betroffenen, die in stationären Angeboten der Wohnungslosenhilfe versorgt werden (vgl. ebd., S. 10).

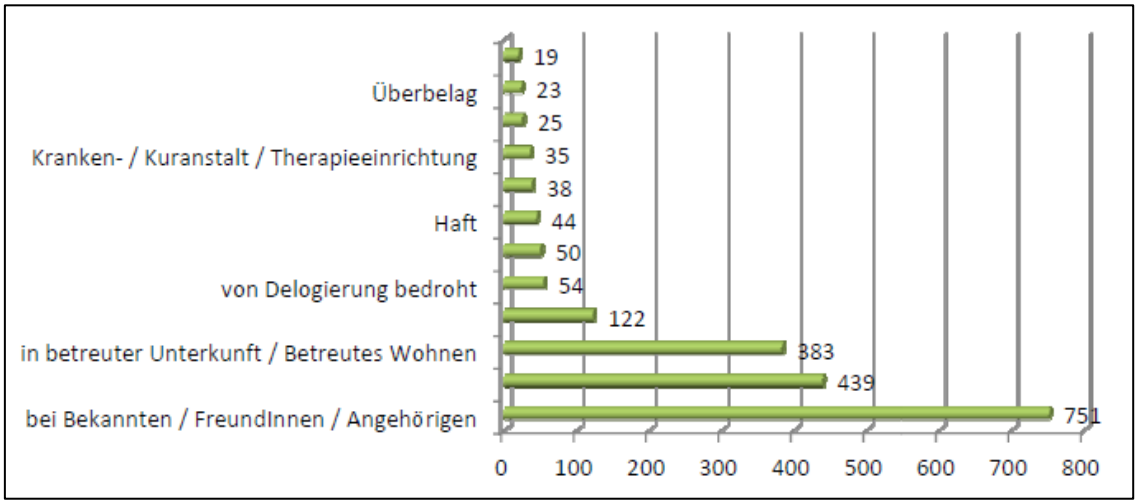


Abbildung 4: Status der prekären Wohnversorgung bzw. Wohnungslosigkeit; n = 1.983 (Schoibl/BAWO 2017, S. 10)

Die Anzahl der im Oktober 2016 erfassten Obdachlosen beträgt 119 Personen, was einem relativen Anteil von 7% an der Gesamtzahl der Menschen in Wohnungsnot entspricht (vgl. ebd., S. 16). Vonseiten der an der Erhebung beteiligten Fachkräfte wurde im Zuge der Studienpräsentation allerdings erwähnt, dass es sich bei dieser Zahl möglicherweise nur um rund die Hälfte der tatsächlich von Obdachlosigkeit Betroffenen handelt, da eine Vielzahl dieser Menschen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht an der Erhebung teilnehmen wollte.

Letztlich wurde – vergleichbar mit den zuvor präsentierten österreichweiten Zahlen – auch für die Stadt Graz festgestellt, dass es in Sachen Wohnungslosigkeit zu einem erheblichen Problemtransfer von ländlichen in städtische Bereiche kommt. So gaben 61% der Betroffenen an, unmittelbar vor Eintritt ihrer Wohnungsnot in Graz wohnhaft gewesen zu sein, während im Vergleich dazu 23% zuvor in einem anderen steirischen Bezirk wohnhaft waren und aufgrund der mangelhaften Angebotslandschaft zur Migration in die Landeshauptstadt gezwungen wurden. 16% der Befragten lebten vor Eintritt ihrer Wohnungslosigkeit in anderen Bundesländern bzw. Staaten (vgl. ebd., S. 35f.).

Die hier präsentierten Fakten zum Thema Wohnungslosigkeit in Graz eignen sich hervorragend, um zu veranschaulichen, wie viele Menschen in Österreichs zweitgrößter Stadt unter der einen oder anderen Form von Wohnungsnot zu leiden haben. Entgegen der Meinung vieler PolitikerInnen, die in ihren Äußerungen die Bedeutung des Problems herunterspielen, spricht die Zahl der Betroffenen (mit 2.040 Personen beträgt sie nahezu 1% der gesamten Stadtbevölkerung) für sich.

1.3. Rechtliche Grundlagen

Um das einführende Kapitel zum Thema Wohnungslosigkeit abzuschließen, soll hier ein Überblick über relevante rechtliche Bestimmungen in Bezug auf das Thema Wohnen bzw. Wohnungslosigkeit gegeben werden. Dabei soll insbesondere die unterschiedliche Handhabung des Rechts auf Wohnen auf internationaler und nationaler Ebene hervorgehoben werden. Zudem sollen ausgewählte Gesetze, die sich in puncto Wohnen auf das Individuum auswirken, in groben Zügen vorgestellt werden.

1.3.1. Wohnen als Grundrecht(?)

Was den Stellenwert des Rechts auf Wohnen betrifft, herrscht ein markanter Unterschied zwischen internationalen Bestimmungen und der nationalen Rechtslage in Österreich. Sowohl in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (1948) als auch in der revidierten Fassung der Europäischen Sozialcharta (1996) findet das Recht auf Wohnen Erwähnung.

So besagt etwa der Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte:

> „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“ (Vereinte Nationen 1948, S. 5)

Wie Heinz Schoibl bereits 1998 kritisierte, hat Österreich zwar die allgemeine Menschenrechtskonvention ratifiziert, da diese aber nicht in den Verfassungsrang gesetzt ist, hat sie für das nationale Recht keine bindende Gültigkeit. Auf nationaler Ebene wurde das Grundrecht auf Wohnen vielmehr in Teilrechte „zerstückelt“ und in diversen Bereichsgesetzen wie beispielsweise den länderbezogenen Wohnbauförderungsgesetzen verankert (vgl. Schoibl 1998a, S. 1).

Ähnlich verhält es sich mit der Europäischen Sozialcharta, welche 2011 von Österreich ratifiziert wurde. Die darin festgehaltenen Bestimmungen haben im Gegensatz zu der zuvor erwähnten Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte sehr wohl einen völkerrechtlich bindenden Charakter. In diesem Fall wurden vom österreichischen Parlament jedoch nicht alle Artikel ratifiziert, sondern auf bestimmte Artikel – darunter die Artikel 30 und 31 – wurde verzichtet. Bei diesen beiden Artikeln handelt es sich um folgende:

> „Artikel 30 - Das Recht auf Schutz gegen Armut und soziale Ausgrenzung
> Um die wirksame Ausübung des Rechts auf Schutz gegen Armut und soziale Ausgrenzung zu gewährleisten, verpflichten sich die Vertragsparteien,
>
> a) im Rahmen eines umfassenden und koordinierten Ansatzes Maßnahmen zu ergreifen, um für Personen, die in sozialer Ausgrenzung oder Armut leben oder Gefahr laufen, in eine solche Lage zu geraten, sowie für deren Familien den tatsächlichen Zugang insbesondere zur Beschäftigung, zu Wohnraum, zur Ausbildung, zum Unterricht, zur Kultur und zur Fürsorge zu fördern;
> b) diese Maßnahmen, falls erforderlich, im Hinblick auf ihre Anpassung zu überprüfen.“ (Europarat 1996, o.S.)

„Artikel 31 - Das Recht auf Wohnung

Um die wirksame Ausübung des Rechts auf Wohnung zu gewährleisten, verpflichten sich die Vertragsparteien, Maßnahmen zu ergreifen, die darauf gerichtet sind,

1. den Zugang zu Wohnraum mit ausreichendem Standard zu fördern;
2. der Obdachlosigkeit vorzubeugen und sie mit dem Ziel der schrittweisen Beseitigung abzubauen;
3. die Wohnkosten für Personen, die nicht über ausreichende Mittel verfügen, so zu gestalten, dass sie tragbar sind.“ (Europarat 1996, o.S.)

Das österreichische Parlament begründete diese Entscheidung damit, dass die Artikel 30 und 31 den rechtsstaatlichen Voraussetzungen Österreichs widersprechen würden. So würde ein verbindlicher Schutz vor Armut bedeuten, dass die Systeme der Sozialleistungen auch für MigrantInnen weitgehend geöffnet werden müssten. Das Recht auf Wohnen zu sichern, würde hingegen bedeuten, dass in die Privatautonomie der HausbesitzerInnen eingegriffen werden müsste. Schoibl kritisiert diesbezüglich, dass die österreichische Republik damit die Preisgestaltungsfreiheit der ImmobilieneigentümerInnen über die Unterstützung jener Menschen, die auf leistbaren Wohnraum angewiesen sind, stellt (vgl. Schoibl 2011, S. 239).

Zusammenfassend spricht Schoibl davon, dass die Bereitstellung von Wohnraum in der österreichischen Rechtsordnung zwar einen prominenten Rang einnimmt, es sich dabei aber vielmehr um eine Staatszielbestimmung handelt, welche den hohen Stellenwert einer adäquaten Wohnversorgung zwar hervorhebt, aus der sich aber kein durchsetzbarer Rechtsanspruch ergibt. Das Grundrecht einer jeden Person auf adäquate Wohnversorgung ist in Österreich somit nicht gegeben (vgl. ebd., S. 241).

1.3.2. Meldegesetz

Ein bundesweit geltendes Gesetz mit großer Bedeutung für Menschen, die von Wohnungslosigkeit bedroht oder betroffen sind, ist das „Bundesgesetz über das polizeiliche Meldewesen“ (kurz Meldegesetz 1991). Diese Rechtsnorm besagt, dass jede Person, die sich in Österreich aufhält, der polizeilichen Meldepflicht unterliegt. Dies bedeutet, dass man, um nicht gegen das Meldegesetz zu verstoßen und eine Verwaltungsstrafe in Höhe von bis zu EUR 726,- in Kauf zu nehmen, über eine gültige Meldeadresse in Form eines amtlichen Meldezettels, einer Eintragung in das

Gästeverzeichnis eines Beherbergungsbetriebs oder einer sogenannten Hauptwohnsitzbestätigung verfügen muss. Letztere dient als Möglichkeit für obdachlose Personen, den Bestimmungen des Meldegesetzes nachzukommen. Mittels einer solchen Hauptwohnsitzbestätigung wird von der zuständigen Meldebehörde bestätigt, dass die betreffende Person ihren Lebensmittelpunkt in der jeweiligen Gemeinde hat (vgl. MeldeG 1991, o.S.).

Allerdings bedarf es für die Ausstellung einer Hauptwohnsitzbestätigung einer gesonderten Kontaktstelle, mithilfe derer die betroffenen Personen ihren regelmäßigen Aufenthalt bestätigen und Sendungen im Sinne des Zustellgesetzes annehmen können. Aus diesem Grund ist eine flächendeckende Verfügbarkeit dieser Form der Meldeadresse nicht gewährleistet. In der Regel verfügen lediglich größere Städte über die notwendigen Einrichtungen. In Graz werden die Aufgaben der Kontaktstelle für Obdachlose von der Caritas Arche 38 (und in geringerem Ausmaß auch vom Verein ERfA) übernommen.

Nicht nur der Gesetzesverstoß und die damit verbundene Geldstrafe macht die Notlage in Ermangelung einer Meldeadresse aus, sondern auch die Tatsache, dass sämtliche offiziellen Hilfsleistungen vonseiten des Bundes, der Länder und der Gemeinden an das Vorhandensein einer gültigen Meldeadresse geknüpft sind. So wird obdachlosen Menschen ohne Meldeadresse beispielsweise der Zugang zur Bedarfsorientierten Mindestsicherung und anderen Transferleistungen verwehrt. Auch ein gültiges Sozialversicherungsverhältnis und damit der Zugang zum österreichischen Regelgesundheitssystem ist an die Meldeadresse gebunden.

1.3.3. Bedarfsorientierte Mindestsicherung und Wohnunterstützung

Bei der Bedarfsorientierten Mindestsicherung (kurz BMS) und der Wohnunterstützung (kurz WU) handelt es sich um länderspezifische Transferleistungen, die es von Armut gefährdeten bzw. betroffenen Menschen unter anderem ermöglichen sollen, ihren Lebensunterhalt zu bestreiten und für die Kosten einer geeigneten Wohnversorgung aufzukommen. Beide Unterstützungssysteme sind im jeweiligen Landesrecht geregelt, so finden sich die betreffenden Regelungen in der Steiermark im Steiermärkischen Mindestsicherungsgesetz (StMSG) bzw. im Steiermärkischen Wohnunterstützungsgesetz (StWUG).

Sowohl die BMS als auch die WU zielen auf die Unterstützung österreichischer StaatsbürgerInnen und ihnen rechtlich gleichgestellter Personen mit längerfristigen Aufenthaltstiteln ab. Zusätzlich zu aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen müssen für den Bezug der BMS außerdem noch eine Reihe weiterer Voraussetzungen – wie beispielsweise die Fähigkeit und der Wille, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen – erfüllt werden. Zudem handelt es sich bei der BMS um eine subsidiäre Leistung. Dies bedeutet, dass sie erst in Ermangelung einer anderen Form der finanziellen Versorgung zum Tragen kommt. So müssen etwa Ersparnisse oder andere Vermögensformen (KFZ, Immobilien etc.) verwertet werden, bevor die BMS bezogen werden kann. Auch andere Transferleistungen wie beispielsweise das Arbeitslosengeld oder die Notstandshilfe haben hier Vorrang. Erreichen diese und andere Bezüge die Höhe des gesetzlich geregelten Existenzminimums nicht, dient die BMS im Sinne einer Richtsatzergänzung zum Ausgleich des fehlenden Betrags. Da sich die Berechnung der Bezugshöhe nicht auf die Verhältnisse der einzelnen Person, sondern auf den gesamten Haushalt bezieht, werden auch sämtliche Bezüge von im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen berücksichtigt. Neben der Bereitstellung finanzieller Mittel ist die BMS vor allem für Personen ohne aufrechte Krankenversicherung von Bedeutung, da mit dem Bezugsanspruch automatisch ein solches Versicherungsverhältnis einhergeht (vgl. StMSG 2010, o.S.).

Wenngleich diese und andere Systeme der sozialen Sicherung für die Betroffenen unabdingbar sind, da sie ihnen das finanzielle Auskommen geradeso ermöglichen, werden sie stets von Diskussionen hinsichtlich der Bezugshöhe und den notwendigen Voraussetzungen begleitet. Wie vulnerabel große Teile des BezieherInnenkreises sind, zeigt sich beispielsweise an Gesetzesänderungen aus jüngerer Vergangenheit im September 2016: Während die neue Wohnunterstützung das alte System der Wohnbeihilfen ersetzte, wurden sowohl das Steiermärkische Mindestsicherungsgesetz als auch das Steiermärkische Wohnbauförderungsgesetz durch ein Landesgesetzblatt abgeändert (vgl. Land Steiermark 2016, S. 1ff.). Diese Gesetzesänderungen haben dazu geführt, dass nahezu alle BezieherInnen der WU (ehemals Wohnbeihilfe) beträchtliche Einbußen hinsichtlich der Bezugshöhe hinnehmen müssen und vor allem die von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen unter den neuen Bestimmungen in Bezug auf die BMS zu leiden haben. Da im Rahmen der Novellierung die Bedingungen für den

Bezug des pauschalierten Wohnbedarfs, der 25% der gesamten Bezugshöhe ausmacht, restriktiver gestaltet wurden, erhalten Wohnungslose nur noch 75% des als Existenzminimum festgesetzten Betrags. Das Land Steiermark begründet diesen Umstand damit, dass wohnungslose Menschen schließlich keinerlei Kosten für die Deckung ihres Wohnbedarfs hätten, was allerdings keineswegs der Wirklichkeit entspricht. Obwohl die von ihnen zu tragenden Kosten zwar in keinem Mietvertrag festgesetzt sind, müssen sie dennoch für die Unterkunft bei Bekannten aufkommen oder die Nächtigungsbeiträge für die Unterbringung in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe begleichen. Während populistische „Einsparungsmaßnahmen“ wie diese bei den Betroffenen zur Manifestation von Wohnungslosigkeit, Armut und Hilfsbedürftigkeit führen, fehlt es diesen Menschen an einer starken Lobby, die sich für sie einsetzt. Erst nach und nach werden Stimmen aus den Reihen der Sozialen Arbeit laut, die auf die dadurch hervorgerufenen Missstände aufmerksam machen.

Zusammenfassend kann die gesetzliche Situation für von Wohnungslosigkeit und Armut betroffene Menschen in Österreich aus mehreren Perspektiven betrachtet werden. Einerseits bietet der österreichische Sozialstaat (vor allem im internationalen Vergleich) ein solides Fundament von Systemen der sozialen Sicherung, um den Betroffenen ein Auskommen zu ermöglichen, andererseits werden rechtliche Entscheidungen diesbezüglich immer öfter von populistischen und politstrategischen Überlegungen geleitet. Auf die Einbeziehung mittel- und langfristiger Auswirkungen oder die Meinung von ExpertInnen, die über jahrelange Erfahrung in der Arbeit mit der betreffenden Zielgruppe verfügen, wird in den meisten Fällen verzichtet.

2. Zentrale Ressourcen

Um in weiterer Folge auf die Möglichkeiten der Identifikation zentraler klientInnenbezogener Ressourcen bzw. Faktoren einzugehen, ist es zunächst vonnöten, im Detail auf die zu identifizierenden Ressourcen einzugehen. In diesem Kapitel soll zu diesem Zweck zunächst eine möglichst konkrete und differenzierte Definition des Ressourcen-Begriffs vorgenommen werden, um im Anschluss daran anhand der Ressourcentaxonomie nach Norbert Herriger (2006) eine Klassifikation der einzelnen Ausprägungen von Ressourcen zu präsentieren.

In einer Abhandlung über Ressourcen und Ressourcendiagnostik in der Sozialen Arbeit geht Herriger bei seinem Definitionsversuch zunächst von einer eher allgemein gehaltenen Begriffsbestimmung nach Nestmann (1996) aus. Diese lautet wie folgt:

> „Letztlich alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt und/oder als hilfreich erlebt wird, kann als eine Ressource betrachtet werden." (Nestmann 1996, S. 362 zit.n. Herriger 2006, S. 2)

Dabei unterstreicht Nestmann bereits den subjektiven Charakter von Ressourcen, die erst dann als solche betrachtet werden, wenn sie auch von der betreffenden Person als förderlich empfunden werden.

In Anlehnung an die Ausführungen von Ute Willutzki (2003) hebt Herriger außerdem drei essentielle Elemente des Ressourcen-Begriffs hervor. Er schreibt diesbezüglich etwa von der Aufgabenabhängigkeit, welche besagt, dass sich die Wirksamkeit von Ressourcen erst im Angesicht konkreter Aufgaben und zu lösender Problemsituationen offenbart. Des Weiteren erwähnt er den Aspekt der Funktionalität, der auf den Nutzwert von Ressourcen hinsichtlich der Erreichung personaler Ziele Bezug nimmt. Ressourcen werden also erst als solche wahrgenommen, wenn sie den eigenen Motiven zuträglich sind. So können beispielsweise zwei Personen gleichermaßen musikalisch begabt sein und während dieses Talent für die eine Person aufgrund ihres Lebensentwurfs von größter Wichtigkeit ist, nimmt die andere von ihrer Begabung kaum Notiz, da sie diesbezüglich keinerlei Ambitionen hat. Als dritten Aspekt hebt er schließlich die Bewertung und Sinnzuschreibung hervor und meint damit, dass sich sogenannte Personen- und

Umweltpotentiale erst durch diese individuellen Bewertungsprozesse als Ressourcen konstituieren (vgl. Herriger 2006, S. 2).

In Zusammenhang mit diesen Konstitutionsprozessen sprechen Schiepek/Cremer (2003) von Ressourcen auch als „relationale Konstrukte“ und unterstreichen damit den aktiven Beitrag, den die betreffende Person in Abhängigkeit ihrer jeweils relevanten Lebensziele an der Entstehung der eigenen Ressourcen hat (vgl. Schiepek/Cremer 2003, S. 178 zit.n. Herriger 2006, S. 3).

Einen weiteren (psychologischen) Ansatz liefern auch Anne Trösken und Klaus Grawe (2003), indem sie den bedürfnisorientierten Aspekt bei der Entstehung bzw. Herausbildung von Ressourcen thematisieren:

> „Die psychische Aktivität von Menschen ist auf die Befriedigung von Grundbedürfnissen ausgerichtet. Zur Befriedigung der Grundbedürfnisse werden konkrete Fähigkeiten, Verhaltensroutinen, motivationale Bereitschaften etc. herausgebildet, die es Menschen erlauben, individuelle Person-Umwelt-Transaktionen so zu gestalten, dass sie in einem hohen Maße Wahrnehmungen im Sinne ihrer Bedürfnisse machen und Verletzungen derselben vermeiden können. Die konkreten Fähigkeiten – d.h. die Mittel, die zur Bedürfnisbefriedigung herausgebildet werden – können als Ressourcenpotentiale angesehen werden.“ (Trösken/Grawe 2003, S. 195 zit.n. Herriger 2006, S. 3)

Unter Einbeziehung der genannten Perspektiven auf das Thema Ressourcen nimmt Herriger schließlich einen eigenen Definitionsversuch vor, in dem er die Essenz der bereits erwähnten – größtenteils psychologischen – Ansätze um die Aspekte der Bewältigung von Alltagsbelastungen und der Verwirklichung von Lebenszielen und Identitätsprojekten erweitert:

> „Unter Ressourcen wollen wir somit jene positiven Personenpotentiale („personale Ressourcen“) und Umweltpotentiale („soziale Ressourcen“) verstehen, die von der Person
>
> - zur Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse,
> - zur Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben,
> - zur gelingenden Bearbeitung von belastenden Alltagsanforderungen,
> - zur Realisierung von langfristigen Identitätszielen genutzt werden können
>
> und damit zur Sicherung ihrer psychischen Integrität, zur Kontrolle von Selbst und Umwelt sowie zu einem umfassenden biopsychosozialen Wohlbefinden beitragen.“ (Herriger 2006, S. 3)

Ausgehend von dieser Definition des Ressourcen-Begriffs soll in den beiden nun folgenden Unterkapiteln ein Überblick über die konkreten Ausprägungen von Ressourcen gegeben werden. Zu diesem Zweck soll nach der in der Forschungsliteratur gängigen Zweiteilung vorgegangen und somit zunächst auf die „Personenressourcen“ und danach auf die „Umweltressourcen“ eingegangen werden. Da jede der folgenden Kategorien nicht nur im Sinne ihrer positiven Potentiale und Ressourcen interpretiert werden kann, sondern unter Umständen auch negative bzw. hinderliche Aspekte beschreiben kann, sollen an dieser Stelle vor allem auch die damit verbundenen Risikofaktoren und Benachteiligungen – im Speziellen bezogen auf das Thema Wohnungslosigkeit – betrachtet werden.

2.1. Personenressourcen

Bei den von Herriger auch als personale oder internale Ressourcen bezeichneten Personenressourcen handelt es sich unter anderem um im Verlauf des Lebens gewachsene Handlungskompetenzen, Werthaltungen und Überzeugungen, die einer Person bei der Bewältigung von alltäglichen Herausforderungen, Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignissen dienlich sind und sie gleichzeitig vor Verletzungen der eigenen psychosozialen Integrität schützen. Zu dieser Kategorie zählen physische, psychische, kulturelle und symbolische sowie relationale Ressourcen (vgl. ebd., S. 4f.).

2.1.1. Physische Ressourcen

Unter der Kategorie der physischen Ressourcen subsummiert Herriger in erster Linie drei Aspekte, nämlich den der Physis (zum Beispiel Gesundheit, Kraft, ein funktionierendes Immunsystem etc.), den des Temperaments (ausgeglichene Stimmungslage, positive Emotionalität, Extraversion etc.) und den der physischen Attraktivität (vgl. ebd.). All diese Faktoren wirken sich auf förderliche oder hinderliche Weise auf den Alltag und die Bewältigung der darin inkludierten Aufgaben aus. Die verschiedenartigen Ausprägungen des Temperaments beispielsweise beeinflussen bestimmte Facetten der Persönlichkeit eines Menschen und wirken sich gemeinsam mit dem optischen Erscheinungsbild auf die sozialen Interaktionsprozesse und die damit verbundenen Aspekte des Alltags aus. Besonders die gesundheitlichen Faktoren bestimmen, wie erfolgreich sich eine Person den Herausforderungen ihres Alltags zu stellen vermag. Je nachdem, wo sich eine Person

in dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit wiederfindet, hat sie so etwa unterschiedliche Chancen am Arbeitsmarkt und mehr oder weniger Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Hinsichtlich ihrer physischen Ressourcen können Menschen von Geburt an unterschiedlich ausgestattet sein, gleichzeitig wirken sich aber sowohl die individuelle Lebensweise als auch strukturelle Rahmenbedingungen und andere Außeneinflüsse im Lauf des Lebens darauf aus.

Rosenbrock und Kümpers (2009) zeigen diesbezüglich auf, dass das Eintreten von Krankheiten statistisch stark mit der Angehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen bzw. Schichten korreliert. Vor allem der individuelle Bildungsgrad und das verfügbare Einkommen gelten hierbei als wesentliche Indikatoren. Angehörige sozial benachteiligter Schichten sind somit einem höheren Erkrankungsrisiko ausgesetzt. Auch der Verlauf von Krankheiten wird dadurch beeinflusst und so kommt es bei von Armut betroffenen Menschen statistisch häufiger zur Chronifizierung von Krankheiten bzw. unter Umständen auch zum Tod in Folge schwerer Krankheiten (vgl. Kümpers/Rosenbrock 2009, S. 389). Vor allem Personen, die von Wohnungslosigkeit bedroht oder gar betroffen sind, zählen diesbezüglich zu den besonders vulnerablen Gruppen und haben, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, geringere Chancen auf Gesundheit bzw. die Erhaltung dieser.

In ihrem 2006 erschienenen Österreichbericht mit dem Titel „Gesundheit. Ein Thema für die Wohnungslosenhilfe“ gehen Angela und Heinz Schoibl auf die besonderen Bedürfnisse wohnungsloser Menschen hinsichtlich gesundheitlicher Hilfestellungen ein. In Zusammenarbeit mit der BAWO und einer Reihe von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe konnten so Informationen hinsichtlich diverser Barrieren für Wohnungslose, sowie der für diesen Bereich typischen Krankheitsbilder gesammelt werden.

Eine objektive bzw. strukturelle Barriere, welche wohnungslosen Menschen oft den Zugang zu den grundlegendsten medizinischen Leistungen verwehrt, ist der Mangel eines aufrechten Sozialversicherungsverhältnisses, das von Gesetzeswegen an einen Meldestatus und ein Einkommen (entweder aus Erwerbstätigkeit oder aus Transferleistungen) gebunden ist (vgl. Schoibl/Schoibl 2006b, S. 14). Erfüllen die Betroffenen diese Voraussetzungen nicht, wird ihnen nur in äußersten Notfällen eine

medizinische Behandlung zuteil und für die Behandlung alltäglicher Beschwerden sind sie auf sozialmedizinische Einrichtungen, in denen sie auch in Ermangelung eines Versicherungsstatus behandelt werden, angewiesen.

Zudem kam es in den vergangenen Jahren immer häufiger zur Einführung von Selbstbehalten bei Inanspruchnahme diverser medizinischer Leistungen. Diese zusätzlichen Kosten sind für die betroffenen Personen in den meisten Fällen nicht leistbar (vgl. ebd.).

Von den in der Wohnungslosenhilfe tätigen MitarbeiterInnen wird außerdem berichtet, dass wohnungslose Menschen in Institutionen des Gesundheitssystems oftmals lediglich eine ambulante Notfallbehandlung erhalten und im Anschluss daran entlassen werden, ohne an adäquate Stellen zur weiteren Versorgung bzw. Therapie verwiesen zu werden (vgl. ebd.).

Schließlich führt die zunehmende Spezialisierung der Regelangebote im Gesundheitssystem zu einer gesteigerten Hochschwelligkeit der Leistungen und erschwert so den Zugang für vulnerable Zielgruppen zusätzlich (vgl. ebd., S. 3).

Als Beispiele für subjektive Barrieren für die Zielgruppe der Wohnungslosen lassen sich ein Mangel an Orientierung und Information in Bezug auf die Zugänge zu Leistungen, etwaige frustrierende Erfahrungen mit Hilfseinrichtungen oder eine Überforderung mit der Komplexität der Hilfsleistungen identifizieren. Zudem weisen Betroffene (unter ihnen vor allem die Gruppe der jungen Männer) häufig eine geringe Sensibilität für gesundheitliche Belange/Bedürfnisse auf. Konfrontiert mit ihrer multidimensionalen Problemlage nimmt das Thema Gesundheit für wohnungslose Menschen oftmals eine Position von geringerer Wichtigkeit ein. Außerdem kommt es bei der betreffenden Gruppe zu einem gesteigerten Risikoverhalten bzw. negativen Einflussfaktoren wie beispielsweise einer schlechten bzw. ungesunden Ernährung (vgl. ebd., S. 14-17).

In Bezug auf spezifische Krankheitsbilder und gesundheitliche Problemstellungen, mit denen wohnungslose Menschen konfrontiert sind, führte die von Schoibl/Schoibl durchgeführte Befragung von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zu folgender Aufstellung:

Abhängigkeit von Suchtmitteln	Körperliche Erkrankungen	Psychische Erkrankungen
• Alkohol • Nikotin • Drogenabhängigkeit (ib. intravenös)	• Fehlernährung, ernährungsbedingte Erkrankungen, Essstörungen • CVD – Herz- / Kreislauferkrankungen • Geschwüre und Entzündungen • Hautkrankheiten • COPD – Emphyseme • Lungen- und Atem-wegserkrankungen • Epilepsie / Anfallsleiden	• Stress • Demenz • Persönlichkeitsstörungen • Verhaltenauffälligkeit • Depression • Posttraumatische Störungen

Abbildung 5: Häufig auftretende Krankheitsbilder in der WLH (Schoibl/Schoibl 2006b, S. 15)

Um die Prävalenz einzelner Krankheiten anhand statistischer Größen zu veranschaulichen, können vor allem medizinische Feldstudien herangezogen werden. So berichtet Julia Wagner in ihrer Dissertation beispielsweise davon, dass „die Erkrankungsrate für Atemwegs-, Zahn-, Haut- sowie Muskel- und Skeletterkrankungen mit Krankheitsprävalenzzahlen zwischen 50 und 75% besonders hoch ist“ (Wagner 2011, S. 21).

SozialarbeiterInnen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe werden in ihrer alltäglichen Arbeit immer mit dem Thema Gesundheit konfrontiert sein. Um als ProfessionistIn im Bereich der Sozialen Arbeit auch für gesundheitliche Problemstellungen gerüstet zu sein, bedarf es somit einer besonderen Sensibilität gegenüber diesem Thema. In erster Linie ist hier die Aufklärung der Betroffenen zu forcieren, denn ohne eine Krankheitseinsicht aufseiten der erkrankten Person können keine effektiven und nachhaltigen Interventionen gesetzt werden. Ein Aktivwerden ohne Einsicht oder Kooperationswillen des Gegenübers zieht oft negative Konsequenzen nach

sich, gleichzeitig ist es in bestimmten Extremsituationen (z.B. akute Suizidalität oder Kindeswohlgefährdung) unbedingt notwendig.

Wenn von Gesundheit und Krankheit die Rede ist, geht es neben der physischen Verfassung eines Menschen vor allem auch um die psychischen Aspekte. Diese sollen im nun folgenden Punkt genauer beleuchtet werden.

2.1.2. Psychische Ressourcen

Die Themen Wohnungslosigkeit und psychische Gesundheit bzw. Krankheit gehen zumeist Hand in Hand. Warum dem so ist und inwiefern sich diese beiden Aspekte wechselseitig beeinflussen, soll an dieser Stelle erläutert werden.

In seiner Ressourcentaxonomie erwähnt Herriger unter dem Punkt der psychischen Ressourcen eine Reihe von essentiellen Faktoren, welche sich positiv – bzw. in Ermangelung der entsprechenden Ressource negativ – auf die Bewältigung alltäglicher Situationen auswirken. Dazu gehören beispielsweise intellektuelle Fähigkeiten und Kompetenzen der Informationsverarbeitung sowie praktische Intelligenz und Kreativität. Ebenso wichtig ist demnach auch die Selbstakzeptanz und damit einhergehend ein ungebrochenes Selbstwertgefühl und der Glaube an die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebensentwurfs. Zudem bezeichnet Herriger das Vorhandensein von Interessen und identitätssichernden Lebenszielen sowie das Vertrauen in die eigene Gestaltungs- und Bewältigungskompetenz als wichtige psychische Ressourcen. Zuletzt erwähnt er diesbezüglich außerdem eine optimistische Einstellung hinsichtlich zukünftiger Ereignisse sowie das Vorhandensein positiver emotionaler Regulationen und geringer negativer Affektivität (vgl. Herriger 2006, S. 4).

Was beim Lesen dieser Ressourcenauflistung unweigerlich auffällt ist, dass gerade Menschen in einer akuten Notlage bzw. Lebenskrise die Voraussetzungen für das Bestehen dieser Ressourcen kaum erfüllen. Wer beispielsweise obdachlos und somit gezwungen ist, seinen Alltag auf der Straße oder in Hilfseinrichtungen zu verbringen, hat oftmals den Glauben an die eigenen Bewältigungskompetenzen verloren oder leidet aufgrund von gesellschaftlicher Stigmatisierung unter einer starken Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls. Kehren sich die zuvor genannten Faktoren also ins Negative, entstehen

dadurch oft Hindernisse, die den Ausweg aus krisenhaften Lebensumständen immens erschweren können. Der Zusammenhang von Wohnungslosigkeit und (psychischer) Erkrankung wird in der Fachliteratur anhand zahlreicher Studien belegt.

Laut dem Beitrag von Barbara Zuschnig und Andreas Graf in der Festschrift zum 20-jährigen Bestehen der BAWO brauchen rund 90% der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen medizinische Versorgung, während 70% sogar als mehrfach und chronisch krank einzustufen sind (bis zu 15 unterschiedliche Krankheitsbilder sind dabei keine Seltenheit). Die Mehrheit der Zielgruppe leidet an psychiatrischen Erkrankungen. Laut ExpertInnen der Wohnungslosenhilfe nimmt die Zahl der Betroffenen ständig zu, während die Einrichtungen vor der Herausforderung stehen, dem wachsenden Bedarf nach psychiatrischer Versorgung wohnungsloser KlientInnen nachzukommen (vgl. Zuschnig/Graf 2011, S. 325).

Zur Veranschaulichung der Missstände kann auch hier eine Forschungsarbeit aus dem Bereich der Medizin herangezogen werden. Eine im Jahr 1996 von Fichter et al. durchgeführte Untersuchung von 146 Männern und 32 Frauen hat ergeben, dass die Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen bei den untersuchten wohnungslosen Personen bei 94,5% (bei den Männern) bzw. sogar bei 100% (bei den Frauen) liegt (vgl. Fichter et al. 1996, S. 185-196 zit.n. Wagner 2011, S. 30). Als Gründe für diese außerordentlich hohe Krankheitsprävalenz nennt Julia Wagner in ihrer Dissertation die mangelnde Langzeitversorgung psychisch erkrankter Wohnungsloser aufgrund ihrer unbeständigen Wohnverhältnisse. Weitere Gründe liegen in der oft nicht vorhandenen Krankheitseinsicht bzw. der mangelnden Akzeptanz von Behandlungen und institutionellen Regeln bzw. Hausordnungen. All dies führt dazu, dass betroffene KlientInnen häufig zwischen Straße, Wohnungslosenhilfe-Einrichtungen, Billigunterkünften und psychiatrischen Krankenanstalten pendeln und ihnen so die benötigte Langzeitversorgung verwehrt bleibt (vgl. Wagner 2011, S. 29).

Aus der Fachliteratur geht also hervor: Armut macht krank. Ebenso steht fest, dass das Zusammenspiel von Armut und Krankheit auch vice versa seine negative Wirkung entfaltet: Neben Gründen wie Scheidung, Arbeitslosigkeit oder Verschuldung gelten Krankheit und Sucht nämlich als wesentliche Bedingungsfaktoren für den Eintritt von Wohnungslosigkeit (vgl. Küberl 2008, S. 557). Krankheiten können zu

Verdienstausfällen führen und deren Behandlungen sind mitunter sehr kostenintensiv. Beide Aspekte können mit finanziellen Schwierigkeiten und dem Eintritt einer akuten Notlage einhergehen, dementsprechend ist das Risiko obdachlos zu werden erhöht.

Weitere wichtige Informationen hinsichtlich der Versorgung psychisch kranker wohnungsloser Menschen liefern Lutz und Titus in ihrem „Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe“ (2012). Darin weisen sie auch auf jene KlientInnen hin, welche obwohl – oder gerade weil – sie an psychischen Erkrankungen leiden, unzureichend in Angebote der Wohnungslosenhilfe bzw. des Gesundheitssystems eingebunden sind. Hierzu zählen beispielsweise Menschen, die an einer komplexen psychischen Erkrankung leiden, die allerdings auf eine Suchterkrankung reduziert wird. Des Weiteren gelten Personen mit Mehrfacherkrankungen und KlientInnen, die psychiatrische Hilfsangebote aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht ablehnen, als besonders vulnerabel (vgl. Lutz/Titus 2012, S. 181ff.).

Haben sie den Zugang zu psychiatrischen Einrichtungen gefunden, fallen viele der KlientInnen wieder aus dem Versorgungssystem, da sie aufgrund ihrer multifaktoriellen Problemlagen für Einrichtungen oftmals nicht tragbar sind und die Bemühung besteht, sie möglichst rasch wieder zu entlassen. Trotz der demzufolge oft nur kurz andauernden Aufenthalte entwickeln manche Wohnungslose einen „taktischen Umgang“ mit psychiatrischen Einrichtungen, indem sie diese als fixe Möglichkeit der Versorgung mit Obdach, Essen und Zuwendung in regelmäßigen Abständen in Anspruch nehmen, um dem Leben auf der Straße zu entkommen. Dies fördert allerdings die Skepsis des Personals solcher Einrichtungen gegenüber der Zielgruppe der Wohnungslosen. Um der so entstehenden Kluft zwischen den Hilfesystemen der Medizin und der Wohnungslosenhilfe entgegenzuwirken, ist eine intensive Kooperation zwischen ihnen unumgänglich. Hierbei sind laut Lutz und Titus vor allem die Lebensweltnähe und eine ganzheitliche Problemsicht im Umgang mit den Betroffenen von großer Bedeutung. Eine Voraussetzung der erfolgreichen Behandlung besteht beispielsweise in der Krankheitseinsicht der KlientInnen. Ist diese nicht gegeben, müssen die MitarbeiterInnen der Wohnungslosenhilfe verstärkt eingebunden werden, um diese Einsicht zu fördern bzw. auf die Mitwirkungsgrenzen der Betroffenen hinzuweisen. Auch in Hinblick auf das Entlassungsmanagement ist eine enge Zusammenarbeit zwischen medizinischen und

sozialen Einrichtungen gefragt, um für eine möglichst adäquate Versorgung nach stationären Aufenthalten Sorge zu tragen (vgl. ebd.).

Letztlich skizzieren Lutz und Titus noch einige weitere Aufgabenstellungen für das System der Wohnungslosenhilfe in Hinblick auf psychisch erkrankte KlientInnen: Es gilt, die Betroffenen über unterschiedliche Therapiemöglichkeiten zu informieren, die Motivation zur Behandlungsaufnahme zu steigern und diesbezügliche Ängste zu bearbeiten. Personen, die ihre Bedürfnisse nicht adäquat artikulieren können, benötigen eine intensive Begleitung. Der ambulante Betreuungssektor muss ausgebaut und die darin inkludierten Hilfen über einen längeren Zeitraum und mit mehr Flexibilität angelegt werden. Schließlich ist das Personal der Wohnungslosenhilfe gefragt, sich ständig in Bezug auf die individuellen Problemstellungen und Standards, Chancen und Grenzen hinsichtlich der Versorgung psychisch kranker KlientInnen zu informieren und zu qualifizieren (vgl. ebd.).

Um einen Bogen über die beiden Kategorien der physischen und psychischen Ressourcen bzw. Faktoren zu spannen, soll an dieser Stelle anhand eines Zitats von Zuschnig/Graf erneut auf die Wichtigkeit der Adressierung gesundheitlicher Aspekte in der Sozialen Arbeit und im Speziellen auch in der Wohnungslosenhilfe hingewiesen werden:

> „Ein stabiler Gesundheitszustand ist neben einer eigenen Wohnung eine wichtige Grundlage auf dem Weg zu einem selbstbestimmten und eigenständigen Leben. Wer keine Schmerzen hat, wer für chronische, psychische sowie Suchterkrankungen Behandlungen in Anspruch nehmen kann, der/die kann sich wieder um Arbeit, Wohnung, Schuldenabbau, seine/ihre Familie, um sein/ihr Leben kümmern.“ (Zuschnig/Graf 2011, S. 325)

2.1.3. Kulturelle und symbolische Ressourcen

Nach den physischen und psychischen Faktoren nennt Herriger die Kategorie der kulturellen und symbolischen Ressourcen, zu der er beispielsweise das kulturelle Kapital zählt. Dabei handelt es sich um im Zuge der subjektiven Bildungsgeschichte angeeignetes Wissen, verinnerlichte Fertigkeiten und Überzeugungen sowie analytisches Wissen zur Reflexion von Selbst und Umwelt. Davon unterschieden wird das berufsbezogene Wissenskapital, unter dem das in der beruflichen Praxis erworbene Expertenwissen zu verstehen ist. Des Weiteren fallen die Bindung an ein identitätssicherndes

Glaubenssystem (sei es religiös, ethisch oder politisch), die Orientierung am Gemeinwohl, die subjektiv erlebte Lebenssinnhaftigkeit und Erfahrungen der sozialen Anerkennung in diese Kategorie (vgl. Herriger 2006, S. 4f.).

Viele der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen unterscheiden sich in Bezug auf diese Ressourcengattung keineswegs von großen Teilen der Gesamtbevölkerung. So berichtet Gottfried Judendorfer – seines Zeichens selbst auf der Straße lebend und Autor zahlreicher Beiträge für die Wiener Straßenzeitung „Augustin" – aus der Sicht eines Betroffenen beispielsweise darüber, dass Bildung keineswegs vor Armut schützt. Zahlreiche ArbeitnehmerInnen verlieren jedes Jahr ihre Beschäftigung und sind trotz guter schulischer und beruflicher Bildung nur schwer am Arbeitsmarkt zu vermitteln, da ihnen andere Faktoren wie zum Beispiel ihr Alter oder gar Überqualifizierung im Weg stehen. Mit der Arbeitslosigkeit stellen sich oft rasch weitere Probleme, wie eine finanziell prekäre Lage und unter Umständen auch der Verlust der Wohnung, ein. Auch unter den Augustin-VerkäuferInnen finden sich zahlreiche Personen mit hohem Bildungsgrad (vgl. Judendorfer 2011, S. 214).

Obwohl eine gute schulische Bildung und eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht unter jedweden Umständen vor Armut schützen, so verringern sie zumindest das diesbezügliche Risiko bzw. ermöglichen oft eine schnellere Rückkehr in einen gelingenden Alltag. Ein erschwerender Effekt bei den bereits von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen stellt sich allerdings dadurch ein, dass viele diesbezügliche Facetten (Mangel an Bildung, Gesundheit, finanzieller Sicherheit etc.) oftmals von einer Generation an die nächste „vererbt" werden und es so zu einer Verfestigung von Armutsverhältnissen kommen kann (vgl. Schoibl 2011, S. 241).

2.1.4. Relationale Ressourcen

Den Teilbereich der personalen Faktoren schließt Herriger mit der Kategorie der relationalen Ressourcen ab. Dabei geht es in erster Linie um jene persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten, welche die zwischenmenschlichen Beziehungen und die damit verbundene Kommunikation bestimmen. Fähigkeiten wie das empathische Eingehen auf andere Menschen oder die Offenheit in Bezug auf die eigenen Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche gehören laut Herriger genauso zu dieser Kategorie wie die

Beziehungsfähigkeit hinsichtlich freundschaftlicher und partnerschaftlicher Bindungen mit anderen. Zwei weitere zentrale Faktoren bestehen in der Konfliktfähigkeit – also darin, die eigenen Rechte und Interessen gegenüber anderen adäquat wahrnehmen und durchsetzen zu können – und der Fähigkeit, berechtigte Kritik bezogen auf die eigene Person akzeptieren zu können (vgl. Herriger 2006, S. 5).

Bezogen auf die relationalen Ressourcen hebt Herriger außerdem drei förderliche Faktoren für Menschen in Lebenskrisen und belastenden Lebenslagen hervor. Dazu zählt er die Veröffentlichungsbereitschaft, die es einer Person ermöglicht, in akuten Lebenskrisen Hilfesignale an andere zu senden und sich auf diesem Wege Unterstützung zu erbitten. Zudem nennt er diesbezüglich die Fähigkeiten der zielgerichteten Hilfenachfrage (einen „dosierten" Hilfeappell an die geeignete Person richten können) und der Reziprozitätsbalance, bei der es darum geht, erfahrene Unterstützungen in angemessener Weise „zurückzahlen" zu können (vgl. ebd.).

Anhand der von Bowlby, Robertson und Ainsworth geprägten Bindungstheorie kann in Bezug auf den Aspekt der Beziehungsfähigkeit ein weiteres Beispiel für die „Vererbbarkeit" hinderlicher personaler Faktoren gegeben werden. Die Bindungstheorie befasst sich mit der Qualität des emotionalen Bandes zwischen einem Kind und dessen primärer Bezugsperson (vgl. Ahnert 2008, S. 111). Die Qualität der Bindung hängt dabei von den empathischen Fähigkeiten der Bezugsperson ab und zeichnet sich idealerweise dadurch aus, dass das Verhalten des Kindes und die dadurch transportierten Bedürfnisse adäquat interpretiert werden und in weiterer Folge eine passende Reaktion gesetzt wird. Da sich Kinder jedoch sowohl an fürsorgliche als auch an diesbezüglich „weniger kompetente" Bezugspersonen binden, kann es in Ermangelung der entsprechenden Fähigkeiten aufseiten der fürsorgenden Person auch zur Entstehung sogenannter Bindungsstörungen kommen (vgl. ebd., S. 28). Bindungsbeziehungen werden in folgende vier Kategorien eingeordnet: sichere Bindung, unsicher-ambivalente Bindung, unsicher-vermeidende Bindung und desorganisierte Bindung (vgl. ebd., S. 69).

Inwiefern sich die Beschaffenheit der frühkindlichen Bindungsbeziehungen auf die Gestaltung von Beziehungen im Erwachsenenalter auswirkt, konnten Grossmann, Grossmann, Winter und Zimmermann (2002) mittels einer extensiven Entwicklungsstudie über einen Zeitraum von 22 Jahren veranschaulichen. Laut den

Studienergebnissen bildet die Gestaltung der Mutter-Kind-Beziehung die Grundlage dafür, im späteren Lebensverlauf eine funktionsfähige und liebevolle Beziehung zu einer Partnerin bzw. einem Partner eingehen und aufrechterhalten zu können. In familiären Konstellationen, in denen ein entsprechend feinfühliger Umgang mit Kindern nicht gegeben ist, wird somit auch die Entwicklung von Empathie und anderer relationaler Fähigkeiten gehemmt (vgl. Grossmann et al. 2002, S. 125-154).

Die genannten Aspekte der Veröffentlichungsbereitschaft und der zielgerichteten Hilfenachfrage können bei den KlientInnen der Sozialen Arbeit ebenfalls negativ beeinflusst werden. Eine mögliche Hemmschwelle besteht diesbezüglich in den Stereotypen, die auf betroffene Personen einwirken. Die Entstehung und Auswirkungen dieser Vorurteile können anhand des sogenannten Etikettierungs- oder Labellingansatzes von Gillich und Nieslony (2000) erklärt werden.

Mit den relationalen Ressourcen schließt Herriger die Kategorie der Personenressourcen. Im folgenden Unterkapitel werden mit den Umweltressourcen jene Einflussfaktoren beschrieben, die von außen auf eine Person einwirken.

2.2. Umweltressourcen

Unter dem Terminus der Umweltressourcen versteht Herriger vor allem jene Potentiale, die in Partnerbeziehungen, Familienbindungen und Netzwerkstrukturen vorzufinden sind. Des Weiteren gehören strukturelle Faktoren wie zum Beispiel die Teilhabechancen am Arbeitsmarkt und am gesellschaftlichen Leben oder der Zugang zu professionellen Dienstleistungen zu dieser Kategorie. Insgesamt differenziert er vier Ausprägungen von Umweltressourcen: soziale, ökonomische, ökologische und professionelle Ressourcen (vgl. Herriger 2006, S. 4).

2.2.1. Soziale Ressourcen

Diese Kategorie betrifft die Gesamtheit der sozialen Beziehungen, welche ein Mensch zu den Personen in seinem Umfeld pflegt. Die intensivste und bedeutendste Form dieser Beziehungen beschreibt Herriger mit der Ressource Liebe. Diese beschreibt eine möglichst liebende, harmonische und sichere Partnerschaft in all ihren Facetten (Liebe, Sexualität, Vertrauen etc.). Die „personalen Ressourcen des Partners“ bilden die zweite

Form von sozialen Ressourcen und basieren auf der Annahme, dass in schwierigen Lebenslagen auf die personalen Ressourcen des Partners bzw. der Partnerin im Sinne sozialer Unterstützung zurückgegriffen werden kann. Sämtliche Beziehungen zu anderen Personen werden von Herriger unter der Ressource „Embedding“ subsummiert. Das Embedding betrifft in diesem Zusammenhang das Eingebunden-Sein in verschiedene unterstützende Netzwerke wie beispielsweise den Verwandtschafts-, Freundschafts- oder Bekanntenkreis (vgl. ebd., S. 5).

Auch an dieser Stelle kann ein alternativer Betrachtungswinkel eingenommen werden, indem die Partnerschaft nicht nur in ihrer Eigenschaft als wertvolle Ressource, sondern auch mit dem damit zusammenhängenden negativen Potential im Falle einer Trennung gesehen wird. Eine Vielzahl der von Wohnungslosigkeit betroffenen Personen führen den Eintritt ihrer Wohnungsnot auf das Scheitern einer Partnerschaft zurück. Oftmals ist die Scheidung bzw. Trennung auch Teil eines regelrechten Dominoeffektes, der nicht selten von weiteren Krisen wie dem Verlust des Arbeitsplatzes oder dem Eintreten einer Krankheit begleitet wird und an dessen Ende unter Umständen die Obdach- oder Wohnungslosigkeit steht.

In ihrer Dissertation schreibt Larissa von Paulgerg-Muschiol (2009) in diesem Zusammenhang von einem regelrechten Fluchtverhalten der Betroffenen im Anschluss an eine solche Trennungserfahrung. Die von ihr im Rahmen einer qualitativen Datenerhebung befragten wohnungslosen Männer berichten vom „panikartigen Verlassen der Wohnung und des Wohnortes“ quasi als (Kurzschluss-)Reaktion infolge der unverhofften, als Schicksalsschlag erlebten Trennungserfahrung. Die im Verlauf der Partnerschaft aufgebaute bürgerliche Existenz fällt für die Betroffenen binnen kürzester Zeit zusammen und so wird die Situation subjektiv als ausweglos empfunden. Als einzige Bewältigungsstrategie bleibt ihnen schließlich nur die Flucht in Richtung eines ungewissen Ziels (vgl. von Paulgerg-Muschiol 2009, S. 142f.).

Je stärker die betreffende Person beim Eintreten eines solchen Beziehungsbruchs in anderwärtige Strukturen eingebunden ist, desto eher erscheint eine Bewältigung der Krise mithilfe sozialer Unterstützung möglich. Viele wohnungslose Menschen finden sich hinsichtlich ihrer sozialen Eingebundenheit allerdings als isoliert wieder. Neben anderen Faktoren wie beispielsweise psychischen Erkrankungen und dergleichen liegt einer der

Hauptgründe dafür im Nichtvorhandensein privaten Wohnraums. Die eigene Wohnung bietet nämlich nicht nur ein Dach über dem Kopf, sondern ist auch ein wichtiger Ort sozialer Begegnung, sei es ein Treffen mit Freunden oder das Zusammensein mit der Familie. Nicht nur Obdachlose auf der Straße sind hiervon exkludiert, sondern auch jene, die in institutionellen Wohnformen (zum Beispiel Männerwohnheimen oder betreuten Wohngemeinschaften) leben, haben dort oftmals nicht die Möglichkeit, Freunde oder Verwandte innerhalb der Wohnung zu empfangen.

2.2.2. Ökonomische Ressourcen

Als den zweiten Teilbereich der Umwelt- bzw. „externalen" Ressourcen identifiziert Herriger die ökonomische Situation, in der sich eine Person befindet, und die damit einhergehenden Ressourcen. Neben dem Faktor des ökonomischen Kapitals (damit sind sämtliche unmittelbar in Geld konvertible Besitztümer gemeint) bilden hierbei vor allem die Arbeit bzw. ein aufrechtes Beschäftigungsverhältnis und das daraus resultierende Einkommen die Grundlage dieser Ressourcenkategorie. Auf der Beschäftigung und dem regelmäßigen Einkommen basiert ein Gefühl von Sicherheit in Hinblick auf den persönlichen und familienbezogenen Planungshorizont. Letztlich ergibt sich aus der Identifikationsfunktion der individuellen Arbeitsposition und der damit verbundenen Anerkennung und Wertschätzung die letzte ökonomische Ressource: der Sozialstatus (vgl. Herriger 2006, S. 5f.).

Wie bedeutsam die aus einer soliden ökonomischen Situation hervorgehende Sicherheit für die Menschen ist, geht aus der Hierarchie der Bedürfnisse hervor, die Abraham Maslow unter anderem in seinem Buch „Motivation and Personality" prägte. Dabei geht Maslow davon aus, dass sich die menschlichen Bedürfnisse in Kategorien einteilen lassen und diese wiederum stufenartig aufeinander aufbauen. Das jeweils übergeordnete Bedürfnis kommt erst dann zu Bewusstsein, wenn die hierarchisch tiefer gestellten und somit vorrangigen Bedürfnisse befriedigt wurden. In seinem Werk nennt Maslow diesbezüglich folgende Kategorien: 1. Physiologische Bedürfnisse; 2. Sicherheitsbedürfnisse; 3. Soziale Bedürfnisse; 4. Individualbedürfnisse; 5. Selbstverwirklichung. Hierbei verortet er die physiologischen Bedürfnisse am unteren

Ende der Pyramide und somit treten alle nachfolgenden Bedürfnisse erst nach der Erfüllung dieser primären Kategorie in den Vordergrund (vgl. Maslow 1970, S. 35ff.).

Vor diesem Hintergrund ist es somit nur schwer möglich, dass sich eine von Wohnungslosigkeit betroffene Person auf angemessene Art und Weise der Pflege ihrer sozialen Beziehungen oder einer regelmäßigen Erwerbsarbeit widmen kann. Auch wenn einige soziale Sicherungssysteme wie zum Beispiel die Bedarfsorientierte Mindestsicherung darauf abzielen, die physiologischen Bedürfnisse (Hunger, Kleidung, Wohnung etc.) der anspruchsberechtigten Menschen zu decken, sind die BezieherInnen solcher Transferleistungen dennoch meist weit davon entfernt, sich in ihrer jeweiligen Situation auch sicher zu fühlen und somit die zweite Hürde in der zuvor genannten Hierarchie zu meistern.

2.2.3. Ökologische Ressourcen

Die ökologischen Ressourcen betreffen vorwiegend die äußeren Faktoren der Umwelt und der Räume, in denen sich eine Person täglich aufhält und bewegt. Hierzu zählt beispielsweise die Arbeitsplatzqualität, welche dann in ausreichendem Maß gegeben ist, wenn die physischen und psychischen Belastungen bzw. Risiken am Arbeitsplatz gering und die subjektiven Spielräume zur inhaltlichen Gestaltung der Arbeitsprozesse gegeben sind. Des Weiteren sind sowohl die Wohnqualität als auch die Qualität des Wohnumfelds von großer Wichtigkeit für das persönliche Wohlbefinden und die Befriedigung der eigenen Grundbedürfnisse. Der Faktor der Wohnqualität wird bestimmt durch relative Freiheit in Bezug auf die Ausgestaltung der eigenen Wohnbedingungen, also die Wahl des Wohnstandorts, der Wohnungsgröße und der Wohnungsausstattung im Sinne einer frei gewählten Stilisierung des Wohnraums. Ebenso muss eine adäquate Wohnung über genügend personalen Raum zum Zweck der Privatheitsregulation verfügen. Ebenso wie die eigene Wohnung wird das geeignete Wohnumfeld ebenfalls bis zu einem gewissen Grad vom persönlichen Geschmack und den eigenen Vorlieben definiert, Herriger listet aber auch hier einige Grundvoraussetzungen für ein förderliches Umfeld. Neben dem Zugang zu Naturerleben und Erholung hebt er auch die Anregungsvielfalt der unmittelbaren natürlichen, baulichen und kulturellen Umwelt hervor, zudem benötigt es

Möglichkeiten der überörtlichen Kommunikation und Mobilität sowie ein möglichst geringes Maß an Belastung durch Umwelttoxien (vgl. Herriger 2006, S. 6).

Dem Wohnen kommt vor allem in Bezug auf die Erhaltung der Gesundheit eine entscheidende Rolle zu. Es gilt als erwiesen, dass schlechte Wohnbedingungen, wie beispielsweise Lärm und Luftverschmutzung in der direkten Wohnumgebung, zu einem schlechten Gesundheitszustand führen (vgl. Helmert/Mielck 2006, S. 620).

Besonders für Personen, die ihren Wohnraum verlieren, beginnt eine krankmachende Abwärtsspirale. Einerseits durch den enormen Stress und die psychischen Belastungen, andererseits wird es für sie zunehmend schwieriger, den eigenen physischen Bedürfnissen adäquat nachzukommen (vgl. Küberl 2008, S. 558).

2.2.4. Professionelle Ressourcen

In der achten und somit letzten Kategorie seiner Ressourcentaxonomie behandelt Herriger die professionellen (Dienstleistungs-)Ressourcen, zu denen eine Person Zugang hat. Er schreibt diesbezüglich unter anderem vom Orientierungswissen, womit der Zugang zu verlässlichen Informationen hinsichtlich Rechtsansprüchen und problemadäquaten Dienstleistungen im System der sozialen Sicherung gemeint ist. Die betreffenden Personen müssen also nicht selbst den Überblick über sämtliche ihnen zustehende Leistungen haben, sollten allerdings Zugang zu geeigneten Fachkräften und Stellen haben, durch die sie in weiterer Folge die benötigten Informationen erhalten. Mit der zweiten Ressource der Strukturqualität meint Herriger den Zugang zu psychosozialen Einrichtungen und Diensten, welche im Bedarfsfall in Form von präventiven, therapeutischen oder beratenden Tätigkeiten hinzugezogen werden können. Außerdem sollten diese Einrichtungen über möglichst niedrige Zugangsschwellen und eine individuell-fallbezogene Angebotsstruktur verfügen. Unter dem Punkt der Prozess- und Produktqualität wird schließlich noch beschrieben, auf welche Art und Weise die Dienstleistungen der erwähnten Einrichtungen gestaltet sein sollten. Idealerweise gehen die erbrachten Unterstützungsleistungen aus einem Prozess der gemeinsamen Co-Konstruktion mit den KlientInnen hervor, basieren auf einem nicht bevormundenden Hilfekontrakt und werden von den LeistungsempfängerInnen als befriedigend erlebt (vgl. Herriger 2006, S. 6).

Die optimale Gestaltung von Hilfsmaßnahmen im Kontext der Sozialen Arbeit wird breit diskutiert. In einem Beitrag zum Thema Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit meint Christian Stark (2011), dass gerade im Bereich der Wohnungslosenhilfe die Zugänge zu den Leistungen möglichst niederschwellig gestaltet werden müssen, da die KlientInnen in diesem Handlungsfeld Sozialer Arbeit mit den Zugangskriterien vieler Einrichtungen überfordert sind. Die Gründe dafür können beispielsweise in strikten Regeln und Hausordnungen, mangelnden Informationen, einer paternalistischen Art der Leistungserbringung oder persönlichen Enttäuschungserlebnissen aufseiten der KlientInnen liegen. Laut Stark ist es die Aufgabe einer professionellen Sozialen Arbeit, sich intensiv mit diesen und anderen Zugangsproblemen auseinanderzusetzen und durch deren Beseitigung zu versuchen, möglichst viele Menschen zu erreichen (vgl. Stark 2011, S. 201).

In Bezug auf niederschwellige Angebote kritisiert Stark allerdings ebenfalls, dass in der alltäglichen Praxis der Sozialen Arbeit der Begriff „niederschwellig“ oftmals mit niedrigen Standards und geringen Anforderungen an das Personal assoziiert wird. Diese Annahme kommt möglicherweise daher, dass solche Einrichtungen im Bereich der Wohnungslosenhilfe in erster Linie für die Grundversorgung der KlientInnen zuständig sind und aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen sehr oft auf ehrenamtliche MitarbeiterInnen zurückgegriffen wird. Diese eher abwertende begriffliche Konnotation und die teilweise vorhandenen Missstände in der Praxis führen dazu, dass niederschwellige Einrichtungen des Öfteren dem Vorwurf unterliegen, die Armut lediglich zu verwahren und nichts in Richtung einer nachhaltigen Lösung der Probleme aufseiten der Klientinnen zu unternehmen (vgl. ebd., S. 199f.).

Stark zeigt auf, was niederschwellige Soziale Arbeit wirklich ausmacht, nämlich das Abholen der KlientInnen „vor der Schwelle“ und die Bearbeitung der sogenannten Schwellenängste und anderer Zugangsbarrieren mittels sukzessiver Begleitung, bis es zu einer möglichst nachhaltigen Problemlösung kommt, oder es den KlientInnen möglich ist, auf höherschwellige Angebote zurückzugreifen (vgl. ebd., S. 201).

Zur adäquaten Bearbeitung der unterschiedlichen Problemlagen wohnungsloser Menschen bedarf es eines möglichst breit gestaffelten Angebots vonseiten der Sozialen Arbeit. Aus den bereits genannten Gründen bedarf es diesbezüglich auch

niederschwelliger Maßnahmen, die allerdings nur dann effektiv sein können, wenn sie von höchst professionellen MitarbeiterInnen und unter geeigneten Rahmenbedingungen erbracht werden (vgl. ebd., S. 206).

3. Institutionelle Ansätze in der Wohnungslosenhilfe

Eine fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema der Sozialen Diagnostik in der Wohnungslosenhilfe setzt das Wissen um die unterschiedlichen institutionellen Kontexte, in denen Diagnoseinstrumente zur Anwendung gebracht werden können, voraus. Um diese Basis zu schaffen, soll im nun folgenden Kapitel ein Überblick über die einzelnen Erscheinungsformen professioneller Hilfsmaßnahmen für wohnungslose Menschen gegeben werden. Diese reichen von basalen und niederschwelligen Angeboten der Überlebenssicherung bis hin zu hochschwelligen Formen der Wohnversorgung. Zudem unterscheiden sich die Maßnahmen hinsichtlich des Zugangs für die KlientInnen. Während einige Dienstleistungen sporadisch und ambulant in Anspruch genommen werden können, setzen stationäre Ansätze auf kontinuierliche und engmaschige Betreuung der Betroffenen. Welche Auswirkungen diese unterschiedlichen Ausprägungen institutioneller Hilfsmaßnahmen auf die Klientel haben können, soll ebenfalls in den folgenden Punkten erläutert werden. Neben einer grundlegenden Beschreibung der einzelnen Angebotsformen sollen diese außerdem anhand von Beispielen aus der Praxis veranschaulicht werden.

3.1. Basisversorgung

Die sogenannte Basisversorgung ist die simpelste Form der Leistungserbringung in der Wohnungslosenhilfe und besteht in der Deckung der grundlegenden Bedürfnisse der Betroffenen. Dabei handelt es sich um „klassische Versorgungsangebote“, wie etwa die Bereitstellung sanitärer Anlagen zum Zweck der Körperhygiene, die Reinigung der Kleidung, die Versorgung mit Lebensmitteln und der Zugang zu medizinischen Leistungen. Andere Angebote, welche im weiteren Sinne zum Bereich der Basisversorgung gezählt werden können, sind beispielsweise die Versorgung mit einer Post- bzw. Meldeadresse, die Unterstützung bei der Verwaltung des monatlichen Einkommens oder die Zurverfügungstellung von Schließfächern oder Depots für die wichtigsten Dokumente und Habseligkeiten (vgl. Lutz/Titus 2012, S. 119f.).

Oftmals werden die Angebote der Basisversorgung an andere institutionelle Maßnahmen der Wohnungslosenhilfe wie zum Beispiel Beratungs- oder Notschlafstellen angebunden,

um es den KlientInnen so zu ermöglichen, in einer Art „Dienstleistungszentrum“ verschiedene Angebote am selben Ort in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd.). Als Beispiel für ein solches Dienstleistungszentrum kann das Sozialzentrum „Marianum“ der Caritas Steiermark in Graz gesehen werden. Neben einer Beratungsstelle mit Fokus auf der Existenzsicherung finden Wohnungslose und andere in Not geratene Menschen hier außerdem sanitäre Einrichtungen, eine Kleiderkammer und eine Essensausgabe im Rahmen des „Marienstüberls“ vor und erhalten in der „Marienambulanz“ auch ohne aufrechten Versicherungsstatus eine professionelle medizinische Betreuung (vgl. Caritas Steiermark 2015, S. 5ff.).

Der Vorteil einer örtlichen Kombination von verschiedenen Angeboten besteht darin, dass die Schwelle für die Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen herabgesetzt wird. So kann etwa eine warme Mahlzeit oder eine medizinische Untersuchung in einer Beratungssitzung münden, welche wiederum unter Umständen zur Verbesserung der individuellen Lebenslage beiträgt.

3.2. Streetwork

Die Bezeichnungen „Streetwork“ und „Outreachwork“ beschreiben ein Konzept der nachgehenden bzw. aufsuchenden Sozialen Arbeit. Das grundlegende Ziel dieser Angebotsform besteht darin, vor allem jene Menschen zu erreichen, welche die Leistungen herkömmlicher ambulanter oder stationärer Einrichtungen aus bestimmten Gründen nicht in Anspruch nehmen können.

Obwohl die ersten Erscheinungsformen dieses Konzepts in der Armen- bzw. Obdachlosenhilfe zu verorten sind, waren es zunächst andere sozialarbeiterische Handlungsfelder, wie die der Jugendarbeit und der Suchthilfe, in denen sich Streetwork als fixer Bestandteil der Angebotspalette etablierte. Während in diesen Bereichen bereits in den 1960er Jahren zahlreiche Projekte im deutschsprachigen Raum ins Leben gerufen wurden, fanden vergleichbare Entwicklungen im Bereich der Wohnungslosenhilfe erst in den 80er und 90er Jahren statt. Auch heute hält sich die Zahl dieser Angebote in Grenzen, da sich die Finanzierung dieser niederschwelligen Arbeit als zunehmend schwierig gestaltet (vgl. Lutz/Titus 2012, S. 121f.).

Zu den zentralen Zielen und Aufgaben einer aufsuchenden Arbeit mit Wohnungslosen zählen laut Lutz und Titus beispielsweise die Sicherstellung der materiellen Grundversorgung im Sinne einer Überlebenshilfe und der Aufbau bzw. Wiederaufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu jenen Betroffenen, die sich bereits von der etablierten Hilfe durch Einrichtungen und Behörden abgewandt haben. Des Weiteren geht es um regelmäßige Kontaktpflege und qualifizierte sowie bedarfsorientierte Beratung in der Lebenswelt der Zielgruppe. Bei Bedarf kann versucht werden, über Information und Weitervermittlung an andere Einrichtungen den Zugang zum herkömmlichen Hilfssystem wiederherzustellen. Die auf der Straße gesammelten Informationen spielen außerdem eine wichtige Rolle in der Wohnungslosenhilfeplanung. Zuletzt handelt es sich beim Streetwork auch um eine Form der Öffentlichkeitsarbeit, da sie nicht hinter verschlossenen Türen, sondern im öffentlichen Raum vor den Augen der Gesamtbevölkerung stattfindet (vgl. ebd.).

Als exemplarisches Beispiel dieser Form der Hilfsmaßnahme kann die Arbeit des Sozialvereins B37 in Linz herangezogen werden. Thomas Wögrath und Dietmar Mayr (2011) berichten von der aufsuchenden Sozialarbeit, welche im Verein B37 im Jahr 1995 ihren Anfang nahm. Im niederschwelligsten Teilbereich des Gesamtkonzepts von B37 arbeitet das Team des „Outreachworks“ mit obdachlosen Menschen vor allem im Bereich des städtischen Bahnhofs, in Parkgaragen oder Abbruchhäusern und in öffentlichen Parks und WC-Anlagen. Wie bereits zuvor erwähnt, fungieren diese unbürokratischen und direkten Hilfestellungen auch bei B37 als eine Art Türöffner hin zu den anderen Teilbereichen des Vereins. Essentiell ist hierbei vor allem die Haltung der StreetworkerInnen, welche sich in etwa mit „ich bin für dich da, aber du entscheidest wann und wie“ beschreiben lässt. Ebenso wichtig ist es hierbei, die Lebensweise der betroffenen Menschen zu akzeptieren, vorerst keine Veränderungsansprüche zu stellen und ihnen die Zeit zu geben, die sie für eine nachhaltige Veränderung ihrer Lebensverhältnisse benötigen. Dies kann in einigen Fällen mehrere Jahre in Anspruch nehmen (vgl. Wögrath/Mayr 2011, S. 99f.).

3.3. Beratungsstellen

An dieser Stelle sollen die zentralen Charakteristika und Aufgaben von Beratungsstellen für wohnungslose Menschen umrissen werden. Dabei wird in diesem Zusammenhang von einer ambulanten Form der Leistungserbringung ausgegangen. Beratungsstellen wurden in der Vergangenheit häufig direkt an stationäre Einrichtungen angeschlossen und dienten in erster Linie zur Betreuung jener Menschen, die bereits Zugang zum stationären Bereich gefunden hatten. Seit Mitte der 1970er Jahre entwickelten sich zunehmend eigenständige ambulante Beratungseinrichtungen, welche nicht länger an Wohnheime oder ähnliche Institutionen angeschlossen waren. Sie erhielten somit eher den Charakter einer Arztpraxis oder Behörde, die gezielt von KlientInnen aufgesucht werden, um sich dort gezielte Unterstützung für ihre individuellen Problemlagen zu holen. Ambulante Beratungsstellen zeichnen sich dabei vor allem durch Niederschwelligkeit und eine breite Angebotspalette aus. Im Gegensatz zu stationären Einrichtungen sind die Angebote hierbei nicht zwingend auf das Thema der Wohnversorgung ausgerichtet, sondern beziehen sich beispielsweise auf Themen wie Existenzsicherung, rechtliche Beratung oder Unterstützung in behördlichen Angelegenheiten (vgl. Lutz/Titus 2012, S. 109-112).

Bei dem diesbezüglich zentralen Prozess der Beratung handelt es sich um einen „organisierten und bewusst herbeigeführten Ausgleich eines Wissensdefizites“ (ebd.), der vor allem in der Sozialen Arbeit darauf abzielt, die KlientInnen zu befähigen und zu qualifizieren, ihre problematische Situation weitestgehend selbstständig zu bewältigen. Dabei wird im Beratungsprozess davon ausgegangen, dass die beratenen Personen über genügend eigene Ressourcen verfügen, um sich nach einer umfassenden Beratung nachhaltig und selbstständig um die Lösung ihrer Probleme zu kümmern. Diese Haltung wurde in der traditionellen Wohnungslosenhilfe über lange Zeit hinweg nicht vertreten. Man ging vielmehr davon aus, dass die Defizite der Zielgruppenangehörigen so massiv wären, dass die einzige Möglichkeit der Hilfestellung in einer Versorgung in stationären Einrichtungen bestünde (vgl. ebd.).

Wie bereits im vorletzten Subkapitel zum Thema Basisversorgung erwähnt wurde, hat es sich bewährt, Beratungsstellen mit grundlegenden Versorgungsangeboten (Ernährung, Kleidung, Körperhygiene etc.) zu kombinieren und dadurch im Sinne der

Niederschwelligkeit einer möglichst großen Zahl von Personen quasi en passant den Zugang zu Beratungsangeboten zu ermöglichen (vgl. ebd.).

Als eine besondere Form der Beratungsstelle können Einrichtungen der Delogierungsprävention bzw. Wohnungssicherung gesehen werden. Diese Stellen sind in erster Linie dafür zuständig, dem Wohnungsverlust und dem damit einhergehenden Eintritt von Wohnungslosigkeit für einzelne Personen vorzubeugen. Es handelt sich dabei also um ein spezialpräventives Instrument der Wohnungslosenhilfe. Renate Kitzman nennt hinsichtlich der zentralen Kriterien einer erfolgreichen Delogierungsprävention die Aspekte der Kontaktaufnahme, des Wissens über Mietrecht und finanzielle Beihilfen, der empathischen Gesprächsführung und der zeitlichen Ressourcen, um eine längerfristige Betreuung zu ermöglichen (vgl. Kitzman 2011, S. 294ff.). Die in Graz angesiedelte Wohnungssicherungsstelle „WOG“ ist ein Beispiel für diese Art von Einrichtung. Sie wurde im Jahr 2005 von der Stadt Graz in Zusammenarbeit mit der Caritas Steiermark ins Leben gerufen und ist mit der Delogierungsprävention für die gesamte Steiermark betraut (vgl. ebd., S. 302).

3.4. Notschlafstellen

Notschlafstellen erfüllen für die von Obdachlosigkeit betroffenen Menschen eine Funktion der Überlebenssicherung und bilden somit einen derzeit unverzichtbaren Bestandteil der Wohnungslosenhilfe. In erster Linie dienen Notschlafstellen der Versorgung akut obdachloser Menschen mit einem (meist vorübergehenden) Schlafplatz. Diese basale Leistung wird je nach Einrichtung und Trägerorganisation oft um zusätzliche Angebote wie zum Beispiel Essensausgabe oder Möglichkeiten der Körperhygiene erweitert.

In der Regel haben Notschlafstellen vor allem eines gemein: ihr Bekenntnis zur Niederschwelligkeit. Diese Niederschwelligkeit soll durch den weitgehenden Verzicht auf spezielle Aufnahmekriterien und die Offenheit gegenüber sämtlichen KlientInnen und Zielgruppen gewährleistet werden (obwohl sich immer mehr Notschlafstellen in Richtung einer bestimmten Zielgruppe spezialisieren). Ebenso geht diese Offenheit damit einher, dass die Einrichtungen ihre Dienste zu sehr niedrigen Tarifen bzw. kostenfrei anbieten (vgl. Schoibl 1998b, S. 2f.).

In der Abwicklung des Zugangs für die KlientInnen unterscheiden sich die Einrichtungen mehr oder weniger stark. Während sich die potentiellen Nächtigungsgäste in den meisten Notschlafstellen spontan am Abend für einen Schlafplatz anmelden können, beharrt man in anderen Einrichtungen auf einer verpflichtenden Erstberatung durch eine (externe) Beratungsstelle. Manche Einrichtungen ermöglichen zwar eine spontane Akutaufnahme, laden die KlientInnen allerdings tags darauf zu einem verpflichtenden Betreuungsgespräch, während man andernorts zuvor eine „Aufwärm-Phase" verstreichen lässt. Auch in Bezug auf die Anonymität der KlientInnen bestehen Unterschiede, die von völliger Anonymität über die Aufnahme der wichtigsten personenbezogenen Daten bis hin zu einer verbindlichen Ausweispflicht reichen (vgl. ebd.).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der niederschwelligen Angebotsstruktur besteht in der suchtakzeptierenden Grundhaltung, welche den Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen bestimmt. Da vor allem stoffgebundene Abhängigkeiten zum Alltag vieler Zielgruppenangehöriger gehören, wird in den meisten Fällen nicht vorausgesetzt, dass Nächtigungsgäste nüchtern und abstinenzwillig sind, um Zugang zu Notschlafstellen zu erhalten. In den meisten Fällen wird innerhalb der Einrichtungen allerdings ein suchtmittelfreier Raum geschaffen – es besteht also ein formelles Konsumverbot, das abhängig von der Einrichtung und deren MitarbeiterInnen mehr oder weniger rigoros durchgesetzt wird. Hinzukommt außerdem das Aufnahmekriterium der Geh- und Dialogfähigkeit, was beispielsweise schwer pflegebedürftige oder vollberauschte Personen ausschließt. Nur sehr wenige Notschlafstellen verzichten auch auf diese grundlegende Form der Zugangsbeschränkung und erlauben den Konsum von Alkohol und anderen Suchtmitteln (vgl. ebd.).

Auch bezüglich der Dauer der Notunterbringung variieren die einzelnen Angebote. Die Befristungen reichen hierbei von Tag-zu-Tag-Regelungen (die Anmeldung für die Übernachtung gilt jeweils nur für eine Nacht und muss tags darauf erneut durchgeführt werden) bis hin zu mittelfristigen Aufenthalten von bis zu drei Monaten. Andere Einrichtungen arbeiten mit Sperrfristen, die einer regelmäßigen Inanspruchnahme und somit einer Abhängigkeit vom Notschlafstellenangebot sowie der ständigen Vollbelegung der Betten durch dieselben Personen entgegenwirken sollen. Hierbei hat eine Person beispielsweise das Recht, 30 aufeinanderfolgende Nächte zu „konsumieren",

bevor sie für einen Zeitraum von weiteren 30 Nächten entweder gesperrt wird, oder erst zu später Stunde und bei vorhandener Bettenvakanz Eintritt erhält (vgl. ebd., S. 8).

Wie in vielen anderen Bereichen der Wohnungslosenhilfe konzentriert sich auch in Bezug auf die Notschlafstellen die Angebotsverteilung in Österreich stark auf die größeren Städte und Ballungsräume, während es in ländlichen Bereichen keine vergleichbaren Strukturen gibt. Die Entstehung einzelner Einrichtungen lässt sich dabei auf verschiedene Gründe zurückführen. Teilweise gehen sie aus der Eigeninitiative von Hilfsorganisationen hervor oder basieren auf den Ergebnissen statistischer Bedarfserhebungen. In manchen Fällen resultieren sie aus gänzlich hilfefremden Beweggründen wie etwa sicherheits- und ordnungspolitischen Motiven (vgl. ebd., S. 2f.).

Zusätzlich zu den ganzjährig operierenden Notschlafstellen kommt es auch vor, dass zu bestimmten Zeiten – wie etwa über die Wintermonate – weitere Notunterbringungsformen geschaffen werden. Ein Beispiel für eine solche Maßnahme ist die Winternotschlafstelle der Caritas Steiermark in Graz, die in den Monaten von November bis April zusätzliche Plätze für sämtliche Zielgruppen der Wohnungslosenhilfe zur Verfügung stellt (vgl. Caritas Steiermark 2016, o.S.).

3.5. Betreutes Wohnen

Mit dem Begriff des „Betreuten Wohnens“ werden innerhalb der Wohnungslosenhilfe unterschiedliche Bedeutungen assoziiert. Zum einen sind damit weitestgehend eigenständige Wohnformen in von Organisationen zur Verfügung gestellten Wohnungen samt ambulanter Betreuung gemeint, zum anderen werden unter diesem Begriff diverse Formen stationären Wohnens in Einrichtungen zusammengefasst. Auf Letzteres soll in den folgenden Paragrafen eingegangen werden, während im nächsten Subkapitel die Charakteristika von mobil bzw. ambulant betreuten Wohnformen thematisiert werden.

Hauptziel stationärer Einrichtungen in der Wohnungslosenhilfe ist es, den Kreislauf der Armut bzw. Wohnungslosigkeit zu durchbrechen und durch gezielte Betreuung der KlientInnen deren Fähigkeiten der Selbstorganisation und selbstständigen Lebensführung zu stärken, um ihnen so ein Leben innerhalb eines gelingenderen Alltags zu ermöglichen. Dabei muss stets darauf geachtet werden, dass der Aufenthalt in solchen Institutionen in

den meisten Fällen nur einer von vielen Schritten auf dem Weg zu diesem definierten Ziel ist (vgl. Lutz/Titus 2012, S. 136). Wird diese Tatsache ignoriert, kann eine stationäre Hilfsmaßnahme mitunter sogar negative Folgen für die BewohnerInnen nach sich ziehen. So entstanden in den letzten Jahrzehnten die keineswegs unbegründeten Vorwürfe, dass die stationäre Unterbringung und Versorgung von wohnungslosen Menschen in vielen Fällen nicht zu deren Resozialisierung beitrage, sondern vielmehr zur Hospitalisierung der Klientel führe (vgl. ebd., S. 125f.).

Derart kritische Stimmen haben in den letzten Jahren aber auch dazu geführt, dass sich das stationäre Hilfsangebot weiterentwickelt und mitunter stark differenziert hat. So gehört das Bild der klassischen „Obdachlosenheime" mit ihren Mehrbettzimmern und der großen Anzahl an BewohnerInnen vielerorts glücklicherweise der Vergangenheit an. Aktuell geht der Trend diesbezüglich stärker in Richtung kleinerer Wohneinheiten bzw. Wohngemeinschaften, in denen die BewohnerInnen zwar gemeinsam leben, aber über private Rückzugsräume in Form von Einzelzimmern verfügen (vgl. ebd.).

Einer der Vorzüge von stationären Einrichtungen gegenüber ambulanten Angeboten besteht darin, dass sie neben einer engmaschigen Betreuung über einen längeren Zeitraum hinweg auch einen Schutz- bzw. Schonraum für die Betroffenen darstellen. Es wird so dem Einzelnen ermöglicht, zur Ruhe zu kommen, ihre Lebensumstände zu stabilisieren und nach und nach neue Perspektiven zu erschließen. Des Weiteren können Ziele und Pläne in der Regel längerfristiger angelegt und konsequenter verfolgt werden, da sich die KlientInnen in größtmöglicher Nähe zu den betreuenden ProfessionistInnen befinden und so ein regelmäßiger Kontakt sichergestellt werden kann. Dies stellt vor allem bei Personen, die aus verschiedenen Gründen Schwierigkeiten mit der selbstständigen Erledigung ihrer Angelegenheiten haben, einen entscheidenden Faktor dar. Gleichzeitig muss aufseiten der Betreuenden darauf geachtet werden, dass die Arbeit mit den KlientInnen stets auf befähigende Art und Weise stattfindet und nicht von der Betreuung zur Bevormundung mutiert. Ein gemeinsam erarbeiteter Hilfeplan und eine umfassende Betreuungsvereinbarung, in der sämtliche Rechte und Pflichten der BewohnerInnen und des zuständigen Betreuungspersonals festgehalten werden, bilden die Grundlage für professionelle Soziale Arbeit in stationären Einrichtungen (vgl. ebd., S. 129ff.).

Neben der Stabilisierung und Perspektivenentwicklung gehört idealerweise auch das Training diverser Alltags- und Wohnfähigkeiten zur Angebotspalette stationärer Maßnahmen. Dies betrifft beispielsweise simple Fähigkeiten im Zusammenhang mit der Haushaltsführung wie Wäsche waschen, Einkaufen oder Kochen. Hierbei können auch die anderen BewohnerInnen mitsamt ihrem individuellen Know-how zur Ressource für den Einzelnen werden. Auch das regelmäßige Bezahlen der Miete trotz einer finanziell prekären Lage muss trainiert bzw. wiedererlernt werden, um einen neuerlichen Eintritt der Wohnungslosigkeit nach dem Auszug aus dem geschützten Rahmen des Betreuten Wohnens zu verhindern. Last, but not least gilt es, auf die Aspekte der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einzugehen. Dies betrifft vor allem die individuelle Freizeitgestaltung und kann vom Aktivieren alter Hobbys bis hin zum Erschließen neuer Interessen gehen. Ausflüge in die Natur oder Museumsbesuche gehören somit genauso zum methodischen Repertoire der hier tätigen MitarbeiterInnen wie klassisch sozialarbeiterische Tätigkeiten wie Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung und dergleichen (vgl. ebd.).

Die eben beschriebenen Eckpunkte des Betreuten Wohnens können am Beispiel der Betreuten Wohngemeinschaft in der Arche 38 der Caritas Steiermark veranschaulicht werden. Hier werden aufgeteilt auf zwei Wohngemeinschaften insgesamt 14 volljährige Männer jeweils in Einzelzimmern untergebracht. Im Rahmen eines Bezugsbetreuungssystems arbeiten die Bewohner gemeinsam mit den BetreuerInnen daran, nach dem zeitlich begrenzten Aufenthalt in der Wohngemeinschaft eine eigene Wohnung zu beziehen und so einen nachhaltigen Ausweg aus der Wohnungslosigkeit zu finden (vgl. Caritas Steiermark 2017b, o.S.).

Die individuelle Dauer stationärer Hilfen kann von wenigen Wochen bis hin zu mehreren Jahren variieren. Besonders bei Langzeitaufenthalten muss allerdings ein triftiger Grund vorliegen, um die KlientInnen nicht länger als notwendig in der künstlichen Schutzatmosphäre des Betreuten Wohnens zu belassen. Stationäre Langzeithilfen stellen hier eine Ausnahme dar, indem sie es den BewohnerInnen ermöglichen, auf unbestimmte Zeit in der Einrichtung zu verbleiben. Diese Angebotsform beschränkt sich allerdings auf spezielle Zielgruppen, bei denen die Reintegration in einen selbstständigen Alltag aus bestimmten Gründen als nicht realistisch bzw. nicht nachhaltig anzusehen

ist (vgl. Lutz/Titus 2012, S. 134f.). In Graz ist das VinziDorf der Vinzenzgemeinschaft Eggenberg eine solche Einrichtung. Hier werden bis zu 33 alkoholabhängige, obdachlose Personen untergebracht und versorgt. Das zentrale Prinzip dieser Einrichtung besteht darin, jeden Menschen „so anzunehmen, wie er ist“ (vgl. Vinzenzgemeinschaft Eggenberg 2017, o.S.).

3.6. Mobil Betreutes Wohnen

Die in diesem Kapitel an letzter Stelle behandelte Hilfsmaßnahme des Mobil Betreuten Wohnens stellt oftmals auch bezogen auf eine einzelne von Wohnungslosigkeit betroffene Person die letzte Station in einer Reihe von Maßnahmen dar.

Beim Mobil Betreuten Wohnen handelt es sich um eine Hilfsmaßnahme unter möglichst „normalen“ Wohn- und Lebensverhältnissen, die aus der Notwendigkeit persönlicher Hilfen im Anschluss an die Reintegration wohnungsloser Menschen in ein eigenständiges Wohnverhältnis resultiert. Dabei kommt es zur Betreuung von Menschen in Wohnungen durch ambulante Dienste, die von der Unterstützung in privaten und behördlichen Angelegenheiten bis hin zum Spektrum des Alltagstrainings reicht. Im Zusammenhang solcher zielgerichteter und planmäßigen Maßnahmen ist von Begrifflichkeiten wie zum Beispiel „betreutes Übergangswohnen“, „Trainingswohnen“, „ambulant betreutes Wohnen“ oder „nachgehender Hilfe“ die Rede (vgl. Lutz/Titus 2012, S. 142ff.).

Das Ziel besteht meist darin, für die Betroffenen einen gleitenden Übergang von akuter Obdachlosigkeit oder dem Aufenthalt in stationären Einrichtungen in eine selbstständige Wohnform zu ermöglichen. Zu diesem Zweck haben manche Trägerorganisationen der Wohnungslosenhilfe auch ein eigenes Wohnraummanagement eingerichtet, im Zuge dessen Wohnungen vonseiten der Organisation angemietet und in weiterer Folge an deren KlientInnen untervermietet werden (vgl. ebd.).

Eine besondere Herausforderung in diesem Kontext ergibt sich daraus, dass der Aufenthalt wohnungsloser Menschen in stationären Einrichtungen oftmals mit sozialisierenden bzw. pseudo-stabilisierenden Prozessen (bis hin zu einer Art Hospitalisierungseffekt) einhergeht, welche der späteren Wohnfähigkeit in einer selbstständigen Wohnform mitunter entgegenwirken können (vgl. ebd.).

Die „Betreuten Übergangswohnungen“ der Caritas Steiermark sind ein solcher Dienstleister im Raum Graz und zählen die Wohnungsverwaltung, die Beratung in allgemeinen Fragen, die Sicherstellung des Betreuungsnetzwerkes und die Kooperation mit relevanten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Graz zu ihren Aufgaben. Charakteristisch für dieses spezifische Angebot sind außerdem eine Befristung des Wohnverhältnisses auf zwei Jahre und die finanzielle Leistbarkeit des zur Verfügung gestellten Wohnraums (vgl. Caritas Steiermark 2017a, o.S.).

4. Diagnostik in der Sozialen Arbeit

Das nun folgende Kapitel zum Thema der Diagnostik im Kontext der Sozialen Arbeit schließt den theoretischen Teil dieser Forschungsarbeit und bildet gleichzeitig die Grundlage für den darauffolgenden empirischen Prozess.

Nachdem zunächst einige Informationen über die wesentlichen Charakteristika, die Systematik und die Herausforderungen der Sozialen Diagnostik erläutert werden, erfolgen die Auflistung und theoretische Beschreibung einer Reihe von bereits in der Praxis etablierten Diagnoseinstrumenten. Auf Basis dieser theoretischen Darlegung wird im weiteren Verlauf der Forschungsarbeit eine Analyse der behandelten Instrumente hinsichtlich ihrer Eignung für das Handlungsfeld der Wohnungslosenhilfe vorgenommen.

4.1. Grundlegendes zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit

Die Anfänge der Sozialen Diagnostik gehen mit der beginnenden Professionalisierung der Sozialen Arbeit einher. Ende des 19. bzw. Anfang des 20. Jahrhunderts strebten die Angehörigen dieser noch jungen Profession nach der Schaffung eines wissenschaftlichen Fundaments. Ganz nach dem Vorbild der Medizin bedurfte es hierzu unter anderem auch eines Systems professioneller Diagnostik, welches eine Einschätzung des individuellen Hilfsbedarfs der Betroffenen ermöglichte und somit die Grundlage für gezielte Interventionen zur Bekämpfung der Armut und anderer sozialer Probleme bildete. Im aus dem Zusammenspiel von Diagnose und Intervention hervorgehenden Konzept des Casework wurde außerdem ersichtlich, dass der Übergang von der Diagnose zur Intervention fließender Natur ist und die Grenzen zwischen den beiden Bestandteilen verschwimmen. Der Grund dafür lag damals wie heute darin, dass der kooperative Diagnoseprozess zwischen SozialarbeiterInnen und KlientInnen nicht nur der Informationsgewinnung hinsichtlich der individuellen Lebenslage, sozialer Beziehungen und vorhandener Ressourcen diente, sondern gleichzeitig bereits zu einer Veränderung eben dieser Bereiche führte (vgl. Pantuček 2012, S. 13f.).

Woraus ergibt sich nun aber – abgesehen von dem Drang mithilfe einer berufseigenen Diagnostik einen weiteren Schritt in Richtung einer anerkannten Profession zu tun – die Notwendigkeit Sozialer Diagnostik in der alltäglichen Praxis der Sozialen Arbeit? Eine

mögliche Begründung dieser Notwendigkeit liegt in der Arbeitsweise der ProfessionistInnen: Um das eigene Erfahrungswissen produktiv in die Arbeit einzubringen und um nicht durch jede neu aufkommende Problemkonstellation mit einer fremden Welt konfrontiert zu sein, arbeiten SozialarbeiterInnen mit gedanklichen Mustern. Diese Muster entsprechen typischen Lebenssituation, in denen sich Menschen (und in diesem Kontext in erster Linie die KlientInnen der Sozialen Arbeit) wiederfinden können. Beispiele für solche Muster könnten etwa durch Schlagworte wie „Verschuldung", „Spielsucht" oder „Wohnungslosigkeit" beschrieben werden. In der Praxis werden diese gespeicherten Muster in der täglichen Arbeit mit KlientInnen abgerufen und mit dem aktuell zu bearbeitenden Fall in Verbindung gebracht. Diese Vorgehensweise mag zwar auf den ersten Blick expertokratisch und vorurteilsfördernd wirken, doch professionell agierende SozialarbeiterInnen wissen um die Vielschichtigkeit solcher Situationen und sollten deshalb nicht Gefahr laufen, die Exploration eines Falls vorzeitig abzuschließen oder KlientInnen in vorgefertigte Schubladen zu stecken. Das Utilisieren solcher Muster bildet einen wesentlichen Teil beruflicher Kompetenz in der Sozialen Arbeit und eröffnet zahlreiche Handlungsstrategien in der Fallbearbeitung. Beispielsweise können einzelne Elemente einer Fallkonstellation so als „allgemein" oder „besonders/fallspezifisch" bewertet werden. Des Weiteren können Problemstrukturen erahnt werden, die vom Gegenüber noch nicht thematisiert wurden, oder zukünftige Entwicklungen antizipiert werden. Allerdings stößt auch dieser durchaus bewährte Aspekt der Fallarbeit an seine Grenzen, und genau hieraus ergibt sich in diesem Kontext die Notwendigkeit einer professionellen Diagnostik. Die Identifikation bestimmter wesentlicher Merkmale eines Falles und deren Verknüpfung mit gängigen Problemmustern wäre zu kurz gegriffen. Um die subjektiv zu bearbeitenden Probleme zu identifizieren und die in diesem Fall realistisch anwendbaren Lösungsstrategien herauszuarbeiten bedarf es einer individuellen, fallbezogenen Diagnose (vgl. ebd., S. 59ff.).

In Bezug auf die Anforderungen an die Soziale Diagnostik hebt Pantuček vor allem zwei Aspekte hervor: Zum einen muss ein Diagnoseverfahren dazu geeignet sein, das Verhältnis zwischen dem Individuum und seinem sozialen Umfeld abzubilden, und zum anderen soll die Anwendung des Verfahrens nicht zu einer Behinderung des Unterstützungsprozesses, sondern zu dessen Beförderung führen. Daraus folgt, dass eine

diesen Anforderungen entsprechende Soziale Diagnostik nicht nur anhand ihres Outputs im Sinne des Erkenntnisgewinns für die ProfessionistInnen bewertet werden darf, sondern auch in Hinblick auf ihre Auswirkungen auf das KSI (Klient-Sozialarbeiter-Interaktionssystem) analysiert werden muss (vgl. ebd., S. 20f.). Vor diesem Hintergrund zeigt sich, dass vor allem „alltagsnahe" Diagnoseinstrumente zu bevorzugen sind. Der Vorteil dieser Art der Diagnostik besteht darin, dass sie auf abgehobene oder fachterminologische Sprache verzichtet und so den kommunikativen Anschluss an die KlientInnen erleichtert. Verpackt in eine gelungene Gesprächsführung können so in Zusammenarbeit mit den Betroffenen relevante Daten gesammelt und neu geordnet, und dadurch „neue Perspektiven in einer bekannten Sprache" geboten werden (vgl. ebd., S. 55f.).

Ein essentieller Aspekt der Kommunikation im KSI besteht in der Konfrontation der KlientInnen mit jenen Teilen ihrer Lebenswirklichkeit, die sie oder andere Beteiligte mitunter als unangenehm oder problematisch ansehen. Diese Konfrontationen sind ein wesentlicher Bestandteil des gesamten Unterstützungsprozesses, da sie Raum für die produktive Bearbeitung von Problemen schaffen. Diagnostische Verfahren spielen dabei eine zentrale Rolle, da sie den Boden für sinnvolle Konfrontation und damit auch für spätere Transformationsprozesse bereiten (vgl. ebd., S. 98).

In die Lebenswirklichkeit des Gegenübers einzutauchen und sie mit teils unangenehmen Aspekten derselben zu konfrontieren ist Teil der „sozialpädagogischen Verstehensanstrengungen", wie sie Christian Schrapper (2004) bezeichnet. Als Kern dieser Verstehensanstrengungen sieht Schrapper die Fähigkeit, sich in die (Not-)Lage eines anderen Menschen zu versetzen und die damit verbundenen Bedrohungen und seelischen Verletzungen zu verstehen. Dieses Verstehen kommt einem Balanceakt gleich, denn die Fachkräfte laufen Gefahr, sich durch zu große Nähe zu sehr in der Geschichte des Gegenübers zu verstricken, und gleichzeitig riskieren sie durch zu große Distanz, dem/der anderen fremd zu bleiben und nichts zu verstehen. Konfrontiert mit dieser schwierigen Situation wird von den ProfessionistInnen häufig erwartet, dass diagnostische Verfahren hier eine Art Ausweg darstellen und es ihnen ermöglichen, mithilfe eines distanzierten, quasi automatisch ablaufenden Diagnoseprozesses zu einer

objektiven und richtigen Einschätzung der Fallkonstellation zu gelangen. Diese Erwartung muss allerdings klar enttäuscht werden (vgl. Schrapper 2004, S. 51f.).

Obwohl es unter anderem zu den Aufgaben der Sozialen Diagnostik gehört, problematische Aspekte einzelner Lebensbereiche herauszuarbeiten bzw. zu benennen, wäre es falsch anzunehmen, dass sie sich lediglich auf das Erfassen von Abweichungen beschränkt. Eine produktive Diagnostik in der Sozialen Arbeit versucht nicht nur die problembehafteten, sondern auch die funktionierenden Anteile einer bestimmten Fallkonstellation zu identifizieren. Im Gegensatz zu medizinischen oder psychologischen Klassifikationssystemen, welche auf Pathologisierungen basieren, geht es in der Sozialen Diagnostik nicht darum, zwischen „normal“ und „nicht normal“ zu unterscheiden. Vielmehr geht es um eine Unterscheidung zwischen allgemein und besonders (oder individuell). Pantuček spricht hierbei von einer „differenzierten fallbezogenen Darstellung der speziellen Variante von ‚Normalität‘“ (vgl. Pantuček 2012, S. 103f.).

Eine weitere zentrale Aufgabe der Diagnostik in der Sozialen Arbeit besteht in der Vorbereitung fallbezogener Entscheidungen. SozialarbeiterInnen sind permanent mit teilweise weitreichenden Entscheidungen konfrontiert. Diese reichen beispielsweise von der Aufnahme eines Klienten in eine Betreute Wohnform über die Beantragung oder Nicht-Beantragung von Hilfen bis hin zur Entscheidung über die Fremdunterbringung eines Kindes. In den Prozess der Entscheidungsfindung fließen neben fachlichen Überlegungen vor allem auch institutionsbezogene Faktoren ein. ProfessionistInnen geraten dabei oft unter Druck, da von ihnen erwartet wird, organisationskonforme (also den Traditionen der Organisation entsprechende) Entscheidungen zu treffen. Tun sie dies nicht, drohen ihnen vor allem im Fall von Misserfolgen Konsequenzen. In diesem Zusammenhang haben Instrumente Sozialer Diagnostik das Potential, das ungleiche Kräfteverhältnis zwischen Organisation und SozialarbeiterIn etwas auszugleichen. Des Weiteren sorgen sie für etwas mehr Unabhängigkeit, da sie neutrale Grundlagen für die Entscheidungsfindung liefern und sich dabei an Theorien und organisationsübergreifenden Standards anstatt an Entscheidungstraditionen einzelner Organisationen orientieren (vgl. ebd., S. 117ff.).

Zum grundlegenden Verständnis Sozialer Diagnostik gehört auch, dass es sich bei den aus einer Diagnose resultieren Situationseinschätzungen in der Regel um

Momentaufnahmen handelt. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass es mithilfe Sozialer Diagnostik möglich ist, fixe „Eigenschaften“ einer Person zu erfassen. Die beleuchtete Situation beinhaltet nämlich neben stabilen Anteilen, die unter Umständen über längere Zeit hinweg unverändert bleiben, immer auch dynamische Elemente, deren Zustand ständiger Veränderung unterworfen ist. Wird in der sozialarbeiterischen Praxis auf Diagnosen zurückgegriffen, deren Erstellung bereits mehrere Wochen oder Monate zurückliegt, erfolgt also eine Bezugnahme auf die Historie. Diagnosen eignen sich somit nicht zur permanenten Etikettierung von Fällen oder KlientInnen, sondern gleichen vielmehr Hypothesen, die im Verlauf des Unterstützungsprozesses laufend überprüft werden müssen (vgl. ebd., S. 103).

Durch die Anwendung diagnostischer Verfahren kann außerdem eine Brücke zwischen der Wissenschaft bzw. der Theorie der Sozialen Arbeit und dem Praxisalltag geschlagen werden. Einerseits beziehen sich diese Verfahren nämlich auf theoretische Modelle und repräsentieren somit das Professionswissen der Sozialen Arbeit, andererseits sind geeignete Verfahren auch so gestaltet, dass sie es den ProfessionistInnen ermöglichen, ihre individuelle Erfahrung in die Interpretation der Ergebnisse einfließen zu lassen. Würde es nun in sämtlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit zu einer breiten Anwendung etablierter Diagnoseverfahren kommen, so könnte dadurch die institutions- und handlungsfeldübergreifende Vergleichbarkeit von Fällen gefördert werden. Soziale Diagnostik bildet heute somit – ganz gemäß den Ansprüchen zu Zeiten ihrer Entstehung – die Grundlage für eine adäquate Verwissenschaftlichung sozialarbeiterischer Praxis unter Einbeziehung des individuellen Erfahrungswissens der in ihr tätigen ProfessionistInnen (vgl. ebd., S. 97f.).

Bevor in weiterer Folge auf die Systematik der Sozialen Diagnostik eingegangen wird, sollen hier noch einmal einige Kennzeichen (nach Pantuček 2012) Sozialer Diagnostik genannt werden:

„Soziale Diagnostik

- erhebt den Problemkontext
- „verhandelt“ die Problemdefinition mit den Beteiligten
- versucht Ressourcen aufzuspüren
- sucht nach Bearbeitungs- und Lösungsmöglichkeiten

- macht „Wirkungen“ und „Nebenwirkungen“ von Aktionen und Interventionen verhandelbar
- veranschaulicht problemrelevante Zusammenhänge
- ermöglicht Entscheidungen zur Problembearbeitung für die KlientInnen und zur Interventionsplanung für die SozialarbeiterInnen.

und: Es gibt keine relative Selbständigkeit der Diagnose vom Unterstützungsprozess, d.h., dass die Diagnose selbst bereits Intervention ist, Wirkung zeigt.“ (ebd., S.81)

4.2. Systematik der Sozialen Diagnostik

An dieser Stelle soll nun auf die grundlegende Struktur bzw. Systematik von Sozialer Diagnose eingegangen werden. Dabei soll vorerst eine oberflächliche und möglichst allgemeingültige Perspektive eingenommen werden. Details hinsichtlich der Abläufe einzelner diagnostischer Verfahren folgen in Kapitel „4.4. Ausgewählte Modelle der Sozialen Diagnostik“.

Nach Pantuček (2012) und Schrapper (2004) setzen sich die Verfahren Sozialer Diagnostik aus mindestens zwei Phasen zusammen: die der Komplexitätsgewinnung und die der Komplexitätsreduktion. In der ersten Phase muss der Blick erweitert werden, damit Neues gesehen und wahrgenommen werden kann. Dabei ist laut Schrapper vor allem der „erste Eindruck“ von Bedeutung, da dieser im weiteren Verlauf der Informationserschließung den Blick lenkt. Gleichzeitig kann dieser erste Eindruck erneut den Zugang zu neuen Wahrnehmungen verstellen. Im Vorfeld ist es also notwendig, Vorwissen und Vorannahmen explizit zu machen und festzuhalten, um so zu verhindern, dass diese in Gestalt von Vorurteilen den diagnostischen Blick verstellen (vgl. Schrapper 2004, S. 44f.).

Nachdem in der ersten Phase des Diagnoseprozesses ausreichend Material – und damit auch Komplexität – gewonnen wurde, geht es in der zweiten Phase darum, den Blick wieder zu verengen und aus der Vielfalt der Wahrnehmungen jene herauszuarbeiten, die von zentraler Bedeutung sind. Die Herausforderung dieser Phase besteht vor allem darin, die gesammelten Informationen so zu reduzieren, dass sowohl unangemessene Vereinfachungen als auch nicht überprüfbare Schlussfolgerungen vermieden werden. Die Reduktion darf also nicht zu stark ausfallen, gleichzeitig kommt es auch dann zu Problemen, wenn eine solche Reduktion aus Angst vor unbeabsichtigten Verkürzungen

zu schwach ausfällt. In diesem Fall kann es nämlich dazu kommen, dass relevante Befunde in der Masse von Beobachtungen untergehen (vgl. ebd.).

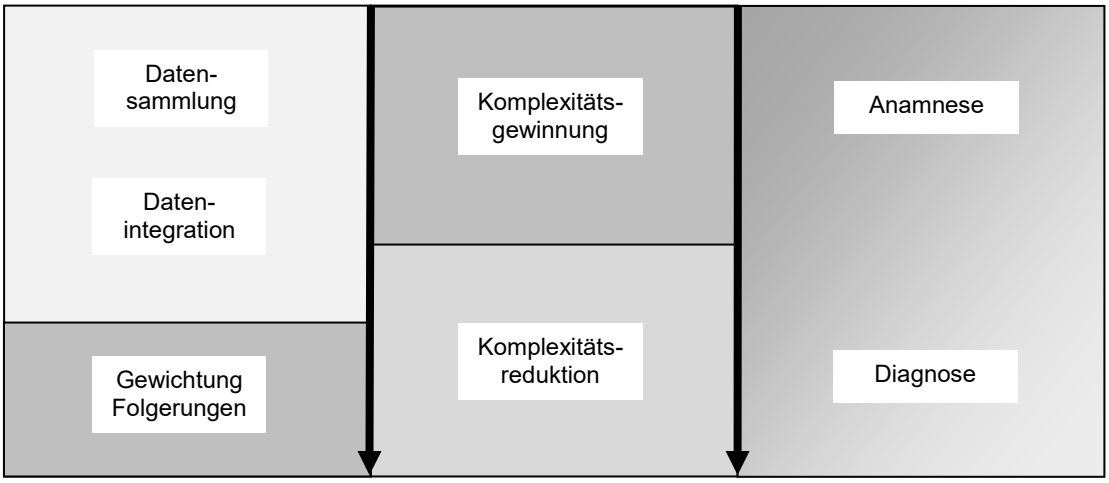


Abbildung 6: Ablaufschema Diagnose (vgl. Pantuček 2012, S. 71)

Einen ähnlichen Ansatz hinsichtlich des Ablaufschemas Sozialer Diagnostik liefert Pantuček und veranschaulicht diesen anhand der obenstehenden Grafik. Demzufolge kommt es in der ersten Phase zur Komplexitätsgewinnung durch die Sammlung und Generierung von Daten. Dabei handelt es sich um Informationen, welche ohne die Anwendung diagnostischer Verfahren in der Regel nicht produziert worden wären. Der zweite Schritt besteht in der Datenintegration, was bedeutet, dass die gesammelten Daten auf eine spezifische Art und Weise (je nach Diagnoseinstrument) angeordnet werden. Da durch diese Neuordnung zusätzliche Informationen gewonnen werden, kommt es zu einer weiteren Steigerung der Komplexität. Gleichzeitig trägt die zweite Phase aber auch zur Komplexitätsreduktion bei, indem im Zuge der Datenintegration eine Strukturierung der Interpretationsmöglichkeiten vorgenommen wird. Eine weitere und abschließende Reduktion der Komplexität wird schließlich durch die Interpretation und die Gewichtung der Daten erreicht. Hierbei kommt es auch zur Vorbereitung der aus der Diagnose resultierenden Interventionsentscheidungen. Instrumente der Sozialen Diagnostik gehen somit quasi einen Schritt zurück, indem sie eine ohnehin schon komplexe Fallkonstellation noch weiter verkomplizieren und somit eigentlich eine Einschränkung der Handlungsfähigkeit erreichen, um diese künstlich erzeugte Handlungsunfähigkeit allerdings mittels ihrer Struktur in eine „informierte Handlungsfähigkeit“ überzuleiten (vgl. Pantuček 2012, S. 70ff.).

4.3. Herausforderungen und Kritik

Nachdem in den beiden vorangegangenen Subkapiteln auf die allgemeinen Charakteristika und die grundlegende Systematik von Sozialen Diagnosen eingegangen wurde, soll das Thema an dieser Stelle kritisch beleuchtet werden. Zu diesem Zweck sollen in den folgenden Paragrafen einige Herausforderungen und gängige Kritiken in Bezug auf die Soziale Diagnostik genannt und erläutert werden.

Zu Beginn sind hier einige grundlegende Erschwernisse anzuführen, welche sich nicht nur auf die Soziale Diagnostik, sondern auf sämtliche Bereiche der Sozialen Arbeit beziehen und auswirken. Zu allererst hat es eine Diagnostik, die den Ansprüchen der Sozialen Arbeit gerecht werden soll, mit Konstellationen zu tun, die in der Regel weitaus komplexer ausfallen als beispielsweise in der Medizin, auf die bereits zuvor Bezug genommen wurde. Zwar ist die Komplexität des menschlichen Organismus schon äußerst schwer zu erfassen, die schier unendliche Anzahl an Faktoren biologischer, psychischer und sozialer Natur, welche sich auf einen Menschen und das ihn umgebende Fallkonstrukt auswirken, ist dennoch ungleich schwieriger innerhalb eines praktikablen Rahmens abzubilden. Zudem führt das Fehlen einer allgemeingültigen Definition eines „guten" oder „normalen" Lebens dazu, dass objektive Beurteilungen von Lebenssituationen kaum möglich bzw. sinnvoll sind. Selbst auf der subjektiven Ebene verschwimmen die Grenzen zwischen „funktionieren" und „nicht-funktionieren". Des Weiteren sind die in der Sozialen Arbeit tätigen Fachkräfte hinsichtlich der Gewinnung von Informationen meist auf das direkte Gespräch mit Betroffenen oder anderen relevanten Personen angewiesen – so auch in der Sozialen Diagnostik. Die Qualität und Quantität der so erarbeiteten Informationen hängt zum großen Teil vom Gelingen dieses Gesprächs unter Einwirkung zahlreicher Faktoren (Setting, Beziehungsebene im KSI etc.) ab. Auch diesbezüglich bedarf es also spezieller Skills und Erfahrung in puncto Gesprächsführung aufseiten der ProfessionistInnen (vgl. ebd., S. 14f.).

Ein weiterer „Nachteil", den Soziale Diagnose gegenüber artverwandten Verfahren aus den Bereichen der Psychologie und der Medizin aufweist, besteht in der Nicht-Zählbarkeit und Nicht-Messbarkeit der untersuchten Faktoren. Während in anderen Disziplinen Diagnosen mit objektivem Zahlenmaterial untermauert werden können und

diese Daten wiederum mit einem allgemeingültigen Normalitätsstandard verglichen werden können, lässt der Gegenstand der Sozialen Arbeit dieserart Möglichkeiten beinahe zur Gänze vermissen. Auch wenn dieser Umstand für die Soziale Arbeit als Profession eine Herausforderung darstellt und die Erkenntnisse aus Sozialen Diagnosen dadurch nie als ein in Stein gemeißeltes Faktum, sondern stets als eine diskutierbare Interpretation angesehen werden müssen, bietet die Soziale Diagnostik alternative Mittel und Wege. Das Verwenden von Skalierungen anstatt von Messungen ist eine solche Alternative. Bei Skalierungen handelt es sich um subjektive Einschätzungen, die zwar keinen eindeutigen Objektivitätsanspruch geltend machen können, dennoch stellen sie ein wichtiges Mittel zur Komplexitätsreduktion dar (vgl. ebd., S. 92ff.).

Anschließend an den eingeschränkten Objektivitätsanspruch soll hier auch auf den schwer feststellbaren Wahrheitsgehalt bestimmter Daten eingegangen werden. Neben einigen wenigen prüfbaren Fakten (Personalien und dergleichen) sind in der Sozialen Arbeit Tätige bei der Erschließung von Informationen meist auf die Bereitschaft des Gegenübers, diese Informationen auch unverfälscht und wahrheitsgetreu wiederzugeben, angewiesen. Diese Unsicherheit ist nicht dezidiert auf mutwilliges Lügen oder „Falschaussagen“ zurückzuführen. Oft lassen die Lebensumstände von Betroffenen lediglich eine beschönigende Perspektive auf die realen Verhältnisse zu, oder es kommt beispielsweise aus Gründen der Scham zu einer selektiven Wiedergabe von Informationen. In Bezug auf die Soziale Diagnostik besteht somit die Gefahr, eine Diagnose „auf Sand zu bauen“ und in weiterer Folge auf Basis falscher oder lückenhafter Daten zu agieren. Um dieses Risiko zu minimieren, können einige simple Gegenmaßnahmen ergriffen werden. So sollten überprüfbare Fakten in der Regel auch überprüft werden (zum Beispiel die Einkommenshöhe anhand des Lohnzettels) und bei der Datenerhebung auch die Meinungen anderer relevanter Beteiligter (Angehörige, HelferInnen etc.) berücksichtigt werden. Außerdem ist es sehr wohl möglich – und in der Sozialen Arbeit sogar gang und gäbe – mit nicht verifizierten Informationen zu arbeiten. Werden diese „unsicheren“ Informationen im Rahmen von Diagnosen und Dokumentationen auch als solche gekennzeichnet, kann der Unterstützungsprozess auch im Wissen um diese Unsicherheit geplant werden, und die ProfessionistInnen laufen nicht so leicht Gefahr, unrealistischen oder gar naiven Vorstellungen zu erliegen (vgl. ebd., S. 98ff.).

Eine weitere Hürde, die es im Zusammenhang mit Sozialen Diagnosen zu berücksichtigen gilt, besteht in der Ressourcenlage, denn neben den auf die KlientInnen bezogenen Faktoren spielen vor allem diverse Rahmenbedingungen, wie die lokale Verfügbarkeit von Ressourcen, eine wichtige Rolle im Unterstützungsprozess. Diese wirkt sich entsprechend auf den Diagnoseprozess aus und so können je nach Ressourcenlage ähnliche Ergebnisse eines Diagnoseverfahrens zu völlig unterschiedlichen Interventionsentscheidungen führen. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, die verfügbaren Angebote hinsichtlich ihrer Qualität und grundsätzlichen Eignung zur Bearbeitung bestimmter Problemlagen zu bewerten. Pantuček schreibt diesbezüglich von zwei möglichen Varianten: Eine Möglichkeit besteht darin, die Erfahrungen der einzelnen in einer Organisation tätigen SozialarbeiterInnen zu bündeln und zu verschriftlichen, um so einen Überblick über die Stärken und Schwächen der einzelnen Angebote zu erhalten. Alternativ können auch statistische Verfahren angewendet werden, um die Performanz bestimmter Hilfen bzw. Einrichtungen zu bewerten. Als mögliche Parameter einer solchen Bewertung können etwa der prozentuelle Erfolg dieser Einrichtungen bei der Bearbeitung individueller Probleme oder die Anzahl an Rücküberweisungen herangezogen werden (vgl. ebd., S. 107f.).

Eine in den letzten Jahren sehr präsente Kritik betrifft die Problemzentriertheit in der Sozialen Arbeit generell und in der Sozialen Diagnostik im Speziellen. Wenn der Fokus auf die Probleme gelegt wird, so die Bedenken der Kritiker, dann werde das Negative zu stark hervorgehoben und die positiven Aspekte und vorhandenen Ressourcen unter Umständen ausgeklammert oder vernachlässigt. Als Antwort auf dieses „Problem der Problemzentriertheit“ kamen mit der Ressourcen- und der Lösungsorientierung neue Ansätze auf und werden seitdem entsprechend ins Zentrum gerückt – sie sind quasi „en vogue“. Während diese neuen Ansätze durchaus ihre Berechtigung haben und mit dem Hervorheben von Ressourcen aufseiten der KlientInnen eine wichtige Botschaft repräsentieren, warnt Pantuček davor, den Problemfokus als grundsätzlich falsch zu brandmarken. Er sieht in der „Problemkonzentriertheit“ eine notwendige Maßnahme der Blickfokussierung und Eingrenzung von Zuständigkeiten. Wie bereits in Bezug auf die Systematik Sozialer Diagnosen erläutert wurde, ist eine Komplexitätsreduktion zwingend vonnöten, um eine professionelle Fallarbeit überhaupt zu ermöglichen. Diese Form der Eingrenzung von Zuständigkeiten spielt eine wichtige Rolle in der kooperativen Arbeit

mit KlientInnen, in der zunächst jedwede Form der Lebensführung respektiert wird. Da in der Sozialen Arbeit auf Kategorisierungen wie „richtige“ oder „falsche“ Lebensführung verzichtet wird, käme es ohne das gezielte Herausarbeiten von Problemstellungen zu Unklarheiten bezüglich der Auftragsklärung und Zuständigkeiten (vgl. ebd., S. 43f.).

In eine ähnliche Richtung geht der häufig aufkommende Vorwurf der Stigmatisierung durch die Verfahren Sozialer Diagnostik und die Bedenken in Bezug auf eine mögliche Etikettierung der KlientInnen durch das Erstellen von Diagnosen. Während auch diese Kritik mit der Forderung nach einem möglichst nicht-stigmatisierenden Umgang mit KlientInnen einige zentrale Fragen aufwirft, geht sie dennoch zu kurz, da sie den Grund für die Entstehung von Stigmatisierungen in der Diagnostik sieht und dabei außer Acht lässt, dass der Großteil stigmatisierender Zuschreibungen auf einen Mangel an einheitlichen und professionellen Informationserhebungsverfahren zurückzuführen ist. Denn wenn es den in der Sozialen Arbeit Tätigen nicht möglich ist, eine rationale Erklärung für Probleme oder Widerstände zu finden, laufen sie Gefahr, allzu schnell auf Alltagstheorien zurückzugreifen und in Bezug auf die Organisation oder deren Klientel gängige Stereotypen zu bemühen. Das Gegenüber wird in solchen Fällen oft als „uneinsichtig“ oder „unmotiviert“ abgestempelt. Dass die Resultate eines Diagnoseverfahrens unter Umständen in einer Stigmatisierung der Betroffenen münden ist nicht per se von der Hand zu weisen, aber letztendlich trägt daran nicht die Soziale Diagnostik als Werkzeug die Schuld, sondern vielmehr jene, die nicht adäquat von ihr Gebrauch machen. So wurde beispielsweise bereits in Kapitel 3.4.1. darauf hingewiesen, dass Soziale Diagnosen und deren Ergebnisse immer als eine Momentaufnahme zu verstehen sind und ein dementsprechendes Zuweisen von „Schubladen“ somit ohnehin nicht zulässig wäre (vgl. ebd., S. 84f.).

Der bereits zuvor beschriebene Hypothesencharakter von Diagnosen in der Sozialen Arbeit bedeutet ebenfalls, dass bei der darauffolgenden Zielplanung Vorsicht geboten ist. Vor allem die Anforderungen der modernen, effizienzorientierten Sozialen Arbeit haben dazu geführt, dass vonseiten des Organisationsmanagements auf die Vereinbarung überprüfbarer Ziele bestanden wird, um den Interventionsprozess in Kategorien des Erfolgs und Misserfolgs einzuordnen. Mit dieser Art von Zielen sind meistens mittel- bis

langfristig angelegte, sogenannte „statische“ Ziele gemeint. Wie zuvor bereits erläutert wurde, entspricht die Vorstellung der statischen Planbarkeit eines Unterstützungsprozesses auf Basis einer Momentaufnahme allerdings nicht der Realität mit all ihren dynamischen und unvorhersehbaren Entwicklungen. Aufgrund dessen ist zwischen statischer und flexibler Zielplanung zu unterscheiden, während Letztere im Kontext der Sozialen Arbeit stets bevorzugt anzuwenden ist (vgl. ebd., S. 109ff.).

Nachdem nun neben einigen grundlegenden Eigenschaften und systematischen Erläuterungen auch zahlreiche Herausforderungen in Bezug auf die Soziale Diagnostik genannt wurden, wird im folgenden Unterkapitel die Brücke von den theoretischen Grundzügen hin zu praktischen Anwendungsformen Sozialer Diagnostik geschlagen.

4.4. Ausgewählte Modelle der Sozialen Diagnostik

Wie bereits eingangs erwähnt, dient dieser Abschnitt der Forschungsarbeit dazu, einige bestehende Modelle der Sozialen Diagnostik anhand ihrer wichtigsten Eckpunkte zu erläutern, um zu einem späteren Zeitpunkt ebendiese Modelle einer Analyse hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit und Praktikabilität im Bereich der Wohnungslosenhilfe zu unterziehen.

Die hier angeführten Modelle stellen selbstverständlich nur eine Teilmenge der etablierten und in der Praxis gängigen Diagnoseinstrumente dar. Die Entscheidung darüber, welche Modelle im Rahmen dieser Forschungsarbeit genauer beleuchtet werden sollen, traf der Autor unter Berücksichtigung von Faktoren wie beispielsweise der Zielgruppendefinition oder dem Umfang der einzelnen Tools. Die Auswahl wurde außerdem so getroffen, dass eine möglichst breite Abdeckung der unterschiedlichen Betrachtungswinkel bzw. Untersuchungsbereiche der Sozialen Arbeit (zum Beispiel Biografie, vorhandene Ressourcen, Soziale Inklusion etc.) gewährleistet werden kann. Die hierfür getroffene Auswahl bestehender Modelle beinhaltet mit der Visuellen Ersteinschätzung, der Netzwerkkarte, der Personalliste und dem Biografischen Zeitbalken gleich vier von Peter Pantuček geprägte Instrumente. Diese beziehen sich jeweils auf einen speziellen diagnostischen Aspekt wie beispielsweise die soziale Eingebundenheit der KlientInnen. Um nicht nur verschiedene Lebensbereiche gesondert zu betrachten, sondern auch ganzheitliche Perspektiven einfließen zu lassen, wurden

zusätzlich die PRO-ZIEL Basisdiagnostik von Maja Heiner und das aus der deutschen Therapieforschung stammende System PREDI in die Auswahl aufgenommen.

In den folgenden Absätzen sollen die Charakteristika, durch welche die genannten Modelle gekennzeichnet sind, herausgearbeitet werden. Eine weiterführende Analyse hinsichtlich der Eignung einzelner Bestandteile für den Einsatz im Rahmen einer maßgeschneiderten Diagnostik in der Wohnungslosenhilfe erfolgt in Kapitel „6.3.1. Analyse bestehender Konzepte“.

4.4.1. Visuelle Ersteinschätzung

Ein Vorgang, der nicht nur in der Sozialen Arbeit, sondern auch im alltäglichen Leben fester Bestandteil von zwischenmenschlichen Begegnungen ist, besteht in der visuellen Beurteilung des Gegenübers. Diese größtenteils unbewusst und automatisiert ablaufenden Prozesse der Einschätzung anderer anhand ihres Auftretens und ihres Aussehens können im Kontext Sozialer Arbeit allerdings auch zur bewussten und gezielten Akquisition von Informationen genutzt werden. Diese Form der Informationsgewinnung wird als Sichtdiagnose bezeichnet. Ziel der Sichtdiagnose ist es, sich nicht von stereotypen Kategorisierungen aufgrund von Äußerlichkeiten verleiten zu lassen, sondern systematisch und möglichst objektiv Eindrücke wahrzunehmen und festzuhalten, damit diese in Kombination mit zahlreichen anderen Informationen ein ganzheitliches Bild ergeben (vgl. ebd., S. 129f.).

Ein konkretes Modell von Sichtdiagnose wird von Pantuček als „Visuelle Ersteinschätzung“ bezeichnet. Hierbei geht es darum, in den ersten Momenten eines Aufeinandertreffens (beispielsweise im Rahmen eines Beratungsgesprächs) bestimmte vor allem visuelle Aspekte am Gegenüber wahrzunehmen und auf kurze und prägnante Weise festzuhalten. Diese Einschätzung erfolgt auf zwei Ebenen. Zunächst geht es darum, Informationen über die Person selbst zu sammeln. Hierzu zählen beispielsweise Geschlecht, Alter und ethnische Zugehörigkeit sowie der Pflegezustand (gepflegtes Auftreten vs. vernachlässigtes Erscheinungsbild), die Mimik und die körperliche Verfassung (Unter-, Normal- oder Übergewicht etc.). Während es nicht notwendig ist, sämtliche Kategorien „abzuarbeiten“ und zu jedem einzelnen Aspekt eine Notiz zu machen, sollten vor allem besondere Auffälligkeiten festgehalten werden. Die zweite

Ebene betrifft die soziale Wirkung der Person. Darunter werden Faktoren wie die Sprechkultur, die Kommunikationsfähigkeit und die gesprächsbezogene soziale Intelligenz zusammengefasst (vgl. ebd., S. 130f.).

Die Verschriftlichung der Visuellen Ersteinschätzung erfolgt in Form eines einzelnen bzw. einiger weniger Sätze. Pantuček bietet hierzu folgende beiden Beispiele:

- „Die ca. 30 Jahre alte, auffallend große und schlanke Frau erscheint zum Erstkontakt sorgfältig gekleidet und bringt in großer Ruhe ihr Anliegen vor." (ebd., S. 131)

- „Der ca. 40-jährige, mittelgroße Mann wirkt auf den ersten Blick körperlich vernachlässigt und wenig gepflegt, er ist aber frisch rasiert. An seinen Händen sind Ekzeme erkennbar, seine Hände zittern. Er sitzt in zusammengesunkener Haltung. Alkoholgeruch, die Kleidung alt." (ebd., S. 132)

Anhand dieser beiden Beispieldiagnosen ist erkennbar, dass sich mithilfe der visuellen Ersteinschätzung binnen kürzester Zeit und mit wenigen Worten eine Fülle an Informationen sammeln und vermitteln lässt. Für die Anwendung dieses Instruments ist es wichtig zu beachten, dass es lediglich dazu dient, offensichtliche und oberflächliche Aspekte festzuhalten. Diese können zwar im späteren Gesprächsverlauf zur Thematisierung möglicher Probleme herangezogen werden (so kann starkes Untergewicht beispielsweise auf eine Essstörung oder eine bestimmte Krankheit hinweisen), gleichzeitig können und sollen sie aber nicht verwendet werden, um auf Charaktereigenschaften des Gegenübers zu schließen oder ähnliche voreilige Schlüsse zu treffen (vgl. ebd., S. 131).

4.4.2. Netzwerkkarte

Bei der Netzwerkkarte handelt es sich um ein Instrument der Netzwerkdiagnostik. Diese Form der Sozialen Diagnostik dient der Darstellung der lebensweltlichen Beziehungen und Netzwerke, im Rahmen derer sich die KlientInnen bewegen. Aus dem Pool der Modelle zur Netzwerkdiagnostik wurde die Netzwerkkarte gewählt, da sich diese in den letzten Jahren immer stärker in der Praxis etablieren konnte und somit bereits einigen potentiellen AnwenderInnen geläufig sein dürfte.

Die Vorteile der Netzwerkkarte als Form der Repräsentation von sozialen Beziehungen bestehen vor allem darin, dass es sich dabei um ein bildgebendes Verfahren handelt, dessen Interpretation nicht ausschließlich den ProfessionistInnen vorbehalten bleibt. Auch die KlientInnen selbst erhalten einen zugänglichen Überblick über ihre soziale Einbindung. Zudem eignet sich dieses Instrument hervorragend für einen kooperativen Diagnoseprozess zwischen ErstellerIn (SozialarbeiterIn) und Ankerperson (KlientIn). Wie diese Rollenverteilung bereits nahelegt, wird die Netzwerkkarte durch die betreuende Person erstellt, der Erstellungsvorgang sollte allerdings idealerweise im Beisein der abzubildenden Person vonstatten gehen. Dabei besteht die Auswahl zwischen der analogen Erstellung unter Zuhilfenahme von Papier und Bleistift auf der einen Seite und der digitalen Variante mithilfe der frei verfügbaren Software „easyNWK“ auf der anderen Seite. Letztere Vorgehensweise ermöglicht eine erweiterte Interpretation der Ergebnisse anhand von automatischen Kennzahlenberechnungen, die zusätzlichen Aufschluss über die Beschaffenheit von lebensweltlichen Netzwerken geben (vgl. ebd., S. 186).

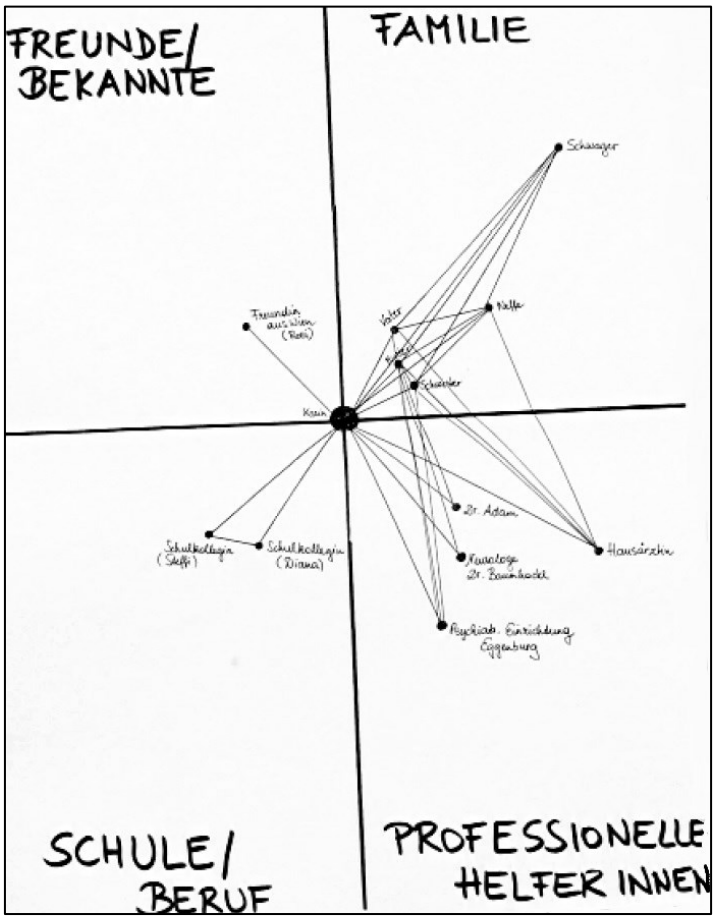


Abbildung 7: Beispiel einer analogen Netzwerkkarte (Pantuček 2010b, o.S.)

Wie aus der eben gezeigten Beispielgrafik ersichtlich ist, besteht die Netzwerkkarte aus Punkten bzw. Knoten, die für einzelne Personen stehen, und Linien bzw. Kanten, welche die Beziehungen zwischen diesen Personen symbolisieren. Im Zentrum des Systems steht die Ankerperson, also die/der KlientIn. Die Personen in ihrem Umfeld werden anhand ihrer Zugehörigkeit zu den Sektoren Familie, Freunde/Bekannte, KollegInnen und professionelle HelferInnen unterteilt und innerhalb des jeweiligen Sektors in Form eines Knotens festgehalten. Die Distanz des Knotens zur Ankerperson ist metaphorisch für die zwischenmenschliche Nähe/Distanz, von der die Beziehung zu der Person geprägt ist. Besteht zwischen der Ankerperson und einer relevanten Person aktuell kein Kontakt (dies kann vor allem auf einzelne Familienangehörige zutreffen), so wird diese zwar in die Netzwerkkarte aufgenommen, erhält jedoch keine Kante bzw. Verbindungslinie zur Ankerperson. Die Knoten werden schließlich auch untereinander (gegebenenfalls auch über Sektorengrenzen hinweg) verbunden, sofern die dadurch repräsentierten Personen miteinander in Kontakt stehen (vgl. ebd., S. 191-219).

Bei der Anwendung der Netzwerkkarte ist vor allem darauf zu achten, dass genügend Zeit zur Verfügung steht. Etwa eine Stunde reicht in der Regel aus, um die beiden Phasen der Erstellung und der Nachbesprechung adäquat durchzuführen. Dabei sollte in der Erstellungsphase vonseiten der ProfessionistInnen darauf verzichtet werden, zu detailliert auf einzelne Beziehungen einzugehen oder vermeintlich unrealistische Konstellationen zu kritisieren. Zwar können und sollen in der Erstellungsphase durch gezieltes Nachfragen einzelne Aspekte konkretisiert werden, eine umfangreiche Reflexion der erstellten Grafik sollte allerdings erst in der zweiten Phase der Nachbesprechung stattfinden. Hier hat zunächst die/der Betroffene das Wort und wird gebeten, das eben erstellte Netzwerk zu kommentieren. Anschließend ist die betreuende Person gefragt, ihre professionelle Sichtweise einzubringen und mithilfe des grafischen Materials gezielt Fragen aufzuwerfen, um Reflexionsprozesse anzuregen und mögliche Themen zur weiteren Bearbeitung aufzumachen (vgl. ebd.).

Bei der Auswertung der mithilfe der Netzwerkkarte erhobenen Informationen können zentrale Merkmale des sozialen Umfelds der KlientInnen an bestimmten Kennzahlen abgelesen werden. So gibt die Netzwerkgröße (entsprechend der Anzahl der eingezeichneten Knoten mit Verbindung zur Ankerperson) einen Überblick darüber, wie

stark ausgebaut das Beziehungsnetz der betreffenden Person ist. Hier gelten beispielsweise Netzwerke mit 40 oder mehr Knoten als gut ausgebaut. Allgemein gilt, dass es Personen mit höherem sozialen Status einfacher fällt, eine größere Anzahl von Beziehungen (darunter eine Vielzahl schwacher Beziehungen, sogenannte „weak ties“) zu erhalten. KlientInnen der Sozialen Arbeit weisen meist eine bedeutend geringere Anzahl an Beziehungen innerhalb ihres sozialen Netzes auf (in der Regel zwischen 6 und 20 aufrechte Beziehungen). Die Dichte des erhobenen Netzwerks gibt Aufschluss darüber, wie sehr die mit der Ankerperson in Beziehung stehenden Personen untereinander in Kontakt stehen. Je höher die Dichte, desto enger sind die Personen innerhalb des sozialen Umfelds miteinander „verwoben“. Eine hohe Dichte mag vielleicht mit einem in sich geschlossenen und stabilen Kreis an Bezugspersonen in Verbindung gebracht werden, tatsächlich schränken sehr dichte Netzwerke die Autonomie und Flexibilität ihrer Mitglieder stark ein. Außerdem ist die Art und Weise, auf die sich die erfassten Personen/Knoten auf die vier Sektoren verteilen von großer Bedeutung. Je nach aktueller Lebenslage können einzelne der Sektoren entsprechend stark oder schwach „bevölkert“ sein. Zentrale Bezugspersonen mit unterschiedlichen Funktionen innerhalb des sozialen Netzes lassen sich ebenso ausmachen wie Subgruppierungen – sogenannte „Cluster“ (vgl. ebd.).

Trotz ihrer vergleichsweise simplen Funktionsweise und der auf Kooperation basierenden Anwendung handelt es sich bei der Netzwerkkarte also um ein durchaus mächtiges Diagnoseinstrument, mit dessen Hilfe gleichzeitig Reflexionsprozesse angestoßen und eine Vielzahl relevanter Informationen gesammelt werden können. Die Ergebnisse der Netzwerkdiagnose können im weiteren Verlauf des Unterstützungsprozesses herangezogen werden, um gemeinsam mit den KlientInnen gezielte Strategien zur Stabilisierung des sozialen Netzwerks oder zur Verbesserung einzelnen Beziehungen zu entwickeln.

4.4.3. Personalliste

Wie aus der eben dargelegten Beschreibung der Netzwerkkarte hervorgeht, handelt es sich dabei um ein äußerst praktikables Diagnosewerkzeug, das allerdings auch entsprechend viel Zeit (ca. 40-60 Minuten) in Anspruch nimmt und aufgrund des

kooperativen Erstellungsprozesses ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen SozialarbeiterIn und KlientIn voraussetzt. Aufgrund dessen ist die Netzwerkkarte für kurzfristige bzw. punktuelle Beratungssettings nicht besonders geeignet. Ein simples Instrument, welches im Rahmen von Kurzberatungen oder Erstkontaktgesprächen möglicherweise besser geeignet wäre, um das soziale Umfeld einer Person in seinen Grundzügen zu erfassen, ist die Personalliste.

Bei der Personalliste handelt es sich genau genommen nicht um eine Form der Netzwerkdiagnose, sondern um ein von Peter Pantuček entwickeltes Notationssystem, das die fallbeteiligten Personen oder „(Mit-)SpielerInnen" erfasst. Welche Personen als „fallbeteiligt" gelten, wird durch das zu bearbeitende Problem bestimmt. Als beteiligt gelten jene Personen, die von dem bestehenden Problem betroffen oder an dessen Bearbeitung beteiligt sind bzw. sein können. Dabei wird sowohl der Fallraum (bestehend aus sämtlichen in den Fall involvierten Personen) als auch der Interventionsraum (jene Beteiligten, zu denen vonseiten der fallführenden Fachkraft bereits Kontakt hergestellt wurde) umrissen. So erhält der/die ProfessionistIn in kürzester Zeit einen Überblick über wichtige MitspielerInnen und deren potentiell noch zu erschließende Ressourcen (vgl. ebd., S. 156ff.).

Personalliste Fall Rudas erstellt am: TT.MM.JJJJ					
Institution	Krisenzentrum XY				
SozialarbeiterIn	Gertrude Kaiser				
	Name	Alter	Rolle	Institution	Kontakt
1	Paul Rudas	13	Klient	Hsh 1	+
2	Jolanda Nemeth	38	Mutter (Heimhelferin)	Hsh 1	+
3	Tamara Nemeth	5	Schwester	Hsh 1	-
4	Tadeusz Szypanski	47	Vater	unbek. Aufenthalt	-
5	Johann Stadler	?	Ex-Stiefvater	Hsh 2	+
6	Frau Keller	~30	Sozialarbeiterin	AJF	+
7	Frau Baric	~25	Sozialarbeiterin	AJF	+
8	Hr. Dr. N.N.	?	Psychiater	Klinik Spiel	-
9	Frau Stettler	?	Beratungslehrerin	Schule	+
10	Frau Bachinger	?	Klassenlehrerin	Schule	+
11	Fr. Gottschlich	?	Integrationslehrerin	Schule	+
12	Fr. Malina	?	Psychologin	Schule	+
13	Sigrid Studer	?	Horterzieherin	Hort	+
14	Fr. Rambousek	?	Psychologin	Kriseneinrichtung	+

Abbildung 8: Beispiel einer Personalliste (vgl. ebd., S. 157)

Anhand dieser Beispielgrafik können die Systematik und die ungefähre Form der Personalliste gezeigt werden. Was die Handhabung dieser Notation betrifft, so handelt es sich dabei ebenfalls um ein kooperatives Verfahren, bei dem im Idealfall SozialarbeiterIn und KlientIn gemeinsam an der Erstellung der Personalliste arbeiten. Bei ausreichender Datenlage kann die Erstellung zur Not auch ohne das Beisein der betroffenen Person erfolgen. Begonnen wird stets mit der Ankerperson, also der Klientin bzw. dem Klienten selbst, danach folgen Haushaltsangehörige, Freunde, Verwandte und letztlich relevante institutionelle AkteurInnen. Beim Notationsvorgang selbst weist Pantuček darauf hin, dass auf eine möglichst genaue Eintragung der Daten zu achten ist, denn auch wenn der genaue Name und das Alter einer beteiligten Person eventuell nebensächlich erscheinen mögen, so kennzeichnen diese Merkmale dennoch den Personen- bzw. Mitmenschenstatus der MitspielerInnen. Zudem birgt beispielsweise das Alter der Person eine Reihe von versteckten Erwartungen, Möglichkeiten, Grenzen und Rollenkonflikten. In den Kategorien „Rolle“ und „Institution“ werden zum einen die Beziehung zur Ankerperson und zum anderen das jeweilige soziale Referenzsystem (zum Beispiel bei getrennt lebenden Eltern der Haushalt des Vaters und der der Mutter) erfasst. Zuletzt wird in der Kontaktspalte festgehalten, ob die Person bereits „ins Spiel gebracht“, also vonseiten der fallführenden Fachkraft bereits kontaktiert und in die Problembearbeitung einbezogen wurde. Aus dieser letzten Information ergibt sich schließlich der zuvor erwähnte Interventionsraum und es wird klar sichtbar, welche Personen samt ihrer Ressourcen noch nicht einbezogen bzw. aktiviert wurden (vgl. ebd., S. 158ff.).

Ähnlich wie bei der zuvor behandelten Netzwerkkarte können auch aus der Personalliste bestimmte Schlüsse gezogen bzw. Interpretationen abgeleitet werden. Zentrale Fragen diesbezüglich betreffen etwa die Zahl der involvierten Personen, deren Interessen und Ressourcen hinsichtlich einer möglichen Problemlösung sowie die notwendigen Schritte, um diese Personen aktiv in den Problemlösungsprozess zu inkludieren (vgl. ebd., S. 162).

Mithilfe der Personalliste werden auf effiziente und zeitsparende Art und Weise essentielle Daten gesammelt, welche im späteren Verlauf der Fallbearbeitung als Grundlage für weitere Schritte wie beispielsweise die Interventionsplanung dienen können. Zudem kann so verhindert werden, dass bestimmte fallbeteiligte Personen unbewusst aus dem Unterstützungsprozess ausgeklammert werden.

4.4.4. Biografischer Zeitbalken

Nachdem durch die bislang behandelten Diagnoseverfahren die Bereiche der äußerlichen Merkmale und der sozialen Eingebundenheit abgedeckt wurden, soll an dieser Stelle mit der Erhebung biografischer Informationen fortgesetzt werden.

Um einen Menschen, dessen Verständnis von sich selbst und der Welt sowie seine Verhaltensweisen verstehen zu können, ist die Kenntnis der diese Person betreffenden biografischen Einzelheiten von großer Bedeutung. Um diese Details zu erheben, gibt es in der Sozialen Diagnostik vor allem zwei Herangehensweisen. Während mithilfe narrativer Verfahren auf die von den KlientInnen erzählte Geschichte eingegangen wird, versuchen systematische Ansätze ebenfalls mit einer kooperativen Vorgehensweise aber mit genauerem Fokus auf den punktuellen Ereignissen, deren Eintrittszeitpunkten und Reihenfolge, ein geordnetes Bild der Vergangenheit eines Menschen zu zeichnen (vgl. ebd., S. 226).

Beim Biografischen Zeitbalken handelt es sich um eine Notation bzw. um ein Werkzeug aus der Kategorie der systematischen Verfahren. Das aus der niederländischen Sozialpsychiatrie hervorgegangene Tool systematisiert die individualgeschichtlichen Daten einer Person auf mehreren Ebenen und bereitet diese grafisch auf. Durch die visuelle Repräsentation der Lebensgeschichte eröffnen sich Interpretationsmöglichkeiten für die ProfessionistInnen (Muster können erkannt und Hypothesen gebildet werden), aber auch auf kooperativer Ebene für die Betroffenen selbst, da die Thematisierung bestimmter Zusammenhänge somit leichter eingeleitet werden kann. Bei der Erstellung des Biografischen Zeitbalkens wird sowohl auf die im Rahmen eines Interviews erschlossenen Informationen der KlientInnen als auch auf die in Akten festgehaltenen Fakten zurückgegriffen. Es steht der jeweiligen Fachkraft frei, ohne biografische Vorinformationen in das Interview zu gehen und sich somit ganz auf die Narration des Gegenübers einzulassen, oder sich vorab eingehend mit den vorhandenen Daten zu beschäftigen und die daraus ersichtlichen Informationen bereits im Vorhinein im Zeitbalken festzuhalten, um sie im Zuge des Interviews mit den erzählten Geschichten zu vervollständigen. Obwohl beide Varianten ihre Vorzüge haben, ist Letztere wohl zu bevorzugen, da es in diesem Fall zu einer Einsparung zeitlicher Ressourcen im

Interviewprozess kommt und den Betroffenen außerdem nicht vorgegaukelt wird, dass sie in den Augen der Organisation unbeschriebene Blätter sind (vgl. ebd., S. 227ff.).

In Bezug auf die zur Erstellung des Biografischen Zeitbalkens verwendeten Hilfsmittel kann entweder der analoge Weg mit (Blei-)Stift und Papier oder der digitale Weg mittels vorgefertigter Textverarbeitungs- oder Tabellenkalkulations-dokumente eingeschlagen werden. Diesbezüglich weist Peter Pantuček (2012) auch darauf hin, dass die Fachhochschule St. Pölten mit der Software „easybiograph“ bereits ein kostenfreies Tool zur digitalen Erstellung solcher Zeitbalken veröffentlicht hat. Was das dem Erstellungsprozess zugrunde liegende Interview betrifft, ist es ratsam, sich stets so nahe wie möglich an dem Zeitbalken und dessen Gestaltung zu orientieren, um nicht abzuschweifen und so den zeitlichen und thematischen Rahmen zu sprengen. Zwar soll die/der Interviewführende sehr wohl auf die Erzählungen des Gegenübers eingehen und diese kurz kommentieren bzw. abhängig vom behandelten Thema gegebenenfalls auch Mitgefühl, Lob oder Ähnliches äußern, dennoch soll der Fokus immer wieder auf das Instrument zurückgeführt werden. Die Aufmerksamkeit, Blicke und Kommentare der Fachkraft bewegen sich also ständig zwischen der/dem Betroffenen und dem entstehenden Zeitbalken. Ziel ist es, einen Zeitbalken zu kreieren, der möglichst vollständig ist und auf der Basis genauer Daten erzeugt wurde. Aufgrund dessen geht an dieser Stelle Detailliertheit vor zeitlicher Effizienz und abhängig von der Datenlage und dem Erinnerungsvermögen der interviewten Person kann es gegebenenfalls notwendig sein, einen zweiten Interviewtermin zu vereinbaren, um bis dahin bestimmte Informationen zu sammeln bzw. zu verifizieren (vgl. ebd.).

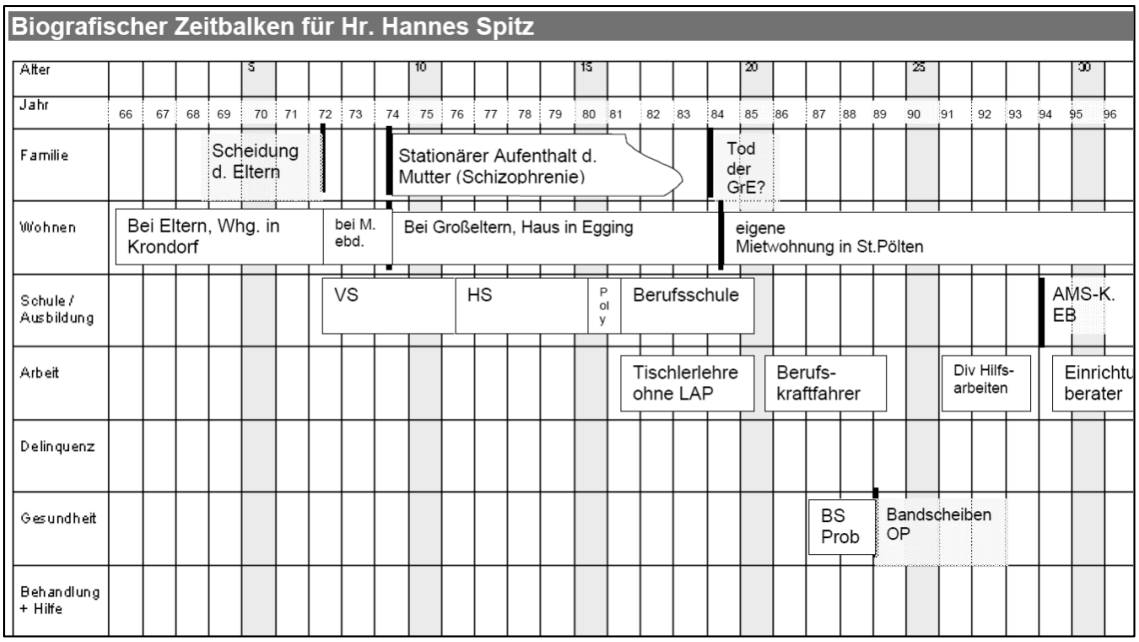


Abbildung 9: Beispiel eines Biografischen Zeitbalkens (Pantuček 2010a, o.S.)

Die bereits erwähnte Mehrdimensionalität dieses Diagnoseinstruments wird durch die Einbeziehung von mindestens sechs zentralen Lebensbereichen erreicht. In der Dimension „Familie“ werden sämtliche Veränderungen des familiären Settings festgehalten, darunter Geburten, Todesfälle, Trennungen und dergleichen. Unter dem Punkt „Wohnen“ werden die Wohnverhältnisse im zeitlichen Verlauf dokumentiert. Als relevant gelten diesbezüglich nicht nur die Wechsel des Wohnraums (Umzüge), sondern auch sämtliche Ein- und Auszüge haushaltsangehöriger Personen. Die Dimensionen „Bildung“ und „Arbeit“ beschreiben den Werdegang der Ankerperson in schulischer und beruflicher Hinsicht. Krankheiten und Beeinträchtigungen physischer und psychischer Natur werden in die Kategorie „Gesundheit“ eingetragen und medizinische, sozialarbeiterische sowie therapeutische Hilfen werden in der Dimension „Behandlung/Hilfe“ dargestellt. Zuletzt besteht die Option, noch eine Zeile mit dem Titel „Sonstiges“ bzw. eine leere Zeile in den Zeitbalken zu inkludieren. Hier sollen jene Ereignisse verzeichnet werden, die nicht eindeutig in eine der anderen Dimensionen einzuordnen sind. Beispiele hierfür wären etwa Kriege, Umweltkatastrophen oder andere beeinflussende Faktoren (vgl. ebd., S. 231f.).

Ist die Erstellung des Zeitbalkens abgeschlossen, stehen im Rahmen der Interpretation der Ergebnisse einige analytische Perspektiven zur Verfügung. Die offensichtlichste

Betrachtungsweise bezieht sich auf die einzelnen Dimensionen und deren Ausgestaltung. Hier gilt es zu hinterfragen, wodurch die jeweilige Dimension im Speziellen gekennzeichnet ist bzw. inwieweit sich ihre Entwicklung von einem „normalen“ – oder besser gesagt von einem aus der lebensweltlichen Perspektive der Ankerperson erwartbaren – Verlauf unterscheidet. Ebenso aufschlussreich wie die in den jeweiligen Zeilen verzeichneten Ereignisse können die durch ihre Absenz entstehenden Leerräume sein. Beispielhaft für solche interessanten Lücken wären etwa Phasen der Arbeitslosigkeit oder das Fehlen partnerschaftlicher Beziehungen. Schließlich lassen sich auch zeitliche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dimensionen hervorragend aus der entstandenen Grafik ablesen. So kann beispielsweise festgestellt werden, welche Ereignisse in verschiedenen Lebensbereichen zeitlich nah aufeinander gefolgt sind. Außerdem kann die aktuelle Lebenssituation ebenso mit ähnlichen Situationen in der Vergangenheit in Verbindung gebracht werden, und so können wiederum bestimmte Muster herausgearbeitet werden (vgl. ebd., S. 236f.).

Mit dem Biografischen Zeitbalken haben in der Sozialen Arbeit tätige Fachkräfte also die Möglichkeit, unter überschaubarem Ressourcenaufwand und auf vergleichsweise simple Art und Weise einen umfassenden Überblick über die essentiellen Bestandteile der Lebensgeschichten ihrer KlientInnen zu erhalten.

4.4.5. PRO-ZIEL Basisdiagnostik

Im Anschluss an die bisher präsentierten Modelle Sozialer Diagnostik, welche sich in erster Linie mit einem bestimmten lebensweltlichen Aspekt der KlientInnen befassen, folgen nun jene Tools, die auf eine ganzheitlichere Erfassung der KlientInnen und der sie umgebenden Fallkonstellationen abzielen. In der Regel fallen diese Instrumente um einiges umfangreicher aus und beruhen auf vorgefertigten Diagnosebögen. Eines dieser Diagnosewerkzeuge ist die sogenannte PRO-ZIEL Basisdiagnostik, die von Maja Heiner entwickelt und in ihrem 2004 erschienen Handbuch zur Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit vorgestellt wurde.

Im Gegensatz zu einer Vielzahl anderer Verfahren der Sozialen Diagnostik beschränkt sich die PRO-ZIEL Basisdiagnostik nicht auf die Analyse der aktuellen Lage, der Ressourcen und der Problemstellungen einer in Betreuung befindlichen Person. Ein

zweiter Fokus wird hier nämlich auf den Interventionsprozess und dessen fortwährende Evaluation gelegt. Ziel ist es also, die Entwicklung einer Person zu verstehen und gleichzeitig den Interventionsprozess mit den dazugehörigen Hürden und Zwischenerfolgen abzubilden. Dieser Brückenschlag erfolgt durch die Einbeziehung von Zielformulierungen und Zielvereinbarungen und basiert demzufolge – wiederum im Kontrast zu anderen ganzheitlich angelegten Diagnoseverfahren – auf einem dialogischen Diagnoseprozess. Heiner spricht deswegen auch von einem „PROzessbegleitenden, ZIELorientieren Konzept einer tätigkeitsfeldüber-greifenden, multiperspektivistischen dialogischen Diagnostik“. Daher leitet sich auch die Bezeichnung dieses Diagnosesystems ab (vgl. Heiner 2004, S. 218f.).

Bei der PRO-ZIEL Basisdiagnostik handelt es sich um ein aus vier Elementen bestehendes Instrumentarium. Dieses setzt sich aus einem Leitbogen, einem Ergänzungsbogen und zwei Vertiefungsbögen zusammen. An dieser Stelle soll vor allem auf den für die vorliegende Forschungsarbeit vorrangig relevanten Leitbogen eingegangen werden. Im Anschluss werden sowohl der Ergänzungsbogen als auch die beiden Vertiefungsbögen umrissen, um bei Bedarf einem genaueren Studium durch die LeserInnen unterzogen werden zu können.

Der Leitbogen – also das Basismodul – ist im Wesentlichen im Sinne eines „teilstandardisierten Analyse- und Dokumentationsrasters“ konzipiert. Dabei werden auf zwei Seiten sowohl eine Bestandsaufnahme inklusive Problem- und Ressourcennotation, als auch der Aspekt der Interventionsplanung und -evaluation behandelt. Im Zuge der Bestandsaufnahme kommt es zur kooperativen Erschließung der Ist-Situation zwischen KlientIn und Fachkraft bezogen auf 32 ausgewählte Faktoren (vgl. ebd., S. 221). Diese Faktoren werden dabei in folgende sieben Lebensbereiche (samt exemplarischer Nennung der dazugehörigen Faktoren) zusammengefasst:

1. Gesundheit / Befindlichkeit (körperliche Gesundheit, Leistungsvermögen, Selbstbild etc.)
2. Familie / Partnerschaft (Elternschaft, Beziehung zu Eltern und Verwandten, wichtige Bezugspersonen etc.)
3. Ausbildung / Beschäftigung (Schule/Ausbildung, Arbeitsmarktsituation und -chancen etc.)

4. Einkommen / Finanzen (Vermögen, Transfereinkommen, finanzielle Verpflichtungen etc.)
5. Unterkunft / Umfeld / Infrastruktur (eigene Wohnung, Wohnumfeld etc.)
6. Soziale / kulturelle Integration (Legalstatus, Integration im Wohnumfeld, soziale Kontakte etc.)
7. Beziehung Klient / Fachkraft (Kooperation, Erleben etc.)

(vgl. ebd., S. 222)

Für jeden der obenstehenden Lebensbereiche sind im Raster zwei Rubriken für die Dokumentation von diesbezüglichen Informationen vorgesehen. In der ersten Rubrik mit dem Titel „Bestandsaufnahme“ sollen in eigenen Worten Informationen zur Art und Dauer des Problems sowie zu dem Umgang der KlientInnen mit eben diesem Problem bzw. ihren diesbezüglich relevanten Ressourcen festgehalten werden. In der zweiten Rubrik, die erneut in Form eines Rasters gestaltet wurde, wird sowohl vonseiten der KlientInnen als auch von den Fachkräften eine Einschätzung hinsichtlich des empfundenen Grads der Belastung getroffen. Diese Einschätzungen beziehen sich jeweils auf einen der 32 Faktoren und rangieren auf einer fünfteiligen Skala zwischen „n“ wie „niedrig“ und „h“ wie „hoch“. Sämtliche Einschätzungsskalen sind in dreifacher Ausführung vorhanden, sodass die zu Beginn getroffene Einschätzung mit denen verglichen werden kann, die im weiteren Verlauf des Unterstützungsprozesses hinzukommen. Der Vorgang des Ausfüllens bzw. der Diagnoseerstellung sollte dabei in Etappen organisiert sein. So sollten etwa im Erstkontakt- oder Aufnahmegespräch lediglich jene Faktoren thematisiert werden, die aus Sicht der Ankerperson vorrangig zu behandeln sind. Dieses Initialgespräch nimmt somit in der Regel nicht mehr als 45 Minuten in Anspruch. Erst im Rahmen von ein bis zwei weiteren Gesprächen sollten die restlichen Faktoren zumindest oberflächlich adressiert werden. Eine entsprechende Vertiefung einzelner wichtiger Themen kann in anschließenden Gesprächen erfolgen (vgl. ebd., S. 220ff.).

Auf der zweiten Seite des Leitbogens kommt es, wie bereits zuvor angekündigt, zur Dokumentation relevanter Informationen hinsichtlich der geplanten und erfolgten Interventionen. Hierbei werden zunächst für die zu bearbeitenden Lebensbereiche jeweils Ziele formuliert und mit einem (Erstellungs-)Datum versehen. Daraufhin werden

mindestens alle sechs Monate in der darauffolgenden Rubrik sämtliche Veränderungen in den jeweiligen Lebensbereichen festgehalten. Bei diesen Veränderungen wird unterschieden zwischen jenen Veränderungen, die aus der Kooperation von KlientIn und Fachkraft entstanden sind und jenen, die entweder durch die KlientInnen in Eigenregie oder durch Dritte bzw. Umwelteinflüsse (Krankheiten, Erbschaften etc.) hervorgerufen wurden. Zuletzt verfügt auch diese Seite des Leitbogens über zwei Raster zur Erfassung der erlebten Belastung in den einzelnen Lebensbereichen. Hier gilt es, die Einschätzungen der KlientInnen und ProfessionistInnen einerseits zum Zeitpunkt der Zielfindung und andererseits zum Zeitpunkt der Evaluation zu vermerken und so festzustellen, inwiefern es zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Situation gekommen ist (vgl. ebd., S. 221ff.).

Zusätzlich zum Leitbogen, dessen Funktionsweise eben erläutert wurde, beinhaltet die PRO-ZIEL Basisdiagnostik auch einen Ergänzungsbogen mit dem Titel „Zielbezogene, mehrperspektivische Lageanalyse“. Der Ergänzungsbogen sollte immer dann zur Anwendung kommen, wenn es um die Interventionsplanung in Bezug auf komplexere Ziele bzw. Probleme geht. Von komplexen Zielen und Problemen wird in diesem Zusammenhang vor allem dann gesprochen, wenn die KlientInnen bei deren Bearbeitung mit unterschiedlichen Erwartungen konfrontiert werden, die Zielvorstellungen zu global oder zu vage sind oder wenn widersprüchliche Ziele verfolgt werden. Außerdem kann dieser Bogen zur Anwendung gebracht werden, wenn bereits vereinbarte Ziele ohne offensichtlichen Grund über einen längeren Zeitraum hinweg nicht erreicht werden konnten. Die Gegensätze und andere Schwierigkeiten bei der Bearbeitung eines Problems sollen dadurch aufgelöst werden, dass versucht wird, die Perspektiven mehrerer fallbeteiligter Personen einzunehmen, um danach ihre Sichtweise und ihre Erwartungen in Bezug auf das bestehende Problem niederzuschreiben. Dies kann entweder durch die direkte Einbeziehung der beteiligten Personen oder durch die Analyse von Erzählungen der KlientInnen bzw. Ankerpersonen erfolgen (vgl. ebd.).

Abschließend soll hier noch kurz auf die beiden zuvor erwähnten Vertiefungsbögen eingegangen werden. Der erste Vertiefungsbogen beschäftigt sich mit der „biografiebezogenen Zielanalyse“. Gemeint ist damit die Analyse bestehender Ziele der KlientInnen vor dem Hintergrund der im Laufe ihrer Biografie bereits unternommenen

Lösungsversuche. Es werden sowohl die subjektiv empfundene Wichtigkeit bzw. Bedeutung des Ziels als auch die Diskrepanz zwischen der aktuellen Situation und der zu erreichenden Zielvorstellung erfasst. Zudem wird festgehalten, wie nahe der bislang beste Lösungsversuch an die Erreichung des betreffenden Ziels herangereicht hat. Auf diese Weise sollen Zielsetzungen reflektiert und auf ihre Realisierbarkeit hin überprüft werden. Auch eine Über- bzw. Unterschätzung der eigenen Problembewältigungskapazitäten kann so eventuell herausgearbeitet werden. Im zweiten Vertiefungsbogen geht es um die „Analyse der Funktion problematischen Verhaltens". Konnten bestimmte Ziele mehrmals nicht erreicht werden und haben die zuvor behandelten Analysebögen zu keinem Ergebnis geführt, dann kann im Zuge dieses letzten Bestandteils der PRO-ZIEL Basisdiagnostik versucht werden, sogenannte Motivationsdiskrepanzen sichtbar zu machen. Mit Motivationsdiskrepanzen sind Ambivalenzen im Denken der KlientInnen gemeint, die eine erfolgreiche Bearbeitung eines Problems behindern. Möglicherweise beinhaltet das Scheitern bei der Zielverfolgung einige versteckte, von den KlientInnen als positiv empfundene Konsequenzen. Möglich wäre auch, dass die KlientInnen sich vor den vermeintlich negativen Auswirkungen einer erfolgreichen Problembearbeitung fürchten. Ein klassisches Beispiel für solche Motivationsdiskrepanzen wäre das auffällige Kind, das ständig Ärger in der Schule hat, während es lediglich versucht, die zerstrittenen Eltern in der Sorge um sein deviantes Verhalten wieder zu vereinen. Um Barrieren dieser Art sichtbar zu machen, stellt der zweite Vertiefungsbogen eine Orientierungsstütze für die Fachkräfte dar, mit deren Hilfe es ihnen ermöglicht werden soll, gezielt einzelne konkrete Situationen bzw. Handlungssequenzen zu beleuchten und so widersprüchliche Handlungspläne ausfindig zu machen. Auch die klassische „Wunderfrage" (Was wäre, wenn ein Wunder geschähe und das Problem wäre plötzlich nicht mehr da?) ist Teil des zweiten Vertiefungsbogens und soll die vonseiten der KlientInnen antizipierten Konsequenzen einer Problemlösung leichter verständlich machen (vgl. ebd., S. 228ff.).

Hinsichtlich der praktischen Anwendung der PRO-ZIEL Basisdiagnostik geben Liss Dongus und Harald Uetz (2004) noch einige essentielle Hinweise. Zunächst sei es – wie bereits zuvor erwähnt – von großer Wichtigkeit, die KlientInnen nicht dadurch zu überfordern, dass gleich zu Beginn der gesamte Leitbogen mit allen darin enthaltenen Faktoren bearbeitet wird. Dongus und Uetz weisen erneut darauf hin, dass hierbei Prioritäten zu setzen sind und die übrigbleibenden Faktoren kontinuierlich in weiteren

Sitzungen behandelt werden sollten. Was den empfohlenen Anwendungsmodus betrifft, so sprechen sie sich dafür aus, entweder in jeder Beratungseinheit einen zeitlich begrenzten Abschnitt für die Diagnosearbeit zu reservieren, oder während der Beratung auf die Diagnosetätigkeit zu verzichten und erst im Anschluss an die Sitzung die behandelten Themen im Leitbogen festzuhalten. Zudem ist es ratsam, den Diagnosebogen stets parat zu haben, da jederzeit für die Diagnose relevante Themen zur Sprache kommen können. Im Zuge der Zielformulierung auf der zweiten Seite des Leitbogens sollte zeitgleich mit der Formulierung eines Ziels auch ein Evaluationsdatum eingetragen werden, um sicherzustellen, dass der zukünftige Fortschritt planmäßig bewertet wird. Als potentielle Herausforderungen in Zusammenhang mit der Anwendung der PRO-ZIEL Basisdiagnostik identifizieren Dongus und Uetz zum einen die hohen Anforderungen an die Qualität des Klient-Sozialarbeiter-Interaktionssystems und zum anderen die teilweise auf Fachtermini zurückgreifende Sprache des Leitbogens. So haben sie vor allem bei erst kürzlich in Betreuung befindlichen KlientInnen die Erfahrung gemacht, dass mangelndes Interesse an dem geplanten Diagnoseprozess zu Problemen führen kann und deshalb die diesbezügliche Motivation und Bereitschaft zur Mitarbeit der KlientInnen unbedingt im Vorhinein abzuklären ist. Die für die KlientInnen zum Teil schwer verständlichen Faktorenbezeichnungen wie „Alltagsbewältigung“ oder „Transfereinkommen“ müssen durch die Fachkraft übersetzt und so den KlientInnen zugänglich gemacht werden. Als besonders hilfreich empfinden die beiden Autoren die an die einzelnen Faktoren angefügte Belastungseinschätzung, da sie eine konsensuelle Festlegung von Prioritäten ermöglicht, sodass bestimmte Lebensbereiche in den Fokus gerückt und andere in Abstimmung mit den Betroffenen zunächst ausgeklammert werden können (vgl. Dongus/Uetz 2004, S. 241-248).

Bei der von Maja Heiner entwickelten PRO-ZIEL Basisdiagnostik handelt es sich also um ein durchaus mächtiges Diagnoseinstrument, das mit dem Leitbogen eine ressourcenschonende Diagnosemöglichkeit bietet und gleichzeitig unter Einbeziehung der drei weiteren Bögen eine äußerst umfassende Analyse der Lebenssituation des Gegenübers ermöglicht.

4.4.6. PREDI

Das Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostiksystem PREDI ist das letzte aus der hier präsentierten Reihe von Diagnosemodellen. Ähnlich wie bei dem Modell der PRO-ZIEL Basisdiagnostik handelt es sich hierbei um ein ganzheitliches Diagnostiksystem, das sich aus mehreren Elementen bzw. Modulen zusammensetzt. Die erste Version des Tools entstand aus einer im Jahr 1995 gestarteten Initiative des Deutschen Caritasverbands e.V. und des Instituts für Therapieforschung. Ziel war es damals, die Perspektive der ExpertInnen um die der Betroffenen zu erweitern und neben der Problemerhebung vor allem auch Ressourcen- und Veränderungspotentiale in den Vordergrund zu rücken. Die Version 1.0 wurde 1996 von Heinrich Küfner und Michaela Vogt veröffentlicht. Die mehrmalige Überarbeitung des Systems resultierte in der aktuell in Anwendung befindlichen Version 3.0, welche im Zuge dieser Forschungsarbeit einer überblicksmäßigen Analyse unterzogen werden soll (vgl. Küfner/Coenen/Indlekofer 2006, S. 20).

Bevor die einzelnen Bestandteile von PREDI behandelt werden, soll an dieser Stelle zunächst auf die Grundstruktur der Diagnose und auf die dabei beurteilten Lebensbereiche eingegangen werden. Folgende neun Lebensbereiche samt etwaiger Subbereiche stehen hierbei im diagnostischen Fokus:

1. Alltagssituation (Tagesstrukturierung, Bewältigung alltäglicher Aufgaben wie Wäsche waschen, Essen kochen etc.)
2. Wohnsituation (Sicherheit der aktuellen Wohnsituation, Wohnqualität, Pflege der Wohnung etc.)
3. Finanzielle Situation (Einkommen, Vorsorge und Versicherungen, Schulden, genereller Umgang mit Geld etc.)
4. Rechtliche Situation (Rechtlicher Status, Verurteilungen, Haftstrafen etc.)
5. Arbeits- und Ausbildungssituation (Zufriedenheit mit der Arbeits- bzw. Ausbildungssituation, Leistungsmotivation, persönliche Belastbarkeit und gesundheitliche Folgen der aktuellen Arbeitssituation etc.)
6. Körperliche Situation

6.1. Allgemeiner körperlicher Zustand (Fitness, chronische Krankheiten, Dauermedikamentation etc.)
6.2. Gesundheitsverhalten (Bewegung, Ernährung, Bereitschaft medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen etc.)
6.3. Gebrauch bzw. Missbrauch von psychisch wirksamen Substanzen (Alkohol, Tabak und andere Suchtmittel)

7. Psychische Situation
   7.1. Selbstwertgefühl (Selbstbild, Selbstvertrauen etc.)
   7.2. Selbstrealisierung (soziale Durchsetzungsfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstverwirklichung, Ziele und Vorstellungen in Bezug auf die eigene Lebensgestaltung etc.)
   7.3. Selbstkontrolle (Steuerung von Gefühlen und Gedanken, Verarbeitung von Enttäuschungen, Umgang mit Kritik etc.)
   7.4. Realitätsbezug (Wahrnehmungs-, Konzentrations- und Gedächtnisfähigkeiten, allgemeine Intelligenz, soziale Intelligenz, extreme Ansichten über Mitmenschen etc.)
8. Beziehungssituation
   8.1. Partnerschaft (Qualität und Intensität der Partnerbeziehung)
   8.2. Familie/Lebensgemeinschaft (Qualität und Intensität der Beziehungen innerhalb der Familie bzw. Lebensgemeinschaft bei nicht verheirateten Paaren)
   8.3. Soziales Netz (Kontakte außerhalb von Familie bzw. Lebensgemeinschaft)
9. Soziokulturelle Situation (Zugehörigkeit zu sozialen Gruppierungen, Übereinstimmungen mit Normen und Werten des sozialen Umfelds, Engagement bezüglich politischer, sozialer oder kultureller Aktivitäten etc.)

(vgl. ebd., S. 24f.)

Zum Zweck der Erfassung der aktuellen Lebenslage wird jeder der genannten Lebensbereiche auf die diesbezüglichen Probleme, Ressourcen und Veränderungswünsche hin untersucht. Jeder dieser drei Aspekte wird in Form einer sechsstufigen Ratingskala repräsentiert, auf der eine Ausprägung von 0 (keine Probleme/Ressourcen/Veränderungswünsche) bis 5 (sehr stark ausgeprägte

Probleme/Ressourcen/Veränderungswünsche) festgehalten wird. Der jeweilige Skalenwert resultiert aus dem Diagnosegespräch mit der/dem Betroffenen, kann aber auch aufgrund weiterer Informationen (Akten, medizinische Diagnosen, Aussagen relevanter Dritter etc.) angenommen werden. Divergieren die Ansichten von Fachkraft und KlientIn sehr stark (um mehr als 2 Skalenpunkte), so wird diese Diskrepanz explizit festgehalten und kann als Anlass für eine weiterführende Analyse des entsprechenden Lebensbereichs gesehen werden (vgl. ebd., S. 10-19).

Das Diagnosesystem PREDI besteht aus folgenden drei eigenständigen Elementen bzw. Bögen: dem PREDI-Erstkontaktbogen, der PREDI-Kurzdiagnose und der PREDI-Feindiagnose. Der Erstkontaktbogen dient zur Dokumentation der personalen Basisinformationen des Gegenübers und erfüllt somit die Funktion eines herkömmlichen Stammdatenblatts. Zusätzlich können unter anderem Informationen über den Grund der Kontaktaufnahme, das aktuell bestehende HelferInnen-System, kurzfristig notwendige Interventionen und sonstige Eindrücke bzw. Beobachtungen erfasst werden. Das Ausfüllen des Erstkontaktbogens sollte dabei nicht mehr als fünf bis zehn Minuten in Anspruch nehmen (vgl. ebd., S. 49ff.).

Im Rahmen der Kurzdiagnose soll ein diagnostischer Überblick über die bereits erwähnten Lebensbereiche erhoben werden, ohne dabei den umfassenden Aufwand einer differenzierten diagnostischen Aufarbeitung jedes einzelnen Bereichs leisten zu müssen. Zu diesem Zweck kommen die zuvor erwähnten Ratingskalen für die Beurteilung bestehender Probleme, Ressourcen und Veränderungswünsche zum Einsatz. Um die Beurteilung zu erleichtern und transparenter zu gestalten, wurde eine Kriterienliste entworfen, die der Konkretisierung und Veranschaulichung der vorzunehmenden Ratings dienen soll. Zudem liefert das PREDI-Handbuch einen Leitfaden für ein halb-standardisiertes Interview, mit dessen Hilfe die benötigten Informationen in Bezug auf die einzelnen Lebensbereiche erschlossen werden können. Zusätzlich zu den drei Skalen wird in einem vierten Schritt festgehalten, wie der Hilfebedarf durch die Fachkraft eingeschätzt wird. Auch hierfür wird eine Skala zur Verfügung gestellt, deren vier Stufen für keine Hilfe, sofortige Hilfe, notwendige Hilfe und empfohlene Hilfe stehen. Im fünften und letzten Schritt der Kurzdiagnose kann anhand einer Checkbox festgehalten werden, ob eine weitere diagnostische Aufarbeitung des jeweiligen Lebensbereichs im

Rahmen der PREDI-Feindiagnose empfohlen wird. Im Handbuch wird außerdem darauf hingewiesen, dass die Kurzdiagnose nicht nur als Anfangs-, sondern auch als Verlaufsdiagnose angewendet werden kann. Hierzu muss der entsprechende Diagnosebogen lediglich in regelmäßigen zeitlichen Abständen erneut ausgefüllt werden (vgl. ebd., S. 23ff.).

Haben sich bei der Durchführung der Kurzdiagnose einzelne Lebensbereiche herauskristallisiert, die einer detaillierteren Betrachtung bedürfen, können diese mithilfe der PREDI-Feindiagnose untersucht werden. Im Vergleich zur Kurzdiagnose wird dieser Vorgang um einen vierten Aspekt (zusätzlich zu der Problem-, Ressourcen- und Veränderungsebene) erweitert. Dabei handelt es sich um den Aspekt der Deskription, der jeweils vor den restlichen Aspekten behandelt wird und eine Darstellung des betreffenden Lebensbereichs ohne bewertende Tendenzen ermöglichen soll (vgl. ebd., S. 60). Um die aktuelle Situation in Bezug auf einen bestimmten Lebensbereich zu objektivieren, werden die Bereiche in einzelne Items zerlegt und diesen wiederum Werte zwischen 0 und 2 (nicht, etwas bzw. deutlich vorhanden) zugeordnet. So kann beispielsweise im Lebensbereich der körperlichen Situation zwischen der Belastung in Zusammenhang mit dem Körpergewicht und der Beeinträchtigung durch eine spezifische Krankheit unterschieden werden. Was den Anwendungsmodus der Feindiagnose betrifft, stehen der/dem Untersuchenden drei unterschiedliche Vorgehensweisen zur Verfügung. So können etwa im Zuge eines vorgefertigten, strukturierten Interviews die Skalenwerte erhoben, oder im Anschluss an eine Beratungssitzung eine Checkliste von der Fachkraft ausgefüllt werden. Die dritte Alternative besteht in der Kombination aus einem durch die Ankerperson auszufüllenden Selbstbeurteilungsbogen und der eben erwähnten Checkliste, welche wiederum von der Fachkraft befüllt wird. Um die Ergebnisse der Feindiagnose in übersichtlicher Form darzustellen, verfügt dieses Modul auch über ein gesondertes Auswertungsprofil, in dem die Ergebnisse der Checklisten entsprechend der jeweiligen Punktzahl mithilfe eines Balkendiagramms festgehalten werden. Die grafische Darstellungsform soll vor allem auch die Vergleichbarkeit von Erhebungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten vereinfachen (vgl. ebd., S. 25f.).

Zusammenfassend kann PREDI als ein umfassendes Diagnostiksystem verstanden werden, das es den Fachkräften ermöglicht, die aktuelle Lebenslage der KlientInnen

bezogen auf einzelne Lebensbereiche zu erheben. Dabei reichen die Untersuchungsperspektiven von der Makroebene des Erstkontaktbogens über die Mesoebene der Kurzdiagnose bis hin zur detaillierten Analyse einzelner Faktoren auf der Mikroebene der Feindiagnose. Somit wird im Praxisalltag ein flexibler Umgang mit den begrenzten Ressourcen innerhalb des Klient-Sozialarbeiter-Interaktionssystems ermöglicht.

5. Darstellung der empirischen Vorgehensweise

Bevor im fünften Kapitel auf die Forschungsergebnisse der vorliegenden Arbeit eingegangen wird, soll zunächst mittels der folgenden Unterkapitel ein Überblick über die der Forschung zugrunde liegende empirische Vorgehensweise gegeben werden. Zu diesem Zweck werden hier sowohl die Forschungsziele als auch die forschungsleitenden Fragestellungen erläutert, um in weiterer Folge den Forschungsablauf zu skizzieren und schließlich auf die verwendeten Untersuchungsmethoden einzugehen.

5.1. Forschungsziele und Fragestellung

Im Grunde genommen besteht das Ziel dieser Forschungsarbeit darin, ein Diagnoseinstrument für die Anwendung in der Sozialen Arbeit mit Wohnungslosen zu entwerfen. Woraus diese Zielsetzung resultiert und worin ihre Notwendigkeit aus der Sicht des Autors begründet ist, soll im Folgenden erläutert werden.

Wie bereits unter Kapitel 2.2.4. zum Thema der professionellen Ressourcen dargelegt wurde, steht die Praxis der Wohnungslosenhilfe aufgrund mangelnder Professionalität in der Leistungserbringung in der Kritik. Dieser Missstand wird zum Teil auf die in der Wohnungslosenhilfe beinahe allgegenwärtige Vorgabe der Niederschwelligkeit zurückgeführt. Das aus dieser Niederschwelligkeit resultierende gesenkte Anforderungsniveau an die KlientInnen darf jedoch keinesfalls mit geringen Anforderungen an die ProfessionistInnen gleichgesetzt werden (vgl. Stark 2011, S. 199f.). Ganz im Gegensatz zu diesem Trugschluss bedarf es gerade hier allerhöchster Professionalität, um das zu erreichen, was der niederschwelligen Sozialen Arbeit zugrunde liegt, nämlich die Betroffenen – metaphorisch gesprochen – dort abzuholen, wo sie gerade stehen. Um zu eruieren, wo sich eine Person mit all ihren Ressourcen, Problemstellungen und sonstigen relevanten Einflussfaktoren im Moment befindet, bedarf es einer geeigneten Form der „Standortbestimmung“. Zu diesem Zweck können diverse Instrumente Sozialer Diagnostik zur Anwendung gebracht werden – eine Praxis, die in vielen anderen Bereichen der Sozialen Arbeit bereits seit geraumer Zeit zum Standard gehört, in der Wohnungslosenhilfe allerdings noch in den Anfängen steht. Aus

dem vorliegenden Mangel an strukturierter und professioneller Diagnosearbeit resultiert somit auch die Notwendigkeit dieser Forschungsarbeit.

Das Forschungsziel besteht also darin, ein Konzept Sozialer Diagnostik zu entwerfen, welches möglichst passgenau auf die Praxis der Wohnungslosenhilfe zugeschnitten ist. Dieses Tool soll den Anforderungen der ProfessionistInnen entsprechen und es ihnen somit ermöglichen, die zentralen personen- und umweltbezogenen Faktoren aufseiten der KlientInnen zu identifizieren und zu dokumentieren, um aufbauend auf diesen Erkenntnissen in weiterer Folge gemeinsam mit dem Gegenüber entsprechende Maßnahmen zu planen und durchzuführen. Zu diesem Zweck soll im Zuge der Diagnostik zum einen eine möglichst ganzheitliche Perspektive auf die Betroffenen und deren Situation eingenommen werden, zum anderen sollen vor allem jene Faktoren ins Zentrum gerückt werden, die für die Bearbeitung der Wohnungslosigkeit von zentraler Bedeutung sind (zum Beispiel die individuelle Wohnbiografie). Des Weiteren soll das zu entwickelnde Diagnosemodell derart gestaltet sein, dass es nicht auf einen einzelnen Bereich der Wohnungslosenhilfe bzw. auf ein bestimmtes institutionelles Angebot beschränkt ist, sondern innerhalb der Wohnungslosenhilfe möglichst breit zur Anwendung gebracht werden kann.

Um die eben definierten Forschungsziele auf strukturierte Art und Weise umzusetzen, soll an dieser Stelle versucht werden, eben diese Zielsetzung in eine forschungsleitende Fragestellung zu übersetzen. Die daraus hervorgehende Hauptforschungsfrage soll in Kombination mit den Subforschungsfragen dazu dienen, den Roten Faden im Forschungsprozess beizubehalten und zu einem späteren Zeitpunkt die Resultate der Arbeit zu überprüfen. Die forschungsleitende Fragestellung lautet wie folgt:

> *Welche sind die zentralen personen- und umweltbezogenen Faktoren in Bezug auf die KlientInnen der Wohnungslosenhilfe und wie können diese im Rahmen einer maßgeschneiderten Sozialen Diagnostik identifiziert werden?*

Um im Forschungsprozess eine zielgerichtete Erschließung von Informationen zu ermöglichen, wurde diese Hauptforschungsfrage zudem in drei Subforschungsfragen unterteilt:

- *Welche sind die zentralen personen- und umweltbezogenen Faktoren in Bezug auf die KlientInnen in der Wohnungslosenhilfe?*
- *Welche Aspekte muss eine maßgeschneiderte Diagnostik im Bereich der Wohnungslosenhilfe beinhalten?*
- *In welchem Modus kann ein solches Diagnosemodell in der Wohnungslosenhilfe sinnvoll zur Anwendung gebracht werden?*

Nachdem die der Forschung zugrunde liegenden Zielsetzungen und Fragestellungen behandelt wurden, soll im nun folgenden Unterkapitel auf die einzelnen Schritte auf dem Weg zur Zielerreichung sowie die dafür anzuwendenden Methoden eingegangen werden.

5.2. Vorgehensweise und Methodik

Die Entwicklung des Diagnosemodells basiert zum einen auf der Analyse bereits bestehender theoretischer Konzepte aus der Fachliteratur und zum anderen auf den praktischen Erfahrungen des Forschenden. Zudem sollen die Meinungen einer Reihe von ExpertInnen einbezogen werden, welche über jahrelange Erfahrung in der sozialarbeiterischen Praxis und in der Forschung im Bereich der Wohnungslosigkeit verfügen.

Zu welchem Zeitpunkt und in welcher Reihenfolge die genannten Ressourcen im Forschungsprozess zur Anwendung kommen, soll in den folgenden Subkapiteln geklärt werden. Außerdem sollen für jede Phase jene Untersuchungsmethoden genannt und erläutert werden, welche bei der Erschließung der notwendigen Informationen und der Umsetzung der einzelnen Teilprozesse angewandt werden.

Der Entstehungsprozess des im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit zu entwickelnden Diagnose-Tools beinhaltet vier Phasen, die von der Analyse bereits bestehender Ansätze über die Erstellung des ersten Konzepts bis hin zur Finalisierung des Instrumentariums reichen. Diese Phasen und die darin zu absolvierenden Arbeitsschritte sollen nun dargelegt werden.

5.2.1. Analyse bestehender Konzepte

Diese erste Phase betrifft die Analyse der bereits unter Kapitel „4.4. Ausgewählte Modelle der Sozialen Diagnostik“ in ihren Grundzügen vorgestellten Diagnoseinstrumente. Die Herausforderung hierbei besteht darin, jene Aspekte der einzelnen Konzepte herauszuarbeiten, die für die Anwendung im Bereich der Wohnungslosenhilfe besonders relevant sind, um diese im nächsten Schritt bei der Konzeption des Diagnose-Tools zu berücksichtigen. Es muss also eine Auswahl einzelner Bestandteile getroffen werden, die gewährleistet, dass das zu entwickelnde Tool sämtliche essentiellen diagnostischen Aspekte beinhaltet, ohne dabei redundant oder übermäßig umfangreich zu werden. Neben der hermeneutischen Aufarbeitung der zu den einzelnen Diagnosekonzepten bestehenden fachliterarischen Quellen kommen in dieser ersten Phase keine Methoden zur Anwendung.

5.2.2. Konzeption des Diagnosemodells

Nach dem Abschluss der Analysephase folgt im zweiten Schritt des Entwicklungsprozesses bereits die Konzeption der ersten Version des Diagnoseinstrumentariums. Es handelt sich dabei sozusagen um die „Alpha-Version“, welche in weiterer Folge im Rahmen der diversen Validierungsprozesse weiter adaptiert und verbessert werden soll.

Besonderes Augenmerk muss in der Konzeptionsphase auf den Umfang des gewünschten Tools gelegt werden. Die Detailliertheit und Anzahl der einzelnen diagnostischen Aspekte, welche an dieser Stelle implementiert werden können, hängt letztlich davon ab, in welchem Modus das Modell zur Anwendung gebracht werden soll. So sollte etwa ein Diagnosebogen im Rahmen der Eingangsdiagnostik bzw. der Erstkontakterhebung so gestaltet sein, dass er die wichtigsten Informationen festhält, aber dabei weder ProfessionistInnen noch KlientInnen hinsichtlich der Komplexität und des benötigten Zeitaufwands überfordert. Im Gegensatz dazu kann ein Instrument, welches in einer bereits etablierten Betreuungsbeziehung zur weiterführenden Erschließung einzelner Lebensbereiche eingesetzt wird, durchaus umfangreicher ausfallen und bei der Erhebung mehr Zeit in Anspruch nehmen. Es gilt in dieser Phase also zunächst den

Anwendungsmodus zu bestimmen und basierend auf dieser Grundlage die einzelnen diagnostischen Bestandteile des Diagnosesystems auszuwählen und zusammenzuführen.

Für die Erstellung und spätere Adaption des Diagnoseinstrumentariums kommt das Tabellenkalkulationsprogramm „Microsoft Excel“ zur Anwendung.

5.2.3. Interne Validierung mit KollegInnen

Ist die Erstellung des Rohkonzepts abgeschlossen, besteht der nächste Schritt für den Forschenden darin, das Ergebnis seinen KollegInnen der Caritas Arche 38 zu präsentieren und in einen Dialog mit ihnen zu treten. Ziel dieser teaminternen Auseinandersetzung ist es, das im Zuge jahrelanger Praxiserfahrung entstandene Know-how des Kollegiums als Ressource zu nutzen.

Anhand des daraus hervorgehenden Feedbacks können erste Rückschlüsse auf die Qualität des Diagnosemodells gezogen werden. Unter anderem sollen auf diesem Wege folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche relevanten personen- und umweltbezogenen Faktoren wurden bislang noch nicht berücksichtigt?
- Welche implementierten Aspekte sind als überflüssig bzw. vernachlässigbar anzusehen und können im Sinne einer gesteigerten Effizienz ausgespart werden?
- Wie realistisch sind die Einschätzungen des Autors hinsichtlich des zeitlichen Umfangs des Erhebungsvorgangs und bewegt sich dieser innerhalb eines für die Praxis geeigneten Rahmens?
- Ist die Art und Weise der Informationserhebung sowohl für die ausführenden MitarbeiterInnen als auch für die Angehörigen der Zielgruppe verständlich bzw. nachvollziehbar?

Die methodische Grundlage dieser Phase besteht in der Abhaltung mehrerer Teambesprechungen mit jeweils zwei bis drei KollegInnen, um die Meinungen sämtlicher KollegInnen adäquat berücksichtigen zu können und um zu verhindern, dass einzelne Feedbacks in einer zu großen Anzahl von Rückmeldungen untergehen. In Bezug auf die Dokumentation der aus den Teambesprechungen resultierenden Informationen kommen in erster Linie Gesprächs- bzw. Gedächtnisprotokolle zur Anwendung, die während und

vor allem direkt im Anschluss an die jeweiligen Besprechungen vom Autor erstellt werden. Da in diesem Kontext nicht das Gesagte in all seiner Detailliertheit, sondern lediglich dessen Inhalt von Bedeutung ist, kann auf die Aufnahme und Transkription der Besprechungen verzichtet werden.

Schließlich soll auf Basis der teaminternen Rückmeldungen eine erste umfassende Adaption des Konzepts vorgenommen werden, um das daraus hervorgehende Resultat im Zuge der vierten Phase einigen externen ExpertInnen vorzulegen und auch deren professionelle Meinungen einzuholen.

5.2.4. Externe Validierung mit ExpertInnen aus Praxis und Forschung

Um die in der vorhergehenden Phase begonnene Optimierung des Diagnose-Tools abzuschließen, soll dieses auch außerhalb der Caritas Arche 38 an eine Reihe von ExpertInnen aus verschiedenen Bereichen der Praxis und Forschung herangetragen werden.

Um die Meinungen der KollegInnen aus der praktischen Sozialen Arbeit mit Wohnungslosen einzuholen, sollen die MitarbeiterInnen folgender Grazer Wohnungslosenhilfeeinrichtungen befragt werden:

- VinziTel (Notschlafstelle der VinziWerke Graz)
- Frauenwohnheim der Stadt Graz
- Schlupfhaus (Notschlafstelle für Jugendliche der Caritas Steiermark)
- Referat für Sozialarbeit und Sozialbetreuung der Stadt Graz
- Mobile Sozialarbeit der Stadt Graz
- Housing First (Wohnungsvermittlung und Betreuung für Frauen; Verein Jugend am Werk Steiermark)
- Verein ERfA (Erfahrung für Alle; Verein für gemeinnützige Beschäftigung)

Die Miteinbeziehung der Expertise folgender Personen soll außerdem gewährleisten, dass essentielle Erkenntnisse aus der Theorie, Forschung und Methodenlehre in die Erstellung des Diagnosesystems einfließen:

- Univ.-Prof. Dr.phil. Arno Heimgartner (Leiter des Instituts für Erziehungs- und Bildungswissenschaft an der Karl-Franzens-Universität Graz)
- Mag. Dr.phil. Martin Riesenhuber (Drogenberatung des Landes Steiermark und Externer Lehrender an der Karl-Franzens-Universität Graz, Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft und an der FH Joanneum, August Aichhorn Institut für Soziale Arbeit)
- DSA Gert Enzi, MSc (Lehrender an der FH Joanneum Graz, August Aichhorn Institut für Soziale Arbeit)

Da ein Teil dieser Personen nicht in Graz ansässig ist und daher ein persönliches Treffen mit sämtlichen ExpertInnen nur schwer realisierbar bzw. äußerst zeitintensiv wäre, sollen die Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge in dieser Phase zum größten Teil in Form von Telefonaten oder E-Mails eingeholt werden. Face-to-face-Kontakte und Telefonate sollen hierbei in Form von Notizen festgehalten werden. Zusätzlich zu den teaminternen Gesprächsprotokollen aus der vorhergehenden Phase stellen die Forschernotizen und E-Mails somit weitere dokumentarische Instrumente im Entwicklungsprozess dar. So kann sichergestellt werden, dass die essentiellen Informationen für die anschließende Adaption erhalten bleiben. Aus ebendieser letzten Adaptionsphase resultiert schließlich die finale Version des Diagnosesystems.

6. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Im bisherigen Verlauf dieser Forschungsarbeit wurde auf personen- und umweltbezogene Ressourcen, auf das Thema Wohnungslosigkeit und auf damit in Verbindung stehende Ansätze der Sozialen Arbeit eingegangen. Zudem wurden die theoretischen Grundlagen zur Sozialen Diagnostik sowie einige ausgewählte Diagnosemodelle umrissen. Nachdem damit nun der theoretische Abschnitt dieser Arbeit abgeschlossen ist, ist das folgende Kapitel der Darstellung der praktischen Forschungsergebnisse dieser Arbeit gewidmet. Zu diesem Zweck sollen die in Kapitel „5.1. Forschungsziele und Fragestellung" genannten forschungsleitenden Fragen in den folgenden beiden Unterkapiteln beantwortet werden. Darüber hinaus folgt im dritten Subkapitel die schrittweise Entwicklung eines auf das Handlungsfeld der Wohnungslosenhilfe zurechtgeschnittenen Diagnosemodells.

6.1. Zentrale Faktoren aufseiten der KlientInnen

Im Zuge der Erläuterung der Personen- und Umweltressourcen nach Herriger sowie der Präsentation ausgewählter Diagnoseinstrumente wurden eine Vielzahl verschiedener Eigenschaften, Aspekte, Dimensionen, Ressourcen, Potentiale etc. genannt. Im Grunde beziehen sich all diese Termini auf relevante Faktoren, die sich auf das tägliche Leben einer Person auswirken. Für die Soziale Diagnostik sind diese Faktoren deswegen von so großer Bedeutung, da sie im Zentrum des Diagnoseprozesses stehen und ihr (Nicht-)Vorhandensein Aufschluss über die Ursachen vergangener Entwicklungen und die Erfolgswahrscheinlichkeit zukünftiger Interventionen geben kann. Aufgrund dessen widmet sich die Soziale Diagnostik der Erhebung dieser Faktoren. Allerdings sind nicht in jedem diagnostischen Kontext dieselben Faktoren von Interesse. Abhängig vom jeweiligen Anwendungsbereich bzw. dem betreffenden Handlungsfeld Sozialer Arbeit spielen unterschiedliche Faktoren mehr oder weniger entscheidende Rollen – so auch in der Wohnungslosenhilfe. Um also ein maßgeschneidertes Diagnose-Tool für die Soziale Arbeit mit wohnungslosen Menschen zu entwerfen, ist es zunächst notwendig, relevante Faktoren zu identifizieren, um in den darauffolgenden Schritten einen geeigneten Erhebungsmodus und die entsprechenden Methoden zu entwickeln. Diese Faktoren sollen

auf Basis der bereits vorgestellten Theorie und der praktischen Erfahrungen des Forschenden in den folgenden Seiten herausgearbeitet werden.

Der wohl naheliegendste Faktorenkomplex im Bereich der Wohnungslosenhilfe betrifft das Thema **Wohnen**. Die hierin inkludierten Faktoren sind – um abermals Herrigers Ressourcentaxonomie zu bemühen – sowohl personen- als auch umweltbezogen. So sind in diesem Kontext beispielsweise sämtliche Fähigkeiten von Bedeutung, die zum Erlangen und zur Erhaltung einer individuell zufriedenstellenden Wohnsituation notwendig sind. Dazu gehören Fähigkeiten in Bezug auf die Haushaltsführung, die Bewältigung bürokratischer Herausforderungen, das Einhalten allgemeiner Regeln des Zusammenlebens und dergleichen. Hat die betreffende Person realistische Vorstellungen vom selbstständigen Wohnen und kann sie diese auch realisieren? Oder ist die/der KlientIn zum ersten Mal auf sich selbst gestellt, da die das Wohnen betreffenden Aufgaben stets von anderen Bezugspersonen erledigt wurden? Derartige Fragen zu beantworten ist für die betreuenden Fachkräfte von großer Wichtigkeit, da diese Faktoren den weiterführenden Unterstützungsprozess grundlegend beeinflussen. So müssen beispielsweise Wege gefunden werden, das Gegenüber mit den benötigten Fähigkeiten auszustatten, oder alternative Lösungswege (Wohnassistenz, Essen auf Rädern o. Ä.) für zukünftige Herausforderungen in diesem Bereich erschlossen werden.

Ein äußerst aufschlussreicher Indikator für die Ressourcen in puncto Wohnfähigkeit ist die Wohnbiografie einer Person. Darunter wird die Gesamtheit der in der Vergangenheit bestehenden Wohnverhältnisse in chronologischer Abfolge verstanden. So kann beispielsweise eine von Lücken und kurzen Wohnverhältnissen geprägte Wohnbiografie auf Probleme in Bezug auf den Erhalt einer Wohnung hindeuten. Dabei muss allerdings auch beachtet werden, dass das Aufgeben einer Wohnung auch diverse andere, nicht mit den persönlichen Wohnfähigkeiten in Verbindung stehende Gründe (Trennungen, Jobwechsel etc.) haben kann.

In Hinblick auf von außen auf die KlientInnen einwirkende, umweltbezogene Faktoren gehören zum Thema Wohnen vor allem rechtliche Rahmenbedingungen. Dazu zählen in erster Linie Bestimmungen bezüglich diverser Unterstützungs- und Transferleistungen, wie beispielsweise der Wohnunterstützung. Außerdem ist der Zugang zu leistbaren Gemeindewohnungen von bestimmten Kriterien (Haushaltseinkommen, bisherige

Aufenthalts- bzw. Meldedauer etc.) abhängig. Die Chance einer erfolgreichen (Wieder-)Eingliederung in den Wohnungsmarkt hängt zu einem beträchtlichen Teil davon ab, ob diese und weitere Anforderungen von den KlientInnen erfüllt werden oder nicht.

Der zweite große Faktorenkomplex betrifft die **finanzielle Situation**, in der sich die/der Betroffene wiederfindet. Zentrale Kennwerte in diesem Zusammenhang betreffen die Höhe und Art des regelmäßigen Einkommens, das vorhandene Vermögen, die monatlichen Ausgaben (bestehend aus fixen und variablen Kosten) und die bestehenden Schulden. Vor allem letztere können den geplanten Wiedereinstieg in eine selbstständige Wohnform erschweren. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn bestimmte, sogenannte „gefährliche" Schulden bestehen. Hierzu gehören etwa ausstehende Zahlungen aus Verwaltungs- und Finanzstrafverfahren, da sie zur Inhaftierung der Betroffenen führen können. Zudem werden nicht geleistete Alimentationszahlungen als gefährlich angesehen, da sie ebenfalls zur Inhaftierung und außerdem zu einer Pfändung des Einkommens unter das Existenzminimum führen können. In Hinblick auf die Wohnversorgung sind vor allem Mietrückstände (etwa bei Gemeindebaugenossenschaften) und offene Verbindlichkeiten bei Strom- und Heizungsanbietern problematisch, da sie das Anrecht auf die Versorgung mit einer Gemeindewohnung verwehren können und für das Anmelden von Strom und Heizung in der Regel zusätzliche Kosten fällig werden.

Das Verhältnis der monatlichen Einnahmen und Ausgaben ist entscheidend, wenn es um die Leistbarkeit einer zukünftigen Wohnung geht. Um sicherzustellen, dass die für einen Wohnungsbezug benötigten finanziellen Mittel angespart werden können und um einen zukünftigen Wohnungsverlust aufgrund ausbleibender Mietzahlungen zu verhindern, muss gemeinsam mit den KlientInnen dafür gesorgt werden, dass neben den Lebenserhaltungskosten genügend Geld für die Fixkosten rund um das Wohnverhältnis zur Verfügung steht. Gegebenenfalls müssen also neue Einkommensmöglichkeiten erschlossen und die Ausgaben nach Möglichkeit reduziert werden. Da sich viele KlientInnen der Sozialen Arbeit im Dickicht des Sozialsystems nicht zurechtfinden, obliegt es meist den Fachkräften, die Betroffenen über jene Sozialleistungen zu informieren, die ihnen laut Gesetz zustehen. Eine detaillierte Diagnostik ist der Schlüssel,

um die in Frage kommenden Leistungen zu identifizieren und somit zugänglich zu machen.

Ein dritter ebenfalls sehr umfangreicher Themenbereich betrifft die **Gesundheit,** sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht. Da sich die Gesundheit einer Person auf nahezu sämtliche Lebensbereiche (Chancen im Berufsleben, finanzielle Potentiale und Belastungen, zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung etc.) auswirkt, gehört das Erheben diesbezüglicher Informationen zu jeder ganzheitlich angelegten Form der Sozialen Diagnostik. Auch hier drängt sich eine Reihe von Fragen in Zusammenhang mit der Wohnfähigkeit des Gegenübers auf. Erfüllt die/der KlientIn die körperlichen Voraussetzungen für eine selbstständige Wohnversorgung oder müssen spezielle Vorkehrungen (Wohnung mit barrierefreien Elementen, Verfügbarkeit eines Fahrstuhls, Ansuchen um mobile Hilfen etc.) getroffen werden? Vor allem die psychische Verfassung einer Person muss hierbei berücksichtigt werden. So erschweren es bestimmte psychiatrische Erkrankungen den betroffenen Personen ungemein, sich um die notwendigen Angelegenheiten im Zusammenhang mit ihrem Wohnverhältnis zu kümmern. Einkäufe, Reparaturen oder die Kontaktaufnahme zum Hausverwalter können so unter Umständen zu unüberwindbaren Hürden werden. Auch Mietausfälle können die Folge psychischer Instabilität sein und rasch zum erneuten Wohnungsverlust führen. Eine ausreichend stabile psychische Verfassung ist also Voraussetzung für eine erfolgreiche und nachhaltige Wiedereingliederung in ein selbstbestimmtes Wohnen und muss gegebenenfalls durch die Inanspruchnahme einer Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung kompensiert werden.

Auch für die Phase vor dem Wiedereinstieg in den Wohnungsmarkt ist der gesundheitliche Zustand der KlientInnen von Bedeutung. So verfügen die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in den meisten Fällen über klare Zielgruppendefinitionen, in denen geregelt ist, welches „KlientInnenprofil“ in der jeweiligen Einrichtung unterstützt werden kann und welche Zielgruppen von den erbrachten Leistungen ausgeschlossen sind. So kann das Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung oder einer akuten Substanzabhängigkeit die Aufnahme in eine bestimmte Einrichtung ausschließen, während es andernorts als Voraussetzung für eine Aufnahme gilt. Gerade in Einrichtungen des Betreuten Wohnens, in denen sich die BewohnerInnen ihren Wohn-

und Lebensraum über einen längeren Zeitraum hinweg mit anderen teilen müssen, gilt es genau abzuwägen, welche Problemstellungen bearbeitet werden können und welche die Kapazitäten der Einrichtung übersteigen.

Ebenso von Bedeutung in Bezug auf beeinflussende Faktoren aufseiten der KlientInnen ist die Beschaffenheit ihres **sozialen Netzwerks**. Ausschlaggebend dabei ist die Einbindung in soziale Systeme aus Familienangehörigen, Freunden bzw. Bekannten und KollegInnen aus Beruf und Freizeit. Besonders bei KlientInnen im Handlungsfeld der Wohnungslosenhilfe beschränken sich diese sozialen Systeme meist auf wenige Verbindungen, die oft aufgrund ihrer oberflächlichen Natur nicht als Ressource in Hinblick auf den Unterstützungsprozess aktiviert werden können. Damit soll keineswegs der Eindruck erweckt werden, dass wohnungslose Menschen sozial inkompatibel oder nicht in der Lage dazu sind, zwischenmenschliche Beziehungen aufrecht zu erhalten. Vielmehr liegt der Grund für die rudimentäre soziale Eingebundenheit vieler von Wohnungslosigkeit Betroffener darin, dass sie von der Gesellschaft, von sozialen Institutionen und letztlich auch von sich selbst erst dann als „wohnungslos" angesehen werden, wenn sie bereits durch sämtliche „Auffangnetze" ihres sozialen Umfelds durchgefallen sind. Der Großteil der Personen, die aufgrund einer Trennung, eines finanziellen Engpasses oder Ähnlichem für kurze Zeit ohne Wohnung sind, ist dank der Unterstützung aus der Familie oder dem Freundeskreis dazu in der Lage, den Wohnungsverlust und die damit einhergehende Notlage so lange zu kompensieren, bis es wieder zu einer Stabilisation der Lebenslage und zur Rückkehr in ein geordnetes Wohnverhältnis kommt. Ist dieser soziale Rückhalt von Anfang an nicht gegeben oder müssen Hilfestellungen aufgrund einer verfestigten Notsituation so lange in Anspruch genommen werden, dass sie schließlich im Wegfall von sozialen Beziehungen resultieren, sind wohnungslose Menschen dazu gezwungen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zu diesem Zeitpunkt sind viele von ihnen bereits gänzlich auf sich selbst gestellt.

Auch jene Menschen, zu denen die KlientInnen gegenwärtig keinen Kontakt pflegen, können gewichtige Rollen für die Person und ihre zukünftige Entwicklung spielen. Vor allem familiäre Bande zu Eltern, Kindern oder Geschwistern können unter Umständen selbst nach Jahren wieder reaktiviert und in den Unterstützungsprozess integriert werden.

Rechtlich und finanziell ist das Vorhandensein von Unterhaltsverpflichtungen gegenüber Kindern oder ehemaligen PartnerInnen ebenfalls von Interesse.

Letztlich gehören Wohnungslose auch zu den Menschen, die besonders stark von sozialer Exklusion betroffen sind, da der Mangel an Wohnversorgung mit einer Reihe von negativen Etikettierungsprozessen einhergeht. Auch die Zugehörigkeit einer Person zu bestimmten sozialen Gruppierungen oder Subkulturen kann aufschlussreiche Informationen für die betreuenden Fachkräfte offenbaren.

Informationen über den Werdegang des Gegenübers in Sachen **Beruf und (Aus-)Bildung** gehören ebenfalls zu den unbedingt zu analysierenden Faktoren. Neben den positiven Effekten eines aufrechten und intakten Berufslebens auf das soziale Netz und die Selbstwahrnehmung einer Person erfüllt die Erwerbstätigkeit vor allem den Zweck, das finanzielle Einkommen und somit eine den eigenen Vorstellungen entsprechende Existenz zu sichern. Der Verlust des Arbeitsplatzes und die damit einhergehende Notsituation stellen für viele Betroffene eine Station auf dem Weg in die Wohnungslosigkeit dar. Vor allem für die Zukunftsperspektiven einer wohnungslosen Person ist es entscheidend, welche Entwicklungen in Bezug auf ihr Berufsleben zu erwarten sind. Über die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Berufseinstiegs und die zu erwartende Dauer/Nachhaltigkeit zukünftiger Anstellungsverhältnisse kann vor allem eine chronologische Betrachtung der Ausbildungs- und Anstellungsverhältnisse Aufschluss geben. Jene Betroffenen, die kaum oder nur punktuell von Arbeitslosigkeit betroffen und ansonsten fest im Berufsleben verankert waren, können (sofern keine entgegengesetzten Gründe bestehen) in der Regel auch in Zukunft mit einer aufrechten Erwerbstätigkeit und dem daraus resultierenden Einkommen rechnen. Hingegen müssen Personen, denen aus bestimmten Gründen der Zugang zu einer regelmäßigen Arbeit verwehrt bleiben wird, davon ausgehen, über einen längeren Zeitraum von den Einkünften aus Transferleistungen leben zu müssen und ihre Wohn- und Lebensverhältnisse entsprechend anpassen. Hierzu zählen vor allem langzeitarbeitslose Personen, aber auch ältere Menschen und Personen mit physischen und/oder psychischen Einschränkungen gehören diesbezüglich zu einer Risikogruppe. Menschen, denen es schwerfällt, am sogenannten „ersten Arbeitsmarkt“ Fuß zu fassen, können in speziellen

Betrieben oder mithilfe einer professionellen Arbeitsassistenz wieder am Berufsleben teilhaben.

Einer der verbleibenden Faktorenkomplexe befasst sich mit der **rechtlichen Situation** der KlientInnen. Zu den augenscheinlichsten Determinanten zählen hierbei Verstöße gegen das geltende Recht und daraus resultierende Strafen. Diese Strafen können finanzielle Nachteile für die Betroffenen mit sich bringen, sie können aber auch bis hin zum Freiheitsentzug und somit zu einer erheblichen Erosion der lebensweltlichen Verhältnisse führen. Werden Menschen aus einer Justizanstalt entlassen, sind sie meist von akuter Obdach- oder Wohnungslosigkeit betroffen. Häufig ist ihre Freilassung auch an bestimmte Bewährungsauflagen geknüpft, denen nachgekommen werden muss, um eine erneute Inhaftierung zu vermeiden. All dies wirkt sich maßgeblich auf die Betreuung dieser KlientInnen im Kontext der professionellen Sozialen Arbeit aus.

Auch wenn eine wohnungslose Person zu keinem Zeitpunkt mit dem Gesetz in Konflikt geraten ist, gibt es dennoch eine Reihe rechtlicher Faktoren, die von Interesse sind. Eine aufrechte Krankenversicherung, eine polizeiliche Meldeadresse, das Erfüllen der Anspruchsvoraussetzungen für Sozialleistungen und vieles mehr sind in vielen Fällen nicht gegeben. Diesbezügliche Missstände würden den Unterstützungsprozess ungemein erschweren, wenn sie nicht zuvor beseitigt werden würden. Vor allem bei Betroffenen, die nicht über die österreichische Staatsbürgerschaft verfügen, kann es zu Problemen in puncto Bleiberecht und Anspruch auf Leistungen aus den Systemen sozialer Sicherung kommen. Auch der Verlust offizieller Dokumente und Ausweise geht oft mit dem Eintritt in die Wohnungslosigkeit einher, da diese bei einer Trennung oder einem Wohnungsverlust leicht abhandenkommen können.

Der letzte in diesem Zusammenhang zu nennende Faktorenkomplex kommt in dieser Form nur in sehr wenigen Diagnosesystemen zur Anwendung. Es handelt sich dabei um das Spektrum der **Alltagskompetenzen**. Da es das Ziel einer nach professionellen Maßstäben ausgerichteten Wohnungslosenhilfe ist, Menschen nachhaltig mit einer für sie geeigneten Wohnform zu versorgen, spielen ihre Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung eine maßgebliche Rolle für die Gestaltung des individuellen Unterstützungsprozesses. Dabei geht es nicht nur um die bereits im Zusammenhang mit dem Faktorenkomplex Wohnen genannten Fähigkeiten in Sachen Haushaltsführung, sondern um zahlreiche

Kompetenzen unterschiedlichster Natur. Von Bedeutung sind hierbei vor allem jene Bereiche, in denen aus Sicht der KlientInnen und der Fachkräfte (die Meinungen der beiden Akteure können hierbei durchaus divergieren) bestimmte Kompetenzen nicht in ausreichender Ausprägung vorhanden sind. Handlungsbedarf vonseiten der betreuenden ProfessionistInnen ist besonders dann gegeben, wenn unzureichende Kompetenzen das Risiko einer erneuten Destabilisierung der zukünftigen Lebensumstände bergen. Dahingehend wichtige Skills sind unter anderen der Umgang mit bürokratischen Aufgaben (Behördengänge, Antragstellungen, Lesen und Interpretieren offizieller Schreiben etc.) oder das nötige Orientierungswissen in Bezug auf Hilfesysteme (Bei welcher Stelle erhalte ich in Bezug auf welches Problem eine Hilfestellung?), um zukünftige Herausforderungen adäquat zu bewältigen. Auch eine geeignete Form sozialer Interaktion mit Mitmenschen ist einem gelingenden Alltag zuträglich. Abhängig von ihrer Sozialisation und den positiven und negativen Erfahrungen, die KlientInnen der Sozialen Arbeit in der Vergangenheit gesammelt haben, können ihr Verhalten und ihr Handlungsrepertoire in Szenen zwischenmenschlicher Interaktion unterschiedlich gestaltet sein. Mangelnde Frustrationstoleranz und Impulskontrollfähigkeit, unreflektierte Naivität im Umgang mit Mitmenschen oder Vermeidung sozialen Kontakts sind Beispiele für Negativausprägungen innerhalb dieses Fähigkeitenpools. Auch der Umgang mit finanziellen Mitteln (Kauf- und Konsumverhalten, Vorausplanen notwendiger Ausgaben, Vorsorge tragen für nicht vorhersehbare Ausgaben etc.) und das individuelle Gesundheitsverhalten können hierbei zum Thema gemacht werden. Vor allem in Einrichtungen mit stationärem Aufenthalt (Betreutes Wohnen o. Ä.) und regelmäßiger Betreuung können diese Art von Skills gezielt trainiert werden.

Die sieben hier genannten Spektren beinhalten die aus der Sicht des Autors wichtigsten Faktoren in Bezug auf die Soziale Diagnostik für die Zielgruppe wohnungsloser Menschen. Demzufolge bilden sie auch die Basis für die Konzeption des auf die Wohnungslosenhilfe zugeschnittenen Diagnosesystems in Subkapitel 6.3.

6.2. Wichtige Aspekte der Diagnostik in der Wohnungslosenhilfe

In diesem Unterkapitel sollen im Anschluss an die bereits erfolgte Identifikation wichtiger klientInnenbezogener Faktoren noch einige essentielle Aspekte in Bezug auf den Anwendungsmodus Sozialer Diagnostik im Handlungsfeld der Wohnungslosenhilfe behandelt werden. Damit soll eine weitere forschungsleitende Fragestellung dieser Masterarbeit beantwortet werden.

Um sicherzustellen, dass das aus dieser Forschungsarbeit resultierende Diagnose-Tool nicht nur in der Theorie funktioniert, sondern tatsächlich auch in der Praxis zur Anwendung kommt, muss es sowohl für die KlientInnen als auch für die Fachkräfte so zugänglich und verständlich wie möglich sein. Aus diesem Grund muss die **sprachliche Gestaltung** des Instrumentariums möglichst nahe am herkömmlichen Sprachgebrauch der KlientInnen orientiert sein. Es sollte also auf ein Übermaß an Fachtermini verzichtet werden, da diese ansonsten im Laufe des Diagnoseprozesses fortwährend übersetzt werden müssten.

Das Diagnosesystem sollte zwar auf das Handlungsfeld der Wohnungslosenhilfe und dessen Zielgruppen zugeschnitten sein, gleichzeitig sollte es aber innerhalb dieses Feldes so breit wie möglich angewandt werden können. Es muss somit für **verschiedene institutionelle Kontexte** geeignet sein und sich nicht etwa auf die Anwendung in stationären Hilfseinrichtungen beschränken.

Um den Grundsatz der Anerkennung der KlientInnen als ExpertInnen ihrer eigenen Lebenswelt treu zu bleiben und um ihre motivierte Mitarbeit am Diagnoseprozess zu fördern, muss dieser Prozess **so kooperativ wie möglich** angelegt sein. Rein expertokratische Ansätze, wie sie in der Medizin oder Psychologie zum Teil Anwendung finden, würden in verzerrten Erkenntnissen und Abwehrreaktionen vonseiten der Ankerpersonen resultieren. Gleichzeitig sollte ein ausgewogenes diagnostisches Konzept auch **Raum für Anmerkungen und Beobachtungen der ProfessionistInnen** bereitstellen. So kann gewährleistet werden, dass die ExpertInnenrolle der Betroffenen gewahrt und gleichzeitig ein mehrperspektivischer Blickwinkel auf ihre Situation eingenommen wird.

In Bezug auf die benötigten zeitlichen Ressourcen sollte ein möglichst **zeiteffizienter und flexibler Ansatz** gewählt werden. Nimmt der Erhebungsprozess zu viel Zeit in Anspruch, verlieren die KlientInnen mit hoher Wahrscheinlichkeit das Interesse daran, und auch die Fachkräfte vermeiden es, das umständliche Instrument anzuwenden, und greifen stattdessen auf altbewährte, wenig strukturierte aber flexiblere Methoden zurück. Um ein solches Szenario zu vermeiden gilt es, eine Balance zwischen dem Umfang der zu erhebenden Daten und den dafür benötigten zeitlichen Ressourcen zu finden, sodass der Erhebungsprozess weder zu viel Zeit in Anspruch nimmt, noch essentielle Informationen ausklammert.

Ein weiterer wichtiger Faktor in Bezug auf die Handhabbarkeit des Tools besteht in der Komplexität der Erhebungs- und Auswertungsprozesse. Während viele bereits bestehende Instrumente zwar in der Theorie bis ins letzte Detail durchdacht erscheinen und sämtliche Qualitätsansprüche einer professionellen Sozialen Diagnostik erfüllen, scheitern sie in der Praxis daran, dass sie der breiten Masse an Fachkräften in der Sozialen Arbeit aufgrund eines überhöhten Komplexitätsniveaus nicht zugänglich sind. Ein noch so ausgefeiltes Konzept wird nicht zur Verbesserung der Arbeitsweise in der Praxis beitragen, wenn seine hohen Anforderungen dazu führen, dass potenzielle AnwenderInnen vor dessen Anwendung zurückschrecken. Demnach sollte das im Zuge dieser Arbeit zu konzipierende Diagnosesystem in seiner Anwendung weitgehend intuitiv sein und auf **möglichst simple Erhebungs- und Auswertungsmethoden** zurückgreifen.

Die Berücksichtigung zweier grundlegender Erfordernisse an ein für die Wohnungslosenhilfe maßgeschneidertes Diagnosesystem stellt einen weiteren Balanceakt dar. Zum einen sollte ein möglichst **ganzheitlicher Ansatz** gewählt werden, der die Ankerperson und den sie umgebenden Fall in möglichst vielen Facetten darstellt. Zum anderen muss es den AnwenderInnen auch ermöglicht werden, **gezielt auf einzelne Lebensbereiche einzugehen**, während andere zwar nicht ausgeklammert aber entsprechend ihrer Priorität hintangestellt werden. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, bietet sich etwa ein **modularer Aufbau** des Diagnosesystems an.

Da sich die KlientInnen der Wohnungslosenhilfe meist nicht nur mit ihrer Wohnungslosigkeit konfrontiert sehen, sondern sich in der Regel in einer multifaktoriellen Problemlage wiederfinden, gehört es zu den Hauptaufgaben der in

diesem Handlungsfeld tätigen ProfessionistInnen, die Betroffenen dabei zu unterstützen, einen Überblick über ihre aktuelle Situation zu erhalten. Nur durch eine solche Strukturierung wird es dem Gegenüber möglich, sich zu orientieren und somit in einen handlungsfähigen Zustand zurückzukehren. Um bei dieser Aufgabe behilflich zu sein, muss ein Diagnoseinstrument dazu beitragen, in einer Menge von Informationen die **kritischen Faktoren hervorzuheben**. Auf der Basis dieser **strukturierten Informationsaufbereitung** können Fachkraft und KlientIn anschließend Prioritäten festlegen und eine weiterführende Hilfeplanung vornehmen. Aus diesem Grund stellt die Erhebung von relevanten Informationen nur einen Teil der Anforderungen an ein maßgeschneidertes Diagnose-Tool dar. Ebenso wichtig ist die Art und Weise, auf die diese Informationen festgehalten und präsentiert werden.

Der letzte in diesem Subkapitel behandelte Aspekt einer maßgeschneiderten Diagnostik in der Wohnungslosenhilfe betrifft gleichermaßen die Qualitätssicherung in der Sozialen Arbeit sowie die Gestaltung des individuellen Unterstützungsprozesses. Um den qualitativen Standard in einer Institution nicht nur zu erhalten, sondern stetig zu verbessern, ist die fortwährende Evaluation der gesetzten Maßnahmen unerlässlich. Gerade im Bereich der Wohnungslosenhilfe stehen diesbezügliche Bemühungen immer in Zusammenhang mit der erschwerten Zugänglichkeit von KlientInnen im Anschluss an eine abgeschlossene oder abgebrochene Betreuung. Verbleiben die Betroffenen nach einer vermeintlich erfolglosen Intervention in der Wohnungslosigkeit, sind sie in Ermangelung eines festen Aufenthaltsorts für eine retrospektive Aufarbeitung des Unterstützungsprozesses oft nur sehr schwer greifbar. Gleichzeitig kann das „Nicht-Wieder-Auftauchen“ einer Person auch die Konsequenz eines erfolgreichen Wiedereinstiegs in den Wohnungsmarkt sein. Auch in diesem Fall kommt es häufig zu keiner weiteren Kontaktaufnahme zwischen den Betroffenen und den Hilfsorganisationen. Wenngleich der Output des Unterstützungsprozesses in solchen Fällen also schwierig zu analysieren ist, bleibt immer noch der Prozess selbst als Gegenstand der Evaluation. Auf der Einzelfallebene können somit sowohl die Fachkräfte (und mit ihnen indirekt auch die Institution) als auch die KlientInnen von einer nachhaltigen Vorgangsweise profitieren. Um eine fortlaufende Evaluation des Unterstützungsprozesses zu ermöglichen, bedarf es einer **ziel- und prozessorientierten Diagnostik**, in der nicht nur Informationen gesammelt und aufbereitet, sondern auch

Ziele definiert und gesetzte **Interventionen evaluiert** werden können. Das Diagnoseinstrument soll hierbei gewissermaßen als Leitfaden bzw. Hilfswerkzeug fungieren, indem es den AnwenderInnen ermöglicht, Ziele gemeinsam mit der Ankerperson zu definieren, Veränderungen unterschiedlicher Natur festzuhalten und in regelmäßigen Intervallen eine Evaluation durchzuführen.

Die Berücksichtigung der an dieser Stelle erläuterten Aspekte soll sicherstellen, dass es sich bei dem aus dieser Arbeit hervorgehenden Diagnosesystem nicht um ein praxisfernes Konvolut an Erhebungsmechanismen handelt, sondern eben um ein Modell, welches an die Bedürfnisse der KlientInnen und ProfessionistInnen in der Wohnungslosenhilfe angepasst ist.

6.3. Entwurf eines maßgeschneiderten Diagnosemodells

Nachdem in den vorhergehenden Unterkapiteln bereits ein Überblick über essentielle Faktoren aufseiten der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen gegeben und die wichtigsten Aspekte einer an deren Bedürfnisse angepassten Diagnostik erläutert wurden, folgt nun die Konzeption des auf der zuvor erarbeiteten Basis aufbauenden Diagnosesystems. In einigen weiteren Schritten soll dieses Modell außerdem von ProfessionistInnen aus der Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit validiert und entsprechend verbessert werden, sodass diese Masterarbeit in dem angestrebten Ziel eines maßgeschneiderten Diagnosesystems resultiert.

6.3.1. Analyse bestehender Konzepte

An dieser Stelle sollen die in Kapitel „4.4. Ausgewählte Modelle der Sozialen Diagnostik“ beschriebenen Diagnose-Tools nochmals in Hinblick auf ihre Vorzüge und ihre Schwachpunkte analysiert werden, um so festzustellen, welche der vorgestellten Modelle bzw. welche darin inkludierten Mechanismen sich als Bestandteile des zu erstellenden Diagnosesystems eignen.

Das Instrument der **Visuellen Ersteinschätzung** ist vielen Fachkräften fremd und wird kaum in Diagnosesystemen berücksichtigt. Dennoch sind die gewinnbringenden Aspekte dieser Sichtdiagnose nicht von der Hand zu weisen: Jene Wahrnehmungsprozesse, die ohnehin auf einer unterbewussten Ebene ablaufen, werden ins Bewusstsein gerückt und

somit einer späteren Reflexion zugänglich gemacht. Zwar dürfen aufgrund von Äußerlichkeiten keinesfalls voreilige Schlüsse auf persönliche Eigenschaften des Gegenübers gezogen werden, Bemerkungen zum Erscheinungsbild und zum Auftreten einer Person können allerdings als Indizien für das Vorhandensein bestimmter Ressourcen oder Problemstellungen gesehen werden und Anstoß für die Bildung von Hypothesen oder das gezielte Erschließen von Informationen sein. Zudem beansprucht die Visuelle Ersteinschätzung so gut wie keine Ressourcen, da sie in der Regel in ein bis zwei Sätzen abgehandelt ist.

Bei der **Netzwerkkarte** handelt es sich im Gegensatz zur Visuellen Ersteinschätzung um eine durchaus bekannte und in der Praxis der Sozialen Arbeit etablierte Form der Diagnostik. Als Variante der Darstellung lebensweltlicher Beziehungskonstrukte nimmt die Netzwerkkarte zeitliche Ressourcen von etwas unter einer Stunde in Anspruch. Auch wenn dies in der Regel die Reservierung eines dezidierten Zeitfensters in der Betreuung erfordert, so ist der Erstellungsprozess keineswegs ausufernd und in Anbetracht seiner Vorzüge äußerst förderlich für den Unterstützungsprozess. Die kooperative Natur dieses Instruments trägt neben der Strukturierung des auf die Ankerperson bezogenen Beziehungsgeflechts auch zur Vertiefung der Betreuungsbeziehung zwischen KlientIn und Fachkraft bei. Ohne ein bereits bestehendes Mindestmaß an Vertrauen im Klient-Sozialarbeiter-Interaktionssystem gestaltet sich die Erstellung einer Netzwerkkarte allerdings als schwierig. Die einfach gehaltene visuelle Darstellung der Beziehungsstrukturen bietet Anknüpfungspunkte für Reflexionsgespräche und trägt unter Umständen dazu bei, neue Ressourcen in Form von potentiellen UnterstützerInnen im Umfeld der Ankerperson auszumachen.

Die **Personalliste** als spezielle Ausprägung eines Notationssystems betrifft denselben thematischen Bereich wie die Netzwerkkarte. Im Unterschied zu dieser bindet die Personalliste allerdings weniger zeitliche Ressourcen und offeriert einen stärker fokussierten Blick auf jene ausgewählten Menschen im Leben der Ankerperson, die für das sie umgebende Fallkonstrukt von Bedeutung sind. So können für den Unterstützungsprozess relevante Personen, deren Rollen und weitere essentielle Informationen in kompakter Form festgehalten werden. Die Personalliste bietet sich im

Kontext eines umfassenden Diagnosesystems also als Ergänzung bzw. Vorstufe zur Netzwerkkarte an.

In Sachen Erhebung und Dokumentation biografischer Informationen zählt der **Biografische Zeitbalken** ebenfalls zu den gängigsten Instrumenten in der Sozialen Diagnostik. Auf simple Art und Weise kann mit dessen Hilfe ein geordnetes Bild der Vergangenheit bzw. der darin relevanten Ereignisse erzeugt werden. Die Kategorisierung dieser Ereignisse nach bestimmten Dimensionen (Wohnen, Finanzen, Arbeit etc.) trägt zudem zur Systematisierung der gesammelten Informationen bei. Die parallele visuelle Repräsentation dieser Dimensionen ermöglicht es, Zusammenhänge herauszuarbeiten und Hypothesen in Bezug auf den Lebenslauf des Gegenübers zu bilden. Ähnlich wie die Netzwerkkarte trägt auch die Erarbeitung eines Biografischen Zeitbalkens zur Vertiefung einer bereits bestehenden Beziehung zwischen KlientIn und ProfessionistIn bei. Der systematische Aufbau dieses Instruments anhand von einzelnen Dimensionen führt außerdem dazu, dass der Erstellungsprozess flexibel gestaltet werden kann. So müssen nicht etwa sämtliche Daten in einer einzigen Sitzung erhoben werden, sondern die einzelnen Dimensionen können entsprechend dem Tempo des gesamten Diagnoseprozesses befüllt werden und ergeben so nach und nach ein umfassendes Bild. Da diese Dimensionen oder Lebensbereiche abhängig vom vorliegenden Fall von unterschiedlich großem Interesse sind (für KlientIn A spielt beispielsweise der Bereich der Erwerbstätigkeit eine große Rolle, während Person B seit 20 Jahren arbeitslos ist), könnte die Möglichkeit der frei wählbaren Dimensionsbezeichnung eine flexiblere Alternative zu dem von Peter Pantuček vorgegebenen Raster darstellen.

Bei der von Maja Heiner entwickelten **PRO-ZIEL Basisdiagnostik** handelt es sich im Gegensatz zu den bislang behandelten Instrumenten bereits um ein vollständiges System Sozialer Diagnostik, das aus mehreren Bögen besteht. Auch wenn das System in seiner Gesamtheit wohl zu umfangreich für die Maßstäbe des im Rahmen dieser Arbeit angestrebten Diagnose-Tools ist, lassen sich vor allem im Leitbogen zahlreiche Aspekte identifizieren, die für den Einsatz in der Wohnungslosenhilfe hervorragend geeignet sind. Die Gliederung der zu erhebenden Informationen in einzelne Lebensbereiche ermöglicht es – ähnlich wie beim zuvor analysierten Biografischen Zeitbalken – quasi „etappenweise“ vorzugehen und sich gemeinsam mit der Ankerperson einem Bereich

nach dem anderen zu widmen. Dass sich diese Lebensbereiche aber darüber hinaus auch noch aus insgesamt 32 Faktoren zusammensetzen und diese im Leitbogen taxativ aufgelistet werden, wirkt einer flexiblen Vorgehensweise eher entgegen und engt die diagnostische Perspektive stark ein. Zudem erschweren die zum Teil aus der Fachliteratur entnommenen Bezeichnungen dieser Faktoren die Kommunikation zwischen Fachkraft und KlientIn. Würde den Fachkräften bei der Bearbeitung der einzelnen Lebensbereiche mehr Freiraum gegeben, könnte so ein individueller und klientInnennaher Zugang gewährleistet werden. Der rasterartige Aufbau des Leitbogens hingegen fördert eben diesen erleichterten Zugang, da er den AnwenderInnen in jedem Lebensbereich etwas Raum für persönliche Notizen bereitstellt. Diese können unabhängig von vordefinierten Kategorien und Fachvokabular in Kooperation mit den KlientInnen erarbeitet werden, während sie gleichzeitig auf strukturierte Art und Weise innerhalb des vorgegebenen Rasters kurz und prägnant Informationen repräsentieren. Die ebenfalls implementierten Belastungsskalen unterstützen nicht nur mögliche Reflexionsprozesse, sondern führen auch dazu, dass zwischen den zu bearbeitenden Lebensbereichen Prioritäten gesetzt werden können. Letztlich ist mit dem verlaufsdiagnostischen Aspekt auch noch die Prozessorientiertheit der PRO-ZIEL Basisdiagnostik hervorzuheben. Durch die Berücksichtigung von Zielfindung und laufender Evaluation wird die Qualität des Unterstützungsprozesses gefördert. Auch der differenzierte Blick auf Veränderungen während des laufenden Prozesses stellt ein interessantes Detail dar: Es wird hier zwischen gemeinsam erwirkten Veränderungen und solchen, die durch die KlientInnen allein oder durch Dritte ohne Absprache mit der Fachkraft vollzogen wurden, unterschieden. Alles in allem beinhaltet die PRO-ZIEL Basisdiagnostik also bereits viele Aspekte, die für einen Einsatz im Rahmen einer maßgeschneiderten Diagnostik für die Zielgruppe wohnungsloser Menschen infrage kommen.

Ähnlich wie das eben analysierte Diagnosemodell PRO-ZIEL beinhaltet auch das **Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostiksystem PREDI** eine Reihe von Mechanismen, die sich für den Einsatz in der Wohnungslosenhilfe eignen. Vor allem der modulare Aufbau des Systems – also die Dreiteilung in Erstkontakt-, Kurzdiagnose- und Feindiagnosebogen – hat den Vorzug, dass in Abhängigkeit von den individuellen Erfordernissen eines Falls unterschiedliche Instrumente zur Anwendung gebracht werden können. Bei den verschiedenen

institutionellen Kontexten und Betreuungssettings im Bereich der Wohnungslosenhilfe bietet ein solcher Aufbau die notwendige Anpassungsfähigkeit. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Bögen kommen auch diesbezüglich bestimmte Vor- und Nachteile zum Vorschein. So erleichtert etwa der Erstkontaktbogen den Einstieg in ein neues Betreuungsverhältnis, indem er lediglich oberflächliche Informationen behandelt und somit keine bereits bestehende Vertrauensbasis zwischen KlientIn und ProfessionistIn voraussetzt. Gleichzeitig bleiben durch diesen überblicksmäßigen Zugang viele Informationen, die auch bei einem Erstkontaktgespräch relevant sind, ausgeklammert. So gehören etwa grundlegende Informationen in puncto Wohnsituation, Finanzen und Gesundheit durchaus zu den in einem Erstkontaktgespräch zu erhebenden Daten, da ohne diese Informationen das Setzen adäquater kurzfristiger bzw. sofortiger Hilfsmaßnahmen nicht möglich ist. In der PREDI-Kurzdiagnose findet im Gegensatz zur PRO-ZIEL Basisdiagnostik auch die „Alltagssituation" Berücksichtigung. Gerade dieser Aspekt ist für eine erfolgreiche und nachhaltige Wohnungslosenhilfe von großer Bedeutung, da er auch essentielle Alltagskompetenzen (Kochen, Waschen, Einkaufen etc.) inkludiert und somit entscheidende Daten in Bezug auf die Wohnfähigkeit einer Person bereitstellt. Ansonsten erscheint der Kurzdiagnosebogen aufgrund seines stark standardisierten Designs, das ausschließlich auf Ratingskalen und Checkboxen aufgebaut ist, alles andere als flexibel in der Informationserhebung. Um den Bogen korrekt auszufüllen, wird zudem das Heranziehen einer Kriterienliste und das Vorgehen nach einem speziellen Interviewleitfaden empfohlen. Dies könnte sowohl zur Abschreckung potentieller AnwenderInnen beitragen als auch einer entspannten und vertrauenserweckenden Gesprächsatmosphäre entgegenwirken. Die Möglichkeit, eigene Notizen in die Kurzdiagnose zu inkludieren, entfällt außerdem gänzlich. Der Feindiagnosebogen ist das Modul mit dem höchsten Detailgrad und eignet sich daher für die gezielte Beleuchtung eines einzelnen Lebensbereichs. Der dafür notwendige Zeitaufwand erscheint allerdings so hoch, dass für die Behandlung weiterer Lebensbereiche möglicherweise kaum noch zeitliche und motivationale Ressourcen zur Verfügung stehen. Bezogen auf die Eignung von PREDI für den in dieser Arbeit angestrebten Zweck können also vor allem der modulare Aufbau und die Berücksichtigung der Alltagskompetenzen als förderlich hervorgehoben werden,

während der Mangel an Flexibilität und der notwendige Ressourcenaufwand gegen ein zu stark strukturiertes Design des zu entwickelnden Erhebungsinstruments sprechen.

Nachdem die ausgewählten Diagnosemodelle nun einer Analyse hinsichtlich ihrer Eignung für den Einsatz im Rahmen einer maßgeschneiderten Diagnostik in der Wohnungslosenhilfe unterzogen wurden, gilt es im folgenden Schritt, unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse, ein erstes Konzept eines solchen Diagnoseinstruments zu entwerfen.

6.3.2. Konzeption des Diagnosemodells

An dieser Stelle folgt nun mit der Konzeptionsphase die praktische Umsetzung der bisher auf theoretischer Ebene erarbeiteten Aspekte einer maßgeschneiderten Diagnostik für das Handlungsfeld der Wohnungslosenhilfe.

Im ersten Schritt der Konzepterstellung muss eine Entscheidung hinsichtlich des Anwendungsmodus getroffen werden. Wie bereits aus der Auflistung institutioneller Hilfsmaßnahmen im dritten Kapitel hervorgeht, sind die diversen Angebote stark unterschiedlich gestaltet. Eines des wichtigsten Unterscheidungsmerkmale besteht in der Art der Leistungserbringung: Während beispielsweise eine Beratungsstelle ambulante Dienstleistungen anbietet und daher in der Regel eher punktuelle Kontakte mit ein und derselben Person pflegt, werden die KlientInnen im Betreuten Wohnen stationär untergebracht und erhalten daher eine konstantere, auf regelmäßigen Kontakten basierende Betreuung. Damit ein diagnostisches Konzept in diesen beiden institutionellen Maßnahmen (und damit auch in anderen ambulant oder stationär agierenden Institutionen) zur Anwendung gebracht werden kann, muss es also sowohl für den einmaligen oder sporadischen Einsatz, als auch für die Begleitung eines laufenden Unterstützungsprozesses geeignet sein. Aus diesem Grund setzt sich das im Zuge dieser Forschungsarbeit zu entwickelnde diagnostische System aus zwei voneinander unabhängigen Diagnoseinstrumenten zusammen: dem Erstkontaktbogen und der Verlaufsdiagnostik. Beide Instrumente sollen im Folgenden präsentiert und hinsichtlich ihrer Bestandteile und Funktionalität näher erläutert werden.

Erstkontaktbogen

Der Erstkontaktbogen eignet sich für den Einsatz in sämtlichen Institutionen und ermöglicht es den AnwenderInnen, sich in kurzer Zeit einen möglichst ganzheitlichen Überblick über die Situation des Gegenübers zu verschaffen. Dabei sollen innerhalb eines einzigen Gesprächs (die Dauer der Erhebung variiert dabei je nach Detailgrad zwischen 15 und 45 Minuten) die wichtigsten Stammdaten sowie Informationen zu den Lebensbereichen Wohnen, Finanzielles, Gesundheit, Arbeit/Ausbildung, Rechtliches und Soziales erhoben werden. Bereits vorab vorhandene Informationen (etwa aus der bereits bestehenden Dokumentation oder aus Gesprächen mit KollegInnen) können ebenso festgehalten werden wie äußerliche Auffälligkeiten im Zuge der Visuellen Ersteinschätzung. Zudem soll die aktuelle Eingliederung der KlientInnen in andere Hilfesysteme dokumentiert werden. Ein für „Bereits vorhandene Daten“ reserviertes Segment am Anfang des Erstkontaktbogens ermöglicht es, bereits vor der Erhebung relevante Informationen zur Ankerperson zu notieren, um bei Bedarf im Laufe des Gesprächs näher darauf eingehen zu können. Außerdem werden die AnwenderInnen angehalten, im Bereich „Visuelle Ersteinschätzung“ Notizen hinsichtlich äußerlicher Auffälligkeiten und besonderer Verhaltensmuster des Gegenübers zu machen. Um die Auftragsklärung im Anschluss an das Erhebungsgespräch zu erleichtern, sollen die Problemdefinition und die Erwartungen der Ankerperson an die Einrichtung sowohl aus KlientInnensicht als auch aus der Perspektive der Fachkraft erhoben werden. Letztlich bietet sich den ProfessionistInnen noch die Möglichkeit, die aus der Diagnose resultierenden Interventionsempfehlungen zu verschriftlichen.

E R S T K O N T A K T B O G E N		
erstellt am: _____	erstellt von: _____	
Name:	Geb.Dat.	Nat.
Adresse:		Tel.Nr.
Fam.Stand:	Kinder:	
Bereits vorhandene Daten bspw. aus Akten, anderen Einrichtungen etc.	**Visuelle Ersteinschätzung** Erscheinungsbild, soziale Interaktion etc.	
Problemdefinition und Erwartungen an die Einrichtung		
aus Sicht der/des Klientin/en	aus Sicht der Fachkraft	
Wohnsituation Grund d. Wohnungsverlusts, (selbstständige) Wohnverhältnisse bis dato etc.		
Finanzielles Art u. Höhe des Einkommens, Ausgaben, Schulden etc.		
Gesundheit		
physisch	psychisch	
Arbeit/Ausbildung aktuelle bzw. letzte Berufstätigkeit	**Rechtliches** Dokumente, Aufenthaltstitel, Strafrechtliches etc.	
Soziales Eingebundenheit in soz./fam. Umfeld	**Hilfesystem** in Anspruch genommene Hilfen bis dato	
Empfohlene Interventionen		
kurzfristig	mittel- bis langfristig	

In Bezug auf die Datenerhebung soll durch das Layout des Erstkontaktbogens sowohl die strukturierte Dokumentation gesammelter Informationen ermöglicht, als auch genügend Gestaltungsfreiraum für die AnwenderInnen zur Verfügung gestellt werden. So soll die Balance zwischen Struktur und Flexibilität gewährleistet werden. Durch das simple Design dieses Erhebungsinstruments gestaltet sich die praktische Anwendung als größtenteils intuitiv und setzt kein Durcharbeiten von seitenlangen Instruktionsmanualen voraus. Lediglich die in blassem Grau gehaltenen Stichworte geben Anhaltspunkte für mögliche Fragestellungen in Bezug auf den jeweiligen Lebensbereich. So sind bezogen auf die Dimension „Finanzielles" beispielsweise die Art und Höhe des aktuellen Einkommens, die laufenden Ausgaben und die Höhe eines etwaigen Schuldenstands von Bedeutung.

Mit diesem vorläufigen Konzept eines Erstkontaktbogens, dessen Bestandteile sich gleichermaßen aus den praktischen Erfahrungen des Autors und aus den Inhalten bereits bestehender Diagnosemodelle zusammensetzen, sollen also Erstkontakte in sämtlichen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe auf einfache, effiziente und gewinnbringende Weise festgehalten werden. Die in den kommenden beiden Subkapiteln präsentierte interne und externe Validierung wird zeigen, ob das hier abgebildete Konstrukt diesen Ansprüchen bereits genügt bzw. welche Änderungen hierfür noch implementiert werden müssen.

Verlaufsdiagnostik

Während der eben erläuterte Erstkontaktbogen für die Anwendung in ambulanten *und* stationären Settings geeignet ist, liegt der Fokus der Verlaufsdiagnostik in erster Linie auf dem Einsatz in stationären Einrichtungen. Dennoch ist die Implementation dieses Instruments in ambulanten Betreuungskontexten keineswegs ausgeschlossen, sofern die Kontakte zwischen Fachkraft und KlientIn auf regelmäßiger Basis stattfinden und die Vertrauensbasis im Klient-Sozialarbeiter-Interaktionssystem ein ausreichendes Niveau erreicht hat. Die erste Version der Verlaufsdiagnostik wird auf den folgenden Seiten dargestellt, um im Anschluss daran im Detail erläutert zu werden.

VERLAUFSDIAGNOSTIK (1/3)

Name: ______________________ BetreuerIn: ______________________

geb. am: ______________________ in Betreuung seit: ______________________

Entwicklungen im biografischen Verlauf

Jahr	
Dimension 1	
Dimension 2	
Dimension 3	
Dimension 4	
Dimension 5	

Relevante Kontaktpersonen

	Name	Rolle	Kontakt
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Freunde/Bekannte | Familie

Beruf | prof. HelferInnen

WOHNEN

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen	empfundene Belastung 0 1 2 3 4 5 Dringlichkeit d. Veränderung 0 1 2 3 4 5

Zielfindung	gemeinsam erwirkte Veränderungen	Veränderungen durch KlientIn bzw. Dritte	Evaluation (empf. Belastung)
			[Datum] 0 1 2 3 4 5 [Datum] 0 1 2 3 4 5 [Datum] 0 1 2 3 4 5

VERLAUFSDIAGNOSTIK (2/3)

FINANZIELLES

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen	empfundene Belastung Dringlichkeit d. Veränderung
		0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5

Zielfindung	gemeinsam erwirkte Veränderungen	Veränderungen durch KlientIn bzw. Dritte	Evaluation (empf. Belastung)
			[Datum] 0 1 2 3 4 5 [Datum] 0 1 2 3 4 5 [Datum] 0 1 2 3 4 5

GESUNDHEIT

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen	empfundene Belastung Dringlichkeit d. Veränderung
		0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5

Zielfindung	gemeinsam erwirkte Veränderungen	Veränderungen durch KlientIn bzw. Dritte	Evaluation (empf. Belastung)
			[Datum] 0 1 2 3 4 5 [Datum] 0 1 2 3 4 5 [Datum] 0 1 2 3 4 5

SOZIALES

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen	empfundene Belastung Dringlichkeit d. Veränderung
		0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5

Zielfindung	gemeinsam erwirkte Veränderungen	Veränderungen durch KlientIn bzw. Dritte	Evaluation (empf. Belastung)
			[Datum] 0 1 2 3 4 5 [Datum] 0 1 2 3 4 5 [Datum] 0 1 2 3 4 5

VERLAUFSDIAGNOSTIK (3/3)

RECHTLICHES

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen	empfundene Belastung Dringlichkeit d. Veränderung

Zielfindung	gemeinsam erwirkte Veränderungen	Veränderungen durch KlientIn bzw. Dritte	Evaluation (empf. Belastung) [Datum] [Datum] [Datum]

BERUF / AUSBILDUNG

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen	empfundene Belastung Dringlichkeit d. Veränderung

Zielfindung	gemeinsam erwirkte Veränderungen	Veränderungen durch KlientIn bzw. Dritte	Evaluation (empf. Belastung) [Datum] [Datum] [Datum]

ALLTAGSKOMPETENZEN

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen	empfundene Belastung Dringlichkeit d. Veränderung

Zielfindung	gemeinsam erwirkte Veränderungen	Veränderungen durch KlientIn bzw. Dritte	Evaluation (empf. Belastung) [Datum] [Datum] [Datum]

Das Konzept der Verlaufsdiagnostik setzt sich im Wesentlichen aus drei Elementen zusammen: der biografischen Entwicklung, der Netzwerkdiagnose und der Analyse von insgesamt sieben relevanten Lebensbereichen. Diese Elemente und deren Funktionalität sollen nun nacheinander behandelt werden.

Die biografischen Informationen beziehen sich hierbei auf die für den vorliegenden Fall relevanten Entwicklungen im Lebenslauf der KlientInnen. Die Informationserhebung erfolgt angelehnt an den Biografischen Zeitbalken von Peter Pantuček, wobei der Hauptunterschied dabei in der flexiblen Benennung der dargestellten Dimensionen liegt. Während in dem von Pantuček geprägten Modell die behandelten Lebensbereiche fix vorgegeben sind, haben die AnwenderInnen der Verlaufsdiagnostik (in Absprache mit den KlientInnen) die Wahl, welche Aspekte genauer beleuchtet werden sollen. Somit können im Unterstützungsprozess Akzente gesetzt und Blickwinkel bei Bedarf fokussiert werden. Befindet sich die/der Betroffene beispielsweise seit 20 Jahren in Langzeitarbeitslosigkeit, würde die Dimension „Arbeit“ wohl nicht sehr aufschlussreich ausfallen und könnte somit zugunsten anderer in diesem Kontext interessanterer Lebensbereiche ausgeklammert werden. Ansonsten entspricht die Funktionsweise dieser biografischen Erhebungsmethode der des Biografischen Zeitbalkens, dessen Vorteile (parallele Darstellung biografischer Entwicklungen in einzelnen Lebensbereichen etc.) bereits im theoretischen Teil dieser Forschungsarbeit behandelt wurden.

Der ebenfalls auf Seite 1 des Diagnosebogens implementierte Mechanismus zur Netzwerkdiagnose ist abermals an zwei Modelle von Peter Pantuček angelehnt: die Personalliste und die Netzwerkkarte. Beide finden durch geringfügige Abänderungen in kompakter Form Platz auf ungefähr einem Seitendrittel und dienen nicht so sehr der detaillierten Analyse des lebensweltlichen sozialen Umfelds der KlientInnen als eher der überblicksmäßigen Darstellung bestehender fallrelevanter Kontakte. Zudem befinden sich Zielgruppen-angehörige in der Wohnungslosenhilfe oftmals in einer Situation sozialer Isolation, womit gemeint ist, dass sie über ein eher rudimentäres Netz aus sozialen Beziehungen verfügen. Personen, deren soziales Umfeld ausreichend stabil ist, finden sich nur sehr selten in Betreuungskontexten von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wieder. Aufgrund dessen kann davon ausgegangen werden, dass die hier zur Anwendung gebrachte kompakte Form der Netzwerkdiagnostik ausreichend ist.

Im dritten und umfangreichsten Part der Verlaufsdiagnostik werden aktuelle Problemstellungen und Ressourcen in Bezug auf sieben Lebensbereiche oder Dimensionen erhoben. Diese Dimensionen orientieren sich an jenen, welche bereits im Erstkontaktbogen berücksichtigt wurden. Einzig der Bereich „Alltagskompetenzen“ kommt an dieser Stelle hinzu, da dieser Fähigkeitenkomplex in Hinsicht auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in eine (selbstständige) Wohnform von großer Bedeutung ist und dahingehende Defizite im Zuge einer stationären Betreuung gezielt ausgeglichen werden können. Zusätzlich zur Erhebung etwaiger Problemstellungen und Ressourcen beinhaltet jede der Dimensionen zwei Skalen, auf denen jeweils die durch die KlientInnen empfundene Belastung und die Dringlichkeit der Veränderung der aktuellen Umstände in diesem Lebensbereich erfasst werden. Beide Skalen werden zu dem Zeitpunkt befüllt, zu dem auch die Ersterhebung des jeweiligen Lebensbereichs erfolgt und dienen somit als Initialmesswerte, mit denen die im späteren Verlauf des Unterstützungsprozesses abermals erhobenen Werte verglichen werden können. Im Anschluss an die Erhebung des IST-Zustands haben Fachkraft und KlientIn die Möglichkeit, gemeinsame Ziele für zukünftige Entwicklungen in dem betreffenden Lebensbereich zu vereinbaren. Um sicherzustellen, dass der dabei erzielte Fortschritt regelmäßig evaluiert wird, sollte zeitgleich mit der Zielvereinbarung auch gleich ein verbindlicher Zeitpunkt für das erste diesbezügliche Evaluationsgespräch festgelegt werden. Dieses Datum kann im Raster „Evaluation“ neben der entsprechenden Evaluationsskala niedergeschrieben werden. Zum Zeitpunkt der Evaluation werden sämtliche Veränderungen in den beiden dafür vorgesehenen Rubriken dokumentiert. Die Aufteilung in gemeinsam und eigenständig durch die KlientInnen erwirkte Veränderungen entspricht der Zweiteilung der in der PRO-Ziel Basisdiagnostik verwendeten Kategorisierung. Im Anschluss an die Dokumentation der erwirkten Veränderungen erfolgt eine erneute Erhebung des individuell empfundenen Belastungsgrads in der dafür vorgesehenen Skala. In Abhängigkeit der Veränderung des Belastungsgrads können weitere Zielsetzungen vereinbart und in weiterer Folge einer zweiten und dritten Evaluation unterzogen werden. Auf diese Weise soll eine zielführende und prozessorientierte Betreuung sichergestellt werden. In welcher Reihenfolge und in welcher Intensität dabei auf die einzelnen Lebensbereiche eingegangen wird, hängt von der konsensualen Entscheidung der Fachkräfte und

KlientInnen ab. So kann der Fokus im Unterstützungsprozess gegebenenfalls auf einzelne kritische Dimensionen beschränkt werden, während andere, weniger problembehaftete Bereiche nachrangig bearbeitet werden. So sollen nach und nach im Verlauf mehrerer Betreuungsgespräche sämtliche Lebensbereiche thematisiert und je nach der jeweiligen Priorität bearbeitet werden.

Nachdem nun sowohl der Erstkontaktbogen als auch das Instrument der Verlaufsdiagnostik skizziert und näher erläutert wurden, folgt im nächsten Schritt die interne Validierung beider Instrumentarien mit dem Kollegium der Caritas Arche 38.

6.3.3. Interne Validierung mit KollegInnen

Für den Prozess der internen Validierung wurden die KollegInnen des Autors herangezogen. Zu diesem Zweck wurde ihnen das zuvor beschriebene Diagnosemodell bestehend aus dem Erstkontaktbogen und der Verlaufsdiagnostik mit der Bitte vorgelegt, beide Instrumente in Bezug auf deren Anwendbarkeit im Praxisalltag der Caritas Arche 38 zu bewerten.

Bei den involvierten KollegInnen handelt es sich zum einen um zwei Mitarbeiter, die sowohl im Betreuten Wohnen als auch in der Notschlafstelle der Caritas Arche 38 tätig sind, und zum anderen um drei KollegInnen aus der Kontaktstelle. Somit setzt sich die getroffene Auswahl aus zwei Fachkräften aus einem stationären und drei ProfessionistInnen aus einem ambulanten Kontext der Wohnungslosenhilfe zusammen. Neben insgesamt mehr als 50 Jahren Berufserfahrung im Bereich der Wohnungslosenhilfe verfügen die ausgewählten MitarbeiterInnen auch über einschlägige Ausbildungen aus den Bereichen Soziale Arbeit und Sozialpädagogik.

Im Folgenden wird anhand des rückgemeldeten Feedbacks, welches in Form von stichwortartigen Gesprächsprotokollen festgehalten und zu einer Sammlung von Forschungsnotizen (FN1) zusammengefasst wurde, auf mögliche Verbesserungen der jeweiligen Konzepte eingegangen.

Erstkontaktbogen

Da sowohl die MitarbeiterInnen des Betreuten Wohnens als auch die der Kontaktstelle immer wieder mit Erstkontakt- bzw. Aufnahmesituationen konfrontiert sind, stellt der Erstkontaktbogen für beide Tätigkeitsbereiche eine potentielle Ressource dar.

Hinsichtlich der im Erstkontaktbogen berücksichtigten Inhalte beurteilten alle fünf KollegInnen das Instrument als vollständig, da es sämtliche für ihre tägliche Arbeit relevanten Dimensionen und möglichen Fragestellungen abdeckt. Auch der aus der Literatur entnommene Part der „Visuellen Ersteinschätzung" stieß auf Anklang, da sich derartige Wahrnehmungen durchaus als hilfreich herausstellen können. Was die Dimension „Wohnen" betrifft, gaben die befragten MitarbeiterInnen an, dass das Spektrum der Wohnbiografie zwar im Betreuten Wohnen von Bedeutung ist, in der Kontaktstelle, welche sich viel mehr mit der Überwindung akuter Krisensituationen beschäftigt, aber eine eher untergeordnete Rolle spielt. Auch die beiden Punkte zur „Problemdefinition" und zu den „Empfohlenen Interventionen" wurden in ihrer Funktion als Orientierungshilfen im Diagnose- und Hilfeplanungsprozess positiv bewertet. Dabei wurde vor allem die Sinnhaftigkeit der jeweils zweigeteilten Darstellung dieser beiden Punkte hervorgehoben. Die Einbeziehung der Dimension „Hilfesystem" stellte für einige KollegInnen sogar ein Novum dar, da sie diesen Aspekt bis dato nicht oder nur sehr selten in Erstkontaktgesprächen berücksichtigt hatten (vgl. FN1 2017, S. 1ff.).

Angesprochen auf eventuell fehlende Elemente gaben zwei der fünf Befragten an, dass ihnen eine Kategorie „Sonstiges" für die Dokumentation besonderer biografischer Ereignisse oder anderer betreuungsrelevanter Inhalte, welche thematisch nicht in eine der anderen Dimensionen passen, fehlt. Überflüssige und demnach zu kürzende Bestandteile konnten durch die MitarbeiterInnen nicht identifiziert werden (vgl. ebd., S. 1).

Das Layout des Erstkontaktbogens wurde unterschiedlich bewertet: Während ein Teil des Kollegiums mit der Darstellung auf einer einzelnen Seite im Sinne einer kompakten und praktikablen Handhabung einverstanden war, fanden andere den für Notizen zur Verfügung gestellten Platz pro Dimension zu klein und sprachen sich daher für eine alternative Lösung auf zwei Seiten aus (vgl. ebd.).

Auch in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit der tatsächlichen Anwendung eines solchen Instruments in ihrem Praxisalltag gingen die Meinungen der MitarbeiterInnen auseinander. Zum Teil wurde der Erstkontaktbogen als hilfreich, strukturgebend und sehr praktikabel beschrieben, gleichzeitig standen einige KollegInnen dem Tool auch skeptisch gegenüber. Es waren dies vor allem jene Fachkräfte, die bereits seit vielen Jahren in der Sozialen Arbeit mit Wohnungslosen tätig sind und daher bevorzugt auf die ihnen zur Gewohnheit gewordenen Mittel der Informationserhebung zurückgreifen. Die Notwendigkeit einer zusätzlichen Strukturierung der bereits vielfach bewährten Abläufe sei ihrer Meinung nach nicht gegeben, sofern es sich um einen „Standard-Fall" handelt. Bei besonders verworrenen bzw. undurchsichtigen Falldarstellungen könne das vorgelegte Konzept allerdings mehr Klarheit und Struktur schaffen (vgl. ebd., S. 3).

Zusammenfassend fielen die Rückmeldungen aus dem Kollegium der Arche 38 also größtenteils positiv aus. Einzig der stellenweise Platzmangel für Notizen und das Fehlen einer Kategorie „Sonstiges" wurden kritisch angemerkt. Da beide Kritikpunkte allerdings nicht vom gesamten Kollegium geteilt wurden, kommt es an dieser Stelle vorerst noch zu keiner Adaption des bestehenden Konzepts. Die beiden Kritikpunkte werden vielmehr festgehalten und in Abhängigkeit von den Ergebnissen der zweiten Validierungsphase entweder implementiert oder verworfen.

Verlaufsdiagnostik

Da sich stabile und auf regelmäßigen Kontakten basierende Betreuungsbeziehungen zu den KlientInnen im ambulanten Setting der Kontaktstelle nur schwer herstellen lassen, kommt die Verwendung der Verlaufsdiagnostik für die dort tätigen MitarbeiterInnen nicht in Frage. Daher konnte für die interne Validierung des zweiten Bestandteils des Diagnosesystems ausschließlich auf die beiden Fachkräfte des Betreuten Wohnens zurückgegriffen werden.

Bezugnehmend auf den Biografischen Zeitbalken am Beginn des Diagnosebogens kamen Bedenken hinsichtlich der Limitierung darstellbarer Zeiträume auf. Wenn jedes vertikale Segment für ein Lebensjahr steht, können auf der gesamten Länge des Zeitbalkens maximal 27 Jahre dargestellt werden, was vor allem bei älteren Personen meist zu wenig

ist. Ein Vorschlag aus dem Kollegium war daher, die vertikale Unterteilung des Balkens aufzuheben, um so mehr Flexibilität bei den zeitlichen Maßstäben zu erreichen. Gegen dieses Argument spricht aus der Sicht des Autors, dass ohne vertikale Unterteilungen nicht gewährleistet werden kann, dass bei allen abgebildeten Dimensionen derselbe Maßstab angewendet wird und somit kann das Bild, welches durch den parallelen Vergleich der Dimensionen entsteht, verfälscht werden. Den allgemeinen Nutzen in der Verwendung des Biografischen Zeitbalkens sehen beide befragten Kollegen. Auch die Möglichkeit, neben dem kompakten Zeitbalken zusätzlich einen größeren Maxi-Zeitbalken auf einer gesonderten Seite zur Verfügung zu stellen, wurde diskutiert (vgl. ebd., S. 2).

Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass der Platz für die Informationserhebung zu den insgesamt sieben Dimensionen zu knapp bemessen sei. Auch innerhalb der Dimensionen gebe es zu wenig Platz für die Vereinbarung und Dokumentation von Zielen und etwaigen Sub-Zielen. In diesem Zusammenhang plädierte einer der befragten Kollegen dafür, den anamnestischen Part (IST-Situation, Ressourcen) von dem der Zielfindung und Evaluation zu trennen und Letzteren gemeinsam mit den Zielsetzungen der anderen Dimensionen an das Ende des Verlaufsdiagnostikbogens zu verschieben (vgl. ebd.). Auch dieser spezielle Vorschlag wurde bei der anschließenden Adaption des Instruments vorerst nicht berücksichtigt. Sollte diese Idee im Zuge der externen Validierung ebenfalls Anklang finden, wird eine entsprechende Änderung zu einem späteren Zeitpunkt vorgenommen.

Bezugnehmend auf die soziale Eingebundenheit der Ankerperson wies einer der Mitarbeiter außerdem darauf hin, dass die Erhebung der familiären Strukturen im Rahmen eines Genogramms aufschlussreich sein könnte (vgl. ebd.). Wenngleich dies in vielen Fällen zur Konkretisierung der fallbezogenen Informationen beitragen kann, so bedarf es aus der Sicht des Autors keiner standardmäßigen Reservierung von Platz für ein Genogramm. Es ist anzunehmen, dass ein Großteil der AnwenderInnen nicht von dieser Möglichkeit Gebrauch machen würde. Besteht fallweise doch Bedarf, so sollten alle ProfessionalistInnen in der Lage sein, ein entsprechendes Genogramm auf einem separaten Blatt Papier anzufertigen. Auch dieser Vorschlag wurde somit nicht unmittelbar in die Tat umgesetzt, sondern lediglich festgehalten.

Eine Veränderung des Diagnosebogens ergab sich aus der Kritik an dem Platzmangel für die Informationserhebung zu den einzelnen Dimensionen. Um mehr Platz für die Segmente „IST-Situation / Problemstellung“ und „aktueller Umgang / Ressourcen“ freizumachen, wurde die Skala für den Initialwert der empfundenen Belastung ins Evaluationssegment verschoben und dort mit dem Marker „[Start]“ versehen, um sie von den drei Evaluationsskalen abzuheben. Die Skala zur „Dringlichkeit der Veränderung“ wurde hingegen gänzlich entfernt, da sich aus den ersten Skalierungsversuchen mit den Klienten des Betreuten Wohnens durchwegs hohe Übereinstimmungsgrade zwischen den beiden Initialskalen ergaben und die Erhebung des Veränderungswunsches somit als redundant bzw. verzichtbar zu betrachten ist.

Somit kam es im Zuge der internen Validierung auch bei der Verlaufsdiagnostik nur zu geringfügigen Veränderungen, während sämtliche bis zu diesem Zeitpunkt nicht berücksichtigten Anregungen und Kritikpunkte zumindest dokumentiert wurden, um sie gegebenenfalls bei der Umsetzung des Feedbacks aus der externen Validierung einfließen zu lassen.

6.3.4. Externe Validierung mit ExpertInnen aus Praxis und Forschung

Nach den eben dargestellten Ergebnissen der internen Validierung folgt nun die Zusammenfassung der Rückmeldungen aus dem externen Validierungs-verfahren. Um die in der vorhergehenden Phase gewonnenen Erkenntnisse weiter auszubauen, wurden im Zuge der externen Validierung insgesamt elf ExpertInnen aus Praxis und Forschung der Sozialen Arbeit herangezogen. Eine genaue Aufstellung der involvierten Personen und Einrichtungen findet sich in Kapitel 5.2.4.

Wie im vorhergehenden Subkapitel wird auch an dieser Stelle auf Forschungsnotizen (FN2), welche aus den Gesprächen mit den befragten ExpertInnen resultierten, Bezug genommen. So sollen nach und nach sämtliche Kritikpunkte der KollegInnen wiedergegeben und die daraufhin vorgenommenen Adaptionen erläutert werden. Außerdem sollen am Ende dieses Subkapitels nochmals beide Diagnosebögen samt den vollzogenen Adaptionen – also in ihrer finalen Version – präsentiert werden.

Generelles

Im Allgemeinen zeigte sich bei der Befragung der KollegInnen aus anderen Wohnungslosenhilfeeinrichtungen, dass die Praktikabilität eines solchen institutionsübergreifenden Erhebungsinstrumentariums stark von deren Auftrag bzw. Zielgruppe abhängt. So gaben die KollegInnen vom Verein ERfA (Verein für gemeinnützige Beschäftigung) beispielsweise an, dass für ihre Zwecke ein stärker auf die Themen Arbeit und Arbeitsfähigkeit ausgerichteter Diagnosebogen notwendig wäre, während die ExpertInnen vom Projekt Housing First (Verein Jugend am Werk Steiermark) einen viel stärkeren Fokus auf den Bereich Wohnen legen würden (vgl. FN2 2017, S. 1f.).

Außerdem bestimmt die Art und Gestaltung des Zugangs für KlientInnen zu den Leistungen der jeweiligen Einrichtung die Grenzen der Anwendbarkeit von Diagnosemodellen. So zeigen beispielsweise die KollegInnen aus Institutionen mit eher hochschwelligen Angeboten (zum Beispiel Housing First) verstärktes Interesse an der umfangreichen Verlaufsdiagnostik, wohingegen für die MitarbeiterInnen aus dem Referat für Sozialarbeit und Sozialbetreuung der Stadt Graz aufgrund der unregelmäßigen Kontakte zu KlientInnen lediglich die Verwendung des Erstkontaktbogens in Frage käme. Im krassen Gegensatz dazu stehen etwa die Fachkräfte der Mobilen Sozialarbeit der Stadt Graz, die angaben, so niederschwellig in ihrer Leistungserbringung zu agieren, dass sie sämtliche Erhebungsbögen oder vergleichbaren Instrumente gänzlich aus den Kontaktsettings mit KlientInnen fernhalten. Die anhand dieser drei Institutionen dargestellte Varianz innerhalb der Angebotspalette der Wohnungslosenhilfe lässt bereits erahnen, dass der Anspruch, ein institutionsunabhängiges Instrumentarium für sämtliche Einrichtungen und Settings zu konzipieren, ein durchaus ambitionierter ist (vgl. ebd., S. 9).

Eine weitere Erkenntnis aus der durchgeführten Befragung ist, dass ein beträchtlicher Teil der involvierten Einrichtungen bereits mit der einen oder anderen Art von Erhebungsinstrument arbeitet. Bei diesen handelt es sich in der Regel um Werkzeuge zur Erhebung von Stammdaten und ähnlichen Informationen. Ein modular aufgebautes System, in dem zwischen Erstkontakt und Prozessbegleitung bzw. Verlaufsdiagnostik unterschieden wird, oder ein auf die Evaluation des Hilfeplans ausgelegtes Modell waren

jedoch nicht darunter. Daher kann in Bezug auf den Status quo der Sozialen Diagnostik in der Wohnungslosenhilfe in Graz zwar gesagt werden, dass Ansätze zum Teil bereits praktisch umgesetzt werden, diese in puncto Struktur und Prozessorientierung allerdings nicht übermäßig ausgereift erscheinen (vgl. ebd.).

Erstkontaktbogen

Zur grundsätzlichen Gestaltung des Erstkontaktbogens gab es unter den Befragten weitgehende Übereinstimmungen darüber, dass der Aufbau gut gewählt und die Funktionalität des Instruments intuitiv nachvollziehbar sind. Zudem stimmen die im Bogen beinhalteten Dimensionen mit den in der alltäglichen Praxis der jeweiligen Fachkräfte thematisierten Kategorien überein. Unterschiede ergeben sich – wie bereits zuvor erwähnt – zum Teil daraus, dass verschiedene Einrichtungen jeweils unterschiedliche Schwerpunkte (beispielsweise im Bereich Arbeit, Wohnen oder psychische Gesundheit) setzen, und diese Kategorien somit eine entsprechend eigene Gewichtung erhalten (vgl. ebd., S. 11f.).

In Bezug auf den für die einzelnen Themenbereiche zur Verfügung gestellten Platz waren sich ebenfalls beinahe alle befragten Fachkräfte darüber einig, dass zu wenig Raum für das Festhalten von Informationen vorhanden ist (vgl. ebd.). Diese Einschätzung deckt sich mit dem in der internen Validierung erwähnten Platzmangel und führte daher zu einer umfassenden Umgestaltung des Layouts. Statt der einseitigen Darstellung wurde eine alternative Zwei-Seiten-Lösung kreiert, in der vor allem den essentiellen Dimensionen Wohnsituation, Finanzielles und Gesundheit mehr Platz für Notizen zugewiesen wurde.

Zwei weitere inhaltliche Neuerungen betreffen die Hereinnahme zweier Notizenfelder mit den Titeln „Kontext der Kontaktaufnahme“ und „Sonstiges“. Ersteres nimmt Bezug auf die Art und Weise, auf welche die KlientInnen Zugang zur Einrichtung gefunden haben, sei es durch Zuweisung einer anderen Einrichtung, durch Mundpropaganda, über eine Online-Informationsquelle oder Ähnliches. Die diesbezügliche Information kann Aufschluss über die Orientierungsfähigkeit des Gegenübers geben, mögliche helfende Personen im Umfeld identifizieren und auch fallunspezifische Daten über den Zugang des Klientels zu den Angeboten der Einrichtung liefern. Da diese Information in der ersten Konzeption des Instruments nicht berücksichtigt wurde, wies ein Großteil der

ExpertInnen auf deren Fehlen hin, und so kam es schließlich zur nachträglichen Implementation (vgl. ebd., S. 7). Die Kategorie „Sonstiges“ ist für die Dokumentation sämtlicher Informationen gedacht, welche in keine der anderen Dimensionen eingeordnet werden können. Dabei kann es sich beispielsweise um spezielle biografische Ereignisse oder Notizen in Hinblick auf einen etwaigen Folgetermin handeln. Mit der Berücksichtigung dieses Aspektes konnte nun auch der zweite aus der internen Validierung übriggebliebene Kritikpunkt implementiert werden.

Eine Anmerkung der ExpertInnen, welche im Zuge der Adaption allerdings nicht berücksichtigt wurde, war der Wunsch nach der Implementation einer speziellen Checkliste, um das Vorhandensein bestimmter Ansprüche abzufragen bzw. die Erledigung diverser Ansuchen etc. sicherzustellen. Ein Beispiel hierfür wären etwa die Punkte „Bezug der Bedarfsorientierten Mindestsicherung“, „Anspruch auf die SozialCard der Stadt Graz“ oder Ähnliches (vgl. ebd., S. 4). Auf die Hereinnahme dieses Elements wurde bewusst verzichtet, da es – wie bereits eingangs erwähnt – kaum möglich ist, sämtliche institutionellen Kontexte gleichermaßen zu berücksichtigen. Eine solche Checkliste wäre somit entweder zu allgemein gehalten oder zu stark auf die Bedürfnisse einiger weniger Einrichtungen zugeschnitten (und damit für andere nicht praktikabel).

Ein weiterer Vorschlag der ExpertInnen bezog sich auf die Berücksichtigung der KlientInnenperspektive im diagnostischen Prozess. Nach dem Vorbild des Abschnitts „Problemdefinition und Erwartungen an die Einrichtung“ sollte auch in den übrigen Dimensionen ein jeweils gesonderter Bereich für die Dokumentation der Sicht der KlientInnen reserviert werden (vgl. ebd., S. 3). Da das dem Erstkontaktbogen zugrunde liegende Prinzip der Informationserhebung kooperativer Natur ist und die Ankerperson in diesem Zusammenhang als ExpertIn ihrer eigenen Lebenswelt betrachtet wird, entspricht der überwiegende Teil der erhobenen Daten ohnehin der individuellen Perspektive der KlientInnen. Aus diesem Grund wurde hier letztlich auch auf die Implementation dieser Anregung verzichtet.

Trotz der weitgehend intuitiven Handhabung des Erstkontaktbogens wiesen einige der Befragten darauf hin, dass auch für dieses Instrument eine Art Handbuch bzw. Manual benötigt wird. So gab es beispielsweise Unklarheiten in Bezug auf die Information zur Visuellen Ersteinschätzung und deren Bedeutung bzw. Sinn und Zweck in Hinblick auf

den weiteren Unterstützungsprozess (vgl. ebd., S. 4). Zudem gab einer der zurate gezogenen Experten zu bedenken, dass eine Gebrauchsanweisung auch notwendig sei, um zu verhindern, dass bei der Verwendung des Tools bestimmte Grundsätze der Sozialen Arbeit verletzt würden. So handelt es sich bei den festgehaltenen Informationen in den Kategorien „Visuelle Ersteinschätzung“ und „Problemdefinition und Erwartungen an die Einrichtung aus Sicht der Fachkraft“ zwar um individuelle Wahrnehmungen der ProfessionistInnen, dennoch sollten auch an dieser Stelle – dem Grundsatz der Transparenz folgend – keine Informationen niedergeschrieben werden, die nicht genau so auch der Ankerperson gegenüber erwähnt worden sind (vgl. ebd., S. 6).

Nachdem die eben genannten Kritikpunkte berücksichtigt und zum größten Teil in die erneute Adaption des Erstkontaktbogens integriert wurden, haben sich vor allem in Bezug auf dessen Layout und einige inhaltliche Aspekte grundlegende Änderungen ergeben. Das aus diesen Anpassungen hervorgehende Modell wird auf den nächsten beiden Seiten dargestellt und das zuvor erwähnte Manual im Anhang an diese Forschungsarbeit beigefügt.

E R S T K O N T A K T B O G E N

erstellt am:_____ erstellt von:_____

Name:	geb. am:	Nationalität:
Adresse:		Tel.Nr.:
Familienstand:	Kinder:	

Kontext der Kontaktaufnahme

Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren?

Bereits vorhandene Daten	**Visuelle Ersteinschätzung**
bspw. aus Akten, anderen Einrichtungen etc.	Erscheinungsbild, soziale Interaktion etc.

Problemdefinition und Erwartungen an die Einrichtung

aus Sicht der/des Klientin/en	ggf. Ergänzungen aus Sicht der Fachkraft

Wohnen

Grund d. Wohnungsverlusts, (selbstständige) Wohnverhältnisse bis dato etc.

Finanzielles

Art u. Höhe des Einkommens, Ausgaben, Schulden etc.

E R S T K O N T A K T B O G E N	
Gesundheit	
physisch	psychisch
Arbeit und Ausbildung	
Schul- und Ausbildung, beruflicher Werdegang etc.	
Rechtliches	
Dokumente, Aufenthaltstitel, Strafrechtliches etc.	
Soziales	
Eingebundenheit in soziales bzw. familiäres Umfeld	
Hilfesystem	
in Anspruch genommene professionielle Hilfen bis dato	
Sonstiges	
allfällige Notizen zum Erstkontakt…	
Empfohlene Interventionen	
kurzfristig	mittel- bis langfristig

Verlaufsdiagnostik

Ähnlich wie im Fall des Erstkontaktbogens ergaben sich im Anschluss an die externe Validierung auch beim Konzept der Verlaufsdiagnostik einige Veränderungen. Auf welchen Rückmeldungen diese Anpassungen basieren und welche anderen Kritikpunkte von den ExpertInnen geäußert wurden, soll im Folgenden erläutert werden.

Bezugnehmend auf die in der Verlaufsdiagnostik zur Anwendung gebrachten Werkzeuge (Biografischer Zeitbalken, Personalliste und Netzwerkkarte) ergab die Befragung der ExpertInnen durchwegs positive Rückmeldungen. Die Fachkräfte befanden diese Bestandteile und die Art und Weise, auf die sie eingesetzt werden, für sehr hilfreich. Gleichzeitig wiesen einige auch darauf hin, dass die Funktionalität des Biografischen Zeitbalkens und der Netzwerkkarte nicht allen potentiellen AnwenderInnen geläufig ist und zum besseren Verständnis auch hier eine Art Bedienungsanleitung vonnöten sein wird (vgl. FN2 2017, S. 13f.).

Mit dem inhaltlichen Aufbau der einzelnen Dimensionen waren die befragten Personen einheitlich einverstanden, wenngleich sie – wiederum abhängig von Angebot und Setting ihrer jeweiligen Einrichtung – auch an dieser Stelle zum Teil anders gewichtete Schwerpunkte setzen würden (vgl. ebd.). Der integrierte Evaluationsmechanismus inklusive Belastungsskalen wurde grundsätzlich als förderlich wahrgenommen. Er gebe einen strukturierten Rahmen vor und steigere so die Konsequenz in der Betreuungsarbeit (vgl. ebd., S. 5). Gleichzeitig gaben viele der ExpertInnen an, dass diese Form der Fortschrittskontrolle in ihren Arbeitskontexten aufgrund mangelnder Zeitressourcen oder der unregelmäßigen KlientInnenkontakte nicht realistisch sei. Auch hinsichtlich der Funktionsweise des Evaluationsmechanismus blieben zum Teil Fragen offen, welche ebenfalls in einem NutzerInnenmanual berücksichtigt werden sollten (vgl. ebd., S. 13f.).

In puncto Terminologie ergaben sich vor allem aus der Befragung der Forschenden zwei Kritikpunkte. Zum einen wurde der in den Dimensionen eingearbeitete Begriff der „Problemstellung“ (bei der Erhebung der IST-Situation) infrage gestellt (vgl. ebd., S. 3), und zum anderen wurde kritisiert, dass hinsichtlich der Veränderungen zwischen „gemeinsam erwirkten“ und „durch KlientInnen/Dritte erwirkte“ unterschieden wird (vgl. ebd., S. 14). Erstere der beiden Anmerkungen wurde im Zuge der Adaption nicht

berücksichtigt, da die durch den Begriff „Problemstellung“ vermeintlich erzeugte Defizitorientierung durch die nebenstehende Ressourcenerhebung aufgehoben wird. Der auf die Veränderungen bezogene Kritikpunkt wurde hingegen umgesetzt und die beiden Kategorien in „planmäßig erwirkte Veränderungen“ und „außerplanmäßig eingetretene Veränderungen“ umbenannt.

Wie in der internen Validierung gab es auch im Zuge der Befragung externer Fachkräfte eine Person, die den potentiellen Nutzen eines Genogramms bei der Darstellung der familiären Situation der Ankerperson erwähnte (vgl. ebd., S. 5). Mit derselben Begründung wie zuvor (der Nutzen einer fixen Implementation dieses Aspekts würde aller Voraussicht nach den Komplexitätszuwachs des Instruments nicht aufwiegen) wurde auch an dieser Stelle auf die Hereinnahme eines Genogramms als fixen Bestandteils der Erhebung verzichtet.

Ein abschließender Kritikpunkt, welcher von der Mehrheit der Befragten geteilt wurde, betrifft erneut den Platzmangel für die Notizen der Fachkräfte in den einzelnen Dimensionen (vgl. ebd., S. 13f.). Um dieses Problem zu beseitigen, wurde die Verlaufsdiagnostik letztlich um eine Seite erweitert. In dem nunmehr vierseitigen Erhebungsbogen steht mehr Platz für den Biografischen Zeitbalken und die Lebensbereiche Wohnen, Finanzielles, Gesundheit und Arbeit/Ausbildung zur Verfügung. Lediglich die Bereiche Soziales, Rechtliches und Alltagskompetenzen blieben in ihrer ursprünglichen Form erhalten, da es sich dabei laut Meinung der ExpertInnen um Dimensionen von untergeordneter Priorität handelt.

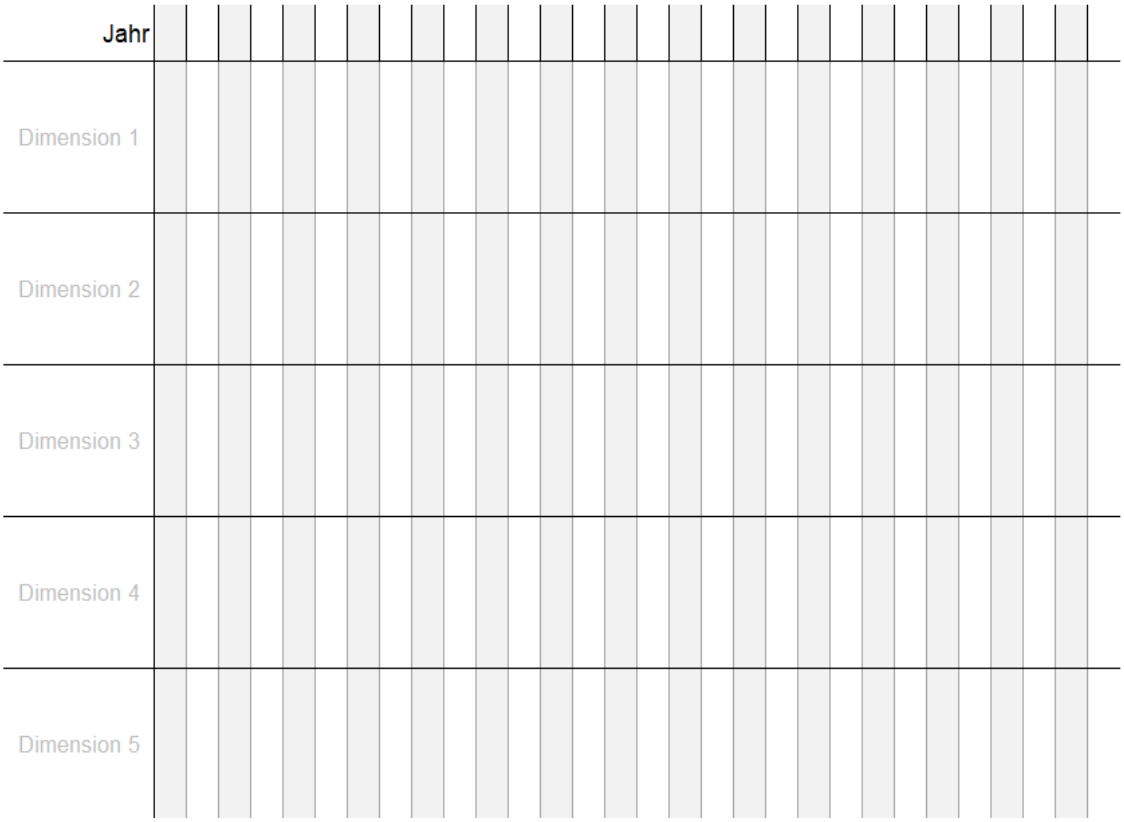
Die im Anschluss an die externe Validierung vorgenommen Änderungen beschränken sich also auf eine umfassende Adaption des Layouts sowie einige Veränderungen in Bezug auf verwendete Begriffe. Auf den folgenden Seiten soll nun die finale Version der Verlaufsdiagnostik präsentiert werden.

VERLAUFSDIAGNOSTIK (1/4)

Name: _____ BetreuerIn: _____

geb. am: _____ in Betreuung seit: _____

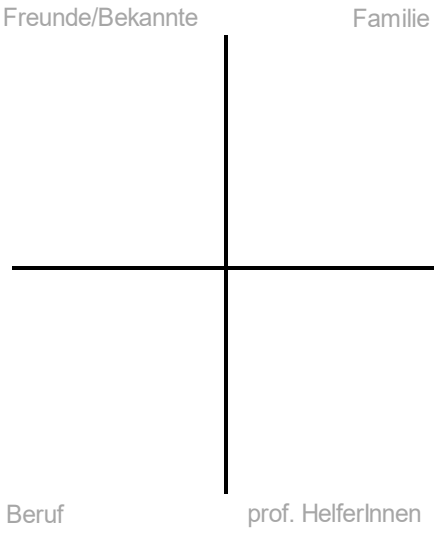
ENTWICKLUNGEN IM BIOGRAFISCHEN VERLAUF



RELEVANTE KONTAKTPERSONEN

	Name	Rolle	Kontakt
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

SOZIALE EINGEBUNDENHEIT



V E R L A U F S D I A G N O S T I K (2 / 4)

WOHNEN

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen

Zielfindung	Evaluation (empfundene Belastung im Verlauf)
	[Start] 0 1 2 3 4 5 [Eva1] 0 1 2 3 4 5 [Eva2] 0 1 2 3 4 5 [Eva3] 0 1 2 3 4 5

planmäßig erwirkte Veränderungen	außerplanmäßig eingetretene Veränderungen

FINANZIELLES

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen

Zielfindung	Evaluation (empfundene Belastung im Verlauf)
	[Start] 0 1 2 3 4 5 [Eva1] 0 1 2 3 4 5 [Eva2] 0 1 2 3 4 5 [Eva3] 0 1 2 3 4 5

planmäßig erwirkte Veränderungen	außerplanmäßig eingetretene Veränderungen

V E R L A U F S D I A G N O S T I K (3 / 4)

GESUNDHEIT

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen

Zielfindung	Evaluation (empfundene Belastung im Verlauf)
	[Start] 0 1 2 3 4 5 [Eva1] 0 1 2 3 4 5 [Eva2] 0 1 2 3 4 5 [Eva3] 0 1 2 3 4 5

planmäßig erwirkte Veränderungen	außerplanmäßig eingetretene Veränderungen

ARBEIT / AUSBILDUNG

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen

Zielfindung	Evaluation (empfundene Belastung im Verlauf)
	[Start] 0 1 2 3 4 5 [Eva1] 0 1 2 3 4 5 [Eva2] 0 1 2 3 4 5 [Eva3] 0 1 2 3 4 5

planmäßig erwirkte Veränderungen	außerplanmäßig eingetretene Veränderungen

VERLAUFSDIAGNOSTIK (4/4)

SOZIALES

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen

Zielfindung	planmäßig erwirkte Veränderungen	außerplanmäßig eingetretene Veränderungen	Evaluation (empfundene Belastung im Verlauf)
			[Start] 0 1 2 3 4 5 [Eva1] 0 1 2 3 4 5 [Eva2] 0 1 2 3 4 5 [Eva3] 0 1 2 3 4 5

RECHTLICHES

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen

Zielfindung	planmäßig erwirkte Veränderungen	außerplanmäßig eingetretene Veränderungen	Evaluation (empfundene Belastung im Verlauf)
			[Start] 0 1 2 3 4 5 [Eva1] 0 1 2 3 4 5 [Eva2] 0 1 2 3 4 5 [Eva3] 0 1 2 3 4 5

ALLTAGSKOMPETENZEN

IST-Situation / Problemstellung	akt. Umgang / Ressourcen

Zielfindung	planmäßig erwirkte Veränderungen	außerplanmäßig eingetretene Veränderungen	Evaluation (empfundene Belastung im Verlauf)
			[Start] 0 1 2 3 4 5 [Eva1] 0 1 2 3 4 5 [Eva2] 0 1 2 3 4 5 [Eva3] 0 1 2 3 4 5

7. Resümee

In diesem finalen Abschnitt sollen nun die vorhergehenden Kapitel mit Fokus auf deren Grundaussagen, den ihnen zugrunde liegenden Fragestellungen und den erarbeiteten Resultaten zusammengefasst werden. Im Anschluss daran erfolgt ein Ausblick auf die Bedeutung dieser Forschungsarbeit für die Praxis der Sozialen Arbeit und die Beschreibung zukünftiger Anwendungspotentiale des aus der vorliegenden Arbeit resultierenden Diagnosesystems.

Der theoretische Teil der vorliegenden Masterarbeit beginnt mit der Erläuterung relevanter Begrifflichkeiten, Statistiken und rechtlicher Grundlagen in Zusammenhang mit dem Thema Wohnungslosigkeit. Hierbei wird besonderes Augenmerk auf die aktuellen Verhältnisse in Österreich und genauer in der Steiermark bzw. in Graz gelegt. Daraufhin erfolgt im zweiten Kapitel eine taxative Aufzählung und detaillierte Beschreibung der Personen- und Umweltressourcen nach Norbert Herriger. Neben der Einführung in relevante Einflussfaktoren aufseiten der AdressatInnen der Sozialen Arbeit bildet dieses Kapitel ebenfalls die Grundlage für die Beantwortung der Frage nach den zentralen Faktoren in Bezug auf die KlientInnen der Wohnungslosenhilfe. Um den LeserInnen einen Einblick in die Angebotspalette der institutionellen Sozialen Arbeit mit Wohnungslosen zu geben, folgt im dritten Kapitel die Beschreibung diverser Angebotsformen, die von der Abdeckung der Grundbedürfnisse in der Basisversorgung bis hin zum höherschwelligeren Segment der ambulanten und stationären Angebote reicht. Grundlegend für die spätere Konzeption eines neuen Diagnosesystems ist das nächste Kapitel, in dem die wichtigsten Informationen zum Thema der Sozialen Diagnostik behandelt werden. Zudem werden an dieser Stelle ausgewählte Modelle der Sozialen Diagnostik präsentiert. Der theoretische Teil dieser Forschungsarbeit schließt mit einem Überblick über die im empirischen Teil zur Anwendung gebrachte Vorgehensweise.

Im empirischen Abschnitt erfolgt zunächst die Präsentation der zentralen (Einfluss-)Faktoren aufseiten der KlientInnen der Wohnungslosenhilfe, womit zugleich die erste von drei Subforschungsfragen beantwortet wird. Wie bereits zuvor erwähnt, fußt die hier getroffene Auswahl an Faktoren auf den im zweiten Kapitel präsentierten

Ressourcen nach Herriger. Außerdem fließen hierbei die praktischen Erfahrungen des Autors aus dem Arbeitsalltag in der Wohnungslosenhilfe ein. Entsprechend der zweiten Subforschungsfrage wird im weiteren Verlauf auf die zentralen Aspekte der Diagnostik in der Wohnungslosenhilfe eingegangen. Die hier beschriebenen Eckpunkte einer zielführenden Diagnostik (darunter zum Beispiel der adäquate Sprachgebrauch, die kooperative Auslegung und das flexible Design) bilden die Basis des darauffolgenden Entwurfs eines maßgeschneiderten Diagnosemodells. Der Erstellungsprozess dieses Modells setzt sich aus vier Phasen zusammen und beginnt mit der Analyse der im theoretischen Teil erläuterten Diagnosemodelle in Bezug auf deren Eignung für den Einsatz in der Wohnungslosenhilfe. Daraufhin erfolgt die Konzeption einer ersten Version des angestrebten Diagnosesystems. In dieser Phase werden sämtliche zuvor gesammelten und aufbereiteten Informationen gebündelt, um ein Konzept zu entwerfen, das möglichst passgenau auf die Bedürfnisse der KlientInnen und ProfessionistInnen der Wohnungslosenhilfe zugeschnitten ist. Damit ist schließlich auch die dritte und letzte Subforschungsfrage als beantwortet anzusehen. Der empirische Abschnitt schließt mit zwei aufeinanderfolgenden Validierungsphasen, in denen sowohl das Kollegium des Autors in der Caritas Arche 38 als auch eine Reihe von ExpertInnen aus der Praxis und Forschung um ihre Rückmeldungen in Bezug auf die Qualität des erstellten Diagnosesystems gebeten wurden. Anhand des erhaltenen Feedbacks wurden jeweils im Anschluss an die Validierungsphasen entsprechende Adaptionen vorgenommen. Somit konnte letztlich eine – aus der Sicht des Autors und der befragten ExpertInnen – maßgeschneiderte Lösung erarbeitet werden.

Das aus dieser Masterarbeit hervorgehende Diagnosesystem setzt sich in seiner vorläufig finalen Version aus zwei separaten Teilen zusammen. Diese Zweiteilung resultiert aus dem Anspruch, das Diagnosesystem in möglichst vielen Settings der Wohnungslosenhilfe zur Anwendung zu bringen. So haben ProfessionistInnen in ambulanten und eher niedrigschwelligen Bereichen die Möglichkeit, mithilfe des Erstkontaktbogens in kurzer Zeit einen möglichst ganzheitlichen Überblick über die Situation der KlientInnen zu erhalten. Während die Komplexität und das vorausgesetzte Vertrauensniveau zwischen Fachkraft und AdressatIn relativ gering gehalten werden, können so innerhalb eines einzelnen Gesprächs grundlegende Daten erhoben und erste Interventionsempfehlungen abgegeben werden. Im Falle einer längerfristig angelegten Betreuungsbeziehung (etwa in

stationären Kontexten) hilft der zweite Teil des Diagnosesystems – die Verlaufsdiagnostik – dabei, Schritt für Schritt detailliertere Informationen in Bezug auf einzelne Lebensbereiche zu sammeln, gemeinsam mit den KlientInnen Zielsetzungen zu erarbeiten und den laufenden Unterstützungsprozess im Zuge von Evaluationsgesprächen zu begleiten.

Für die Praxis der Sozialen Arbeit mit wohnungslosen Menschen ergibt sich durch die schrittweise Integration von Elementen Sozialer Diagnostik die Chance, für mehr Struktur im Praxisalltag zu sorgen und so die Zielgerichtetheit und Effektivität der angebotenen Maßnahmen zu steigern. Da in vielen Bereichen der Wohnungslosenhilfe die Zugänge zu Angeboten möglichst niedrigschwellig konzipiert werden müssen, entstand vielerorts der Trugschluss, dass damit einhergehend auch die Anforderungen an die Professionalität der Leistungserbringung entsprechend niedrig ausfallen. Dass Niederschwelligkeit nichts mit einem verringerten Professionalitätsniveau zu tun hat, darüber sind sich ExpertInnen allesamt einig. Im Streben nach mehr Professionalität im Umgang mit KlientInnen und in Bezug auf die gesetzten Hilfsmaßnahmen kann eine maßgeschneiderte Soziale Diagnostik einen entscheidenden Beitrag leisten.

Ob das im Zuge der vorliegenden Masterarbeit erstellte Diagnosemodell bei den Fachkräften in der Wohnungslosenhilfe Anklang findet und auch in Zukunft Verwendung finden wird, bleibt abzuwarten. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Arbeit werden beide Diagnosebögen vom Kollegium der Caritas Arche 38 angewandt. Es ist absehbar, dass mit fortschreitender Verwendungsdauer immer wieder Verbesserungspotentiale auftreten werden, die es zu gegebener Zeit umzusetzen gilt. Auch den Fachkräften aus anderen Institutionen wurde vonseiten des Autors angeboten, geringfügige Adaptionen an den verwendeten Instrumentarien vorzunehmen, um so eine auf die speziellen Bedürfnisse ihrer jeweiligen Einrichtung abgestimmte Lösung zu erhalten und den potentiellen Nutzen für die AnwenderInnen zu maximieren.

Literaturverzeichnis

Ahnert, Lieselotte (2008): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. 2. Auflage. München: Reinhardt.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe: Begriffsdefinitionen von Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekärer Wohnversorgung. In: http://www.bawo.at/de/content/wohnungslosigkeit/definitionen.html [10.01.2017].

Caritas Steiermark (2015): Caritas. Ambulatorium Caritas Marienambulanz. Jahresbericht 2015. In: https://www.caritas-steiermark.at/fileadmin/storage/steiermark/documents/Hilfe-und-Angebote/Menschen-In-Not/Gesundheit/Marienambulanz/Marienambulanz_Jahresbericht_2015-Web.pdf [02.03.2017].

Caritas Steiermark (2016): Winternotschlafstelle. In: https://www.caritas-steiermark.at/hilfe-angebote/menschen-in-not/wohnen/wohnversorgung-betreuung/winternotschlafstelle-20162017/ [10.03.2017].

Caritas Steiermark (2017a): Betreute Übergangswohnungen. In: https://www.caritas-steiermark.at/hilfe-angebote/menschen-in-not/wohnen/wohnversorgung-betreuung/betreute-uebergangswohnungen [10.03.2017].

Caritas Steiermark (2017b): Wohngemeinschaft. In: https://www.caritas-steiermark.at/hilfe-angebote/menschen-in-not/wohnen/wohnversorgung-betreuung/arche-38/wohngemeinschaft/ [12.03.2017].

Dongus, L./Uetz, H. (2004): Erprobung der Basisdiagnostik PRO-ZIEL. In: Heiner, M. (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., S. 239-250.

Europarat (1996): Europäische Sozialcharta (revidiert). In: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007377 [28.01.2017].

Gillich, S./Nieslony, F. (2000): Armut und Wohnungslosigkeit, Grundlagen, Zusammenhänge und Erscheinungsformen. Köln: Fortis.

Grossmann, K. E./Grossmann, K./Winter, M./Zimmermann, P. (2002): Bindungsbeziehungen und Bewertung von Partnerschaft. Von früher Erfahrung feinfühliger Unterstützung zu späterer Partnerschaftsrepräsentation. In: Brisch, K. H./Grossmann, K. E./Grossmann, K./Köhler, L. (Hrsg.): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.

Heiner, M. (2004): PRO-ZIEL Basisdiagnostik. Ein prozessbegleitendes, zielbezogenes, multiperspektivisches und dialogisches Diagnoseverfahren im Vergleich. In: Heiner, M. (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., S. 218-238.

Herriger, N. (2006): Ressourcen und Ressourcendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In: http://empowerment.de/empowerment.de/files/Materialie-5-Ressourcen-und-Ressourcendiagnostik-in-der-Sozialen-Arbeit.pdf [29.01.2017].

Judendorfer, G. (2011): Obdachlosigkeit. In: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (Hrsg.): Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Wien: Eigenverlag, S. 208-215.

Kitzman, R. (2011): Verhinderung von Wohnungsverlust durch Delogierungsprävention. In: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (Hrsg.): Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Wien: Eigenverlag, S. 292-305.

Küberl, F. (2008): Obdachlose in Armut. Wohnungslos heißt hoffnungslos. In: Knapp, G./Pichler, H. (Hrsg.): Armut, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich. Klagenfurt: Hermagoras-Mohorjeva, S. 555-567.

Küfner, H./Coenen, M./Indlekofer, W. (2006): PREDI. Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik. Ein problem- und lösungsorientierter Ansatz. Version 3.0. Lengerich, Berlin, Bremen, Miami, Riga, Viernheim, Wien, Zagreb: Pabst Science Publishers.

Kümpers, S./Rosenbrock, R. (2009): Primarprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Hurrelmann, K./Richter, M. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 385-404.

Land Steiermark (2016): Landesgesetzblatt vom 18.08.2016. Steiermärkisches Wohnunterstützungsgesetz – StWUG und Änderung des Steiermärkischen Mindestsicherungsgesetzes und des Steiermärkischen Wohnbauförderungsgesetzes 1993. In: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LgblAuth/LGBLA_ST_20160818_106/LGBLA_ST_20160818_106.pdfsig [29.01.2017].

Lutz, R./Titus, S. (2012): Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Maslow, A. (1970): Motivation and Personality. Second Edition. New York: Harper & Row, S. 35-47.

MeldeG (1991): Bundesgesetz über das polizeiliche Meldewesen. In: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10005799 [28.01.2017].

Mielck, A./Helmert, U. (2006): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Juventa, S. 603-623.

Pantuček, P. (1998): Einige methodische Konsequenzen des lebensweltorientierten Zugangs. In: Pantuček, P./Vyslouzil, M. (Hrsg.): Theorie und Praxis Lebenswelt-orientierter Sozialarbeit. St. Pölten: SozAKTIV.

Pantuček, P. (2010a): Verfahren. Biographischer Zeitbalken. In: http://www.pantucek.com/soziale-diagnostik/verfahren/231-biographischer-zeitbalken.html [02.06.2017].

Pantuček, P. (2010b): Verfahren. Netzwerkkarte analog. In: http://www.pantucek.com/diagnose/netzwerkkarte/netzwerkkarte_manual.pdf [02.06.2017].

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

Schoibl, A./Schoibl, H. (2006a): Wohnungslosigkeit in Österreich. Grundauswertung der quantitativen Angaben, aus der Fragebogenerhebung „Wohnungslosenhilfe und gesundheitsbezogene Dienstleistungen für wohnungslose Menschen“. In: http://www.helixaustria.com/uploads/media/Kurzbericht_zu_Wohnungslosigkeit_in__sterreich_06-12.pdf [25.11.2016].

Schoibl, A./Schoibl, H. (2006b): Gesundheit. Ein Thema für die Wohnungslosenhilfe. Österreichbericht 2006. In: http://www.helixaustria.com/uploads/media/Gesundheit_-_ein_Thema_fuer_die_Wohnungslosenhilfe_-_OEsterr__02.pdf [25.11.2016].

Schoibl, H. (1998a): Vom normativen Grundrecht auf Wohnen, seiner legistischen Zerstückelung und dessen tatsächlicher Verweigerung im Zeichen der Subsidiarität. In: http://www.helixaustria.com/uploads/media/Grundrecht_auf_Wohnen_-_verweigert.pdf [28.01.2017].

Schoibl, H. (1998b): Notschlafstellen in Österreich. Standards und Fachlichkeit am untersten Rand des Betreuten Wohnens. In: http://www.helixaustria.com/uploads/media/Standordbestimmung__Notschlafstellen.pdf [10.03.2017].

Schoibl, H. (2011): Recht auf Wohnen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen der WLH. In: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (Hrsg.): Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Wien: Eigenverlag, S. 239-252.

Schoibl, H./BAWO (2017): Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in der Landeshauptstadt Graz. Eine Studie im Auftrag der Stadt Graz. Endbericht. In: https://www.graz.at/cms/dokumente/10306830_8107181/9df7ce98/WLErhebung%20Graz11_20171214-1.pdf [22.12.2017].

Schrapper, C. (2004): Sozialpädagogische Diagnostik zwischen Durchblick und Verständigung. In: Heiner, M. (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., S. 40-54.

Stark, C. (2011): Niederschwelligkeit. In: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (Hrsg.): Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Wien: Eigenverlag, S. 199-207.

StMSG (2010): Steiermärkisches Mindestsicherungsgesetz. In: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20001325 [29.01.2017].

Thiersch, H. (1995): Lebenswelt und Moral. Beiträge zur moralischen Orientierung Soziale Arbeit. Weinheim und München: Juventa.

Vereinte Nationen (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. In: http://www.un.org/Depts/german/menschenrechte/aemr.pdf [28.01.2017].

Vinzenzgemeinschaft Eggenberg (2017): VinziDorf. In: http://www.vinzi.at/de/vinzidorf/ [12.03.2017].

von Paulgerg-Muschiol, L. (2009): Wege in die Wohnungslosigkeit. Eine qualitative Untersuchung. Dissertation. Wörthsee: Universität Segen – Fachbereich 1.

Wagner, J. (2011): Gesundheitliche Lage, Systeme der gesundheitlichen Versorgung und Inanspruchnahmeverhalten von gesellschaftlichen Randgruppen am Beispiel von wohnungslosen Menschen in Wien. Dissertation. Graz: Medizinische Universität Graz – Institut für Sozialmedizin.

Wögrath, T./Mayr, D. (2011): Ganz unten: Arbeit mit wohnungslosen Menschen auf der Straße und im öffentlichen Raum. In: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (Hrsg.): Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Wien: Eigenverlag, S. 98-109.

Zuschnig, B./Graf, A. (2011): X‘sundheit. Wer Wohnungslosigkeit bekämpfen will, muss sich um die Gesundheit wohnungsloser Menschen kümmern. In: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (Hrsg.): Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Wien: Eigenverlag, S. 325-333.

Quellenverzeichnis

FN1: Forschungsnotizen 1. Gesammeltes Feedback zur internen Validierung mit dem Kollegium der Caritas Arche 38. September 2017, Andreas Michelič

FN2: Forschungsnotizen 2. Gesammeltes Feedback zur externen Validierung mit ExpertInnen aus Praxis und Forschung. November 2017, Andreas Michelič

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschlechtsverteilung Seite 6

Abbildung 2: Positionierung der WLH-Einrichtungen Seite 7

Abbildung 3: Altersverteilung unter Einbeziehung der begleiteten Minderjährigen Seite 8

Abbildung 4: Status der prekären Wohnversorgung bzw. Wohnungslosigkeit Seite 9

Abbildung 5: Häufig auftretende Krankheitsbilder in der WLH Seite 21

Abbildung 6: Ablaufschema Diagnose Seite 52

Abbildung 7: Beispiel einer analogen Netzwerkkarte Seite 60

Abbildung 8: Beispiel einer Personalliste Seite 63

Abbildung 9: Beispiel eines Biografischen Zeitbalkens Seite 67

Anhang

NutzerInnen-Handbuch: Generelles

Entsprechend der Grundlagen einer professionellen Sozialen Diagnostik, soll auch das vorliegende Diagnosesystem nicht nur dem reinen Erkenntnisgewinn der Fachkraft dienen, sondern sich außerdem förderlich auf den Unterstützungsprozess auswirken, indem fallspezifisch relevante Daten nicht nur gesammelt, sondern gemeinsam mit dem Gegenüber geordnet und somit neue Perspektiven eröffnet werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sollte der Erhebungsprozess entsprechend der folgenden Eckpunkte gestaltet werden:

Kooperative Erhebung: Soziale Diagnostik ist keine expertokratische „Beurteilung“ der KlientInnen. Stattdessen ist das Gegenüber als ExpertIn der eigenen Lebenswelt anzusehen.

Alltagsnahe Sprache: Auf abgehobene Sprache und Fachtermini ist zu verzichten, um einen partizipativen und förderlichen Prozess zu ermöglichen.

Konfrontation: KlientInnen sollen auch mit jenen Anteilen ihrer Lebenswelt konfrontiert werden, die ihnen möglicherweise unangenehm sind.

Ressourcenorientierung: Neben den problembehafteten Aspekten ist der diagnostische Blick vor allem auf die funktionierenden Anteile der Alltagsbewältigung und sonstige Ressourcen zu richten.

Transparenz: Den KlientInnen dürfen keine vermeintlichen Erkenntnisse verheimlicht werden und erhobene Informationen sollen dem Gegenüber genau so kommuniziert werden.

Beide Diagnosebögen können sowohl zu Dokumentationszwecken – also zum Festhalten und Verfügbarmachen von relevanten Informationen – als auch als Grundlage für das Einspeisen relevanter Daten in bereits bestehende (z.B. digitale) Dokumentationssysteme verwendet werden. So kann der fertig ausgefüllte Erstkontaktbogen etwa dazu dienen, den stattgefundenen Erstkontakt auf strukturierte Art und Weise (z.B. entsprechend der einzelnen Raster-Titel) in ein computergestütztes Dokumentationssystem zu übertragen. Beispielsweise können so KollegInnen – unter Einhaltung der entsprechenden Datenschutzrichtlinien – zu einem späteren Zeitpunkt gezielt und effizient auf die erhobenen Daten zugreifen.

Hinsichtlich der Auswertung und Interpretation von Daten in der Sozialen Diagnostik ist das Wissen um die dynamische Natur der erhobenen Informationen wichtig. Bei den resultierenden Daten handelt es sich nämlich stets um eine Momentaufnahme und nicht um die Feststellung bestimmter unveränderlicher Eigenschaften einer Person.

Kurzanleitung: Erstkontaktbogen

Mit dem Ziel, eine möglichst unkomplizierte Anwendbarkeit für Fachkräfte und KlientInnen der Wohnungslosenhilfe zu gewährleisten, wurde bei der Konzeption des Erstkontaktbogens größter Wert auf Simplizität in Aufbau und Terminologie gelegt. Um Missverständnissen vorzubeugen und eine effektive Informationserhebung sicherzustellen, sollen ausgewählte Bestandteile des Instruments im Folgenden kurz erläutert werden.

Bereits vorhandene Daten

Für den Fall, dass bereits im Vorfeld des Erstkontakts relevante Informationen zur Person verfügbar sind (etwa von Angehörigen, zuweisenden KollegInnen oder aus vorliegenden Akten), können diese in dem hierfür reservierten Segment festgehalten und in das Erhebungsgespräch eingebunden werden. So können im Gespräch Anknüpfungspunkte geschaffen, bestehende Annahmen überprüft und lückenhafte Informationen vervollständigt werden.

Visuelle Ersteinschätzung

Das Ziel dieser Erhebungsmethode ist es, die Wahrnehmungsvorgänge in Bezug auf das Erscheinungsbild und Verhalten des Gegenübers bewusst zu machen und in Stichworten festzuhalten. Die Entscheidung darüber, welche Informationen dokumentiert werden, obliegt dabei der Fachkraft. Relevante Daten ergeben sich oft aus Pflegezustand, Kleidung oder dem körperlichen Erscheinungsbild der KlientInnen, aber auch aus deren Mimik, Stimmung und zwischenmenschlichem Verhalten. Diese Wahrnehmungen können beispielsweise dazu dienen, im weiteren Betreuungsverlauf Hypothesen zu bilden oder zu hinterfragen. Wichtig ist allerdings, dass es sich bei dieser Form der Sichtdiagnose lediglich um das Festhalten offen sichtbarer Eindrücke handelt. Im Sinne einer „Menschenkenntnis“ von Äußerlichkeiten auf versteckte Persönlichkeitsmerkmale zu schließen, ist nicht Teil einer professionellen Sozialen Diagnostik.

Problemdefinition und Erwartungen an die Einrichtung

Dieses zweiteilige Element dient der Auftragsklärung und Erhebung der individuellen Problemsicht der Ankerperson. Die Art und Weise, auf die KlientInnen ihre aktuelle Situation beschreiben, gibt Aufschluss darüber, wo ihre derzeitigen Prioritäten liegen und welche Problemstellungen von ihnen auch als solche anerkannt werden. Ist die Fachkraft der Meinung, dass zusätzlich zu den geäußerten Themen auch verborgene bzw. vom Gegenüber verdrängte Aspekte eine Rolle spielen, so sollten diese offen angesprochen und im für die „Sicht der Fachkraft" reservierten Bereich notiert werden.

Lebensweltliche Dimensionen

Der größte Teil des Erstkontaktbogens besteht aus unterschiedlich gestalteten Abschnitten für die Erhebung von Informationen hinsichtlich lebensweltlicher Bereiche wie z.B. Wohnen, Finanzielles oder Gesundheit. Beispiele für diesbezüglich abzufragende Aspekte finden sich in hellgrauer Schrift im jeweiligen Abschnitt. Um größtmögliche Flexibilität in Hinblick auf die einrichtungsspezifischen Schwerpunkte zu gewährleisten, gibt es hierzu keine weiteren Vorgaben. Die Fachkraft entscheidet also darüber, welche Daten in Bezug auf die jeweilige Dimension als relevant anzusehen sind.

Empfohlene Interventionen

In diesem abschließenden Bestandteil des Erstkontaktbogens sollen die gemeinsam mit den KlientInnen erarbeiteten Interventionsvorschläge festgehalten werden. Dabei wird zwischen kurz- bzw. mittel- und langfristigen Interventionen unterschieden. Beispiele für kurzfristige Interventionen wären etwa die Aufnahme der betreffenden Person in das Betreuungsangebot der Einrichtung oder das Einleiten existenzsichernder Maßnahmen. Bei mittel- und langfristigen Interventionen handelt es sich hingegen um Maßnahmen, welche im Laufe einer weiterführenden Betreuung des Gegenübers gesetzt werden sollen. Beispiele hierfür wären etwa das Trainieren von Alltagskompetenzen oder die Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Wohnform im Anschluss an das Betreuungsangebot.

Kurzanleitung: Verlaufsdiagnostik

Angelehnt an bereits etablierte Diagnoseverfahren aus der Praxis der Sozialen Arbeit soll dieses Instrument den Anspruch einer prozessbegleitenden und zielorientierten Sozialen Diagnostik erfüllen. Um sicherzustellen, dass der Verlaufsdiagnostikbogen korrekt verwendet wird, soll im Folgenden auf die Funktionsweise seiner einzelnen Bestandteile eingegangen werden.

Entwicklungen im biografischen Verlauf

Bei dem hier verwendeten Biografischen Zeitbalken handelt es sich um ein Instrument, das hervorragend dazu geeignet ist, relevante Daten in Bezug auf die Vergangenheit der KlientInnen chronologisch zu erfassen. Hierzu wird zunächst die zeitliche Skalierung in der obersten Zeile festgelegt. Das Layout bietet hierbei etwa die Möglichkeit, die letzten 30 Jahre (das entspricht 1 Jahr pro Spalte) abzubilden. Allerdings können mit variierender Größe der pro Spalte reservierten Zeiteinheiten (z.B. 0,5 oder 2 Jahre pro Spalte) auch kleinere oder größere Zeiträume abgebildet werden. Daraufhin gilt es, die für den jeweiligen Fall relevanten lebensweltlichen Dimensionen (wie etwa Arbeit, Wohnen oder Familiäres) in den dafür bereitgestellten Zeilen zu erfassen. Dabei werden die Ereignisse in chronologischer Reihenfolge anhand von Strichen bzw. Balken mit einem Start- und Endzeitpunkt eingezeichnet und beschriftet. Da dieser Vorgang auf der Zusammenarbeit von Fachkraft und Ankerperson beruht, nimmt er auch einige Zeit in Anspruch. Wurden sämtliche wichtigen Dimensionen im kooperativen Prozess erschlossen, kann das Ergebnis einer gemeinsamen Interpretation unterzogen werden. Von Interesse ist hierbei nicht nur der Verlauf einer einzelnen, isoliert betrachteten Dimension, sondern vor allem die parallele Betrachtung von zwei oder mehreren Dimensionen, um bestimmte Zusammenhänge und Muster erkennbar zu machen. Diese Erkenntnisse können den KlientInnen neue Perspektiven eröffnen und zur Entstehung von weiteren Hypothesen führen.

Relevante Kontaktpersonen

Diese vereinfachte Version der Personalliste dient dazu, jene Personen zu erheben, die für den Unterstützungsprozess von Bedeutung sind. Dies können beispielsweise Menschen aus dem familiären bzw. sozialen Umfeld des Gegenübers, aber auch Fachkräfte aus anderen Einrichtungen sein. Neben dem Namen können in den Spalten „Rolle“ und „Kontakt“ das Verhältnis der jeweiligen Person zur Ankerperson sowie deren Kontaktdaten dokumentiert werden.

Soziale Eingebundenheit

Ergänzend zur Liste relevanter Kontaktpersonen kann anhand der hier bereitgestellten Netzwerkkarte die soziale Eingebundenheit der Ankerperson grafisch dargestellt werden. Zu diesem Zweck werden die vom Gegenüber genannten Personen in Form von Punkten in jeweils einen der vier zur Verfügung stehenden Sektoren eingezeichnet. Anschließend werden diese Punkte mittels einer geraden Linie mit dem Zentrum, das hierbei für die Ankerperson steht, verbunden. Menschen, mit denen die KlientInnen aktuell nicht in Kontakt stehen, werden zwar eingezeichnet, sie erhalten allerdings keine Verbindungslinie. Die Entfernung eines jeden Punktes zum Zentrum bezeichnet die zwischenmenschliche Nähe bzw. Distanz zwischen beiden Personen. Auch die Beziehungen unter den einzelnen Personen können anhand von Verbindungslinien zwischen den Punkten veranschaulicht werden. Entscheidend in Bezug auf die Auswertung der auf diesem Wege erhobenen Daten sind etwa die Anzahl der verzeichneten Punkte, aber auch deren Verwobenheit untereinander, und vor allem deren Aufteilung auf die vier Sektoren. Wie der Biografische Zeitbalken bietet auch die Netzwerkkarte die Gelegenheit, im Anschluss an die kooperative Erhebung eine gemeinsame Interpretation der Daten vorzunehmen.

Lebensweltliche Dimensionen

Um die strukturierte Begleitung und laufende Überprüfung des Unterstützungsprozesses zu gewährleisten, sind die Seiten 2-4 der Verlaufsdiagnostik in sieben nach essentiellen lebensweltlichen Dimensionen benannte Raster unterteilt. Diese geben AnwenderInnen und KlientInnen die Möglichkeit, aktuelle Problemstellungen und Ressourcen zu erheben, Ziele zu definieren und den diesbezüglichen Fortschritt zu überprüfen, sowie den dimensionsspezifischen Fortschritt des Unterstützungsprozesses anhand einer individuellen Belastungsskala zu evaluieren. Da für das Befüllen der einzelnen Raster ausreichend Zeit notwendig ist, ist die vollständige Datenerhebung innerhalb einer einzelnen Betreuungssitzung nicht ratsam. Stattdessen sollten die Dimensionen entsprechend ihrer Priorität für die Ankerperson nach und nach in mehreren Sitzungen thematisiert werden. Außerdem ist es nicht notwendig, sämtliche Dimensionen zur Gänze zu erheben. Im Sinne der Bedarfsorientiertheit können weniger relevante Lebensbereiche zugunsten anderer außen vor gelassen werden.

Nun zur Vorgehensweise beim Erheben einzelner Dimensionen: Zunächst werden die aktuelle Situation unter Einbeziehung der damit verbundenen Problemstellungen auf der einen Seite und die bestehenden Ressourcen auf der anderen Seite beschrieben. Im Anschluss daran wird der Initialwert der individuellen Belastung bestimmt. Hierzu werden die KlientInnen gebeten

anzugeben, wie sehr sie die derzeitigen Umstände in Bezug auf den jeweiligen Lebensbereich belasten. Diese Einschätzung wird samt dem aktuellen Datum in der ersten (mit „Start“ markierten“) Skala eingezeichnet, wobei der Wert 0 für „keine Belastung“ und der Wert 5 für eine „sehr hohe Belastung“ steht. Nach der Erschließung des IST-Zustands können gemeinsame Ziele definiert werden. Diese sollten nach Möglichkeit so definiert sein, dass sich ihr Erreichen auch überprüfen lässt. Abschließend wird noch ein Termin für die nächste Fortschrittskontrolle bzw. Evaluation vereinbart und zur Erinnerung gleich links neben der nächsten freien Belastungsskala (anfangs also auf „Eva1“) vermerkt.

Ist der Zeitpunkt der Evaluation gekommen, wird der Fortschritt in Bezug auf die definierten Ziele kontrolliert und die stattgefundenen Veränderungen – je nachdem, ob sie planmäßig oder außerplanmäßig erfolgt sind – werden entsprechend festgehalten. Wiederum kommt es zur Abfrage der individuell empfunden Belastung bei der Ankerperson. Je nachdem, ob sich die Situation aus deren Sicht verbessert oder verschlechtert hat, geht der Belastungstrend nach unten oder nach oben. Gemeinsam mit dem Gegenüber können nun die gesetzten Maßnahmen und erwirkten Veränderungen reflektiert und neue Ziele vereinbart werden. Auch an dieser Stelle kommt es wieder zur Vereinbarung eines Termins für das nächste Evaluationsgespräch, das wiederum nach demselben Muster abläuft.

Die hier beschriebene strukturierte Begleitung des Unterstützungsprozesses soll eine kooperative und individuell angepasste Hilfeplanung sowie einen differenzierten Blick auf die gesetzten Maßnahmen ermöglichen und so zur Steigerung der Effektivität und Effizienz beitragen.