



Zur Organisation der Hilfen für Personen in Mehrfachproblemlagen

Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V., erarbeitet vom Fachausschuss Beratung, Therapie, Versorgung, vom Gesamtvorstand der BAG W auf seiner Sitzung am 1./2. Februar 2000 verabschiedet

Vorbemerkung

Diese Empfehlung soll als Grundlage für einen Einstieg in die Diskussion um die angemessene Versorgung von Menschen dienen, die von ihrem Hilfebedarf her mehreren Hilfesystemen zuzuordnen wären. Je nach Perspektive wird in solchen Fällen die Suchtproblematik, die psychiatrische Problematik oder besondere soziale Schwierigkeiten in den Vordergrund gestellt. Bei Personen in Mehrfachproblemlagen kommt es allerdings auf das Zusammenwirken verschiedener Hilfesysteme an. Der Vorstand der BAG Wohnungslosenhilfe hofft, mit diesem Beitrag auch eine breite Diskussion mit der Suchtkrankenhilfe, der Psychiatrie und den Institutionen für die Gesundheitsversorgung zu erreichen, die der Weiterentwicklung der Hilfen für Personen in Mehrfachproblemlagen zugute kommt.

1. Personen in Mehrfachproblemlagen - eine neue Bedarfsgruppe?

1.1 Das aktuelle Problemverständnis

In der Wohnungslosenhilfe und in ihrem Umfeld gibt es seit längerer Zeit eine Diskussion über eine Bedarfslage, die man am einfachsten damit umschreiben kann, dass bei den betroffenen Personen mehrere Problemlagen, ins. solche psychosozialer Natur sich so miteinander verzahnen, dass sie als Problembündel auftreten. Für solche Fälle hat sich noch kein einheitlicher Terminus und vor allem kein allgemein akzeptiertes Problemverständnis herausgebildet. Umstritten ist auch, ob es sich um eine der Art der Probleme nach "neue Bedarfsgruppe" handelt und ob diese Problembündelung zunimmt.

Deshalb hat der Fachausschuss als vorläufige Arbeitsdefinition den Terminus "Personen in Mehrfachproblemlagen" gewählt, der vom Begriff her noch keine inhaltliche Problemdefinition vornimmt, aber geeignet ist, die konkreten Falldefinitionen der Praxis in diesem Problemfeld und deren Begründbarkeit, Nützlichkeit und Konsequenz zu überprüfen.

1.2 Ergebnisse einer Umfrage des Fachausschuss BTV zum Problemverständnis

Trotz der nach wie vor unklaren Problemwahrnehmung und -behandlung lässt sich in der Praxis des Öfteren ein Problemverständnis beobachten, das man so charakterisieren kann:

- Es handele sich nicht um klassische Fälle, sondern um eine qualitativ neue Bedarfsgruppe.
- Die Zahl der Fälle von Personen in Mehrfachproblemlagen (sie werden in der Praxis auch Mehrfachgeschädigte oder -beeinträchtigte, stark abgebaute Hilfe Suchende, depravierte Alkoholiker, Doppeldiagnosen u.ä. genannt) sei stärker als früher vertreten.
- Diese Fälle würden durch das bestehende Wohnungslosenhilfesystem nur zum Teil erreicht.
- Deshalb müssten die zu hohen Schwellen der Hilfeangebote für solche Fälle "niedriger" gelegt werden, um die Erreichbarkeit wieder herzustellen.

Dies Problemdeutung verknüpft eine Zunahmehypothese und neue Bedarfsgruppenhypothese mit der Hypothese fehlender Zugänglichkeit des Wohnungslosenhilfesystems und verlangt mit der Niederschwelligkeitshypothese eine Anpassung der Wohnungslosenhilfe an diese Situation.

Nun sind alle vier Annahmen nicht ungefragt zu übernehmen, da der Wissensstand zum Problem noch recht klein ist. Der Fachausschuss hat deshalb im Mai 1997 eine Umfrage zur "Einschätzung von Art und Häufigkeit des Auftretens Mehrfachgeschädigter in der Wohnungslosenhilfe" durchgeführt, die eine sehr große Resonanz gefunden hat. Die Ergebnisse der Umfrage können im Detail dem Anhang entnommen werden.

Als Bilanz der Ergebnisse der Umfrage können wir festhalten:

- Im typische Mehrfach-Problemfall liegt eine Sucht mit oder ohne Kombination einer psychischen Störung und eine Karriere erfolgloser Hilfebemühungen vor.
- Über das Ausmaß liegen so widersprüchliche Angaben vor, dass man davon ausgehen muss, dass z.Zt. das Konzept Mehrfachproblemfall zu undifferenziert ist, um verlässliche Einschätzungen vornehmen zu können.



- Der Anteil der Mehrfachproblemfälle an allen Fällen hat offensichtlich nach Meinung der befragten PraktikerInnen zugenommen. Dies muss nicht gleich bedeutend mit einer absoluten Zunahme dieser Fälle sein!
- Die Erreichbarkeit durch die Dienststelle, das Hilfesystem und den sozialen Sektor insgesamt liegt relativ hoch, denn in der Regel schätzt man, dass 80% dieser Klientel bekannt werden.

Im Lichte der Umfrageergebnisse ist das Problemverständnis in einigen Punkten infragezustellen:

0. Es handelt sich offensichtlich nicht um eine qualitativ neue Bedarfsgruppe, sondern um die Zunahme verschiedener Teilgruppen in der Klientel, die es auch früher schon gab.
0. Die Erreichbarkeit im Sinne von Bekanntwerden ist nicht das zentrale Problem, sondern offensichtlich der Umgang mit dieser Gruppe; andererseits ist natürlich über die Erschließung des Dunkelfeldes nachzudenken. Dementsprechend kann nicht die hohe Schwelle, also die Nicht-Zugänglichkeit das zentrale Problem sein, sondern die fachliche Kompetenz der Wohnungslosenhilfe zur professionellen medizinischen und psycho-sozialen Hilfe für solche Fälle steht in Frage.
0. Die Kooperation mit angrenzenden Hilfesystemen muss begonnen bzw. verbessert werden.

1.3 Die Situation wohnungsloser Frauen

- Hinsichtlich wohnungsloser Frauen sind neben diesen Gesichtspunkten weitere Aspekte zu beachten:
- In der Fachdiskussion um wohnungslose Frauen wurde die Problematik von Frauen in Mehrfachproblemlagen schon früher erkannt als in der Hilfe für wohnungslose Männer.
- Es ist zu vermuten, dass durch die geringere Beteiligung von sozialen Diensten für wohnungslose Frauen an der Umfrage, die Daten zur quantitativen Entwicklung nicht ohne weiteres auf die Situation wohnungsloser Frauen zu übertragen sind.
- Neben psychischen Erkrankungen, Suchtmittelmissbrauch und den "sozialen Schwierigkeiten" mit auffälligen Verhaltensmustern und den besonderen Lebenslagen (z.B. Leben auf der Straße, Leben in verdeckter Wohnungslosigkeit), gibt es bei wohnungslosen Frauen sehr häufig einen Hintergrund der Erfahrung von sexueller Gewalt oder körperlicher Gewalt, entweder als aktuelle Bedrohung oder traumatische Erfahrung.

1.4 Erklärungen der relativen Zunahme von Mehrfachproblemfällen

Die Umfrageergebnisse legen die Einschätzung nahe, dass es in den letzten Jahren (in der Hilfe für wohnungslose Männer) tatsächlich zu einem relativen Anwachsen der Personen in Mehrfachproblemlagen gekommen ist. Aber es ist nicht eindeutig zu bestimmen, welche Faktoren in welchem Ausmaß zu dieser Entwicklung beigetragen haben. Erschwert wird die Beurteilung der Situation durch den Umstand, dass ein Teil des Zuwachses insofern nur scheinbar ist, als solchen Fällen – zumindest in der Hilfe für wohnungslose Männer- inzwischen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Ohne eine Gewichtung vornehmen zu können, halten wir vor diesem Hintergrund die folgenden Faktoren für ausschlaggebend für diese Entwicklung:

- **Spezialisierung:** Die sozialen Dienste der Wohnungslosenhilfe haben sich durch eine Spezialisierung auf einzelne Bedarfsgruppen immer weiter von komplexeren Falltypen entfernt; diese "passen" nicht mehr zu den anspruchsvoller gewordenen Hilfeprogrammen beim Wohnen, beim Arbeiten etc. Daher tauchen solche Menschen verstärkt auf der Straße und/oder bei niedrigschwelligen Angeboten auf und prägen dort das Erscheinungsbild der Klientel stärker als früher.
- **Verschiebung und Lückenbüsser:** Durch die Psychiatriereform sind immer mehr Langzeitfälle aus der Psychiatrie entlassen worden, die nicht genügend an die ambulanten (sozial)- psychiatrischen Dienste angebunden sind; sie tauchen in der Wohnungslosenhilfe wieder auf.
- **Entdeckung:** Tatsächlich haben die Fälle gar nicht zugenommen, sondern sie werden jetzt erst diagnostiziert, während sie früher in der Gesamtgruppe der Klientel tendenziell ignoriert wurden.
- **Folgen der Langzeitarmut:** Die psycho-soziale Verelendung hat auf Grund der Chronifizierung von Arbeitslosigkeit, Armut und Wohnungslosigkeit insgesamt zugenommen.

Es ist dringend erforderlich, dass durch Forschungsprojekte die Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren – unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede - genauer geklärt werden.

1.5 De-facto-Zuständigkeit für Mehrfachproblemfälle und die alltäglichen Folgen für die Wohnungslosenhilfe

Die Wohnungslosenhilfe ist de-facto zuständig für Personen in Mehrfachproblemlagen, weil sie das letzte Netz organisiert, wenn andere Systeme versagen. Dies ist keine neue Erfahrung: Immer wieder wurde die Wohnungslosenhilfe zum Auffangbecken für die jeweils aktuellen Ausgrenzungsprozesse.

Was aber heißt das für die tägliche Arbeit?



- Solche Fälle binden einen großen Teil der Arbeitskraft, weil die Kommunikationsprozesse zwischen Helfern und KlientInnen sehr zeitaufwändig, sehr belastend oder extrem gestört sind.
- Auf Grund der nicht geregelten Zuständigkeit zwischen dem Suchtbereich, dem psychiatrischen Bereich, dem medizinischen Bereich und der Wohnungslosenhilfe kommt es zu Überforderungen des Personals und der Hilfe Suchenden, die die Ratlosigkeit auf beiden Seiten steigern. In der Praxis drückt sich dies durch das "Verschieben" von KlientInnen aus.
- Auf Grund dieser Ratlosigkeit kommt es zu aktiven Ausgrenzungsprozessen durch die Hilfe oder einem "Wegbleiben" der KlientInnen, die gewissermaßen "abtauchen" und als "aussichtslose" Fälle auf der Straße verbleiben oder dort landen.

1.6 Die besondere Situation von wohnungslosen Ausländern

Prinzipiell gelten die bisherigen Überlegungen auch für wohnungslose AusländerInnen. Allerdings kommen für diese Bedarfsgruppe noch weitere Faktoren hinzu, die bei Mehrfachproblemfällen zu beachten sind.

Die zunehmende Zahl legal oder illegal lebender wohnungsloser AusländerInnen konfrontiert die Wohnungslosenhilfe neben den Fragen des Rechtsstatus der Hilfen auch mit den kulturspezifischen Erscheinungsformen psychischer Störungen und natürlich mit den Notwendigkeiten, Sprachbarrieren zu überwinden.

In dieser Empfehlung kann auf diese Probleme nicht gesondert eingegangen werden, aber wir möchten deutlich machen, dass diese besondere Bedarfsgruppe bei der Gestaltung der Hilfen berücksichtigt werden muss.

1.7 Ziele der Empfehlung

Vor diesem Hintergrund zielt diese Empfehlung auf drei Fragenkomplexe ab:

- Wie lässt sich die Zuständigkeit der Wohnungslosenhilfe klarer definieren und von der Zuständigkeit anderer Hilfesysteme abgrenzen?
- Wie müssen Hilfen für Mehrfachproblemfälle organisiert sein, um wirksam zu sein und welche Rolle spielt dabei die Wohnungslosenhilfe? Kommt in diesem Zusammenhang dem Ansatz der "Niederschwelligkeit" eine konzeptionelle Bedeutung zu?
- Welche personellen Anforderungen sind zu stellen?

2. Anforderungen an die Organisationsform der Hilfen für Personen in Mehrfachproblemlagen

2.1 Ein Fallbeispiel und seine Konsequenzen

Es handelt sich um einen 50-jährigen langzeitarbeitslosen (seit 18 Jahren!) Mann. Neben psychischen Auffälligkeiten, z.B. extreme Unruhe, außerordentlich geringe Frustrationstoleranz, keine Einschätzung von Nähe und Distanz, wenig Gefühl für Eigenhygiene und Zimmersauberkeit, liegt ein Alkoholproblem vor. Während der Trinkphasen kommt es zu Alkoholexzessen, die dazu führen, dass der Klient einnässt, mit offener Hose durch die Straßen läuft, betrunken im Treppenhaus liegt. Einsicht in sein Verhalten lag bis vor ca. einem halben Jahr gar nicht vor, vielmehr bestritt er, jemals in einem solchen Zustand gewesen zu sein.

Manchmal gelingt es dem Betroffenen mit Hilfe der Beratungsstelle aus dieser Situation herauszukommen; hin und wieder ist jedoch eine Entgiftung notwendig.

Auf Grund der psychischen Probleme haben die Entgiftungen immer in einem psychiatrischen Krankenhaus stattgefunden. Eine fachliche Diagnose liegt bisher jedoch nicht vor. Seit ein Kollege einmal nachfragte, ob hier nicht bereits ein so genanntes Korsakowsyndrom vorliegen könne, steht in den Krankenberichten stets: "Verdacht auf beginnenden Korsakov".

Der Betreute wohnt seit einigen Jahren in einer Dauerwohneinrichtung der Wohnungslosenhilfe. Er bewohnt dort ein Einzelzimmer, hat einen Mietvertrag und wird von einer Beratungsstelle ambulant betreut. Ebenfalls liegt seit einigen Monaten eine gesetzliche Betreuung vor.

Während der Phase seines letzten Alkoholmissbrauches mussten wir bei einer bestimmten Situation eingreifen. (Die gesetzliche Betreuung war zu diesem Zeitpunkt noch nicht eingerichtet.) Zunächst wurde mit dem Betroffenen ein Gespräch geführt, in dem ihm deutlich gemacht wurde, dass sein Verhalten so nicht mehr zu tolerieren war. Schließlich willigte er ein, eine Entgiftung durchzuführen. Es wurde Kontakt mit dem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen, das sich auch bereit erklärte, die Entgiftung durchzuführen. Bis der Krankenwagen da war, hatte sich allerdings der Zustand des Patienten dermaßen verschlechtert, dass er zunächst in ein somatisches Krankenhaus gebracht werden musste. (Das psychiatrische Krankenhaus verfügt über keine Möglichkeit, intensiv-medizinische Pflege durchzuführen). Zwischen den beiden Krankenhäusern wurde abgesprochen, dass sobald wie möglich eine Verlegung in das psychiatrische Krankenhaus stattfinden sollte.



Trotz dieser Absprache wurde die "Betreuung" in dem Allgemeinkrankenhaus so mangelhaft organisiert, dass der Betroffene einige Stunden später (weder die Beratungsstelle, noch das psychiatrische Krankenhaus wurden darüber informiert) das Krankenhaus wieder verlassen konnte. Außerhalb der "normalen" Dienstzeit kehrte er in die Einrichtung zurück.

Nachdem der Mitarbeiter des Pfortendienstes dem Klienten am nächsten Tag, einem Samstag, bereits mehrere Flaschen Schnaps abgenommen hatte, wurde ihm die Situation zu heikel. Er rief einen Mitarbeiter der Beratungsstelle zur Hilfe. Bei dem Versuch, den Betroffenen in einem Krankenhaus unterzubringen, kam es zu folgenden Ergebnissen:

- Im psychiatrischen Krankenhaus:

Nach der Problembeschreibung und nachdem der Name des Klienten bekannt wurde, sagte der aufnehmende Arzt, dass er diesen Patienten nicht aufnehmen wolle, der sei zu unangenehm, außerdem sei das Krankenhaus voll belegt. Wenn nicht eine psychiatrische Zusatzdiagnose oder Suizidalität bzw. ein "psychotischer Schub" vorliege, sei man nicht in der Lage, ihn aufzunehmen.

- In der Fachklinik (für Sucht):

Hier war der Wille zur Kooperation da, allerdings wurde das Setting als ungeeignet angesehen den Betroffenen ausreichend zu versorgen, vor allem wegen der fehlenden Motivation.

- Im Allgemein-Krankenhaus:

Wenn der Betroffene "nur" betrunken sei, könne er nicht aufgenommen werden. "Das ist nämlich kein Grund für eine Aufnahme, denn, so ist das eben mit chronischen Alkoholikern". Falls dennoch eine Aufnahme stattfinden müsse, werde der Klient auf keinen Fall ein Bett bekommen, sondern auf einen Stuhl mit Video-Überwachung gesetzt und lediglich ausgenüchtert.

- In der zweiten Suchtklinik:

Hier sah man nach Problemschilderung die Möglichkeit einer Aufnahme als gegeben an.

An dieser Fallschilderung werden folgende Lücken und Probleme deutlich:

1. Es gibt zwischen dem Psychiatrischen Krankenhaus und der betreuenden Einrichtung der Wohnungslosenhilfe keine abgesprochene, verlässliche Kommunikationsstruktur. Jede Einrichtung behandelt ihn in ihrem Setting "für sich". Es entsteht nicht der Eindruck, als wären beide Seiten mit dem gleichen Problem befasst, bei dem sich jede Einrichtung mit ihren speziellen Möglichkeiten beteiligt. Dadurch ist auch die Unterstützung und Entlastungsleistung nicht so groß, wie sie sein könnte.
2. Die zwischen beiden Krankenhäusern getroffene Vereinbarung war so missverständlich und nicht auf die besonderen Probleme dieser Personengruppe abgestimmt, dass der Klient in diesem Prozess "verloren gehen" konnte. Ebenfalls war nicht geklärt, was passiert, falls der Klient die Hilfen im Allgemein-Krankenhaus nicht annehmen würde. So konnte es dann zu der grotesken Situation kommen, dass der Patient, weil er im Psychiatrischen Krankenhaus nicht **ausreichend** behandelt werden konnte, schließlich überhaupt keine medizinische Hilfe bekam.
0. Es gibt im Stadtgebiet keine klare Absprache, wie mit Personen umgegangen wird, die sich durch langen Alkoholmissbrauch in einem "irregulären" Zustand befinden. Es ist weder geklärt, ob für die Einweisung in ein Krankenhaus eine Einweisung vom Arzt vorliegen muss, ebenfalls gibt es kein Krankenhaus, das sich in **jedem** Fall als zuständig erklärt und in der Lage ist, eine dem Problem angemessene Betreuung vorzunehmen.
4. Bei der Unterbringungsproblematik wird klar, dass sich das Psychiatrische Krankenhaus nicht als Teil des Hilfesystems begreift. Der Patient ist unangenehm, deshalb sieht man ihn nicht gerne und versucht "abzuwimmeln". Es gibt keine klaren Kooperationsabsprachen, die dies verhindern.
21. In der einen Suchtklinik fühlt man sich nur für "Motivierte" zuständig. Die bei den Betroffenen vorliegenden Mehrfachproblematiken würden den Rahmen der Station sprengen.
21. Das Allgemein-Krankenhaus ist mit den Problemen dieser Personengruppe völlig überfordert. In aller Regel findet eine konkrete Aufnahme gar nicht statt, sondern die Situation wird so gestaltet, dass der Betroffene möglichst schnell das Krankenhaus wieder verlässt. Die mit dieser Personengruppe ins Haus kommenden Probleme überfordern eine normale, in der Regel internistische Station, vollkommen.

2.2 Die Grundversorgung muss gesichert sein

Die entscheidende Voraussetzung für wirksame Hilfen für wohnungslose Menschen in Mehrfachproblemlagen ist die Absicherung der Grundversorgung. Grundversorgung bezieht sich auf die direkte oder indirekte Absicherung der existenziellen Grundbedürfnisse (Wohnen, Schlafen, Hygiene, Gesundheit, materielle Absicherung etc.). Die Grundversorgung muss bezogen auf die entsprechenden Rechtsgrundlagen im Sozial- und Ordnungsrecht in rechtskonformer Weise in allen Kommunen und Kreisen gewährleistet werden.



Grundversorgung

Die Grundversorgung sollte die folgenden Hilfeangebote umfassen:

- Ambulantes allgemeines Beratungsangebot nach § 72 BSHG (Beratungsstelle)
- Aufsuchende Hilfen nach § 72 BSHG (Straßensozialarbeit/ medical Streetwork)
- Niedrigschwellige Tagesaufenthaltsangebote
- Für die weibliche Klientel müssen Beratungsstellen, Tagesaufenthalte und Notübernachtungen vorgehalten werden, die ausschließlich den Frauen zur Verfügung stehen. In Diensten und Einrichtungen für Männer und Frauen ist für die Frauen immer die Beratung und Begleitung durch weibliches Fachpersonal zu gewährleisten.
- Sozialhilfegewährung durch das (örtliche) Sozialamt in rechtskonformer Form
- Die kassenärztliche Vereinigung muss ihrem Sicherstellungsauftrag medizinischer Versorgung nachkommen

Unterbringung statt Vertreibung

- Die Vertreibung von öffentlichen Plätzen durch polizeiliche Maßnahmen ist nach obergerichtlichen Urteilen nicht zulässig und behindert wirksame sozialarbeiterische Hilfen.
- In jeder lokalen Gebietskörperschaft müssen ausreichend Übernachtungsmöglichkeiten für die vorübergehende Unterbringung mit durchgehenden Öffnungszeiten und menschenwürdigen Unterbringungsstandards vorhanden sein. Für wohnungslose Frauen muss es Unterbringungsmöglichkeiten geben, die ihnen Schutz und Sicherheit vor männlicher Gewalt garantieren.

Sind diese Mindestsicherungssysteme nicht gegeben, können weiterführende Hilfen entweder nicht erreicht oder vermittelt oder stabilisiert werden. Wohnungslose Menschen, die neben der an sich schon extremen Notlage Wohnungslosigkeit zusätzlich noch Suchtprobleme, physische und psychische Störungen aufweisen, sind in besonderer Weise auf dieses letzte Auffangnetz angewiesen.

2.3 Erfordernisse für einen kooperativ arbeitenden Hilfeverbund

Aus den verschiedensten Richtungen wird die berechtigte Frage gestellt, ob die Teilgruppe der Personen in Mehrfachproblemlagen (bereits lange währende Wohnungs- und Arbeitslosigkeit, Suchtproblematik, psychische Auffälligkeit oder Krankheit und negativ angstbestimmte Erfahrungen mit verschiedenen Hilfesystemen) von der Wohnungslosenhilfe noch erreicht wird. Dabei wird häufig mehr Flexibilität der Sozialarbeit (z.B. aufsuchende Hilfeformen) angemahnt.

Nur durch den möglichst genauen Überblick über die jeweiligen regionalen bzw. kommunalen ambulanten und stationären Angebote und deren Orientierung an den Bedarfslagen von Menschen in Wohnungsnot lassen sich die stark spekulativen Tendenzen solcher Aussagen überprüfen. Daraus ergibt sich die Chance evtl. "Schwellen" der Hilfesysteme abzubauen oder, noch besser, sie gar nicht erst entstehen zu lassen. Das setzt wiederum voraus, auch hinsichtlich der Menschen in Wohnungsnot, in Region oder Kommune über eine aussagefähige kommunale und regionale Dokumentation (unter Einbezug von Daten des Arbeits- und Wohnungsmarktes sowie der Daten anderer psychosozialer Dienstleistungen) zu verfügen.

Der Fokus muss sich dabei vor allem auf die Zugänglichkeit der psychosozialen Dienste richten, die in der „Nachbarschaft“ der Wohnungslosenhilfe angesiedelt sind. Lassen z.B. sozialpsychiatrische Dienste oder die Suchtkrankenhilfe Interventionen zu, die lebenspraktisch orientiert sind bzw. die den Betroffenen eine unterschiedlich dichte und situativ selbstbestimmte Nutzung des Angebotes ermöglichen? Orientieren sich diese Dienste an der Lebenssituation der Frauen und Männer in Mehrfachproblemlagen?

Ganz besonders aber braucht ein sinnvolles Angebot für Personen in Mehrfachproblemlagen eine intakte Kooperation und Vernetzung zwischen Wohnungslosen-, Suchtkranken- und sozialpsychiatrischer Hilfe, Psychiatrie sowie somatischer Medizin. Es wird aus Sicht der Praxis deutlich, dass hier nicht alleine schon die gute Absicht genügt. Zu schwierig sind dafür zu klärende organisatorische Probleme wie z.B. folgende offenen Fragen:

- Wo soll der Erstanlauf sinnvoll verortet sein?
- Wie ist der Erstanlauf im Hinblick auf die Lebenslagen von Personen in Mehrfachproblemlagen sinnvoll zu organisieren?
- Was ist zur Einrichtung eines Notrufsystems zu sagen?
- Wie ist die Fallkonferenz zwischen den Fachdiensten und der Wohnungslosenhilfe (WLH) sinnvoll zu gestalten?
- Welche Voraussetzungen müssen Dokumentation und Sozialplanung erfüllen?
- Wie können sich die Fachdienste Personen in Mehrfachproblemlagen weiter öffnen?
- Was ist beim Gestalten von Schnittstellen wichtig?



Aus dem Umfang und der Vielschichtigkeit dieser Fragen ergibt sich für uns die Notwendigkeit eines Verbundsystems zwischen Wohnungslosenhilfe und den Fachdiensten der Suchtkranken- und sozialpsychiatrischen Hilfen, Psychiatrie und somatischer Medizin.

Wir wollen aus Sicht der Wohnungslosenhilfe folgende organisatorischen Eckpfeiler eines vertraglich zu organisierenden Verbundsystems zwischen Wohnungslosen-, Suchtkranken- und sozialpsychiatrischer Hilfe, Psychiatrie und somatischer Medizin im Hinblick auf Menschen in Wohnungsnot und in darüber hinausgehenden Mehrfachproblemsituationen markieren.

2.3.1 Situationsgerechte Gestaltung von Erstkontakt und Erstanlaufstelle

Definitionen

Erstkontakt:	erstmalige Kontaktaufnahme von Hilfe Suchenden innerhalb eines Hilfeverlaufes
Erstanlauf:	die vom Hilfesystem aus organisierte Anlaufstelle
Fachdienste:	Suchtkrankenhilfe, sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatrie, somatische Medizin,

Sinnvolle Verortung des Erstanlaufes

Sinnvollerweise ist der Erstanlauf bei der Wohnungslosenhilfe zu organisieren, weil

- diese im Sinne von § 72 BSHG die Bearbeitung eines breiteren Spektrums an Lebenslagen zum Auftrag hat (Einkommenslage, Wohn- und Arbeitssituation, Ausbildung, gesundheitliche Situation, Teilhabe am kulturellen Leben, Umgang mit Behörden und sozialen Diensten, Lösungsstrategien, Haushaltsführung usw.);
- die Wohnungslosenhilfe die betroffenen Haushalte in der Regel besser erreicht;
- die Wohnungslosenhilfe (im Vergleich zu den Fachdiensten) über eine große versorgungsrechtliche Kompetenz verfügt, was der Prophylaxe akuter Krisen dient.

Lebenslagengerechte Organisation des Erstanlaufes

Die lebenslagengerechte Organisation des Erstanlaufes kann nicht generell beantwortet werden:

- Sie muss entsprechend der besonderen Bedarfsgruppen innerhalb des Personenkreises nach § 72 beantwortet werden.
- Sie hängt auch von der Größe der Kommune ab.
- Es können also sowohl zentrale wie dezentrale Erstanlaufsformen Sinn machen, zentrale z.B. von außerhalb der Stadt Kommende, für Frauen, junge Erwachsene und Straffällige
- dezentrale z.B. für alle anderen Armen und/oder wohnexistenziell Bedrohten. (Hier hat die Dezentralität entscheidende Vorteile wie etwa: Nähe zu den Ressourcen des Bezirkes, kürzere Wege für die hilfeberechtigten Haushalte und das Hilfesystem, höherer Bekanntheitsgrad der kooperierenden Stellen und Dienste im Bezirk).

2.3.2 Notrufsystem zur Erleichterung von Erstkontakten für Hilfeberechtigte

Zur Einrichtung eines Notrufsystems zur Erleichterung von Erstkontakten für Hilfeberechtigte ist anzumerken,

- dass dies grundsätzlich notwendig und sinnvoll ist;
- dass allerdings bestimmte Ressourcen notwendig sind: Sachmittel (Büro, Telefonanlage, Fahrdienst z.B.); personelle Ausstattung (erfahrene Hauptamtliche, ZDL, § 19-Arbeitsplätze, spätere Ausweitung auf Ehrenamtliche); hier wäre eine interdisziplinäre Besetzungen und/oder Trägerschaften sinnvoll (WLH und Fachdienste); Besetzung 24 Stunden.

2.3.3 Sinnvolle Gestaltung der Fallkonferenz

Fallkonferenzen werden eingerichtet, um die erforderliche Hilfe verschiedener Fachdienste zu koordinieren. Voraussetzung zu einer vernetzten Arbeit (Fallkonferenz) ist eine definierte Versorgungspflicht der Fachdienste und (wo noch nicht geschehen natürlich auch) für die Wohnungslosenhilfe. Ist diese Versorgungspflicht definiert, sollten Wohnungslosenhilfe und Fachdienste Schwerpunktmitarbeiter für Personen in Multi-problemlagen benennen.

Auf der Grundlage entspr. Einzelfallkenntnissen wird nun eine gemeinsame Fallkonferenz von Fachdiensten und Wohnungslosenhilfe für sog. "perspektivlose" Einzelfälle installiert. Die Fallverantwortung sollte je nach gegebenem Problemschwerpunkt im Einzelfall bei dem jeweiligen Fachdienst oder der Wohnungslosenhilfe liegen.

Beim Gestalten der Fallkonferenz ist eine Standardisierung des Ablaufs erforderlich. Die Fallkonferenz sollte regelmäßig tagen.



2.3.4 Dokumentation

Grundsätzlich sind auch hier die IST-Situation, die erbrachten Leistungen so wie Bedarfsdeckungsaussagen zu dokumentieren.

- IST-Situation:
 - a) Klientenstruktur (Alter, Geschlecht, Nationalität z.B.)
 - b) Klientensituationen (Unterkunft, Einkommen, Arbeit, Gesundheit, Gewalterfahrungen, Missbrauchserfahrungen)
- Leistungsbeschreibung
 - a) quantitativ (Kontakte, Kontaktarten, angebotene Hilfen nach Kategorien)
 - b) qualitativ (z.B. punktuelle Erhebungen zu bestimmten Fragestellungen)
- Bedarfsdeckungsaussagen
 - a) aus Nutzer/Innen-Sicht
 - b) aus Sicht der Helfer/Innen
 - c) ggf. Barrierenbeschreibung

Im Sinne vernetzten Arbeitens von Fachdiensten und Wohnungslosenhilfe sind verbindliche Standards für die Erhebung von Daten notwendig.

2.3.5 Sozialplanung

Eine wichtige indirekte Voraussetzung für die Verbesserung der Zugänge in die Hilfesysteme für Personen in Mehrfachproblemsituationen ist eine Sozialplanung, die den Gesamtüberblick über die Entwicklung der diversen Teilsysteme der Wohnungslosenhilfe (ambulant, teilstationär, vollstationär, Betreutes Wohnen) im Besonderen und der Fachdienste im Allgemeinen hat. Damit soll auf eine fortlaufend optimale Bedarfserfüllung hingesteuert werden.

Die ggf. zu schaffende sozialplanerische Fachstelle für Wohnungsnotfallfragen in der Kommune/Region ist verantwortlich für eine zweckmäßige Dokumentation (z.B. um für alle Seiten wichtige Verschiebungen in den Bedarfslagen festzustellen).

2.3.6 Weitere Öffnung von Suchtkrankenhilfe, sozialpsychiatrischem Dienst, Psychiatrie und somatischer Medizin

Grundvoraussetzung für eine weitere Öffnung der Fachdienste ist die Definition einer verbindlichen Versorgungspflicht (siehe oben).

Eine andere wichtige Voraussetzung zur weiteren Öffnung der Fachdienste ist die Schaffung eines an den Lebenslagen orientierten Settings:

- Berücksichtigung lebenspraktischer Bedürfnisse
- Zulassen des unmittelbaren Unterstützungsbedarfs
- Unterscheidung situativ (besondere soziale Schwierigkeiten) und individuell geprägter Verhaltensursachen.

2.3.7 Schnittstellen

Die Schnittstellen zwischen den Hilfesystemen der Fachdienste müssen effektiv organisiert sein. (Siehe hierzu die Anmerkungen zur Organisation des Erstanlaufes bzw. zur Gestaltung der Fallkonferenz.)

3. Anforderungen an die Qualifikation der MitarbeiterInnen

Die Erstberatung zielt auf den Einstieg des Klienten ins Hilfesystem und auf einen adäquaten Hilfeprozess ab. Die Form der Hilfe und die Dauer sollten hier zunächst definiert werden, bedürfen dann jedoch der weiteren kontinuierlichen Überprüfung. Für die Installation einer "Erstberatungs"-Verantwortung¹ unabdingbar notwendig sind im System der Wohnungslosenhilfe (auch in anderen Hilfesystemen) Mitarbeitende, die über besondere Qualifikationen verfügen, um in dieser Struktur die sich daraus ergebenden veränderten Arbeitsschwerpunkte und Arbeitsweisen professionell und fachlich sinnvoll auszufüllen. Gedacht wird hier an berufserfahrene SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen, die mit spezifischen Kompetenzen ausgerüstet sind, um eine qualifizierte Beratung und Hilfe zu leisten.

Folgende allgemeine Grundkompetenzen sollten als Qualifikationsprofil vorausgesetzt werden:

Beraten:

Grundvariablen des Beratens:

Empathie (d.h. einführendes Verstehen)

Akzeptanz des Ratsuchenden in seiner Situation und Lebenseinstellung

Echtheit und Kongruenz der verbalen und nonverbalen Äußerungen des Beraters mit seiner inneren Einstellung und Gestimmtheit



Informieren:

Informationen anbieten
Wissen aktualisieren
sensibler Umgang mit Informationen

Organisieren/Verwalten:

Planung der Hilfe
Erkennen möglicher Konflikte
Sicherung des ganzheitlichen Zuganges
Durchführung der Hilfe
Weitergabe an das weiterführende Hilfesystem

Diese Grundkompetenzen sollten für die Arbeit in diesem spezifischen Berufsfeld weiter ausdifferenziert werden, um eine adäquate (Hilfe- und Beratungs-)Leistung für den Personenkreis der Wohnungslosen in Mehrfach-Problemlagen erbringen zu können.

Hier sind folgende weitere, spezifische Kompetenzen zu nennen:

Diagnostische Kompetenz

Die Mitarbeiter müssen in der Lage sein, die aktuelle Situation des Hilfe Suchenden möglichst umfassend und ganzheitlich in seiner rechtlichen, psycho-sozialen, medizinisch/psychiatrischen und wirtschaftlichen/versorgungsmäßigen Dimension zu erkennen und - wo notwendig - die entsprechenden Fachleute unterschiedlicher Profession (aus möglicherweise verschiedenen Diensten bzw. Hilfesystemen) zu beteiligen oder einzuschalten.

Die Analyse und Einschätzung der Problemlage sind dabei die wichtigsten Grundlagen für ein sachgemäßes Handeln in der Sozialen Arbeit. Kenntnisse über Lebens- und Problemlagen, in die die Klienten verwickelt sind, bilden den Hintergrund für alle weiteren Bemühungen.

Kenntnis der Hilfesparten und Problemsituationen

Voraussetzung für umfassende, zielorientierte Hilfe bildet die genaueste Kenntnis der lokalen/regionalen Hilfesysteme, ihrer Dienstleistungsangebote und ihrer Kapazitäten. Um alle zur Verfügung stehenden Ressourcen nutzen zu können, müssen die infrastrukturellen Gegebenheiten bekannt sein. Die Zusammenarbeit mit Fachleuten aus anderen Berufsgruppen wird - wo nötig - durch Verträge festgeschrieben und gesichert.

Allgemeinärzte:

zur Behandlung somatischer Beschwerden/Erkrankungen

Fachärzte f. Psychiatrie:

zur Diagnostik und Behandlung von z.B. Alkoholfolgeschäden, Persönlichkeitsstörungen und anderen psychiatrischen Krankheitsbildern

Psychologen und Therapeuten:

Hilfestellung für die Klienten beim Erkennen der eigenen Problemlage und Entwicklung von Bewältigungsstrategien in kognitiver, emotionaler und sozialer Hinsicht

Arbeitsberater:

zur Abklärung der beruflichen Möglichkeiten mit dem Ziel der Vermittlung von Wohnungslosen auf den Arbeitsmarkt

Alten- und Krankenpfleger:

zur Versorgung, Behandlung und Pflege sowie zur Durchführung ärztlicher Verordnungen

Arbeitserzieher:

z.B. zur Planung und Durchführung tagesstrukturierender Beschäftigung

Hauswirtschaftliche Fachkräfte:

zur Erhaltung und Förderung größtmöglicher Selbstständigkeit und zur Anleitung beispielsweise bei Wäschepflege, Putzen, Einkaufen etc.

Experten aus anderen Fachdiensten:

z.B. Schuldenberater

Professionsübergreifende Weiterbildung

Die von den Angehörigen dieser Berufsgruppen mitgebrachten fundierten Fachkenntnisse genügen nicht allein, um geeignete Hilfen für Menschen in Mehrfach-Problemlagen durchzuführen. Es ist erforderlich, dass die Mitarbeiter aus diesen Berufen an die besonderen Probleme dieser Gruppe von Wohnungslosen herangeführt werden. Mehrfachproblemlagen bei Wohnungslosen zeichnen sich häufig durch die Komplexität der Symptomatik aus. Psychische Erkrankungen, Suchtmittelmissbrauch, die "besonderen sozialen Schwierigkeiten" mit auffälligen Verhaltensmustern und die besonderen Lebenslagen (z.B. Leben auf der Straße)



zeichnen das Erscheinungsbild der Mehrfach-Problemlagen bei Wohnungslosen. ExpertInnen mit langjährigen Erfahrungen im Umgang mit der o.g. Personengruppe sollten in Schulungen, Fortbildungen und Gesprächskreisen die MitarbeiterInnen und KollegInnen aus anderen Professionen auf die spezifischen Aufgabenstellungen vorbereiten und ggf. begleiten.

Nicht zu unterschätzen ist die Bedeutung einer Grundausbildung in Erster Hilfe (z.B. Ersthilfe bei Anfallsleiden von Klientinnen) für alle mit dem Personenkreis befassten professionellen Helfer. Ggf. ist das Wissen durch Schulung zu vertiefen oder aufzufrischen.

Für die intensive und vielgestaltige Hilfe werden Dienstleistungen unterschiedlicher Professionen abzurufen sein. Dabei müssen professionsspezifische Abgrenzungen deutlich erhalten bleiben.

Die Angehörigen anderer Professionen sind als kompetente Ansprechpartner für die spezifische Problemlösung qualifiziert.

Kommunikative Kompetenz und kooperative Kompetenz

(zur Zusammenführung verschiedener Fachleute oder diverser Hilfsparthen im konkreten Hilfsfall).

Neben fundiertem Wissen, z.B. in den Bereichen Recht, Psychologie, Medizin müssen die MitarbeiterInnen über ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten verfügen, um sich ihrem jeweiligen Gegenüber aus o.a. Berufsgruppen als kompetente und flexible Gesprächs- und Verhandlungspartner - auch im Schriftverkehr - zu präsentieren. Im Einzelfall wird es nötig sein, mit unterschiedlichsten Personen, Institutionen, Behörden (in Kombination) zu kooperieren, dort zu intervenieren oder Leistungen abzurufen. Dies erfordert von den Mitarbeitern schnellste Ein- bzw. Umstellung auf die neue Situation und Veränderung der Gesprächsführung und Moderation des Prozessverlaufes.

Gleichzeitig ergibt sich daraus eine hohe Anforderung an die Kooperationsbereitschaft und die Kooperationsfähigkeit sowie an die Verpflichtung zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Bei Bedarf müssen die MitarbeiterInnen entsprechend geschult werden.

Case-Management-Kompetenz

Im Sinne von "Erstberatungs"-Verantwortung und Fallkonferenz gehen wir von einer Veränderung der Organisationsweise der Hilfen für Menschen in Mehrfachproblemlagen aus. Sie können nicht alle von einem MitarbeiterInnen bzw. dessen Dienststelle angeboten werden.

Vielmehr geht es um Verknüpfung und Organisation helfender Beziehungen verschiedenster Personen/Fachleute und Dienststellen sowie um Vermittlung, Koordination und Moderation in den Übergängen verschiedener Hilfen aus (wahrscheinlich) unterschiedlichen Systemen und Sparten. Die Kontinuität in der Beziehung HelferInnen/KlientInnen bleibt dabei bestehen. Für den/die KlientIn bedeutet dies Sicherheit, da ihm/ihr sein/ihr "Erst"-BeraterIn stets dienstbar ist und der jeweils aktuellen Situation entsprechend die notwendigen Schritte einleitet.

Es wäre wünschenswert, wenn zumindest Basiswissen über Case-Management bei den MitarbeiterInnen vorhanden wäre und Qualifizierungsmaßnahmen z.B. durch Schulung/Fortbildung zur Verfügung gestellt würden.

4. Empfehlungen

Zur Verbesserung der Hilfen für Personen in Mehrfachproblemlagen müssen in den Bereichen Grundversorgung, Vernetzung und Kooperation sowie der Qualifizierung des Personals Verbesserungen erfolgen.

Grundversorgung

Die Grundversorgung sollte die folgenden Hilfeangebote umfassen:

- Ambulantes allgemeines Beratungsangebot nach § 72 BSHG (Beratungsstelle);
- Aufsuchende Hilfen nach § 72 BSHG (Straßensozialarbeit/ medical Streetwork);
- Niedrigschwellige Tagesaufenthaltsangebote;
- Für die weibliche Klientel müssen Beratungsstellen, Tagesaufenthalte und Notübernachtungen vorgehalten werden, die ausschließlich den Frauen zur Verfügung stehen. In Diensten und Einrichtungen für Männer und Frauen ist für die Frauen immer die Beratung und Begleitung durch weibliches Fachpersonal zu gewährleisten.
- Sozialhilfegewährung durch das (örtliche) Sozialamt in rechtskonformer Form;
- Die kassenärztliche Vereinigung muss ihrem Sicherstellungsauftrag medizinischer Versorgung nachkommen

Vernetzung und Kooperation

- Wohnungslosenhilfe, Suchtkrankenhilfe und sozialpsychiatrischer Dienst müssen für Personen in Mehrfachproblemlagen einen abgestimmten Versorgungsauftrag definieren.



- An Stelle von spekulativen Annahmen über Hilfebedarfe muss auf der Basis von Bedarfserhebungen eine Sozialplanung stattfinden.
- Die Angebote für Personen in Mehrfachproblemlagen müssen auf institutionalisierter Basis vernetzt arbeiten und kooperieren.
- Die Erstanlaufstelle für Personen in Mehrfachproblemlagen sollte im Rahmen der Wohnungslosenhilfe organisiert werden.
- Ins. in größeren Städte ist ein Notrufdienst notwendig, der rund um die Uhr besetzt ist.

Verbesserung der Qualifikation der MitarbeiterInnen

- Für die Installation einer "Erstberatungs"-Verantwortung unabdingbar notwendig sind im System der Wohnungslosenhilfe (auch in anderen Hilfesystemen) Mitarbeitende, die über besondere Qualifikationen verfügen, um in dieser Struktur die sich daraus ergebenden veränderten Arbeitsschwerpunkte und Arbeitsweisen professionell und fachlich sinnvoll auszufüllen.
- Die MitarbeiterInnen aus anderen Professionen sind für das Arbeitsfeld der Mehrfachbetroffenen weiterzubilden. ExpertInnen mit langjährigen Erfahrungen im Umgang mit der o.g. Personengruppe sollten in Schulungen, Fortbildungen und Gesprächskreisen die MitarbeiterInnen und KollegInnen aus anderen Professionen auf die spezifischen Aufgabenstellungen vorbereiten und ggf. begleiten.
- Es wäre wünschenswert, wenn zumindest Basiswissen über Case-Management bei den MitarbeiterInnen vorhanden wäre und Qualifizierungsmaßnahmen z.B. durch Schulung/Fortbildung zur Verfügung gestellt würden.

Anhang

Ergebnisse einer Umfrage des Fachausschusses Beratung, Therapie, Versorgung zum Problemverständnis

Insgesamt 214 Fragebögen wurden beantwortet; das entspricht einem Rücklauf von ca. 50%. Von einigen Dienststellen wurde die Beantwortung mit dem Argument verweigert, der Begriff Mehrfachgeschädigte trage zu einer erneuten Individualisierung der Wohnungslosigkeit bei. Insgesamt zeigen der hohe Rücklauf und die kritischen Reaktionen, dass das Problem der Mehrfachproblemfälle dringend in fachlich adäquater Form bearbeitet werden muss.

Der erste Fragebereich galt der Art und Weise der Falldefinition in der Praxis. Um nicht schon in der Form der Frage eine Definition von Mehrfachproblemfällen vorzunehmen, hat der FA ein offenes Kategorienraster entwickelt. So sollte geprüft werden, welche Verknüpfung von drei Problemen am ehesten als "Mehrfachproblemfälle" angesehen wird, welche Dreierverknüpfung die schwierigste ist und wie hoch der Anteil der Mehrfachproblemfälle (auf der Basis der jeweiligen Dienststellendefinition) an der Gesamtklientel ist. Bei der Konstruktion des falltypologischen Rasters ging der Fachausschuss davon aus, dass sich Probleme im Prinzip drei grundlegenden Dimensionen zuordnen lassen: der aktuellen Lebenslage, der Hilfebiografie und dem Grad der psychosozialen Kompetenz (Vergl. Tab. 1)

Tab. 1 Arbeitsdefinition von Personen in Mehrfachproblemlagen

Lebenslage	Biografie/Karriere	Kompetenz/"Defizit"
1. ausschließl. in der Wohnungslosenszene lebend 1. ein Zugang zum Hilfesystem 1. Dauerarbeitslosigkeit 1. individuelle Lebensenergie wird für Existenzsicherung aufgezehrt (Essen, Schlafen, Witterungsschutz)	1. erhebliche Delinquenz (JVA) 1. häufige Entgiftungen 1. häufige Therapieabbrüche 1. mehrfach beendete Wohnversuche 1. Vorerfahrung mit Hilfesystemen, die nicht "gegriffen" haben	1. Sucht 1. psychische Störung 1. sozial wenig lernfähig 1. Verhaltensauffällig 1. hygienische Verwahrlosung 1. intellektuell stark eingeschränkt 1. gesundheitlich stark angeschlagen 1. erhebliche Delinquenz 1. mangelndes "Selbstmanagement" 1. "Gewalttätigkeit" 1. mangelnde "Mietvertragsfähigkeit"

Die Kombination Sucht in Verbindung mit psychischer Erkrankung kombiniert mit negativen Vorerfahrungen mit Hilfesystemen wurde deutlich mehrheitlich als diejenige "Mischung" angesehen, die "Mehrfachproblemfälle" ausmacht (Vergl. Tab 2.).



Tab 2 Typische und schwierige Problembündelungen bei Mehrfachproblemfällen

Kategorie	Typische Fallkomponente in % der Nennungen	Besonders schwierige Fallkomponente in % der Nennungen
Sucht	62%	56%
Psychische Störung	42%	68%
Vorerfahrung mit Hilfesystemen, die nicht "gegriffen" haben	31%	13%
ausschließl. in der Wohnungslosenszene lebend	18%	13%
Dauerarbeitslosigkeit	29%	6%

Bei der Einschätzung der schwierigen Fälle bestätigt sich das generelle Bild der typischen Problembündelung, allerdings tritt die Komponente "psychische Störung" mit 68% der Nennungen deutlich in den Vordergrund, noch vor der Sucht mit 56% der Nennungen. Bei den quantitativen Einschätzungen von Mehrfachproblemfällen gibt es keinen deutlichen Mittelwert, um den sich die Schätzungen gruppieren, sondern die Schätzungen (für das Jahr 1996) variieren zwischen 5-100%! Dazwischen liegen fast gleich verteilt die anderen Schätzzahlen, sodass sich eine deutliche Polarisierung ergibt: Ca. 47 % der sozialen Dienste glauben, der Anteil der Mehrfachproblemfälle liege unter 50%, während 53% der Dienste schätzen, er liege über 50%! 39% schätzen ihn auf unter 30% und 36% auf über 70%. Daraus lässt sich wohl kaum schließen, dass die befragten Dienste tatsächlich unterschiedliche Klientel haben, sondern vermuten, dass mangels ausreichender Untersuchungen und auf Grund unmittelbarer Alltagserfahrung Vorerwartungen in hohem Maße die Wahrnehmung der Klientel insgesamt steuern. So muss die Frage nach dem tatsächlichen Anteil von Mehrfachproblemfällen im Sinne der Bündelung, die als typisch und am schwierigsten angesehen wird, dem weiteren Ausbau der Dokumentation bzw. der weiteren wissenschaftlichen Forschung überlassen bleiben.

Bei der Einschätzung der Entwicklung der Mehrfachproblemfälle zwischen 1990 und 1996 ergibt sich ein relativ hohes Maß an Übereinstimmung: 16% meinen die Zahl solcher Fälle sei gleich geblieben, 44% beobachten eine leichte und 40% eine erhebliche Zunahme. Damit meinen mehr als 80% der sozialen Dienste, der Anteil solcher Fälle hätte sich erhöht.

Abschließend wurden die Dienststellen nach dem Dunkelfeld gefragt, d.h. nach dem Grad der Nichterreichbarkeit der Mehrfachproblemfälle. In Bezug auf ihre eigene Dienststelle schätzen 57% der Dienststellen, dass das Dunkelfeld nicht größer als 20% aller für sie möglichen Mehrfachproblemfälle ist.

In Bezug auf andere Bereiche des Hilfesystems, in denen solche Fälle auftreten könnten schätzen fast ebenso viele (55%) diesen Anteil auf 20%. Ca. 80% der befragten Dienste urteilen, dass nicht mehr als 20% aller möglichen Fälle am Ort überhaupt nicht erreicht werden.

ⁱ Erstberatungs-Verantwortung zielt sehr auf den Fortschritt der Beratung ab. Eine Erstberatung ist auch beim Erstkontakt möglich.