„Menschen im Hotel“

Hier geht es allerdings um Menschen, die sich überhaupt kein Hotel leisten können.

Gert Levy

I. Die Ausgangslage

1996 waren in Köln die Mehrfachdiagnosen im zu betreuenden Personenkreis der Wohnungslosen ein wichtiger Problemindikator im Gemeinwesen, vorrangig analysiert in der beim Wohnungsamt angesiedelten Planungsgruppe und in dem nach den Richtlinien eingeführten Arbeitskreis § 72 BSHG. Hier wurde eine Bedarfsanalyse erstellt. In zunehmender Zahl war zusätzlich zu der in fast allen Fällen vorhandenen Suchterkrankung auch eine psychische Erkrankung bei den Klient/innen festgestellt worden. Die nach den Richtlinien organisierte „Begleitung und Betreuung“ griff bei diesem Personenkreis auf dem Hintergrund der äußerst schwierigen Verhaltensweisen der Klient/innen nicht oder nur mit Einschränkungen.

So gab es bei den nach den Richtlinien § 72 BSHG eingerichteten „Klient/innenbegleitungen“ immer wieder Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme und im Begleitprozess der in Hotels und Pensionen untergebrachten Klient/innen. Deren Betreuung gestaltete sich oft sehr schwierig. Die Klient/innen waren in Pensionen und Hotels untergebracht, da die Unterbringung und der Aufenthalt in den Obdachlosenhilfe-(OH-)Einrichtungen der Stadt auf dem Hintergrund der manifestierten Erkrankungen der Klient/innen nicht indiziert bzw. nicht möglich war. Dabei führte allein schon die Krisenhaftigkeit dieses Personenkreises zu ständigen Pensions- und somit Ortswechseln, zu wechselnden Krankenhaus- und Klinikaufenthalten. Darüber hinaus war die überwiegende Zahl der nach den Richtlinien eingestellten Sozialarbeiter/innen in der Betreuung dieser Menschen, mit z.T. schweren psychischen Problemen, überfordert, da nicht ausreichend qualifiziert. Häufig war für diesen Klientenkreis vom Amtsgericht eine Betreuung nach BtG eingerichtet worden. Die Betreuer/innen verfügen über das Aufenthaltsbestimmungsrecht und üben auf das Wohnungsamt Druck zur adäquaten und vor allen Dingen stabilen Unterbringung ihrer Mündel aus. Durch die BtG-Betreuung und die gleichzeitige Betreuung nach den Richtlinien § 72 BSHG entstand häufig eine kostspielige und schwerer zu koordinierende Doppelbetreuung.

1. Die Doppeldiagnose

Soziologischer Indikator zur Unterbringung im „Pilotprojekt Hotel Plus“ seitens der einweisenden Behörde, des Wohnungsamtes, waren die Kriterien Wohnungslosigkeit, Doppeldiagnose psychische Erkrankung und Suchtkrankheit sowie zwischen ständig wechselnden Pensionsunterbringungen bzw. zwischen verschiedenen Pensionen, Kliniken und Fachkrankenhäusern pendelnd. Ein besonders hervorstechendes Problem ergab sich bei Klient/innen mit der Doppelindikation psychische Erkrankung und Suchterkrankung. Sehr schnell geriet dieses Syndrom ins Zentrum der Problemwahrnehmung, da sie im Projekt besondere Aufmerksamkeit einforderte und zum Teil auch, weil dieses Thema gerade bundesweit debattiert und von den Kliniken und Kostenträgern besonders evaluiert wurde.

Über die Fallkonferenz wurden neben den von der Ordnungsbehörde als schwierig erkannten Klient/innen auch Klient/innen aus dem Zuständigkeitsbereich des Wohnungsamtes Köln in das „Hotel Plus“ eingewiesen, die direkt aus Suchtkliniken entlassen, aber aus ihrer Zeit vor Entzug und Suchtentwöhnung auch noch als psychisch erkrankt diagnostiziert waren und/oder mit einer derartigen, doppelten Diagnose aus der Suchtentwöhnung entlassen worden waren und wieder in den Zuständigkeitsbereich des Wohnungsamtes zurückkamen. Dies etwa mit dem Krankheitsbild einer drogenindizierten Psychose oder einer mit Drogenkonsum gekoppelten schweren Neurose. Diese vermischten sich mit den anderen schon im Projekt wohnenden Klient/innen.

Suchtkrank heisst mittlerweile in der Regel polytox. Eine „reine“ Alkoholerkrankung ist auf dem „Markt“ fast nicht mehr vorhanden. Im Koordinationsrahmen galt die Abhängigkeit von illegalen Drogen, sprich Heroin, als kontraindiziert zur Einweisung in das Hotelprojekt. Trotzdem wurde diese Maßgabe in einem Fall, auch auf dem Hintergrund eines bei vorliegender klinischer Anamnese nicht klaren Suchterkrankungsbildes, nicht eingehalten. Drei Klient/innen wiesen eine diagnostizierte Abhängigkeit von seit Jahren ärztlich verordneten und in der örtlichen Landesnervenklinik verabreichten Psychopharmaka auf.

2. Migration

Ein weiteres und zusätzliches, besonders in den letzten Jahren festzustellendes Merkmal dieses soziologischen Feldes ist das der Migration und ihrer Folgen. Migrant/innen, zum Teil in ihrem Herkunftsland traumatisiert und mit entsprechenden posttraumatischen Störungen, „schwimmen“ im Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe. Als Aussiedler/innen, als EU-Bürger/innen, als zweite Migrant/innengeneration oder auch anerkannt als politische Flüchtlinge verfügen sie über ein gesichertes Aufenthaltsrecht, leben zum Teil seit Jahren in unserem Land, können aber nicht Fuß fassen.

Aus ihrer eigenen Kultur aus politischen und wirtschaftlichen Gründen vertrieben, geflohen oder migriert, auf alle Fälle herausgerissen aus ihrem ursprünglichen sozialen Umfeld, hier allein schon durch zum Teil ihr Aussehen und ihre mangelnde Sprachkenntnis gesellschaftlich nicht integriert, vereinsamen sie und erleiden schweren psychischen Schaden. In diesem Schwebezustand, dann auch noch ohne gesicherten Wohnraum, ohne individuelle Sicherheit und Privatsphäre, verlängert und verstärkt sich ihre primäre Traumatisierung. Weder in den zuständigen Landesnervenkliniken noch gar in den örtlich zuständigen Häusern der Wohnungslosenhilfe und der allgemeinen Gesundheitsversorgung gibt es für sie ein menschliches Unterkommen und Existieren, von einer Heilungsmöglichkeit ganz zu schweigen. Für die außereuropäischen Klient/innen gilt zudem, dass auf dem Hintergrund einer eurozentristischen Definition von psychischer Gesundheit und „Normalität“ Verhaltensweisen, kulturell geprägte Überzeugungen und Rituale im Alltag der Klient/innen als durchaus „verrückt“ und pathologisch erscheinen.

In dem ursprünglichen geographischen und kulturellen Kontext sind diese aber keineswegs deviant. Generell wirkt die Zuschreibung von psychischer Erkrankung und somit die Ausgliederung aus dem Regelsystem des Alltags sehr schnell pathologisierend. Die stationären psychiatrischen Versorgungseinrichtungen setzen in ihrer Bipolarität von geschlossener und offener Station ein viel zu enges Setting. Jenseits der bei den traumatisierten nicht-deutschen Klient/innen häufig manifesten psychischen Erkrankung pathologisiert sie die Zuweisung einer psychischen Erkrankung und die darauf folgende Einbindung in ein psychiatrisches Versorgungssystem noch zusätzlich. Die Klient/innen fliehen in die Verinnerlichung und geraten in eine erneute und zusätzliche Traumatisierung. Die stationären psychiatrischen Einrichtungen können darüber hinaus mit der Fremdsprachigkeit und der anderen kulturellen Prägung dieser Klientel nicht-deutscher Herkunft nicht adäquat umgehen.
Auch die vorhandenen Betreuungs-, Wohn- und Beratungsstellen aus dem Geltungsbereich §72 BSHG wirken eher krankheitsverstärkend. Der sowieso schon segregierende Charakter des Hilfesystems insgesamt erweist sich am deutlichsten in der Art und Weise, wie Nichtdeutsche, Minderheiten oder sich fremdartig Gebärdende in diesen Einrichtungen vorkommen und behandelt werden. Auch sind diese Menschen durch das vorhandene Fachpersonal und Instrumentarium im vorgegebenen Rahmen nicht „handlebar". Die Betreuung und Begleitung dieses Personenkreises erfordert einen anderen Rahmen, ein anderes Setting und eine zusätzliche Qualifikation der zuständigen Fachkräfte.

Der Betreuungsalltag des Arbeitsbereiches §72 BSHG gepaart mit der systemimmanenten Hilflosigkeit der Professionellen lässt durch das Ausmaß der Auffälligkeit einiger Klient/innen sowohl nicht-deutscher, als auch deutscher Kultur und Sprache, also beider soziologischer Gruppen, die Häufigkeit von psychischer Erkrankung in der Klient/innenpopulation eher hoch erscheinen. Nicht etwa die Situation, in der sich die Klient/innen befinden, die administrativen Hürden, mit denen sie konfrontiert sind und die den Bedürfnissen der Klient/innen inadäquaten Hilfsmittel werden als krankmachend wahrgenommen, sondern das unangepasste und störende Verhalten der Betroffenen wird pathologisiert.
Das „Schwimmen" des beschriebenen Personenkreises beider soziologischer Komponenten lässt zudem keinerlei gesicherte Anamnese oder gar Diagnostik im Sinne einer Erstellung eines Hilfeplanes zu. Die Zuweisung in das eine oder jeweilige andere Hilfesystem ist auf dem Hintergrund eines ständig wechselnden, verschwommenen Erscheinungsbildes der Klient/innen nur schwer zu vollziehen und wirkt entweder pathologisierend oder systeminkompatibel.

Ich möchte die aus diesen beiden Komponenten sich zusammensetzende soziale Gruppe „Entwurzelte" nennen und ein entsprechendes Hilfe-und Begleitungskonzept für sie beschreiben und vorstellen. Dieser Begriff umreißt für mich am deutlichsten den Ursprung und die Hintergründe des Identitätsverlustes dieses Klient/innenkreises. Er gibt aber auch gleichzeitig den Hilfesystemen ein realisierbares Ziel, das der Einbindung in ein Gemeinwesen, das einer „Verwurzelung", einer Integration und Überwindung der traumatischen Erlebnisse. Ziel der Arbeit mit diesem Personenkreis ist dann die Unterstützung bei der Überwindung der durch das Trauma der Vertreibung und Entwurzelung verursachten Identitätsprobleme und der hieraus resultierenden psychosozialen Folgen.

II. „Hotel plus"

Die Kölner Planungsgruppe griff 1997 die Projektidee einer betreuten Pensionsunterbringung auf und initiierte das „Pilotprojekt Hotel Plus". Die Betreuung nach den Richtlinien entfällt hier bei Einzug der Klient/innen in das Hotel. 18 Monate nach dem Projektstart kommt es zu einer Betreuungsvereinbarung für die Klient/innen zwischen der Stadt Köln und dem Träger, dem DRK Kreisverband.
Das „Pilotprojekt Hotel Plus" simuliert vor allen Dingen erst einmal „Normalität" und gibt den Klient/innen einen von der Zuschreibung von Pathologien freien Rahmen, quasi einen neuen und neutralen Ausgangspunkt, ein neues Lern- und Verhaltensfeld. Der systemische Ablauf inszeniert einen von Symptomzuweisungen freien und neuen Ausgangspunkt: Das Hotel mit Möglichkeit des Gruppenanschlusses und der Steuerung des Geschehens durch Beratung. Allein schon die Schaffung eines solchen Raumes ist „therapeutisch"/heilend für die Klientel. Die Zahl der Einweisungen nach Psych Kg über die eingesetzten BtG-Betreuer/innen oder den örtlich zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst begrenzte sich so bislang auf vier Situationen, in denen eine sofortige Krisenintervention notwendig ist, prägen aber den Alltag.

In der Arbeit mit dem hier beschriebenen Personenkreis musste ich häufig feststellen, dass ein zu klar definiertes Setting, ein zu enger und reglementierter Rahmen der Kontaktaufnahme und des anschließenden Dialoges die Betroffenen entweder verstummen lässt und so symptomverstärkend wirkt oder sie aus dem Rahmen und dem Kontakt erneut fliehen lässt und somit weiter vertreibt. Allein schon ein an sich notwendiges anamnestisches Erstgespräch kann für die Klient/innen zu einer Retraumatisierung geraten. Auf ihrem Weg bis in die Beratung haben sie schon zahllose Kontrollen, Verhöre und Befragungen durchlebt, so dass sie nicht mehr zugänglich und vertrauend sein können. Der Schritt zu verstehen, dass die Fragenden plötzlich nicht mehr über ihr Überleben am Ort entscheiden, sondern tatsächlich einfach nur die Beratung und das Gesprächsangebot als Kontaktaufnahme wahrgenommen werden kann, ist für sie nur schwer zu vollziehen. Der angebotene Rahmen muss allein schon von daher offen sein. Gleichzeitig muss das Kontaktangebot seitens des Fachpersonals immer wieder unaufdringlich, aber erkennbar formuliert werden. Das Angebot einer Gesprächs- und Kontaktaufnahme muss immer wieder erneuert und deutlich gemacht werden. Diese Begleitung erfordert Zeit, Flexibilität und Kontinuität.

Ein Hotel lässt beides offen und zu: Sowohl den Rückzug der Klient/innen und des Fachpersonals und der Bewohner/innen als auch die Öffnung und den Kontakt. Das in einem solchen Hotel vorhandene Beratungsbüro mit angeschlossenem Aufenthaltsraum entspricht der Rezeption eines „normalen" Hotels. Wer Fragen hat, begibt sich dort hin. Wer dies nicht möchte, meidet den Ort.
Der Grad der Vermüllung der Zimmer ist ein wichtiger Indikator für vorhandene und zu- bzw. abnehmende Hilflosigkeit, für herannahende bzw. abflauende Krisen. Insofern erhält der, wie in einem normalen Hotel vom Hotelbesitzer eingerichtete Zimmerputzdienst eine wichtige, quasi anamnesti-

sche, Alarmfunktion. Wer zulange nicht vorbeigeschaut hat, bekommt eine Einladung mit Kontaktangebot oder wird kurz im Zimmer aufgesucht. Wer von sich aus den Kontakt sucht, geht in den Aufenthaltsraum, quasi in die Hotelbar und/oder direkt in das Büro.
Wie in einem Hotel entscheiden das eigene Verhalten und die finanziellen Ressourcen über die Dauer des möglichen Aufenthaltes. Die Kostenfrage ist für die „Gäste" und die Berater/innen über die entsprechenden Paragraphen des BSHG geregelt. Es verbleibt als „Kündigungsgrund" für die Gäste nur das eigene Verhalten, die eigene Adaptationsunfähigkeit. Richtlinie ist somit nur die eigene Umfeldverträglichkeit.

In einem Hotel entscheidet der Direktor oder Besitzer über die Dauer der Anwesenheit. Er hat das Hausrecht und versinnbildlicht das soziale Regulativ. Das Besondere an diesem „Hotel" ist eben nur, dass es, wie schon oben gesagt, mit entsprechendem Fachpersonal ausgestattet ist. Dieses bietet Beratung, Gespräch und unter Umständen Hilfe und Vermittlung an, ist Vermittler in Krisensituationen. Das Fachpersonal steht quasi in der Mitte zwischen den Bewohner/innen, dem Hotelbesitzer und dem Gemeinwesen, der restlichen sozialen Außenwelt, vorrangig aber den zuständigen Behörden. Es ist Mediator zwischen den Fronten. Diese Mediation hat, als Beratung firmierend, im besten Falle eine therapeutische, das heißt bewusstseins- und dann verhaltensverändernde Wirkung. Dies gilt sowohl in Hinblick auf die Arbeit mit dem das Haus umgebenden Gemeinwesen, also auch mit dem Besitzer und natürlich und vorrangig den „Gästen", den Bewohner/innen des Hauses. Die sozialpädagogischen Fachkräfte müssen zusätzlich über einige medizinische und therapeutische Arbeitserfahrungen verfügen. Sie sollten jedenfalls auf ein fundiertes multikulturelles Wissen zurückgreifen können und zumindest mehrsprachig sein. Ein multiprofessionelles Team aus Therapeut/innen, Sozialpädagog/innen und Pflegekräften hat sich als den Situationen adäquat erwiesen.

In der Alltagspraxis ist die Begriffsbestimmung von sowohl Beratung als auch therapeutischer Intervention des Fachpersonals eine Gratwanderung. Aus der durch den Dienstauftrag definierten Arbeitsaufgabe heraus sowie dem zur Realisierung notwendigen systemischen, Institutionen übergreifenden Konstrukt, kann die Intervention in dem täglichen Arbeitsprozess nicht primär therapeutisch sein. Die Rollenzuteilungen lassen dies nicht zu. Ein therapeutischer Prozess setzt Einsichtigkeit, Bereitwilligkeit und Motivation, Therapiewilligkeit zwischen den Dialogpartner/innen voraus. Qua Definition ist unsere Klientel allerdings nicht „krankheitseinsichtig", de facto häufig sogar durch langjährige Aufenthalte in Psychiatrien und Betreuungseinrichtungen therapieunwillig, ja therapieresistent. So beinhaltet die Rolle des Fachpersonals auch die Reglementierung des Verhaltens von der „einfachen" Lärmbelastung über Zimmerreinheit bis zur täglichen Tabletteneinnahme. Allein dies schließt schon eingehende und tiefergreifende therapeutische Prozesse aus. Die hierfür notwendige Empathie wird häufiger Belastungsproben ausgesetzt. Zur Kontaktaufnahme und Anamnese, vorrangig aber in der Krisenintervention, zur Stabilisierung der Bewohner/innen müssen allerdings eindeutig therapeutische Arbeits- und Gesprächsmethoden angewandt werden. Die „Wahrnehmungsfähigkeit" des Fachpersonals muss geschult sein bis hin zur Herausbildung des „siebten Sinnes", der Krisen und kleine bis große Katastrophen voraussieht.

Unkenntnis der Sprache macht sprachlos und Sprachlosigkeit macht krank. Im „Pilotprojekt Hotel Plus" dauerte es oft Wochen nach der Erstaufnahme, bis es zum Sprechen und zur Kontaktaufnahme kam. Große Bereiche der Arbeit sind nur durch Sehen, Hören, Betrachten und Spüren entschlüsselbar. Der aus dem Amerikanischen kommende Begriff des „Counseling" und der „Awareness" als Interventionsmethode, erscheint mir als Beschreibung des angebrachten Arbeitsansatzes am zutreffendsten.

Ein weiteres und wichtiges Ziel in der Arbeit mit diesem Klientenkreis ist dessen Einbindung in das örtliche medizinische, soziale und kulturelle Versorgungsnetz, in das Gemeinwesen.
Auch hier entsteht in der Alltagspraxis eine Gratwanderung. Grundposition der Beratung muss der freiwillige Kontakt und der Dialog zwischen den Gästen und den Professionellen bleiben, dies insbesondere in der Anfangsphase des Aufenthaltes und Kontaktes. Eine Konzentrierung auf und alleinige Bindung an die eigene Person und Dienststelle kann sich gerade in den oft auftretenden Krisensituationen als äußerst hilfreich erweisen. Andererseits kann die Fixierung der Klient/innen auf das Fachpersonal und die Dienststelle als primären Hoffnungsträger geradezu zu Krisen führen, sind die Wunschvorstellungen der Bewohner/innen doch grenzenlos. Ziel der Arbeit soll zudem seitens des Kostenträgers nur die Stabilisierung und Schaffung eines neuen und nach außen orientierten Umfeldes sein und sei es ein stationär-klinisches. Alles andere führt letztendlich zu einer, nur etwas anderen, Hospitalisierung.

Durch diese Gratwanderung, gepaart mit der Bedürftigkeit der Klientel und ihrer auch hieraus resultierenden Anspruchshaltung, ergibt sich ein systemisch heikles Kräfteverhältnis. Sehr schnell kann sich aus z.B. einem gemeinsamen sporadischem (Mittag-)Essensangebot im Sinne der Selbsthilfe ein Sog zur Einrichtung einer Vollverpflegungsstelle entwickeln und so tendenziell die Bewohner/innen dann wieder zu stark an das Haus binden und ihre Selbsthilfekräfte lähmen. Aus dem „Hotel" würde letztendlich doch wieder eine „Einrichtung" werden. Dies muss vermieden werden. Explizites Ziel kann nur die Schaffung einer Tagesstrukturierung über die Anbindung an die lokalen SPZ (Sozialpsychologischen Zentren), an niederschwellige Versorgungs- und Arbeitsprojekte nach außen und gleichzeitig die Stabilisierung des sozialen Lebens nach innen sein. Die Schaffung eines versorgenden Netzes im Rahmen des Gemeinwesens ist hier ein realisierbarer Ausweg. Auch hat die Entwicklung einer solchen Logistik eine aufklärerische Wechselwirkung mit dem und auf das Gemeinwesen.

In der Realisierung des „Pilotprojektes Hotel Plus" flossen bislang zwei wichtige Strömungen des sozialpädagogischen Denkens und Handelns zusammen: Die der institutionskritischen und auf die Selbsthilfe bauende Wohnungslosenhilfe und die der am Gemeinwesen orientierten und auch psychiatriekritischen Versorgung. Dieses Zusammenfließen von zwei Arbeitsfeldern und entsprechenden Haltungen und Zielsetzungen im Dialog mit der Klientel und den Verwaltungsinstanzen, verlief zum Teil spannungsgeladen und kon-

trovers. Die tendenziell versorgende Position der „psychiatrischen Linie" kollidiert mit der konfrontativen und zur Selbsthilfe orientierenden Arbeit der „72-iger Linie". Die Verwahrlosung und Krisenhaftigkeit der „Gäste" ist z.T. derart ausgeprägt, dass die Motivationsarbeit zur Selbsthilfe eher einem Kampf gegen Windmühlen gleicht, als einer auf sichtbare Veränderung bauende Anleitung zur Selbsthilfe. Das vorhandene Gemeinwesen und die immer wieder ausbrechende Erkrankung, die vorübergehende Verschlimmerung der sowieso schon vorhandenen und dann massiver hervortretendenden Krankheitssymptomatik der Gäste setzen einen engen zeitlichen und „nervlichen" Rahmen. Die auf Sauberkeit und Normalität, auf „Heilung" hin orientierte „39-iger Linie" reibt sich extrem an der äußerlichen Verwahrlosung der Klient/innen. Dieser Impuls setzt die Klientel enorm unter Druck. Die Bewohner/innen, durch die z.T. jahrelange Instabilität und das Leben auf der Straße nicht mehr in der Lage, genormte Sauberkeits- und Ordnungsgrenzen einzuhalten, krankheitsuneinsichtig und unwillig sich täglich zu waschen, regelmäßig Tabletten einzunehmen, außer unter dem „Zwang" des Fachpersonals und überhaupt unwillig eine selbstbestimmte Regelmäßigkeit einzuführen, fliehen und weichen erneut aus. Das Setting wird zu eng. Die „Schmerzgrenzen" in Bezug auf Schmutz- und Geruchsbelästigung der „72-iger Linie" sind hier sicherlich weiter gesteckt. Der Kampf mit der Sauberkeit und Ordnung oder gar Pünktlichkeit ist auch wiederum nur vergleichbar mit einem Kampf gegen Windmühlen, ja sogar aussichtslos.

Zum Gelingen des Projektes ist es wichtig, den Rahmen der jeweiligen Kräftefaktoren im systemischen Feld auszuweiten und sowohl auf das Gemeinwesen als auch auf die „Gäste" einzuwirken. Arbeitsgrundlage ist es, der Klientel die Möglichkeit zu geben, selbstbestimmte Schritte zu gehen, und dem Gemeinwesen, Toleranz zu üben. Auch hier kollidierten die den Verwaltungsinstanzen gegenüber stark offensiv und nicht hierarchisch denkenden Tendenzen der „72-iger Linie" mit den hierarchiegeübten und strukturgewohnten Arbeitsweisen der „39-iger Linie". Auf dem Hintergrund u.a. der problematischen Finanzierungslage des Gesamtprojektes erwies sich die Konfliktlösung mit den lokalen Instanzen, Wohnungsamt und Gesundheitsamt, bei der weiteren Unterbringung von Klient/innen, die auch in einem solchen Projekt nicht zu halten und stabilisieren waren, als äußerst schwierig. Da sie nicht in die psychiatrische Versorgung einzubetten waren, wurden sie wieder in das für sie „krankheitsverstärkende" Umfeld der OH-Einrichtungen gesteckt.
Außer in einem sehr spezifischen Fall, ist es zu keiner Segregation mit „fremdenfeindlichem" Hintergrund im sozialen Binnenleben gekommen.

Nach zwei Jahren Praxis kann gesagt werden, dass das Projekt die Kosten für sowohl den Träger der Gesundheitsversorgung als auch der Ordnungsbehörde Wohnungsamt enorm senkt und für die Betroffenen ein realer Ausweg aus der Drehtürunterbringung ist. Die Häufigkeit der Klinikunterbringungen konnte bedeutend verringert und die Verweilzeiten dort verkürzt werden. Ein solches Projekt ermöglicht den Menschen ein würdiges Leben außerhalb von Psychiatrie, Obdachlosenasyl oder gar „Platte", und vor allen Dingen ist erwiesen worden, dass der Betrieb eines solchen „Hotels" im Sinne aller Beteiligten regulierbar ist.

III. Spezifische Problemkonstellationen und Erfahrungen

Die Bewohner/innenstruktur im Hotel Plus ist heterogen. Nicht alle Bewohner/innen sind suchtkrank. Nur eine/r der Klient/innen erwies sich im Untersuchungszeitraum als abstinenzmotiviert. Wer kann in einem „Hotel" und einem derartigen Setting etwa den Konsum von Alkohol untersagen? Das systemische Konstrukt untersagt Urin-, Atem- und/oder gar Blutkontrollen. Sie wären auch rein technisch und juristisch nicht durchführbar. Ein möglicherweise positives Ergebnis könnte, nur durch das Einschalten des Hotelbesitzers, zur Kündigung führen. Das Vertrauensverhältnis aller im Hotel lebenden Klient/innen gegenüber den Berater/innen würde dadurch sicherlich nachhaltig gestört. Allein schon auf dem Hintergrund des Settings wäre somit der Rückfall vorprogrammiert. Anfangs vollzieht sich dieser unauffällig und auch aus dem Blickwinkel sowohl des Ordnungsfaktors Hotelbesitzer als auch der professionellen Berater/innen, unbemerkt und störungsfrei. In dieser Phase kann der Beratungstenor der Professionellen nur der der Motivation zur Einsicht in die Bedingtheit von Suchtmittelrückfall und erneut ausbrechender psychischer Erkrankung oder überhaupt erst mal der Einsicht in die eigene Suchterkrankung sein. Diese Phase ist unterschiedlich lang und ist auf alle Fälle im Gemeinwesenrahmen nur sehr schwer zu handhaben.

Der überwiegende Teil der „Kündigungsfälle" im Hotel Plus vollzog sich auf dem Hintergrund des nicht mehr kontrollierten Rückfalls und der darauf folgenden Störungen des Gemeinwesens. Es scheint, dass für diesen Personenkreis die Unterbringung in Einrichtungen wie dem „Hotel Plus" keine adäquate Lösung ist. In der Fall- und Belegungskoordination wurde ab diesem Zeitpunkt mit den Begriffen „vordergründig" oder „hintergründig" suchtkrank gearbeitet. Klient/innen, die „vordergründig" als suchtkrank angesehen wurden, kamen nicht mehr auf die Warteliste.

Ein Suchtkranker ist suchtkrank. Ein Rückfall lässt alle anderen psychischen Phänomene sehr schnell in den Hintergrund treten. Seine Suchterkrankung ist also immer im Vordergrund zu sehen. Zum Zeitpunkt seiner Einweisung in das Hotelprojekt mag der Aspekt seiner Suchterkrankung im Hintergrund gestanden haben, ja sogar für die Fachkräfte im klinischen Setting nicht deutlich erkennbar gewesen sein. Die Suchterkrankung dominiert aber alle anderen psychischen Erkrankungen nach ihrer Reaktivierung.
Ich gehe hier deshalb von einem Schichtenmodell aus. Der Grundstock ist die psychische Erkrankung. Die anamnestischen Gespräche mit den Klient/innen ergaben ausnahmslos, dass die Phänomene der psychischen Erkrankung schon vor dem allerersten Drogenkonsum in Form von Angstzuständen, Fehlwahrnehmungen, kommunikativer Inkompetenz und sozialer Ausgrenzung wahrgenommen worden sind. Der Drogenkonsum dämpfte dies und schuf einen neuen bzw. überhaupt einen ersten sozialen und kommunikativen Kontext. Der Rauschmittelkonsum lässt die psychische Erkrankung weniger schmerzhaft empfinden oder lässt sie sogar anfangs schwinden. Über die psychische Erkrankung schiebt sich dann die Suchterkrankung. Ohne Trockenheit/Nüchternheit lässt sich die psychische Erkrankung nicht behandeln. Trocken/clean sind die Klient/innen mit ihrer sozialen Isolation und mit ihrer psychischen Erkrankung kon-

frontiert. Aus der Lebenserfahrung der sofortigen Milderung dieses Schmerzes durch die Zufuhr von Suchtstoffen ergibt sich eine äußerst starke Triebfeder zum Rückfall. Alle Klient/innen beschrieben den Suchtstoff als anfängliches Hilfsmittel gegen den (erneuten) Ausbruch der psychischen Erkrankung. Diese Dämpfung lässt sehr schnell nach und die konsumierte Dosis des oder der Suchtstoffe erhöht sich durch die Suchterkrankung und gleichzeitig die Sehnsucht nach Milderung der psychischen Phänomene schnell. Eine Unterbringung des Personenkreises mit einer derartigen Diagnose in einem Rahmen wie dem „Pilotprojekt Hotel Plus" kann somit nur als Interventionsmöglichkeit zur kurzfristigen örtlichen Stabilisierung der Klient/innen und zum Zeitgewinn für das Hilfesystem bis zur letztendlichen Einsicht des Klienten in die eigene Suchterkrankung und der anschließenden Vermittlung in eine suchttherapeutische Behandlung als sinnvoll angesehen werden. Der Arbeitstitel der Professionellen kann, auch und gerade hier, keineswegs heilkundlich, sondern nur beratend im Sinne von „Counseling" sein. Die Festigkeit und Intensität des hergestellten Kontaktes ist hierbei ausschlaggebend, um die Klient/innen zu einer schnellen Einsicht zu bringen. Wenn also der Betreuungsvektor der der Trockenheit/Nüchterheit ist, kann die Unterbringung in einem derart gestalteten Projekt nicht indiziert sein. Sinnvoll erscheint eine Unterbringung dort somit nur zur Herstellung einer Einsicht in die Notwendigkeit einer diesbezüglichen klinischen, stationären und therapeutischen Behandlung. Eine Behandlung der psychischen Erkrankung ist in einem solchen Projekt ohnehin nicht möglich. Realisierbar ist nur die Eingrenzung der Auswirkungen der Erkrankung auf ein sozial erträgliches Maß. Eine Behandlung der psychischen Erkrankung ist erst nach einem Stillstand der Suchterkrankung und in einem klinischen Kontext möglich.

Der überwiegende Teil der innerhalb einer Laufzeit von 2,5 Jahren erfolgten Kündigungen von Klient/innen im Hotel Plus vollzog sich auf dem Hintergrund von erneut und massiv ausbrechender Suchterkrankung (5 von 7). Die mit dieser Entwicklung gekoppelten Störungen sowohl des Gemeinwesens als auch des sozialen Binnenlebens erwiesen sich für die Professionellen als schwer einzudämmen. Die den Klient/innen gegenüber zwingend notwendige Motivationsarbeit gestaltet sich als ein Wettlauf mit der Zeit. Beide bislang vorgekommenen Todesfälle sind auf dem Hintergrund der äußerst schweren Schädigungen durch Suchtstoffe zu sehen. Im Beobachtungszeitraum kam es zu keiner freiwilligen suchttherapeutischen Behandlung oder gar Abstinenz. Drei Klient/innen wiesen zusätzlich zu einem Hintergrund von latenter psychischer Erkrankung eine Spielsucht auf. Die hieraus resultierende Geldknappheit war ein nur geringer, aber trotzdem immer spürbarer Störfaktor. Fast alle Bewohner/innen waren Problemtrinker/innen.

Nach Rückfrage bei den in den örtlichen Unterbringungsstellen für Abhängige illegaler Drogen tätigen Mitarbeiter/innen, im Gemeinwesen und aus eigener Erfahrungsanalyse, auch der Straßenarbeit, ergibt sich immer deutlicher eine spezielle Projektierung zur Unterbringung von psychisch kranken, wohnungslosen und von illegalen Drogen abhängigen Klient/innen einerseits und andererseits der Schaffung eines innovativen und flexiblen Arbeits- und Beschäftigungsprojektes für psychisch und suchtkranke Wohnungslose im innerstädtischen Bereich.
Diese hier erfolgte Schärfung des Blickes auf das Merkmal „psychische Erkrankung" in der Betrachtung der Klient/innenpopulation ist wichtig, birgt aber auch die Gefahr, alle im derzeitigen Gemeinwesen nur schwer unterzubringenden Klient/innen als „psychisch krank" zu etikettieren und wieder auszusondern, anstatt die Strukturen der Wohnraumschaffung und Vermittlung und der Betreuung in den kommunalen OH-Einrichtungen zu verändern, zu verbessern und humaner zu gestalten.

IV. Zur statistischen Erhebung

Eine erste statistische Erhebung erfolgte nach einer zweijährigen Laufzeit, also im August 1999. Hierbei wurden 66 Personen in der Betreuung erfasst. Hiervon waren 34 weiblich und 32 männlich. Die durchschnittliche Verweildauer für Klientinnen war acht Monate, die der Klienten lag bei 4,5 Monate. Das Durchschnittsalter der Frauen war 47Jahre, das der Männer 37 Jahre.

Nach zwei Jahren Arbeitserfahrung gehe ich davon aus, dass bei einer soziologischen Indikation von „wohnungslos + psychisch krank + suchtkrank + auf alle Fälle im existierenden Versorgungssystem nicht unterzubringen", ein Drittel der Klient/innen „nichtdeutscher Herkunft" ist.

Gert Levy, Dipl.-Soz. päd. und Gestalttherapeut,
Caritas Suchthilfe Kontaktstelle Drogen,
Bergisch-Gladbach

Lebenslagen und Klientel im Wandel - Hilfeangebote auch?

Beratungsstelle als Clearingstelle, Case-Management, Hilfeplanverfahren

Arno Baumann

In meinem Beitrag werde ich mich zunächst mit möglichen Hintergründen der Fragestellung beschäftigen,

- dann werde ich die Zielgruppe beschreiben, wie sie sich mir zur Zeit in der Ambulanten Wohnungslosenhilfe darstellt,
- dann werde ich auf Case-Management, Hilfeplanung und Clearingfunktion eingehen
- und das einmünden lassen in ein Konzept einer Beratungsstelle nach § 72 BSHG;
- zum Schluss werde ich dann noch zwei mögliche methodische Grundlagen für die Beratung einbringen, nämlich das Konzept des „Empowerments" sowie der Wirkfaktoren.