

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

I. Das "Pilotprojekt Hotel Plus"

Es gibt in der Fachwelt eine lang anhaltende Überlegung, wie der Arbeitsbereich für den Geltungsbereich §72 BSHG heissen, wie entsprechend ihre Zielgruppe denn nun genannt werden soll und insbesondere wie das Ziel der sozialen Arbeit mit den Hilfesuchenden beschrieben werden kann. Das BSHG sprach bis 1961 noch von "Nichtsesshaften" und führte die nationalsozialistische Bezeichnung weiter. In der Konsequenz wurde der zuständige Arbeitsbereich auch die "Nichtsesshaftenhilfe" genannt. Ziel der Hilfe war die "Sesshaftmachung" Durch die Novellierung des §72 BSHG 1961 wurde der Begriff "Gefährdetenhilfe" eingeführt.. Diese ging von der traditionellen Annahme aus, dass es "Menschen (>Gefährdete>) gäbe, die aus Mangel an innerer Festigkeit nicht in der Lage sind, aus eigener Kraft ein geordnetes Leben in der Gemeinschaft zu führen"(*1). Es galt also diesen Mangel auszugleichen. In den 20-iger Jahren war die amtliche Bezeichnung die der "Wandererfürsorge".. Unter dem Nationalsozialismus wurden die "Bettler" und "Landstreicher" zum ersten Mal "Nichtsesshafte" genannt, viele von ihnen in Konzentrationslagern als "Asoziale" interniert, zu Sklavenarbeit gezwungen und ermordet. In den 50-iger Jahren wurde aus der "Wandererfürsorge" der Zeit zwischen dem 1. und 2. Weltkrieg dann in der Verlängerung der nationalsozialistischen Benennung, die "Nichtsesshaftenhilfe". In den 60-igern erlebte der Begriff "Berber" auch und gerade unter den Betroffenen selbst eine gewisse Akzeptanz. Im Stuttgarter Raum wurde er zum Kernbegriff der Betroffeneninitiativen, Impliziert er doch auch eine freie Entscheidung zum Wandern und Umherziehen, zum Nichtangepasstsein, quasi ein Selbstbewusstsein in der Gosse. Es entstand der Begriff der "Berberhilfe" unter den Randgruppenstrategen der Post-68 iger. Nur der Begriff der "Nichtsesshaftigkeit" reduziert den größten gemeinsamen Nenner, den ich für diesen Personenkreis erkenne, nämlich den der Armut und der Wohnungslosigkeit, des Zwangs zum Leben ohne festen Punkt und des letztendlich dann Vertriebenwerdens und daran psychisch und physisch Erkrankens, auf eine individuell vorhandene, quasi genetische Veranlagung zum Umherziehen und sich nicht Niederlassenkönnens. Er befreit somit die Gesellschaft von der Verantwortung und weist diese allein den Betroffenen zu. Er pathologisiert sie. Der Begriff steht so auch in immer wieder aufkommender und in der Analyse gerechtfertigter Kritik. Die Wahl der Begrifflichkeit war und ist auch immer Ausdruck der inneren Haltung gegenüber der Armut und ihrer Erscheinungsformen. Die unterschiedliche Wahl der Begrifflichkeit

implizierte auch immer wieder unterschiedliche Hilfs- und Zielkonzepte im Umgang mit und in der Hilfe für die Menschen.

In seiner Fassung vom 9. Juni 1976, die diese Bezeichnung noch benutzte, wird der §72 BSHG zum 16. Februar 1993 novelliert und definiert den erfassten Personenkreis als "Hilfesuchende, deren besondere Lebensverhältnisse zu sozialen Schwierigkeiten, vor allem in der Familie, in der Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz führen". Das Hilfsinstrumentarium soll zur "Überwindung dieser Probleme dienen". Rocher verweist im LPK-BSHG (*2) ausdrücklich darauf, dass der Begriff "Nichtsesshafte" vom Gesetzesgeber nicht mehr verwendet wird, dass aber diese veränderte Begriffsbestimmung, verbunden mit einer entsprechenden anderen Zielsetzung im Hilfeangebot für den umrissenen Personenkreis in den Ausführungsvorschriften einiger Länder immer noch keinen Niederschlag gefunden hat und weiterhin von "Nichtsesshaften" gesprochen wird (NRW, RP und Saarland). Er verweist auch darauf, dass es hier einer "dringend notwendigen Korrektur" bedarf (ebenda). Ziel der Gewährung von HiLu (Hilfe zum Lebensunterhalt) ist in diesen Ländern immer noch die "Sesshaftmachung". Rocher schreibt, "nicht zuletzt die intensive Randgruppendifkussion Anfang der Siebziger Jahre hat demgegenüber die Tatsache zu Bewusstsein des Gesetzesgebers gebracht, dass nicht zufällige, pathologische Reaktionen einiger Aussenseiter auf individuelle Lebenssituationen die Ausgliederung bzw. erschwerte Eingliederung bewirken, sondern diese in der Struktur unserer Gesellschaft mitangelegt sind" (Ebenda).

Die jetzige Fassung des §72 BSHG ist seit 1.8.1996 in Kraft und hat die mit der Fassung von 1974 beschlossene Reform des ursprünglichen §72 BSHG fortgeführt. Unser Gesellschaftsgefüge hat sich gerade in den letzten 10 Jahren sehr verändert. Entsprechend modifiziert sich auch die soziale Zusammensetzung unserer Klient/innenpopulation. Unser Begleit- und Hilfsinstrumentarium droht, sollte es sich dieser Veränderung nicht anpassen, an den Erfordernissen vorbeizugehen. Der momentan genutzte Begriff der "Wohnungslosenhilfe" reduziert das Kernproblem unserer Klient/innen auf den nicht vorhandenen eigenen Wohnraum und beschreibt nur mangelhaft deren Ausgangslage. Er prognostiziert eine durchgreifende Hilfe durch Vergabe von Wohnraum und greift so zu kurz. Er trifft auf eine immer grösser werdende Gruppe von Klient/innen nicht mehr zu.

In den letzten zwanzig Jahren konnte festgestellt werden, dass eine ständig zunehmende Zahl der Klientel §72 BSHG Verhaltensformen aufzeigt, die diagnostisch und anamnestisch aus dem Bereich der psychischen Erkrankung kommen. Es entsteht so eine Verschiebung und Vermischung des Personenkreises §72 BSHG und §39

BSHG. Der Personenkreis, der durch das Gesetzeswerk zur Hilfe zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten, die durch deren besonderen Lebensverhältnisse eingetreten sind, dem §72 BSHG, erfasst wird, weist immer häufiger Merkmale auf, die durch den §39 BSHG geregelt werden. Dieser ordnet die Hilfe für psychisch Kranke. Annahme ist hierbei, dass sich diese Entwicklung hauptsächlich auf dem Hintergrund des enormen Verelendungsdruckes und der zunehmenden Vertreibung aus den Zentren der Städte sowie der an sich zu begrüßenden Öffnung und Dezentralisierung der Psychiatrien vollzieht.

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 keinen Fuss fassen.

Ich möchte die aus diesen beiden Komponenten sich zusammensetzende soziale Gruppe "Entwurzelte" nennen und ein entsprechendes Hilfs- 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.

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 Schwebestadium, 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

ausereuropäischen Klient/innen gilt zudem, dass auf dem Hintergrund einer eurozentristischen Definition von psychischer Gesundheit und "Normalität" Verhaltensweisen, kulturell geprägte Überzeugungen und Ritualitäten 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 darüberhinaus 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 Hifesystems 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.

Neueste Untersuchungen einer Forschergruppe in München zu psychischen Erkrankungen unter Wohnungslosen in München ergaben allerdings, dass dort

annähernd 95% aller Wohnungslosen im Laufe ihres Lebens unter psychischen Erkrankungen gelitten haben oder leiden. Innerhalb der letzten sechs Monate vor der Untersuchung aktuell erkrankt waren 80% der wohnungslosen Männer. An psychotischen Störungen litten im Laufe ihres Lebens 54,2%. Von den Untersuchten litten 50% an mindestens zwei psychischen Erkrankungen. Nach strenger Definition waren zudem fast ein Viertel (24,7%) der befragten wohnungslosen Männer in München chronisch affektiv oder chronisch schizophoren erkrankt, hiervon 22,6% der Gesamtstichprobe mit zusätzlich chronischem Substanzmissbrauch(*3). Die statistische Erhebung lässt allerdings über die geographische und kulturelle Herkunft der untersuchten Population keine Rückschlüsse ziehen.

Das "Schwimmen" des beschriebenen Personenkreises beider soziologischer Komponenten lässt zuhauf 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 Erscheinungsbild der Klient/innen nur schwer zu vollziehen und wirkt entweder pathologisierend oder systeminkompatibel.

Die Stadt Köln trug 1997 dieser Entwicklung Rechnung und initiierte das Projekt einer betreuten Pensionsunterbringung.

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 Steuerung des Geschehens durch Beratung. Allein schon die Schaffung eines solchen Raumes ist "therapeutisch"/heilend für die Klient/innen. 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 Interventionen. Situationen in denen eine sofortige Krisenintervention notwendig sind, prägen aber den Alltag.

Das kulturelle Bild des Hotels entspricht sehr genau dem momentanen inneren Status dieser Menschen. Sie leben in einem Zwischenraum, einer Sphäre zwischen der Entwurzelung aus dem ursprünglichen Umfeld, dem Land ihrer ersten Sozialisation und einem neuen Wurzelschlagen, der Wiederanbindung an ein neues soziales, ökonomisches und kulturelles Umfeld. Innerlich sind sie noch auf der Durchreise und Suche.

Nach zwei Jahren Arbeitserfahrung mit diesem Modell im Rahmen meiner Tätigkeit im "Pilotprojekt Hotel Plus" unter der Trägerschaft des DRK-Kreisverbandes Köln, 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", was auch heißt: in ihrem Leben durch einen anderen Kulturkreis geprägt, und irgendwann aus diesem herausgerissen worden ist. Schon in den 70-iger und 80-iger Jahren konnte in der Klient/innenstatistik der Beratungsstelle Bahnhof Zoo/Levetzowstrasse in Berlin aufgewiesen werden, dass der überwiegende Teil der um Rat Suchenden, Vertriebene und Flüchtlinge aus dem "Osten" waren, die im "Westen" nicht Fuss gefasst hatten, unter Umständen schon in der DDR gescheitert waren und so ihre Heimat verlassen hatten. Bei ihnen war der vorrangig pathologisierende Faktor der der Sucht. In den letzten zehn Jahren kamen dann immer mehr aussereuropäische Flüchtlinge hinzu. Bei ihnen überwiegt das Bild der psychischen Erkrankung. Der Faktor "Entwurzelung" bis hin zur "Vertreibung" als Trauma scheint ein wesentlicher Faktor bei der Genese der problematischen Situation, in der unsere Klient/innen zu uns kommen, zu sein.

Eine Wohnraumvermittlung ist nicht nur auf dem Hintergrund der "Wohnunfähigkeit" der Klient/innen nicht möglich. Die prekäre Lage auf dem Wohnraummarkt lässt eine zügige Vermittlung nicht zu, überfordert die Wohnungsämter. Eine Vermittlung über den offenen Wohnungsmarkt ist schier unmöglich. Mit Verhaltensformen, die eindeutig nicht der gültigen Norm entsprechen, wäre auch ein Leben in einer eigenen Wohnung für diese Menschen nicht leistbar, wiederum eine Überforderung, würde auf jeden Fall zu weiteren Krisen führen und wäre so ebenfalls "krankheitsverstärkend". Eine (weitere) stationäre Unterbringung in den zuständigen Psychiatrien ist entweder nicht indiziert, nicht möglich oder auf dem Hintergrund des Krankheitsbildes noch oder nicht mehr vertretbar. Eine Unterbringung in den Häusern der Wohnungslosenhilfe führt durch die dort vorhandene Gruppensituation zu ständigen Krisen.

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 Dialogs, 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, sodass sie nicht mehr zugänglich und vertrauensvoll 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 wahrnehmen, 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 anamnestiche, 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 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, Sozialpädagogen/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 tiefgreifende 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 und sei es ein stationär klinisches, für die Gäste sein. 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 also 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 Stömungen des sozialpädagogischen Denkens und Handelns zusammen: Die der institutionenkritischen 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 kontrovers. 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 hervortretenden Krankheitssymptomatik der Gäste, setzt einen

engen zeitlichen und "nervlichen" Rahmen. Die auf Sauberkeit und Normalität, auf "Heilung" hin orientierte "39-iger Linie", reibt sich extrem an der äusserlichen Verwehrlosung der Klient/innen. Dieser Impuls setzt die Klientel enorm unter Druck. Die Bewohner/innen, durch die z.T. jahrelange Instabilität und 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 der Projektierung ist es wichtig den Rahmen der jeweiligen Kräftefaktoren im systemischen Feld auszuweiten, sowohl auf das Gemeinwesen, als auch die "Gäste" einzuwirken. Arbeitsgrundlage ist es, der Klientel die Möglichkeit zu geben selbstbestimmte Schritte zu gehen und dem Gemeinwesen, Toleranz zu üben. Auch 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 der Gesamtprojektierung 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. Nicht in die psychiatrische Versorgung einzubetten, wurden sie wieder in das für sie "krankheitsverstärkende" Umfeld der kommunalen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe 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, Obdachlosenasyll oder gar "Platte" und vor allen Dingen ist erwiesen worden, dass der Betrieb eines solchen "Hotels" im Sinne aller Beteiligten regulierbar ist.

II. Zur Geschichte der Hotel-und Pensionsunterbringungen

Solch eine Projektierung und deren Realisierung hat immer mehrere "Mütter und Väter". Es kann hier natürlich nicht darum gehen eine einzige Urheberschaft festzustellen. Innovativ und der sich ständig verändernden demoskopischen Entwicklungen adäquat, sind nur Arbeitsmodelle und Lösungskonzepte, die in Koordination und Kooperation mit mehreren Impulsgeber/innen und Institutionen entwickelt und dann durchgeführt werden.

-1979 legten Mitarbeiter/innen der Beratungsstelle Bahnhof Zoo, Klage im Namen eines Klienten beim Verwaltungsgericht Berlin/Hardenbergstraße zur Unterbringung eines Klienten ein. Der Klient solle nicht wie vom zuständigen Bezirksamt vorgesehen, in der zuständigen Einrichtung der Obdachlosenhilfe, sondern in einer Pension der Innenstadt untergebracht werden. Sowohl die Zustände in den kommunalen Einrichtungen wären der Veränderung und Verbesserung seiner Lebenslage nicht dienlich, als auch dann seine polizeiliche Meldeadresse stigmatisierend und bei der Wohnungs- und Arbeitssuche hinderlich. Das Verwaltungsgericht gab dieser Klage statt. Da es in Berlin aus seiner damaligen Sonderstellung zum Bund heraus kein Oberverwaltungsgericht gab, kam dies einem Grundsatzurteil gleich. In den Verfahrensbereichen KJHG war diese Form der Unterbringung schon länger Praxis. Hauptargument vor Gericht, war der schlechte Gesundheitszustand des Klienten und die z.T. verheerenden Zustände in den kommunalen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Eine Unterbringung dort wäre für den Klienten eher "krankheitsfördernd" gewesen. Eine Unterbringung in einer dieser Regeleinrichtungen wurde "der Unterbringungspflicht nach BSHG als nicht angemessen" erachtet.

-In den Jahren 1979, bis 1981 entwickelt sich in Berlin-West und auch bundesweit ein, für Hotel-und Pensionsbesitzer äusserst lukrativer Bettenmarkt. Richtschnur für die Unterbringungskosten sind 12 DM pro Nacht/Klient. Entsprechende Häuser schiessen wie Pilze aus dem Boden. Es kommt zu Überbelegungen und katastrophalen sozialen und hygienischen Bedingungen. Nach "Sättigung des Marktes", steigen die Übernachtungspreise langsam bis auf 25DM "pro Nacht pro Nase".

- Die Zustände in den Pensionen spitzen sich zu. Gleichzeitig verbessern sich zunehmend die hygienischen und sozialen Bedingungen in den kommunalen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Das Urteil hatte sowohl auf den privatwirtschaftlichen, als auch auf den staatlichen Sektor eine Wirkung ausgeübt.

- Ab 1981 ist in Berlin/West eine Unterbringung in einer dieser Pensionen eher eine Bestrafung, als eine Hilfe für die Klient/innen. Durch den Bekanntheitsgrad der meisten Adressen von Pensionen als Elendsquartiere, war auch hier wieder eine

Stigmatisierung eingetreten. Die Beratungsstelle Levetzowstrasse stellt diese Praxis der Befürwortung von Pensionsunterbringungen bis auf einige Einzelentscheidungen ein und initiiert eine Dokumentationsgruppe über die Besitzerverflechtungen der Pensionen, deren Belegungspraxis und vor allen Dingen über die sozialen und hygienischen Zustände in den Häusern. Es erfolgen mehrere Veröffentlichungen und kommunale Vorstöße mit dem Ziel der Veränderung dieser Situation. Ein Teilaspekt dieser Multiplikatorenarbeit ist die Anregung zweier universitärer Seminare.

- SS1982 bis WS 1984 Seminar Stadtsoziologie FU-Berlin Professor Urs Jaegi, Lehrauftrag Gert Levy/Maja Binder. Die Arbeitsmethodik des "teilnehmenden Beobachtens" an Hand der Untersuchung von Lebensbedingungen Wohnungsloser in Berlin-West. Die Kartographie der nach den Ausführungsvorschriften §72 BSHG belegten Pensionen in Berlin/West wird mit den Student/inn/en auf den neuesten Stand gebracht. Diplomarbeit Conrad F.Kreuzer "Nichtsesshaftigkeit- Ausgrenzung und Bestrafung".

-1984 bis 1985. Seminar FHSS-Berlin Otto Schlosser/Michael Haberkorn/Friedhild Mory "Lebensbedingungen Wohnungsloser und Arbeitsansätze im Hilfesystem".

-Diplomarbeit Jürgen Putze "Kosten-Nutzenaspekt einer sozialpädagogisch betreuten Pension für alleinstehende Wohnungslose".

- Mehrere Berliner Bezirke richten auf dem Hintergrund des mittlerweile öffentlichen Druckes und der hohen Kosten für die Bezirke Untersuchungs- und Kontrollgruppen für Pensionen und Hotels, die nach §72 BSHG belegt werden, in ihrem Zuständigkeitsbereich ein.

Dies zumindest zum Entwicklungspzozess der Pensionsunterbringungen für diesen Klient/innenkreis aus Berliner Sicht. Bundesweit kommt es regelmässig zu Diskussionen und Foren über die Unterbringungssituation und bestehende Alternativen. Berlin- und bundesweit werden die Bereiche "Wohnprojekte" und "Betreutes Wohnen" von den Kostenträgern finanziell gestärkt und ausgeweitet. Nach Neuformulierung des §93 BSHG beginnt ein Qualitätskontrollverfahren zu greifen.

-12.Juni 96-14.Juni 96 Fachtagung BAG-Obdachlosenhilfe Bielefeld in Kassel

Referat Gert Levy: Zur Analyse der Richtlinien §72 BSHG der Stadt Köln.

Bedarfsanalyse: Unterbringung und Begleitung/Betreuung von psychisch kranken Wohnungslosen.

Im Seminar wird das Modell der betreuten Pensionsunterbringung als Lösungsmodell für diesen Personenkreis vorgebracht.

- Die beim Wohnungsamt angesiedelte Fachstelle greift die Idee einer betreuten

Unterbringung dieses Personenkreises in Hotels/Pensionen auf und intiiert das Projekt "Hotel Plus". Die Trägerschaft wird dem DRK-Kreisverband Köln übertragen. Es entsteht zur Realisierung ein Koordinationsrahmen von Wohnungsamt, Sozialamt, DRK

und Gesundheitsamt. Die Arbeit beginnt Juni mit zuerst einem Haus und ab Oktober 1997 einem zweiten. Ein drittes Haus wird zum besseren Management der Klient/innen von allen an der Koordination Beteiligten als sinnvoll erachtet. Ziel einer solchen Projektierung kann es nur sein, diesen "Entwurzelten" die Zeit und den Rahmen zu geben, sich zu finden, neu zu orientieren und letztendlich, jenseits des Erkenntnisprozesses über die eigene Herkunft und Identität, das Trauma der erlittenen Vertreibung und Entwurzelung zu verarbeiten, neue soziale Koordinaten zu entwickeln.

III. Die Doppeldiagnose:

1996 war in Köln ein wichtiger Problemindikator im Gemeinwesen, vorrangig analysiert in der beim Wohnungsamt angesiedelten Planungsgruppe und in dem nach den Richtlinien eingeführten Arbeitskreis §72 BSHG Köln, derjenige der Mehrfachdiagnosen im zu betreuenden Personenkreis der Wohnungslosen. 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. Es gab 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 kommunalen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe 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 und somit Ortswechseln, zu wechselnden Krankenhaus- und Klinikaufenthalten. Darüberhinaus war die überwiegende Zahl, der nach den Richtlinien eingestellten Sozialarbeiter/innen in der Betreuung von diesen 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.

Die Kölner Planungsgruppe griff 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.

Soziologischer Indikator zur Unterbringung im "Pilotprojekt Hotel Plus" seitens der einweisenden Behörde, dem Wohnungsamt, waren die Kriterien Wohnungslosigkeit, Doppeldiagnose psychische Erkrankung + Suchtkrankheit, 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 + Suchterkrankung. Sehr schnell geriet dieses Syndrom in den internen Blickwinkel. Dies, da diese Personengruppe im Projekt ihre 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 Ordnungsbehörden 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 drogeninduzierten 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 von bei vorliegender klinischer Anamnese nicht klaren Suchterkrankungsbild, nicht eingehalten. Drei Klient/innen wiesen eine diagnostizierte Abhängigkeit von seit Jahren ärztlich verordneten und in der örtlichen Landesnervenklinik verabreichten Psychopharmaka auf.

Bei drei vorgekommenen Fällen, Klient/innen, die direkt aus einer Entzugsklinik entlassen in das Hotelprojekt kamen, ergab sich innerhalb kürzester Zeit, bei einem

schon am ersten Tag, ein Rückfall. Eine Kündigung der Klient/innen seitens der Professionellen, war aus systemischen Gründen nicht machbar und auch nicht gewollt. Nach kurzer Zeit des Rauschmittelkonsums, brachen auch sehr schnell wieder die Aspekte der psychischen Erkrankung verstärkt durch.

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 schon 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 erstmal 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 Belegungscoordination 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 konfrontiert. 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 suchtherapeutische 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 das vorrangige Ziel in der Betreuung das der Trockenheit/Nüchternheit 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 in der Betreuung in den kommunalen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, zu verändern, zu verbessern und humaner zu gestalten.

Zur statistischen Erhebung

Eine erste statistische Erhebung erfolgte nach einer zweijährigen Laufzeit, also August 1999. Hierbei wurden 66 Personen in der Betreuung erfasst. Hiervon waren 34 weiblich und 32 männlich. Die durchschnittliche Verweildauer für Klientinnen war 8 Monate, die der Klienten lag bei 4,5 Monate. Das Durchschnittsalter der Frauen war 47,14 Jahre, das der Männer 36,75 Jahre.

(Gesamtstatistik siehe Anhang)

August/September 1999

Gert Levy

Literaturliste/

*1.:Begründung der Bundesregierung in BT-Dr 3/1799

*2.:Lehr- und Praxiskommentar Nomos Verlag 5. Auflage 1998 ISBN 3-7890-5216-7

*3.:Fichter, M.,N. Quadflieg 1999 Psychische Erkrankungen bei Obdachlosen Männern und Frauen in München Psychiat.Prax. 25 1999 76-84