

# **Pilotprojekt: Hotel Plus**

## **Konzept und erste Auswertung einer neuen Hilfeform für Wohnungslose mit psychiatrischen Problemen**

### 1. Hintergründe und Entstehungsgeschichte

Die Entwicklungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass ein erhöhter Bedarf an Unterbringungs- und Betreuungsangeboten speziell für Personen mit psychischen Auffälligkeiten bzw. psychischen Erkrankungen besteht. Die Zahl der Wohnungslosen, die zusätzlich zu ihrer speziellen Problematik noch psychische Erkrankungen zeigen, steigt immer weiter an. Viele dieser Personen werden im System der Obdachlosen- und Nichtsesshaftenhilfe untergebracht, das für dieses schwierige Klientel weder personell noch konzeptionell ausgestattet ist. Diese Praxis hat für die Betroffenen eher eine krankheitsverstärkende Wirkung. Die Folgen sind ein ständiger Wechsel zwischen falscher Unterbringung und stationärer Akutversorgung.

Da sich die meisten dieser Menschen mehr als Wohnungslose statt als psychisch Kranke definieren, ist ihre Versorgung im Hilfesystem der Psychiatrie fast aussichtslos. Die im Rahmen des § 39 BSHG vorhandenen Angebote entsprechen oftmals nicht den Bedürfnissen der Betroffenen, so dass diese kaum erreicht werden können. Hinzu kommt, dass viele die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Hilfe erst gar nicht erfüllen können.

Da die Unterbringung und die Betreuung dieses Personenkreises in qualitativ angemessener Art und Weise schon allein aufgrund der Größenordnung dringend notwendig erschien, entwickelten die beteiligten Ämter (Sozialamt, Gesundheitsamt, Amt für Wohnungswesen) Anfang 1997 das Konzept der „betreuten Hotelunterbringung“. Ziel des Projektes sollte in erster Linie sein, den Kreislauf des Rotierens zwischen Klinik und Notunterbringung zu durchbrechen.

Bislang wurde eine so intensive ämterübergreifende Kooperation in dieser Form noch nicht praktiziert. Alle Beteiligten brachten im Interesse einer gemeinschaftlichen Umsetzung die jeweilig notwendigen Ressourcen zur Realisierung eines Unterbringungs- und Begleitungsangebotes für psychisch kranke, wohnungslose Männer und Frauen ein. Das Projekt ist einzigartig in seiner Konzeption, so dass auf diesem Gebiet bisher noch keine Erfahrungswerte anderer Kommunen existieren.

Im Rahmen der Planungsgruppe, die sich aus Vertretern der oben genannten Ämter zusammensetzt, verständigte man sich darauf, mehrere Häuser als kleinere, überschaubare Wohneinheiten zu schaffen, die den Hotelcharakter beibehalten, gleichzeitig jedoch auch ein Begleitungsangebot für die Bewohner bieten. Es sollte keinesfalls ein Angebot entstehen, das Ähnlichkeiten mit einem Heim nach § 39 BSHG aufweist, da die meisten der Betroffenen jeglichen psychiatrischen Hilfen überaus misstrauisch und kritisch gegenüberstehen. Das Begleitungsangebot parallel zur Unterbringung sollte ambulant zugehend und für die Bewohner nicht als einengende Pflichtbetreuung empfunden werden. Diese sehr einführende Arbeit übernahm das Deutsche Rote Kreuz e.V., ein Träger, der im Bereich der Psychiatrie noch wenig bekannt war. So konnten Vorbehalte gegen eine Institution, die eine Beziehungsarbeit von vornherein belasten würden, ausgeschlossen werden.

## 2. Entwicklungen seit Beginn der Pilotphase im August 1997 - Aufbau des Angebotes

Im Juni 1997 gelang es dem Amt für Wohnungswesen einen Hotelier, der bislang Kapazitäten zur Unterbringung von Wohnungslosen zur Verfügung stellte, für das Projekt „Hotel Plus“ (Hotel mit Betreuung durch Träger) zu gewinnen. Bereits im August zogen insgesamt 11 Klienten in das erste Haus ein. Wenige Monate später, im Oktober des selben Jahres, konnte ein zweites Hotel mit weiteren 10 Plätzen eröffnet werden.

Die Arbeit des Trägers in Kooperation mit den Rheinischen Kliniken und der Stadt Köln entwickelte sich zunehmend gut. Viele Erfahrungen mit dem Klientel machten es notwendig, das Konzept und die daran geknüpften Erwartungen immer wieder zu überprüfen und auch zu verändern.

In der Dynamik der ersten Monate teilte der Hotelier des zweiten Hotels Ende 1997 dem Amt für Wohnungswesen den Verkauf des Hauses mit. Da die neuen Eigentümer an einer Zusammenarbeit nicht interessiert waren, hieß es, die 10 Bewohner ad hoc zu versorgen. Hand in Hand arbeitete der Träger mit dem Amt für Wohnungswesen zusammen, das in kürzester Zeit anderweitige Unterbringungsressourcen organisieren musste.

Herauszuheben ist an dieser Stelle, dass für einige wenige Bewohner der Traum von einer eigenen Wohnung realisiert werden konnte. Die Begleitung der Personen in den eigenen Wohnraum sowie die Nachbetreuung stellte das Team des DRKs in Kooperation mit den zuständigen BtG- Betreuern sicher.

Die Suche nach einem weiteren Objekt gestaltete sich danach überaus schwierig. Dennoch konnte im Juli 1998 eine neue Kooperation mit einem Hotelier eingegangen werden. Das Haus bietet 19 weitere Plätze, die in Absprache mit den Kliniken, dem Träger und der Stadt Köln kürzlich belegt werden konnten.

Insgesamt stehen jetzt 30 Plätze für den Personenkreis zur Verfügung. Ein Angebot, das schlussendlich noch nicht dem geschätzten Bedarf der beteiligten Ämter (Sozialamt, Amt für Wohnungswesen, Gesundheitsamt) entspricht.

### 3. Konzept

#### 3.1 Träger / personelle Ausstattung

Mit dem Deutschen Roten Kreuz e.V. ist ein Träger gefunden worden, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, eine „Anwaltsfunktion“ für sozial benachteiligte und ausgegrenzte Menschen gegenüber Gesellschaft und Politik wahrzunehmen. Den meisten Menschen ist das DRK durch seine Blutspendeaktionen sowie den zahlreichen Kriseninterventionen an allen Orten der Welt bekannt. Der Bereich Psychiatrie wurde im Rahmen des Hotel Plus neu entwickelt und aufgebaut und bildet eine sinnvolle Ergänzung zu den bisherigen Hilfsangeboten des Trägers.

Das Team, bestehend aus einer Fachkrankenschwester für Psychiatrie, zwei Sozialpädagogen und einem Krankenpfleger/Psychologen, arbeitet multifunktionell und verfügt insgesamt über viel Erfahrung im Umgang mit psychisch Kranken.

#### 3.2 Zielgruppe

Das Hotel Plus ist ein Unterbringungs- und Begleitungsangebot für psychisch kranke, wohnungslose Männer und Frauen. Die spezielle Problematik dieses Personenkreises macht eine präzisere Beschreibung notwendig, besonders wenn man davon ausgeht, dass das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem fähig sein sollte, in ihren Einrichtungen jene Obdachlosen aufzunehmen, die sonst nicht zu integrieren sind.

Konkret handelt sich um Menschen,

- die häufig sämtliche psychiatrische Versorgungssysteme erlebt haben und denen in diesen keine adäquate Hilfe angeboten werden konnte,
- die bisher noch nie eine psychiatrische Behandlung erhalten haben, weil sie sich selbst nicht als krank erleben, jedoch massiv auffällig in ihrem jeweiligen sozialen Umfeld sind,
- die mit chronischen, unbehandelten Psychosen sehr isoliert und völlig zurückgezogen leben,
- die sehr aggressiv sind und mit ihrem massiv gestörten Sozialverhalten überall auffallen.

Einzige Ausschlusskriterien für eine Aufnahme ins Hotel Plus sind Abhängigkeit von illegalen Drogen, Pflegebedürftigkeit sowie ausschließliche chronische Alkoholabhängigkeit.

Generell lässt sich sagen, dass ein nicht entmutigter psychiatrischer Klient äußerst selten ist und entmutigte Menschen durch ein geringes Selbstbewusstsein, einen Mangel an Selbstvertrauen, an Kompetenz und dem Gefühl, etwas bewirken zu können gekennzeichnet sind. Gerade hier kann Hilfe ansetzen. Vielleicht ist die Zielgruppe klar genug umrissen, wenn wir sagen, es handelt sich um Menschen, die sich und anderen das Leben schwer machen.

### 3.3 Zielsetzung

Oberstes Ziel des Unterbringungs- und Begleitungsangebotes soll sein, eine Grundversorgung zu leisten, die eine weitere Verschlechterung der Lebenssituation verhindert, bestenfalls zu einer Stabilisierung führt. Für die meisten ist es zunächst einmal wichtig, einen Ort zum Bleiben zu haben, an dem sie sich mit Unterstützung neu orientieren und Neues ausprobieren können. Aufgrund der verschiedenen Lebenssituationen und Krankheitsverläufen gestalten sich die Zielsetzungen der einzelnen Menschen sehr unterschiedlich und machen ein individuelles Eingehen auf die jeweilige Fragestellung notwendig.

Für einige mag es ein Ziel sein, wieder in einer eigenen Wohnung völlig selbständig zu leben, für andere, endlich einmal für Wochen oder Monate konstant an einem Ort zu verweilen. Für einen Menschen mag es ein Ziel sein, überhaupt Kontakt einzugehen und zuzulassen, für einen anderen, endlich eine psychiatrische Behandlung zu erfahren. Die Ziele sind so vielfältig und verschieden wie es die Menschen sind.

Als langfristige Perspektive lässt sich die Beendigung der über viele Jahre gehenden notfallmäßigen Hotelunterbringungen definieren. Die meisten der psychisch kranken Wohnungslosen kreisen seit Jahren ohne Ziel im Obdachlosensystem umher. Dieser Zustand ist besonders brisant, wenn man sich die Altersstruktur des Personenkreises anschaut. Ein großer Teil der Menschen ist zwischen 30 und 40 Jahren alt (siehe Punkt 4) und damit noch relativ jung. Für die Betroffenen bedeutet dies, dass ohne spezifisches Angebot, ein Verbleib im Wohnungslosensystem für die kommenden 20-30 Jahre zu befürchten ist.

Ziel ist eine dauerhafte Verbesserung der Lebenssituation, auch wenn sich dies in einigen Fällen als schwierig erweist. Wichtig erscheint hier jedoch der Aspekt, dass ein großer Teil der Betroffenen einmal selbständig im eigenen Wohnraum gelebt hat (siehe Punkt 4).

### 3.4 Beratungs- und Begleitungsangebot

Die Idee und die Hoffnung der Planungsgruppe war, dass es gelingen möge, den Bewohnern einerseits die von ihnen gewünschten Rückzugsmöglichkeiten zu geben, andererseits behutsam Krisenintervention zu leisten und die Bereitschaft zur Annahme fachkompetenter Hilfe zu wecken. Voraussetzung ist die Übereinstimmung der Mitarbeiter in den grundlegenden Ideen der sozialpsychiatrischen, gemeindenahen Versorgung.

Dazu zählen:

1. die nicht theoriegebundene Notwendigkeit des Verstehens
2. eine institutsübergreifende Beziehungskontinuität
3. eine Flexibilität in der Reaktion auf Klientenbedürfnisse
4. „Mit- Sein“, „Aufmerksam Bei-Stehen“
5. eine Zentrierung auf praktische Lebensprobleme
6. eine Beratung, um Wege aufzuzeigen und zu ermöglichen
7. die Gleichwertigkeit in der Beziehung
8. das Vertrauen auf Selbsthilfe

Wichtig bei diesen Grundsätzen ist das Bemühen um eine nicht wertende, offene Akzeptanz, Unterstützung, Bestätigung und Halt, ohne zudringlich, zu gesprächig oder fordernd zu sein und ohne unrealistische Erwartung zu vermitteln.

Die Eckpfeiler des Konzeptes sind:

- eine überschaubare Bewohnerzahl pro Objekt, um eine effektive und intensive Begleitung zu ermöglichen,
- die Unterbringung in Einzelzimmern,
- die Präsenz des Trägers in den Objekten (je zwei Mitarbeiter pro Haus)
- ein Minimum an Hausregeln
- die Unterstützung in lebenspraktischen Bereichen
- die Beratung zur Bewältigung der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen
- bei Bedarf die Vermittlung von ambulanten oder stationären Hilfen
- keine Begrenzung der Aufenthaltsdauer
- Toleranz gegenüber extremem Verhalten, ohne diese kontrollieren zu müssen, es sei denn, es besteht unmittelbare Gefahr.

Standards:

- Regelmäßiges Frühstücksangebot (mindestens zweimal wöchentlich)
- Regelmäßige Kontaktaufnahme (mindestens zweimal wöchentlich)
- Mittagessenangebot (mindestens einmal wöchentlich)
- Geburtstagsfeiern/ Weihnachtsfeiern
- Dokumentation (Formblätter)
- Begrüßungsbrief

### 3.5 Ausstattung

Es gibt zur Zeit zwei Hotels, die beide sehr verkehrsgünstig in der Innenstadt liegen. Das erste verfügt über 11 möblierte Einzelzimmer, verteilt auf drei Stockwerke. In Parterre befindet sich eine kleine Küche und das Büro des DRKs.

An den langen Flur schließt sich ein Aufenthaltsraum an, der sich zu einem Ort der Begegnung entwickelt hat. Hier finden die meisten Kontakte statt und hier begegnen sich auch die Hotelbewohner, die sonst völlig anonym geblieben wären.

Das zweite Hotel ist wesentlich größer und bietet 15 möblierte Einzel- und 2 Doppelzimmer mit Kochmöglichkeit. Im 1. Stock liegt das Büro des DRKs und ein Aufenthaltsraum, der zur Zeit mit Kühlschrank und Kochmöglichkeit ausgestattet wird, um auch hier eine Möglichkeit für Begegnungen zu schaffen.

Wie auch in den anderen Hotels der Obdachlosenhilfe, sorgt der Hotelier für die Reinigung der Gemeinschaftsflächen und der Zimmer sowie für die Bettwäsche.

### 3.6 Finanzierungsmodell

Der Aufenthalt in einem der Hotel Plus unterscheidet sich für den Klienten nicht von einer herkömmlichen Hotelunterbringung. Der Hotelier schließt mit dem Bewohner einen der üblichen Beherbergungsverträge ab. Dementsprechend hat der Hotelier die damit verbundenen Rechte und Pflichten. Ein Aspekt daraus ist das Hausrecht, das der Hotelier im Krisenfall ausüben kann. In der Praxis soll jedoch, bevor solche Maßnahmen ergriffen werden, ein Gespräch mit dem Träger erfolgen.

Die Übernahme der Unterkunftskosten, die das normale Maß einer Hotelunterbringung in der Regel nicht überschreiten, beantragt der Bewohner beim Sozialamt des zuständigen Bezirksamtes. Die Betreuungskosten werden im Rahmen der ambulanten Begleitung nach § 72 BSHG vom örtlichen Träger der Sozialhilfe übernommen.

### 3.7 Kooperation

Zu Beginn der Pilotphase wurde eine Koordinierungsgruppe gegründet, bestehend aus Mitarbeitern der Rheinischen Kliniken, des DRKs, des Sozialamtes, des Gesundheitsamtes und des Amtes für Wohnungswesen, die das Projekt begleiten und einen Informationsaustausch zeitnah und vereinfacht gewährleisten soll. Die Gruppe trifft sich regelmäßig ca. alle sechs Wochen und bei Bedarf auch in kürzeren Abständen. Schwerpunktmäßig werden hier Themen diskutiert wie z. B., konzeptionelle Weiterentwicklung, Belegung der Hotels, Austausch über Erfahrungen in der Praxis.

Mit Hilfe dieser eng verzahnten Kooperation, soll in erster Linie ein intensiver und unkomplizierter Austausch und Kontakt zwischen den Beteiligten sichergestellt werden. Die Arbeit der Gruppe ist, wie die bisherigen Entwicklungen gezeigt haben, sehr sinnvoll und aufgrund der nicht vorhandenen Erfahrungen mit dieser Form der Versorgung auch notwendig.

Die Zusammenarbeit mit den Hoteliers vor Ort ist wichtiger Bestandteil der Arbeit des Trägers. Es müssen Vereinbarungen getroffen werden, die ein Zusammenwirken möglich machen. Der Kontakt zu den Nachbarn wie auch beispielsweise zum Bezirksbeamten der Polizei, ist ein weiterer wichtiger Aspekt und ist dem Erfolg des Projektes dienlich.

### 3.8 Aufnahmeverfahren

Die Belegung wird zusammen mit den Vertretern der beteiligten Institutionen abgestimmt. Zugangsvoraussetzung ist der Hilfeplan zur Vorbereitung der Entlassung aus Kliniken/ Nachsorge. Kommt der Klient direkt aus der Klinik, wird der Bogen inklusive Unterbringungs- und Betreuungsempfehlung von den Mitarbeitern des Sozialen Dienstes erstellt. Schlägt das Sozial- oder Wohnungsamt einen Bewerber vor, wird der Teil A (Fakten zur Person) des Hilfeplanes genutzt. Die Warteliste wird beim Amt für Wohnungswesen geführt, dass die Hilfepläne zuerst erhält und diese den Mitgliedern der Koordinationsgruppe, insbesondere dem Träger, der in einigen Fällen ab Aufnahme zum Casemanager wird, zur Verfügung stellt. Die Hoteleinweisung erfolgt ebenfalls über des Amt für Wohnungswesen.

Das Gesundheitsamt leistet die fachliche Begleitung des DRK-Teams und ist für die Beratung der Mitarbeiter und ggf. auch für die Bereitstellung von ergänzenden Hilfen im medizinisch psychiatrischen Bereich (Mobiler Med. Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst) zuständig.

### 3.9 Einbindung in die Gesamtversorgung

Das Team des DRKs führt einen auf den Einzelfall bezogenen Austausch mit anderen Trägern, denen die Menschen in dem Hotel bekannt sind und die zum Teil schon viele Jahre ihre eigenen Erfahrungen mit ihnen gemacht haben. Deren Kenntnisse sind oft sehr hilfreich und werden bereitwillig zur Verfügung gestellt. Auch die Kompetenz des eigenen Trägers kann häufig genutzt werden, sei es durch die hauseigene Kleiderkammer oder durch das Hinzuziehen von Zivildienstleistenden. Mit den BtG-Betreuern ist eine enge Zusammenarbeit notwendig. Sie gelingt in der Praxis ebenfalls gut.

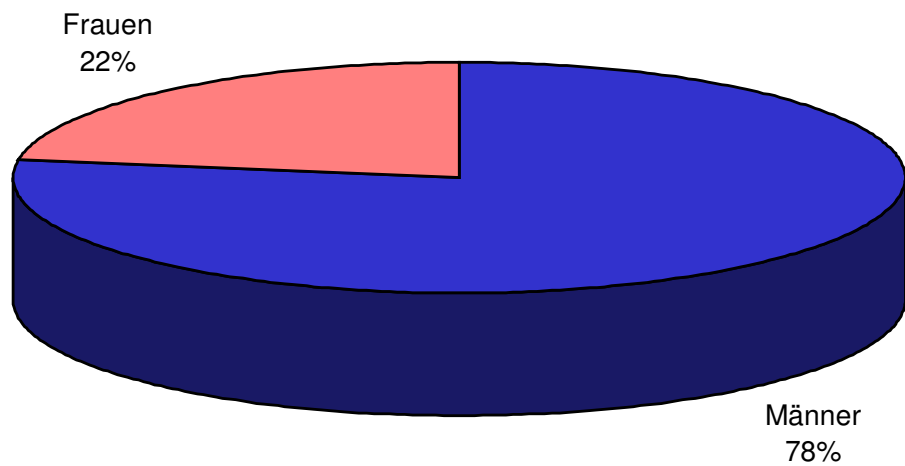
Darüber hinaus nimmt das Team an den verschiedenen Arbeitskreisen regelmäßig teil (z.B. AK Ambulante Betreuungen nach §72 BSHG, PSAG AK-Erwachsenenpsychiatrie, PSAG UAK- Wohnungslos und psychisch krank).

Innerhalb des Trägers findet eine Vernetzung der psychiatrischen Mitarbeiter des Hotel Plus und dem 1997 ebenfalls neu eröffneten Sozialpsychiatrischen Zentrums in Lindenthal statt, das Beratung und ambulante psychiatrische Pflege anbietet.

#### 4. Auswertung der Pilotphase

Die vorliegende Auswertung untersucht insgesamt 49 Personen, die seit Beginn des ersten Hotel Plus bis zum Stichtag (22.07.1998) eingewiesen wurden. Das Verhältnis zwischen Frauen und Männer stellt sich wie folgt dar:

#### Verteilung: Frauen - Männer



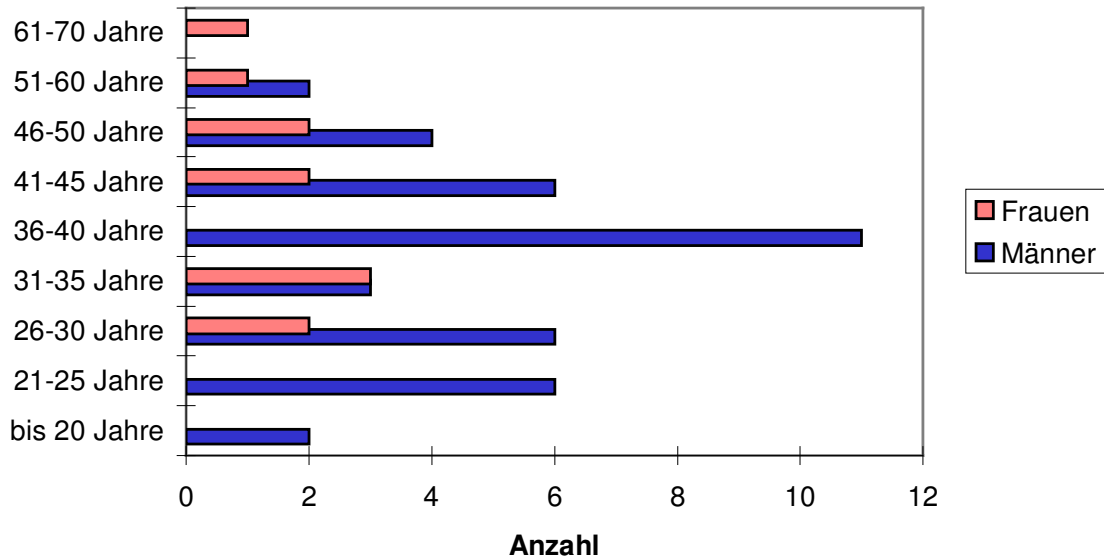
#### Altersverteilung

Die Altersverteilung ist von 21 bis 50 Jahren fast gleichmäßig. Auffallend ist, dass ein großer Teil der Bewohner noch relativ jung ist. Die Gruppe der 36-45 jährigen ist am stärksten vertreten.

	bis 20 Jahre	21-25 Jahre	26-30 Jahre	31-35 Jahre	36-40 Jahre	41-45 Jahre	46-50 Jahre	51-60 Jahre	61-70 Jahre	Insg.
Männer	2	6	6	3	11	6	4	2	0	38
Frauen	0	0	2	3	0	2	2	1	1	11



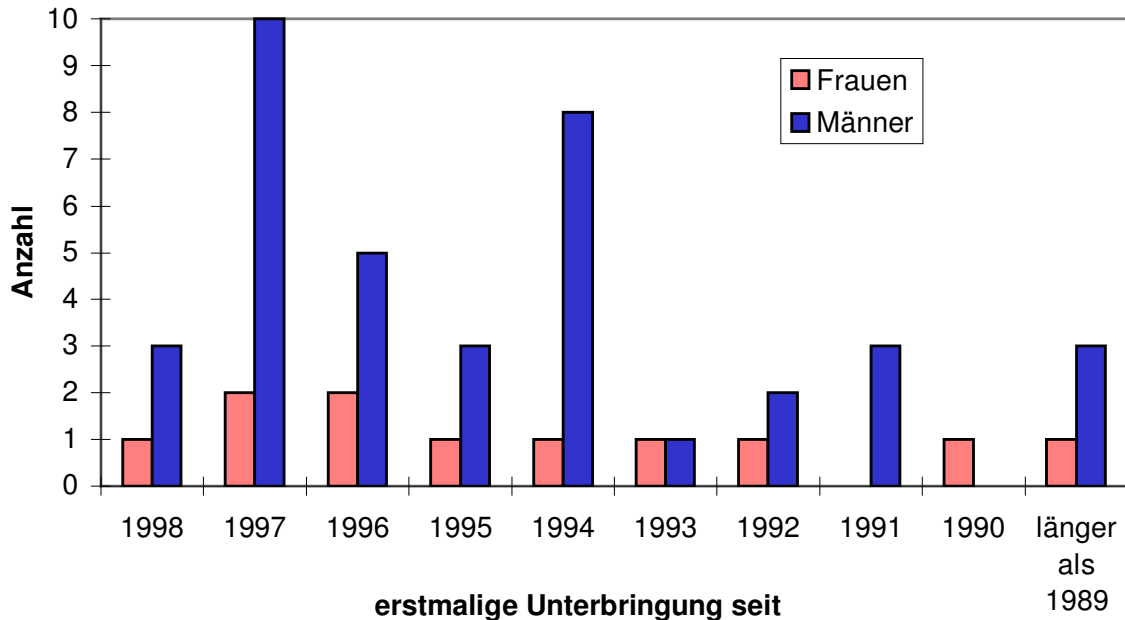
## Altersverteilung



## Erstmalige Unterbringung

Ein Großteil der Männer und Frauen sind seit vielen Jahren bekannt und bedurften der Unterbringung durch das Sozialamt oder das Amt für Wohnungswesen.

Erstmalige Unterbringung seit:	Frauen	Männer	Insgesamt
1998	1	3	4
1997	2	10	12
1996	2	5	7
1995	1	3	4
1994	1	8	9
1993	1	1	2
1992	1	2	3
1991	0	3	3
1990	1	0	1
länger als 1989	1	3	4



Die Tabelle zeigt, dass 23 Personen, d. h. 46 %, in den Zeitraum von 1996-1998 wohnungslos geworden sind. In der Praxis bedeutet dies, dass hier Hilfe relativ früh einsetzen kann und noch gute Chancen auf eine Veränderung der Situation bestehen. Erklären lässt sich dieses Phänomen mit der Belegungspolitik des letzten und gleichzeitig auch größten Hotels, in dem zunächst Personen untergebracht wurden, die noch nicht durch jahrelange Erfahrungen „auf der Straße“ vorbelastet sind. Mit dieser Vorgehensweise sollte einer Überfrachtung des Hauses mit besonders schwierigem Klientel in der Anfangsphase vorgebeugt werden.

### Vorgeschichte

Beleuchtet man die Vorgeschichte der psychisch Kranken so stellt man fest, dass 20 Personen, d. h. 41 % der Männer und Frauen vorher eine eigenen Wohnung bewohnt habe. In 14 Fällen ist bekannt, dass ein Räumungsurteil zum Verlust der Wohnung geführt hat.

Auffallend ist bei den Männern, dass im Gegensatz zu den Frauen insgesamt 7 aus dem Elternhaus in das System der Obdachlosen- und Nichtsesshaftenhilfe gelangt sind.

Vorgeschichte	Frauen	Männer	Insgesamt
bis 98, 97, 96 eig. Whg bewohnt	5	10	15
bis 95, 94, 93 eig. Whg bewohnt	2	9	11
bis 92, 91, 90, 89 eig. Whg bewohnt	0	3	3
bis 98, 97, 96 bei den Eltern	0	3	3
bis 95, 94, 93, 92, 91 bei den Eltern	0	4	4
seit vielen Jahren ofW	2	2	4
seit vielen Jahren in § 72/ §39 Einricht.	2	2	4
aus BeWo		3	3
bei Freunden gelebt		2	2

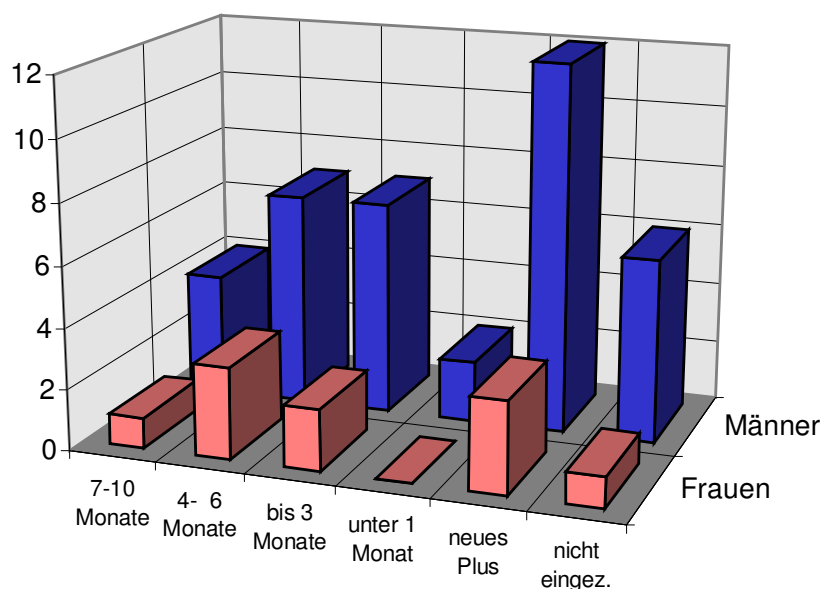
### Aufenthaltsdauer im Hotel Plus

Die Aufenthaltsdauer der Klienten wurde von den schwankenden Platzzahlen im vergangenen Jahr stark beeinflusst. Besonders der Verkauf des zweiten Hotel Plus machte eine anderweitige Unterbringung notgedrungen erforderlich und verkürzte künstlich die Aufenthaltsdauer mancher Bewohner. Dennoch ist zu erkennen, dass ein großer Teil der Klienten, die in der Vergangenheit sich oftmals nur tageweise an einem Ort aufgehalten haben, relativ lange im Hotel Plus verweilen (30 % über 3 Monate). Die Gründe für einen Auszug sind, will man die Fluktuation näher beleuchten, hier ebenfalls relevant und werden nachfolgend untersucht.

Grundsätzlich ist eine Wiederaufnahme und Verlegung von einem Hotel Plus ins andere, wenn Träger und Hotelier keinen Einspruch erheben, möglich und gewünscht. Dies erfolgte bei 9 Frauen und Männern. Der Träger hat lediglich einem Bewohner wegen Gewalttätigkeiten kündigen müssen. Von seiten der Hoteliers wurde aufgrund von Gewalt, Zerstörung und starker Verschmutzungen (Einlagerung von Müll, Inkontinenz) öfters gekündigt. Meist war in diesen Fällen eine Verlegung in das jeweils andere Hotel möglich.

Aufenthaltsdauer	Frauen	Männer
7-10 Monate	1	4
4- 6 Monate	3	7
bis 3 Monate	2	7
weniger als 1 Monat	0	2
7/98 Einzug in neues Plus	3	12
nicht eingezogen	1	6

### Aufenthaltsdauer in Hotel Plus



### Gründe für einen Auszug

Die folgende Tabelle zeigt, dass insgesamt 6 Personen mittlerweile eigenen Wohnraum bewohnen. Lediglich 6 Bewohner haben das Hotel Plus auf eigenem Wunsch verlassen. Darüber hinaus wurden 7 Personen für das Hotel Plus benannt, die letztlich das Angebot ausgeschlagen haben und gar nicht erst eingezogen sind. Die genauen Gründe für dieses Verhalten sind nur in wenigen Einzelfällen bekannt. Der Anteil der psychisch kranken Wohnungslosen, die die Hilfe nicht annehmen wollten oder konnten, ist mit 26 % noch relativ gering. Subtrahiert man von der Anzahl der Abgänger die Personen, die eine eigene Wohnung bekommen konnten oder derzeit in einer Klinik psychiatrisch behandelt werden, so liegt die Fluktuation bei 35 %. Gemessen an dem schwierigen Klientel, das selten lange an einem Ort verharret, ist damit die Fluktuation nicht sonderlich hoch.

Gründe	Frauen	Männer	Insgesamt
a. eig. Wunsch	1	5	6
zurück in Klinik	1	3	4
eig. Whg		6	6
nicht tragbar f. Gemeinschaft	1	3	4
nicht eingezogen	1	6	7

## Aufenthalte im Vergleich

Die folgende Tabelle stellt die Aufenthalte der Klienten vor und nach der Aufnahme in ein Hotel Plus gegenüber. Die Untersuchung bezieht sich hier auf die vorangegangene Wohnversorgung. Außer Acht gelassen wurde, dass eine Reihe von Klienten sich unmittelbar vor der Aufnahme in ein Hotel Plus meist kurzfristig in stationärer Behandlung befanden.

Der größte Teil hat bisher in Hotels gelebt. Die Auswertung der Daten hat ergeben, dass einige Klienten mehrere Hotels in einem Jahr, andere in einem Monat durchlaufen haben. Als Grund für die Hotelwechsel stehen meist Verhaltensauffälligkeiten, die für Mitbewohner und Hoteliers unzumutbar wurden.

Nach der Zuweisung in ein Hotel Plus sind 8 Klienten wieder ohne festen Wohnsitz, 5 Personen werden zur Zeit wieder psychiatrisch behandelt und 6 konnten eine eigene Wohnung beziehen.

Darüber hinaus wurde auch die Anzahl der Bewohner mit BtG-Betreuung ermittelt. Der Anteil an BtG-Betreuungen liegt hier bei ca. 50 %.

vorher	Männer		Frauen	
	Anzahl	nachher	Anzahl	nachher
§ 72	4	1: § 72, 1: Klinik, 1: ofW, 1: Plus		
Klinik/ ofW	4	2: Klinik, 1: Hotel 1: Plus		
bis 3 Hotels/ ofW	12	2: Klinik, 1: Oh-Uk 2: Whg, 1: ofW, 6: Plus	2	1: Hotel, 1: Plus
mehr als 3 Hotels/ ofW	2	2: Plus		
mehr als 6 Hotels/ ofW	10	1: Anno, 2: Whg 4: ofW, 3: Plus	4	3: Plus 1: ofW
Erste Unterbr. in Hotel Plus	3	2: Whg 1: Plus	1	1: Plus
Wohnheim	3	1: Eltern 2: Plus	4	1: Hotel, 1: ofW, 2: Plus

## Veränderung der Lebens- und Wohnsituation

Setzt man voraus, dass der Aufenthalt in einem Hotel Plus und der Umzug in eigenen Wohnraum als Verbesserung der Situation angesehen wird, so konnten **61 %** der Personen ihre Lebens- und Wohnsituation verbessern. Hingegen stagniert bei **25 %** die Entwicklung (z.z. ofW, in anderem Hotel, in § 72-Einrichtung) und in **4 %** ist eine Verschlechterung der Lebens- und Wohnsituation eingetreten. In **10 %** der Fällen findet eine psychiatrische Behandlung statt.

Veränderung	Frauen	Männer	Insgesamt
verbessert	7	23	30
gleich geblieben	3	9	12
verschlechtert	1	1	2
in Klinik	0	5	5

### 5. Erfahrungen in der praktischen Arbeit des DRK Teams

Es ist bereits das wesentliche zu den Eckpfeiler unseres Konzeptes gesagt worden. Allerdings heißt das nicht, dass wir jederzeit diese wünschenswerten sozialpsychiatrischen Grundlagen ausreichend erfüllen. Wir bewegen uns in diesem Hotel in einem Grenzbereich, mit Menschen, die sich und andere immer wieder an ihre Grenzen bringen. Wir alle kennen auch das Phänomen der „Krankheitsuneinsichtigkeit“ und genau dieses weisen fast alle Bewohner auf. Nun ist es nicht unser erklärtes Ziel, sie alle zur Einsicht zu bringen, sich endlich für krank zu halten, sondern wir arbeiten dort mit einem problemlösungs- und beziehungsorientierten Ansatz. Es macht wenig Sinn, mit jemanden über seine vermutete psychische Erkrankung zu reden, der nicht weiß, wovon er in den nächsten Tagen leben soll.

Der Beginn unserer Arbeit war geprägt von Angst und Unsicherheit. Die zentrale Frage war: Wie sollen wir es angehen? Da uns das niemand beantworten konnte, waren wir gezwungen, es selbst herauszufinden. Zum Glück waren die Bewohner behilflich, eine Antwort zu finden. Sehr schnell fanden wir heraus, dass es hier zunächst und als allererstes, noch weit bevor irgendwelche Ziele formuliert werden konnten, um Beziehungen geht und das Zauberwort dazu Kontakt heißt.

Der erste Kontakt - in bleibender Erinnerung - ging dann von einem Bewohner aus. Der nämlich schrie in so beängstigender Weise seinen Zorn über das ihm zugefügte Unrecht heraus, dass wir uns herausgefordert sahen, an seine Tür zu klopfen und unsere Anwesenheit kenntlich zu machen. Auf unser zurückhaltendes, freundlich formuliertes Angebot zu einem Kaffee, um uns kennenzulernen, reagierte er durchaus wohlwollend.

Dieses Wohlwollen wurde im Laufe der nächsten Monate immer wieder Belastungen ausgesetzt und wir waren gefordert, uns mit Punkt 8 des angedachten Konzeptes auseinanderzusetzen (Toleranz gegenüber extremen menschlichen Verhaltens).

Mit zunehmendem Kennenlernen wuchs auch die Bereitschaft dazu. Allerdings wurden dann die Grenzen von anderen gesetzt, wegen mehrerer unerfreulicher Begegnungen mit dem Hotelier wurde ihm von diesem das Zimmer gekündigt. Zum Glück gab es zu diesem Zeitpunkt bereits das zweite Hotel und er konnte zusammen mit seiner Freundin dort aufgenommen werden.

Dies weist gleich auf zwei wichtige Komponenten hin - nämlich dass der Hotelier weiterhin das Hausrecht hat und dieses auch ausübt und das es wichtig ist, dass es mindestens noch eine - besser zwei - Ausweichmöglichkeiten gibt im Sinne eines Ringtausches. Wenn in dem einen Hotel bei allen Bemühungen die Nerven blank liegen und die Situation zu eskalieren droht, ist eine kurzfristige Umfeldveränderung für alle Beteiligten von Nutzen.

Eine ähnliche Situation gab es noch in drei anderen Fällen, die dadurch zumindest bis zur überraschenden Schließung (wegen Verkauf) des zweiten Hotels, kurzfristig aufgefangen werden konnten.

Verschärft wird diese Problemstellung durch eine vollständig fehlende Fähigkeit der Klienten zur Tagesstrukturierung. Eine problemübergreifende Lösung ist die Einrichtung eines diesem Personenkreis angepassten Arbeitsprojektes bzw. die Kooperation mit schon bestehenden Diensten. Da diese Kooperation bislang aufgrund der besonderen Problematik des Klientels gescheitert ist, scheint ersteres praktikabler.

Das Hilfeangebot des Trägers entwickelt sich zwischen Unterstützung bei der Selbsthilfe/Selbstversorgung und einem ausgefeilten Sicherungsnetz, zwischen Essensangebot, Beratung und Vermittlung. Wichtig ist hier, dass die Selbsthilfekräfte nicht behindert werden. Gerade auf dem Hintergrund der Perspektivlosigkeit des Klientenkreises, ist die Möglichkeit einer Verselbständigung, zum Beispiel durch eine Wohnraum- oder Arbeitsvermittlung, von großer Bedeutung.

In den ersten Wochen waren wir also nach besten Kräften um Kontakt bemüht. Wir haben es nicht mit „verdeckter Betreuung“ versucht, das erschien uns aussichtslos, statt dessen mit Klarheit - wer wir sind - (erkenntlich durch ein Schild an der Bürotür) und Bescheidenheit. Jeder neue Bewohner erhielt einen Willkommensbrief, der unser Beratungsangebot offerierte und mit dem Minimum an Hausregeln bekannt machte.

Um ins Gespräch zu kommen, installierten wir ein offenes Frühstücksangebot. Dieses wurde von einigen Bewohnern auch dankbar genutzt, allerdings missverstanden als Serviceleistung des Hauses.

## Erfahrungen

Nachdem wir nach einiger Zeit etwas verärgert waren über unsere nicht geplante Rolle als „Früstückfräulein“, forderten wir eine angemessene Beteiligung ein, was das Angebot dann zunächst zum Erliegen brachte. Gegenwärtig blüht es wieder auf, jetzt aber deutlich von einzelnen Bewohnern in Schwung gesetzt.

So wurden wir langsam vertrauter mit den Menschen im Hotel und diese mit uns. Wie dieses Vertrauen wachsen kann, sollen zwei kurze Fallbeispiele verdeutlichen:

### Fallbeispiel 1, Herr C.:

Herr C. kam direkt zu Beginn unserer Arbeit ins Hotel. Den Hotelplatz hatte er auf Bemühen des zuständigen Sozialarbeiters der Rheinischen Kliniken erhalten. Er war dort nach einer erstmaligen Zwangseinweisung fast ein ganzes Jahr stationär gewesen. Alle Angebote, weitere notwendige Unterstützung zu bekommen durch einen Platz im Betreuten Wohnen oder einen Wohnheimplatz, hatte Herr C. abgelehnt. Nach Hause zurück konnte er nicht, da seine italienische Familie sich nach dem Tod der Mutter aufzulösen begann. So war die Hoffnung der Klinikmitarbeiter, dass er im Hotel Plus nicht ganz untergehen würde. Herr C. hielt sich nicht für krank und war sicher, allein zurecht zu kommen.

Wir lernten ihn als einen freundlichen, etwas verschlossenen jungen Mann kennen, der unser Kontaktangebot freudig annahm. Im Laufe der Wochen wurde das Verhältnis vertrauter und Herr C. weihte uns in seine Geheimnisse ein und offenbarte ein schillerndes Wahnsystem. Dies war in der Hauptsache getragen durch die Vorstellung, der Begründer des Deutschen Reiches zu sein gemeinsam mit vielen Gleichgesinnten, alle zugehörig zu seiner Familie. Er war (und ist) überzeugt davon, seit vielen tausend Jahren unterwegs zu sein, verfolgt durch seine Feinde, die fast alle seiner Art vernichtet haben und auch jetzt ständig auf seiner Spur sind, um ihn zu vernichten.

Unsere Beziehungsangebote beliefen sich darauf, mit ihm gemeinsam einige überlebensnotwendige Dinge zu regeln. Nach einiger Zeit verschlechterte sich sein Zustand zunehmend, deutlich sichtbar durch seine äußere Erscheinung. Die täglichen Themen kreisten immer mehr um die Alltagsbewältigung. Herr C. war kaum noch in der Lage, für seine täglichen Mahlzeiten zu sorgen und wir gingen dazu über, sein Geld einzuteilen. Trotz häufiger Versuche, ihn bei der Körperpflege zu unterstützen, nahm seine Verwahrlosung zu. Schließlich spitzte die Situation sich zu, weil er die Nachbarschaft seines früheren Wohnortes, wo er sich immer häufiger aufhielt wegen seines Aussehens und merkwürdigen Verhaltens in Angst und Schrecken versetzte.

Schließlich war er auch von uns nicht mehr zu überreden, sich Schuhe und Strümpfe bei Minustemperaturen anzuziehen oder wenigstens ab und zu etwas zu essen. Einen Tag vor Weihnachten kam es dann zu einer Krankenseinweisung gegen seinen Willen, wobei er sich von einer Mitarbeiterin des Teams begleiten ließ.



Während der Behandlung auf der geschlossenen Station wurde der Kontakt durch regelmäßige Besuche aufrechterhalten. Da er weiterhin krankheitsuneinsichtig war,  
Erfahrungen

---

jedoch unbedingt ins Hotel zurück wollte, wurde von der Klinik ein Antrag auf Betreuung nach dem Betreuungsgesetz gestellt. Herr C. kam zurück, als das PsychKG aufgehoben wurde. Zu einer weiteren Behandlung auf einer offenen Station (was von allen Beteiligten für das Beste gehalten wurde) war er nicht bereit. Er fühlte sich im Hotel mittlerweile ein wenig zu Hause und war sichtlich glücklich, als er wieder zurückkam.

Die Beziehung konnte intensiviert werden. Es wurde ein Betreuer gefunden, mit dem bereits eine gute Zusammenarbeit mit einer anderen Bewohnerin stattgefunden hatte. Ihm gelang es schnell, einen „Draht herzustellen“. Während der folgenden Wochen ging es vorwiegend darum, mit Herrn C. den Alltag zu strukturieren. Er benötigte Unterstützung in allen Bereichen. Mitunter war er nicht in der Lage, wenigstens zwei Tage mit seinem Geld auszukommen, so dass tägliche Einteilung und gemeinsame Einkäufe nötig waren. Auch die Körperpflege wurde bald wieder zu einem Problem. Da Herr C. ein ausgesprochen liebenswürdiger Mensch ist, der bei uns schnell mütterliche bzw. väterliche Gefühle weckte, versuchten wir mit allen pädagogischen Mitteln, ihm beizukommen. Selbst die Putzfrau des Hotels war „mütterlich“ involviert. Aber nichts half, die Verwahrlosung stieg kontinuierlich an.

Andere Hotelbewohner, die ihn auch schätzen, nahmen Abstand wegen seines Geruchs. Ab und zu konnte er noch zur Medikamenteneinnahme überredet werden, aber häufig verweigerte er sie. Obwohl wir viel insistierten, ihn ermahnten, überredeten, schimpften, baten, kurz- wir ihm auch ziemlich lästig fielen, war auffallend, dass er den Kontakt zu uns suchte und sich fast nur noch in unserer Nähe aufhielt. Schließlich wurde sein Leidensdruck und auch der unsrige (ihn so gequält zu erleben) so hoch, dass eine nochmalige Krankenhausbehandlung - wieder gegen seinen Willen - unumgänglich war. Zur Zeit befindet er sich im Krankenhaus, ist weiterhin krankheitsuneinsichtig, jedoch deutlich gebessert, freut sich sehr über unsere Besuche und möchte so schnell wie möglich „nach Hause“, also zurück ins Hotel Plus.

Es ist anzunehmen, dass noch weitere Krankenhausaufenthalte notwendig sein werden, ehe Herr C. bereit ist, sich mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen. Da er sich konstant einer anderen Behandlung oder einer anderen Wohnform verweigert, ist gegenwärtig das Hotelzimmer die einzige Möglichkeit, ihn zu unterstützen und ihm vielleicht einen Weg zu ermöglichen, mit seiner Erkrankung vertraut zu werden und einen angemessenen Umgang damit zu finden.

Fallbeispiel 2, Herr T.:

Herrn T. hatte, als er ins Hotel kam, langjährige Erfahrung mit dem Leben auf der Straße gemacht. Über das Einzelzimmer war er sehr froh, zum erstenmal seit Jahren gab es einen Raum, der für ihn allein war. Er ließ sich nach anfänglichem Zögern auch auf Kontakte ein, nahm Angebote zur Unterstützung (Ämterbegleitung, Einkaufen, gemeinsames Essen) bereitwillig an und stabilisierte

sich zunächst. Nach einer Weile stieg sein Alkoholkonsum an und die Situation verschlechterte sich. Wir fanden dann heraus, dass Herr T. unter dem Einfluss von

akustischen und optischen Halluzinationen stand und Alkohol ein erprobtes Mittel war, um die Stimmen zu dämpfen.

Während dieser Zeit suchte Herr T. zwar weiterhin unseren Kontakt, jedoch wurde er zunehmend aggressiver und die anderen Bewohner reagierten häufiger mit Angst vor ihm. Endlich spitzte sein Zustand sich derart zu, dass eine Einweisung ins Krankenhaus unumgänglich war. Während der Krankenhausbehandlung hielten wir regelmäßigen Kontakt, über den Herr T. auch froh war, obgleich er wusste, dass wir an der Zwangseinweisung maßgeblich beteiligt waren.

Wie wichtig es ihm war, das Hotelzimmer zu behalten, wird daran deutlich, dass er es geschafft hatte, während der Behandlung auf der geschlossenen Station kurzfristig zu entweichen, um sich beim Wohnungsamt eine Verlängerung der Hoteleinweisung (deren er nicht bedurfte) zu besorgen. Da sein Befinden häufig schwankte, wurde mit dem Krankenhaus eine Erprobungsphase vereinbart, die es Herrn T. ermöglichte, zunächst probeweise tagsüber ins Hotel zu kommen.

Nachdem dieses gut funktionierte, wurde Herr T. wieder ins Hotel entlassen. Es gab danach noch einmal eine kurze psychotische Episode, die eine weitere Behandlung auf der offenen Station notwendig machte. Herr T. ist jetzt in nervenärztlicher Behandlung (zum erstenmal nach ca. 10 Jahren), bekommt ein Depot-Medikament und lässt sich von uns seine Medikamente stellen. Es ist bereits ein Arbeitsversuch gemacht worden, der allerdings wohl etwas zu früh war. Herr T. hat einige eigene Pläne. Er möchte gerne wieder eine eigene Wohnung und auch Arbeit haben.

Zur Zeit wird versucht, mit ihm gemeinsam eine Tagesstrukturierung zu erarbeiten. Den Besuch des SPZ lehnt Herr T. ab, das erinnere ihn zu sehr an die Psychiatrie, mit der möchte er nichts mehr zu tun haben. Bevor an eine Wohnung zu denken ist, wird jetzt mit unserer Unterstützung versucht, sein Zimmer etwas wohnlicher zu gestalten. Bei diesem Vorhaben wird deutlich, wie sehr Herr T. seine Möglichkeiten überschätzt, dies macht ihn mitunter traurig, manchmal auch abwehrend ärgerlich. Er wird wohl zunächst noch unsere Unterstützung benötigen, jedoch ist zu hoffen, dass der Verselbständigungs- und Lernprozess weitere Fortschritte macht und Herr T.'s Traum von einer eigenen Wohnung auch Wirklichkeit wird.

## 6 Perspektive und weitere Planungen

Die Arbeit des Trägers in enger Kooperation mit den beteiligten Ämtern hat bereits während der Pilotphase deutlich gezeigt, wie effektiv und notwendig ein Angebot für psychisch kranke Wohnungslose ist. Die Ergebnisse der Auswertung konnten dies ebenfalls bestätigen. Auch die Erfahrungen in der Unterbringung von psychisch kranken Wohnungslosen in einem Hotel Plus sind insgesamt sehr positiv.

Das Prinzip, Personen mit ähnlicher Problematik gebündelt in ein Objekt und nicht ambulant an unterschiedlichen geographischen Orten zu betreuen, hat viele Vorteile und lässt sich wesentlich kontinuierlicher und intensiver gestalten. Viele Wechsel in der Hotelunterbringung lassen sich auch durch ambulante Begleiter, die lediglich einen Ausschnitt erleben, allein nicht unterbinden. Die Problematik des Zusammenlebens mit Hotelier und anderen Bewohnern vor Ort lässt sich bei diesem Klientel nur schwer regulieren. Die Hilfe des Teams des DRKs greift wesentlich früher ein, bevor es wieder zu einem Hotelwechsel kommt.

Perspektivisch sollte ein dritter Standort geschaffen werden, um noch mehr die Möglichkeit zu geben, durch ein Rotieren innerhalb der betreuten Wohnform, eine zeitweise Entlastung herbeizuführen. Der Bedarf an Plätzen ist, so zeigen die Zahlen der unterbringenden Ämter auf jeden Fall weiter gegeben.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen ist das Team des DRKs überzeugt davon, die Bewohner ermutigen zu können, verschiedene Möglichkeiten zu entwickeln, um mit ihren Beeinträchtigungen umgehen zu können. Ein erheblicher Anteil der Arbeit besteht daraus, die Lebensqualität in kleinen Schritten zu verbessern und eine Atmosphäre zu schaffen, die individuelle Hilfestellungen überhaupt erst möglich macht. Zudem ist es notwendig, auch im zweiten Hotel Plus eine Art von Gemeinschaftssinn herzustellen, so dass den Bewohner die Gelegenheit gegeben wird, sich auch gegenseitig zu unterstützen. Im ersten Hotel ist dies nach einem Jahr gelungen und für alle Beteiligten eine Bereicherung.