

Projekt Langzeit Übergangs- und Stützungs- Angebot

**Jahresbericht
2005 • 2006 • 2007 • 2008**





Impressum

Jahresbericht 05 · 06 · 07 · 08

© Projekt LÜSA (Langzeit-Übergangs- und Stützungsangebot)

Herausgeber: Verein zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger e.V. Unna (VFWD e.V.)

Platanenallee 3 · 59425 Unna · Tel.: (0 23 03) 2 34 10

Verantwortlich: Anabela Dias de Oliveira

Produktion: LÜSA-Druck in Kooperation mit Druckwerk GmbH · Kollektivbetrieb Dortmund

Bindearbeiten: Serigraph · Werkstatt für Druckgrafik, Papier und Buchbindearbeiten · Dortmund



Widmung

für Peter + 07.07.2005

... es war schön zu sehen wie ihr Euch gemocht habt – Euch ein gelingendes Zuhause gegeben habt!

„... mit lauter Grips

kommste' nicht weit

rein ins Herz von

ein Mensch...“

(eine LÜSA-Bewohnerin in 2004)

Keinen verderben lassen,
auch nicht sich selber -
Jeden mit Glück zu erfüllen,
auch sich, das ist gut.

Bert Brecht

Projekt LÜSA

Jahresbericht

2005 - 2008

Einleitung und Danksagung

Nach über 11 Jahren können wir unsere Anfangsthese bestätigen ... Altjunkies - sind weder hilferesistent noch gleichgültig und unmotiviert, jedoch benötigen sie besondere Hilfebedingungen & Geduld & Zeit & Wertschätzung - dies sucht LÜSA umzusetzen.

Das Landesmodellprojekt LÜSA bietet Lebensräume für mehrfachscherst geschädigte chronisch drogenabhängige Menschen.

Unser Arbeits-Ansatz basiert als „Hilfe zur Selbsthilfe“ auf vier Säulen:

- *ein wohlwollendes Zuhause*
- *medizinische Behandlung und niedrigschwellige suchtbegleitende Begleitung,*
- *individuelle Betreuung und Betreuungskonstanz,*
- *Beschäftigungsangebote & Tagesstruktur*

In den vergangenen Jahren haben über 300 Menschen bei LÜSA gelebt, gelacht, geweint, den Alltag gemeistert, ihren Beitrag zur Gemeinschaft geleistet, gerungen um eine Verbesserung ihrer Lebenssituation.

Viele konnten wir unterstützen bei dem Aufbau einer selbstbestimmten Wohnperspektive, einige sind in ihrem „Zuhause“ wie wir denken & hoffen gut von uns begleitet würdevoll verstorben.

Das interdisziplinäre und interkulturelle Team versteht LÜSA als Gemeinwesenbestandteil. Wir arbeiten gern mit Anderen zusammen, wirken mit in vielen sozialen & bürgerschaftlichen Bündnissen und bieten für Bürger verschiedene Dienstleistungen an.

Wir danken allen, die in den vergangenen Jahren mit uns gearbeitet, uns beauftragt & an uns/unsere KlientInnen vermietet & uns eingeladen und unsere Feste besucht haben und uns & unsere KlientInnen so tatkräftig kritisch Begleitung waren - eine Lobby.

Nutzen Sie die LÜSA-Dienstleistungen, kaufen Sie unsere Holz-, Druckerzeugnisse - Sie unterstützen damit aktiv unsere Arbeit und schaffen für chronisch drogenabhängige Menschen Nischen zum Leben & Arbeiten - kurz Möglichkeiten zur Teilhabe an der Gemeinschaft.

Verein und Vorstand VFWD e.V.

Von Beginn an profitierte das Projekt LÜSA von der hohen Fachkompetenz der Vereins-/Vorstandsmitglieder und ihrer Eingebundenheit in die Praxis .

In den seit Eröffnung vergangenen 10 Jahren haben wir MitarbeiterInnen uns getragen, gefördert und unterstützt gefühlt und konnten uns – gerade in den Krisenphasen – auf unseren Träger und die darin wirkenden Menschen verlassen. Dieser Konstante verdanken wir in dem sehr lebendigen, wechselhaften Praxisalltag einen guten Teil der Qualität unserer Arbeit.

Aus Sicht des LÜSA-Teams gab es somit nicht den Wunsch nach Veränderung, und so freuen wir uns, dass sich nichts geändert hat und danken dem Vorstand:

Ingeborg Schlusemann,
Direktorin DHV – AMOC –,
der Hilfseinrichtung für "illegale" ausländische
Drogenabhängige in Amsterdam

Günter Jonassohn,
Leiter Suchtbehandlungszentrum Hagen Elsey

Dr. Jüßen Hardt,
langjährig substituierender Arzt, Hamm

Birgit Castonguay,
Sozialarbeiterin sozialpsychiatrischer Dienst - Gesund-
heitsamt Dortmund

sowie den Gründungsmitgliedern:

Otto Boehringer,
Leiter städtische Drogenberatung Hagen,
Judith Jonassohn,
Krankenschwester,
Roland Lutz,
Leiter Anonyme Drogenberatung Unna, später Koordina-
tionsstelle Sucht/LWL,
Dr. Ulrike Ullrich,
Leiterin sozialpsychiatrischer Dienst - Gesundheitsamt
Dortmund

Eine Einrichtung des
Vereins zur
Förderung der
Wiedereingliederung
Drogenabhängiger
e. V., Unna

Entwicklung und Chronik

Am 25.09.1997 eröffneten wir feierlich, und hochaufgeregt, das Projekt LÜSA. Viele Gäste kamen und begleiteten uns – der damalige Superintendent der evangelischen Kirche im Kreis Unna Herr Alfred Buß segnete unsere Einrichtung und schenkte uns das in NRW klassische Einweihungsgeschenk Brot und Salz, „für's gute Gedeihen“ wie er sagte. Wir sind der Überzeugung, dass dies gewirkt hat und danken ihm als einer unserer Unterstützer: heute blicken wir auf 11 ereignisreiche und erfolgreiche LÜSA-Jahre zurück!

Chronik

1997, September

- Projekt LÜSA-Eröffnung,

1997, Oktober

- Aufnahme der ersten KlientInnen-Gruppe,

1998, Februar

- Einbindung von psychiatrischer Fallsupervision,

1998, Mai

- 1. LÜSA-Fest mit Kooperationspartnern und buntem Programm für grosse und kleine BürgerInnen,

1998, August

- Einsatz der ersten Zivildienstleistenden,

1998, Dezember

- LÜSA-BewohnerInnen beschenken die Kinderklinik Königsborn (Bio-Holzspielzeug aus eigener Herstellung),

1999, Februar

- Polizeiliche Razzia im Projekt LÜSA,

1999, April

- Eröffnung der LÜSA-Werkstätten (Holz, Druckerei),
- Schaffung einer kreisgeförderten ASS-Stelle („Arbeiten statt Sozialhilfe“),

1999, Juni

- Teilnahme an der Suchtwoche Unna in Kooperation mit anderen Sucht-/ Drogenhilfe-Einrichtungen,

1999, September

- LÜSA-Sommerfest mit Kooperationspartnern und buntem Programm für große und kleine BürgerInnen,
- Teilnahme an der bundesweiten Aktion der Wohnungslosenhilfe "Die Stadt gehört allen" in Kooperation mit anderen sozialen Einrichtungen mit einer "Suppentafel" für alle BürgerInnen,

1999, Oktober

- Eröffnung der ersten Außenwohngruppe mit 4 Plätzen, Bönen-Nordböge,
- Beginn des Hilfeangebotes "ambulant betreutes Wohnen" mit 1 Platz,
- erste Sterbegleitung bei einem Klienten,

1999, Mai-November

- Teilnahme am "Runder Tisch Drogenszene" (Bürger, Betroffene, Kirche, soziale Institutionen, Polizei),

1999, Dezember

- Mitwirkung an der Aktion der AIDS-Hilfe Unna zum Welt-AIDS-Tag,

- 1. LÜSA – Weihnachtsbasar,

- Anerkennung als Einrichtung zur Ableistung von Sozialstunden,

2000, Februar

- Sterbegleitung einer Klientin,

2000, März

- Anerkennung als Einrichtung zur Ableistung von gemeinnütziger Arbeit,

2000, April

- Entlassung der 1. Außenwohngruppen-Bewohner in selbstständiges Wohnen,
- Eröffnung der 2. Außen-(Folge)Wohngruppe mit 4 Plätzen, Unna,
- Ausweitung des Hilfeangebotes "ambulant betreutes Wohnen" mit 1 Platz
- Kooperationsvereinbarung mit dem Diakonischen Werk Unna "ambulant betreutes Wohnen",
- Schaffung einer kreisgeförderten Folgestelle ASS-Stelle,

2000, Juni

- Teilnahme und Mitwirkung im Sprecherrat des "Runder Tisch für Toleranz" (Bürger und Einrichtungsvertreter, Politiker, Verwaltung),
- LÜSA-Sommerfest mit Kooperationspartnern und buntem Programm für große und kleine BürgerInnen,

2000, Juli

- Mitwirkung an "un(n)a festa toleranta", dem Fest für Toleranz in Unna (soziale Einrichtungen, Politik, Migranten-Organisationen, Vereine),
- Mitwirkung an dem nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige mit Unterstützung der Kirchen in der Gemeinde,

2000, August

- BewohnerInnen-/MitarbeiterInnen-Beteiligung an der Unnaer Lichterkette gegen Ausländerfeindlichkeit,
- Mitwirkung am "Summertime, dem Sommer-Kulturprogramm in Unna,

2000, September

- LÜSA-BewohnerInnen unterstützen mit einer Spende die Ev. Paul-Gerhardt-Gemeinde bei dem Kirchenasyl für die kurdische Familie Eren,

2000, Dezember

- Mitwirkung an der Aktion der AIDS-Hilfe Unna zum Welt-AIDS-Tag,

- LÜSA-Verkaufsstand auf dem Weihnachtsmarkt Unna,
- Weihnachtsbasar im Projekt LÜSA,

2001, Juli

- LÜSA-Sommerfest mit Kooperationspartnern und buntem Programm für große und kleine BürgerInnen,
- Mitwirkung an dem nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige mit Unterstützung der Kirchen in der Gemeinde,
- Ausweitung der LÜSA-Werkstattangebote um eine Kreativwerkstatt,
- Anerkennung durch die Bezirksregierung Arnsberg als Ausbildungsstelle für das "Berufspraktikum" (Anerkennungsjahr) für Sozialarbeiter/-pädagogInnen,

2001, Oktober

- Eröffnung des Hilfeangebotes "stationäres Einzelwohnen" mit 2 Plätzen, Unna

2001, Dezember

- Mitwirkung an der Aktion der AIDS-Hilfe Unna zum Welt-AIDS-Tag,
- LÜSA-Verkaufsstand auf dem Weihnachtsmarkt Unna,
- Weihnachtsbasar im Projekt LÜSA,

2002, April

- Ein großer Brand zerstört große Teile des 2.OG, BewohnerInnen wie MitarbeiterInnen bleiben Gott sei Dank unverletzt,

2002, Juli

- LÜSA-Sommerfest mit Kooperationspartnern und buntem Programm für große und kleine BürgerInnen. Dem Königsborner Marktfest wurde das LÜSA-Gelände als Ausweichveranstaltungsort zur Verfügung gestellt, da der Königsborner Markt umfangreich saniert wurde
- Mitwirkung an dem nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige mit Unterstützung der Kirchen in der Gemeinde,
- Anerkennung durch die Bezirksregierung Arnsberg als Ausbildungsstelle für das "Berufspraktikum" (Anerkennungsjahr) für Erzieher,
- in Kooperation mit der AIDS-Hilfe Unna, Schaffung einer kreisgeförderten ASS-Stelle (Einsatz in der AH und Projekt LÜSA),

2002, August

- Erweiterung des Angebotes "stationäres Einzelwohnen" (2 Plätze) in Unna,
- Betriebsratswahlen (dreiköpfiger Betriebsrat),
- Teilnahme der LÜSA-Fußballmannschaft am Hellweg-Cup (Hobbyfußball-Turnier) in Unna-Lünern,

2002, September

- Eröffnung des "LÜ-La", des Verkaufsladens für die LÜSA-Werkstattprodukte & secondhand-Ware, anlässlich der

LÜSA-5 Jahres-Feier,

2002, Oktober

- Ausweitung der LÜSA-Werkstattangebote um eine Fahrradwerkstatt,

2002, Dezember

- Projekt LÜSA und AIDS-Hilfe präsentieren anlässlich des Welt-AIDS-Tages eine Ausstellung der Künstlerin Ulrike Möntmann, "Kollektion Gefängniskleidung", im Säulenkeller des Zentrums für Lichtkunst der Lindenbrauerei in Unna,
- LÜSA-Verkaufsstand auf dem Weihnachtsmarkt Unna,
- Weihnachtsbasar im Projekt LÜSA,

2003, Januar

- Konzeptionsgespräch mit Richtern des Amtsgerichtes Unna,

2003, Februar-April

- Organisation und Mitwirkung an Solidaritätsaktionen für die angeklagten Mitarbeiter von Drogenhilfe wie der Polizeiführung in Bielefeld,

2003, Juni

- Teilnahme der LÜSA Fußballmannschaft am 6. Hellwegcup (Hobbyfußball -Turnier) in Unna-Lünern,

2003, Juli

- LÜSA-Sommerfest mit Kooperationspartnern und buntem Programm für große und kleine BürgerInnen,
- Mitwirkung an dem nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige mit Unterstützung der Kirchen in der Gemeinde,
- Schaffung von 2 "Nischen"-Arbeitsplätzen im LÜ-La (unter 15 Wochenstd.),
- Anerkennung als Ableistungsstelle für das "Freiwillige Soziale Jahr",

2003, August

- Einführung der einzelfallbezogenen Hilfeplanverfahren (Sonderverfahren für die LÜSA-Zielgruppe),
- Anerkennung der umfassenden LÜSA-Tagesstruktur durch den LWL (und Vergütung i.R. von LT 24),

2003, September

- Teilnahme am Familienfest der AWO (Bezirk Westliches Westfalen), mit einem LÜSA-Verkaufsstand in Münster,
- Schaffung einer Ausbildungsstelle (Bürokommunikation/Verwaltung),
- Mitgliedschaft in "proSi" (pro Sicherheit), Unna,

2003, März - Dezember

- Vorbereitungen zur Gründung der Stiftung "take care", Ziel Förderung des Bürgerengagement für Behandlung, Begleitung, Betreuung für Menschen mit schweren Drogenfolgeerkrankungen, in Kooperation mit der AIDS-Hilfe Unna,

2003, Dezember

- Projekt LÜSA und AIDS-Hilfe veranstalten anlässlich des Welt-AIDS-Tages eine Ausstellung des Künstlers Torsten Schmidt, „Menschen in der Drogenszene Ich bin einmalig und dass ich noch lebe, das freut mich“, (Porträts von drogenabhängigen Menschen in ihrem Lebensumfeld) im Foyer des Rathauses Unna,
- Beteiligung an Organisation /Durchführung und zahlreiches "Mitgehen" an der Protest-Aktion "UN – eine Stadt steht auf Für ein soziales Unna" (Mitwirkung am Sprecherrat),
- Beteiligung an Organisation und Durchführung und zahlreiches "Mitgehen" bei der Protestdemonstration in Düsseldorf gegen die von der Landesregierung geplanten Kürzungen im AIDS- und Drogenhilfebereich,
- LÜSA-Verkaufsstand auf dem Weihnachtsmarkt Unna,
- Weihnachtsbasar im Projekt LÜSA,
- Teilnahme am Weihnachtsbasar der Bundesdrogenbeauftragten (BMGS) in Berlin,

2004, Januar

- LÜSA-BewohnerInnen überreichen, als verspätetes Weihnachtsgeschenk, der Kindertagesstätte der Sozialpädagogischen Initiative Unna selbstgemachtes Bio-Holzspielzeug,

2004, Mai

- Einbindung von Ergotherapie in das Projekt LÜSA,
- Einbindung kontinuierlicher psychiatrischer Begleitung in den Projektalltag,

2004, Juni

- Teilnahme am Frühlingsbasar des Husemann-Stifts, Unna
- Mitwirkung an dem von Akzept Bundesverband e.V., DAH e.V. und LABAS e.V. veranstalteten 1. internationalen Hepatitis- Fachtag in Berlin,
- Kinderschutzbund Unna,

2004, Juli

- gewalttätiger Übergriff eines Bewohners auf die Einrichtungsleiterin,
- Mitwirkung an dem nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige mit Unterstützung der Kirchen in der Gemeinde,
- Teilnahme mit einem Info-/Verkaufsstand am Kurparkfest, Unna
- Teilnahme der LÜSA-Fußballmannschaft am Hellweg-Cup (Hobbyfußball - Turnier) in Unna-Lünern,

2004, Juni-August

- Mitwirkung an und Unterstützung der Gründung von der "Tafel Unna" durch die AIDS-Hilfe im Kreis Unna e. V.,

2004, August

- Mitwirkung an der Hilfeplan-Clearingsstelle (Vertretung

stationärer Hilfen),

2004, September

- Werkstattgespräch mit den zuweisenden Einrichtungen,
- 6. LÜSA-Sommerfest mit Kooperationspartnern und buntem Programm für große und kleine BürgerInnen anlässlich der LÜSA 7-Jahres-Feier.

2004, Dezember

- Mitwirkung an den öffentlichen Veranstaltungen der AIDS-Hilfe im Kreis Unna (Lünen) i.R. des „Welt-AIDS-Tages“,
- LÜSA-Verkaufsstand auf dem Weihnachtsmarkt Unna & Weihnachtsbasar bei LÜSA,

2005, Januar

- Ausweitung des Hilfeangebotes „Ambulant Betreutes Wohnen“ - auch mit eigenem Büro

2005, März

- Teilnahme am Frühlingsbasar des Husemann-Stifts, Unna,
- Einrichtung von fünf 1,00 Euro-„Zusatz-Arbeitsgelegenheiten“ (i.R. SGB II),
- Beantragung von 5 zusätzlichen behindertengerechten Plätzen für Menschen der LÜSA-Zielgruppe mit Körperbehinderung beim LWL,

2005, Mai

- Einbindung eines Ergotherapeuten (i.R. einer Förderung durch das Arbeitsamt)

2005, Juni

- Sterbebegleitung bei einem Klienten des „Ambulant Betreutes Wohnen“, der selbstständig & integriert lebte und im „LÜ-La“ arbeitete,
- Start des Arbeitsprojektes Wochenmarktstand „der soziale Wi(e)derstand“ in Kooperation mit anderen sozialen Einrichtungen (AIDS-Hilfe im Kreis Unna, die Tafel im Kreis Unna, Werkstatt im Kreis Unna, Sozialkaufhaus der Diakonie „die Mühle“),
- Projekt LÜSA und AIDS-Hilfe konfrontieren die BürgerInnen in Unna anlässlich des nationalen Gedenktages für verstorbene Drogenabhängige mit dem provokanten Kunstprojekt der Künstlerin Ulrike Möntmann. Als Skulptur im öffentlichen Raum „this Babydoll will be a Junkie“ wurden Porzellan-Babypuppen, die Lebensstationen einer verstorbenen LÜSA-Klientin darstellten, ausgesetzt (www.ulrikemontmann.nl),
- 7. LÜSA-Sommerfest mit Kooperationspartnern und buntem Programm für große und kleine BürgerInnen,

2005, Juli

- Mitwirkung an den Veranstaltungen der „multikulturellen Woche“ und Mitveranstalter des internationalen Frauenfestes in Unna,

- Mitgliedschaft im Kinderschutzbund des Kreises Unna,
- Teilnahme der LÜSA-Fußballmannschaft am Hellweg-Cup (Hobbyfußball - Turnier) in Unna-Lünern und an dem „AWO-Lauf in NRW“

2005, Oktober

- Mitbegründung des Arbeitskreises Migration und Sucht im Kreis Unna,
- Runder Tisch „Vernetzung medizinischer Versorgung“ mit allen medizinischen Diensten,
- Beantragung einer Modelleinrichtung Dauerwohnen (Altersheim) für alternde mehrfachgeschädigte chronifizierte Menschen beim Land NRW,

2005, Dezember

- * Mitwirkung an den öffentlichen Veranstaltungen der AIDS-Hilfe im Kreis Unna i.R. des „Welt-AIDS-Tages“,
- LÜSA-Verkaufsstand auf dem Weihnachtsmarkt Unna & Weihnachtsbasar bei LÜSA,
- Teilnahme am Silvesterlauf in Unna,

2006, Januar

- Ausbau des Tagesstruktur-/ Beschäftigungsbereiches (Antikmarkt) - auch für die BEWO-Klienten,

2006, Februar

- LWL-Bewilligung der Platzaufstockung für körperbehinderte Menschen in einem Neubau (behindertengerecht/barrierefrei) auf dem LÜSA-Grundstück,

2006, März - Juni

- Dorum-Ferienfreizeit mit allen betreuten KlientInnen,
- Teilnahme der LÜSA-Fußballmannschaft am 9. Hellweg-Cup (Hobbyfußball - Turnier) in Unna-Lünern,
- Teilnahme an dem „AOK City-Lauf in Unna“
- Teilnahme des „LÜ-La“ an den „kids-Markt“-Events in Unna,
- Ausweitung des Hilfeangebotes „Ambulant Betreutes Wohnen“
- Teilnahme mit einem Info-/Verkaufsstand am Kurparkfest, Unna,

2006, Juli

- Mitwirkung an dem nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige mit Unterstützung der Kirchen in der Gemeinde, und einer Schirmperformance des Künstlerehepaars Ulla & Eugen Zymner Olfen

2006, August

- 8. LÜSA-Sommerfest mit Kooperationspartnern und buntem Programm für große und kleine BürgerInnen. Eine tolle Besonderheit unser Nachbar das Kreishaus Unna feierte das Ende der gelungenen Sanierungsarbeiten mit einem Wiedereröffnungsfest, so dass sich die Platanenallee in eine große bunte Festmeile verwandelte,

- Mitwirkung an der Hilfeplan-Clearingsstelle (Vertretung der stationären Hilfen im Kreis Unna)

2006, September

- Mitwirkung an den Veranstaltungen der „multikulturellen Woche“

2006, Dezember

- LÜSA-Verkaufsstand auf dem Weihnachtsmarkt Unna & Weihnachtsbasar bei LÜSA,

2007, Januar – Juni

- Einbindung eines weiteren externen Ergotherapieangebotes im Projekt LÜSA,
- Teilnahme am Frühlingsbasar des Husemann-Stifts, Unna
- Kooperationsvereinbarung mit dem Kinderschutzbund (15% der Jahres-Einnahmen aus dem LÜ-LA werden kontinuierlich weitergespendet)
- LÜSA-BewohnerInnen unterstützen mit einer Spende die Herz-Jesu Gemeinde bei dem Kirchenasyl für eine kurdische Familie,

2007, Juli

- Mitwirkung an dem nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige Erweiterung des Angebotes „stationäres Einzelwohnen“ – 1 zusätzlicher Platz,
- Bewilligung, durch Ministerien und Stiftungen, des Neubaus für chronisch mehrfachgeschädigte drogenabhängige Menschen mit Körperbehinderung

2007, August

- Einstellung einer zweiten Sozialarbeiterin für das „BEWO“

2007, September

- Mitwirkung an dem durch Akzept Bundesverband e.V., DAH e.V., LABAS e.V. veranstalteten „Internationalen Hepatitis – Fachtag“ in Berlin,

2007, Oktober

- LÜSA-10 Jahresfest in dem Kulturzentrum Lindenaubrauerei in Kooperation mit dem Theater Narrenschiff. Die LÜSA-MitarbeiterInnen, Politik & Verwaltung, eine interessierte (Fach)-Öffentlichkeit und die BürgerInnen fanden in der Arbeitstagung „Integration ist machbar...“, dem Theaterstück „Dreck“ und einer Party einen gelungenen Rahmen zum „netzwerken“, „sich austauschen“ und feiern.
- am 30.11.07 mussten die LÜSA-MitarbeiterInnen und BewohnerInnen das erste Mal einen unerwarteten Todesfall betrauern. Unser Bewohner Ali verstarb unerwartet nur einige Tage nach der Aufnahme bei LÜSA.

2007, Dezember

- Teilnahme an der antifaschistischen Demonstration am WeltAids-Tag in Unna & Weihnachtsbasar im LÜSA

„Antik-Laden“,

- LÜSA-Verkaufsstand auf dem Weihnachtsmarkt Unna

2008, Januar

- LÜSA-BewohnerInnen unterstützen mit einer Spende das Kirchenasyl für eine kurdische Familie in Bergkamen,

2008, Mai

- die Klasse 7c des Clara Schumann Gymnasiums in Holzwickede spendete LÜSA 279,90 EUR - die SchülerInnen hatten bei einem Sponsorenlauf das Geld für einen sozialen Zweck erlaufen und zu unserer Freude an uns gedacht.

2008, Juni

- am 24.06.08 verstarb unerwartet unser langjähriger Bewohner Frank R. – LÜSA trauerte und pflanzte einen Gedenkbaum

2008, Juli

- auch in diesem Jahr wurde bei LÜSA den verstorbenen drogengebrauchenden Menschen gedacht.
- Die Kirchen läuteten die Glocken und wir pflanzten leider wieder Bäume in unserem Gedenkgarten. Bei einem kleinen Imbiß konnten auch die Unnaer BürgerInnen mitwirken, Gespräche führen, uns begleiten

2008, August

- Fertigstellung des Neubaugebäudes (behindertengerecht / barrierefrei) – die Eröffnung sowie das traditionelle Sommerfest sind für den 26.09.08 geplant.



Grundlagen

SGB II - Hartz IV und die Auswirkungen

Soziale Arbeit passiert nicht im luftleeren Raum, sie – ihre Inhalte, Grenzen und auch ihr Gelingen sind juristisch, gesellschaftlich und damit auch wirtschaftlich und sozial determiniert.

Diese Determinierung bestimmt z.B. die (personelle und materielle) Ausstattung der Hilfeeinrichtungen, die Schwelligkeit von Hilfe, die Definition von Sachkunde und Erfolg wie von „Scheitern“ etc.

Der einzelne Mensch als Hilfeempfänger kann bei optimalen Voraussetzungen innerhalb dieses (vor)gesteckten Rahmens seine individuellen Möglichkeiten optimal nutzen oder er kann diese Chance nicht gut verwerten – nicht weniger aber auch nicht mehr.

Ein Volk von Putzhilfen und Burgerbratern

Von Raimon Weber, unna magazin Dezember 2007

Vor Jahren vertrat ein Bekannter folgende Meinung: „Wenn es meinem Chef gut geht, geht es mir auch gut.“ Das mag wohl auf die verantwortungsvollen Führungskräfte mancher Betriebe vor Ort zutreffen, aber bei global agierenden Konzernen ist soziale Kompetenz ein Fremdwort. Für die sind Mitarbeiter bisweilen lediglich „Humankapital“, an dem man rigoros die „Entlassungsproduktivität“ erhöhen sollte.

Wenn Politiker nach dem Grundsatz „Die Starken stärken!“ handeln und damit das Anbieten von günstigen Gewerbeflächen und schicke Stadtplanungsprojekte für Spitzenverdiener meinen, so geht die Rechnung für die Mehrheit der Bevölkerung jenseits der Eliten selten auf. Städte wie Hamburg oder Berlin sind traurige Beispiele dafür, dass auch Eventkultur, Lifestyle-Einzelhandel und das Einkaufen rund um die Uhr keinen neuen und vor allem breit gefächerten Wohlstand schafft. Was entsteht, sind prekäre Arbeitsverhältnisse für Putzkolonnen, Pizzaboten, Wachdienste, Burgerbrater. Das Durchsickern von oben nach unten findet nicht statt. Menschen versuchen sich mit miserabel bezahlten Jobs über Wasser zu halten und können sich so – bei immens steigenden Lebenskosten – der drohenden Armut nicht langfristig entziehen. Armut hat nicht nur eine materielle Seite, sie zieht einen Schweif weiterer Einschränkungen und Defizite mit sich. Wer arm ist, wohnt in der Regel schlecht, ist wenig gebildet, ernährt sich schlecht und ist häufiger krank. Wegen fehlender Bildung mangelt es Armen häufig an der Kompetenz – und nicht, wie gern behauptet – am Willen, ihre Lage zu verbessern. Oft sind sie überfordert, ihren Alltag zu managen und sich um die Erziehung der Kinder zu kümmern.

Die Kinder trifft es ohnehin am Schlimmsten. Das Deutsche Kinderhilfswerk stellt im Kinderreport 2007 fest, dass sich die Zahl der armen Kinder seit 2005 auf gut 2,5 Millionen verdoppelt hat. Trotz abnehmender Arbeitslosigkeit. War 1965 nur jedes 75. Kind unter sieben Jahre auf Sozialhilfe angewiesen, ist es heute jedes sechste. Verbandspräsident Krüger warnt davor, dass der gesellschaftliche Umbruch in Zeiten der Globalisierung nicht auf Kosten unserer Jüngsten gehen darf. So müsse das Kindergeld zu einer Kindergrundsicherung ausgebaut werden. Um „Armutskarrieren“ zu verhindern, müssten vor allem die Bildungschancen für Kinder unabhängig von ihrer Herkunft verbessert werden.

Der Kinderreport weist darauf hin, dass die verheerenden Folgen der Familienverarmung für die Bildungsfähigkeit des Nachwuchses unübersehbar seien. Jedes dritte Kind habe bei seiner Einschulung 2004 Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten aufgewiesen. Arme Kinder sind voller Komplexe. Niemand gibt ihnen dringend notwendige Anerkennung. Um ihre Unsicherheit zu überspielen, reagieren sie nicht selten aggressiv oder depressiv. Wenn nicht gehandelt wird, droht unserem Land eine ständig wachsende Gruppe der dauerhaften Verlierer. In der EU betragen die öffentlichen Ausgaben für Familien im Durchschnitt 2,1% vom Bruttoinlandsprodukt. Deutschland erreicht diesen Wert nicht. Wenn die Abgeordneten dieses Problem ähnlich flott und einig angehen wie die Erhöhung der eigenen finanziellen Zuwendungen, besteht vielleicht noch Hoffnung.

¶





Hartz IV für jeden elften

Von »Entspannung am Arbeitsmarkt« ist die Rede, von »Wirtschaftsaufschwung« oder »guter Konjunktur« – Arbeitslose und Hartz-IV-Empfänger haben aber so gut wie nichts davon. Seit Ende 2005 seien durchgehend mehr als sieben Millionen Menschen von staatlichen Hilfen abhängig, warnte der Deutsche Landkreistag am Donnerstag in Berlin. Das seien neun Prozent der Bevölkerung oder jeder elfte in Deutschland.

Seit dem Höchststand im Mai 2006 hat sich demnach die Zahl von damals 7,4 Millionen Hartz-IV-Empfängern nur um 330000 verringert. Der »isolierte Blick« auf die amtlichen Arbeitslosenzahlen lasse »fast fünf Millionen Menschen außer acht. Das sind nicht weniger als zwei Drittel der Hartz-IV-Empfänger, die nicht in der amtlichen Arbeitslosenstatistik vorkommen«, erklärte Verbandspräsident Hans Jörg Duppré. »Wir dürfen uns nicht dem Anschein hingeben, es sei alles in Ordnung, wenn durchgängig mehr als sieben Millionen Menschen staatliche Hilfen benötigen.«

Während in Bayern und Baden-Württemberg etwa jeder zwanzigste Einwohner Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) bezieht, ist in Berlin ebenso wie in den anderen Stadtstaaten annähernd jeder sechste Einwohner Hartz-IV-Empfänger. »In den Flächenländern im Westen sei jeder vierzehnte, im Osten jeder achte auf staatliche Zuwendungen zum Lebensunterhalt angewiesen. Diese drastischen Unterschiede legen laut Duppré nahe, daß »ganz verschiedene Ansätze gewählt und neue Wege gegangen werden müssen«, um die sozialen Probleme anzugehen.

Die Zahl der Hartz-IV-Empfänger dürfte allerdings im Laufe der kommenden Monate wieder ansteigen, weil das Wachstum des Bruttonationalprodukts nach Erkenntnissen von Wirtschaftsforschern zurückgehen wird. Da ein wachsender Teil der Erwerbstätigen über Zeitarbeitsfirmen angestellt ist, könne auch die Zahl der Arbeitslosen sehr schnell wieder zunehmen. Hinzu kommt, daß sich deren wirtschaftliche Lage angesichts der immer weiter steigenden Heizungs- und Stromkosten noch zusätzlich verschlechtern wird. ¶

Peter Wolter 01.08.2008, junge Welt



Die soziale Herkunft prägt das ganze Leben

In Deutschland prägen bereits im Kindesalter die sozialen Unterschiede den weiteren Lebensweg. Für die meisten deutschen Kinder im Alter von acht bis elf Jahren ist die Familie der zentrale Mittelpunkt in ihrem Leben. Diese «Familienzentriertheit» führt, neben dem positiven Aspekt einer innigen Eltern-Kind Beziehung, allerdings zu schlechteren Startchancen für Kinder aus unteren sozialen Schichten.

«Wie ein 'roter Faden' zieht sich eine Stigmatisierung und Benachteiligung dieser Kinder durch das ganze Leben hindurch», sagte der Sozialwissenschaftler Klaus Hurrelmann bei der Vorstellung der ersten World Vision Kinderstudie am Mittwoch in Berlin. Immer mehr Eltern seien mit den schulischen Anforderungen ihrer Kinder überfordert. «Daher müssen alle Institutionen und Bereiche unserer Gesellschaft mithelfen, um unsere Kinder stark zu machen.» Für die umfassende Milieu-Studie wurden fast 1600 Kinder zwischen 8 und 11 Jahren befragt.

Von den befragten Kindern besucht ein Drittel die Oberschule. Davon gehen nur ein Prozent der Kinder aus der sogenannten »Unterschicht« auf Gymnasien, aber 18 Prozent der Kinder aus der oberen sozialen

Schicht. 19 Prozent der Kinder aus niedrigen sozialen Schichten sind auf einer Förderschule, im Vergleich zu einem Prozent der Kinder aus der Oberschicht. Für die Forscher hängt der soziale Status der Familien ebenfalls eng mit der Wahrnehmung der Kinder zusammen, zu wenig Zuwendung zu erfahren. Aus Sicht der Jüngsten ist weniger die Berufstätigkeit beider Eltern ein Problem, sondern zusätzliche Belastungen, wie sie etwa Alleinerziehende haben oder wenn der Alltag von Arbeitslosigkeit geprägt ist.

Insgesamt 13 Prozent geben an, ihre Eltern hätten zu wenig Zeit für sie. Davon sind aber 35 Prozent Kinder, die mit einem berufstätigen alleinerziehenden Elternteil zusammenleben und 28 Prozent, deren Eltern arbeitslos sind. Insgesamt finden 78 Prozent, dass beide Elternteile hinreichend Zeit mit ihnen verbringen. Allerdings fehlt vielen Kindern der Vater. Während 67 Prozent angaben, ihre Mutter habe genügend Zeit für sie, trifft das nur für 34 Prozent der Väter zu.

Geborgen fühlen sich Kinder nach Ansicht Hurrelmanns nicht durch die Dauer der mit den Eltern verbrachten Zeit. Entscheidend sei vielmehr, dass es feste und verlässliche Uhrzeiten für den Austausch gebe und das Zusammensein »qualitativ« genutzt werde.

Auch im Freizeitverhalten lässt sich die Schichtenzugehörigkeit ablesen. So sind 73 Prozent der Kinder in Vereinen, Musikschulen oder anderen institutionellen Gruppen gebunden, bei Kindern aus den unteren Schichten gehen allerdings nur knapp die Hälfte einer entsprechenden Freizeitbeschäftigung nach. Die Sportvereine werden von Kindern aus dem Mittelstand dominiert. Der Fernsehkonsum ist insgesamt hoch, fast alle befragten Kinder schauen täglich fern, aber 41 Prozent der Kinder aus den unteren Bildungsschichten geben an, täglich und mehr als zwei Stunden am Tag fernzusehen.

Der Politik stellen die Jüngsten ein schlechtes Zeugnis aus: Nur 27 Prozent glauben, dass Politiker häufig an Kinder denken und sich überlegen, was sie dafür tun müssen, dass es Kindern gut geht. Dagegen sind 59 Prozent der Kinder schon selbst bei Hilfsaktionen oder Vereinen aktiv geworden. Sie sind bereit, Aufgaben in der Gemeinschaft zu übernehmen - so wie der zehnjährige Paul: »Man sollte sich mehr an der Hand fassen und den Mut haben, einfach zu sagen, wir sind eine Demokratie. Ich finde das so, wer schließt sich mir an?«
abacho.de, 24.10.2007 Berlin (ddp).



[illegible]

Die Nutzung von Kraftstoffen und die Erzeugung von Wärme und Strom sind in der Energiewirtschaft zentrale Produktionsaktivitäten. Diese Aktivitäten sind in der Regel mit hohen Kosten verbunden, die durch die hohen Kosten für die Erzeugung von Wärme und Strom sowie die hohen Kosten für die Nutzung von Kraftstoffen verursacht werden. Die Erzeugung von Wärme und Strom ist in der Regel mit hohen Kosten verbunden, die durch die hohen Kosten für die Erzeugung von Wärme und Strom sowie die hohen Kosten für die Nutzung von Kraftstoffen verursacht werden.

Im ersten Block zur Evaluation des Projekts wird deutlich, dass die Teilnehmerinnen eine hohe Motivation und eine hohe Identifikation mit dem Projekt aufwiesen. Die Teilnehmerinnen waren sehr motiviert, an der Evaluation teilzunehmen und gaben eine hohe Identifikation mit dem Projekt an. Die Teilnehmerinnen waren sehr motiviert, an der Evaluation teilzunehmen und gaben eine hohe Identifikation mit dem Projekt an.

David A. Felson

Der gefühlte Staat ist nicht mehr sozial

ZWEITES DEUTSCHES SOZIALFORUM IN COTTBUS ■ Zeichen gewerkschaftlicher Offensive und immanenter demokratischer Zirkulation

Die Anzahl der von Symbiosenreife gebildeten Zellen ist konstant. Diese Zellen sind in Symbiosenreife von anderen Zellen verschieden und bilden eine kleine, definierte Anzahl von Zellen. Symbiosenreife und Zellen (Symbiosen) sind in der Regel vorhanden.

Die Frage: Warum wird nach einem Brand kein Leichenplan in der Regel erstellt? beantwortet Dr. Grottel: Für Leichenpläne wird nicht einmal ein Vermerk des

Department's research project, however, was not so much about the Internet as it was about the Internet's effects on the economy. The study dealt with the impact of a research website on the purchasing behavior of Millennials, the so-called "Generation Y." Millennials are the youngest generation to have grown up with the Internet and thus have grown up with it as a natural part of their lives. The researchers of the Department had to find a method to make use of the Internet's effects on the economy. The researchers of the Department had to find a method to make use of the Internet's effects on the economy. The researchers of the Department had to find a method to make use of the Internet's effects on the economy.

ungabe. Und was mit den Seelern, die von Paulsen und Eysler angesichts vertriebener Deutschschmerz hat, Wally Millionen Kreditgeber in Niedrigkreditbereich mit Ge-
en, Vollstreckung des Lebens der Familie
sich, seine Interessen, können, so in der
und Formellen eines, sein Leben, Wally

«Die öffentliche Politik, die wir heute haben, ist die Frucht der Wachstums- und Konjunkturpolitik, die wir heute nicht verfolgen, weil die Konjunktur kaputt ist», erklärte Hans-Joachim Lauthmann, stellvertretender Geschäftsführer der Hilti AG. «Wenn man nur 100 Millionen investiert und produziert man 1,5 Millionen, dann ist das ein Anreiz, nicht zu investieren. Zu wenig ist die Zerstörung. Die Kreditlinie wird schnell wieder geschlossen, weil das Unternehmen nicht mehr in der Lage ist, die Kreditlinie zu bedienen. Das ist ein Teufelskreis, der sich nicht aufhalten lässt».

Die Kinder an der Spitze werden als die Hauptperson des Lebens und Handelns der gesamten Holzkreis-Abteilung, wie ich schon oben sagte, betrachtet.

Die Holzkreis-Abteilung ist ein zentralisiertes Unternehmen, in dem die Konzentration und die Harmonisierung und Verknüpfung aller Funktionen der Holzkreis-Abteilung notwendig ist. Die Holzkreis-Abteilung ist ein zentralisiertes Unternehmen, in dem die Konzentration und die Harmonisierung aller Funktionen notwendig ist.

Die Holzkreis-Abteilung ist ein zentralisiertes Unternehmen, in dem die Konzentration und die Harmonisierung aller Funktionen notwendig ist.

wenn die die räumliche und zeitliche Veränderung der Verteilung zu wenig berücksichtigt werden für die räumliche Dimension zu berücksichtigen ist. Die Verteilung, die die räumliche Dimension berücksichtigt, ist die räumliche Verteilung.

Jeder für

16.11.07

well over 1000 years ago, and the first American missionaries. The middle, Dunning and Geraldine, is more active, and the most famous, under Eugene.

Jeder fünfte Westeuropäer lebt von Sozialleistungen

In den Staaten West- und Nordeuropas ist mindestens ein Fünftel der Bürger zwischen 15 und 64 Jahren auf Sozialtransfer angewiesen, lässt sich einer aktuellen Studie des *Instituts für Arbeit und Qualifikation* der Universität Duisburg-Essen entnehmen, die Daten aus elf Staaten vergleicht. In Deutschland und Belgien würden viele vorrangig wegen langer Arbeitslosigkeit staatlich alimentiert. In Österreich hingegen gehe der größte Teil des Transfers an (Früh-)Rentner. In Nordeuropa, den Niederlanden, Irland und Großbritannien wiederum seien in besonderem Maße invalide oder kranke Menschen auf staatliche Hilfe angewiesen, entdeckten die Forscher um Matthias Knoch, Leiter der Abteilung *Entwicklungstrends des Erwerbsystems*.

Selbstorganisation fördern

[illegible]

Organisation für

...der

[illegible]

Gruppen, die das Problem als das gemeinsame Problem von allen Gruppenmitgliedern betrachten, sind in der Lage, sich auf eine gemeinsame Lösung zu einigen. Diese Gruppen sind in der Lage, sich auf eine gemeinsame Lösung zu einigen, die für alle Gruppenmitglieder akzeptabel ist. Diese Gruppen sind in der Lage, sich auf eine gemeinsame Lösung zu einigen, die für alle Gruppenmitglieder akzeptabel ist.

[illegible]

2.7.2007/15



Individual

ually we a

**Individually, we are one drop...
together, we are an ocean**
- Ryunosuke Satoro

Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung

Auszüge

- S. 10 -

2. Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme

2.1. Allgemeine Ziele

Bund und Länder haben sich in der Drogen- und Suchtpolitik vorgenommen, das Hilfesystem weiterzuentwickeln und einen Schwerpunkt auf die Bekämpfung der Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln, vor allem auf die Reduzierung des Tabak- und des riskanten Alkoholkonsums, zu legen. Der Stellenwert der Prävention soll dabei weiter gestärkt werden.

Für die Suchtpolitik gelten folgende allgemeine Ziele

1. Den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszuzögern
2. Riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren
3. Das Überleben zu sichern
4. Eine Abhängigkeit mit allen nach aktuellem Stand der Wissenschaft zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu behandeln
5. Die Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel einzudämmen.

Dabei dienen folgende Teilziele der Erreichung der allgemeinen Ziele:

Förderung des allgemeinen Gesundheitsbewusstseins zur Verhinderung der Entstehung von Abhängigkeit. Es ist empirisch belegt, dass ein höheres Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung auch zur Verringerung von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen führt. Dabei bedeutet der hier verwendete Begriff von Gesundheit nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit, sondern - im Sinne der Weltgesundheitsorganisation - das psychische und physische Wohlbefinden des Einzelnen, die Verbesserung seiner Lebensqualität und die Stärkung sozialer Kompetenzen, um auch mit schwierigen Lebenssituationen an angemessen umgehen zu können. Selbstbewusste Persönlichkeiten neigen weniger dazu, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

- S. 22 -

13. Ausbau und Verbesserung der substitions-gestützten Behandlung

Zielrichtung der substitions-gestützten Behandlung ist die allmähliche Erreichung der Abstinenz des Patienten. Es kommt darauf an, die Zugänglichkeit und die Qualität der substitions-gestützten Behandlung weiter zu verbessern. Neben der Umsetzung der dazu bislang vorgesehenen Maßnahmen (Einführung eines Substitutionsregisters und einer spezifischen suchttherapeutischen Qualifikation für substituierende Ärzte, Einhaltung von Richtlinien der Bundesärztekammer) ist es insbesondere erforderlich:

- S. 23 -

14. Überprüfung der Implementierung des Modellprogramms der heroingestützten Behandlung

Die im Jahr 2004 zu erwartenden Ergebnisse der wissenschaftlichen

Begleitung des Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger werden ausgewertet. Die Ergebnisse sollen in die Suchtkrankenbehandlung der Gruppe der schwer heroinabhängigen Menschen implementiert werden.

4.3. Überlebenshilfen

Überlebenshilfen sollen vor allem zur Senkung der Mortalität von chronisch-mehrfach abhängigen Drogen- und Alkoholkonsumenten führen. In den Städten, in denen neben niedrigschwelligen Kontaktläden auch Drogenkonsumräume angeboten werden, ist die Mortalitätsrate unter Drogenkonsumenten gegenüber dem Bundestrend entweder weiter zurückgegangen oder hat sich stabilisiert.

1. Förderung von niedrigschwelligen Hilfsprogrammen zur Erreichung chronisch Alkoholkranke und Reduzierung der alkoholbedingten Todesfälle

Niedrigschwellige Hilfsprogramme zur Erreichung von chronisch-mehrfachbeeinträchtigten Alkoholkranke sollen in Kooperation mit den Angeboten der Wohnungslosenhilfe ausgebaut werden, um die Zahl der alkoholbedingten Todesfälle zu reduzieren. Akutbehandlungen sollen mit einer Motivationsphase verbunden werden, um Rückfälle zu reduzieren und Alternativen zum chronischen Alkoholkonsum zu entwickeln, einschließlich verhaltenstherapeutischer Maßnahmen zur Reduzierung der Trinkanlässe und -mengen.

2. Vergrößerung der Anzahl von Drogenkonsumräumen auf der Basis der Evaluationsergebnisse

Die Bundesregierung hat die Drogenkonsumräume auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Mittlerweile gibt es zahlreiche Konsumräume, die dazu beitragen, dass das Überleben der Schwerstabhängigen und der



erleichterte Zugang zur Behandlung gesichert werden.

- S. 24 -

Bestehenden Drogenkonsumräume zeigen, dass sie ihre Zielgruppe erreichen und auch für sehr schwer erreichbare, langjährig Heroinabhängige weiterführende Hilfen angeboten werden können. Deshalb sollen weitere Angebote eingerichtet werden, wo dies auf kommunaler Ebene als notwendig erachtet wird.

3. Verbesserung der Notfallhilfe

Noch immer könnten wesentlich mehr Todesfälle durch rechtzeitige notfallmedizinische Hilfen verhindert werden. Dies soll gefördert werden durch:

- Schulung des Notfallpersonals mit dem Ziel, den Notfall in die stationäre Behandlung aufzunehmen.
- Schulung von Betroffenen zur gegenseitigen Notfallhilfe.

4. Förderung von Maßnahmen im Strafvollzug zur Infektionsminimierung

Die Bundesregierung wird gemeinsam mit den Landesjustizverwaltungen darauf hinwirken, dass die Justizvollzugsanstalten die Maßnahmen zur gesundheitlichen Schadensminderung bei besonderen Gefangenengruppen intensivieren. Hierzu gehören z. B. Aufklärung, Impfprogramme und die Ausweitung der Substitution Opiatabhängiger. Die Bundesregierung wird die zum Teil modellhafte Ausgabe steriler Spritzen im Vollzug aufmerksam beobachten und die Ergebnisse sorgfältig prüfen.

- S. 29 -

3.2. Beratung, Behandlung/Therapie und Rehabilitation

Die Maßnahmen im o.g. Bereich zielen darauf ab, gefährdete oder bereits abhängige Menschen

- frühzeitig für Hilfen zu erreichen,
- ihr Überleben zu sichern,
- zu motivieren, weiterführende Hilfen anzunehmen,
- gesundheitlich zu stabilisieren,
- und sozial und beruflich zu rehabilitieren.

- S. 31 -

Anlage: Zielsetzungen des Drogenaktionsplanes der EU 2000-2004: Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament über die Umsetzung des Drogenaktionsplans der EU (2000-2004) vom 8. Juni 2001 (KOM(2001)301endgültig); Brüssel

Die elf allgemeinen Zielsetzungen der Drogenstrategie sind:

- sicherzustellen, dass die Drogenproblematik weiterhin Vorrang bei den Maßnahmen der EU hat;
- sicherzustellen, dass die Drogenbekämpfungsmaßnahmen einer

Bewertung unterzogen werden;

- das ausgewogene Drogenkonzept fortzuführen;
- die Bereiche Drogenprävention, Reduzierung der Nachfrage und Reduzierung der negativen Auswirkungen des Drogenkonsums stärker in den Mittelpunkt zu rücken;
- die Bekämpfung des Drogenhandels zu stärken und die polizeiliche Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten auszubauen;
- die Zusammenarbeit zwischen einer Vielzahl von Einrichtungen und die Einbeziehung der Bürgergesellschaft zu fördern;
- die neuen Möglichkeiten des Vertrages von Amsterdam voll auszunutzen;
- die Sammlung und Verbreitung von verlässlichen und vergleichbaren Daten über das Drogenphänomen in der EU sicherzustellen;
- die Beitrittsländer schrittweise einzubeziehen und die internationale Zusammenarbeit zu intensivieren;
- die internationale Zusammenarbeit entsprechend den auf der UN-GASS verabschiedeten Grundsätzen zu unterstützen;
- hervorzuheben, dass die Unterstützung der Strategie angemessene Mittel erfordert.

Der EU-Drogenaktionsplan konzentriert sich dabei auf sechs Hauptziele:



1. Der Konsum illegaler Drogen sowie die Anzahl der Einsteiger unter 18 Jahren werden in den nächsten fünf Jahren erheblich verringert;
2. Die Auswirkungen drogenkonsumbedingter Krankheiten (HIV, Hepatitis B und C, Tbc usw.) und die Anzahl der Drogentoten sollen in den nächsten fünf Jahren erheblich verringert werden;
3. Erhebliche Steigerung der Anzahl erfolgreich behandelter Drogenabhängiger;
4. Erhebliche Reduzierung der Verfügbarkeit illegaler Drogen in den nächsten fünf Jahren;
5. Erhebliche Verringerung der Anzahl der Drogenstraftaten in den nächsten fünf Jahren;
6. Erhebliche Verringerung der Geldwäsche und des illegalen Handels mit Grundstoffen in den nächsten fünf Jahren.

Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften vom Kabinett beschlossen

Das Bundeskabinett hat heute die einundzwanzigste Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (21. BtMÄndV) beschlossen. Damit werden Änderungen in den Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) vorgenommen. Bestimmte Stoffe werden neu in die Anlagen aufgenommen, andere Stoffe zwischen den Anlagen umgestuft oder aus dem Regelungsbereich des BtMG entlassen. Ziel des BtMG ist, das Ausmaß an Sucht-erkrankungen und Gesundheitsgefährdungen durch eine verminderte Verfügbarkeit von Suchtmitteln zu verringern.

Neu unter das Betäubungsmittelgesetz unterstellt werden

gesundheitsgefährdende Drogen, wie Salvia divinorum (Zauber- oder Aztekensalbei), Benzylpiperazin (BZP) und Oripavin. Salvia divinorum (Zauber- oder Aztekensalbei) enthält einige der stärksten im Pflanzenbereich vorhandenen psychoaktiven Substanzen (Diterpene). Der Konsum kann zu schweren Bewusstseinsveränderungen, Psychosen und anderen gesundheitlichen Störungen führen. Benzylpiperazin (BZP) ist eine synthetische Substanz, die wie Amphetamin und Methamphetamin das zentrale Nervensystem stimuliert. Gemäß eines Risikobewertungsberichts des wissenschaftlichen Beirats der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht sollte BZP wegen seiner aufputschenden Eigenschaften, der gesundheitlichen Gefahren und des fehlenden medizinischen Nutzens kontrolliert werden. Oripavin wird aufgrund einer Empfehlung der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen dem Betäubungsmittelrecht unterstellt, die für die Bundesrepublik Deutschland völkerrechtlich bindend ist.

Im Übrigen werden mit der Verordnung die Anlagen I bis III des Betäubungsmittelgesetzes an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Ein Stoff (Modafinil) wird aus dem Anwendungsbereich des BtMG herausgenommen, weil das Abhängigkeitspotential als gering eingeschätzt wird.

Die von der Bundesregierung beschlossene Verordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates.

www.bmg.bund.de/cIn_040/nn_600124/DE/Gesetze-und-Verordnungen/Gesetzes-und-Verordnungsentwurfe/gesetzes-und-verordnungsentwurfe-node,param=.html__nnn=true



Konsenspapier

DHS e.V. und Akzept e.V.

Ziele, Grundlagen und Prinzipien der Sucht- und Drogenhilfe

Fachliche Grundlagen und Ziele der Suchthilfe

Präambel

Die unterzeichnenden Organisationen formulieren mit dem vorliegenden Konsenspapier gemeinsame Ziele, Grundlagen und Prinzipien für die Arbeit der Suchthilfe, die auch zu einem Verständnis der Drogenhilfe als Teil der Suchthilfe beitragen sollen. Sie bieten damit den Orientierungsrahmen für fachliches und politisches Handeln von Einrichtungsträgern und Leistungsanbietern der Sucht- und Drogenhilfe.

Dabei wird definiert:

- Psychoaktive Substanzen als einheitlicher Begriff, der Substanzen ungeachtet ihres juristischen Status umfasst,
- Drogenhilfe als differenzierter Teil des Gesamtsystems der Suchthilfe, der den illegalen Status von Substanzen berücksichtigt und an der dadurch beeinflussten Lebenswelt der Konsumentinnen und Konsumenten ansetzt.

Unter Drogenhilfe werden die spezialisierten Hilfen für Menschen verstanden, die durch den Konsum psychoaktiver Substanzen unter den Rahmenbedingungen der Illegalität Störungen, Beeinträchtigungen oder Behinderungen erleiden. Dabei wird nicht übersehen, dass diesbezügliche Hilfen auch in anderen, nicht spezialisierten Einrichtungen unterschiedlicher Versorgungssektoren (Regelversorgung) erbracht werden.

Grundsätzlich gilt, dass das Hilfesystem Bezug nehmen muss auf die Lebenslagen aller KonsumentInnen, die unabhängig vom juristischen Status der konsumierten Substanzen gegenüber dem Hilfesystem Erwartungen an gesundheitliche Stabilisierung, soziale (Re-)Integration und berufliche Teilhabe formulieren. Dabei wird berücksichtigt, dass Suchtprobleme Frauen und Männer jeden Alters und jeder Nationalität betreffen und sich auf jegliche psychoaktiven Substanzen beziehen können.

Drogenhilfe im Kontext der Suchthilfe

Die Drogenhilfe wendet sich als Teil der Suchthilfe an Menschen, die durch den Konsum psychoaktiver Substanzen unter illegalen Bedingungen gefährdet, beeinträchtigt oder geschädigt sind. Der zunehmend polyvalente Missbrauch psychoaktiver Substanzen erfordert mehr und mehr ein abgestimmtes und koordiniertes Handeln aller Bereiche der Suchthilfe. Insofern sind Trennungen von Drogen- und übriger Suchthilfe nur auf Grundlage einer leitliniengestützten Differenzierung innerhalb einer Region, der sozialen Situation der Hilfesuchenden, der konsumierten Substanzen und des kulturellen Netzwerkes sinnvoll.

Einen bedeutsamen Unterschied zwischen der Drogenhilfe und derjenigen Suchthilfe, die sich den legalen psychoaktiven Substanzen sowie nicht-stoffbezogenen Suchtformen zuwendet, markiert die zentrale Frage, wie ein adäquates Hilfesystem trotz eines problematischen, kontraindizierten strafrechtlichen Sanktionssystems fachlich weiterentwickelt werden kann. Drogenhilfe muss sich, anders als jener Teil der Suchthilfe, der sich auf legale psychoaktive Substanzen bezieht, mit dem Dilemma krank vs. kriminell auseinandersetzen. Drogenhilfe muss in allen Bereichen die dem Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen entwachsenden Problemlagen berücksichtigen.

Diese sind in der Regel durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Es besteht keine Möglichkeit des nicht strafbewehrten außermedizinischen Konsums von Substanzen, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen.
- Der aus der Illegalität des Substanzkonsums entstehende soziale Druck ist durch den schnellen Verlust des sozialen Bezugssystems, des Arbeits- bzw. Ausbildungsplatzes, der Wohnung und durch weitere soziale Diskriminierung erheblich.
- Die Auswirkungen unterschiedlicher Gesetze (lange Haftdauer, entsprechende Hafterfahrungen, Ausgrenzungen als vorbestraft) blockieren die Mitwirkungsbereitschaft bei der Aktivierung der Selbstheilungskräfte sowie die Akzeptanz der Eigenverantwortlichkeit. Eine Entkriminalisierung des Kernbereichs drogenabhängigen Verhaltens ist überfällig.
- Die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes lassen insbesondere im niedrighschwelligen Bereich Einrichtungsträger und Fachkräfte in einem rechtlich unsicheren Zustand.

Der Handlungsauftrag von Drogenhilfe wie von Suchthilfe ist gesamtgesellschaftlich.

Er berücksichtigt das Allgemeininteresse, nicht das Selbstinteresse nur einer Bevölkerungsgruppe. Die Maßnahmen der Drogenhilfe sind sozial- und gesundheitspolitisch motiviert und entsprechend fachlich begründet. Positive ordnungspolitische Auswirkungen sind durchaus erwünschte Nebeneffekte. Der Erfolg einer Maßnahme kann jedoch nicht an ihren ordnungspolitischen Nebeneffekten gemessen werden.

Suchthilfe und Drogenhilfe befassen sich mit den Problemlagen der Betroffenen und beschäftigen sich in diesem Rahmen auch mit der Entstehungsdynamik der Probleme, um sie zu verstehen. Nicht um ein bestimmtes Verhalten zu rechtfertigen oder zu entschuldigen, sondern um Ansatzpunkte für Veränderungsmöglichkeiten zu entdecken. Die notwendige fachliche und ethische Parteilichkeit für abhängige Menschen berücksichtigt dabei Grenzen, die durch Gesetze, Bedürfnisse der Bürger und gesellschaftliche Vereinbarungen gesetzt werden. Eine sinnvolle Drogenhilfe entlastet die Gesellschaft von den unmittelbaren Folgen des Drogenkonsums im Sinne einer human und pädagogisch verstandenen Ordnungspolitik.

Dazu bedarf es einer sozialen, an den Notwendigkeiten von Hilfesuchenden orientierten Drogenpolitik. Drogenhilfe hat insofern bestehende Betäubungsmittelgesetze kritisch zu hinterfragen.

Gesundheits- und sozialpolitische Ziele der Suchthilfe

1. Suchthilfe respektiert die Menschenwürde.

Suchtgefährdete und suchtkranke Menschen sind gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger mit allen Rechten und Pflichten. Ihre Menschenwürde und ihr Selbstbestimmungsrecht sind zu achten und es ist ihnen mit Respekt zu begegnen, ungeachtet ihrer Abstammung, ihrer Nationalität, ihres Geschlechtes, ihres Alters, ihres Glaubens, ihrer politischen Überzeugungen, ihrer sozialen und wirtschaftlichen Stellung, ihrer gesellschaftlichen Position, ihrer sexuellen Orientierung und ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Befindlichkeit.

2. Der Beginn des Konsums psychoaktiver Substanzen ist zu verhindern oder hinauszuzögern. KonsumentInnen müssen bei der Entwicklung eines eigenverantwortlichen und risikominimierenden Konsums unterstützt werden. Dazu ist angemessene Prävention zu leisten.

3. Die Senkung der Konsumfrequenz und -menge und das Erlernen von Gebrauchsmustern mit geringem Risiko sind wichtige gesundheitspolitische Ziele.

4. Die Mehrfachbelastung der KlientInnen erfordert eine differenzierte Planung und Steuerung der Suchthilfe.

Belastungen der KlientInnen entstehen durch gesundheitliche (physische und psychische), juristische, soziale und kulturelle Probleme. Dabei sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die Umfang und Struktur der Gesamtproblematiken wesentlich beeinflussen, von der Suchthilfe sensibel zu erfassen (Monitoring), ständig konzeptionell zu berücksichtigen und aktiv zu gestalten.

5. Sucht ist eine Krankheit, die häufig einen chronischen Verlauf mit wechselnder Intensität nimmt.
Sucht lässt sich als Erkrankung im Sinne der §§ 27 und 39 SGB V definieren. Als akute Erkrankung ist sie in der ICD-10 dem Abhängigkeitsyndrom (F1x.2) zuzuordnen. Sobald Sucht zu Schädigungen oder Funktionsstörungen führt, die die Aktivitäten oder Teilhabe am Leben beeinträchtigen, sind diese auf Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu beschreiben. Diese in unterschiedlicher Schwere, doch in der Regel chronisch verlaufenden Störungen, sind Gegenstand der Rehabilitation.

6. Suchthilfe unterstützt und begleitet die Veränderungsbereitschaft der KonsumentInnen, die schädlichen Auswirkungen des Konsums zu reduzieren und erleichtert KlientInnen den Ausstieg.

7. Suchthilfe ist wirtschaftlich und sparsam.

Suchthilfe orientiert sich an kostenbewusstem Handeln sowie optimaler Ressourcennutzung und -erschließung im Hinblick auf die jeweils angestrebten Leistungen. Dies bedeutet, dass ein Ergebnis mit dem geringst möglichen Aufwand erreicht werden muss. Einrichtungen der Drogenhilfe müssen die Bedürfnisse der Betroffenen und die (betriebs-)wirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit fachlichen Zielvorgaben in Einklang bringen, ohne die als notwendig erkannte Hilfe und Unterstützung zu reduzieren.

8. Suchthilfe orientiert sich am Betroffenen und bietet individuelle Lösungswege. Angebote, Hilfen und Behandlungsansätze, die sich aus fachlichen Standards ableiten, sind auf den Einzelfall abzustimmen. Sie müssen auf die jeweils individuelle Situation reagieren, so dass keine für alle Gegebenheiten und Anforderungen einheitliche, optimale Behandlungs- und Interventionsform denkbar ist. Suchthilfe bietet personen- und problemadäquate Hilfen.

9. Die suchtspezifische Kompetenz der Regelversorgung muss gewährleistet sein.

Die differenzierte medizinische, psychosoziale und sonstige Regelversorgung steht auch KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen zur Verfügung. Die Kompetenzen der Fachkräfte in der Regelversorgung müssen durch suchtspezifische Fort- und Weiterbildung gesichert werden.

10. Leistungen der Suchthilfe werden einheitlich und nahtlos sichergestellt.

Therapie- und Teilhabeleistungen müssen sich am tatsächlichen Bedarf orientieren und umfassend, einheitlich, nahtlos und zügig erbracht werden. Insbesondere, wenn Leistungen verschiedener Kosten- und Leistungsträger oder mehrerer Reha-Träger erforderlich sind, werden sie ohne zeitliche Verzögerung und „wie aus einer Hand“ erbracht (z.B. Entwöhnungsbehandlung und berufliche Weiterbildung). Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren und gewährleisten, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt. Die Regelungen des SGB IX, § 10,1 werden von der Suchthilfe als erforderlich und verbindlich angesehen.

11. Suchthilfe hat ein mehrdimensionales Verständnis des Konsums und der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen.

Das Handeln der Suchthilfe beruht auf einem ganzheitlichen, mehrdimensionalen Verständnis von Konsum und Abhängigkeit, das körperliche, pharmakologische, biochemische, psychische, biografische, soziale, wirtschaftliche, netzwerkbezogene und kulturelle Faktoren im Hinblick auf Entstehung, Verlauf, Behandlung und Prognose berücksichtigt.



12. Suchthilfe vernetzt sich in einem Verbundsystem.

Wirkungsvolle Suchthilfe arbeitet in einem Verbundsystem. Dabei sind die unterschiedlichen Angebote (Jugendhilfe, medizinische Regelversorgung, Psychiatrie, Straffälligenhilfe, Obdachlosenhilfe, Sozialhilfe, Schuldnerberatung u.s.w.) sowohl extern als auch intern zu vernetzen.

13. Suchthilfe strebt mehrperspektivische Schadensminimierung an.

Das Handeln der Suchthilfe zielt auf den Menschen, der Suchtmittel konsumiert und bezweckt, dessen somatische, psychische oder soziale Schädigung zu verhindern oder zumindest zu lindern. Da die individuellen und gesellschaftlichen Bedürfnisse nach Schadensminimierung nicht deckungsgleich sind, sondern sich teilweise widersprechen, muss Suchthilfe in ihren Konzepten Bedürfnisse beider Seiten berücksichtigen und einen Interessenausgleich anstreben.

14. Suchthilfe arbeitet mit adäquaten Zielen.

Sucht entwickelt sich nicht linear, sondern zyklisch. Vor diesem Hintergrund ergeben sich phasenorientierte Zielebenen:

- Sicherung des Überlebens in Phasen akuten Substanzkonsums,
- Verhinderung körperlichen Folgeschäden durch gesundheitsfördernde Maßnahmen,
- soziale Sicherung der Betroffenen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, der Arbeit und privater Unterstützungsstrukturen,
- Verhinderung bzw. Milderung sozialer Desintegration, Ausgrenzung und Diskriminierung,
- Vermittlung von Einsichten in Art und Ausmaß der substanzbezogenen Störungen und Risiken zur Förderung der Veränderungsbereitschaft,
- Förderung eines konsumfreien Lebens bzw. konsumfreier Phasen und Reduzierung riskanter Konsummuster,
- Behandlungsmotivation und Akzeptanz professioneller Hilfeangebote,
- Erreichen einer verbesserten Lebensqualität, unterstützt durch konstruktive Bearbeitung eventueller Rückfälle,
- autonome Lebensgestaltung in freier, persönlicher Entscheidung,
- Stabilisierung der Interventionserfolge,
- Unterstützung dauerhafter Abstinenz.

Diese Zielsystematik reicht von dringlichen, kurzfristigen Zielen bis zu weitreichenden, langfristigen Zielen. Als idealtypische Beschreibung spiegelt sie die Praxis von Begleitung, Beratung und Behandlung notwendigerweise auf abstrakte Art. Tatsächlich werden die genannten Ziele nicht vollständig getrennt voneinander und in zeitlicher Abfolge angestrebt. Darüber hinaus ist die Zielsystematik nicht als Prioritäten-skala zu verstehen.

15. Suchthilfe basiert auf methodisch begründeten, wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Die Forschungsergebnisse im Bereich der Suchthilfe sind Grundlagen des praktischen Handelns. Wo Wissenslücken bestehen oder Erkennt-

nisse keine praxisrelevanten Schlüsse zulassen, muss sich die praktische Arbeit am erfahrungsgeleiteten fachlichen Konsens orientieren und entsprechende Forschungen initiieren.

16. Professionelle Suchthilfe dokumentiert und evaluiert die geleistete Arbeit.

Dokumentationen sind so anzulegen, dass quantitative und qualitative Aussagen über die geleistete Arbeit gemacht werden können. Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement müssen in der Suchthilfe sichergestellt werden. Die Fachlichkeit der Suchthilfe im multidisziplinären Team, die Verantwortung gegenüber den Leistungsträgern und eine träger- und einrichtungsübergreifende Vergleichbarkeit erfordern die evaluierbare Dokumentation der Suchthilfe in den einzelnen Handlungsfeldern. Dabei ist der Datenschutz zu berücksichtigen.

17. Praxisberatung und Supervision sind unverzichtbarer Bestandteil der Fachlichkeit der Suchthilfe.

Praxisberatung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte sowie externe Supervisionen sind im Hinblick auf die fachlichen Anforderungen der Arbeit unverzichtbar. Gegenstand der Praxisberatung und Supervision ist die fachlich kontrollierte, reflektierende und überprüfende Begleitung des alltäglichen, beruflichen Handelns. Supervision ist am jeweiligen Arbeitsfeld orientiert und wird möglichst von einer externen Supervisions-Fachkraft angeboten.

18. Suchthilfe interveniert früh.

Je eher missbräuchlicher, riskanter oder schädlicher Konsum bzw. Abhängigkeit erkannt werden und entsprechende Interventionen erfolgen, um so größer sind die noch vorhandenen Ressourcen, um so geringer sind die bereits eingetretenen Störungen und um so weniger einschneidende Maßnahmen sind zu einer Erfolg versprechenden Intervention erforderlich.

19. Suchthilfe ist an den Fähigkeiten der Betroffenen ausgerichtet.

Grundlage der Hilfen ist die Überzeugung, dass jeder Mensch Ressourcen besitzt, mit denen er positive Veränderungen ermöglichen kann. Konzepte, Angebote und Methoden der Suchthilfe müssen sich an den vorhandenen Fähigkeiten, den Interessen und den Entwicklungschancen Hilfe suchender Menschen orientieren.

20. Betroffene arbeiten in der professionellen Suchthilfe mit.

Betroffene sollten in allen Arbeitsfeldern des Verbundsystems mitarbei-



ten, sofern sie eine berufliche Qualifikation besitzen und eine suchtspezifische Weiterbildung erfolgreich abschließen konnten.

21. Selbsthilfe und professionelle Hilfen ergänzen sich.

Selbsthilfe ermöglicht es, eigene Kräfte zu aktivieren, soziale Ressourcen zu erschließen und das soziale Umfeld mit einzubeziehen. Durch Selbsthilfe und ehrenamtliches Engagement ist in die Suchthilfe ein eigenständiges, innovatives und qualitativ bedeutendes Element eingebracht. Dieser Teil der Suchthilfe versteht sich als selbstständiger Bereich, der gleichzeitig auf die enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit professioneller Suchthilfe ausgerichtet ist. Dabei gilt es, Betroffenenkompetenz der KonsumentInnen anzuerkennen und in die professionelle Arbeit einzubeziehen. Selbsthilfe und professionelle Hilfe ergänzen sich. Selbsthilfepotenziale der Betroffenen müssen in allen Bereichen der Hilfe geweckt, gefördert und stabilisiert werden. Professionelle Suchthilfe unterstützt auf Wunsch Selbsthilfeorganisationen und -aktivitäten.

22. Suchthilfe zielt auch auf die Normalisierung der gesellschaftlichen Situation.

Alle Maßnahmen der Suchthilfe dienen der Normalisierung auch der gesellschaftlichen Situation abhängiger Menschen. Darunter ist die Überwindung der (sucht)krankheitsbedingten Beeinträchtigung oder Behinderung zu verstehen.

Wenn dieses nicht möglich ist, sollen die Betroffenen in der Lage sein, ihre vorhandenen Fähigkeiten so zu nutzen, dass der größtmögliche Grad an eigenständiger Lebensführung und Integration in die Gesellschaft erreicht werden kann.

23. Suchthilfe vertritt Betroffeneninteressen mit dem Ziel der (Re-)Integration.

Ziel aller Angebote der Suchthilfe ist die (Re-)Integration der Betroffenen in die Gesellschaft. Integration ist eine Verbundaufgabe aller gesellschaftlichen Gruppen, Institutionen und Einzelpersonen. Suchthilfe vertritt die Betroffenen in diesem Prozess.

24. Suchthilfe sichert den Transfer aus der Regelversorgung.

Soweit die Regelversorgungssysteme in der Suchtbehandlung an ihre Grenzen stoßen, sind besondere Hilfeangebote und -einrichtungen erforderlich. Suchthilfe sichert den Transfer und bezieht andere Hilfesysteme mit ein.

25. Ambulante Hilfen haben Vorrang.

Die gebotene individuelle Hilfeplanung auf Basis einer qualifizierten Diagnostik muss alle vorhandenen Versorgungsformen berücksichtigen. Je nach Einzelfall ist zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen zu entscheiden oder diese sind zu kombinieren. Ambulante und teilstationäre Hilfenformen sollen den mehrheitlichen

Teil der Angebote darstellen. Stationäre Hilfen sind unter bestimmten Indikationen angemessen und unverzichtbar.

26. Suchthilfe arbeitet im Regelfall wohnortnah.

Suchthilfe muss ihre Angebote regional in Abstimmung mit den übrigen an der Versorgung Suchtkranker beteiligten Institutionen möglichst ortsnahe und miteinander vernetzt bereit halten. Je nach Indikation ist bei Suchtkranken aber auch eine zeitlich befristete, bisweilen dauerhafte räumliche Distanzierung zum suchtvorstärkenden sozialen Umfeld zu ermöglichen. Gefährdete und Abhängige müssen in jeder Phase der Suchtentwicklung Zugang zu angemessenen Hilfeangeboten erhalten. Dabei ist sowohl die psychosoziale als auch die medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung sicherzustellen.

27. Suchthilfe orientiert sich an der Veränderungsbereitschaft.

Die Orientierung an der Veränderungsbereitschaft ist eine zentrale Voraussetzung der Entwicklung adäquater Hilfeangebote für die jeweiligen Zielgruppen und die Initiierung entsprechender Interventionsprozesse. Die Motivationsbasis für die Veränderungsbereitschaft gilt es während des Beratungs- bzw. Hilfeprozesses - vor allem aufgrund der offenen Strukturen im ambulanten Bereich - immer wieder zu überprüfen und die Interventionen ggf. entsprechend zu modifizieren (Hilfeplanung).

28. Im Hilfeprozess werden Grenzen vereinbart.

Die notwendigen offenen Strukturen der Suchthilfe erfordern die Definition, Vereinbarung und Einhaltung bestimmter Grenzen im Hilfeprozess.

29. Alle Beratungsinhalte sind vertraulich.

Fachliche Basis der Suchthilfe ist ein spezifisches gegenseitiges Vertrauensverhältnis. Dessen rechtlicher Rahmen ist u.a. durch Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrecht und Datenschutz bestimmt.

30. Suchthilfe arbeitet vernetzt und in multiprofessioneller Kooperation.

Suchthilfe erfolgt in multiprofessionellen Teams der Sozialen Arbeit, Psychologie und Medizin auf der Basis von Vernetzung und Kooperation mit anderen Institutionen. Psychische, körperliche und soziale Entstehungsbedingungen der Suchtkrankheit erfordern für alle Beratungs- und



Behandlungsschritte die enge Zusammenarbeit von Angehörigen entsprechender Berufsgruppen (vor allem der Sozialen Arbeit, Psychologie, Ergotherapie, Medizin und Pflege) in einer multiprofessionellen Kooperation. Fachkräfte müssen für ihre Arbeit durch geeignete Fort- und Weiterbildungen qualifiziert sein.

31. Suchthilfe wahrt Chancengleichheit in allen Angeboten (Managing Diversity, EU-Richtlinien).

Die Orientierung am Individuum erfordert es, die unterschiedlichen Lebenswelten, Erfahrungen und Bedürfnissen von Frauen und Männern, von Menschen unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit, Religion, Alter, Behinderung sowie sexueller Identität zu berücksichtigen. Dies umfasst auch das Angebot zielgruppenspezifischer Maßnahmen.

32. Suchthilfe in einem Einwanderungsland erfordert interkulturelle Kompetenz.

Die Begleitung, Beratung und Behandlung von MigrantInnen mit Suchtproblemen erfordert spezifische, auf die Biographie und kulturellen Hintergründe abgestimmte Angebote und entsprechendes methodisches Handeln. In jeder Region sollten Fachkräfte mit Migrationshintergrund für interkulturelle Suchtarbeit zur Verfügung stehen.

33. Suchthilfe sichert familiengerechte Versorgung.

Um für Mütter und Väter angemessene Begleitung, Beratung oder Behandlung zu gewährleisten, haben Einrichtungen eine familiengerechte Betreuung anzubieten.

34. Kinder suchtkranker Eltern erfahren besondere Aufmerksamkeit.

Der Missbrauch psychoaktiver Substanzen durch Eltern oder Bezugspersonen gefährdet Kinder in der Schwangerschaft und beeinträchtigt sie in ihrer Entwicklung. Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien sind auffallend häufig suchtgefährdet. Die Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe ist unerlässlich.

¶

Juni 2005

Redaktion: Rainer Bathen (DRK), Anabela Dias de Oliveira (akzept), Dr. Raphael Gaßmann (DHS), Jost Leune (fdr), Ingeborg Schlusemann (akzept)

Literatur

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept) (Hg.) (1999): Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. Münster: Selbstverlag., (Materialien; Nr. 3)

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (2000): Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe. Positionspapier 2001. Hamm

Deutsches Rotes Kreuz (Hg.) (1995): Suchtarbeit - eine Aufgabe der sozialen Arbeit. Bonn

Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL (Hg.) (1997): Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe - Schwerpunkt Drogenarbeit.

Geesthacht: Neuland

Gesellschaft zur Förderung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) (2001): Auswertung der Tagung „Fachliche Standards in der Suchthilfe vom 17.-19. Oktober 2000 in Olsberg“

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hg.) (1997): Positionen Diakonischer Suchtkrankenhilfe. Kassel: Nicol-Verlag



Niedrigschwellige Drogenhilfe

Zum Begriff der Akzeptanz und seine Bedeutung für unsere Arbeit.

Akzeptanz, Niedrigschwelligkeit und Suchtbegleitung sind als Trendbegriffe in aller Munde.

Kaum ein Konzept, das auf diesen Begriff verzichten könnte. Modebegriffe, die deutlich machen, daß diese so bezeichneten Dienstleistungen mittlerweile (gefragte) Waren auf dem sozialen Dienstleistungssektor sind. Auf diesem Markt bieten inzwischen sowohl große, vormals ausschließlich abstinenzorientierte Unternehmen, als auch kleine, betroffenennahe Initiativen ihre Version von Niedrigschwelligkeit und Akzeptanz an. Zunächst war „akzeptierende Drogenarbeit“ eher ein Abgrenzungsbegriff einer drogenpolitischen Methode und Gegenbewegung zu einer Praxis der Drogensozialarbeit, die eher „bevormundend“ oder „hochschwellig“ organisiert und praktisch wie ideologisch fast ausnahmslos auf Drogenfreiheit orientiert war.

Alles akzeptieren?

Doch was genau meint der neuerdings in mehreren Bereichen der Sozialarbeit verwendete Begriff der Akzeptanz? Meint Akzeptanz in der Arbeit etwa mit rechtsradikalen, gewaltbereiten Jugendlichen unhinterfragte Billigung? Oder im Drogenbereich Verharmlosung und Gleichgültigkeit gegenüber Abhängigkeit? Zunächst beinhaltet Akzeptanz, daß man, statt eine aus- und abgrenzende Politik zu betreiben, einen Dialog zwischen unterschiedlichen Werten und Lebensstilen anbietet. Erst auf dieser Basis ist ein gegenseitiges Verstehen von grundsätzlich verschiedenen Lebensentwürfen und ihrer persönlichen und sozialen Entstehungsgeschichte möglich.

Für die Menschen, die illegale Drogen nehmen oder nehmen müssen, heißt dies zunächst, daß die Illegalität des Drogengebrauchs die prägende gesellschaftliche Bedingung für ihren Alltag darstellt: Schwarzmarkt, schwankender Reinheitsgehalt der Droge und lebensgefährliche Beimischungen produzieren zum großen Teil erst die Gesundheitsrisiken, die zu minimieren sich die in diesem Heft vorgestellten Angebote zum Ziel gesetzt haben. Die polizeiliche Kontrolltätigkeit wird weiter intensiviert: Das Bundeskriminalamt weist seit Mitte der 80er Jahre eine zunehmende Zahl von polizeilich auffällig gewordenen DrogenkonsumentInnen und -händlern aus: 1994 wurden ca. 187 000 Rauschgiftdelikte registriert - eine stetige Zunahme und Verdreifachung seit 1984. Ein erheblicher Teil ist wegen Cannabiskonsum und -besitz polizeilich auffällig gewordenen (43%). Erhebliche Steigerungsraten wurden bei Delikten in Zusammenhang mit LSD und Amphetaminen festgestellt, während Heroin- und Kokaindelikte relativ konstant blieben. Zusätzlich erfaßt die Polizei die Zahl der sog. Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen, d.h. ausschließlich diejenigen Drogenkonsumenten, die den Strafverfolgungsbehörden erstmals mit dem Gebrauch harter Drogen (Opiate, Kokain und synthetische Drogen) bekannt werden: diese Zahl hat sich seit 1986 auf 1996 ca. 17.000 mehr als vervierfacht.

Rauschgiftdelikte sind Kontrolldelikte, d.h. sie spiegeln die Kontrollintensität der Strafverfolgungsbehörden wieder und nicht unbedingt

die reale Konsumententwicklung. Da es in diesem Bereich naturgemäß keine Anzeigen gibt, ist die Polizei auf intensive Ermittlungen und Informanten angewiesen. Die Zunahme der Zahlen verdeutlicht jedoch die Kontrollintensität, mit der die Strafverfolgungsbehörden versuchen die Konsumenten illegaler Drogen zu erfassen. Dies bedeutet, daß über kurz oder lang die Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit Drogen-erwerb, -besitz und -handel auffällig zu werden, relativ groß ist. Haft, Verfolgung, erzwungene Therapie, Polizeivernehmung - all dies schafft eine soziale Ausgrenzung, die durch Kontaktabbruch von FreundInnen, Bekannten, Familie, PartnerIn oftmals im Kleinen vollzogen wird und gesamtgesellschaftlich eine weitere Gruppe von Randständigen, Ausgegrenzten, Chancenlosen schafft. Diese Ausgrenzungspolitik hat auch Entsolidarisierungseffekte zur Folge: Es macht DrogengebraucherInnen zu Spitzeln der Polizei und Justiz, verhindert gemeinsame politische Artikulation und Aktion, spaltet, schürt Mißtrauen und Angst, fördert Verhöhnung. Dies drückte die Bremer Gefangenenzeitung DISKUS in einem Nachruf auf zwei drogenabhängige Menschen aus, die sich in der Haft das Leben genommen hatten: „Als der Dealer von Wolfgangs Tod erfuhr sagte er nur: „Scheiße, von dem krieg' ich noch zwanzig Mark!“

Was Leben in der Illegalität heißt, läßt sich nur schwer demjenigen vermitteln, der draußen steht. Nackte Zahlen in der täglichen Presse über die hohe Ansteckungsrate mit dem AIDS-verursachenden HIV-Virus, die Verbreitung von gefährlichen Hepatitisviren, sexuell übertragbaren Krankheiten, Tuberkulose, bakterielle Endokarditis, Nierenerkrankungen oder die Sterberate unter DrogenkonsumentInnen drückt nur sehr unvollkommen aus, was es bedeutet, existentiell bedroht zu sein.

MitarbeiterInnen der akzeptierenden Drogenarbeit haben in ihrer täglichen Arbeit in der Konfrontation mit anderen Lebensstilen zunächst gelernt, genauer hinzusehen, zu differenzieren, das Fixerbild der Medien zu hinterfragen: Sind es tatsächlich die Drogen, die das sichtbare „Drogenelend“ verursachen, oder sind es auch die Folgen eines „Drogenpolitik-Elends“, d.h. eines Teufelskreises aus Kriminalisierung und Verfolgung? In unserer täglichen Arbeit merken wir, daß die durch die Drogenpolitik induzierten Probleme so groß sind, daß sie mögliche Suchtprobleme völlig überlagern. Kaum ein Moment in der Drogenhilfe, der nicht gekennzeichnet wäre von der Arbeit an den Folgen der Illegalität und Verfolgung (Schulden, Lohnpfändung, schlechter gesundheitlicher Status, Notwendigkeit der Haftvermeidung/-entlassung usw.)

Differenziertes Suchtverständnis

Akzeptanz bedeutet aber auch, KonsumentInnen illegaler Drogen, wie im übrigen legaler Drogen auch, nicht von vornherein oder überhaupt als beratungs- und behandlungsbedürftige Objekte „therapeutischer Begierde“ bzw. gesellschaftlicher Straf- und Abgrenzungsbedürfnisse zu betrachten. Dies war und ist z.T. heute noch so: die unselige Verquickung von Strafrecht und Therapie/Beratung hat die Legitimation dafür geliefert, daß der „Zweck“ (Abstinenz) scheinbar alle Mittel heiligt:

Von der Babyphasen-Theorie, in der Sündige ganz von vorn anfangen sollen, bis zu Konfrontationssitzungen in der sog. stationären Langzeittherapie, in der Anwesende hemmungslos auf den zu Therapierenden einschreien durften bis dieser „ganz unten“ war, um fortan wieder neu, mit anderer Orientierung, mit anderen Freunden, mit anderer Kleidung, aufgebaut werden zu können. Ein ganz dunkles Kapitel jüngster Therapie- und Psychatriegeschichte.

Die akzeptierende Drogenarbeit betrachtet Drogenkonsum differenziert als bewußte Konsumententscheidung zum Zwecke des Genusses oder der Selbstmedikation, als Lebensstiläußerung, oder auch als Krankheit, für die es angemessene, d.h. bedürfnisorientierte Hilfen und Therapien geben muß. Die Selbstbestimmung des Einzelnen steht im Vordergrund unserer Drogenhilfe, statt des umarmenden „Wir-wissen-was-für-dich-das-Beste-ist!“ und die fürsorgliche Belagerung. Das heißt für uns Unterstützung von Selbsthilfe: Der Selbsthilfe Raum (und auch Räume) zu geben für ihre Verbraucherschutzmaßnahmen (z.B. bei Partydrogen), politische Artikulation oder praktische Hilfen untereinander. Die Selbstheilungskräfte und die Betroffenenkompetenz sind wichtige Faktoren, die bei der Selbsthilfeförderung unterstützt werden müssen. So können DrogengebraucherInnen verstärkt ihre eigenen politischen Forderungen und praktischen Bedürfnisse formulieren: Emanzipation statt Entmündigung! Das heißt aber nicht, daß professionelle Hilfe überflüssig geworden wäre. Sie ist überall dort gefragt, wo Kenntnisse und Fähigkeiten verlangt werden, die in der Selbsthilfe nicht oder nicht ohne weiteres vorhanden sind oder allgemein etwas mehr Distanz erfordern.

Akzeptanz heißt auch, daß wir die drogenpolitische Dominanz der Repression, wie etwa die allorts zu beobachtende „Zerschlagung“ der offenen Drogenszene, die „Auflösung“ des Drogenstrichs, öffentlich thematisieren und auf die gesundheitlichen Risiken und sozialen Folgen hinweisen.

Die ordnungspolitisch orientierte kommunale Umgangsweise mit der „offenen Szene“ ignoriert in der Regel völlig, daß DrogenkonsumentInnen, vor allem die, die relativ verelendet sind, einen Kommunikationsraum brauchen, in dem auch noch gegenseitige Hilfestellungen stattfinden können. Mit dem repressiven Vorgehen gegen Ansammlungen von DrogenkonsumentInnen wird lediglich Sozialkosmetik betrieben. Es gelingt wahrscheinlich nicht einmal, das oft zitierte „subjektive“ Sicherheitsempfinden zu stärken. Zu kraß sichtbar sind in den Großstädten die Folgen der Zerschlagung.

Akzeptierende Drogenarbeit nimmt die Gesundheitsbedürfnisse der DrogenkonsumentInnen ernst. Unter den Bedingungen der Teilprohibition heißt dies, daß die durch Schwarzmarktdrogen und die Illegalität bewirkten Gesundheitsrisiken minimiert werden müssen: Durch „safer-use“, Spritzenaustauschangebote, Druckräume, Wohnraum und

Arbeitsmöglichkeiten ohne Bindung an Abstinenzverhalten. Es geht zunächst darum, nicht mehr rückgängig zu machenden Schädigungen wie z.B. eine HIV-Infektion vermeiden zu helfen.

Verbraucherschutz bedeutet in diesem Zusammenhang, alles zu unternehmen, was die kriminalisierungsbedingten, zusätzlichen Schädigungen vermeiden hilft. Dieses gilt insbesondere für den Strafvollzug, in dem sich etwa 10.000 bis 20.000 drogenabhängige Gefangene befinden, die mit der Inhaftierung einen „Hygienerückfall“ erleben. Seit mehr als zehn Jahren haben sie harm-reduction-Botschaften verinnerlicht und beherzigt und mit der Inhaftierung werden sie aufgefordert, sich von safer-use-Regeln zu verabschieden.

Problembereiche akzeptierender Drogenarbeit „Nur Hilfe hilft!“ - Hilft nur Hilfe?

„Nur Hilfe hilft!“ stand auf einem Flugblatt der Frankfurter AIDS-Hilfe. Wirklich? Muß der oben beschriebene Weg des Dialogs als Methode akzeptierender Drogenarbeit sich nicht auch beziehen auf den Dialog mit AnwohnerInnen, Schulkindern, Polizei, Justiz und Politik? Um kommunalpolitische Zuspitzungen aufzulösen hilft nur eine Präsenz akzeptierender Drogenarbeit an Runden Tischen, um - gemeinsam mit user-Gruppen - für menschenwürdige Drogenpolitik zu argumentieren.

Daß Ordnungspolitik und Gesundheitspolitik nicht nur Gegensätze sein müssen, zeigen konzeptionelle Überlegungen von akzept-Vereinen vor Ort: „Utrechter-Modell“-Diskussion in Bremen, für bessere Arbeitsbedingungen Beschaffungsprostituierter, „Gesundheitsräume/ Kontaktläden werden ebenfalls beiden Interessen gerecht.

Es geht um die Klärung, daß es weder in der Drogenhilfe noch in der Drogenpolitik einen Königsweg geben darf und darum, die moralische Besetzung und Symbolaufladung traditioneller Drogenpolitik (Dämonisierung der Substanz, Ausländerfeindlichkeit etc.), zu enthüllen.

Chancen und Gefahren einer Professionalisierung

Akzeptierende Drogenarbeit ist als eine politische Bewegung gestartet, die mit praktischen Angeboten überzeugend Lücken im damaligen, eindimensional auf Abstinenz ausgerichteten Drogenhilfesystem, aufgezeigt hat. Heute ist die Praxis akzeptierender Drogenarbeit unter dem Titel „harm-reduction“ als effektive Drogenhilfe anerkannt und mit erheblichen finanziellen Mitteln ausgestattet worden (vor dem Hintergrund eines nur 10jährigen Prozesses gesehen). Mit dieser Entwicklung sind aber auch erhebliche Veränderungs- und Anpassungsleistungen vollbracht worden: vom Geldgeber wird eine bestimmte Versorgungsleistung vor Ort erwartet und abgerechnet - ohne Ideologie und politisches Engagement drumherum. Die MitarbeiterInnen verstehen sich deshalb heute als Profis im Management bestimmter Problemlagen von Randgruppen, d.h. die Nähe zum Klientel entspringt nicht mehr einer selbstverständlichen Haltung, sondern methodischen Überlegungen: Nur indem man Nähe aufbaut, kann man einen Dialog führen. Es ist

folglich ein Professionalisierungs- und in Teilen auch Bürokratisierungsprozeß im Gange - die Entwicklung scheint der der „release“-Bewegung Anfang der 70er Jahre nicht unähnlich zu sein. Neben einem Nutzen birgt dieser Prozeß aber auch die Gefahr einer Versteilungs- und Verengungs- und -stationen einzufordern:

„Als Tiger gesprungen, als Bettvorleger gelandet?“

Mit der Integration der Praxis akzeptierender Drogenarbeit in der Versorgungsstruktur vor Ort, d.h. vor allem mit der ökonomischen Abhängigkeit wird der politische und praktische Handlungsspielraum (der sich ja auch oft im rechtlichen Graubereich befand) immer enger. Dies wird besonders deutlich angesichts der knappen Haushaltsmittel vieler Kommunen, die vielen kleinen Vereinen und ihren MitarbeiterInnen Existenzsorgen bereiten. Vom Geldgeber werden schlicht Versorgungsleistungen in einem bestimmten Umfang gefordert: politische Aktionen, Resolutionen, symbolische Politik gegen das ausgrenzende Betäubungsmittelgesetz sind heute nicht gefragt und scheinen wirtschaftlichen Interessen entgegenzulaufen.

Anzeichen eines „Ruhig-Werdens“ vieler ehemals drogenpolitisch aktiver Vereine im akzept e.V. lassen sich ausmachen: Alle haben verständlicherweise mit sich selbst und der Finanzierung ihrer jedes Jahr aufs Neue zu beantragenden Zuwendungen zu kämpfen, aber deshalb immer weniger Zeit, für und mit den Betroffenen für eine andere Drogenpolitik zu arbeiten. Diese Gefahr besteht und wir tun gut daran, uns wieder um gut analysierte drogenpolitische Alternativen zu kümmern und rechtliche Grenzen zu überschreiten, die ein überkommenes Verbotssystem als überfällig und abschaffbar verdeutlicht

Qualitätssicherung

Je mehr die Praxis akzeptierender Drogenarbeit eine Ware wird, um so stärker sind wir gezwungen, uns dieser Herausforderung professionell zu stellen, d.h. vor allem mit Überlegungen zur Fachlichkeit unserer Arbeit. Wir haben dies bereits anhand der stark nachgefragten „Leitlinien für die psycho-soziale Begleitung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung“ (1995) und der „Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit“ (1999) getan und werden diese Qualitätssicherungsarbeit vertiefen.

Was ist zu tun?

Gegen die soziale Ausgrenzung vieler DrogenkonsumentInnen schließlich muß eine auf Integration zielende Drogenpolitik entworfen und schrittweise auf kommunaler und nationaler Ebene durchgesetzt werden. Auf kommunaler Ebene bedeutet dies vor allem, daß die Regelversorgungsdienste auch wieder Drogenabhängigen zugänglich gemacht werden. Denn überall wurden und werden Sonder- und Spezialdienste geschaffen, die sich nur mit DrogenkonsumentInnen beschäftigen

soll(t)en: Sonderbesuchszeiten für MethadonnehmerInnen beim Arzt, Sonderdienste „Spritzenabgabe“ und Sonderambulanz, weil sich ApothekerInnen und ÄrztInnen weigern, Drogenabhängige angemessen oder überhaupt zu behandeln - all dies schafft eine Sonderwirklichkeit für DrogengebraucherInnen, die eine soziale Ausgrenzung weiter verstärkt.

Aber inwieweit ist die Praxis der akzeptierenden Drogenarbeit selbst am Erhalt von Sonderwirklichkeiten beteiligt? Gibt es nicht auch im Bereich der niedrigschwelligen Drogenarbeit Extra-Versorgungsstrukturen die vom Regelversorgungssystem übernommen, ggf. sogar besser gemacht werden könnten? Z.B. Spritzentausch wäre eigentlich eine Aufgabe der Apotheken, die in der Regel viel längere Öffnungszeiten haben und die man auch in die Entsorgung gebrauchter Spritzen einbinden könnte, neben der Spritzenvergabe im Kontaktcafé. Auch in unseren Angeboten besteht die Tendenz, originär in andere Unterstützungssysteme eingebundene Leistungen auch noch in das Drogenhilfesystem zu integrieren: Schuldenregulierung, Arbeits- und Wohnprojekte nur für DrogengebraucherInnen. Integration meint jedoch gerade den gegensätzlichen Weg: gegen eine weitere „Klientelisierung“ der DrogenkonsumentInnen. Zudem müssen Drogenhilfeträger und Selbsthilfeorganisationen gemeinsam die Drogenmythen zerstören (vorverurteilende Sprache, undifferenzierte Begriffe, wirklichkeitsfremde Vorstellung von Entstehung, Verlauf und Beendigung bspw. von Opiatkonsum). Aufklärung vor allem in einer Form von Gemeinwesenarbeit, um gemeinsam mit AnwohnerInnen drogenpolitisch sinnvolle und effektive, dezentrale Hilfseinrichtungen etablieren zu können.

Auf nationaler Ebene wirkt akzeptierende Drogenarbeit darauf hin, das Sonderstrafrecht „Betäubungsmittelgesetz“ abzuschaffen und die entsprechenden Substanzen in die Regelungs- und Kontrollmöglichkeiten bereits vorhandener Gesetze (bspw. Arzneimittelgesetz, Nahrungs- und Bedarfsgegenstandesgesetz) zu integrieren. Das Strafrecht als vermeintlich verhaltenssteuerndes Instrument hat nicht nur versagt, es hat mehr Schaden als Nutzen angerichtet. Die Doppelmoral der Teilprohibition bewirkt fundamental eine Unglaubwürdigkeit des Staates: Gleiches ungleich zu behandeln, enttarnt Drogenpolitik als Willkürpolitik. Deshalb wird die Norm des Drogenverbots ohne Schuldbewußtsein vertreten und hat so den prohibitiven Ansatz schon lange ad absurdum geführt. Vor diesem Hintergrund steht akzept e.V. für eine Normalisierung im gesellschaftlichen Umgang mit der Drogenproblematik und bedürfnisorientierter Angebote für DrogenkonsumentInnen. ¶ www.akzept.org/ziele.html



Süchtig nach dem ersten Mal

Bereits eine einzige Dosis Morphin macht süchtig. Eine neue Studie bestätigt, dass Drogenkonsum bereits in kleinen Mengen und beim ersten Gebrauch die Strukturen im Hirn verändert. Der Drogenkonsument lernt: Drogen sind gut.

Versuche von US-Forschern mit Ratten zeigten, dass schon eine einzige Dosis Morphin ausreicht, um Nervenbahnen zu verändern, wie das Wissenschaftsmagazin «Nature» am Mittwoch berichtete.

Die Veränderungen blieben noch lange erhalten, nachdem die Droge längst ihre Wirkung verloren hatte. Die Studie stütze damit die Annahme, dass Abhängigkeit eine Krankheit sei, die Hirn-Mechanismen des Lernens und der Erinnerung neu gestalte, sagte eine Autorin der Studie. Das Ergebnis erkläre auch, warum Drogenabhängige noch Jahre, nachdem sie «clean» geworden seien, unter Entzugserscheinungen litten. Die Wissenschaftler der Brown University in Providence im US-Bundesstaat Rhode Island hatten das Funktionieren von Synapsen untersucht, den Verbindungsstellen zwischen Hirnzellen. Sie stellten fest, dass erregende Synapsen den Ausstoss von Chemikalien wie Dopamin, das Glücksgefühle auslöst, erhöhen. Hemmende Synapsen können den Chemikalienfluss dagegen verhindern.

Lernen wirkt für die Synapsen stimulierend, da der Ausstoss von Dopamin einen Anreiz schafft, mehr zu lernen. Derselbe Mechanismus wird aber gefährlich, wenn Drogen wie Heroin oder Kokain genommen werden, die eine ähnliche Reaktion erzeugen.

Unter dieser Annahme sei «Abhängigkeit eine Form von krankhaftem Lernen», sagte eine Wissenschaftlerin. Denn das Gehirn schaffe ein Belohnungssystem für etwas, das für den Körper schädlich sei. ¶
www.20min.ch/news/kreuz_und_quer/story/18209702



Die Zielgruppe

Das Projekt LÜSA richtet sich mit den Wiedereingliederungshilfeangeboten an die Zielgruppe: Menschen mit jahrzehntelangen polytoxischen chronifizierten Suchtverläufen mit insbesondere illegalisierten Drogen (weit über 70 % von ihnen sind älter als 40 Jahre).

Die körperlichen und seelischen Erkrankungen, die Armut, die langjährig prekären Wohnsituationen, die Verfolgung, die Entwurzelung, die soziale Isolation haben zu schweren Beeinträchtigungen der Fähigkeit, sozial eingegliedert zu leben und für sich selbst sorgen zu können.



Tja, so begann für viele heute über 40jährige der Prozeß des „Erwachsenwerdens“.

Natürlicher Weise wollten sie als junge Menschen sich ausprobieren, Grenzen antesten und überschreiten, eigene Entwürfe probieren – dies betraf die Sicht der Welt, politische Haltungen, Rollenmuster, die Mode, die Frisur und halt die Erfahrung mit Drogen, den illegalen Substanzen und nicht mit Alkohol - der Droge ihrer Eltern:

- sehr viele entwickelten conträre, Lebensentwürfe zu ihren Eltern „wilde Ehe“, Kinderläden, Bürgerinitiativen, Wohngemeinschaften,
- sehr viele probierten nur ein Mal eine illegale Substanz,
- viele engagierten sich politisch,
- viele probierten häufiger und mehrere Substanzen,
- einige radikalisierten sich – „RAF/deutscher Herbst“
- viele konsumierten regelmäßig,
- alle Drogen-KonsumentInnen wurden kriminalisiert,
- viele beteiligten sich an Großdemonstrationen, Bürgerrechtinitiativen,
- einige wurden süchtig,
- viele verloren ihre Wurzeln,
- einige wurden Hausbesetzer,
- wenige machten politisch Karriere – wurden gar Minister,
- wenige blieben süchtig – sind heute chronisch abhängig



„Chronisch mehrfach schwerstgeschädigt“

- was heißt das eigentlich?

Das heißt:

langjährige Drogenabhängigkeit „vom Herointyp“, mittelweile Polytoxikomanie, viel „Knast“- und Psychiatrie-erfahrung, vielfach schwere Erkrankungen, die auf die jahrzentelangen Lebensbedingungen als Drogenkonsument zurückzuführen sind (wie HIV/AIDS, Hepatiden, Leberzirrhose, Venenerkrankungen, Hirnorganisches Psychosyndrom, schwere seelische Erkrankungen, Entwurzelung und Verelendungserfahrungen und mittlerweile leider auch oft amputierte Beine und und und). Deshalb ist diese Zielgruppe der langjährigste Beleg für das Versagen einer Drogenpolitik, die bis in die 80er Jahre hinein Ideologie vor Menschen stellte.

Die Zielgruppe – die nach wie vor schwierige!

Der Ansturm der Anmeldungen ist unverändert. Nach wie vor arbeiten wir mit Wartelisten.

Wir haben über 310 Menschen für eine Zeit ein Zuhause geboten:

Sie haben dieses Angebot auf dem Hintergrund ihrer individuellen Situation sehr unterschiedlich genutzt. Gemein war/ist ihnen, dass sie in der Regel über 30 Jahre alt und langjährig drogenabhängig sind.

Von Beginn an haben wir die BewohnerInnen eingebunden, ihre Meinung und Vorschläge angehört und versucht umzusetzen, sie um ihre Erfahrung gefragt, mit ihnen probiert, verworfen, neu versucht. Wir haben uns erfolgreich gegen alle Versuche auch der KlientInnen gewehrt einen dicken Regel- und Sanktionskatalog aufzustellen und auch und der Versuchung widerstanden jedEn „gleich zu behandeln“.

Aus der Rückschau würde das Team die immerwährenden und unendlichen Diskussionen mit BewohnerInnen um die Begründbarkeit von Einzelfallregelungen, als anstrengendsten aber auch lehrreichsten Arbeitsbereich bezeichnen.

BewohnerInnen über sich

Gedanken über :

Deutschland „Deine Drogenpolitik“

von S. F. (LÜSA-Bewohner)

Eine Kneipe in Oberbayern. Stammtisch.

Die Zeiger der Uhr zeigen, es ist weit nach Mitternacht. Die Männerrunde ist enthemmt "...die Merkel ist doch viel zu lasch," sagt einer. Zustimmendes Gegröle,...härter ran gehen, die Zügel straffen, was man sich sogar von den Polen gefallen lassen müsse...und sowieso, die Ausländer bringen uns ihre Drogen ins Land und töten unsere Kinder...letzte Woche haben sie drüben in ...Ort den Sohn vom Sensejupp tot aufgefunden mit ner, Spritze im Arm... die Drogen ham ihm die „Polacken“ verkauft....!“ „Mist“ sagt ein anderer „ich spendier ne' Trauerrunde...Ober, n' Pils und n` Korn für alle“

Hm, was will der Autor uns hiermit sagen? Auch andere Fragen stellen sich: Hätten Merkel oder der Möchtegern-Sozi Schröder mit getrauert? In flüssig? Hier maß sich der Autor an, die Frage mit „ja“ zu beantworten. Sie hätten Bier, Wein und Korn gesoffen, aus Trauer um den Tod des Jungen der an Heroin verstorben ist. Wär` doch mal cool gewesen wenn ne Leber mit am Tisch gesessen hätte. Hätte sie auch getrunken? Der Autor sagt, „...die Leber wäre heute tot!“

Geplatzt vor Wut ob der Arro- und Ignoranz der Männer am Tisch.

Nun, es geht dabei um die oft gehörte und (vom Stammtisch) häufig überhörte Meinung/Wahrheit auch Alkohol sei eine (hier sagt der Autor/aus eigener Erfahrung: sogar die gefährlichere!) Droge.

Nee, auf die Zigarren und Zigaretten der Trinker will ich getz gar nicht eingehen (Tip: man schaue sich eine Statistik über Tod durch Rauchen, Alkohol-Trinken und illegale Drogen an...Na ...gemerkt?)

Doch warum ist das so? Warum werden manche Drogen geduldet, andere verflucht und verboten? Was gäbe es für Alternativen?

Ausdrücklich hingewiesen sei der geneigte Leser, dass hier lediglich die Meinung des Autors wieder gegeben wird, keine allgemein gültige –Meinung?! ,wohl auch nicht die totale Wahrheit, aber doch das subjektive Empfinden eines Betroffenen.

Wenn ich den Hauptgrund höre, weshalb denn Alkohol nicht verboten werde, dann wird mir Übel: Tradition, es war schon immer so!?, das Volk würde ein Verbot nicht

akzeptieren! geschweige denn verstehen! Siehe Prohibition in den USA Anfang des letzten Jahrhunderts.

Stimmt wohl auch, sonst wären Leute wie Capone und Konsorten nicht so reich geworden. Aber, wird nicht die Lebensart „Multi- Kulti“ gewünscht, gefördert? Ja, aber... Herr Minister, in vielen Ländern ist doch Alkohol, wegen seiner lebensbedrohlichen Eigenschaften, verboten. Hasch, so weiß ich, ist in anderen Ländern (sogar in Europa) geduldet/erlaubt. Selbst Opium ist in einigen Ländern der Welt, wenn auch nicht erlaubt, so doch geduldet. Ein Opiumraucher, der kann 100 Jahre alt werden, ein Alkoholiker nie und nimmer.

Ist es die deutsche Politik, ist es die deutsche Wirtschaft, die den Konsum von illegalen Drogen verboten halten will?

Es wird oft argumentiert mit gesundheitlichen sowie sozialen Schäden, die der Konsument durch Drogen (mit diesem Wort meine ich im weiteren Bericht nur die Illegalen) erleidet.

Die Kriminalisierung ist ein weiterer oft angeführter Grund.

Für mich grenzt dies an Zynismus. Volltrunken, harmlose Kiffer als kriminell darzustellen! Wer bestimmt denn was kriminell ist?

Die „Nicht- Kiffer“ mit den Glas Wein in der Hand, die Menschen ohne praktische Erfahrung?

Na klar entsteht durch Konsum von illegalen Drogen Kriminalität. Aber doch nur weil das generelle Verbot den eigentlichen Herstellungspreis massiv erhöht.

Der Gebraucher muss auf dem „ Schwarzmarkt“ zigfach überhöhte Preise zahlen

Doch der Preis ergibt sich ja nicht aus Herstellung, Transport.

Die Wahnsinnspreise für Drogen resultieren aus dem Verbot.

Es entsteht ein „Schwarzmarkt“, der durch seine Konspirativität den Preis nach oben schnellen lässt.

Angefangen vom Anbau, Weiterverarbeitung, Verpackung, Transport, Verkauf, jede daran beteiligte Person ist der Gefahr einer Bestrafung ausgesetzt und dieses Risiko will bezahlt sein.

Gewinnspannen von 1000% und mehr sind zu erzielen. Und es sind ja nicht die kleinen Straßenverkäufer die sich den Verdienst einstecken...danach müssten sie das meiste abkriegen denn sie sind es, die hohe Haftstrafen in Kauf nehmen müssen um den eigenen Bedarf ihrer Sucht zu decken und hier und da ein paar gestreckte „Bubbles“ verkaufen. Die „Großen“ kaufen sich frei oder

werden erst gar nicht behelligt denn wo sitzen die denn? Anwälte, Ärzte, Politiker, Richter, Staatsanwälte, Polizisten –geschmiert von den Mafiabossen, an die traut sich kaum jemand heran.

Man könnte jetzt sagen: Weißte was, wir geben das Zeug frei, es darf straffrei verkauft werden. Wir packen ein paar Prozent Steuer drauf, verdienen sogar als Staat noch etwas daran und sind alle glücklich...Doch halt! Wenn 's denn so einfach wäre!
Es ist unbestritten nun auch so, dass Drogen (ebenso auch legale Drogen) gesundheitliche Schäden hervorrufen können.

Ich bin kein Arzt, aber von Lethargie, Psychosen bis hin zu Todesfällen habe auch ich schon gehört, es erlebt, bzw. bei anderen Menschen miterleben müssen.

Also das Motto „wer will, der darf“ funktioniert ebenso wenig wie das jetzige Modell, totales Verbot bei Strafe. Ich habe mich auch schon gefragt, braucht die Gesellschaft uns?

Unbestritten ist das Angebot (in den 90ern) für „Aussteigen –Woller“ größer geworden.

Es gab viele, viele Ansprechpartner für oben genannte. Klar ist da die Hemmschwelle sich zu outen. Doch ist dies ist, meist unfreiwillig durch die Polizei (bei Beschaffungskriminalität, beim Konsum - erwischt werden usw.) vorprogrammiert.

Nun, stellen wir uns eine Welt vor, in der alle Drogen legalisiert sind. Allein die wirtschaftlichen Folgen: Im Knast sitzen mindestens 50% der Leute wegen Drogen-delikte (inkl. Beschaffung, Schmuggel, Verkauf etc.) ein. Was, wenn die Hälfte der Gefängnisse, der Schließer, nicht mehr gebraucht werden? Wenn 50% der Suchtberater, Sozialarbeiter, entsprechende Einrichtungen weg fallen? Wie viele Arbeitslose wären das? Aufklärung, Bildung und Beschäftigung tut Not! Junge Menschen erst gar nicht daran denken zu lassen, wenn ich die Pille jetzt nehme, dann ist mir nicht mehr so langweilig. Meine Sorgen entrücken meiner Sicht.

Ist man einmal drauf, so ist es doch meist zu spät. Wer schafft denn den Ausstieg? Pff! Dann, und das findet der Autor so schlimm, gibt es, wie oben erwähnt zig Einrichtungen, in denen man der Drogen abschwören, sie bekämpfen kann... „Aha, Sie sind jetzt also 25 Jahre drogen-süchtig ?! Na, da bleiben Sie jetzt mal sechs Monate bei uns und dann, schwupps, sind Sie drogenfrei. Klar, einfach wird es nicht, doch Sie schaffen das schon“. Ach, 25 Jahre

Leben als falsch deklarieren?

Nach 6 Monaten reißen sich die Unternehmer um mich? Wow!

Tausend mal erzählt bekommen. 1x, 2x von Hunderten ist es gelungen. Sorry , ich kenne 1! Person, die es zurück in ein „normales“ Leben mit Hilfe einer Therapie geschafft hat (nach dem 3. oder 5. Versuch)

Therapie... sowieso : 1X, 2X oder auch 5X rückfällig werden, und du bist raus. Du hast ja deine Chance nicht genutzt. Falsch!

Jetzt würde ich die Einrichtungen „Kesh“ so wie „LÜSA“ ins Gespräch bringen.

Man bekommt „seine“ Zeit, es wird individuell gearbeitet, eine (2,3,4) echte Chancen. Zwei, doch eigentlich für mein Alter eher EINE Einrichtungen in ganz NRW! (vielleicht schreibe ich dazu auch was)

Teil 2 : Beispiel Substitution

Ich erwähnte, das ca. Anfang der 90er Jahre Therapieeinrichtungen, Drogenbratungen etc. nur so aus dem Boden sprossen. Der Grundgedanke war ja nicht schlecht, (junge) Menschen wieder auf den rechten Pfad zu bringen, ihnen einen Rückweg in die Legalität und die Gesellschaft zu ermöglichen. Auch bekam man, bei festgestellter Abhängigkeit (und erfolgloser Therapie) ein Substitut. Erst Codein, welches meiner Meinung nach noch süchtiger machte und dann gab es Methadon/ Pola und später kamen Methadict und Subutex dazu - diese Ersatzmittel werden bis zum heutigen Tag verordnet.

Einzig, es hat nichts wirklich geholfen.

Natürlich hat es vielen Süchtigen geholfen, in der Art von „nicht mehr stehlen, rauben, tricksen sprich kriminell sein zu müssen um überleben zu können . Doch die allermeisten Abhängigen wurden dadurch in andere Süchte gedrängt. Viele nehmen seit dem zusätzlich andere Mittel, da bei den Substituten der „Kick“ (von Insidern so genannt) fehlt. Man fühlt sich unter einem Substitut normal (sprich es gab keine Entzugserscheinungen und keine Schmerzen wenn man keine Drogen mehr konsumierte etc.) zumindest nach einiger Zeit. Doch genau dieser fehlende „Kick“ lässt viele (ob ich mit 90% zu hoch liege?) zusätzlich andere Stoffe einnehmen die „Kicken“.

Hr. Minister/Fr. Ministerin, zeigen Sie mir doch bitte welcher substituierte Abhängige keinen „Bei-Konsum“ hat. Ich spreche hier von Schlaf-Beruhigungstabletten, Schmerztabletten, oft Kokain, sehr oft Alkohol und all das

„moderne“ im Labor geschaffene Todeszeug wie „Christal-Meth“ (Amphetamine in jeder Form sowieso und ähnliches).

1. Beispiel: Heutige 14-Jährige nehmen schon Extasy, Pep und wie all das Zeug heißt (Ziemlich jung, gell?!) Da hab ich noch Fußball gespielt, für Drogen viel zu jung. Heute ist die Situation doch so: Die Drogengebraucher (ob legal oder illegal) werden immer jünger. Alt-Gebrauchern wird kein wirklicher Ausweg geboten.

So ganz zufällig weiß ich, dass die Jugend von heute z.B. vor Diskotheken, in Cliques, überall wo sich die Jugend trifft, dort auch mit Drogen versorgt wird. Wieso gibt es im „Sozialstaat“ wie Deutschland ja angeblich ist, keine Plätze/Anlaufstellen wo sie ihre Bedürfnisse befriedigen können und dabei gleichzeitig über Drogen aufgeklärt werden.

Der 13-jährige der gerade das erste mal Drogen genommen hat, muß (das hat mir gefehlt) die Konsequenzen nicht nur im Film wie „Christiane F“ sehen können, sondern er sollte statt’n Spielfilm mit Junkies als „Helden“ die Wahrheit gezeigt bekommen.

Von allen sozialen Verlusten bis hin zur Einsamkeit des Abhängigen, angefangen über den täglichen Kampf bis zum totalen gesundheitlichen Verfall, der oft/meist zum Tode führt.

2. Beispiel: Ich behaupte, nach Jahren exzessiven Drogengebrauches ist der Weg zurück in die Gesellschaft versperrt. Hilfen, ob vom LVR (vor einigen Jahren waren Therapielängen von 15-18 Monaten normal, heute werden höchstens noch 6 Monate bezahlt) oder der LWL (auch hier werden Gelder für Drogenhilfen gekürzt, umgeschichtet etc.)

Therapieplätze, Therapeutenplätze, Zuschüsse, alles wird gekürzt. Drogenberatungen werden geschlossen. Dabei wird doch alles schlimmer: Arm wird ärmer, Reich wird reicher. Arm ist hilflos, verzweifelt. Ganze Stadtteile verarmen, keine Arbeit, Sorgen, Langeweile - ja, genau das verführt doch gerade zum Drogenkonsum, erst um sich seelisch zu entlasten, dann der körperlichen u. psychischen Abhängigkeit wegen.

Ist schon Übel, wenn man keine Lobby (und somit auch keine Unterstützung) hat.

In ganz NRW kenne ich zwei Einrichtungen, die sich um Abhängige kümmern, die den von politischen Strategien

beherrschten/ geleiteten Weg des „Wieder aufgenommen werden in die normale Gesellschaft“ nicht geschafft haben. So viele Leute die oft auf der Strasse leben müssen, würden solch ein (in NRW leider einmaliges) Angebot mit Kuschel und großem Dank annehmen. Nur, nee, für so etwas hat Deutschland selten Geld. (Wie Millionen und Abermillionen von Steuergeldern verschwendet werden... dazu gibt es jedes Jahr einen neuen Bericht (Schwarzbuch) – ändern tut sich nichts.

*Also wie soll man die Drogenpolitik Deutschlands kurz beschreiben? Mir kommt es so vor: „Sch... auf Junkies, lass uns noch ne Brücke bauen oder unsere Erträge, Diäten, Gehälter erhöhen oder...oder...
Sauft, raucht, feiert, hebt ab ... wir zählen derweil unsere Toten.*

¶

Mein Name ist Mike!

Zu Anfang meines Textes muß ich sagen das es mir nicht leicht fällt alles so auf den Pin zu bekommen da ich auch vieles vergessen habe.

Nun, wie dem auch sei, legen wir mal los! Ich stamme aus einem gutem Elternhaus, mein Stiefvater war selbstständig meine Mutter eine ganze Zeit Hausfrau bis das meine Geschwister und ich aus dem Hause waren und meine Mutter sich selbstständig gemacht hat mit einer Freundin zusammen (Sonnenstudio).

Seit meinem dreizehnten Lebensjahr war ich so ziemlich auf mich selbst angewiesen so daß ich meine eigenen Wege gegangen bin, viel Sport betrieben habe, Fußball, Schwimmverein, Judo, Kick-Box. Wie dem auch sei, mein Stiefvater zeigte keinerlei Interesse was meine sportlichen Aktivitäten anbelangte.

Im Laufe der Zeit habe ich mich mehr und mehr von allem distanziert bin meine eigenen Wege gegangen, lernte somit Leute kennen die mein weiteres Leben prägen sollten. Natürlich waren all diese Jungs ne Stange älter als ich. Kamen aus Sozialschwachen Familien wo alles drunter und drüber ging. Für mich war das alles natürlich Neuland und somit stellte dies einen gewissen Reiz für mich da.

Ich war nicht auf dem Kopf gefallen und lernte schnell dass man mit einer Portion Intelligenz manchmal „weiter“ kam als mit Muskelkraft. Dies wußte ich zu nutzen, so das sich in Kürze eine kriminelle Gruppe bildete, die auf Diebstahl jeglicher Art, Einbrüche, ja richtige Raubzüge spezialisiert waren und dies in jeglicher Form nutzten, Hauptsache die Kohle stimmte .

Tja und ich war der Jüngste von allen und der Chef, mein Abnehmer für das ganze Diebesgut den kannte ich ganz allein, deshalb habe ich später als man uns alle verhaftete die Höchststrafe erhalten, weil ich den Namen des Hehlers nicht preisgegeben habe.

Meine Jugendstrafe belief sich damals auf vier Jahre und zehn Monate. Jetzt war ich im Knast und ein neues Kapitel meines Lebensabschnittes begann. Im Strafvollzug lernte ich sodann die richtigen Leute kennen, schnell habe ich gelernt mich durchzusetzen, bin somit „sehr gut gefahren“ so das ich niemals Schwierigkeiten hatte mit meinen Mithäftlingen, im Gegenteil ich hatte einen guten Ruf bis heute noch ist dies so geblieben jeder der mich aus dem Knast her kennt.

Nun, im Laufe der Zeit wurde ich dann auch mit Drogen konfrontiert zuerst Hasch, dann Heroin, Pillen ja die ganze Palette. Ich wüßte nicht was ich nicht genommen hätte an Drogen, so drauf bin ich dann auch eingefahren. Dann fing ich während meiner Haftzeit an zu dealen, so dass es „mir prächtig erging“ und ich von dem ganzen Vollzug kaum was mitbekommen habe, wie auch wenn man nur „dicht“ durch den Knastaltag läuft die vielen Jahre. Im Knast hatte ich alle erdenklichen Einlagen, Ausbruch usw., Sicherheitsverlegung, Einzelhaft ach all son Sch... Na ja , die Staatsanwaltschaften und Richter der Höchsten Instanz sagten, dass ich bis Dato eine ziemliche Karriere hingelegt habe. Ich möchte diesbezüglich nichts verschönern oder mich als Held darstellen, wahrlich bin ich nicht stolz darauf auf das was ich alles getan habe. Wie dem auch sei das Leben geht weiter. Nach vielen Rückfällen und Knast bin ich dann auf LÜSA gestoßen. Seit 16 Monaten bin ich ich hier mit meiner Ehefrau. Am Anfang wußten wir gar nicht wo die Glocken hängen zusammen geht es mit uns bergauf, das was wir bis jetzt geschafft haben, das haben wir in fünfzehn Jahren nicht auf die Reihe bekommen, uns geht es Sau gut und ich bin davon überzeugt dass es für mich keine bessere Einrichtung gibt

Mitlerweile sind wir in der Außen-Wohngruppe, haben darauf hingearbeitet, lernen peu a peu wieder auf eigenen Füßen zu stehen und zum Ende des Jahres werden wir uns hoffentlich eine eigene Wohnung zulegen, natürlich hoffen wir von LÜSA weiterbetreut zu werden, denn ohne Hilfe geht es nicht auf alle Fälle nicht sofort. Aber wir sind optimistisch was dieses anbelangt. Hier können wir Arbeiten, im Kreativ-Bereich, Compi-Kurs usw, können viel selbst machen.

Es gibt mehrere Möglichkeiten hier etwas auf die Reihe zu stellen. Meine Frau und ich sind froh das wir hier gelandet sind und stolz darauf was wir bis jetzt erreicht haben.

Wenn ich heute darüber nachdenke und wir diesen Schritt nicht getan hätten, so glaube ich, dass meine Frau und ich uns schon wieder im selben Kreise bewegen würden. Die Sucht bei mir und der Hang zu kriminellen Straftaten haben mein bisheriges Leben voll auf den Kopf gestellt.

Nun, meine Frau und ich denken dass wir auf den richtigen Weg sind und wir auch auf diesen Weg bleiben werden. Wir sind ja immer noch abhängig, aber es macht uns Spaß uns neu zu entdecken ja das Leben neu zu entdecken, wir waren sogar mal mit LÜSA im Theater und letzts in Dorum Kurzurlaub. Dinge die man während der Abhängigkeit verdrängt hat ja fast verlernt hat zu erleben zu genießen. Ich kann nur jedem den RAT geben dass er in dieser Hinsicht etwas für sich tun soll, egal was es ist, Hauptsache ihr tut etwas!

Konzeption

Seit Eröffnung der Einrichtung in 1997 ist die Konzeption kontinuierlich fortgeschrieben und ausdifferenziert worden.

Unverändert geblieben sind die konzeptionellen Grundlagen – unsere „basics“:

- die Niedrigschwelligkeit,
- der lösungsorientierte Ansatz,
- die 4 Angebots-Säulen

(ein Zuhause, Beschäftigung Behandlung, Betreuung)

„Selbst ungesunde Laster bilden Kultur“

EIN GESPRÄCH MIT DETLEF KUHLBRODT

Auf ein paar Zigaretten mit Friedrich Kittler: Deutschlands berühmtester Medientheoretiker über das Rauchen - in Zeiten zunehmender Verächtlichmachungen.

Friedrich Kittler: Als junger Mann hab ich wahnsinnig gerne „Dorian Gray“ gelesen von Oscar Wilde und da steht dieser Satz: „Die Zigarette ist der vollkommene Genuss, weil sie unbefriedigt lässt.“ Das stimmt aber gar nicht, sondern ist aus der Sicht eines Kettenrauchers formuliert. Wenn man viel raucht, lässt die Zigarette unbefriedigt; raucht man aber nur eine, erschlägt sie einen wie jede andere Droge eigentlich auch. Aber im Unterschied zu den anderen Drogen, die verboten sind oder verpönt, war das Zigarettenrauchen eben bis jetzt in der Öffentlichkeit erlaubt und es hing kein Tabu darüber. Vielleicht wird das sehr witzig ab dem 1. Januar, weil die Zigaretten dann so verboten sind, dass sie weniger geraucht werden und wieder mehr als Drogen erfahren werden. Das wäre das einzige Positive, was ich diesem schrecklichen Rauchverbot abgewinnen könnte. Ansonsten sehe ich da überhaupt nichts Positives.

Der gute Gastgeber

Derjenige Freiburger Dozent, dem ich am meisten verdanke, der kürzlich verstorbene Horst Ochse, hatte sich hier in Berlin, als er Professor geworden war, vollkommen zurückgezogen, auch aus privaten Gründen. Er lebte völlig allein, wie alle seine Bücherhelden, nach der Devise: „Gäste empfangen ich frühestens nachts um drei. Am Tag will ich keinen Menschen sehen.“ Und dann kam ich dann, nachts um drei, und musste irgendein Signal pfeifen auf der Straße, mich also quasi akustisch ausweisen. Dann kam er runter und hat die Tür aufgeschlossen und dann kam ich hoch - vier Treppen - und da lag - schon aufgemacht - eine volle Schachtel Benson & Hedges vor dem Sessel, in den er mich hineinbat.

Er hatte also genau überlegt, wie er Kittler empfängt und wusste noch ganz genau, was ich rauche, obgleich wir uns zwanzig Jahre nicht mehr gesehen hatten. Das war eine Form der Höflichkeit, die man mit solchen Gesten herstellt und diese Form der Höflichkeit wird uns jetzt sozusagen - zumindest in der Öffentlichkeit - entwendet.

Die Mischung

Ich muss ja immer meinen Assoziationen hinterherjagen wie andere

Leute ihren Rauchwolken: Gottfried Benn schreibt irgendwo, dass 1913, mit der Camel - Ihrer Zigarettenmarke - die erste Blended-Zigarette auf den Markt gekommen ist. Dass also zum ersten Mal Orient und Okzident in einer einzigen Zigarette zusammengemischt waren. Davor hatte man immer nur entweder Virginia oder Orientzigaretten gehabt.

Griechenland

Ich hab einen Freund, der trinkt keinen Schnaps, sondern nur Wein, und raucht nicht. Weil er sich sagt, die Griechen hatten Wein, aber keinen destillierten Schnaps; die Griechen hatten keinen Tabak, aber verwendeten Opium. Also kann ich durchaus Opium zu mir nehmen, aber keine Zigaretten. Er lehnt die Drogen der Neuzeit ab. Die Neuzeit beruht auf Feuerwaffen, Feuerwasser und Tabak und kandiertem Zucker statt Honig.

Und ich hab mir dann auch überlegt, was ich an meinem Lebensstil ändern müsste, um griechischer zu leben und nicht nur griechisch zu schreiben und griechischen Geist zu zeigen. Und da fiel mir ein, ich könnte doch, Virginiazigaretten und Blended-Zigaretten - also dieses Gemisch aus Orient und Okzident - sein lassen und nur noch Orientzigaretten rauchen. Das wäre doch griechischer, als wenn ich Virginia rauchen würde.

Das Laster

Und jetzt die einsamen Zigaretten. Das einsame Haschisch ist ja auch was ganz anderes, als das Haschisch in der Gruppe, oder der Joint, der, wie der Name schon sagt, verbindet, indem er wandert im Kreis.

Detlef Kuhlbrodt: Mir ist unter cannabisrauchenden Bekannten aufgefallen, dass viele das Tabakrauchen aufgehört haben und nun nur noch pur Gras oder Hasch rauchen.

Friedrich Kittler: Das sollte man festhalten. Wenn man mit dem späten Foucault darangeht, gibt es eine Ethik und Ästhetik der Existenz und dazu würde dann auch gehören, dass ein vernünftiger Haschischraucher oder -esser nicht gleichzeitig Nikotin oder Alkohol dazu nehmen soll. Alle Welt weiß ja, wie ruinös die Vermengung von Drogen sein kann. Die Horrortrips - zumindest in meiner Erfahrung und in meinem Bekanntenkreis - entstehen ja durch wahllose Promiskuität des Einnehmens diverser Drogen gleichzeitig. Man muss sich dem Laster aber auch aufschließen und dieser einen Droge ihr Monopol oder ihre Ehre lassen.

Warum soll ich 70 werden?

Am Sonntag war ich auf einem großen Geburtstagsfest von einer 60- Jährigen. Der extra angemietete Saal stand unter totalem Rauchverbot. Man hätte nur in dem verregneten Hof nach einer dreistöckigen Fahrstuhlfahrt rauchen dürfen. Da hab ich mich beschwert bei der Chefmietlerin dieses Saals. Und dann kam heraus, dass sie selber raucht, das Rauchverbot aber strikt aufrechterhalten müsse, sonst würde der Vermieter - irgendeine Immobilienfirma - sie rausschmeißen.

Dann hat sie sich aber doch erbarmen lassen und draußen am Ende des kalten Flurs ein paar Aschenbecher aufgebaut. Und dann hat eine Frau - aus der besten Hamburger Gesellschaft - so wütend reagiert mit der vollkommen berechtigten Begründung: „Ich möchte rauchen, aber nicht bei minus 3 Grad und irgendwo am Ende des Flurs, sondern ich möchte sitzen, ich möchte ein Glas Wein haben, ich möchte meine Zigarette in Ruhe ausrauchen, ich möchte es warm haben. Ich möchte in Anstand sterben und rauchen.“

Und das hat die Gastgeberin dann überzeugt; wir durften ab zehn Uhr rauchen.

Zug

Ich bin am 3. September von Heidelberg zurückgefahren von einem sehr schönen Kongress. Ich hatte mich noch gar nicht darauf eingestellt, dass man in der Bahn nicht mehr rauchen darf. Und es war grässlich. Und als ich dann feststellte, kurz vor Wolfsburg, dass ich in dem Waggon der 1. Klasse restlos allein war - nachts um elf oder zwölf - da hab ich zwei Zigaretten heimlich geraucht und war richtig glücklich. Und kam mir wieder wie fünfzehn vor. Und die Klimaanlage wirkte so gut, dass man diese Zigarette nach zehn Minuten nicht mehr riechen konnte.

Taxi

Mein Lieblingstaxifahrer erzählte, er mache sich wahnsinnig viele Sorgen um seinen Bruder. Sein Bruder habe in Adlershof eine Kneipe. Und diese Kneipe werde er wohl nach dem Rauchverbot zumachen müssen. Denn - und jetzt kam so eine brillante soziologische Analyse - diese Kneipe hat die Funktion, dass alle, die ab zwölf Bier trinken, weil sie arbeitslos oder verzweifelt oder Hartz-4-Empfänger sind, und dazu eine Zigarette brauchen, weil andernfalls das Bier nicht schmeckt, dass die diese Kneipe und die Intimität der vier Wände brauchen, um vor sich selbst in Anstand ihren Lastern nachzugehen. Und auf dem Dorf Adlershof kein schlechtes Bild von sich abzuliefern.

Er wollte mir also erzählen, die werden sich ab dem 1. Januar als Clochard fühlen, weil sie in der Kneipe nicht mehr rauchen können und damit geht ihnen der letzte Rest von Ehre verloren. Darum geht's eigentlich in dem ganzen Ding und das hat er als Einziger richtig auf den Begriff gebracht.

„Die verlorene Ehre der Raucher“ könnten wir ja Ihren Text nennen.

Klare Worte

Detlef Kuhlbrodt: Nichtraucherorganisationen haben ja inzwischen Denunziationsvordrucke ins Netz gestellt.

Friedrich Kittler: Typisch Nichtraucher! Typisch Moralapostel! Dass Nichtraucher ohne Kopfschmerzen aufwachen wollen, kann ich ja sehr gut verstehen, aber dieses Petzer- und Denunziergehebe, das die Moralseite dieser Welt so mit sich bringt, regt mich wahnsinnig auf.

All diese Anekdoten ranken um das Faktum, dass selbst Laster und ungesunde Tätigkeiten eine Kultur zwischen Menschen ausbilden. ¶
02.01.08 die tageszeitung



Die Aufnahme – oder die Kunst des Vertröstens

In den vergangenen 11 Jahren haben über 300 Aufnahmen im Projekt LÜSA stattgefunden. Einige BewohnerInnen haben einen Aufenthalt im Projekt LÜSA gehabt, andere haben bereits ihren vierten (!!!) absolviert. Doch eines begleitet sie alle: Sie müssen leider warten.

Vielleicht haben die BewerberInnen von ihren Drogenberatern, gesetzlichen Betreuern etc. von uns gehört, vielleicht auch von einem Bekannten, der bereits bei uns gewesen ist. Die größte Anzahl der Bewerber sind sehr bemüht und interessiert daran, im Projekt LÜSA aufgenommen zu werden. Sie kommen zu den Infotermine, hören uns an, beantworten unsere Fragen und stellen uns ihre, machen einen Hausrundgang, schreiben Lebensläufe und Suchtverläufe, füllen mit ihren Vermittlern die benötigten Unterlagen für das Hilfeplanverfahren aus, gehen zum Clearinggespräch, erhalten eine Kostenzusage des Landschaftsverbandes und stehen im regelmäßigen Kontakt mit der Aufnahmeleitung.

Ein wirklich beachtlicher *Aufwand*, besonders wenn man bedenkt, dass alle unsere BewerberInnen und BewohnerInnen krank sind, viele davon schwer.

Doch nach diesem Marathon passiert häufig eines, nämlich nichts. Die versprochene Wartezeit kann von uns leider nicht immer gehalten werden, und das obwohl wir diese schon hoch ansetzen. Die Menschen fangen langsam an zu resignieren. Warum, wo sie doch schon so viel Vorleistung erbracht haben? Oft wollen sie möglichst bald zu uns, Wohnungsverlust droht, vielleicht macht die Justiz Druck, sie vereinsamen immer mehr, der Konsum steigt, die Familie wird ungeduldig, alles Gründe, die wir häufig hören. Doch leider müssen wir sie immer wieder vertrösten.

Eigentlich sollten wir froh darüber sein, zeigt es uns doch, dass die aktuellen BewohnerInnen zufrieden mit ihrem Aufenthalt und dem Angebot des Projekt LÜSA sind – die Haltekraft spiegelt es wieder. Ein Großteil nimmt die verschiedenen aufeinander aufbauenden Angebote, den „klassischen“ Werdegang des Projektes, an: Aufnahme im Haupthaus (bei besonderen Diagnosen steht das Angebot des stationären Einzelwohnens zur Verfügung) mit einer Aufenthaltsdauer bis zu zwei Jahren, und ggf. anschließende Kostenverlängerung und Umzug in die Außenwohngruppe (auch hier ist ggf. eine Verlängerung möglich). Im Anschluß ggf. Entlassung in ein selbstän-

diges Leben mit Unterstützung des „Ambulant betreutes Wohnen“. Schlussendlich bedeutet dieser Verlauf für uns, wenn wir einen BewohnerIn nicht disziplinarisch entlassen oder dieser die Maßnahme abbricht, bleibt er oder sie uns lange erhalten.

Für die Kontinuität unserer Arbeit und den Einzelnen ist das positiv, aber für die Aufnahme ein unplanbarer Faktor.

So sind wir oft Tag für Tag, und Woche für Woche gefordert, all denen die auf der Warteliste stehen Trost und gleichzeitig Hoffnung zu geben.

Noch etwas schwieriger gestaltet sich die Kommunikation mit BewerberInnen aus den verschiedensten Justizvollzugsanstalten (JVA). Es ist nicht der schriftliche Kontakt der Schwierigkeiten bereitet, es sind vor allem die so genannten „Vorführungen“ zu unseren Infotermine.

Die BewerberInnen bzw. Haftinsassen müssen hier noch mehr Geduld aufbringen als unter normalen Umständen. Sie sind von so vielen JVA-internen Gegebenheiten abhängig, auf die sie selbst kaum Einfluß nehmen können.

Das große Warten beginnt - zuerst auf den Termin bei dem Suchtkrankenpfleger bzw. Sozialarbeiter der JVA (das Zustandkommen eines solchen Termins dauert häufig ca. drei Monate). Ist man sich einig, dass eine Perspektive nach dem Haftaufenthalterarbeitet werden soll, wird unser Aufnahmeteam gebeten eine langfristige Einladung zu einem Infogespräch zu schicken. Dies stellt dann häufig die erste Hürde für einen Infotermin dar. Die Fahrdienste der Haftanstalten sind überlastet oder es wird zunächst zurückgestellt, weil der Häftling evtl. noch nicht lange genug einsitzt. Kommt ein Infotermin zustande, weiß man nie, was einen erwartet. Es gibt Häftlinge, die einen Freigang erhalten und alleine kommen, manche kommen mit einem Suchtkrankenhelfer bzw. Sozialarbeiter, andere werden von Justizbeamten in Zivilkleidung begleitet, und dann gibt es Häftlinge, die von uniformierten Beamten in Handschellen vorgeführt werden, welche auch während des Infogesprächs und der Hausführung verschlossen bleiben.

Diese Situation sind für die BewerberInnen belastend und sehr unverständlich - für die LÜSA undankbar. Natürlich sehen sie das Haus und können Fragen zu unseren Angeboten stellen, aber ein offenes Gespräch über den Lebens- bzw. Suchtverlauf, geschweige denn über den Konsum in der JVA ist natürlich nicht möglich.



Eine weitere Hürde bis zur Aufnahme im Projekt LÜSA ist die Erlangung einer Kostenzusage. Zunächst müssen vorab Richter und Staatsanwälte ihre Genehmigung geben, bevor andere Institutionen zum Zuge kommen.

Leider sind hier häufig die Aufgaben in den JVA nicht gut mit den Drogenberatungsstellen, gesetzlichen Betreuern etc. abgestimmt. So gehen oftmals Wochen ins Land bis geklärt ist, wer die Kostenzusage stellt und wer die dafür benötigten Berichte schreibt. Ist dies auf den Weg gebracht, steht man schnell vor der nächsten Herausforderung. Wie kommt der Häftling zum Clearinggespräch? Mit Ausnahmen einiger weniger JVA klappt dies häufig nicht. Somit hat das Projekt LÜSA mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe vereinbart, dass in solchen Fällen die Häftlinge ohne Kostenzusage zu uns kommen können, aber kurz nach der Aufnahme ein Clearinggespräch in Unna haben und nicht in den Städten oder Gemeinden in denen das Hilfeplanverfahren eingeleitet worden ist.

Problematisch sind aber gerade für Menschen aus den JVA unsere langen Wartezeiten und die mangelnde Planbarkeit des Zeitpunktes der Aufnahme, denn verständlicher Weise sind sie besonders auf eine (planbare) Perspektive angewiesen. Wir bemühen uns, ihnen einen möglichst schnellen Termin zu geben, doch auch hier müssen wir leider oft vertrösten, bis es endlich klappt.

Ein wichtiges Ziel für die Zukunft ist das Bemühen um eine bessere Planbarkeit der Aufnahmesituation und damit eine Vermeidung von Warteschleifen, die für alle Seiten unbefriedigend sind.

¶

Stefan Schleking



Aufnahme bei LÜSA

Typischer Ablauf- sehr viele gar nicht so niedrigschwellige Schritte oder der Vorlauf und die ersten 4 Wochen -

..... telefonisch Anfrage,
..... vorläufiger Eintrag in die Warteliste,
..... Bewerbung,
..... Kontakt zur vermittelnden Einrichtung,
..... Aufnahme in die Warteliste,
..... Kontakt zu LÜSA halten,
⌘ LÜSA anrufen und getröstet werden,
..... Info-Termin & Eindruck gewinnen (Katze aus
dem Sack),
⌘ LÜSA anrufen und getröstet werden,
..... Hilfeplanverfahren,
..... Kontakt bis zur Aufnahme,
⌘ LÜSA anrufen und getröstet werden,
..... Clearingsitzung,
..... Erteilung der Kostenzusage,
..... bei den meisten stationäre
(Beigebrauchs-)Entgiftung,
..... Aufnahme,
..... Aufnahme-Vertrag lesen, erklärt bekommen
und unterschreiben,
..... Einzug (Willkommensteller „Süßes zur
Begrüßung“)

Tag 1

Koffer & Kisten tragen und auspacken,
„Safe & Hygiene“-Tasche
Tabak-Leihgabe,
Regelung der Krankenversicherung,
der erste „fünfer“ wird sich geliehen,
1. Nacht und Nacht-Rundgang,
(manchmal geht die/der Neue auch noch mal „feiern“, in
Einzelfällen kann das auch schon mal eine Woche dauern
– insbesondere wenn eine Aufnahme direkt aus der JVA
erfolgte),
Substitutionsvergabe (ab 06.00 Uhr)
und wo steht der Kaffee ?

Tag 2

1. Anfrage nach einem Taschengeld-Vorschuß,
Einrichten im Doppelzimmer,
Anmeldung beim Einwohnermeldeamt,
die MitbewohnerInnen kennenlernen, fast immer kennt
der /die Neue mindestens einEn BewohnerIn, oft über-
nimmt dieseR dann auch die 1. Sightseeing-Tour incl.
Drogenszene,

System LÜSA kennenlernen –

*Wer ist wer? Wie geht was ? Wann ist was? Wo ist was ? Wer
macht was?*

medizinische Eingangsuntersuchung – Hausarzt/substitu-
ierender Arzt,

am 1. Mittwoch nach der Aufnahme wird in der Teamsit-
zung das Einzelbetreuungs-tandem und die Kleingruppe
festgelegt,

am 1. Donnerstag nach der Aufnahme ist die erste Groß-
gruppensitzung. Die Neuaufnahme wird dort auch kurz
vorgestellt/stellt sich selbst vor. Danach hat die/der Neue
auch den 1. Putzbereich zugeteilt bekommen,

bei vielen der 1. Facharztbesuch (HIV-Ambulanz u.ä.),
Kennenlernen des Einzelbetreuers (in der Regel innerhalb
der 1. Woche),
Kennenlernen der Kleingruppe (in der Regel innerhalb
der 1. Woche),
1. Sichtung der Hauptproblemlagen (juristisches, finanzi-
elles),
das 1. Wochenend-Kochen mit der Kleingruppe (in der
Regel in den ersten 2 Wochen),
Unna – die Details kennenlernen,
1. Hausroutine - eigener Putzjob,
1. Möglichkeit zur Teilnahme an einer Freizeitaktion (in der
Regel in den ersten 2 Wochen),
der 1. kleine oder große Versuch das Team zu testen,
*Wie ernst nehmen die sich, nehmen die mich, kann ich die
nehmen?*

bei vielen Ausräumen der letzten Bleibe – in der Regel die
erste große gemeinsame Aktion mit dem Einzelbetreuer,
das wirklich Ankommen & Kennenlernen beginnt,
bei vielen der 1. Beigebrauchsentgiftungsaufenthalt,
1. Antrag auf ein Einzelzimmer – in der Regel noch vor
Ablauf des ersten Monats.

¶

Wir „Lüsiener“

oder auch Blitzeinweisung „so tickt LÜSA“!

Die Philosophie

Unsere BewohnerInnen

- hatten aus ihrer Wahrnehmung viele gute Gründe für ihren Lebensstil,
- erlangten ihre massiven Gesundheitsschädigungen nicht als direkte Folge des Heroinkonsums, sondern durch die Illegalität dieses Stoffes (unhygienische Gebrauchssituation, keine verlässliche Qualität, übertriebene und schwankende Preise, Heimlichkeit beim Gebrauch, Hektik & Stress, Entwurzelungsprozesse durch die Kriminalisierung),
- haben viele Erfahrungen nicht gemacht, die für unsere Lebensbereiche wichtig sind; allerdings haben sie viele gemacht, die wir nicht gemacht haben und vermutlich auch nicht gut aushalten würden,
- hatten in der Zeit, in der sie sich aktiv in der Drogenszene versorgt haben, einen genau so anstrengenden und hektischen Alltag wie ein Manager.
- Die Beurteilung, ob ein Verhalten sinnvoll ist, kann nur auf dem Hintergrund der jeweiligen Anforderungen der konkreten Lebenssituation beurteilt werden, erst dann kann ‚Funktionalität‘ erkannt werden.

ZUHAUSE ZEIT INDIVIDUALITÄT

1. Insbesondere bei traumatisierten KlientInnen ist der Gebrauch von Drogen oft stabilitätsfördernd und schafft die überlebensnotwendige innere Balance (wie ein sicherer Ort, KlientInnen beschreiben es so: „macht Innen warm und stärkt/schützt vor dem Außen“). Heroin wird in diesem Kontext wohl als besonders geeignet empfunden. Dies ist auch in Musiktexten zu finden, da ist Heroin oft weiblich und warm beschrieben, z.B. in „sister morphin“.
2. Wir arbeiten gegenwartsbezogen, weil der Fokus Vergangenheits- bzw. Problemorientierung jede Erzählung die Menschen ihre Traumata immer wieder (neu) erleben lässt.
3. Der Selbstversorgungsansatz/Tagesstruktur ist ein sehr wesentlicher Konzeptbestandteil: Gute und verkaufbare LÜSA-Produkte sind ein wesentlicher Bestandteil des Wiedereingliederungsprozesses, weil sie das Selbstbewusstsein des „Machers“ unmittelbar stärken und weil sie mittelbar dazu beitragen, dass dem Gemeinwesen eine alternative Wahrnehmung auf das Projekt LÜSA und seine NutzerInnen ermöglicht wird: Junkies sind mehr als DrogenkonsumentInnen.
4. Wahlfreiheit ist die erste und wichtigste Voraussetzung für jede Veränderung.
5. (Bei-)Gebrauch ist oft lebensrettend, weil er häufig als Ventil für als unerträglich empfundene Lebenssituationen fungiert! Wir denken, dass dieses Kompensationsmuster vielfach in ihrem Leben Suizidversuche verhindert hat.
6. Der Gebrauch ist nicht das Hauptproblem (jeder ist für seine Leber / Gesundheit selbst verantwortlich), sondern das Verhalten unter (Bei-)Gebrauch!
7. Die ersten 6 Monate sind die wichtigsten, wer diese übersteht, beginnt in der Regel mit tragfähigen Veränderungsschritten.
8. Die Freiheit eines jeden hört da auf, wo sie die Freiheit eines anderen stört! Respekt ist keine Einbahnstrasse oder: Auch wer in unserer Nachbarschaft klaut, fliegt!
9. Veränderungen machen Angst, bewirken auch deshalb Instabilität und sind darum oft ‚kontraproduktiv‘: je langsamer sie vollzogen werden, desto stabiler bleibt das System.
10. Was legal, bezahlbar und sonst wie leistbar ist tun wir für unsere Klientinnen insbesondere in der Ankommphase („Heimischföhl-Zimmerverschönerungsaktionen“, Abschiedswünsche beim Sterben ermöglichen, Besuch des Grabes von wichtigen Angehörigen oder Freunden, nach Kurzschlussreaktionen Bewohnerinnen von der Drogenszene nach Hause zurückholen, Beschäftigungsangebote nach individueller Anforderung schaffen: auch Schlagzeug spielen kann ein erster Schritt zum Ankommen sein)!
11. Kinder gehen vor - immer!
12. Wir sind parteiisch für unsere KlientInnen – außer bei ihren Kindern, da sind wir parteiisch für die Kinder, die Schwäheren!
13. Eine aus unserer Sicht schwierige Beziehung ist besser als gar keine!
14. Junkies haben Rechte und Pflichten wie alle anderen Erwachsenen: nicht mehr und nicht weniger.



15. Innerhalb der Respektwahrungsgrenzen dient das Team den KlientInnen und die Leitung dem Team!
16. Soviel Leitung wie nötig, sowenig wie möglich!
17. Soviel Betreuung wie nötig, sowenig wie möglich!
18. Strukturen sind sinnvolle Arbeitshilfen, sie sind nicht Inhalt oder Selbstzweck!
19. Eine Regel, die keiner mehr erklären kann, muss sofort abgeschafft werden!
20. Wenn von heute auf morgen alle Drogen abgeschafft würden, würde unsere Bankenhauptstadt Frankfurt schließen müssen: Drogengeld ist längst Bestandteil unserer Volkswirtschaft (und nicht nur in Deutschland), wir alle leben auch davon.
21. Wir dulden keine Gewalt! Der Rauswurf ist verbunden mit einem „nevercomeback“, weil Angst für einen traumatisierten Menschen Gift ist und in einer Gemeinschaft das Leben nach den hier beschriebenen Leitgedanken unmöglich macht.

Grundüberzeugungen und Regeln

Sozialverhalten ist für den Einzelnen und die Gemeinschaft wichtiger als die Konsumfrage, nicht der Substanzkonsum, sondern ein risikoreicher Gebrauch ggf. mit Eigen- oder Fremdgefährdung und der damit verbundene Verlust an Selbstbestimmung & Kontrolle stellen das Problem dar.

Chancengleichheit ist nur dann gewahrt, wenn die individuellen Möglichkeiten berücksichtigt werden und nicht, wenn alle das selbe bekommen, müssen, dürfen...

In diesem Sinne erwarten wir Mitwirkung, Drogenabhängige haben Rechte & Pflichten wie andere Erwachsene auch, nicht mehr und nicht weniger - jeder ist für sein/ihr Tun verantwortlich, Drogenkonsum befreit niemanden davon.

Auch deshalb ist LÜSA ein Selbstversorgungshaus mit folgenden Regeln (im Haus):

- **KEINE GEWALT**
- **KEINE WAFFEN**
- **KEINE DEALEREI**
- **KEINE HEHLEREI**
- **KEINE DROGEN (LEGAL/ILLEGAL)**
- **KEIN STEHLEN.**

Wenn Du vor mir stehst und mich ansiehst, was weißt Du von meinen Schmerzen die in mir sind, und was weiß ich von Deinen ? Und wenn ich mich vor Dir niederwerfen würde und weinen, und erzählen, was wüsstest Du von mir mehr als von der Hölle, wenn Dir jemand erzählt, sie ist heiß und fürchterlich.

Schon darum sollten wir Menschen voreinander so ehrfürchtig, so nachdenklich stehen, wie vor dem Eingang der Hölle.

Franz Kafka



LÜSA-Angebote -

Stationär und ambulant

Wohnhilfen

Haupthaus

Unser Haus in der Platanenallee 3 in Unna bietet in einer großen, denkmalgeschützten Jugendstilvilla Platz für 19 Betten (und 1 Krisennotbett) genug Platz, um das Leben über zwei Jahre (= „Lebensabschnitt“) ohne räumliche Enge und dadurch entstehende Konflikte gestalten zu können. Voraussetzungen dafür sind neben genügend Wohnraum (und natürlich ausreichend Personal, s. u.)

- Sport, Kultur und sonstige strukturierte Freizeitangebote,
- Die verkehrsgünstige Lage des Hauses,
- Eine Einbindung in den sozialen Raum. Die intensive Kooperation mit regionalen Einrichtungen der Drogenhilfe, der Wohnraumvermittlung, des Arbeitsmarktes, aber auch vieler weiterer Angebote wie z. B. Vereinen, anderen Beratungsstellen usw. wird angestrebt,
- Außendarstellungsaktionen des Projektes unter der Beteiligung der BewohnerInnen bieten die Möglichkeit zur Eigendarstellung und leisten somit einen Beitrag zu ihrer (Re)Integration,
- ausreichende Gruppen-, Team-, Versorgungs- und Tagesstrukturräume



Stationäre Außenwohngruppe für chronisch mehrfach geschädigte drogenabhängige Menschen

Eine Teilzielgruppe kann, trotz schwieriger Ausgangslage, die Hilfeangebote nutzen und auf gesunde Ressourcen zurückgreifen. Veränderung von Verhaltensmuster stabil umsetzen – sich stabilisieren benötigt die umfassend versorgende vollstationäre Einrichtung so nicht weiter – ein Verbleib in dieser Struktur wäre perspektivisch eher kontraproduktiv.

Auf diesem Hintergrund bieten wir (fußläufig zum Haupt-

haus) eine stationäre Außenwohngruppe mit 4 Plätzen mit von unserem Träger vollständig ausgestattetem Inventar – in einem kleinen Haus zur Miete:

- Äquivalenter Betreuungsschlüssel zum Haupthaus
- Vorhalten der selben Tagesstruktur (Selbstversorgungsansatz/Beschäftigung),
- umfassende Beschäftigungsangebote,
- eigenständiges Gesprächsgruppen- und Einzelbetreuungsmodell,
- 24 Stunden Bereitschaft im Haupthaus (auch Nachts 2 MitarbeiterInnen !)
- Präsenzdienst in der Wohnung (täglich bedarfsorientiert)
- Individuelle paßgenaue Tagesstrukturangebote werden in den Beschäftigungsbereichen/Werkstätten (Druckerei, Holz, Kreativ, Fahrradwerkstatt, „secondhand/Antikladen“, Hausmeister/Renovierungsarbeiten) von LÜSA vorgehalten.

Die Teilnahme an dem Selbstversorgungsansatz ist wie in allen stationären LÜSA Hilfe-Angeboten konzeptionell verpflichtend – in der AWG ist die Teilnahme an der umfassenden Tagesstruktur ebenfalls verpflichtend, wenn nicht eine andere selbst gewählte und gestaltete Tagesstruktur (Schule, Arbeit, Behindertenwerkstatt etc.) vorhanden ist. Mit adäquater Hilfe können die BewohnerInnen geschützt (neue) Wege in die Selbstständigkeit erproben.

Während des Aufenthaltes steht die Vorbereitung auf die Entlassung in selbstständiges Leben/Wohnen (je nach Einzelfall mit oder ohne Angebot von „Ambulant Betreutes Wohnen“) im Vordergrund.

Außenwohngruppen AWG

Betreutes Wohnen ist ein ambulantes Angebot für psychisch kranke Menschen (hier: Teilzielgruppe „chronisch drogenabhängige mit Mehrfachserschädigung“) am Wohnort. Sie haben das Recht auch ambulant optimal versorgt zu werden. Dies ist nur in Kooperation mit allen Leistungsanbietern möglich. Das Betreute Wohnen ist ein Baustein innerhalb der ambulanten Versorgung.

Die Zusammenarbeit mit Fachärzten, dem substituierenden Arzt, medizinischen Diensten, sozialpsychiatrischen Dienst sowie allen relevanten Hilfeeinrichtungen/ Diensten garantiert ein optimales Angebot für chronisch drogenabhängige Menschen mit Mehrfachserschädigungen (CMA). Für die Betreuten übernehmen wir die Koordina-

tionsverantwortung für den Betreuungsplan, auch wenn andere in die ambulanten Maßnahmen einbezogen sind. Die konkrete Betreuung richtet sich nach einem Betreuungsplan, der auf Basis des im Hilfeplanverfahren festgelegten Hilfebedarfs vor jeder Aufnahme mit dem Klienten besprochen und vereinbart wird. Mit Aufnahme in das Betreute Wohnen wird ein Betreuungsprozess eingeleitet, der die Fortschritte des Klienten einbezieht und kontinuierlich aktualisiert wird.

Stationäres dezentrales Einzelwohnen SEWO

Die Praxis der vergangenen Jahre hat ein Phänomen gezeigt, daß für uns schwer handhabbar ist. Ein Teil unserer BewohnerInnen hat eine hohe Unfähigkeit sich mit anderen Menschen und besonders in größeren Gruppen zurecht zu finden und bedarf jedoch gleichzeitig kontinuierliche Strukturen und eines überdurchschnittlich hohen Hilfebedarfs aus unseren klassischen Konzeptbestandteilen. Der offensichtlichen aus unserer Sicht eher wiedereingliederungshemmende Überforderung für die betroffenen Individuen sowie der Konflikt/Störanfälligkeit für die gesamte BewohnerInnengruppe, begegnen wir seit 2001 mit einer Ausdifferenzierung um den Bereich „stationäres Einzelwohnen“. Wir sehen darin eine für die Gesamtzielgruppe sinnvolle Erweiterung unserer konzeptionellen Grenzen.

- psychiatrische Versorgung
- (sucht)medizinische Versorgung
- Betreuungskonstanz
- Betreuungsintensität
- Einzel- und Gruppenarbeit
- Begleitung bei der Regelung sozialer, juristischer Belange
- Unterstützung bei Kontakt/Kommunikation zu ihren Mitmenschen
- Beschäftigungsangebote
- Tagesstruktur
- strukturierte Freizeitangebote
- Regelwerk
- Ruhe



Kurzbeschreibung des Projekts - Konzept Haupthaus

Vorbemerkungen und Danksagung

Generell...

verlaufen die Karrieren Drogenabhängiger höchst unterschiedlich. Keineswegs stimmt ja das öffentlich immer wieder verbreitete Bild, daß Drogenabhängigkeit · durch eine quasi automatische lineare, gleichförmige, „Abwärtskarriere“ gekennzeichnet ist und · bei allen Abhängigen gleiche Interventionspunkte und schritte (im Sinne des „Helfenden Systems“) definiert werden können.

Drogenabhängigkeit ist vielmehr ein Prozeß, der durch vielfältige Aufund Abwärtsbewegungen gekennzeichnet ist (Entwicklung zwischen den Extremen „relative Abstinenz“ einerseits, „starker Kontrollverlust“ andererseits). Wie sich individuell eine solche Drogenkarriere gestaltet, hängt von vielen Faktoren ab, u. a. den persönlichen Ressourcen, die der Konsument mitbringt, den Möglichkeiten, diese zu bewahren und weiter zu entwickeln, fördernden oder hindernden Lebensumgebungen, (gesellschaftlichen) Bedingungen und Interventionen insbesondere muß hier Strafverfolgung und Inhaftierung genannt werden. Auch die Adäquatheit („Paßgenauigkeit“) der Hilfeangebote, die zu einem gegebenen Zeitpunkt zur Verfügung stehen erhalten, bedingen oder zerstören individuelle Ressourcen.

Auf diesem Hintergrund entwickelt sich bei einem bestimmten Prozentsatz der Drogenkonsumenten Drogenabhängigkeit und bei einem Teil dieser Drogenabhängigen entwickelt sich eine „Chronifizierung“ des massiven Suchtverhaltens. Sie vermögen nur noch schwerlich eigene Ressourcen zu mobilisieren, um ihren oft elenden Zustand zu verändern, haben eine resignierte Grundeinstellung, vermögen alternative Ziele und eigenes Handeln nicht mehr in Einklang zu bringen. Sie sind zumindest von den „klassischen“ Angeboten des Hilfesystems kaum noch erreichbar (s. u.). Dieser Zustand der Hilflosigkeit ist oft gekennzeichnet durch

- schwerwiegende psychische Probleme (bis hin zu psychiatrischen Krankheitsbildern)
- massive Erkrankungen (in Folge des Gebrauchs unsteriler Spritzen) z. B. Hep. B, C, HIV/AIDS, andere schwere Erkrankungen, auch in Folge der ruinösen Lebensweise, z. B. durch Unterernährung, allgemein mangelnde Hygiene usw.
- Weitgehendem Verlust von Beziehungs- und Bindungsfähigkeit,
- Arbeits- und Obdachlosigkeit,
- Verlust von sozialer Kompetenz und (Selbst) Kontrolle

(z. B. Kriminalität, dissoziales Verhalten).

Angesichts der beschriebenen vielfältigen Schädigungen und der scheinbaren „Unveränderlichkeit“ ihres suchtgebundenen Lebens wird zutreffend von „chronisch mehrfachgeschädigten Drogenabhängigen“ gesprochen. Wie groß diese Gruppe in einer Region ist, ist schwerlich zu sagen. Fast alle Einrichtungen (DROBSen, Entgiftungen, aber auch Therapien, Übergangswohnheime, Psychiatrien, Arztpraxen) beschreiben, daß sie Drogenabhängige wie oben beschrieben kennen, diese aber kaum erreichen mit den zur Verfügung stehenden Angeboten:

- Sie suchen entgegen der falschen Etikettierung als „Hilferesistente“ immer wieder Hilfe, können ihre Bedürfnisse aber kaum in Handeln umsetzen, sind den Anforderungen der Hilfeeinrichtungen nicht gewachsen und werden von fehlgeschlagenen Versuchen massiv enttäuscht („Fehlzuweisungen“!),
- sie brauchen lange Zeiträume und stabile (Beziehungs) Umgebungen, um minimale Wiedereingliederungsschritte gehen zu können,
- die Arbeit mit ihnen braucht sehr fein und abgestuft dosierte Schritte in der Anspruchsentwicklung, wobei Geduld im Vordergrund stehen muß.

Die Positionierung der Einrichtung...

Das Drogenhilfesystem hat in NRW (und bundesweit) in den letzten Jahren eine beachtliche Differenziertheit erreicht. Ausgehend von dem oben beschriebenen Gebot der Paßgenauigkeit ist ein von Region zu Region unterschiedliches differenziertes Angebot entwickelt worden:

- Stationäre Therapien untergliedert nach verschiedene Zielgruppen und Methoden (Frauen, Jugendliche, ausländische Gruppen, zwischenzeitlich erste Versuche, Methadon & Therapie zu vereinen, gemeindenähe Therapien usw.), pädagogische WG's,
- teilstationäre Therapien,
- verschieden ausgerichtete Zwischenstufen (ÜbergangswG's, Orientierungshäuser z. B.)
- ambulante Therapie(en)
- Substitutionsangebote
- Betreutes Wohnen
- Konsumräume
- Originalstoffvergabe – Erprobungsvorhaben, usw.

Hintergrund dieser Entwicklung ist, daß die Erfolgswahrscheinlichkeit der Hilfsmaßnahmen mit einer großen

Zielgruppengenauigkeit zunimmt. Und da es nicht „die“ Drogenabhängigen gibt, sondern, wie oben beschrieben, höchst unterschiedliche Menschen mit höchst unterschiedlichen Motivationen und Möglichkeiten, kann es auch nicht „die“ Therapie oder Hilfe allgemein geben. Schaut man allerdings genauer hin, so fällt auf, daß „niedrigschwellige“ Einrichtungen, auch und gerade stationäre, immer noch nicht zur Standardversorgung der Suchtkrankenversorgung zählen.

Schon 1991 bemerkt dazu J. SCHACKE¹ :

„In den meisten Gebieten der Bundesrepublik sind viele Einrichtungen einer notwendigen Standardversorgung nicht oder nicht ausreichend vorhanden. Dabei handelt es sich um: Tagesstätten mit niedrigschwelligen Angeboten, teilstationäre Einrichtungen wie Tages- und Nachtkliniken, Übergangs- und Dauerwohnheime, Wohngemeinschaften, Einzelwohnbetreuung, nach Belastbarkeit differenzierte Arbeitsmöglichkeiten und Krisendienste“.

Mit dem Projekt LÜSA wollen wir einen Beitrag dazu leisten, daß wenigstens ein Teil dieser Versorgungsdefizite überwunden wird.

Ohne die tatkräftige Begleitung und Unterstützung vieler Kolleginnen und Kollegen der regionalen und überregionalen Drogenhilfe wäre die Realisierung kaum möglich gewesen. Und ohne die Hilfe des LWL, des MAGS NRW und der Stiftung Wohlfahrtspflege und der AWO Bezirk Westl. Westfalen, sowie engagierten Einzelpersonen aus Politik und Verwaltung in der Region wäre die Realisierung des Projektes nicht gelungen. Ihnen allen gilt unser Dank.

Das Projekt LÜSA im Überblick

1. Die Entstehung / der Hintergrund

Wir beschrieben bereits, daß im abstinenzorientierten „Oberbau“ der Drogenhilfe mittlerweile in NRW genügend Plätze zur Verfügung stehen und auch eine konzeptionelle Differenzierung der Angebote Fortschritte gemacht hat (Lang- und Kurzzeittherapien, Gemeindeförderung, Frauentherapien, usw.).

Im niedrigschwelligen „Unterbau“ fehlten 1996 – das Jahr der Beantragung des LÜSALandesmodellprojektes aber noch weitgehend stationäre Angebote (das einzige landesweit war das „KESH“ in Hamm mit 13 Plätzen !) im Vergleich dazu betrug die Therapiebettenzahl allein im Großraum Dortmund weit über 100.

Diese Disproportionalität wäre dann zu erklären, wenn die Nachfrage diese ungleichgewichtige Entwicklung be-

dingen würde. Die konkrete Arbeit jedoch belegt, daß die Zielgruppe(n), die die Weiterentwicklung der Drogenhilfe im suchtbegleitenden, niedrigschwelligen stationären Bereich im Auge haben muß, groß ist und beständig wächst. Berichte dazu:

- Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation berichten, daß sie angesteuert werden von Menschen, denen selbst die minimalen Ansprüche an Struktur, Disziplin und Motivation fehlen. Sie kommen mangels Alternativen – häufig auch mit juristischem Druck (§ 35 BtmG) und brechen meist sehr schnell wieder ab.
- Niedergelassene Ärzte berichten, daß sie aufgesucht werden von Drogenabhängigen, die sich „von der Drogenhilfe im Stich gelassen fühlen“.

Die Ärzte wiederum machen dann im Rahmen von Substitutionsbehandlung mitunter die Erfahrung, daß bei bestimmten sehr deprivierten („schwierigen“) KlientInnen die Drogenhilfe wiederum sie „im Stich läßt“,

- Psychiatrien berichten von „DrehtürpatientInnen“, die immer wieder kommen und nach der meist viel zu kurzen! Behandlungsdauer in die gleiche instabile Lebenssituation entlassen werden.

Auch deren Diagnose, daß zumindest bei einem Teil der KlientInnen die psychiatrischen Störungen medikamentös behandelt werden sollten, scheitert bei der hier angesprochenen Gruppe der schwerstgestörten Chroniker daran, daß ihre Lebensbedingungen „draußen“ eine solche Behandlung gar nicht zulassen. Also „behandeln“ sie sich selber weiter mit massivem und unkontrolliertem (Bei) gebrauch von auf dem Schwarzmarkt und anderswo erhältlichen Medikamenten. Diese chaotische Mehrfachvergiftung wiederum verursacht Überdosierungen, gesundheitliche Komplikationen und hat schwere Rückwirkungen auf ihre psychische Entwicklung ein Teufelskreis.

- KollegInnen aus niedrigschwelligen Einrichtungen wie z. B. Kontaktläden berichten von einer großen Zahl von KlientInnen, die massiven politoxikomanen Konsum verschiedener Mittel (ohne oder neben der Substitutionsbehandlung!) haben, so daß Vermittlungen in Entgiftungen allein schon aus dem Blickwinkel purer Lebensrettung angezeigt sind mit allerdings dem gravierenden Nachteil, daß die maximale Verweildauer dort nicht annähernd reichen kann, Verhaltensänderungen zu initiieren oder gar zu stabilisieren. ➡

- Auch die KollegInnen aus den wenigen suchtbegleitenden stationären Einrichtungen beschreiben, daß sie nicht (mehr) in der Lage sind, bestimmte Zielgruppen aufzunehmen (z. B. solche mit psychiatrischen Grunderkrankungen, pflegebedürftige Drogenabhängige) und für die schwerstgestörten Menschen kaum in der Lage sind, in der vorgesehenen kurzen Aufenthaltszeit – auch mangels entsprechender Strukturen - die notwendige Stabilisierung anzubieten.
- Wie oben beschrieben bringen die vermittelnden Einrichtungen der Drogenhilfe andererseits diese wenigen Einrichtungen immer wieder in die Rolle von „Auffangeinrichtungen“ keineswegs, weil dies die konzeptionelle Grundorientierung der Einrichtung wäre, sondern einfach nur aus Mangel an Alternativen („wohin denn sonst, wenn nicht zu Euch? Es gibt doch nichts anderes...“).

Die beschriebenen Punkte legen es nahe, daß es wenig „abzugrenzen“ gab und gibt, da es faktisch im niedrigschwelligen, suchtbegleitenden stationären Bereich kaum vergleichbaren Angebote für drogenabhängige Menschen gibt.

Auf diesem Hintergrund begann im Großraum Dortmund Anfang 1995 eine Arbeitsgruppe aus langjährigen PraktikerInnen der Drogenhilfe, die regionalen Wohnmöglichkeiten für Drogenabhängige zu erheben. Es wurde rasch klar, daß im Bereich der langfristigen stationären Stützungs- und Wiedereingliederungsmöglichkeiten ein eklatanter Angebotsmangel herrschte. Eine Konkretisierung dieses „Verdachts“ im Rahmen von Gesprächen im „Hagen-Dortmunder Verbunds“ (HDV) ergab, daß eine nicht unbeträchtliche Anzahl von drogenabhängigen KlientInnen bekannt ist, die

- von stationären Einrichtungen der Rehabilitation nicht (mehr) erreicht werden,
- arbeits- und obdachlos sind,
- gesundheitlich geschädigt sind – häufig mit geringer Lebenserwartung
- häufig sog. „Doppeldiagnosen“ im psychiatrischen Bereich aufweisen,
- Beratungsstellen nicht oder selten aufsuchen mangels paßgenauer Angebote,

Diese schwerstabhängigen Chroniker bedürfen so übereinstimmend die Meinung nicht nur im ambulanten oder Übergangsbereich niedrigschwelliger Hilfsangebote,

sondern auch im stationären Bereich. Hier schien uns der Mangel an langfristigen Wohn- und Wiedereingliederungsangeboten besonders gravierend. Auffallend in diesem Kontext, daß im Bereich der Hilfen für chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholranke solche Angebote seit vielen Jahren Realität sind bei Drogenabhängigen aber völlig fehlten!

Nach längeren Diskussionen u. a. auch im HDV entschlossen wir uns, das Langzeit-Wohnprojekt bei einem neuen Träger anzusiedeln: Der „VFWD e.V.“, Unna, gründete sich als Trägerverein einer solchen Einrichtung im Großraum Dortmund. Er besteht aus langjährigen MitarbeiterInnen der regionalen Drogenhilfe und versteht sich als Bestandteil des regionalen Verbunds der verschiedenen Drogenhilfeeinrichtungen. Der VFWD ist korporatives Mitglied der AWO, Bezirk Westliches Westfalen.

2. Arbeitsansätze...

Die Konzeption von LÜSA richtet sich an Drogenabhängige, die eine langfristige geschützte Wohn- und Lebensperspektive brauchen, um in ein problembewußtes, eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zurückzufinden.

Eine besondere KlientInnen-Gruppe darunter sind die RückkehrerInnen aus den Niederlanden/Amsterdam. Nicht alle dieser Menschen finden in dem deutlich anders aufgebauten Angebot des KESH, Hamm, eine zureichende Perspektive, und andere stationäre Wiedereingliederungsangebote existieren zur Zeit für sie nicht. Auf der Ebene der Ausdifferenzierung von Behandlungskonzepten können Punkte benannt werden wie:

- Vermeidung von suchttypischem konfrontativem Vorgehen,
- Betonung von lebenspraktischen Hilfen (keine „Therapeutisierung“ der Hilfen, die gerade von der angesprochenen Klientel gescheut wird) als Voraussetzung für das (Wieder)erlernen von Selbstversorgung,
- „akzeptierender“, möglichst sanktionsarmer Umgang mit den KlientInnen,
- eine stabile Substitutionsbehandlung,
- Abstinenz auch vom Beigebrauch! nicht als Eingangsgebot, sondern wenn als ein schrittweise zu erreichendes Ziel,
- Umgang mit Rückfällen, Entwicklung von Rückfallvermeidungsmodellen,
- Geduld und **Zeit genug**, eine kontinuierliche, tragfähige therapeutische Beziehung aufbauen zu können²



Der Aufenthalt bei LÜSA ist in der Regel auf maximal zwei Jahre konzipiert, begründete Einzelfälle können im Rahmen des individuellen Hilfeplanverfahrens die Kostenzusage verlängern.

2.1. Die Zielgruppen und der Einzugsbereich

LÜSA richtet sich an:

Schwerstabhängige Chroniker beiderlei Geschlechts, die von anderen stationären Angeboten der Drogenhilfe nicht (mehr) erreicht werden.

Drogenabhängige mit „Doppeldiagnosen“, sofern ihre psychische Störung das Leben in einer solchen Gemeinschaft nicht ausschließt. Eine enge Kooperation mit psychiatrischen Kliniken und niedergelassenen Psychiatern wird deshalb angestrebt.

RückkehrerInnen aus den Niederlanden, sofern sie zu den oben genannten Gruppen zählen.

(Chronisch) kranke Drogenabhängige, sofern ihre Erkrankung nicht (mehr) der stationären Krankenhausbehandlung bedarf, einen stationären Behandlungs- und Betreuungsrahmen aber noch langfristig erforderlich macht.

Die Praktiker der regionalen Drogenhilfe (u. a. im Hagen-Dortmunder Verbund) waren sich in 1996 darüber einig, daß die hier angesprochenen Gruppen im Großraum Dortmund groß genug sind, 19 Plätze in einer entsprechenden Langzeitwohneinrichtung dauerhaft zu belegen. Wegen der Einmaligkeit der Einrichtung sollte andererseits der Einzugsbereich Westl. Westfalen angesteuert werden.

Von Beginn an wurde das Projekt LÜSA betrachtet als Basis für die Weiterentwicklung optimaler Paßgenauigkeit und Differenzierung der Wohn-Hilfen (Außenwohngruppen/dezentrales Einzelwohnen, Ambulant Betreutes Wohnen) sowie den Aufbau von Entlohnten und Nichtentlohnten Beschäftigungsmöglichkeiten.

2.2. Die Praxis

Jeder BewohnerIn hat einen EinzelbetreuerIn, der ihn über die gesamte Zeit seines Aufenthaltes begleitet. Außerdem sind alle BewohnerInnen des Haupthauses in einer von 3 4 Kleingruppen eingebunden. In den mindestens 1x wöchentlich stattfindenden Sitzungen, haben sie ein Forum, in dem die BewohnerInnen die Möglichkeit haben, über Themenzentriertes, Organisatorisches und über gemeinsame Freizeit nicht nur zu reden, sondern auch aktiv zu gestalten. Bestimmte Aufgaben im Haus, wie

bspws. das Kochen am Wochenende, wird nicht an Einzelne, sondern an die einzelnen Kleingruppen delegiert. Diese sind für die Lösung und Erledigung der zu bewältigenden Aufgaben selbst verantwortlich. Vor der Aufnahme in LÜSA werden die KlientInnen in einer qualifizierten Entgiftung auf Methadon/Polamidon eingestellt und vom Beigebrauch weiterer Substanzen entgiftet werden. Eine eingehende internistische und psychiatrische Diagnostik soll in dieser Zeit stattfinden. Ist aus medizinischer Sicht eine begleitende Medikation notwendig, wird diese hier bereits eingeleitet.

Damit eine adäquate medizinische Versorgung der KlientInnen in LÜSA möglich ist, wird LÜSA begleitet von

- einem Facharzt für Psychiatrie/Neurologie (Einzelfallsupervision)
- einem niedergelassenen Allgemeinmediziner/Internisten (substituierender Arzt)
- einem niedergelassenen Psychiater (behandelnder Psychiater)

Die vom Projekt LÜSA angesprochene Gruppe der schwerstgeschädigten Drogenabhängigen lebt oft jahrelang unter Bedingungen, die sie „normale“ Alltagsbewältigung verlernen ließ: Ein geregelter Tagesablauf einschließlich der Ernährung, der Hygiene, der medizinischen (Vor) Sorge, all' dies ist oft weit in den Hintergrund der Persönlichkeit geraten. Diese Menschen haben oft einen polyvalenten Drogengebrauch (bis hin zur deutlichen Polytoxikomanie), es finden sich psychische Störungen in unterschiedlichen Ausprägung. Ihre Fähigkeit, für sich selber zu sorgen außerhalb des ruinösen Drogenkontextes, ihre Möglichkeiten, sich in Beziehung zu anderen Menschen zu setzen, zu kommunizieren, sind abhanden gekommen. Ohne die überdeckenden Wirkungen verschiedener Drogen sind sie oft verzweifelt, depressiv, antriebs-, mut- und hoffnungslos.

Die konzeptionellen Anforderungen sollen so niedrig wie möglich sein, auch damit sie bleiben. Die Arbeit mit ihnen stellt die Einzelbetreuung stark in den Vordergrund, Gruppenarbeit beschränkt sich auf erlebnisorientierte Arbeit, nicht auf (therapeutische) Veränderung. Die Versorgung findet statt auf der Basis der unterstützten Selbstversorgung (z. B. selber Kochen, unter Begleitung und Anleitung einer Hauswirtschafterin). Ziel ist es, Grundlagen zu schaffen für eine Erholung und eine eigenständige Lebensbewältigung zunächst innerhalb des stark geschützten



Rahmens der Einrichtung. Ohne den zeitstabilen Aufbau von Motivation, Hoffnung, Mut und Perspektive wird die weitere Entwicklung kaum gelingen können.

Schwerpunkte der Arbeit in dieser Phase sind: Betreuung, Genesung, Begleitung und Unterstützung – in Haltekraft wird bewußt investiert. Die hier beschriebenen inhaltlich konzeptionellen Notwendigkeiten und fachlichen Grundüberzeugungen sind mit den Erfordernissen des § 35 BtMG Strafaussetzung zugunsten einer Therapie („Therapie statt Strafe“) nicht vereinbar entsprechend besitzt das Projekt LÜSA keine „Anerkennung nach § 35“.

Eine Veränderung der ausgeprägt komplexen Störungslage und schwierigen Lebenssituation setzt auf Eigenmotivation, erfordert Geduld. Rückfälle in alte Verhaltens- und Konsummuster sowie Rückschritte und Scheitern sind normaler Bestandteil – Druck und Zwang verursachen nur unproduktiven Widerstand und Gegenwehr. Somit ist eine Aufnahme von Menschen mit gerichtlicher Therapie-Auflage nur möglich, falls die Justiz damit einverstanden ist, dass dies ohne Rückmeldepflicht und inhaltliche Berichtspflicht erfolgen kann – nur bei sehr schwierigen in der Regel auch schwer erkrankten Fällen lässt sich die Justiz darauf ein.

3. Das (Haupt) Haus

Unser Haus in der Platanenallee 3 in Unna, bietet in einer großen, denkmalgeschützten Jugendstilvilla, Platz für 19 Betten (und 1 Krisennotbett) genug Platz, um das Leben über zwei Jahre (= „Lebensabschnitt“!) ohne räumliche Enge und dadurch entstehende Konflikte gestalten zu können. Voraussetzungen dafür sind neben genügend Wohnraum (und natürlich ausreichend Personal, s. u.):

- Sport, Kultur, und sonstige strukturierte Freizeitangebote,
- Die verkehrsgünstige Lage des Hauses,
- Eine Einbindung in den sozialen Raum.

Die intensive Kooperation mit regionalen Einrichtungen der Drogenhilfe, der Wohnraumvermittlung, des Arbeitsmarktes, aber auch vieler weiterer Angebote wie z. B. Vereinen, anderen Beratungsstellen usw. wird angestrebt, · Außendarstellungsaktionen des Projektes unter der Beteiligung der BewohnerInnen bieten die Möglichkeit zur Eigendarstellung und leisten somit einen Beitrag zu ihrer (Re)Integration, · ausreichende Gruppen, Team-, Versorgungs- und Tagesstrukturräume.

3. 1. Der Beschäftigungsbereich

Der Verbindlichkeitscharakter der Teilnahme an den Beschäftigungsangeboten ist der individuellen Situation der KlientInnen, ihren Ressourcen und gesundheitlichen Möglichkeiten angepaßt. Es werden folgende Beschäftigungsbereiche vorgehalten:

Hauswirtschaft
Garten,
Holzwerkstatt,
Druckerei,
Kreativwerkstatt (Ergotherapie)
Fahrradwerkstatt
Baby/Kindersecondhand „LÜLa“
Hausmeister/
Renovierungsdienste
Sozialer Kooperationswochenmarktstand „der soziale Wi(e)derstand“
MietBar (SeminarEquipment & Raum)
Antikmarkt (Aufarbeitung & Verkauf antiker Möbel)

Die Beschäftigungen dort haben nicht nur einen abstrakten Beschäftigungscharakter, sondern orientieren sich an konkreten Produkten (Verkauf, Auftragsarbeit, zertifizierte Computerkurse, Haushaltsführung etc.). Ist es gelungen den BewohnerInnen zu mehr Fähigkeiten, den Alltag zu bewältigen, zu verhelfen, haben sie Mut und Perspektiven entwickelt, ihr künftiges Leben zu gestalten, dann kann begonnen werden mit der konkreten Umsetzung der individuellen Perspektive:

für eine schwer betreubare Teilzielgruppe die Nutzung des LÜSA-Angebotes „stationäres Einzelwohnen“
Vermittlung in andere Einrichtungen / Wohngruppen des Hilfesystems,
Entlassung in eigene Wohnungen mit oder ohne dem Hilfeangebot „Ambulant Betreutes Wohnen“,
Umzug in die LÜSA-Aussenwohngruppe
Vermittlung in ein Hospiz
Sterbebegleitung durch LÜSA
Verbleib bei LÜSA (aufgrund div. Störungen ggf. auch dauerhaft)

3. 2. Das „stationäre Einzelwohnen“

Eine Teilzielgruppe zeigt ein Phänomen, das für LÜSA schwer handhabbar ist mehrfachgeschädigte chronisch drogenabhängige Menschen, die (noch) nicht in der Lage sind in den Strukturen sowohl des Haupthauses (dichte Struktur / Heimcharakter) wie der Aussenwohngruppe (zu hohe Selbstständigkeitsanforderungen) zu leben.

Diese Menschen (häufig mit psychotischen Störungen) haben eine hohe Unfähigkeit sich mit anderen Menschen und besonders in größeren Gruppen zurecht zu finden, bedürfen jedoch gleichzeitig kontinuierliche Strukturen und eines überdurchschnittlich hohen Hilfebedarfs – dies alles jedoch mit Ruhe und ausreichendem / geschütztem Rückzugsraum.

Der aus unserer Sicht offensichtlichen eher wiedereingliederungshemmende Überforderung für die betroffenen Individuen sowie der Konflikt/Störanfälligkeit für die gesamte BewohnerInnengruppe, konnten wir mit einem Ausdifferenzierung um den Bereich „stationäres Einzelwohnen“ begegnen.

Struktur (inhaltlich/räumlich)

- 4 Plätze in zwei vollständig ausgestatteten Wohnungen (ca. 5 Minuten fußläufig zum Haupthaus)
- Äquivalenter Betreuungsschlüssel zum Haupthaus
- Vorhalten der selben bindenden Tagesstruktur und Beschäftigungsangebote,
- Tag und Nacht Bereitschaftsdienst im Haupthaus (auch Nachts 2 MitarbeiterInnen !)
- Präsenzdienste in der SEWO-Wohnung (bedarfsorientiert 2 - 4 Std. täglich)

Das stationäre Einzelwohnen ist integraler Bestandteil der Gesamtkonzeption des Projektes LÜSA. Ziel der Betreuung ist, die KlientInnen trotz ihrer verschiedenen oft chronischen Grunderkrankungen stabil einzubinden. Vielfach auch „nur“ in dem Sinn, sie vorzubereiten und zu befähigen an Hilfeangeboten des Regelversorgungssystems teilnehmen zu können.

3.3. Die Außenwohngruppe

Im Vordergrund der Betreuung für die 4 BewohnerInnen steht die „Außenorientierung“ (Orientierung im sozialen Raum), die aber vorläufig das Prinzip des „geschützten Trainings“ verfolgt.

Sie wohnen in einer KleinWG fußläufig zum Haupthaus. Konzeptionell verbindliches Tagesstrukturangebot Beschäftigung in den LÜSAWerkstätten / Arbeitsangebote bzw. in Einzelfällen auch Orientierungstrainings in Betrieben, Vermittlung in Praktika Zusatzarbeitsgelegenheiten „1-Euro-Jobs“, ggf. auch geschützte Arbeitsverhältnisse (z. B. bei der „die Tafel Unna e.V.“, „Werkstatt Unna e.V.“, Sozialkaufhaus „die Mühle“).

Die Arbeit mit den KlientInnen konzentriert sich auf die Ablösung, das Herauswachsen aus dem stationären Rah-

men ggf. mit Überleitung in das Hilfeangebot „Ambulant Betreutes Wohnen“.

Die Einzelbetreuung rückt wieder stärker in den Vordergrund.

3.4. Das „Ambulant Betreute Wohnen“

Die Praxiserfahrung des Projekt LÜSA zeigt eine Teilzielgruppe, die eine weitgehende Stabilisierung erfahren hat, jedoch auf dem Hintergrund der weiterhin vorhandenen Störung mittelfristig nicht in der Lage sein wird, längerfristig gänzlich selbstständig / ohne flankierende Betreuungsmaßnahme zu wohnen/leben.

Diese Menschen haben während ihres Aufenthaltes gute Entwicklungsschritte geleistet und eine Stabilisierung (auch bezüglich ihres Beigebrauchs) erreicht, sind jedoch zu einem selbstständigen Leben ohne ambulante Betreuung (noch) nicht in der Lage.

Der nachgehende Betreuungsansatz stellt folgende Anforderung:

- Gerade im Bereich der KlientInnen mit sog. „Doppeldiagnosen“ muß eine intensive psychiatrische Begleitung und Behandlung zur Verfügung stehen.
- Substitutionsbehandlung und Psychosoziale Begleitung.
- Die Wohnform muß differenziert betrachtet werden, groß und ausreichend genug sein, -Rückzugsmöglichkeiten müssen vorhanden sein.
- Tagesstrukturierende Angebote
- Begleitete und beschützte Beschäftigungsmöglichkeiten in den Arbeitsangeboten des Projektes werden als Bestandteil „nachsorgerischer“ Arbeit vorgehalten werden.
- Die Konzeptionsgestaltung muß die Besonderheiten der Klientel in den Vordergrund stellen.
- Die Betreuungsdauer und Intensität werden gemäß der individuellen Möglichkeiten der KlientInnen im Rahmen des Hilfeplanverfahrens bestimmt.

4. Das Personal

Die Zielgruppen des Projektes bedürfen eines interdisziplinären Teams, damit eine adäquate Betreuung und Begleitung der Komplexität ihrer Problematik gewährleistet werden kann.

Das Team zur Betreuung der 27 stationären Plätze setzt sich wie folgt zusammen: 15 interdisziplinäre Fachdienststellen (Dipl. SozialarbeiterInnen, ExUserInnen, Krankenpflegekräfte, Heilpädagogin, Ergotherapeut), 1 Hauswirtschaftsstelle, 0,5 Verwaltungsstelle sowie 4 ZDL / FSJ,



Honorarkräfte usw.

Die enge und verbindliche Zusammenarbeit mit einem niedergelassenen Arzt sowie einem Psychiater vor Ort ist unerlässlich.

5. Die Finanzierung

Im Rahmen der Leistungen zur Wiedereingliederung behinderter Menschen, gemäß § 53 & 54 SGB XII wurde zwischen dem Kostenträger Landschaftsverband Westfalen-Lippe und dem Träger VFWD e.V. eine Leistungsvereinbarung für das Wiedereingliederungsangebot „Projekt LÜSA“ abgeschlossen, die eine Finanzierung über Pflegesätze ermöglichte.

Die Erbringung der Leistungen wurde (2001 gem. § 93 BSHG) in Leistungstypen und Hilfebedarfsgruppen unterteilt. Die Wohnhilfen sind im LT 19, die Tagesstruktur im LT 23 und LT 24 beschrieben.

Das LÜSA-Konzept sieht Wohnhilfen (LT 19) nur in Kombination mit dem Selbstversorgungsansatz (LT 23) vor. Die umfassendere Tagesstruktur, die das Projekt LÜSA seit 2004 bietet ist im LT 24 beschrieben.

6. Die Kooperation

Unserem Selbstverständnis folgend, Partizipation zu fordern und zu fördern, unseren KlientInnen, da wo ihre Stimme nicht gehört wird eine parteiische Lobby zu sein und der fachlichen Überzeugung, dass (Re)Integration nicht im luftleeren Raum gelingen kann, ein Miteinander Austausch und Kommunikation erfordert kurz Gemeinwesenbestandteil zu sein, arbeiten wir mit allen für die Betreuung der BewohnerInnen erforderlichen Institutionen und Einzelpersonen insbesondere des sozialen und medizinischen Hilfesystems zusammen. Darüber hinaus ist das Projekt LÜSA ständiges Mitglied in folgenden fachlichen, fachpolitischen und politischen Verbänden, Arbeitskreisen und Bündnissen :

Bundesebene

AKZEPT e.V. Bundesverband

Landesebene

Akzept e.V. NRW, JES (Netzwerk Junkies Ex User Substituierte) in NRW, AG DroPo in NRW e.V.,

Regionale Ebene

Hagen Dortmunder Verbund, Arbeitskreis „Rund um die Platte“, Arbeitskreis Frauen und Sucht Kreis Unna, PSAG im Kreis Unna, Kinderschutzbund im Kreis Unna, Verein ProSi im Kreis Unna, Arbeitskreis Migration und Sucht Kreis Unna

Stadt Unna

Soziales Bündnis Unna, Aktionsbündnis „für ein tolerantes Unna“, Kulturzentrum Lindenbrauerei, Regio Team Süd

7. Weiterentwicklung

Im Verlauf der 10jährigen Praxis wurde das Hilfeangebot beständig ausdifferenziert und ausgebaut:

Außenwohngruppe (AWG mit 4 Plätzen),

Stationäres Einzelwohnen (SEWO – 5 Plätze in 3 unterschiedlichen Wohnungen),

Ambulant Betreutes Wohnen (BEWO Fachleistungsstunden),

Beschäftigungsbereich Ergotherapeutisch konzipierter Tagesstrukturangebot (auch für die Nutzer des BEWO)

Das Team des Projektes LÜSA hat im August 1999 eine

InhouseSchulung des FPI „Arbeit mit mehrfachgeschädigten, drogenabhängigen Menschen“ durchgeführt.

Es erschien uns ein fachlich adäquates Vorgehen zur Optimierung unserer Präzision.

copyright, Anabela Dias de Oliveira VFWD e.V., Projekt LÜSA

Entwurf 1996, Überarbeitung 2002, 2004 und 2007

Literatur

¹ SCHACKE, J., Suchtkrankenhilfe, 1991 (PsychiatrieVerlag), S. 361

² vgl.: WESSEL, Th., Im „BermudaDreieck“.

Patienten zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe,

in: INSTITUT FÜR KOMMUNALE PSYCHIATRIE: Auf der Straße leben. Bonn 1996 (PsychiatrieVerlag), S. 88 f.

4 Arbeitssäulen



Ein Zuhause

Ein Menschenrecht: sicher, unterstützend, warm, angenehm mit wohlwollenden Menschen.
Gelingende Haltekraft sehen wir als Qualitätsmerkmal – Anforderung: Verantwortung, Sozialverhalten



Beschäftigung

Tagesstruktur, Selbstversorgung. Beschäftigungsbereiche: Druckerei, Garten, Renovierung, Hauswirtschaft, Holz-, Fahrrad-, Kreativwerkstatt, second-hand-Laden „LÜ-La“, Antikladen, „sozialer Wochenmarktstand“, Freizeitangebote



Behandlung

Substitution, harm reduction, Beigebrauchsminimierung, peergroup-Ansatz, begleitende fachärztliche – auch psychiatrische Behandlung, Ergotherapie, Kooperationsvereinbarungen mit Anbietern von „Qualifizierter Entzugsbehandlung“, Ambulanten Pflegediensten, Wundmanagement und Hospiz



Betreuung

Gegenwartsbezug! Lösungs- statt problemfokussiert. Konstante & kontinuierliche Einzelbetreuung, 24h-Präsenz, themenbezogene Gruppen, Klein-, und Großgruppen, medizinische, juristische und soziale Beratung und im Einzelfall

Begleitung beim Sterben...

Tagesstruktur und Selbstversorgungsansatz

TAGESSTRUKTUR-KONZEPT (LT 24)

Von Beginn an haben wir dem Beschäftigungsbereich als Kernbestandteil der Tagesstruktur eine wesentliche Rolle unserer konzeptionellen Arbeit beigemessen. Der tagesstrukturierende Beschäftigungsbereich stellt neben Wohnen, Behandlung und Betreuung die vierte Arbeitssäule und hat in dem Einrichtungsalltag einen fest verorteten Platz.

Wir sind der Überzeugung, dass eine individuell ausgerichtete sinnhafte Beschäftigung innerhalb einer Tagesstruktur, die auf Konstanz setzt, hoch stabilisierend wirkt und darüber hinaus Fähigkeiten vermittelt und Kompetenzerwerb ermöglicht, der unabdingbar wichtig ist für den Prozeß und das Gelingen von Wiedereingliederung.

Mit Investitionsmitteln des MAGS NRW und der Stiftung Wohlfahrtspflege konnten auf dem LÜSA-Grundstück zwei Werkstätten (Schreinerei, Druckerei) semiprofessionell eingerichtet werden.

In den 8 Jahren Praxis wurde darüber hinaus der Tagesstrukturbereich systematisch ausgebaut:

- Kreativwerkstatt (Ergotherapie)
- Fahrradwerkstatt
- Baby/Kinder-secondhand „LÜ-La“
- Hausmeister-/Renovierungsdienste
- Sozialer Kooperations-Wochenmarktstand „der soziale Wi(e)derstand“
- Miet-Bar (Seminar-Equipment & Raum)
- Antikmarkt (Aufarbeitung & Verkauf antiker Möbel)

Die im Rahmen der Tagesstruktur hergestellten Produkte wie Bio-Holzspielzeug, Kleinmöbel, Papier-/Druckerzeugnisse u.a. werden in unseren eigenen Läden Antikladen, „LÜ-La“, Kooperations-Wochenmarktstand, auf Festen / Basaren / Märkten verkauft.

Die Anforderungen in dem Beschäftigungsangebot entsprechen nicht dem Charakter von Beschäftigungstherapie, diese ist ergotherapeutisch begründet, sondern stellen Ansprüche an Konstanz und Produktqualität – auch ausgerichtet auf Verkaufbarkeit.

Darüber hinaus werden in den Werkstätten Kundenaufträge bearbeitet (Turnhallenbänke für Grundschulen, Equipment für Ergotherapiepraxen, Maßmöbel, Hausmeisterdienst für das Frauenhaus, Druckaufträge z.B. für die Gewerkschaft der Polizei etc.).

Die Produkteinnahmen werden in den Beschäftigungsbereich reinvestiert (Personal/Material).

¶

Der Wert der Beschäftigung

Betrachtet man die unterschiedlichen Bereiche der Beschäftigung im Projekt, stellt man fest, dass alle Bereiche eines gemeinsam haben. Sie haben alle etwas direkt oder indirekt mit dem Ansehen und der Qualität des eigenen Zuhauses zu tun. Jeder einzelne Beschäftigte des Ein-Euro-Jobs trägt, sichtbar für alle anderen Klienten im Haus, mit seiner Arbeitskraft dazu bei, sei es bei der Beschäftigung im Garten, Holzwerkstatt, "LÜ-La"-Laden, Druckerei, Renovierungsscrew, Fahrradwerkstatt und und... Das "Gesehenwerden" in der eigenen Beschäftigung ist wichtig geworden. Dies bezieht sich sowohl auf Mitbewohner als auch auf Mitarbeiter. Hier werden unseres Erachtens wieder in einer neuen "Rolle, als Beschäftigter", positive Erfahrungen erlebbar gemacht. Es gibt Komplimente, das Ansehen in der Gruppe der Klienten steigt, das Selbstbewusstsein wächst usw., was wiederum zu einer gewissen inneren und äußeren Stabilität führt. Der ganz normale Alltag und die Zeit lassen sich nun einfacher strukturieren und gehen subjektiv empfunden, schneller um. Die beschäftigten Bewohner fühlen sich ausgeglichener, die innere und äußere Uhr schlagen eher im gleichen Rhythmus. Die Beschäftigung mit seinen Arbeitszeiten geben Struktur und Sicherheit.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass sich die Auswirkungen der Krankheitsbilder unserer Klienten verändert haben. Die Zunahme von Psychosen ist offensichtlich. Versteht man jetzt z. B. die affektive Psychose, also die manisch-depressive Erkrankung in ihrer monopolen oder bipolaren Form als eine Psychose des Lebenstempo. Die "innere Uhr" schlägt entweder zu schnell (manisch) oder zu langsam (gehemmt, depressiv), wird deutlich, wie wichtig die Beschäftigung als zeitschlagende und strukturgebende Maßnahme für die Klienten sein kann.

Psychische Störungen, hier also auch die Suchterkrankung (insbesondere chronifizierte) sind ja Beziehungsstörungen, die als Stagnation und Rollenfixierung zu sehen sind und die Verwirklichung kreativer Problembewältigung und die Entwicklung neuer Rollen behindern. Deshalb ist es uns u.a. so wichtig, mit unseren Klienten individuell und lösungsorientiert zu arbeiten. Denn hier wird dem u.a. kreativ in neuen oder alten "Rollen" entgegengewirkt. Dies führt u.a. zu verstärkter Emotionalität in den "Rollen". Gefühle werden wieder erweckt und entdeckt. Neue Handlungsmuster werden erprobt. Gesundung und Entwicklung können entstehen.

¶

M.Schleking in 05/2004

Das Angebot kreativ und handwerklich tätig zu sein

Das Angebot kreativ und handwerklich tätig zu sein zählt als einer der Bereiche, die unsere Bewohner im Rahmen der tagesstrukturierenden Maßnahmen nutzen können.

Im Verlauf der letzten fünf Jahre haben wir uns stets weiterentwickelt, das Konzept überarbeitet, Anregungen und Wünsche der Bewohner berücksichtigt und angepasst. Geleitet wird dieser Bereich durch zwei Hauptamtliche Mitarbeiter, Gabi /Heilerziehungspädagogin und Michael /Ergotherapeut sowie diversen Praktikantinnen der Fachakademie für Ergotherapie/Bergkamen und der Westfahlenschule Dortmund. Die Praktikanten sammeln und erwerben Kenntnisse im Rahmen ihrer Ausbildung zum staatlich anerkannten Ergotherapeuten in den Bereichen Arbeitstherapie und Psychosoziale Behandlungsverfahren.

Die Beschäftigung findet am Montag und Dienstag jeweils von 10.00 – 13.00 und 14.00 –16.00, Donnerstag 14.00 – 17.00 sowie am Freitag von 10.00 bis 13.00 Uhr statt.

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass das Angebot im Vormittagsbereich deutlich mehr Anklang findet, was auf die allgemein verbesserte Konzentrations- und Auffassungsfähigkeit in der ersten Tageshälfte zurückzuführen ist.

Die Teilnehmerzahl variiert täglich von 2 bis 10 Personen und ist abhängig vom aktuellen Gesundheitszustand des einzelnen Bewohners. Der physische wie psychische Zustand des Teilnehmers birgt immer wieder neue Herausforderungen. Aufgrund der personalen Unterschiede und auftretende Krankheitssymptome kann nicht ausschließlich mit einer Technik bzw. einem Medium gearbeitet werden. Um dem Einzelnen unterstützend entgegen zu treten arbeiten wir ressourcenorientiert und bieten zahlreiche Medien und Techniken an. Die gleichzeitige Anwendung mehrerer Arbeitsweisen und Methoden verlangt von den Mitarbeitern ein hohes Maß an Flexibilität, Konzentration und Ideenreichtum. Natürlich liegt unser Augenmerk auch auf der Gebräuchlichkeit der produzierten Werkstücke. Zum einen dienen sie zur Dekoration sowie Repräsentation unserer Einrichtung im Rahmen öffentlicher Veranstaltungen, andererseits werden eine Vielzahl dieser Artikel auf verschiedenen Märkten und Basaren zum Verkauf angeboten.

Die Kreativität des Teilnehmers, bzw. das Selbstvertrauen

diese zuzulassen erstreckt sich über eine große Bandbreite. Durch ein jahrelang immer wiederkehrendes Ertragen von Demütigung und Niederlagen ist Anfangs die Motivation neue Tätigkeiten auszuprobieren als sehr gering einzustufen. Gelingt es bei dem Einzelnen durch eine sehr oft niedrige Zielsetzung eigene Erfolgserlebnisse zu erreichen zeigen sich zum Teil auch künstlerische Fähigkeiten.



Beschäftigungsbereich



+++ LÜSA spendet

400 Euro an Kinderschutzbund: Das Projekt LÜSA (LangzeitÜbergangs-Stützungs-Angebot) überreichte einen Scheck von 400 Euro an den Kinderschutzbund. Der Erlös stammte aus Verkäufen von Baby- und Kinderartikeln des Second-Hand-Ladens „LÜ-La“, der dem Projekt LÜSA angeschlossen ist. Auch zukünftig soll ein Teil der Jahreseinnahmen und Erlöse aus anderen Aktionen dem Kinderschutzbund zugute kommen: „Die LÜSAMitarbeiter wollten das Geld bewusst den schwächsten Gliedern der Gesellschaft, den Kindern, zukommen lassen“, so Diplom-Sozialarbeiterin und LÜSA-Leiterin Anabela Dias de Oliveira.+++

Der LÜSA-Laden an der Hertingerstraße konzentriert sich inzwischen auf Kinderbekleidung und -artikel. Die Ware ist überwiegend gespendet, einige Artikel werden auch in Kommission angeboten.



Der Wochenmarkt wird sozial

Neuer Marktstand der Sozialeinrichtungen

UNNA • Lebensmittelhändler beherrschen den Wochenmarkt in Unna. Den ganzen Markt? Nein, eine neuer Anbieter leitet „Widerstand“.

schwierigste Literatur, Spielzeug und anderes zu kommen und Märkten-Arbeitsplätze angeboten“, sagt die Leiterin der Drogenberatung, Einrichtung LÜSA.

Auf diesen Namen haben fünf Sozialeinrichtungen ihren neuen Stand mit Büchern, Kleidung, Spielzeug und hauswirtschaftlichen Produkten getauft. Gestern verkaufte Mitarbeiter Markus Bastigkeit die ersten Gebrauchsgüter in einem provisorischen Zelt, später soll eine leihbare Bude folgen.

„Widerstand“ gegen den Obst- und Gemüsehändler gegenüber wollen die Neuen, indes nicht leisten. Initiatoren Anabela Dias de Oliveira erläuterte bei der Eröffnung den Namen „Widerstand“. „Wir versuchen, gegen den grassierenden Sozialabbau Widerstand zu leisten, indem wir den Betroffenen ermöglichen, an es-

Neben der LÜSA gehören die Aids-Hilfe, das Sozialkathaus „Die Mühle“, die Hilfsorganisation „Tafel Unna“ und das Qualifizierungszentrum Werkstatt Unna zu den Standbetreibern. Unterstützung kommt von der Verbrauchzentrale, die die Wiederverwertung von Gebrauchsgütern fördert.

Mit dem Stand wollen die sozialen Träger ihre Anliegen - von der Verhütung Bedürftiger mit Lebensmitteln bis zur Drogenberatung für Schwermissträcker - bekannt machen. Mitarbeiter Markus Bastigkeit schaffte mit Hilfe der LÜSA den Ausstieg aus dem Drogen-Elend. Als 1-Euro-Jobber fragt er jetzt auf dem Markt: „Was darf's denn sein?“



Markus Bastigkeit und seine Kollegen auf dem gemeinsamen Marktstand von fünf sozialen Trägern. Foto: Grzegorz



Ergotherapeutischer Bericht

Ambulante und stationäre ergotherapeutische Betreuung im Projekt LÜSA

Als anerkanntem Heilmittel wird der Ergotherapie eine tragende Bedeutung in der stationären und ambulanten Versorgung insbesondere chronisch kranker Menschen zugemessen.

Ziele der Ergotherapie sind die Wiedergewinnung und Erhalt von Selbstständigkeit und Lebensqualität zur eigenverantwortlichen Bewältigung des Alltags.

Gegenüber der ambulanten ergotherapeutischen Versorgung im Projekt LÜSA verzeichnet die stationäre Behandlung einige positive Merkmale: Voraussetzung für eine für den Klienten erfolgsversprechende Therapie ist die Diagnostik. Die Befundung des Klienten zeigt bei der stationären Versorgung gegenüber dem ambulanten Setting des externen Therapeuten einen großen Vorteil: Den stationär Tätigen bietet sich die Möglichkeit, den Bewohner nahezu rund um die Uhr in Augenschein zu nehmen, mit ihm verbal wie nonverbal zu kommunizieren und therapierelevante Erkenntnisse zu erlangen. Es ist ihm möglich, gestellte Diagnosen zu überarbeiten, Behandlungsziele anzupassen und stets einen aktuellen Stand über Physis und Psyche zu halten. Ihm bietet sich ein realistisches Bild der täglichen Lebensweise des Bewohners.

Dem ambulant tätigen Ergotherapeuten bleibt meist nur eine Beurteilung aus einem nahezu „künstlichen Setting“ einmal pro Woche. Ein weiteres nicht zu unterschätzendes Hindernis bei der ambulanten Versorgung besteht in der Erreichbarkeit des Klienten. Oft müssen, bedingt durch akute Unpässlichkeit und oder Krankenhausaufenthalte etc., vereinbarte Termine kurzfristig abgesagt werden.

Der „ADL-Bereich“ (Aktivitäten des täglichen Lebens) nimmt im Projekt LÜSA einen hohen Stellenwert ein. Dem stationären Therapeuten ist es hier möglich, durch interne Transparenz und Kommunikation (z.B. tägliche Gespräche mit Teamkollegen und Einzelbetreuern, wöchentliche Teamsitzungen und umfangreicher Dokumentation wie Teamtagebuch, Klientenordner, Gruppenprotokolle und Arztbriefe) gezielt tätig zu werden. Dem gesamten Team werden so kleine und große Erfolge und Fortschritte des Bewohners auf kürzestem Weg mitgeteilt und verdeutlicht, was sich wiederum auf eine allgemein verbesserte Zusammenarbeit auswirkt. Auch hier bleibt dem extern dazukommenden Therapeuten ein nur kleines terminlich bedingtes Sichtfenster zum diagnostischen Austausch.

Das Vertrauensverhältnis zwischen KlientIn und Ergo-Therapeut ist ein weiterer wichtiger Baustein für eine konstruktive Zusammenarbeit. Dieses Verhältnis aufzubauen ist für den von außen kommenden Therapeuten nur schwer möglich, besonders da die im Projekt LÜSA lebenden Menschen oft in Therapien Erfahrungen gemacht haben, die für sie negativ waren – sie sich häufig wie bei einem „Seelenstriptease“ fühlten.

¶

Michael Sulk



Interview mit dem Ergotherapiepraktikanten Hendrik 21 Jahre:

Wie bist du auf die Idee gekommen, dich hier im Projekt LÜSA zu bewerben?

Da ich aus Unna komme ist mir diese Einrichtung bekannt, außerdem wurde uns das Projekt LÜSA in der Schule (Fachakademie für Ergotherapie Bergkamen) vorgestellt. Ich habe auch ein großes persönliches Interesse für den Suchtbereich.

Entspricht das Praktikum deinen Vorstellungen und Erwartungen?

Ja, es war ein Wunschpraktikum. Ich habe mich sehr auf diese Zeit gefreut und im nachhinein festgestellt das es eine gute Entscheidung war.

Was ist dir im Bereich Sucht aufgefallen?

Ich habe gemerkt das die Suchtkrankheit ein ganzes Leben beeinflussen kann, wie schwer es ist davon loszukommen und das es keine Garantie auf Heilung gibt.

Was ist dir einfach und was schwierig gefallen?

Das schwierige ist den Bewohner zu motivieren womit ich nicht nur den Ergotherapeutischen kreativen Arbeitsbereich meine. Sondern auch an anderen Angeboten wie Spaziergänge, Sport, kulturellen Veranstaltungen um nur einige zu nennen teilzunehmen. Das kurzfristige Absagen ist sehr enttäuschend und verlangt eine große Frustrationstoleranz, Flexibilität.

Positiv überrascht hat mich die Kontaktaufnahme. Sie ist oft sehr einfach gelaufen, die Klienten sind mir gegenüber sehr offen.

Erfüllen die Klienten die auferlegten Klischees?

Nein, im Grunde sind das Menschen wie jeder andere nur dass sie in der Vergangenheit mit vielen Problemen und Schwierigkeiten zu kämpfen hatten.

Was kannst du über das LÜSA-Team sagen?

Ich habe mich hier gut aufgenommen gefühlt. Ich konnte alles sagen, nach allem fragen. Ich habe das Gefühl dass das ganze Team für mich da ist wenn ich es brauche, mich unterstützt und berät.

Hendrik, ich bedanke mich für das kleine Interview und wünsche dir im Namen des Teams alles Gute und viel Erfolg für deine Zukunft!

¶

Gruppen oder „reden und mehr“

Eine Vielzahl von Gruppenangeboten wurde seit Bestehen ausprobiert, verworfen, verändert wiederaufgenommen. Diese gehören mittlerweile zum verbindlichen LÜSA-„Repertoire“:

Der LÜSA-Umgang mit HIV / HCV (Hepatitis C)

Der peergroup-Ansatz

Seit der Entstehung des Projektes LÜSA begleiten uns die Themen HIV und Hepatitis.

Diese Erkrankungen mit ihren Folgeerscheinungen stellen ein großes Problem unserer KlientInnen dar, ein großer Prozentsatz der KlientInnen ist an einer der beiden Erkrankungen oder sogar an beiden erkrankt.

Ende 2004 machten wir uns Gedanken, wie wir dieses Thema für die KlientInnen ‚zugänglicher‘ machen könnten. Ziel war, ein Bewusstsein zu schaffen über das normale Maß an Hygienevorschriften und Vorsichtsmaßnahmen hinaus.

So gründeten wir im Januar 2005 die Hepatitis-Peergroup, bestehend aus zwei unserer KlientInnen, die in der ersten Phase umfangreich geschult wurden. Sie bekamen ein kleines Büro mit Unterlagen, Schreibtisch, Infomaterialien usw.

Dorthin konnten sie interessierte KlientInnen einladen und bei einer Tasse Kaffee Informationen austauschen, Infomaterial ausgeben und Kondome, Feuerzeuge u. a. verteilen. Darüber hinaus wurde ein System erarbeitet, wie insbesondere die Neuaufnahmen erreicht und sensibilisiert werden können. Es wurde beschlossen, neue KlientInnen bei der Aufnahme mit einer Bauchtasche auszustatten, in der sich Feuerzeug, Nageleutui, Zahnbürste, Rasierer und Kondome befanden. Mit dieser Ausstattung konnte von Beginn an ein sicherer Umgang mit der Erkrankung gewährleistet werden, indem diese Dinge, über die man sich - aus Unwissenheit - leicht anstecken kann, nicht mehr unter einander getauscht werden.

Seit 2003 findet jährlich der „Internationale Hepatitisfachtag“ statt, LÜSA nimmt regelmäßig Teil, z. T. auch mit Mitgliedern der peergroup. Von dort brachten wir immer die neuesten Erkenntnisse und Infomaterialien mit, die dann allen KlientInnen im Haus zur Verfügung stehen.

In dem hier beschriebenen Setting waren die KlientInnen offen für das Thema und nahmen interessiert an Umfragen und Quiz teil. Eine Collage wurde entworfen, und das Highlight war ein Tagebuch über die Interferonbehandlung eines KlientInnen, welches vervielfältigt und später als kleines Taschenbuch in unserer Druckerei gedruckt wurde.

Die Möglichkeit der Interferonbehandlung wurde zum großen Thema in den themenbezogenen Gruppen, in den Gesprächen mit dem Einzelbetreuer und zwischendurch. Wir hatten das Glück, einen Arzt aus Dortmund zu finden, der sich gern mit unseren KlientInnen befasst. Bisher hat die Praxis sechs unserer KlientInnen gut durch die Interferonbehandlung geleitet.

Die Schulung der peers sowie die Informationsgespräche für die KlientInnen werden unterstützt durch Filme, in denen verschiedene Menschen über ihre Erfahrungen mit der Interferonbehandlung berichten. Auch Filme und Musterpens für den adäquaten Umgang mit Interferon sind immer bereit gestellt.

Gemeinsam mit dem Arzt haben wir verschiedene Themen bezüglich HCV und HIV, die uns beschäftigten, erarbeitet. Zu diesen Themen referiert er dann im Haus für KlientInnen und KollegInnen. Der Ansatz des gemeinsamen Lernens hat sich sehr bewährt.

Auch zu den Fachtagungen gemeinsam mit weiteren substituierenden Ärzten lud er uns ein.

Die Aidshilfe im Kreis Unna e.v. kommt in regelmäßigen Abständen in unsere Außenwohnangebote wie auch ins Haupthaus, um KlientInnen weiter zu informieren.

Regelmäßig konfrontieren wir unsere BewohnerInnen auch mit den (gesundheits-)politischen Hintergründen und Entwicklungen, die die Betroffenen existentiell betreffen, und beteiligen uns auch an Protestaktionen.

Im Juli/August diesen Jahres haben wir mitgewirkt an einer Aktion des „Aktionsbündnisses gegen Aids“ aus Tübingen. Es wurden Unterschriften gesammelt, die sich gegen die Patentrechte der profitorientierten Pharmaunternehmen aussprachen, da diese die adäquate Behandlung und medikamentöse Versorgung insbesondere in den armen Ländern wie Indien, Afrika wegen der übersteuerten Preise unmöglich machen.

Wir hoffen, dass dieses Thema weiterhin den Raum in unserer Einrichtung einnimmt, den es benötigt, um möglichst viele KlientInnen zu erreichen....

¶

Frauengruppe bei LÜSA

Die Frauengruppe bei LÜSA ist 2002 entstanden. Damals war die Kollegin Heike noch im Haupthaus tätig und gemeinsam mit mir (Liane) dafür zuständig. Wir sollten uns ein Konzept überlegen.

Wann, wie oft, an welchen Tagen, wie lange und wo überhaupt.

Gemeinsam tüftelten wir Vorschläge aus. Hintergrund des Ganzen war die Tatsache, das Frauen in einer stationären Einrichtung immer in der Minderheit sind und somit Gruppenentscheide über Freizeitgestaltung etc. immer von den männlichen Klienten dominiert werden.

Viele der Frauen kennen untereinander den alltäglichen Konkurrenzkampf aber kaum Solidarität. Gemeinsam Spaß haben, ohne Streitereien, sich kennen lernen ohne Missgunst und einfach Frau sein dürfen ohne sich schämen zu müssen...das war und ist unser Ziel.

Im Juni 2002 trafen wir uns zu einem ersten gemeinsamen miteinander und gingen asiatisch essen. Damals nahmen Pasquale, Marlis, Sabine, Petra, Christa, Heike und ich teil.

Ein großer Teil dieser Frauen ist heute nicht mehr in der Einrichtung, einige sind weiter gezogen in ein neues Leben, manche sind in ihr altes zurück gekehrt. Trotzdem haben wir uns seit dem fast jeden Monat getroffen mit durchschnittlich 2-4 Frauen und waren: Eis essen, Frauenfilm gucken in der Ablöse mit Kaffee und Kuchen, Frauenthemen diskutieren wie „Frauen werden öfter auf Drogen eingeladen und werden deshalb auch schwerer clean“ Frauenschönheitstag mit Gurkenmaske und Haare schneiden/färben, planen einer Modenschau für das nächste Sommerfest, arbeiten am Speckstein, Weihnachtsmarktbesuch, Kinobesuch, Malen, Besuch einer Strandbar, Konzert von Honigdiab, Tanzen im Kühlschiff und vieles mehr. Eine Kollegin stellt für ein Jahr ihre Pferde zur Verfügung, so das die Frauen regelmäßig reiten und mit der Kutsche fahren konnten. Bei all den Aktivitäten sind schöne Momentaufnahmen gelungen. In all den Jahren haben mich vier weitere Kolleginnen unterstützt.

Es ist nicht immer leicht, die Frauen zu motivieren. Sich etwas gutes tun...die Alltagsstreitereien außen vor zu lassen, das Gefühl von „Spaß und Freude“ zu haben ohne

schlechtes Gewissen, überhaupt zu fühlen ohne den Deckmantel der Drogen oder des Alkohols. Manche Frau schafft es nicht sich darauf einzulassen, wenige versuchen es und halten es kaum aus und möchten deshalb lieber nicht mehr teil nehmen, einige trauen sich und sind erstaunt wie gut es ihnen damit geht und trauen sich dann öfter...und die eine oder andere kommt einfach mit weil sie die Mühe hinter der Organisation sieht und mich (uns) nicht enttäuschen will... überwindet quasi den „inneren Schweinehund“ und hat es selten bereut... und etliche haben immer ausgerechnet an diesen Tagen einen gaaaaaaanz wichtigen unverschiebbaren Termin....o)

Deshalb haben wir auch schon alles mögliche ausprobiert: feste Tage und feste Uhrzeiten, verschiedene Tage aber feste Uhrzeiten, feste Tage und verschiedene Uhrzeiten, verschiedene Tage und verschiedene Uhrzeiten... Zur Zeit bieten wir einmal pro Monat an einem beliebigen Tag zu einer beliebigen Zeit, die früh genug angekündigt wird, die Frauengruppe an... und ich hoffe das den Frauen gemeinsam mit mir weiterhin viele Ideen für weitere Aktivitäten einfallen werden.

Des weiteren hoffe ich, das sich die Frauen zukünftig verschiedenen Entspannungsverfahren öffnen, die wir anbieten wollen.

Liane Hytrowski /August 2008



Malprojekt – jede Frau konnte sich ausprobieren mit Acryl auf einer Leinwand 1m x1,20m und damit im Anschluss ihr Zimmer verschönern

...oder beim großen Eisbecher genießen....



.....gemeinschaftlichen Kaffee trinken.....



.....schwimmen im See.....



.....spazieren in der Natur.....



.....ausruhen.....



..... oder Reiten



EIN ZIEL

- du läufst und läufst
hast fast Alles verpaßt
in dieser Lebens-Hast
- fehlt Dir „Was“ ?
oder wars' nicht „DAS“ ?
- du kannst Dich betäuben,
vielleicht wird der Kopf sich
erst noch sträuben
- aber dann, irgendwann
ist auch der Verstand platt
der Körper wird matt
und die Seele macht auch noch schlapp
- spätestens dann wird's auch mit
dem „noch funktionieren“ knapp

- wähle: Alles beschissen !
oder wird das Steuer noch einmal
herumgerissen
- warte auf: wer denn ? wie denn ? was ?
wohin ? u. wann ?

- oder sag: ICH KANN !!!

Petra Wormland

LÜSA-Bewohnerin seit 2002

Tagebuch Interferonbehandlung

Tagebuchaufzeichnungen während der Interferonbehandlung von Karl J. (*) 2005

mit freundlicher Genehmigung von Karl J.
Zusammenfassung / Kommentare und Veröffentlichung
durch das Projekt LÜSA – Liane Hytrowski , (* alle Bewohner-Namen geändert)

Karl J.

Herr J. ist zum Zeitpunkt der Interferonbehandlung 44 Jahre alt.

Er befindet sich seit dem 08.07.2004 in unserer Einrichtung.

Es ist nicht die erste Station die Herr J. in diesem System durchläuft.

Therapieeinrichtungen, Justizvollzugsanstalten, Psychiatrien und Substitutionsbehandlungen sind ihm seit Jahrzehnten bekannt.

Herr J. war insgesamt 13 Jahre inhaftiert.

Herr J. nimmt seit ca. 15 Jahren Drogen.

Herr J. hat ca. 20 Entgiftungsversuche in stationären Einrichtungen hinter sich (die „Eigenversuche/Privatentgiftungen“ wurden nicht mitgezählt, es sind mindestens noch mal so viele).

Herr J. ist seit mehreren Jahren substituiert.

Herr J. war jahrelang immer wieder obdachlos.

Herr J. bekam im Jahr 2000 die Diagnose HIV-Positiv.

Herr J. hat keine Information darüber, seit wann er an Hepatitis C erkrankt ist.

Erst im Jahr 2005 wurde Herr J ausführlich über die Wirkungen und Spätfolgen und Behandlungsmethoden bezüglich der Hepatitis C aufgeklärt!

Bis zu dem Zeitpunkt seiner Aufnahme im Projekt LÜSA bestand sein Lebensinhalt aus der Beschaffung legaler wie auch illegaler Drogen.
Ständige Obdachlosigkeit und die Abhängigkeit drängten die „Gesundheitsfürsorge“ in den Hintergrund.

Wir lernten Herrn J. als kooperativen Menschen kennen.
Er konnte sich in unserer Einrichtung innerhalb von 9 Monaten psychisch wie auch physisch derart stabilisieren (wie z. B. eine stabile Substitution und den Beigebrauch unter Kontrolle zu halten), dass gemeinsam mit ihm der Beginn einer Interferonbehandlung beschlossen werden konnte.

Des Weiteren wurde Herr J. im Vorfeld mit weiteren Kli-

enten für die Peers geschult und hielt die „Peers-Sprechstunde“ nach der Schulung einmal pro Woche mit einem weiteren Klienten ab.

Medikamentenverlauf vor und während der Interferonbehandlung

Methadon (Substitut)	1-0-0-0
Ergotam 2,5 mg	1-0-1-0
Rebetol 200mg	2-0-3-0
Paracetamol	(bei Bedarf)
Ibuprofen 600	1-0-0-0
Pegintron 120mg	(1x pro Woche /Donnerstag)

Methadon	1-0-0-0
Ergotam 2,5ml	1-0-1-0
Rebetol 200mg	2-0-2-0
Ibuprofen 600	1-0-0-0
Paracetamol	(bei Bedarf)
Zolin	1-0-0-0
Decortin 5mg	1-0-0-0
Zopiclon 7,5mg	0-0-1-0
Pegintron 120mg	(1x pro Woche/Mittwoch)

Medikamente und Dosierungen wurden bis zum Ende beibehalten.

Vorlauf/Voraussetzungen

Uns liegen die Information und Aufklärung über Hepatitis und Interferon sehr am Herzen. Auch sind wir bemüht, so vielen Klienten wie nur möglich während des Aufenthaltes bei LÜSA eine solche Interferonbehandlung zu ermöglichen.

Dennoch gibt es auch bei uns – insbesondere auf dem Hintergrund der Mehrfachschädigung und des Gebrauchsmusters der Zielgruppe - Bedingungen die erst erfüllt sein sollten, bevor man sich einer solchen belastenden Behandlung unterzieht.

Es wurde eine Art „Interferonverlaufsliste“ erstellt, die unter anderem folgende Punkte enthält , die interessierte Klienten erfüllen sollten:

>...regelmäßiger Besuch der Hepatitisgruppe und Peers-Sprechstunde, um sich zu informieren, auszutauschen und Sicherheiten bezüglich Hygieneverhalten, Schutz, Ansteckungsgefahren, Vermeidungsstrategien

und etliches mehr zu bekommen,

- >Ein regelmäßiger Austausch mit dem Einzelbetreuer,
- >Gespräche mit dem behandelnden Arzt sowie dem behandelnden Psychiater,

- >Gegebenenfalls individuelle Absprachen mit Betreuern z.B. bezüglich des Settings innerhalb der Einrichtung. Außerdem wird der psychische Zustand gründlich überprüft und wenn nötig innerhalb eines dreiwöchigen (oder auch länger, bis der Klient sich stabiler fühlt) Vorlaufes ein Antidepressivum verabreicht.

Der Austausch zwischen Arzt, Klient, Psychiater und Betreuer ist ein zentraler Faktor während der gesamten Behandlungszeit, so wird der Klient auch in das Sprechzimmer zum Arztgespräch begleitet, wenn es notwendig ist und es gewünscht wird.

Wir achten während eines langen Zeitraumes auf den Gesamteindruck des Klienten und dass er sich seit längerem innerhalb einer stabilen Situation befindet (z.B. Substitution, soziales Umfeld, Stand in der Gruppe, Umgang mit Krisen) beinhaltet.

Wir bereiten den Klienten darauf vor, dass er unter Umständen eine schwierige Zeit durchzustehen hat, körperlich wie auch psychisch.

Wichtig ist uns, dass sich nicht mehr als drei Klienten gleichzeitig einer Interferonbehandlung während des Aufenthaltes im Projekt LÜSA unterziehen. Denn dann könnten wir keine adäquate Unterstützung bei all den unterschiedlichen Verhaltensweisen und Symptomen, bieten und gewährleisten, sowie den mitunter notwendigen Rückzug aus Tagesstruktur, Selbstversorgungsansatz, Gemeinschaftsaktionen etc. auch den Mitbewohnern gegenüber stützen.

Herr J. hat sich all den Voraussetzungen gestellt und mit Konstanz erfüllt. Er hat sich während der Peers-Schulung sehr interessiert und später mit viel Engagement die Sprechstunden einmal wöchentlich für die Mitbewohner abgehalten.

Innerhalb eines der vielen Gespräche, die geführt wurden, stellten wir gemeinsam fest, dass etliche „Gruselgeschichten“ bezüglich der Behandlung und den Begleitscheinungen im Umlauf waren. „Sämtliche Haare fallen aus, es ist stärker als Chemotherapie, ständig Schmerzen alle Knochen und Glieder und es

ist schlimmer wie der schlimmste „Affe“!

So entstand die Idee während der Behandlung ein Tagebuch zu führen.

Von Beginn an bis zum Ende der Behandlung wollte Hr. G. alles aufschreiben, was ihm wichtig schien... nicht aus der Sicht eines Mediziners oder als ein weiterer wissenschaftlicher Bericht... sondern aus der Sicht eines Betroffenen, der sich dieser Behandlung unterzieht.

Herr J. hofft, dass er mit diesen Zeilen skeptischen, verunsicherten, nicht aufgeklärten, uninteressierten oder auch hoffnungslosen Betroffenen (bei LÜSA, aber auch woanders) etwas Aufklärung, Mut, Hoffnung, Interesse oder auch nur einen kleinen Denkanstoß vermitteln kann.

So schrieb er von April bis Oktober und noch einige Wochen später alles auf, gab mir das Tagebuch und ich fasste es zusammen. Die Zusammenfassung wurde von Herrn J. geprüft und freigegeben.

Das LÜSA-Team möchte ihm für seine Offenheit, sein Vertrauen und Engagement herzlich danken!!

Der 1.Tag

Nachdem ich nun einige Monate im Projekt LÜSA wohnte, nach und nach weniger konsumierte und wieder Interesse an anderen Dingen bekam, beschäftigte mich meine Gesundheit doch sehr.

Innerhalb der Hepatitisgruppe bekam ich einige Informationen über Interferon und dass man damit evtl. Hepatitis heilen könnte.

Da ich auch HIV-Positiv bin, wäre es ja gar nicht so schlecht, wenn man eine der Krankheiten wieder loswerden könnte.

So informierte ich mich noch intensiver, ging zum Arzt, lies mir Blut abnehmen, um neue Blutwerte zu bekommen und zu sehen, welchen Genotyp ich habe. Davon ist z. B. der Zeitraum abhängig. Genotyp 3 ist z. B. bei Junkies ein häufiger Genotyp und leichter zu behandeln, nämlich innerhalb von 6 Monaten, der Genotyp 1 braucht ein ganzes Jahr.



Nachdem ich dann Glück hatte (und den Genotyp 3) beschloss ich, im Frühjahr 2005 mich einer Interferonbehandlung zu unterziehen.

Am 14 April 2005 fuhr ich mit meinem Betreuer in die Praxis von Dr. X.
Dort erklärte mir der Dr., während er mir den Pen spritzte, noch mal ganz genau alles, was wichtig ist:

Dass man immer am gleichen Tag am besten zur gleichen Uhrzeit spritzen soll, wie der Pen nach dem Benutzen entsorgt werden muss und dass die Schachtel, in der sich mehrere Pens befinden, im Kühlschrank gelagert werden soll.

Das Benutzen ist eigentlich einfach, man greift mit einer Hand eine Bauchfalte, setzt den Pen an, den man vorher eingestellt hat, und drückt oben wie bei einem Kugelschreiber, dann entlädt der Pen sich automatisch.
(Das Projekt LÜSA verfügt über ein Video und eine CD, dort wird ganz genau gezeigt, wie die einzelnen Schritte funktionieren, man kann sich diese Filme ausleihen).

Nach dem Spritzen fuhren wir zurück in die Einrichtung und ich wartete gespannt darauf, was nun geschehen würde...

Aber es passierte nicht wirklich etwas...bis auf ein wenig Gelenkschmerzen (die nach ca. 1 Stunde wieder nachließen) in den Fingern, Beinen und Armen, war an diesem ersten Tag alles OK.

Ich hab mir am ersten Tag sehr viele Gedanken gemacht, wie es wohl weiter geht...ob das schon alles an Schmerzen ist...ob es überhaupt Sinn macht...hoffentlich funktioniert es.

Obwohl ich mich mit dem Pen und dem Spritzen sehr beschäftigt habe, war ich froh, dass es der Dr. gemacht hatte...und als ich beim dritten mal selbst spritzen sollte, war ich sehr nervös und hatte Angst, etwas falsch zu machen...
Aber nach und nach hab ich mich daran gewöhnt...

Es kann auch gar nix schief gehen, es tut nicht weh, ist nur etwas unangenehm und brennt etwas unter der Haut, wenn man zu schnell den Pen abdrückt...

Neben den wöchentlichen Spritzen sollte ich noch täglich

einige Tabletten einnehmen (siehe vorhergehende Auflistung) - deshalb wird es Kombinationstherapie genannt. Eine Kombination zwischen Pegintron spritzen und Tabletteneinnahme.

Paracetamol bei Bedarf, wenn die Kopf und Gliederschmerzen zu stark werden, sind auch genehmigt.

Irgendwie beschäftigt mich die Behandlung kopfmäßig Tag und Nacht...

Aber schon nach den ersten Tagen wird mir bewusst, dass ich aus eigener Entscheidung den richtigen Schritt in die richtige Richtung gemacht habe...

Tagebuchzusammenfassung

...an den Tagen, an denen ich mir das Interferon spritze, und an dem darauf folgenden Tag geht es mir nicht so gut.

Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Müdigkeit und Geiztheit sind sehr stark und dazu fangen nun auch noch Depressionen an.

Nie treten alle Nebenwirkungen gleichzeitig auf, mal ist es diese und mal jene... manchmal hintereinander, abwechselnd...

Wenn die Depressionen zu stark werden, ziehe ich mich auf mein Zimmer zurück, nichts sehen und nichts hören... obwohl ich weiß, dass mir Gespräche eigentlich immer gut tun...

Vergangenes kommt wieder hoch...längst vergessene Szenarien sind so nah, als wären sie gestern erst geschehen...

So viel verschwendete Zeit...hab ich noch genug Zeit, vieles nachzuholen?

Manchmal muss ich weinen... dann schäm ich mich... ich bin doch kein Weichei... so bin ich nicht erzogen worden... ein Mann heult nicht...

Macht mich dieses Zeug so sehr Sensibel...

Ich muss aufpassen, dass mich die schlechten Gedanken nicht noch mehr runterziehen...

Bei all der Traurigkeit ist mir trotzdem immer bewusst, dass mein Wille gesund zu werden wächst... und mich immer wieder aufstehen lässt...

Nach jeder depressiven Phase geht es erst einmal „Berg auf“, dann freu ich mich für mich selbst, fühl mich stärker, hab Hoffnung und bin sogar ein bisschen stolz auf mich...



Einige Wochen sind nun vergangen, das Team unterstützt mich, wo es nur kann...

Tränen und Traurigkeit sind mittlerweile ein Zeichen für mich, dass ich wieder lebe und Gefühle zeigen kann...

Nach vielen Tagen der Müdigkeit, der Schmerzen und des Unwohlseins geht es mir heute auf einmal besser... geht es wieder „bergauf“?!!!!

Ich versuche immer wieder mit der Arbeit anzufangen... Ich bin kein Typ, der den ganzen Tag nichts tut und nur rumsitzt... ich brauche Beschäftigung...sonst werd ich nervös und gereizt...

Heute gehe ich in den Garten, doch nach einiger Zeit hab ich keine Kraft mehr... ich schaffe nicht mehr so viel und so schnell wie früher...
Werd ich nun „alt“ oder liegt es an der Interferonbehandlung?!

Ein weiterer Schritt in die Richtung „Gesundheit“ ist ein Termin beim Zahnarzt... ich hab das immer wieder vor mir her geschoben... wer geht schon gern zum Zahnarzt... aber ich will endlich meine Zähne in Ordnung haben... will sprechen und lachen ohne mich schämen zu müssen... will zu meiner Gesundheit ein bisschen Selbstbewusstsein zurück haben...

Wieder sind einige Wochen vergangen...

Dass ich immer müder und schlapper werde und ständig friere nervt mich immer mehr...

Wenn das alles „nur“ Nebenwirkungen der Behandlung sind, bin ich ja zufrieden, dann weiß ich wenigstens, dass sich in meinem Körper etwas tut... Doch was ist wenn ich nur nach und nach ein „alter Sack“ werde und nicht mehr die Kraft wie ein „Jüngling“ hab... das macht mir Angst... seit langem mal wieder seinen eigenen Körper so intensiv zu spüren und Veränderungen mitzubekommen... das macht mich unsicher und nervös...

Ich betäube mich nicht mehr wie früher und es ist, als wenn alles ungefiltert auf mich zukommt, einströmt... deshalb empfinde ich die Veränderungen auch so intensiv und bemerke jede kleinste Gemütsregung...

Aber diesen Preis zahle ich gern für die Gesundheit, die ich mir damit zurück erobere...

Meine Haut ist momentan sehr empfindlich... ich fühle mich, als hätte ich eine starke Grippe...

Ich bin immer müde und schlafe sehr viel...
Heute Morgen musste ich mich übergeben...

...ich kann kein Essen riechen, ständig wird mir schlecht so, dass ich mich immer häufiger Übergeben muss... Die Schmerzen wechseln sich mit der Müdigkeit und dem Erbrechen ab... ich merke, wie meine Kraft weniger wird...

Die Zeit scheint an manchen Tagen still zu stehen... Ich weiß, dass ich schon etliche Wochen hinter mir habe ...aber an manchen Tagen kann und will ich nicht mehr...

Doch dazwischen sind dann immer wieder Tage, an denen es mir schlagartig besser geht und an diesen Tagen versuche ich Kraft zu tanken...

Ich war wieder beim Arzt... neue Blutuntersuchungen... es scheint sich gelohnt zu haben...meine Werte sehen sehr gut aus!!!!

Immer wieder versuche ich über die Tage zu kommen und so weit es geht ein wenig zu arbeiten...

Heute wurde mir ständig schwindelig... das ist neu und macht mir Angst... wenn das schlimmer wird muss ich nochmals zum Arzt...

Wechselbäder der Gefühle strömen auf mich ein...ich bin so traurig, dass es weh tut... aber genau das tut auch wieder gut...

Heute scheint ein guter Tag zu werden, trotz der heutigen Spritze hab ich keine Gliederschmerzen und sogar meine Laune scheint wieder etwas besser zu werden...

Ich merke immer wieder wenn ich z.B arbeite, dass ich nicht mehr viel Kraft habe, aber ganz ohne Arbeit würde ich eingehen wie eine Primel...

Durch die Interferonbehandlung habe ich einige Kilos zugenommen, das kratzt wieder an meinem Selbstbewusstsein... zu dick, zu klein, zu krank, zu schwach... aber



dann sag ich mir, dass ich gar nicht so schwach bin, wenn ich diese Wechselbäder der Gefühle aushalte und die Behandlung durchziehe...

Ich hoffe nur, dass sich mein Übergewicht wieder regeln läßt, spätestens wenn die Behandlung vorbei ist...

Seit einigen Tagen bin ich so schlapp, dass man mir sogar die Medikamente auf das Zimmer bringen muss...

Jeder Tag ist so unberechenbar und anders, manchmal steh ich auf und es geht mir so gut, dass ich das Gefühl habe Bäume ausreißen zu können...
Dann werde ich schnell übermütig... das Team rennt dann ständig hinter mir her...: Karl paß auf..., Karl mach langsam... Karl trag nicht so schwer... usw. usw. ich weiß ja dass sie es gut meinen... aber ich hab manchmal einen absoluten Bewegungsdrang... die Quittung bekomme ich meistens kurze Zeit später... Abends... dann schmerzen alle Gelenke, mir ist schlecht und ich kann nicht einschlafen, obwohl ich so erschöpft bin...

An manchen Tagen geht es mir morgens so schlecht, dass ich kaum aufstehen kann... Schwindelanfälle, Erbrechen usw... und abends ist dann alles wie weggeblasen und es geht mir total gut...

Heute wieder Schwindelanfälle, dazu Ohrendruck und Ohrensausen und ein Gefühl, als würde ich jeden Moment in Ohnmacht fallen...

Ich habe nun schon etliche Wochen überstanden, mal mit guten mal mit schlechten Tagen... ein Ende ist endlich absehbar... doch wenn es mir weiterhin so schlecht geht wie in den letzten Tagen, weiss ich nicht, ob ich stark genug bin das durchzuhalten... die Stimmen um mich herum sind dumpf, ich hab ständig das Gefühl in Ohnmacht zu fallen, bin gereizt, kann nicht richtig schlafen und alles tut mir weh...

Ich muss wirklich richtig kämpfen, die letzten Tage noch durchzustehen...
Selbstzweifel überkommen mich... wofür das Ganze... und wenn es nicht anschlägt, sondern mir nur noch immer schlechter geht... mein Körper fühlt sich ausgelaugt an...

Ich werde es schaffen, ich weiß, dass ich es für mich durchstehen werde, dass ich es schaffen werde... weil ich es

schaffen will!!!

Jetzt bekomme ich auch noch schlecht Luft... kann kaum atmen und komme kaum die Treppe hinauf bis in die obere Etage...
...und ich verliere immer mehr Haare...
...geh nur noch mit Mütze nach draußen...

Es geht etwas besser... jeden Tag mehr... Schritt für Schritt... schon seit einigen Tagen hintereinander... immer ein wenig mehr...
Ich hab mich nun ein halbes Jahr durchgekämpft...
Es gab immer wieder Tage, wo ich am liebsten alles hingeschmissen hätte...
Aber nun hab ich es geschafft... ich kann es kaum glauben... seit ewigen Zeiten eine Entscheidung, die ich getroffen hab und bis zum Ende durchgezogen hab...
Das halbe Jahr ist um... meine letzte Spritze verabreicht...
Ich weiß, dass ich stolz auf mich sein kann...
Gerade in den Situationen, in denen es mir richtig schlecht ging, auch gerade seelisch, nicht wieder zu den Drogen gegriffen zu haben und es so nüchtern durchgestanden zu haben...

...und auch im nachhinein kann ich nicht sagen, dass die Zeit schnell vorbei gegangen ist... aber sicher ist, dass ich von der ersten bis zur letzten Spritze alle Höhen und Tiefen durchlebt habe und nun bin ich froh und glücklich, dass es endlich vorbei ist...

Erfolgreich!!

Die Behandlung war erfolgreich, alle Blutwerte sind sehr gut!
Ich habe noch einige Nachwirkungen... meine Haare müssen wieder nachwachsen und ich muss mein Gewicht wieder in den Griff kriegen...

Jeden Tag fühle ich mich ein kleines bisschen fitter, die Schmerzen in den Gliedern werden immer weniger...

An dem Tag, an dem ich meine letzte Spritze genommen hab, nahm ich auch zum letzten mal die Kombinationstabletten...

...und von diesem Tag an ging es jeden weiteren Tag ein Stück aufwärts...

...mein Körper muss sich nun erst einmal von den Strapazen erholen und ich hoffe, dass bald die Schmerzen und die Übelkeit und die Depressionen vergessen sein werden...

Mein Leben hat sich nun nicht dramatisch verändert, zumindest nicht so, dass es mir ständig bewusst ist... aber ich weiss, dass ich eine gute Chance und Lebensqualität gerade hinsichtlich meiner HIV-Erkrankung zurück bekommen hab...

Ich kann nur jedem, der an Hepatitis erkrankt ist, raten sich genau zu informieren und mit den Möglichkeiten der Interferonbehandlung auseinanderzusetzen...

Es wird an allen Ecken gespart und das Thema „Aufklärung“ scheint nicht besonders aktuell zu sein... Über das Thema „HIV/Aids“ wurde jahrelang aufgeklärt und bei manchen scheint ein wenig hängen geblieben zu sein, zumindest haben davor viele Menschen Angst... ...über die Hepatitiserkrankung weiß kaum jemand etwas... wie schnell und hartnäckig diese Krankheit sich ausbreitet und wie qualvoll Menschen daran sterben...

Jeder, der an Hepatitis C erkrankt ist, sollte sich der Möglichkeit und den damit verbundenen Chancen auf Lebensqualität einer Interferonbehandlung bewusst sein... Jedoch auch, dass es sich hierbei nicht um einen „Spaziergang“ handelt...

Jeder Tag ist ein neuer Kampf mit dem eigenen „inneren Schweinehund“ und auch im Vorlauf sollte sich jeder die Frage stellen: „kann ich mein Leben während der Behandlung und auch danach so leben, dass ich mich nicht bei der nächst besten Gelegenheit erneut anstecke und/oder meinen Konsum so unter Kontrolle halten, dass eine Leberzirrhose nicht unumgänglich ist“...

Kommt zu den HEPATITISGRUPPEN, auch wenn ihr der Meinung seid, dass ihr schon alles wisst... (vielleicht wisst ihr ja wirklich mehr und könnt uns mit noch mehr Informationen versorgen)...

Kommt samstags zu den Peers auch wenn ihr der Meinung seid, ihr hättet schon alles gehört... (vielleicht habt ihr ja Neuigkeiten, die wir noch nicht mitbekommen haben... z.B gute Ärzte, die sich mit dem Thema beschäftigen und der Aufklärung offen gegenüber stehen...) Ach ja... viele wissen nicht was „Peers“ bedeutet und kommen deshalb vielleicht auch nicht... also... was „Peers“ bedeutet:

...dass sich Menschen mit einem Thema beschäftigen,

sich informieren und schulen lassen, von dem sie selbst betroffen sind...hier eben die Hepatitis...sie wollen ihr Wissen weiter vermitteln, aufklären und sich mit anderen Betroffenen/oder auch noch nicht Betroffenen austauschen...

Außerdem helfen sie mit praktischen Dingen, ihr Wissen im Alltag umzusetzen und auch dies weiterzugeben... wie z.B in diesem Fall das Herausgeben von Nagefeilen, Feuerzeugen, Nagelscheren, Kondomen, Desinfektionsmittel... und einiges mehr.

Zum Schluss kann ich nur jedem sagen:

...gebt euch selbst die Chance auf Gesundheit... und ein bisschen mehr Lebensqualität... macht euch klar, dass die Behandlung kein „Kindergeburtstag“ sein wird, aber ich kann euch nur sagen, dass es sich lohnt...

Ich würde mich immer wieder dafür entscheiden, auch jetzt, wo ich weiß, wie viel Schmerz, Überwindung und Kampf dahinter steht, aber vielleicht ist es auch genau das, was man braucht, um nicht schnell übermütig zu werden oder alles wieder direkt leichtfertig auf's Spiel zu setzen...

Da es mir nun schon wieder viel besser geht und ich zumindest was die Hepatitis angeht, gesundet bin, erwarte ich euch zusammen mit Olaf an jedem Samstag im oberen Büro zur Peers-Sprechstunde ab 17.30

Gruß und viel Erfolg wünscht euch
Karl J.

Nachtrag

Mittlerweile ist fast ein halbes Jahr seit der Interferonbehandlung vergangen...

Das Gewicht hat sich wieder normalisiert...

Die Haare sind wieder schnell nachgewachsen...

Herr J. hat weiterhin seinen Konsum im Griff und hat einen weiteren Schritt in ein selbständiges Leben gewagt...

Er ist mittlerweile in eine „selbständige“ WG gezogen und wird im Rahmen von „Ambulant Betreutem Wohnen“ weiterhin vom Projekt LÜSA betreut...

Bei Bedarf findet er im Projekt immer einen Ansprechpartner...

Regelmäßige Arztbesuche, Nachsorgekontrollen und Blutuntersuchungen hält Herr J. ein.

Ansonsten beginnt Herr J. in den nächsten Tagen eine Zusatzarbeitsgelegenheit (1-Euro-Job) bei LÜSA.



Durch die Aufklärungsarbeit zu der Herr J. durch seine Offenheit maßgeblich beigetragen hat, können wir mit Freude mitteilen, dass mittlerweile ein dritter Klient Anfang April eine Interferonbehandlung begonnen hat... Wir sind weiterhin um Aufklärung und Information bemüht... Aufklärung nicht nur den Klienten und Angehörigen gegenüber, sondern auch gegenüber Ärzten die unsere Patienten/-innen als Patienten versorgen.

Fortbildungen innerhalb und außerhalb des Projektes werden regelmäßig in Anspruch genommen. MitarbeiterInnen des Projektes LÜSA werden auch in diesem Jahr am 3. Internationalen Hepatitisfachtag in Bonn teilnehmen.

Wir arbeiten unter anderem mit einem Dortmunder Arzt zusammen, der sich z.B auch in Holland einem Trainingsprogramm unterzogen hat, um adäquat auch gerade mit schwierigen Klienten - auch Obdachlosen - umgehen zu können und zukünftig auch ihnen evtl. eine Interferonbehandlung zukommen lassen zu können - oder zumindest dort Aufklärungsarbeit leisten zu können, wo es am notwendigsten zu sein scheint...

Das LÜSA –Team bedankt sich für die offene Zusammenarbeit mit Herrn J. ¶



Auszüge aus dem LÜSA-Kochbuch

1. Auflage 2003, 2. Auflage 2008

Die Rezepte sind geeignet für Menschen, die sich leberschonend ernähren sollten

OBSTSALAT (4- 6 PERSONEN) *Vitaminkick*

ZUTATEN

- 1 ANANAS
- 1 CARAMBOLA
- 1 GUAVE
- 2 BANANEN
- 2 ORANGEN
- 3 KIWIS
- 1 PAPAYA
- 100 GR. PINIENKERNE ODER GEHACKTE MANDELN

ZUBEREITUNG:

1. OBST WASCHEN, SCHÄLEN , IN KLEINE STÜCKE SCHNEIDEN
 2. MIT 2 SPRITZERN ANGOSTURA UND VANILLEGEWÜRZ ABSCHMECKEN
 3. VOR DEM SERVIEREN 2 STUNDEN KÜHL STELLEN
- DAZU SCHMECKT: VANILLEEIS

BROCCOLI MIT SCHINKEN (2 PERSONEN) *auch als Vorspeise geeignet*

ZUTATEN:

- 800 GR. BROCCOLI
- 200 GR. PARMASCHINKEN ODER SCHINKENSPECK
- 2 GROSSE ZWIEBELN - DIE ROTEN ODER GEMÜSEZWIEBELN -
- 2 KNOBLAUCHZEHEN
- FRISCHES BASILIKUM
- 300 GR. CAMENBERT
- SALZ, SCHWARZER PFEFFER, EIN WENIG MUSKAT

ZUBEREITUNG:

1. GEMÜSE WASCHEN PUTZEN UND DIE BROCCOLISTENGEL DER LÄNGE NACH HALBIEREN
 2. ZWIEBELN UND KNOBLAUCH SEHR FEIN HACKEN
 3. AUFLAUFFORM - MIT DECKEL - LEICHT BUTTERN
 4. BROCCOLI UND SCHINKENSTREIFEN SCHICHTEN - DIE OBERSTE SCHICHT MUß AUS SCHINKEN BESTEHEN
 5. ZWIEBELN, KNOBLAUCH UND GEWÜRZE DRUMHERUM LEGEN
 6. MIT 1/4 L ROTWEIN (ALTERNATIV MIT GEMÜSEBRÜHE UND 2 EBLÖFFELN TOMATENMARK BEGIESSEN
 7. MIT DEM IN STREIFEN GESCHNITTENEN CAMENBERT BELEGEN
 8. DECKEL DRAUF UND IM UMLUFTBACKOFFEN BEI 250 ° CA. 40 MIN GAREN LASSEN
 9. KURZ VOR DEM ENDE DECKEL ENTFERNEN DANN WIRD ES KNUSPRIGER
- DAZU SCHMECKT:
WARMES BAGUETTE, KNOBLAUCHBAGUETTE, SALZ-, ODER PELLKARTOFFELN

MÖHRENSUPPE (4 PERSONEN) *auch gut für „Kindergarten-Zwerge“ geeignet*

ZUTATEN

- 2 KG MÖHREN
- 2 STANGENPORREE
- 3 GROSSE ZWIEBELN
- 1 KNOBLAUCHZEHE
- 1/4 L SAHNE
- PETERSILLIE

ZUBEREITUNG:

1. MÖHREN SCHÄLEN
 2. PORREE WASCHEN UND IN SCHMALEN STREIFEN SCHNEIDEN
 3. ZWIEBEL FEINHACKEN
 4. KNOBLAUCH PRESSEN
 5. MÖHREN IN SCHEIBEN SCHNEIDEN (DÜNN!)
 6. ZWIEBEL, KNOBLAUCH, PORREE IN 2 ESSLÖFFELN OLIVENÖL LEICHT DÜNSTEN
 7. MIT 1 L GEMÜSEBRÜHE ABLÖSCHEN
 8. MÖHREN ZUFÜGEN
 9. ZUM KOCHEN BRINGEN, DANN BEI MITTLERER FLAMME KÖCHELN LASSEN BIS DIE MÖHREN GAR SIND.
 10. TOPF VOM HERD NEHMEN, WARTEN BIS ES NICHT MEHR KOCHT, SAHNE UND PETERSILLIE ZUFÜGEN
- DAZU SCHMECKT:
KNOBLAUCHBAGUETTE, PUMPERNICKEL MIT BUTTER
WENN ES NAHRHAFTER SEIN SOLL ca. 250 GR. REIS ZUFÜGEN – 18Min. vor Ende der Kochzeit

FISCHSUPPE (8 PERSONEN) *geeignet für: ein Abendessen mit Gästen; Diät & Schonküche*

ZUTATEN

- 500 GR. ROTBARSCHFILET & 500 GR. SEELACHSFILET & 100 GR. LACHS,
- 100 GR. GAMBAS ODER SCAMPI & 200 GR. MIESMUSCHELN
- 2 GROSSE DOSEN GESCHÄLTE TOMATEN,
- 2 GROSSE ZWIEBELN & 2 KNOBLAUCHZEHEN,
- 200 GR. KARTOFFELN,
- 500 GR. PAPRIKA & 250 GR. MÖHREN & 250 GR. ERBSEN & 100 GR. GRÜNE BOHNEN
- 1/2 L FISCHFONDS ODER GEMÜSEBRÜHE,
- ETWAS ROSMARIN, KÜMMEL, SALBEI, OREGANO,
- JE 1 TEELÖFFEL SALZ, PFEFFER, SÜSSER PAPRIKA

ZUBEREITUNG:

1. GEMÜSE WASCHEN SCHÄLEN UND KLEINSCHNEIDEN, DOSENTOMATEN ZERKLEINERN,
2. FISCH WASCHEN UND TROCKENTUPFEN UND IN MUNDGERECHT STÜCKE SCHNEIDEN

3. ZWIEBELN UND KNOBLAUCH FEIN HACKEN
4. ZWIEBEL+KNOBLAUCH IN OLIVENÖL ANBRÄUNEN, MIT 1/2 L FLÜSSIGKEIT ABLÖSCHEN
5. DOSENTOMATEN (INCL. FLÜSSIGKEIT) ZUFÜGEN UND ZUM KOCHEN BRINGEN
6. NACH 10 MIN. MÖHREN, KARTOFFELN UND BOHNEN ZUFÜGEN
7. NACH 10 MIN RESTLICHES GEMÜSE & MUSCHELN UND GEWÜRZE ZUFÜGEN,, KÖCHELN LASSEN
8. FLAMME KLEIN STELLEN UND WENN ES NICHT MEHR KOCHT FISCH & SCAMPI HINZUFÜGEN
9. WEITERE 5 - 10 MIN. LEICHT KÖCHELN LASSEN, ABSCHMECKEN NACH GESCHMACK
10. VOR DEM SERVIEREN MIT VIEL PETERSILLIE BESTREUEN

DAZU SCHMECKT:

BAGUETTE, KNOBLAUCHBAGUETTE

OFENKARTOFFELN „ANDERS“ (6 PERSONEN)

ZUTATEN:

- 2,5 KG KLEINERE BIOKARTOFFELN
- 2 EßLÖFFEL OLIVENÖL
- 1 TEELÖFFEL PAPRIKA
- 1 TEELÖFFEL FRISCHER ROSMARIN (kleingeschnitten)
- 1 TEELÖFFEL KÜMMEL
- 1/2 TEELÖFFEL SALZ

ZUBEREITUNG:

1. KARTOFFELN SEHR GRÜNDLICH WASCHEN UND UNGESCHÄLT DER LÄNGE NACH HALBIEREN
2. BACKBLECH MIT DEM ÖL BESTREICHEN
3. DIE GEÜRZE DARAUF STREUEN
4. KARTOFFELN MIT DER SCHNITTSTELLE AUF DIE GEWÜRZE LEGEN
5. IM UMLUFTBACKOFFEN BEI 250 ° ca. 30 MIN. BACKEN LASSEN

DAZU SCHMECKT:

KRÄUTERQUARK, LAMM, KURZGEBRATENES & GEGRILLTES, BRATEN

¶



Freizeit, Sport und ...

Seit ca. 3 Jahren trifft sich die LÜSA-Sportgruppe einmal wöchentlich. Zu Beginn komplettierte ein Bewohner der Einrichtung ein Doppel im Badminton (nach dem Land-sitz des Herzogs von Beaufort in England; Federball) mit zwei Teamern und einem Externen. Mittlerweile kommt die Gruppe meist nicht mehr mit einem Court aus und das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Bewohnern hat sich stark gedreht. Badminton ist bis heute die Hauptsportart geblieben, da es viele Vorzüge besitzt: Es hat ein überschaubares Regelwerk, auch ohne Vorerfahrungen macht man schnell Fortschritte und man benötigt nicht viel an Ausrüstung, daher kostengünstig. Schnelligkeit, Kraft und Ausdauer, lassen die Vielseitigkeit dieser Sportart erkennen.

Das zweite Standbein der Sportgruppe ist das LÜSA-Soccer-Team, welches aus ungefähr gleichen Teilen an Hauptamtlern, Honorarkräften und Bewohnern der Einrichtung besteht. Saisonhöhepunkt für das Team ist im Sommer die Teilnahme am Freizeitturnier des HSG Unna/Lünern an dem die Mannschaft in diesem Jahr zum dritten Mal teilnahm. Leider schied das Team wieder in der Vorrunde aus, so dass es auch diesmal hieß "Dabeisein ist alles". Neben den Aktiven besteht die Mannschaft aus einer Handvoll von Betreuern und Anhängern. Vorbereitet auf diesen Saisonhöhepunkt in diesem Jahr wurde mit zwei Spielen gegen die Wohneinrichtung Hustadtring Bochum, die von einem ehemaligen LÜSA-Mitarbeiter geleitet wird. Beide Spiele wurden gewonnen.

Es ist erstaunlich zu beobachten, was die Bewohner der Einrichtung trotz jahrzehntelangem Drogenkonsum sportlich in der Lage sind zu leisten. Am problematischsten ist wohl die anfängliche Überwindung der Scheu, bei dem Programm mitzumachen. Kaum jemand kommt lediglich nur einmal und bleibt dann dem Angebot fern. Seit 2004 wird nun dokumentiert, was angeboten wurde und wer teilgenommen hat. Im Durchschnitt sind es 3 Bewohner pro Einheit. Auch die Bewohnerinnen entdecken langsam die Sportgruppe.

Neben Badminton und Fußball gibt es aber auch noch weitere Angebote in Sachen Sport/Freizeit, angepasst an die Bedürfnisse der Bewohner der Einrichtung. Hier sind besonders Schach, Inlineskating, Tischtennis und Kicker zu nennen. Zusätzlich gab es in den Sommerferien ein Schwimmangebot.

Perspektivisch wird die Gruppe immer professioneller geleitet, da Tanja eine Zusatzausbildung im Bereich

Behindertensport/Suchterkrankte begonnen hat.

Die Ziele der Sportgruppe sind:

- Heranführung an eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung
- Positives Körpergefühl erleben
- Förderung der Gesundheit
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Förderung des Teamworks/-geists.

Der Donnerstag als Sporttag hat sich also etabliert. Ich möchte nun allen Dank sagen für ihre zahlreiche Teilnahme, besonders Tanja, Jürgen, Roland und Michael.

¶

Mit sportlichem Gruß
Dirk



25. Int. Silvesterlauf 2006 Werl Soest Mannschaftswertung Männer

29	Lisa Power	3:57:38
Platz	Stichtz. Name, Vorname	Jg. Endzeit
58	5629 Göbel, Sven	92 1:12:25
66	3806 Schloking, Michael	66 1:13:58
124	2776 Hübner, Dirk	71 1:31:07



Firmenname	2007	
Projekt LÜSA	Ort	Teilnehmer
	Unna	16



2008
Das LÜSA Logo war dabei



Ferienfahrten

Cuxland an der Nordsee

Nachdem wir das Organisatorische endlich alles hinter uns gebracht hatten, fuhren wir am 10. März gegen 12.00 Uhr los. Wir, das waren 10 Mitarbeiter und 18 Klienten.

Die Autos waren bis oben hin vollgepackt mit Taschen und Lebensmitteln. Die Stimmung während der Fahrt schwankte zwischen Spannung und Vorfreude. Nach ca. 4,5 Stunden



den Fahrt kamen wir bei relativ gutem Wetter in Cuxland an. Jede Kleingruppe zog in ein nettes Häuschen mit 6 Schlafplätzen und eigener Küche. In jedes Haus zogen neben den Klienten zwei Mitarbeiter der Einrichtung ein. Die Ferienanlage lag schön ländlich, ca. 300 Meter vom Meer entfernt. Den ersten Tag verbrachten die meisten mit der Erkundung der Gegend. Abends wurde schön gekocht und die nächsten Tage geplant. So verbrachten wir einige schöne Tage damit nach Cuxhafen, Bremerhafen oder irgendwo anders hinzufahren. Auch fanden bei Sonnenschein lange ausgedehnte Spaziergänge statt. Abends setzte man sich gemütlich zusammen um zu klönen oder zu spielen. Leider verging die Zeit viel zu schnell, und so fand die Rückfahrt am 13. März gegen 11.00 Uhr statt. Zuvor wurden die Häuser in Ordnung gebracht und alles so hinterlassen, wie wir es vorgefunden hatten.

Im Nachhinein war es trotz aller anfänglichen Vorbehalte eine schöne und lehrreiche Fahrt für Teamer und Bewohner.

¶

d.g



Dorum

Am Montag, den 18. Oktober starteten wir mit drei Mercedes 9-Sitzer in Richtung Dorum. Mit an Bord waren Teamer, BewohnerInnen von LÜSA und jede Menge Klamotten und Lebensmittel. Die Fahrt verlief ohne Probleme und alle waren schon sehr gespannt wie die Häuser bzw. die Gegend aussehen wird.

Die Ankunft verlief etwas hektisch, bis jede Gruppe ihr Häuschen in Beschlag nehmen konnte verging nochmals etwas Zeit. Jede Gruppe (4-5 Leute) wohnte in einem Haus. Die Zimmer teilten sich immer 2 Leute. Es wurde aufgeteilt wer wann welche Aufgaben zu erfüllen hatte. Die Aufgabenbereiche gingen über: wer holt was, wer geht einkaufen, wer putzt. Nachdem dies erledigt war gingen die meisten noch eine Runde spazieren. In den nächsten Tagen standen eine Reihe Unternehmungen an, wie Fahrten nach Cuxhafen, Bremerhafen und viele Spaziergänge. Abends saß man oft zusammen und klönte oder spielten Karten oder schaute einfach fern. Einer der Höhepunkte war ein Discobesuch am Freitag. Es war doch schon erstaunlich wie viele das Tanzbein geschwungen haben und wieviel Spaß sowohl Teamer als auch BewohnerInnen hatten. Leider ging die Woche viel zu schnell vorüber. So verließen wir am Samstag den Ort Dorum recht zufrieden aber auch ein wenig erschöpft. Gegen Mittag erreichten wir dann gesund wieder LÜSA. Für viele Klienten war es das erste Mal seit Jahren das sie wieder in Urlaub waren. Ich denke es war eine schöne wenn auch anstrengende Zeit für alle. Bestimmt werden die diversen Geschichten die wir erlebt hatten noch lange Zeit für Gesprächsstoff sorgen.



¶

n



Klienten



Klienten



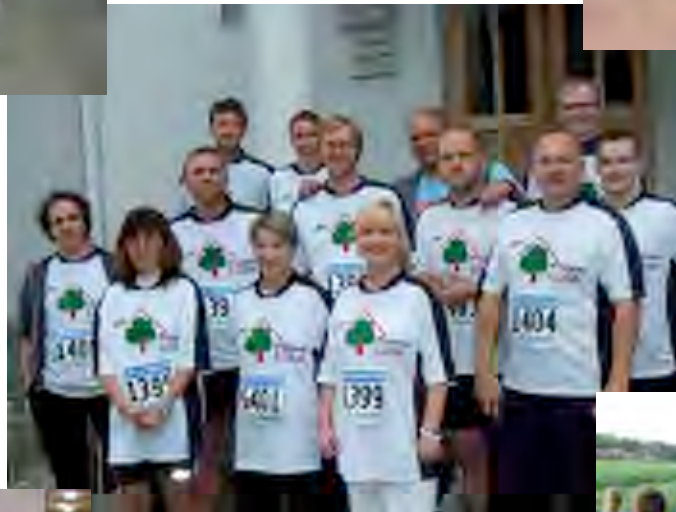
Zuhause



Das Team



Sport



Protest



Beschäftigungsbereich



10 Jahre LÜSA

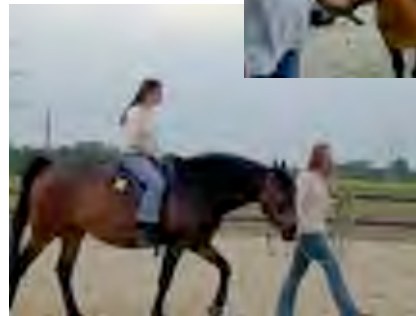


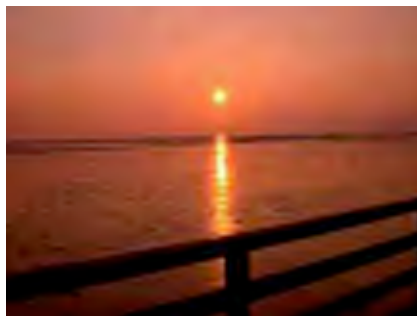


Sommerfeste



Freizeit





Neubau



Klientenfest



Gedenken



RTL Explosiv



Der Alltag

Im Projekt LÜSA und den ergänzenden Einrichtungen leben über 30 Menschen zusammen - höchst verschiedene Menschen, die sehr unterschiedliche Ziele, Wünsche, Vorstellungen, Träume und Hoffnungen haben. Für alle Beteiligten in unseren Einrichtungen ist es nicht immer einfach, Alltag zu leben, zu gestalten, auszuhalten. Dass dies gelingt - dafür ist es unabdingbar, respektvoll, konstruktiv, auf Lösungen gerichtet miteinander umzugehen: schwer genug und doch lohnend!

Der Alltag – oder die Quadratur des Kreises

Thomas U.:

Unser Bewohner Thomas wurde wegen einer Lungen-Embolie stationär im Krankenhaus behandelt. Nach einem längeren Aufenthalt wurde er mit einem Mobil-Sauerstoffgerät auf einem Caddy-Wagen und einem Standgerät „nach Hause“ entlassen.

Kaum Zuhause angekommen, bekam Thomas Einweisungsbesuch über Handhabung und Verhalten von einem Techniker u.a.:

- Vom Standgerät muss in jede Richtung ca. 30 cm Abstand zu Möbeln insbesondere zur Heizung gehalten werden,
- es darf während der Nutzung in der unmittelbaren Umgebung nicht geraucht werden,
- Achtung: Abstand einhalten!
- Die Batterien müssen nach maximal vier Stunden ausgetauscht werden;
- jeden Tag muss frisches destilliertes Wasser eingefüllt werden;
- einmal pro Woche muss der Filter ausgewaschen und in feuchtem Zustand wieder eingesetzt werden.

Das bringt einige Probleme mit sich und stellt uns vor ungewohnte Herausforderungen:

Thomas bewohnte ein Doppelzimmer – das geht nun nicht mehr –, das Standgerät blubbert und rauscht, daher wird ein Einzelzimmer benötigt, des Weiteren

- muss in der Nacht jede Stunde der korrekte Sitz der Sauerstoff-Nasenbrille kontrolliert werden, dies wird in einer Kontrollliste (wie bei den McDonalds-WCs) abgezeichnet. Diese Kontrollen sind nötig, da Thomas 16 Stunden pro Tag die Sauerstoffbehandlung anwenden muss, sonst wird die notwendig Sauerstoff-Sättigung nicht erreicht.
- Thomas muss ebenfalls ein sehr genaues Protokoll führen, wann und wie lange er die Geräte benutzt hat (Kontrolle über 16 Stunden Dauerbenutzung).
- Das Team sehr nervös, jedoch sehr bemüht, die Vorschriften zu befolgen.

- Thomas hatte nach der umfangreichen Einführung nichts Eiligeres zu tun als auf die „Aldi-Platte“ zu gehen, das Mobil-Sauerstoffgerät hinter sich herziehend!

Wir konnten ihn gerade noch ermahnen, nicht zu rauchen und waren uns nicht sicher, ob sonst eventuell der „Aldi weg wäre“.

- Nachdem wir uns von dem Schock erholt hatten, holten wir Thomas nach Hause, ihn und seinen Sauerstoff-Caddy schiebend:

Aber was kann passieren, wenn Thomas nicht ganz nüchtern in der Fersehecke sitzt, am Sauerstoff angeschlossen ist, und neben ihm raucht einer, ebenfalls intoxikiert: Wie gefährlich ist das? Haben wir dann keine Fersehecke mehr?

Thomas soll Montag ins Suchtbehandlungszentrum Elsey, vielleicht geht es auch schneller – müssen Flaschen für das Sauerstoff-Mobil mitgegeben werden? Geht das? Mit Schild: Achtung Gefahrguttransporter?!

Uff, Elsey hat doch Sauerstoff! Auch auf dieser Station! Und auch kleine Flaschen fürs Sauerstoff-Mobil! Stand-sauerstoff gibt es da natürlich, aber er könnte sich dann da gar nicht bewegen. Aber das Mobil verbraucht viele Batterien: Wer bezahlt die? Gibt es auch am Wochenende einen Notdienst für Klärungen? Wo? Und das destillierte Wasser? Klärung dieser ganzen Geschichte – demnächst ...

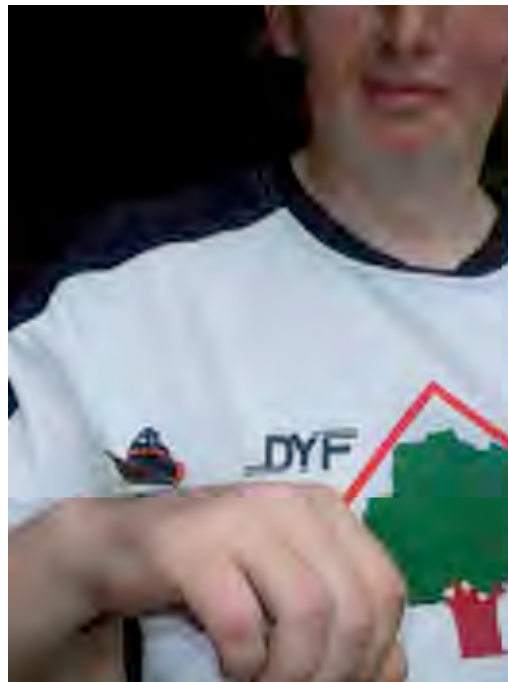
¶

2008 /an einem Freitag ab 12.00Uhr !!

Klienten



Klienten



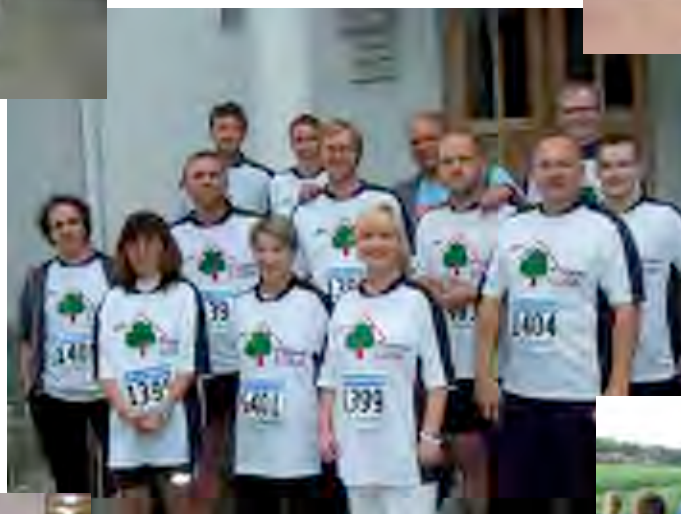
Zuhause



Das Team



Sport



Protest



Beschäftigungsbereich



10 Jahre LÜSA

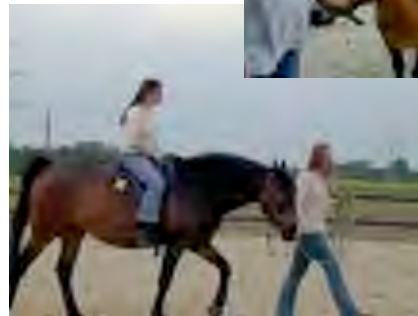


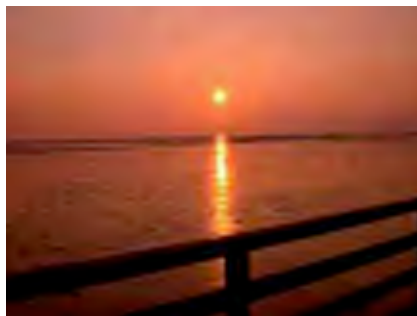


Sommerfeste



Freizeit





Neubau



Klientenfest



Gedenken



RTL Explosiv



Eine außergewöhnliche Begegnung auch das ist Betreuung

Nach insgesamt 15 Jahren in verschiedenen Knästen hatte sich der 40jährige Paul (Name geändert) im Projekt LÜSA gut stabilisiert.

Er ging einem der Arbeitsbereiche nach und hatte sich abgesehen von einigen kleinen Rückfällen erstaunlich gut in unsere Gemeinschaft integriert.

Von seinem alten Leben mit viel Beschaffungskriminalität und Konsum hatte er sich verabschiedet. Doch ein besserer Teil seiner Vergangenheit sollte plötzlich wieder in sein Leben treten.

Paul bekam einen Anruf von einem Jugendamt in Niedersachsen. Dieses fragte an, ob er Interesse hätte seine Tochter wiederzusehen. Er wollte sehr gerne, doch wer ist denn seine eigene Tochter eigentlich? Paul wusste, dass sie 15 Jahren alt ist und er sie über 14 Jahre nicht gesehen hatte. Er wusste, dass sie mit einem halben Jahr in eine Pflegefamilie gekommen war. Paul selbst war zu dieser Zeit inhaftiert und seine (ebenfalls drogenabhängig) Ex-Frau konnte sich nicht um das Kind kümmern.

Zurück ins Heute: Der Kontakt zwischen Vater und Tochter wurde langsam von einer Mitarbeiterin des Jugendamtes aufgebaut. Sie hatte Kontakt zu dem Einzelbetreuer von Paul gesucht und ihn gebeten, etwas über die Einrichtung und Paul selbst zu berichten. Sie wollte sicher gehen, dass ein langfristiges Wiedersehen auch wahrscheinlich sein würde, denn ähnliche Versuche der Kontaktaufnahme mit der Mutter waren bereits mehrfach fehlgeschlagen. Eine erneute Enttäuschung sollte der Tochter erspart bleiben. Richtig und wichtig war immer, dass die Tochter das Tempo aller Schritte vorgeben sollte. So war sie es, die den ersten Brief geschrieben hat.

Sichtlich stolz und voller Freunde zeigte Paul den Brief und das beigelegte Foto allen Mitbewohnern und Mitarbeitern. Jetzt erfuhr der spät berufene Vater die ersten Einzelheiten des Lebens seiner Tochter.

Plötzlich wusste er in welche Klasse sie ging und welche Schulform sie besuchte. Er erfuhr etwas über die Hobbys und auch etwas über die Pflegefamilie. Und das wichtigste: Er hatte ein Bild von ihr.

Paul schrieb natürlich zurück, hielt sich aber etwas „bedeckt“ mit den Informationen über sein Leben. Ihm war wichtig, die aktuelle Situation darzustellen und nicht die der Vergangenheit. Seine Tochter wusste über das Ju-

gendamt aber schon, dass er Probleme mit Drogen hatte, das fand Paul wichtig und auch gut.

Der Briefkontakt wurde langsam etwas regelmäßiger. Beide zeigten reges Interesse aneinander. Und so wurde von der Tochter angefragt, ob sie sich nicht mal treffen sollten. Paul war natürlich sehr einverstanden, und so wurde gemeinsam mit dem Jugendamt ein Termin vereinbart. Das Treffen sollte dann gemeinsam mit der Mitarbeiterin des Jugendamtes und dem Einzelbetreuer des Projekt LÜSA stattfinden.

Ein nervöser Paul stieg in meinen Wagen und ihm wurde während der Fahrt zum Treffen immer mulmiger. Ihm gingen viele Dinge durch den Kopf. Was kommen für Fragen auf mich zu? Wird es bei einem einmaligen Treffen bleiben? Bekomme ich Vorwürfe? Wird sie mich akzeptieren, so wie ich bin?

Paul war sehr nervös beim Eintreffen im Jugendamt. Dem großen Ereignis voraus ging ein Gespräch mit der Mitarbeiterin des Jugendamtes. Diese stellte den geplanten Ablauf des Treffens kurz dar und bat auch hier, das Tempo der Tochter zu überlassen. In diesem Gespräch teilte sie auch mit, dass Pflegeeltern und Pflegeschwester an dem Gespräch teilnehmen wollten. Das erschreckte Paul sichtlich, aber er stellte sich ohne Zögern der Herausforderung, drei weitere ihm bislang fremde Menschen kennen zu lernen.

Wir wurden in einen Raum geführt, in dem ein reichhaltiger Kaffeetisch gedeckt war und wurden gebeten, Platz zu nehmen.

Kurze Zeit später klopfte es und eine vierköpfige Familie betrat den Raum. Paul erhob sich, ging zielsicher auf seine Tochter zu und umarmte sie. Sie wusste augenscheinlich nicht, wie sie mit der Situation umgehen sollte und wirkte zunächst etwas reserviert.

Alle Beteiligten stellten sich gegenseitig vor, und der Vorschlag der Jugendamtsmitarbeiterin, doch zunächst Kaffee zu trinken und etwas Kuchen zu essen, wurde von allen dankbar angenommen. Nach und nach löste sich die allgemeine Anspannung und die ersten Fragen wurden gestellt. Man näherte sich an.

Auf einen Hinweis der Mitarbeiterin des Jugendamtes holte Pauls Tochter eine lange Liste mit Fragen aus der Tasche. Sie stellte viele Fragen, die sich Paul vorher nicht ausgemalt hatte. Viele dieser Fragen beschäftigten sich

mit der Familiengeschichte: Wieso heiße ich so? Habe ich noch Großeltern und vielleicht Tanten und Onkel? Und was machen die und wo wohnen die? Wieso gab es eine Trennung zwischen den leiblichen Eltern? Welche Gemeinsamkeiten gibt es? Wieso hast Du so lange im Gefängnis gesessen? Gibt es Fotos von mir als Baby? Paul musste einige Male schwer schlucken, gab viele Antworten. Auch er selbst wurde immer mutiger und fing seinerseits an, Fragen zu stellen. Sein Interesse betraf die Schule, Hobbys und auch die Zukunft. Natürlich durfte die unvermeidliche Frage nach dem ersten Freund nicht fehlen.

Als Highlight wurden Fotoalben gezeigt, die die letzten 14,5 Jahre der Tochter mit der Pflegefamilie dokumentierten. Es wurden Bilder der Einschulung, der Kommunion und von Urlauben gezeigt. Man merkte Paul an, wie leid es ihm tat, nicht an diesen Ereignissen teilgenommen zu haben.

Zum Schluss wurden nochmals Bilder gemacht und man versprach sich gegenseitig, diese zu verschicken. Für mich besonders bemerkenswert war, dass sich Paul herzlich bei den Pflegeeltern bedankte, denn er fand, sie hätten eine gute Erziehung geleistet. Zum Schluss waren sich alle Beteiligten einig, dass weitere Treffen erwünscht sind. Allerdings sollte auch hier die Tochter bestimmen, wann der nächste Termin sein sollte.

Die ersten zehn Minuten der Rückfahrt reflektierten wir gemeinsam diese außergewöhnliche Begegnung. Dann fiel die Spannung langsam von Paul ab und er schlief für die nächsten zwei Stunden auf dem Beifahrersitz ein und ich hatte Zeit mir wieder zu verdeutlichen, dass Begleitung bei LÜSA oft sehr umfassend ist und mitunter sehr sensible intime Lebensbereiche berührt – kurz bevor wir „Zuhause“ waren wurde Paul wieder wach.

¶

LÜSA - und danach?

„BeWo“: Was ist das eigentlich - warum bieten wir „BeWo“ an?

„BeWo“ ist die Abkürzung für das Hilfeangebot „Ambulant Betreutes Wohnen“.

Wir bieten „BeWo“ seit mehreren Jahren an, da wir in unserer 11-jährigen Geschichte immer wieder die Erfahrung gemacht haben, dass viele unserer BewohnerInnen nach ihrem stationären Aufenthalt in unserer Einrichtung erneut hilfebedürftig wurden. Sie kamen auf Dauer mit den hohen Anforderungen des selbstständigen Lebens nicht allein zurecht.

Erneute Rückfälle, gesteigerter Beigebruch, juristische Probleme, Beschaffungskriminalität, Wohnungsverlust, Überforderung mit Amts- und Behördenangelegenheiten, Verschlechterung des Gesundheitszustands und vieles mehr führten häufig zu einer massiven Verschlechterung ihrer Lebenssituation. Der so genannte „Drehtüreffekt“ setzte erneut ein.

Derzeit befinden sich neun Hilfesuchende in unserer „BeWo“ Betreuung.

Weitere Bewerber stehen bereits auf der Warteliste.

Was macht „BeWo“ eigentlich?

Wir helfen bei:

- der Beschaffung und Ausstattung einer geeigneten Wohnung oder dabei, die ggf. vorhandene Wohnung zu erhalten,
- der Aufrechterhaltung der Wohnfähigkeit,
- behördlichen Angelegenheiten, z. B. mit der Arge, der GEZ, der Justiz, Schulden, Problemen mit der Krankenkasse ect.,
- der medizinischen Versorgung, z. B. durch Vermittlung von und Begleitung zu diversen (Fach-)Ärzten, ins Krankenhaus (Beigebruchs-) Entgiftung,
- der Konfliktklärung mit Nachbarn, Vermietern, Freunden, Angehörigen,
- dem wöchentlichen Einkauf,
- der Haushaltsführung (Kochen, Wohnung putzen)
- der Reparatur von Möbeln und Hausrat.

Wir besuchen die KlientInnen regelmäßig in ihren Wohnungen, daneben bieten wir feste Büro-Sprechstunden an, eine wöchentliche Gesprächsgruppe und i.d.R. 14-tägig eine Freizeitaktivität.

Darüber hinaus können die KlientInnen an den LÜSA-Tagesstrukturangeboten teilnehmen.

An wen richtet sich das Angebot vom „BeWo“ des Projekts und wie unterscheidet es sich vom stationären Angebot des Projekts?

„BeWo“ richtet sich an alle interessierten Menschen, die drogenabhängig sind und noch nicht oder nicht mehr die Angelegenheiten des täglichen Lebens allein bewältigen können, aber nicht in stationäre Einrichtungen aufgenommen werden wollen / können oder diese bereits durchlaufen haben.

Wir bieten Unterstützung, Begleitung und Hilfe in allen alltäglichen Lebenssituationen. Unser Ziel ist, die KlientInnen bei der Umsetzung ihrer Ziele zu unterstützen, einer Verschlimmerung der Lebenssituation entgegenzuwirken und eine Verbesserung der Lebensqualität zu erlangen.

Die Unterschiede zum stationären Angebot sind vielfältig:

- Vor allem leben im „BeWo“ die KlientInnen selbstbestimmt in ihrer eigenen Wohnung.
- Sie beziehen in der Regel ihr monatliches Einkommen von der ARGE in Form von Arbeitslosengel II oder Grundsicherung, zum Teil auch durch eine Rente. Von diesem Geld müssen sie ihren Lebensunterhalt selbst bestreiten.
- Miete und Heizkosten werden von der ARGE o.ä. übernommen,
- Befreiungen z. B. von GEZ-Gebühren müssen regelmäßig und fristgerecht eigenständig (mit Unterstützung) verlängert werden.
- Die Geldverwaltung kann auf Wunsch der BeWo-KlientInnen von den BeWo-Mitarbeitern übernommen werden.
- Haushalten und Einkaufen werden eigenständig organisiert (gemeinsame Einkäufe sind möglich) – Geldeinteilung kann übernommen werden.
- Reinigung, Hygiene, Sauberkeit sind selbstständig einzuhalten.
- Es finden - nur in Krisenfällen - tägliche Hausbesuche und Anwesenheitsvorgaben statt.
- Beigebruch & Risikominimierung, eigenständige Sorge für den Gesundheitszustand, Schuldenabbau, selbständige Freizeitgestaltung, Beschäftigungsmöglichkeiten und Vieles mehr wird bearbeitet.

Welche Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein?

Die Voraussetzungen sind :

- Volljährigkeit,
- Drogenabhängigkeit ,

- Freiwilligkeit,
- Doppel- bzw. Mehrfachdiagnosen,
- Wohnung und Meldeadresse im Kreis Unna ,
- die Bereitschaft sich durchs "BeWo" betreuen zu lassen (wir sind keine gesetzliche Betreuung)
- Einhaltung von Absprachen und Terminen
- Ein Mindestmaß an Bereitschaft, seinen Konsum / Bei-
konsum zu reduzieren

Wer bezahlt das überhaupt?

Das ambulant betreute Wohnen wird über den LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) finanziert. Hierfür muss ein sog. Hilfeplanverfahren eingeleitet werden. In der Regel wird dies übernommen von:

- dem Betreuer in der Drogenberatungsstelle
- dem gesetzlichen Betreuer
- dem Ansprechpartner in der JVA
- oder das "BeWo" Team des Projektes selbst.

Anschließend wird der Hilfesuchende zu einem Hilfeplan-
gespräch vom LWL eingeladen, in dem der Umfang der
benötigten Unterstützung besprochen, festgelegt und
bewilligt wird. Hieraus ergeben sich sog. Fachleistungs-
stunden. Diese beinhalten die Zeit, die einem Mitarbeiter
des "BeWo" mit dem Hilfesuchenden zur Bewältigung
und Überwindung seiner Problemlagen und Anliegen zur
Verfügung steht.

In besonderen Einzelfällen kann der LWL eine finanzielle
Beteiligung der Kosten für die Betreuung einfordern.

Muss man Clean sein, und was ist mit HIV?

Um im "BeWo" des Projekts aufgenommen zu werden,
muss niemand clean oder abstinent leben. Wir arbeiten
sowohl eng mit substituierenden Ärzten wie mit allen re-
levanten Fachärzten (HIV HCV u.a.) zusammen für sinnvoll
und anderen Fachärzten.

Eine Stabilisierung der gesundheitlichen Gesamtsituaiton
ist aus unserer Sicht ein wesentliches Wiedereingliede-
rungsmerkmal.

Welche Angebote hat das "BeWo" noch?

Wir bieten einmal im Monat nur für unsere "BeWo"-Klien-
tInnen eine Freizeitgruppe an. Hier gehen wir gemeinsam
ins Kino, kochen gemeinsam und schauen uns anschlie-
ßend einen DVD Film an, und vieles mehr. In Planung sind
gemeinsame Ausflüge in einen Freizeitpark, ins Freizeit-
bad, zum Trödelmarkt, Radtouren, Grill-, Kino-Abende etc.

Außerdem wird 14 tägig eine PEG-PAK Gruppe (zur Wie-
dererlangung der eigenen Kontrolle über den Konsum)
angeboten.

In Notsituationen besteht die Möglichkeit, das „Notbett“
in unserer stationären Einrichtung zu nutzen. Dies kann
z.B. dann der Fall sein, wenn ein Hilfesuchender ohne
festen Wohnsitz ist und vom "BeWo" betreut wird oder
sich betreuen lassen will, aber noch kein geeigneter
Wohnraum zur Verfügung steht.

Wo sind die Grenzen des "BeWo"?

Hier gelten in erster Linie die gleichen Bestimmungen wie
in unserer stationären Einrichtung:

Kein Dealen
Kein Stehlen
Keine Gewalt
Keine Hehlerei
Keine Prostitution

Darüber hinaus können wir niemanden betreuen, der
sich nicht betreuen lassen will, für uns ist Freiwilligkeit
Voraussetzung. Mangelnde Bereitschaft machen wir u.a.
an folgenden Verhaltensweisen der KlientInnen fest:

- Wiederholtes (unkorrigierbares) Absagen vereinbarter
Termine,
- Kontinuierlich eingeschränkte Erreichbarkeit der Klien-
tInnen,
- dauerhafte Nicht-Einhaltung von Vereinbarungen,
- Aggressives und oder gewaltbereites Auftreten den
Betreuern bzw. MitklientInnen gegenüber etc.

Wir können niemanden Betreuen, der nicht im Einzugsbe-
reich des Kreises Unna wohnt.

Die Mitarbeiter des "BeWo"

Die Mitarbeiter des "BeWo" haben Berufsqualifikationen
aus dem Bereich Sozialwesen und langjährige Erfah-
rungen in der Drogenhilfe.

Außerdem werden in Kürze noch weitere Fachkräfte für
diesen Bereich eingestellt.

Die Mitarbeiter des "BeWo" sind jeweils über ein Dienst-
handy erreichbar.

In Notfällen kann auch die stationäre Einrichtung ange-
gangen werden.

Wie findet man das "BeWo"?

Das ambulant betreute Wohnen des Projekts e.V. zieht um:

ab Oktober 2008 sind die „BeWo-Büros“ und die Teestube in der

Friedrich –Ebertstraße 2 (direkt an der Rückseite des Bahnhofs / Aldi)

59425 Unna

Tel.: 02303-256405

Fax: 02303-256407

luesa.bewo@gmx.de

Ansprechpartner:

Heike Ittner

Gabriele Pap

Detlef Göbel (stv. Leitung – Bereich "BEWO")

Anabela Dias de Oliveira (Gesamtleitung; Geschäftsführung)

¶

H. Ittner & G. Pap 08/2008



BEWO-Konzeption

Leistungs- und Prüfungsvereinbarung

1 Grundlagen der Arbeit

Die Praxiserfahrung des Projekt LÜSA zeigt eine Teilzielgruppe, die eine weitgehende Stabilisierung erfahren hat, jedoch auf dem Hintergrund der weiterhin vorhandenen Störung mittelfristig nicht in der Lage sein wird, längerfristig gänzlich selbständig /ohne flankierende Betreuungsmaßnahme zu wohnen/leben.

Diese Menschen haben während ihres Aufenthaltes gute Entwicklungsschritte geleistet und eine Stabilisierung (auch bezüglich ihres Beigebrauchs) erreicht, die bei einer adäquaten - auf (Beziehungs-) Kontinuität aufbauende - wenn auch zeitlich modifizierte / verringerte Weiterbetreuung, erhalten werden kann.

Sie sind zu einem selbständigen Leben ohne ambulante Betreuung (noch) nicht in der Lage. In der Komplexität der Gesamtstörung steht die ausgeprägte und sehr lange Drogenabhängigkeit mit allen Kriminalisierungs-/Kriminalitätsaspekten zwar im Vordergrund, die ebenfalls prägende psychische Störung und z.T. auch die körperliche Gesundheitssituation erschweren eine dauerhafte Beendigung des Beigebrauchs und damit eine gelingende Wiedereingliederung.

Auf diesem Hintergrund gelingt es kaum sie in die bestehenden Angebote von „Ambulant Betreutes Wohnen“ zu vermitteln, da dort die Hilfen entweder die psychische Störung oder die Suchterkrankung fokussieren.

Diese Teilzielgruppe benötigt durchschnittlich einen höheren Betreuungsrahmen, um die in dem stationären Setting erreichte Stabilisierung halten zu können, jedoch sind für den individuellen Hilfebedarf unterschiedliche Betreuungsichten innerhalb des Gesamtkonzeptes durchaus zu realisieren.

Eine Teilnahme an dem Beschäftigungsbereich (tagesstrukturierende Maßnahme) ist für die NutzerInnen des „Ambulant Betreutes Wohnen“ als konzeptioneller Bestandteil vorgesehen, wenn keine verbindliche eigene Tagesstruktur vorhanden ist – der Umfang wird individuell festgelegt.

Durch die Schaffung einer verbesserten Anschlussperspektive sind auch für diese Teilzielgruppe Entlassungen in selbständiges Wohnen/Leben ggf. früher möglich, so dass Aufnahmekapazitäten entstehen, die sowohl zur Entspannung in der Wartelistensituation wie zu einer verbesserten Versorgung dieser Menschen in der Region

führen.

1.1 Gesetzliche Grundlage

Das Hilfeangebot „Betreutes Wohnen“ ist eine Hilfe-Maßnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 & 54 SGB XII, sie dient der Sicherung von Teilhabe an der Gesellschaft, sozialen Wiedereingliederung.

Der LWL / Kreis Unna als Gesundheits- und Sozialhilfeträger haben die Durchführung dieser Aufgaben an verschiedenen Trägern, die Hilfeangebote für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen vorhalten, delegiert. Die Träger übernehmen die verbindliche Versorgung im Rahmen der im Hilfeplanverfahren festgestellten individuellen Hilfebedarfe.

1.2 Zielgruppe des Betreuten Wohnens

Zielgruppe des „Betreuten Wohnens“ sind chronisch drogenabhängige Menschen mit Mehrfachschädigungen (CMA) die das Projekt LÜSA durchlaufen haben sowie für Menschen aus dem Kreis Unna

- für die eine Hilfe in einer stationären Einrichtung noch nicht, nicht oder nicht mehr erforderlich ist,
- die vorübergehend oder für längere Zeit nicht selbständig ohne professionelle Hilfen leben können,

Ziel der ambulanten Betreuung ist es, den Drogenabhängigen mit Mehrfachschädigung zu unterstützen, die noch vorhandene bzw. wieder erreichte Stabilität zu halten und in der Bewältigung seiner Lebensgestaltung zu unterstützen und ihn dazu zu befähigen, perspektivisch selbständig und möglichst unabhängig von begleitenden Hilfen zu leben.

2 Standards für Ambulant Betreutes Wohnen im Kreis Unna

Unter den Standards verstehen wir die fachlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, unter denen die Leistungen des „Ambulant Betreutes Wohnen“ erbracht werden können.

2.1 Betreuungsschlüssel

Die Komplexität der Problemlage dieser Zielgruppe (polytoxe Drogenabhängigkeit, psychische Störungen, schwere körperliche Drogen-Folgeerkrankungen, hohe soziale Entwurzelung) benötigt in der Regel durchschnittlich über 5 Fachleistungsstunden.

2.2 Team

Die hauptamtlichen Fachkräfte (Sozialarb./innen, Sozial-

päd./innen, Fachkräfte mit vergleichbarer Ausbildung) mit entsprechender berufsfeldspezifischer Qualifikation.

2.3 Aufnahmeverfahren

Über die Aufnahme ins ambulant betreute Wohnen entscheidet der Träger (VFWD e.V., Projekt LÜSA) i.R. des Hilfeplanverfahren / Beratung in der Clearingstelle. Zwischen dem Betreuten und dem Träger wird ein Betreuungsvertrag geschlossen. Sofern die Betroffenen nicht in einer eigenen sondern in einer vom Träger angemieteten Wohnung als Mieter leben, wird ein Betreuungs- und Mietvertrag geschlossen.

Besonders bei KlientInnen, die nicht vorher LÜSA „durchlaufen“ haben, kann vor der Aufnahme eine „Probebetreuung/Probewohnen“ vereinbart werden. Das Aufnahmeverfahren ist dann eine Vorlaufzeit in der sich die Fachkräfte ein Bild vom Klienten machen und der zukünftige BewohnerIn die Angebote des betreuten Wohnens kennen lernen kann.

2.4 Betreuungsangebot

Das Betreuungsangebot richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls (Hilfeplanverfahren/ Clearingstelle). Zum Umfang der Betreuung gehören alle Kontakte mit dem KlientIn und/oder alle Termine wie Vereinbarungen, Absprachen oder Dienstleistungen für den KlientIn:

- Betreuungstermine in der Wohnung
- Einzelgespräche und Gruppenarbeit
- Begleitung in der Kontaktstelle
- Telefonate, Schriftverkehr (Briefe, Aktenführung)
- Gespräche mit Dritten (Behörden, Arbeitgebern, gesetzlichen Betreuern, Angehörige usw.)
- Arztbesuche / Klinikbesuche
- Krisenintervention

3 Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnen für chronisch

drogenabhängige Menschen mit Mehrfachschädigungen im Kreis Unna Bei dem nachfolgend beschriebenen Leistungskatalog wird der Betreuungsaufwand durch die individuelle Bedürfnislage des Klienten und die Betreuungsziele bestimmt. Hierbei finden die nachfolgend aufgeführten Arbeitsinhalte Anwendung, wobei mit der Abstufung von 1 - 4 sowohl eine qualitative als auch zeitliche Aussage über die Betreuung getroffen wird.

Die Arbeitsinhalte können je nach Bedarf des Hilfeempfängers einzeln oder nebeneinander angewandt werden: 1. Information/Beratung/

Organisation

2. Praktische Planung/Motivation/Anleitung
3. Begleitung und Hilfe bei der Durchführung
4. Konkrete Hilfe für den Klienten, „gemeinsames Tun“

3.1 Integrativer Behandlungs- u. Wiedereingliederungsplan

Das Betreute Wohnen ist ein Betreuungsprozess, in dem die Entwicklung des Klienten berücksichtigt wird. Die konkrete Betreuung richtet sich nach einem Betreuungsplan, der auf Basis des im Hilfeplanverfahren festgelegten Hilfebedarf vor jeder Aufnahme mit dem Klienten besprochen und vereinbart wird. Mit Aufnahme in das Betreute Wohnen wird ein Betreuungsprozess eingeleitet, der die Fortschritte des Klienten einbezieht und kontinuierlich aktualisiert wird.

3.2 Leistungskatalog

3.2.1 Lebenspraktisches

- Körperpflege / Hygiene
- (Haus)wirtschaftliche Hilfen / Ernährung
- Einkauf / Planung
- Psychosoziale Begleitung i.R. der Substitutionsbehandlung (PSB)
- Schuldenregulierung / Geldverwaltung
- Kontaktkonstanz (AIDS-Hilfe / Bewährungshelfer / gesetzlicher Betreuer etc.)
- Außenkontakte: Beziehungen, Angehörige und Freundschaften
- Freizeitgestaltung
- Behördenangelegenheiten

3.2.2 Soziale Kontakte

Chronifizierte Suchtverläufe - zumal illegalisierte - bedingen neben verschiedenen körperlichen und psychischen Störungen auch Beeinträchtigungen der Beziehungsfähigkeit der Betroffenen.

Beziehungs(gestaltungs)arbeit ist deshalb ein wesentlicher Stabilitätsfaktor in ihrer Betreuung:

- Beziehungs(konstanz) KlientIn MitarbeiterIn als Beziehungsmodell
- Beziehungen von Betroffenen untereinander (z.B. Tagesstrukturangebot s. u.)
- Förderung von Außenkontakten
- Wiederaufnahme von Familienbeziehungen
- Bearbeitung von Konflikten

3.2.3 Gesundheitsförderung

Ziel der Betreuung ist, die KlientInnen trotz ihrer oft chro-

nischen Grunderkrankung dauerhaft mit den Angeboten ambulanter Hilfen in ihrer privaten Umgebung wohnen zu lassen, und stationäre Aufenthalte zu vermeiden.

- Stabilität in der Substitutionsbehandlung
- Risikominimierung / Training
- Reduzierung von Beigebrauch
- regelmäßige Arztbesuche / Behandlungskonstanz (Compliance)
- Einnahmen (selbstverantwortliche) von Medikamenten
- Information und Aufklärung über Krankheitsbilder
- Bewusstseins-schaffung über krankheitsbedingte Verhaltensweisen
- regelmäßige Kontakte bei stationären Krankenhausaufenthalten
- Planung und Durchführung begleitender Maßnahmen

3.2.4 Krisenintervention

Durch die Beziehungskonstanz und die regelmäßigen Kontakte zu den KlientInnen können sich anbahnende Krisen schon im Vorfeld erkannt und aufgefangen werden. Wenn Krisen zum Durchbruch kommen, ist es dem Klienten häufig ausschließlich aufgrund dieser konstanten Beziehung und des hierin begründeten Vertrauens zu dem/der MitarbeiterIn möglich, entsprechend Hilfe anzunehmen.

- Erkennen und Diagnostizieren von Krisen
- Bearbeiten von Kriseninterventionen
- Einleiten von Maßnahmen (Arzt, Krankenhaus, gesetzliche Betreuung etc.)

3.2.5 Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Einbeziehung des Hilfesystems und sozialen Umfeldes des Gemeinwesens Unna wie des Kreises (Vereine u.a. Angebote).

3.2.5.1 Tagesstruktur

- Planung Tagesablauf/Wochenstruktur
- Einleitung tagesstrukturierender Maßnahmen (z.B. Beschäftigungsbereich LÜSA)
- Freizeitgestaltung (strukturierte Freizeitangebote)

3.2.5.2 Wohnsituation

Konkrete Wohnhilfen, die es dem Betreuten ermöglichen, eine eigene Wohnung anzumieten, in seiner Wohnung zu bleiben und dort selbstständig zu leben

- Wohnraumbeschaffung
- Wohnraumgestaltung
- Wohnraumerhalt
- Wohnraumverwaltung

3.2.5.3 Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Vermittlung in Arbeit oder Beschäftigung soweit die persönlichen Voraussetzungen dies ermöglicht (eine Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt scheint auf dem Hintergrund des Alters und der Störungsbilder sehr unwahrscheinlich).

Individuelle paßgenaue Hilfeangebote müssen vorgehalten werden, da erfahrungsgemäß das Fehlen einer Tagesstruktur destabilisierend bis hin zum Rückfall in alte Verhaltens-/ Konsummuster wirkt (als niedrigschwelligste Form ist die Anbindung an den Beschäftigungsbereich - Werkstätten von LÜSA vorgesehen)

- Beteiligung an dem Beschäftigungsangebot der LÜSA-Werkstätten (Druckerei, Holz Kreativ-, Fahrradwerkstatt, Hausmeister-/Renovierungsarbeiten),
- Suchen von Zusatzarbeitsgelegenheiten/ Zuverdienstmöglichkeiten / Nischenarbeitsplätze (z.B. in den LÜSA-Angeboten wie dem secondhand-Laden „LÜ-La“, Wochenmarktstand, Antikmarkt),
- Werkstatt für psychisch Kranke, „die Tafel Unna e.V., andere Beschäftigungsträger,
- Maßnahmen zur schulischen und beruflichen Qualifikation

4 Kooperation im komplementären Bereich

Betreutes Wohnen ist ein ambulantes Angebot für psychisch kranke Menschen (hier: Teilzielgruppe „chronisch Drogenabhängige mit Mehrfachs-chädigung“) am Wohnort. Sie haben das Recht auch ambulant optimal versorgt zu werden. Dies ist nur in Kooperation mit allen Leistungsanbietern möglich. Das Betreute Wohnen ist ein Baustein innerhalb der ambulanten Versorgung.

Die Zusammenarbeit mit Fachärzten, dem substituierenden Arzt, medizinischen Diensten, sozialpsychiatrischen Dienst sowie allen relevanten Hilfe-einrichtungen/ Diensten garantiert ein optimales Angebot für chronisch drogenabhängige Menschen mit Mehrfachs-chädigungen (CMA). Für die Betreuten übernehmen wir die Koordinationsverantwortung für den Betreuungsplan, auch wenn andere in die ambulanten Maßnahmen einbezogen sind.

¶

©Anabela Dias de Oliveira - VFWD e.V., Projekt LÜSA, 2005

Wir tun mehr von dem, was wirkt!



Abschied und Sterben

Leider mußten wir in den vergangenen Jahren immer wieder von KlientInnen Abschied nehmen. Es war immer wieder anstrengend und es war traurig. Wir hoffen aber ihnen ein gutes Zuhause gewesen zu sein in ihrer letzten Lebensphase, ihnen würdiges Sterben ermöglicht zu haben.

Drogentote in der EU auf „hohem Niveau“

Brüssel - Die Zahl der Drogentoten ist laut der EU- Drogenbeobachtungsstelle auf „hohem Niveau“ - ohne rückläufige Tendenz. Eine dramatische Zunahme ortet der in Brüssel präsentierte Bericht beim Kokainkonsum.

Nach Cannabis steht neu der Kokain-Missbrauch an zweiter Stelle, wie Wolfgang Götz, Leiter der Beobachtungsstelle in Lissabon, ausführte. Der Kokainkonsum sei bisher unterschätzt worden, fügte er an.

Vier Prozent der 15- bis 64-Jährigen in der EU haben laut dem Bericht mindestens einmal Kokain konsumiert. Beinahe ein Viertel hat Erfahrung mit Cannabis. Zum ersten Mal seit mehr als zehn Jahren ist jedoch die Zahl der Cannabis- und Heroinkonsumierenden nicht weiter gestiegen.

Ob dies beim Heroin so bleiben wird, stellen die Experten in Frage. Sie verweisen dabei etwa auf die wachsende Opiatproduktion in Afghanistan. Im EU-Bericht sind die 27 EU-Staaten sowie Norwegen und die Türkei einbezogen. Vergleichbare Zahlen zur Schweiz liegen nicht vor.

Beim Kokainkonsum in der Schweiz kam eine Umfrage im Jahr 2002 zum Schluss, dass 2,9 Prozent Erfahrung mit der Droge haben. Punkto Cannabis zeigte die Schülerbefragung 2006, dass der 1986 stetig steigende Konsumtrend gestoppt wurde.

Jährlich gibt es in der EU bis zu 8000 Drogentote. Knapp 200 000 Drogenkonsumierende sind HIV-infiziert, eine Million mit Hepatitis C. Götz betonte die erfolgreiche Reduktion der HIV-Infektionen. Er forderte nun ebenso wirksame Massnahmen zur Reduktion der Hepatitis- Infektionen - und der Todesfälle durch Überdosis.

Allerdings hat die Europäische Union keine gemeinsame Strategie im Kampf gegen den Drogenmissbrauch und somit auch nicht bei der Prävention gegen Überdosis. Laut der Beobachtungsstelle belegen Forschungen, dass Substitutionstherapien das Risiko einer tödlichen Überdosis verringern. ¶

SwissInfo 22.12.07

Zahl der Drogentoten stagniert

Rückgang der Todesfälle durch Rauschgift setzt sich erstmals seit Jahren nicht fort - Drogenbeauftragte Bätzing: Erneuter Rückgang unwahrscheinlich

Ersten Zahlen zufolge sind in Deutschland im Jahr 2007 wieder so viele Menschen an Drogen gestorben wie 2006. Das geht aus einer Umfrage der Nachrichtenagentur AP in den Bundesländern hervor. Damit ist der Rückgang der Zahl der Drogentoten in den vergangenen sechs Jahren gestoppt. Das letzte Mal war die Zahl im Jahr 2000 gestiegen. Damals wurden 2030 Fälle gezählt. 2006 starben 1296 Menschen an den Folgen ihres Rauschgiftkonsums.

Endgültige bundesweite Zahlen für das Jahr 2007 wird es frühestens im Februar geben: Zum einen will das bevölkerungsreichste Bundesland, Nordrhein-Westfalen, erst dann Zahlen veröffentlichen. Zum anderen ist bei vielen Verdachtsfällen die Todesursache noch nicht abschließend geklärt. Auch der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Sabine Bätzing, liegen noch keine Gesamtzahlen vor. Einige Verdachtsfälle müssten noch obduziert werden. Sie rechnet aber ebenfalls mit einer Stagnation der Fälle. „Die Zahl der Drogentoten im Jahr 2007 wird ungefähr dem Stand von 2006 entsprechen.“ Den Rückgang seit dem Jahr 2000 begründet sie mit „dem Angebot im niedrighschwelligen Bereich“, etwa Konsumräumen und Kontaktläden für Drogenabhängige, und der Substitution, zum Beispiel mit Methadon. „Nun ist der Punkt erreicht, an dem die Angebote zu keinem weiteren großen Rückgang der Zahlen führen.“ Todesfälle durch Substitutionsmittel seien „ganz gering“, sagt Sabine Bätzing. Auffällig sei aber, dass „der Mischkonsum als Todesursache seit vier, fünf Jahren steigt“. Heroin sei bei Todesfällen fast immer im Spiel - nun aber häufig kombiniert mit Kokain, Amphetaminen oder Ecstasy.

Die Hamburger Innenbehörde schätzt die Zahl der Drogentoten für 2007 auf rund 60. Ende Dezember waren nach Angaben einer Sprecherin jedoch lediglich 32 Fälle registriert. In 30 Verdachtsfällen standen noch die Gewebeuntersuchungen der Rechtsmedizin aus. Die Zahl der Toten blieb damit in Hamburg im Vergleich zu den Vorjahren relativ stabil. Auch in Schleswig-Holstein wird nach ersten Schätzungen die Zahl ähnlich sein wie 2006, als 30 Drogentote registriert wurden.

Abermals deutlich zurück ging die Zahl in Berlin. Bis Ende November 2007 starben 137 Menschen an den Folgen ihrer Sucht, wie die Senatsverwaltung für Gesundheit mitteilte. Das seien rund 15 Prozent weniger als im gleichen Zeitraum des Vorjahres, als 161 Rauschgiftopfer gezählt wurden.

Mehr Rauschgifttote verzeichneten dagegen Bayern, Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und das Saarland. Rückläufig sind die Zahlen in Rheinland-Pfalz, Bremen, Baden-Württemberg und Thüringen. Am deutlichsten war der Anstieg in Bayern mit einem Plus von 40 Todesfällen auf 231. In Hessen gab es bis Ende Dezember 107 Tote - acht mehr als im Vorjahr. In Sachsen wurden bis Mitte Dezember 23 Todesfälle erfasst, ebenfalls acht mehr als im Vorjahr. Sachsen-Anhalt zählte mit elf Fällen die bislang meisten Drogentoten in seiner Geschichte. Auch im Saarland gab es mit bislang 13 Toten einen leichten Anstieg um drei Fälle.

Auch in Brandenburg starben mehr Rauschgiftabhängige als im Vorjahr. „Es zeichnet sich ein Anstieg ab“, sagte ein Sprecher des Innenministeriums. Genaue Zahlen nannte er nicht. 2006 wurden dort sieben Todesfälle gezählt. In Mecklenburg-Vorpommern starben nach vorläufigen Angaben zwei Personen an Drogen.

In Rheinland-Pfalz kostete bis Jahresende die Drogensucht 59 Menschen das Leben - 18 weniger als im Vorjahr. Wie Gerald Gouasé vom Landeskriminalamt berichtete, gingen davon 50 Todesfälle auf Überdosierung zurück. Mit 16 Personen stellte die Gruppe der Aussiedler dort mehr als jeden vierten Drogentoten.

In Bremen starben insgesamt 36 Menschen an Drogen. Damit hält der schon seit einigen Jahren rückläufige Trend in der Stadt an. 2006 gab es dort noch 40 Drogentote. In Baden-Württemberg wurden bis kurz vor Weihnachten 142 Drogentote erfasst, wie das Innenministerium mitteilte. Das sei der niedrigste Stand seit 18 Jahren. Auch das Innenministerium in Thüringen geht von einem leichten Rückgang aus. Im Jahr 2006 hatte es sieben Todesfälle gegeben. Ebenfalls leicht rückläufig waren die Zahlen aus Niedersachsen. Dort wurden 72 Opfer verzeichnet, vier weniger als im Vorjahr. Bei den Toten handelt es sich vor allem um Langzeitabhängige, die zumeist mehrere unterschiedliche Drogen konsumiert haben. ¶

Die Welt 06.01.08

Todesanzeige für Erich

Erich K., 49 J.,

Künstler, charmanter Erzähler, guter Zuhörer, LÜSA-Bewohner, schwer erkrankter Drogengebraucher, verstarb am 26.10.01 an den Folgen seiner Krankheit und den Lebensbedingungen einer von Illegalität geprägten Sucht. Wir wünschen Dir die Ruhe, die Du auf der Erde nicht haben durftest.

Wir veröffentlichen Deinen Tod wider dem anonymen Sterben drogenabhängiger Menschen.
LÜSA-Team & BewohnerInnen

21.07.04 - GEDENKTAG FÜR VERSTORBENE DROGEN-ABHÄNGIGE

Das Projekt LÜSA und die AIDS-Hilfe beteiligen sich auch in diesem Jahr an den bundesweiten Aktionen zum Gedenktag für verstorbene drogenabhängige Menschen.

Verelendete Drogenabhängige, Beschaffungskriminalität, „Überdosistote“ - vermeintlich die unausweichlichen Folgen der Drogenabhängigkeit? Aus unserer Sicht eher die Folgen der Illegalität.

Der Konsum illegalisierter Drogen ist immer noch geprägt von unkalkulierbaren, häufig lebensgefährlich tödlichen Risiken:

schwankende Stoffqualität,
gesundheitsschädliche Streckstoffe,
unhygienische / unsterile Verabreichungsformen,
horrende Schwarzmarktpreise,
verelendete Lebenssituationen,
Obdachlosigkeit,
Mangelernährung,
soziale Entwurzelung, u.a.m.

Durch diese Kombination sterben immer noch Menschen an Drogen!

Die Überlebenden leiden an Folgeerkrankungen wie AIDS, Hepatitis u.a. lebensbedrohende Erkrankungen.

Die Lebenssituation als abhängiger Mensch ist schwierig; für den Einzelnen, Angehörige und Freunde belastend und behindert bei der Teilhabe an der Gemeinschaft – bei der Abhängigkeit von illegalen Drogen potenzieren sich diese Risiken. Gesundheits-/Sozialpolitik, die auf kurzfristige Spareffekte setzt und die Förderung der Überlebenshilfen streicht, erhöht diese Risiken.

Der nationale Gedenktag hat zum Ziel Öffentlichkeit und Politik für die Lebensrealität von drogenabhängigen Menschen und die Auswirkungen von Drogenpolitik zu sensibilisieren sowie mit Angehörigen und Freunden derer zu gedenken, die die o.g. Risiken nicht überlebt haben.

Am Mittwoch, 21.07.04 bieten wir ab 10.00Uhr im Stadtgarten Unna (Treffpunkt der offenen Drogenszene Unna) eine Frühstücks-„Tafel“ für alle interessierten BürgerInnen und drogenabhängigen Menschen an.

Wir möchten gemeinsam essen und Gelegenheit geben für ein gegenseitiges Kennenlernen. ¶

Karins Todes-Annonce

Wir hoffen Dir ein Zuhause gegeben zu haben!.
Gute Reise!

K a r i n P.
14. 08. 58 - 27. 01. 02

verstarb an den Folgen Ihrer Krankheit und den Lebensbedingungen einer von Illegalität geprägten Sucht. Wir wünschen Dir die Ruhe, die Du auf der Erde nicht haben durftest.

Wir veröffentlichen Deinen Tod wider dem anonymen Sterben drogenabhängiger Menschen.
LÜSA-Team & BewohnerInnen und AIDS-Hilfe Unna

Gedenktag 2005

Gedenkfeiern für Drogentote in Unna und Dortmund

Am 21. Juli wurde der nationale Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige begangen. In Westfalen-Lippe gab es Gedenkfeiern unter anderem in Dortmund und Unna. Die AIDS-Hilfe und das Projekt „LÜSA“ waren die Ausrichter der Veranstaltung in Unna. Unter anderem gab es dort eine Kunstaktion, ein Informations-Frühstück für interessierte Bürger und Drogenabhängige und eine Gedenkfeier mit Ansprachen. Außerdem wurde wie jedes Jahr ein Gedenkbaum für die im zurückliegenden Jahr verstorbenen Drogenabhängigen gepflanzt. In Dortmund zeichneten der Elternkreis drogenabhängiger Kinder, die AIDS-Hilfe, die Drogenberatung „droids“, das Gesundheitsamt und weitere Organisationen verantwortlich für eine Gedenkfeier am U-Bahn-Ausgang „Stadtgarten“. Dort steht seit dem Jahr 2002 ein Gedenkstein für Drogentote.

THIS BABY DOLL WILL BE A JUNKIE

ist ein audio-visuelles Porträt von in Europa lebenden, drogenabhängigen Frauen.

Das Kunstwerk besteht aus Serien identischer Puppen, welche entscheidende Ereignisse aus dem Leben einer Drogenabhängigen mitteilen. Jede Serie repräsentiert eine Biografie.

Die Puppe ist der Porzellanabguss einer traditionellen Spielpuppe mit beweglichen Armen und Beinen. Auf das Puppengesicht ist das Fotoporträt einer Drogenabhängigen projiziert, welches den Gesichtsausdruck der Babypuppe fließend in den eines Erwachsenen übergehen lässt.

Beim Aufheben der Puppe wird eine signifikante Erfahrung aus dem Leben der Drogenabhängigen hörbar.

Die Aussprache schallt durch ein perforiertes Textfeld auf dem Rücken der Puppe mittels eines darunter montierten Lautsprechers. Der Text gibt Information über den Namen und das Geburtsjahr oder auch das Todesjahr der Drogenabhängigen.

Die Puppenserien werden in öffentlichen Räumen an Orten installiert, die zum Lebensraum Drogenabhängiger gehören, und anschließend ohne weitere Aufsicht in der Öffentlichkeit zurückgelassen.

Jede Puppe trägt am Handgelenk einen Anhänger mit dem Titel des Kunstwerks sowie einen Hinweis auf diese Website.

www.ulrikemontmann.nl



KARIN PAUSCH

Liste der gesprochenen Sätze

MIT 6 JAHREN HABE ICH ANGST VOR MEINEN SÜCHTIGEN ELTERN
MIT 12 JAHREN STIRBT MEIN VATER
MIT 13 JAHREN NEHME ICH CANNABIS UND MEDIKAMENTE VON
MEINER MUTTER
MIT 16 JAHREN STIRBT MEIN BRUDER
MIT 17 JAHREN SPRITZE ICH HEROIN
MIT 18 JAHREN STIRBT MEINE MUTTER AN EINER ÜBERDOSIS
MIT 19 JAHREN LEBE ICH OBDACHLOS IN FRANKREICH
MIT 25 JAHREN WERDE ICH ZUM ERSTEN MAL INHAFTIERT
MIT 30 JAHREN INFIZIERE ICH MICH IM GEFÄNGNIS MIT HIV
MIT 31 JAHREN FLÜCHTE ICH VOR NEUER INHAFTIERUNG IN DIE
NIEDERLANDE
MIT 32 JAHREN VERLIEBE ICH MICH IN EINEN DROGENABHÄN-
GIGEN UND LEBE MIT IHM ILLEGAL IN ROTTERDAM
MIT 40 JAHREN KEHRE ICH ZUR SUCHTBEHANDLUNG ZURÜCK
NACH DEUTSCHLAND, WERDE MIT POLAMIDON BEHANDELT.... UND
BEGINNE ZU TRINKEN
MIT 41 JAHREN WERDE ICH IN DIE PSYCHIATRIE GESPERRT
MIT 41 JAHREN WIRD MEIN GELIEBTER ERSCHOSSEN
MIT 42 JAHREN WERDE ICH MIT FORTGESCHRITTENER LEBERZIR-
RHOSE IN [LÜSA] AUFGENOMMEN
MIT 44 JAHREN STERBE ICH UNTER BEGLEITUNG MEINER BETREUER

Gedenktag 2007: einen Apfelbaum pflanzen



UNNA EIN APFELBAUM ALS HOFFUNGSTRÄGER

Unna, (duka) Glocken läuten, ein Baum wird gepflanzt. An diesem sommerlichen Samstagmorgen haben Teilnehmer des Lüsa-Projektes Rosen in der Innenstadt verteilt. Das „Langzeit-Überbrückungs- und Stützungsangebot“ für Drogenabhängige, die ihrer Sucht entkommen wollen, beging zum zehnten Mal den „Nationalen Gedenktag für Drogentote“.

„Wer Drogen konsumiert, hat bald nur noch Bekannte und Freunde, die das auch tun“, erzählt Klaus, während er sein Brötchen schmiert. Zum Gedenktag haben die Lüsa-Verantwortlichen ein Frühstücksbuffet aufgebaut. Klaus hat nicht mehr viele Freunde. „Von denen, die ich damals kannte, lebt heute keiner mehr“, sagt er. Wie Klaus geht es vielen, die jetzt im Garten sitzen, Kaffee trinken und sich freuen, das ihnen die großen Bäume etwas Schatten spenden.

Ein großer Schatten spendender Baum soll auch einmal aus dem Apfelbäumchen werden, dass zum Gedenken an die Drogentoten im Lüsa-Garten gepflanzt wurde. Um den Baum müssen sich die Lüsa-Klienten kümmern. Um sich selbst kümmern sie sich oft nicht. „Es sind eine ganze Menge Menschen gestorben, am Rande der Gesellschaft, von den meisten gesunden Menschen unbemerkt. Ich finde es wichtig, dass wir uns an die Verstorbenen erinnern“, fügt

Todesannonce Ali

Ali B.

* 26. 01. 1975 † 30. 11. 2007
im Projekt LÜSA

„Wir haben Dich nur kurz gekannt, wissen wenig über dein Leben, deine Wurzeln, die Gründe, die dich den Boden haben verlieren lassen - Genußfreude, Rausch, Risikobereitschaft, Angst, Abenteuerlust ?
Deine Suche und auch deine Verzweiflung waren spürbar. Wir hoffen dieses Interesse hast du gespürt.“

Wir sind erschrocken und traurig über deinen jungen unerwarteten Tod und veröffentlichen diesen wider dem anonymen Sterben drogengebrauchender Menschen Team und BewohnerInnen des LÜSA-Projektes

Jürgen hinzu. Jürgen lebt wie Klaus in der alten Lüsa-Villa an der Platanenallee.

Der Gedenktag ist ein wichtiger Tag für die Lüsa. Der kleine Apfelbaum ist seit Bestehen des Stützungs-Angebots inzwischen der zehnte Baum, der dort Wurzeln schlagen soll. Es klingt brutal, aber: „Im Durchschnitt verlieren wir jährlich einen Teilnehmer, weil er rückfällig geworden ist“, erzählt der Sozialarbeiter Michael Schlekking. Mit seinem Kollegen und Bruder Stefan leistet er den Teilnehmern Gesellschaft beim Frühstück.

Nicht die Wahl des Aufstrichs ist Thema, es wird über „polytoxische“ Erkrankungen“ geredet. Ein oft tödlicher Mix, eine extreme Herausforderung für Drogeneinrichtungen: Die Süchtigen nehmen nicht mehr ein oder zwei Drogen. Sie neigen dazu, viele unterschiedliche Rauschmittel zu konsumieren.

Das Frühstück dauert lange, geht bis in den Mittag. Drogensucht und Drogentherapie kann man nicht herunterschlingen wie einen Hamburger im Drive-in. Es wird viel geredet. Schwere Kost, die allen Beteiligten aber gut tut. Solche Tage gibt es nicht oft im Leben eines Drogenkranken. Es ist paradox, dass die Lebenden ausgerechnet am Gedenktag für Drogentote etwas Hoffnung schöpfen.

WAZ 22.07.2007

Anzeige für Frank

F r a n k R.

*22. 11. 1966 † 24. 06. 2008

wir haben dich, mit deinen körperlichen und seelischen Schädigungen 3 Jahre begleitet, mit dir zusammen für eine neue Lebensperspektive gearbeitet und auch gestritten, die jetzt jäh beendet ist.

Wir alle und besonders R. und W. deine WG-Mitbewohner sind traurig und fassungslos, daß Du „der Fels in der Brandung“ nicht mehr da bist.

Wir glauben du hast Dich hier wohlfühlt, hoffen in einiger Zeit deiner fröhlich zu erinnern und uns damit trösten zu können, dass Du Dich nicht mehr mit Angstzustände plagen musst.

Wir werden deine ruhige Art und deinen guten (Handwerker)-Rat, in der Druckerei und bei Fliesenarbeiten vermissen.

Wir veröffentlichen Deinen Tod wider dem anonymen Sterben drogengebrauchender Menschen.
Team und BewohnerInnen des LÜSA-Projektes

Gedenktag 2008

Sehr geehrter Herr Pehle,
lieber Uwe,
anbei die offiziellen Unterlagen zu dem Gedenktag verbunden mit der Bitte um, ja die bereits traditionelle Beteiligung der Stadtkirche - mit Glockengeläut – Wunschzeit 11.30 Uhr.

Wir freuen uns über jede weitere Unterstützung - gerade der Kirchen.

Auch in diesem Jahr werden sich AIDS-Hilfe im Kreis Unna e.V. und Projekt LÜSA mit einer Kooperationsaktion an dem nationalen Gedenktag beteiligen.

Wir laden am 21.07.06 von 10.30 Uhr – 13.00 Uhr Bürgern, Mitarbeitern des Hilfesystems, Betroffenen und Politik eine öffentliche Aktion in dem Stadtpark Unna:

Ansprachen

Performance der Künstler Ulla & Eugen Zymner (www.zymner.de)

Unterschriftenaktion (an die Politik in NRW)

Bürger-„Kaffeetrinken“

Gelegenheit zur Begegnung & Austausch

Wir würden uns freuen Mitglieder der Gemeinde begrüßen zu können.

Vielen Dank für die Unterstützung.

Mit herzlichen Grüßen

Anabela Dias de Oliveira

Dipl.-Soz.arb., Geschäftsführerin

Das Team

Das LÜSA-Team

Wir freuen uns über ein ebenso multidisziplinäres wie mittlerweile auch multikulturelles Team:

Anabela Dias de Oliveira, Sozialarbeit – Geschäftsführung,
Gesamtleitung,
Ilona Schmidt, Verwaltung – Mitglied des stellvertretenden Leitungsteams,
Tanja Boecker, Sozialarbeit – Mitglied des stellvertretenden Leitungsteams,
Michael Schleking, Sozialarbeit – Mitglied des stellvertretenden Leitungsteams,
Martina Krämer, sonstige Angestellte in der Tätigkeit einer Sozialarbeiterin – Mitglied des stellvertretenden Leitungsteams,
Detlef Goebel, sonstiger Angestellter in der Tätigkeit eines Sozialarbeiters, (Interrems)-Mitglied des stellvertretenden Leitungsteams, Betriebsrat,
Dirk Hübner, Sozialarbeit – Mitglied des stellvertretenden Leitungsteams,
Liane Hytrowski, sonstige Angestellte in der Tätigkeit einer Sozialarbeiterin,
Andre Hörnig, Sozialarbeit,
Stefan Schleking, Sozialarbeit,
Robert Pelz, Sozialarbeit,
Marieke Reinschmidt, Sozialarbeit,
Daniel Sigrist, Sozialarbeit,
Silke Westrup, Verwaltung,
Stefan Hillebrand, Sozialarbeit,
Lars Werner, Verwaltung, Betriebsrat
Gabriele Ziaja, Heilpädagogik
Michael Sulk, Ergotherapeut,
Peter Baumgärtner, Hauswirtschaft & Beschäftigungsbereich
Björn Thiele, Krankenpflege
Heike Ittner, Sozialarbeit, „Betreutes Wohnen“,
Gabriele Pap, Sozialarbeit,
Jürgen Golinski, Beschäftigungsbereich Druckerei,
Ali Dursun Altindal, Beschäftigungsbereich Holzwerkstatt,
Michaela Dückers, Hauswirtschaft,
Ingeborg Matta, Hauswirtschaft & „2.nd-hand-Verkauf“
Matthias Oertl, Hausmeister,

Der Beschäftigungsphilosophie des Projekt LÜSA entsprechend, ist der Großteil der MitarbeiterInnen teilzeitbeschäftigt (in der Regel 75%-Stellen):

Das Stammteam wird unterstützt durch diverse Hilfskräfte.

Das Team wird medizinisch/psychiatrisch fachlich beraten und unterstützt durch:

Dr. J. Hardt, niedergelassener Arzt, Hamm - Substitutionsbehandlung
Dr. T. Poehlke, niedergelassener Psychiater, Münster – psychiatrische Behandlung,
Praxis für Ergotherapie, Bergkamen, Praxis 02307 994768, Unna
Praxis Dr. Busch & Dr. Christensen, niedergelassene Ärzte, Münster - Schwerpunkt HIV/Hepatitis,
Praxis Dr. Heinemann, niedergelassener Arzt, Dortmund - Schwerpunkt HIV/Hepatitis,
ID – Ambulanz, Dr. Hower, Dortmund – Schwerpunkt HIV/Hepatitis
Dr. H. C. Schimansky, niedergelassener Psychiater, Schwerte – Fallsupervision,
Prof. Dr. W. Ebert, FPI-Supervisor, Leitungsteamsupervision Schumann, Supervisorin



Fundraising im Projekt LÜSA

Fundraising. Was ist das, und was kann das mit dem Projekt LÜSA zu tun haben?

Zu verstehen ist Fundraising als Oberbegriff. Dieser umfasst das Beschaffungsmarketing einer nichtkommerziellen Organisation. Der Begriff stammt aus dem angloamerikanischen Sprachraum und setzt sich aus den Wörtern „fund“ = Kapital, Geldsumme, Mittel und „raise“ = beschaffen, vermehren. Diese Übersetzung ist allerdings nicht ausreichend, da noch weitere Ressourcen benötigt werden. Eine etwas deutlichere Definition von Nicole Fabisch lautet: „Fundraising ist die strategisch geplante Beschaffung sowohl von finanziellen Ressourcen als auch von Sachwerten, Zeit (ehrenamtliche Mitarbeit) und Know-how zur Verwirklichung von am Gemeinwohl orientierten Zwecken unter Verwendung von Marketingprinzipien“.

Fundraising im Projekt LÜSA bedeutet für uns nicht die Hoffnung, das große zusätzliche Geld zu machen. Viel mehr geht es darum, Aufmerksamkeit zu schaffen, neue Kontakte herzustellen, Vernetzung und Zusammenarbeit zu verbessern. Die Erweiterung unserer finanziellen Möglichkeiten ist also nur ein Ziel unter vielen. Diese Ziele sind, wie so oft im Leben, nur durch Ausdauer und harte Arbeit zu erreichen. Denn Fundraising ist kein Wundermittel, mit dem schnell große Erfolge verzeichnet werden können. Es ist vielleicht eher mit einem Marathonlauf zu vergleichen, bei dem man durch viel Training und Geduld zum Ziel gelangt.

Nun könnte man sich fragen, warum das Projekt LÜSA noch Extras verlangt, sind wir doch durch die Pflegesätze gut aufgestellt und nagen nicht am Hungertuch. Stimmt! Aber unser Auftrag ist die gesellschaftliche Wiedereingliederung unserer Klienten. Es ist also nicht damit getan, wenn wir ihnen Essen & Trinken, ein Dach über dem Kopf und Beschäftigung bieten können. Das schaffen wir problemlos. Doch der Mensch lebt nicht vom Brot allein. Ein Kinobesuch, mal einen Ausflug machen, eine Urlaubsreise, Konzertbesuche, den Wohn- als auch den Beschäftigungsbereich besser auszustatten (Küchenzubehör, Möbelstücke, Elektrogeräte, Matratzen ect.), kurz alles, was gesellschaftliche Teilhabe und letztendlich ein würdevolles Leben bedeutet, das zu ermöglichen fällt uns schon schwerer.

Um diesen wichtigen Bereich unserer Arbeit zukünftig einfacher für uns zu gestalten versuchen wir nun nach

und nach das Projekt LÜSA als spendensammelnde Organisation zu profilieren, aber vor allem möchten wir die Menschen für unser Projekt begeistern. Denn nur wenn wir Sie von unserer Arbeit überzeugen können, erhalten wir von Ihnen auch Unterstützung.

An dieser Stelle möchte ich folgenden Unterstützern danken:

- Freddi Brühn für sein seit zwei Jahren anhaltendes ehrenamtliches Engagement in unserem Projekt und der vielen Zeit die er uns gespendet hat
- der Tafel Unna für eine langjährige gute Kooperation
- dem Lions Club Unna für eine großzügige Geldspende
- und all Jenen, die uns in den vergangenen 11 Jahren mit Sach- und Geldspenden bedacht haben.

Zum Ende sei der Hinweise erlaubt, dass bei www.luesa.de unter der Rubrik Spenden unser „beständiger“ Wunschezettel einzusehen ist. Spenden können mit oder ohne Zweckangabe auf unten genanntes Konto überwiesen werden: Wir freuen uns aber auch über Zeit- und Sachspenden!

Spendenkonto 6940
Sparkasse Unna
BLZ 443 500 60

Der VFWD e.V. ist gemeinnützig anerkannt – VR 820
(Vereinsregister Amtsgericht Unna)

¶
Stefan Schleking



Fort- und Weiterbildung

2008

Die Selbstkontrolle wiedergewinnen.- ModeratorInnen-Schulung für das Psychoedukative Gruppenprogramm bei Problematischem Alkoholkonsum (PEGPAK)

Inhalte von PEGPAK:

In der Suchtkrankenbehandlung werden zur Zeit in verstärktem Maße therapeutische Programme zum „kontrollierten Trinken“ diskutiert und umgesetzt.

PEGPAK ist ein Programm zur Konsumreduktion für problematische AlkoholkonsumentInnen mit riskanten oder abhängigen Konsummustern.

Das Programm ist manualisiert und umfasst 9 Einheiten (Gruppentreffen) von 90 - 120 Minuten Dauer. PEGPAK eignet sich zum Einsatz in unterschiedlichen Suchtbehandlungssettings (z.B. stationäre Entzugsbehandlung, Heimen, Wohngruppen, ambulante Reha u.a.m.)

Ziele des Seminars:

Die TeilnehmerInnen an diesem Kurs werden als ModeratorInnen ausgebildet, mit dem Ziel das PEGPAK Behandlungsprogramm in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld eigenständig einzusetzen.

Dies beinhaltet:

Kenennlernen der theoretischen Grundlagen von Reduktionsprogrammen allgemein und PEGPAK im besonderen (Theoretischer Input) Erarbeitung des PEGPAK-Behandlungsprogramms mit Manual und Präsentationsmedien. Einüben der einzelnen Programmelemente, Tipps zum Umgang mit schwierigen Situationen.

Abschluss/Zertifikat:

Die TeilnehmerInnen erhalten ein Zertifikat als ausgebildete ModeratorIn für das psychoedukative Gruppenprogramm bei Problematischem Alkoholkonsum - PEGPAK

Das Buch zum PEGPAK-Behandlungsprogramm:

Wessel, T., & Westermann, H. (2002). Problematischer Alkoholkonsum - Entstehungsdynamik und Ansätze für ein psychoedukatives Schulungsprogramm. Freiburg: Lambertus.

2009

Die Kraft des Lachens

Der Weg des Narren heisst für David Gilmore Mut zum Menschsein. Für ihn bedeutet dieser Weg, die Sprache des eigenen Herzens als Clown zu finden.

In der Schweiz und in Deutschland bietet er Veranstaltungen, Seminare und Weiterbildungen an, die Wandel und Humor in allen Lebensbereichen mit seiner Vision der Bühne als Spiegel des Alltags verbinden.

Als Theaterpädagoge und Therapeut hat er über vierzehn Jahre in der psychiatrischen Abteilung in Freudenstadt und in weiteren psychosomatischen Kliniken sein praktisches Konzept der humorvollen, körperorientierten Theaterarbeit entwickelt, welches das Spiel des Clowns und die Kraft des Lachens als Mittel integriert, sich mit der eigenen Geschichte zu versöhnen und als Narr oder Clown die Kraft des Lachens ins Leben zu bringen.

Er sammelte zahlreiche Erfahrungen in Tanz- und Theaterimprovisation, in körperorientierten Therapieformen und als Soloclown. David Gilmore absolvierte eine Clownausbildung bei Johannes Galli, war Lehrer im Quadrinity Prozess und ist Leiter des Theaterprojekts GOLDBERG.

Ausbildungsinstitut perspectiva: Die Kraft des Lachens
<http://www.perspectiva.ch/cms/Die-Kraft-des-Lachens.40.0.html>

LÜSA als Ausbilder und Arbeitgeber

Das LÜSA-Team ist multidisziplinär und multikulturell. LÜSA ist mit Überzeugung Anbieter von Teilzeitstellen, weil wir dies als familienfreundlich und Arbeitsmarkt-förderlich werten.

Die Mehrzahl der MitarbeiterInnen sind Eltern, die ihre Teilzeitarbeit nach Absprache mit Leitung und Team auch va

In den rückliegenden 11 Jahren haben wir unseren Ausbildungsauftrag sehr ernst genommen:

- wir bieten Hospitationen an,
- weiterführende Schulen, Berufsfachschulen, Hochschulen etc. besuchen uns, halten Referate etc.
- der Zivildienst, sowie das Freiwillige Soziale Jahr können bei uns abgeleistet werden,
- wir stehen PraktikantInnen der Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Erzieher, Ergotherapeuten etc.) offen,
- Ergotherapeuten können das Staatsexamen bei LÜSA ablegen,
- wir beschäftigen studentische Hilfskräfte,
- wir begleiten als Praxisstelle - neben der Uni - Diplom-Arbeiten,
- wir bieten ARGE-geförderte ABM, AGH-Stellen an,
- wir sind IHK-anerkannter Ausbildungsbetrieb für den Bereich Büro-Kommunikation.

In der Zeit haben wir vielfältig KollegInnen während ihrer Ausbildungsphasen immer wieder begleitet, die heute als feste Mitarbeiter beschäftigt sind ebenso haben wir aus ARGE-geförderten Maßnahmen MitarbeiterInnen übernommen – Ein Erfolgsmodell.



Daniel
Freiwilliges Soziales Jahr



Marike



Lars
der erste Auszubildende



Tanja und Michael
Verabschiedung in die Babypause



Kooperation und Vernetzung



Pressemitteilung zur aktuellen Drogenpolitik in Nordrhein-Westfalen

Mit fachlichem Entsetzen nehmen wir die angekündigte Verschärfung der NRW-Drogenpolitik zur Kenntnis.

NRW hat akzeptanzorientierte Drogenpolitik/-hilfe entscheidend mitgeprägt (Substitutionsbehandlung, niedrigschwellige Hilfeeinrichtungen, Konsumräume drogentherapeutische Ambulanzen, Heroinmodell).

In den vergangenen Jahren zeitigte dies deutliche Erfolge, die Verelendung sank, drogenabhängige Menschen wurden älter, stagnierende HIV-Infektionen, junge Menschen hatten eine reelle Chance eine Drogen-Probierphase gesundheitlich und sozial mit nur geringen Schäden zu überstehen – ja diese zu überleben.

NRW-PolitikerInnen feierten auch an dem diesjährigen Gedenktag für Drogentote (21. Juli) die sinkenden Todeszahlen.

Vielgerühmt als Paradigmenwechsel werteten PraktikerrInnen der Drogenhilfe, Betroffene, ihre Angehörige und Freunde die Verankerung der Gleichwertigkeit der vier Säulen Prävention, Behandlung, Überlebenshilfe, Repression in dem Aktionsplan Drogen und Sucht 2002 der Bundesregierung als Ergebnis fundierten Wissens und veränderten Bewußtseins im Land.

Nun müssen wir konstatieren, dies war ein Irrtum – zumindest in NRW; während die Mittel für professionelle Hilfen seit Jahren gekürzt werden und die Unterstützung für Selbstorganisation/ Selbsthilfe (JES NRW) in 2006 gänzlich gestrichen wurde, soll nun nach dem Willen von Ministerin Frau Müller-Piepenkötter die Repression ausgebaut werden – 14jährige Kinder und Jugendliche sollen wieder kriminalisiert werden, selbstverständlich zu ihrem Schutz! Etliche in Auftrag gegebene wie unabhängige Studien bescheinigen unserer Gesellschaft miserable Entwicklungsbedingungen (Bildung, Ernährung, Gesundheit, Freizeitmöglichkeiten) insbesondere für Kinder und Jugendliche, die von Armut (z.B. durch Grundsicherung/ Hartz IV) und/oder Migration betroffen sind.

Unberührt davon werden durch unsere gewählten Volksvertreter seit Jahren alle kompensatorisch wirkenden Ansätze verschlechtert, weggekürzt:

-Gruppen-, und Klassengröße in Kindergärten und Schulen sind zu hoch,

-es mangelt an Jugendzentren und anderen bezahlbaren Freizeit-Angeboten, an Unterstützung für Naherholungsmaßnahmen und Urlaube für arme Kinder und Jugendliche.

Statt sich mit den Bedingungen zu befassen, die die beklagten problematischen Drogenkonsummuster von insbesondere sehr jungen KonsumentInnen fördern und diese gegebenenfalls abzustellen, soll nun in NRW bei den KonsumentInnen mit „harter Hand durchgegriffen“ werden – das ist populistisch effektiv, adäquate zielorientierte Drogenpolitik jedoch sieht anders aus. Wird der Vorschlag von Frau Müller-Piepenkötter umgesetzt, müssen wir befürchten, dass in NRW die Politik wieder bereit ist, Entwicklungs- und (Über-)Lebenschancen von jungen Menschen der Ideologie „Drogenfreiheit“ zu opfern.

Eltern, Angehörige und Freunde von Tausenden Cannabis-KonsumentInnen müssen wieder davon ausgehen, dass pubertärer Probierdrang ihrer Kinder mit Kriminalisierung und Desintegration „bezahlt“ wird, diese wieder verstärkt mit Strafverfahren, Inhaftierung etc. konfrontiert sein werden.

Wir schließen uns den Forderungen des Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V. an:

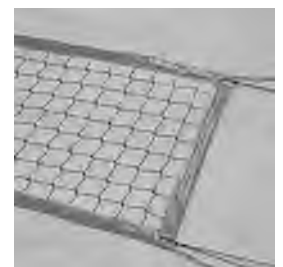
Unterstützen wir die Arbeit der professionellen Sucht- / Drogenhilfe, indem wir dieser ausreichend Personal- und finanzielle Mittel zur Verfügung stellen.

Die Prävention kann nur erfolgreich sein, wenn die Rahmenbedingungen stimmen:

Fordern wir von unseren PolitikerInnen eine Familien-, Jugend- und Gesundheitspolitik, die ihren Namen verdient.

¶

8.August 2007, akzept - Vorstand Anabela Dias de Oliveira



Presseerklärung akzept

Wir sind entsetzt !

Als Angehörige und Freunde von Drogenkonsumenten, Betroffene, Wissenschaftler und professionelle Mitarbeiter des Drogenhilfesystems sind wir bei Akzept e.V. (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik) gemeinsam aktiv für eine Verbesserung der Lebenssituation von Drogenkonsumenten, und –abhängigen.

Nach Jahrzehnten ausschließlich ideologisch bestimmter Drogenpolitik, fand Deutschland in den vergangenen Jahren zu wissenschaftlich und fachlich begründeten Positionen, die internationalen Standards entsprechen (niedrigschwellige Überlebenshilfen wie Substitutionsbehandlung und Konsumräume stehen im letzten Bundesaktionsplan Drogen und Sucht ebenbürtig neben abstinenzorientierten Ansätzen). Verbesserte Überlebensbedingungen, weniger Elend, rückgängige Neuinfektionen und Drogentodesfälle bestätigten den Veränderungsprozeß.

Diese fachlich pragmatische Grundhaltung ermöglichte die Erprobung des Heroinmodells.

Die kürzlich veröffentlichten durchweg positiven Ergebnisse begründeten die Hoffnung auf eine weitere adäquate Ausdifferenzierung des Hilfesystems. Diese wäre nötig, denn immer noch gibt es HIV-Neuinfektionen und AIDS-Tote (die aktuellen Berichte des EBDD und Deutscher AIDS-Stiftung mahnen zu mehr AIDS-Aufmerksamkeit - mittlerweile sei auf Niveau von 1993 wieder erreicht, Frauen und Kinder jedoch zunehmend betroffen) .

Leider haben sich die gewählten VolksvertreterInnen durchgesetzt, die Ideologie vor Menschenleben setzen – ein Skandal.

Es steht zu befürchten, dass wieder Strafbedürfnisse Vorrang vor Humanität / Hilfe bekommen, so ist es an uns, die PolitikerInnen in die Verantwortung auch für das Leben dieser BürgerInnen (WählerInnen) zu nehmen!
akzept e.V., Anabela Dias de Oliveira für den Vorstand



Gemeinwesenorientierung

Das Miteinander in Unna

(Re)Integration kann nicht in einem luftleeren Raum geschehen.

Allein schon auf diesem Hintergrund ist es für uns selbstverständlich, dass wir Bestandteil des Gemeinwesens sind. D.h. wir helfen, wenn wir können, wir bekommen auch Hilfe, wenn wir sie benötigen, wir feiern Feste gemeinsam, kooperieren mit sozialen, medizinischen, kulturellen Einrichtungen etc., wir spenden wenn nötig was wir können und wir bekommen Spenden, wir beteiligen uns an Schutzprojekten für Schwächere z.B. Kinder, Asylsuchende, wir bekommen Arbeitsaufträge erteilt und beauftragen Unternehmen, erbringen Dienstleistungen für andere, bekommen Dienstleistungen erbracht.

Wir erwarten von den BewohnerInnen Respekt & einen demokratischen, toleranten Umgang mit uns und untereinander Toleranz.

Wir konfrontieren unsere KlientInnen auch mit (bürgerschaftlichen) Engagement und gesellschaftspolitischen Hintergründen, die für sie als BürgerInnen relevant sind – kurz wir beachten (Bürger)Rechte und Pflichten und versuchen den Blick für die Welt um sie herum und weiter weg zu schärfen. Deshalb beteiligen wir uns u.a. an antifaschistischen Demos und wirken mit an bundesweiten Aktionen wie „deinestimmegegenarmut“ - für uns gehört das zusammen!

LÜSA baut die Weihnachtsmarkthütten auf
LÜSA druckt den Weihnachtskalender
LÜSA druckt für die Polizei

LÜSa wirkt mit am „Interkulturellen Familientag“ des Integrationsrates der Stadt Unna
LÜSA unterstützt kontinuierlich den Kinderschutzbund Unna
LÜSA ist eine „Kinderschutzingel“

AOK-Citylauf
Fußballturniere

LÜSA unterstützt Kirchenasyle im Kreis Unna
LÜSA ist Gründungsmitglied des Bündnis gegen Rechts im Kreis Unna



Spender und Spendennehmer

[illegible][illegible]

We Serve

Bundesweit einmaliges Wohnprojekt

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

„Lina, Bundesweit einmalig sei das, was ich übermichster Woche an der Plattenallee entdeckte, sagt Annette Glas de Oliveira, Leiterin des Lina-Projektes. Ein Wohnhaus mit fünf Plätzen für Auspendenhängende Menschen mit Behinderungen.“



„Für diese Klienten gibt es in ganz Deutschland kein Angebot“, so Anneliese Das de Oliveira. Für 320-500 Euro entsteht das neue Wohnhaus, alles behindertengerecht ausgebaut. Im Gesprächsraum werden die drogenabhängigen Menschen wohnen, im Esszimmer sind es unter anderem einen Gruppenraum für Ergo-Therapie geben, so Anneliese Das de Oliveira. Das neue Haus wird über 330 Quadratmeter Wohnfläche verfügen.

Finanziert wird das Projekt von MWS-Baumressourcen, der Stiftung Wohnhaft, und der Aktion Mensch. Die Lütke selbst muss als Eigenanteil ein Darlehen aufnehmen und noch einmal aus Eigenmitteln 60 000 Euro beisteuern. Annette Das de Oliveira rechnet mit einer Bauzeit von vier Monaten für die Hochregelmontage. "Das Haus würde eine ungeheure qualitative Verbesserung unseres Angebots bedeuten."

Derentgegenwärtig lang sind die Wälder der Luvu. 20 Märchen leben in der Jugendvilla an der Palanatala. 78 Märchen werden täglich dort betreut. 52 Personen stehen bei Luvu auf der Warteliste.

Aber mit dem neuen Haus reiten die Gängelei, es ist nicht getan. Es muss auch eine Rampe vom Altbau gebaut werden, damit die Rollstuhlfahrer vom neuen Trakt in die alte Villa gelangen können.

LÜSA engagiert sich

Ansichten eines Drogenberaters - Eine Provokation! *Ich bin erschrocken! Eine Provokation!*

Ich bin erschrocken:

- über viele Veränderungen in unserem sozialen Hilfesystem
- über die Selbstverständlichkeit mit der diese Veränderungen von vielen Kollegen und Kolleginnen angenommen und primär als positiv bewertet werden.
- wie wir uns an Begrifflichkeiten wie Qualitätszirkel, Casemanagement, Sozialmanagement, Benchmarking usw. gewöhnen bzw. uns regelrecht darüber identifizieren.
- über zunehmende „Überprofessionalisierung“, wobei der gesunde Menschenverstand immer weniger eingesetzt wird.
- über eine zunehmende Pädagogisierung, Therapeutisierung, Standardisierung und Institutionalisierung
- wie wichtig wir uns mit Titeln fühlen
- wie wenig wir unsere Lebenserfahrung und Instinkte einsetzen
- wie sehr uns die Courage für unprofessionelles Handeln fehlt
- wie sehr wir uns mit Forderungen nach hohen Standards in unserer Handlungsebene selbst fesseln
- wie wir trotz besseren Wissens Rechtssicherheit beim Umgang mit unseren Mitmenschen fordern und später über den Bürokratismus schimpfen
- wie viele Kolleg(inn)en sich an Verordnungen und Rechtssicherheiten klammern und gleichzeitig darüber jammern
- wie wenig Kolleg(inn)en den Mut aufbringen im Sinne des Mitmenschen über diese Verordnungen zu springen
- wie sehr diese Verordnungen Visionen verhindern oder verlangsamen
- über unsere Kontrollsucht
- wie politikerhörig wir sind
- weshalb wir um sie und nicht die Politiker um uns buhlen müssen
- wie unterwürfig wir sein können
- wie wir uns selbst Konkurrenz machen
- wie selbstverständlich wir von Vernetzung reden
- wie wir uns die Zuschüsse und Erfolge neiden, anstatt uns zu freuen
- wie schnell wir anderen Einrichtungen die Kompetenz streitig machen
- wie wichtig wir uns nehmen
- wie gut wir mobben können

- wie erpicht wir darauf sind profitorientierte Wirtschaftsbetriebe zu werden
- wie wir Besserstellung vorgaukeln, indem wir Klienten Kunden nennen wollen
- wie in der Suchthilfe eine Monopolisierung fortschreitet und konzernähnliche Strukturen entstehen
- wie die Gefahr der strukturellen Gewalt immer schlechter kontrolliert werden kann
- wie häufig wir den Begriff Globalisierung in die soziale Arbeit übernehmen

Ich bin überrascht: wie wir es trotzdem schaffen im Zusammenwirken diese Arbeit relativ gut zu bewältigen

Thomas Tschirner – Drogenberatung Lehrte e.V. - 21.07.03
...ein nicht genannter Kollege in 2005

Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

c/o Jürgen Heinschen
Rauenslager Str. 44
42117 Wuppertal
Tel.: 0202 425518
Fax.: 0202 425577
E-Mail: gezeichnete@sternfil-ordis.de
Internet: www.kd-kooperation-aktuell.de

SOLIDARITÄT Appell und Spendenaufruf

An alle Mäxter:

Die Einmündungsverfahren gegen selbstversorgende Ärzte häufen sich. Wir sind empört über den unethischen Umgang mit den Ärzten, die unsere Kinder behandeln! Wir können nicht begreifen, welche der zahlreichen Behandlungsregelungen im Einzelfall verletzt wurden - und ob überhaupt ein Verstoß vorliegt!

Für uns stehen wir mit Sicherheit:

In den vergangenen Jahren konnten viele unserer Kinder, Angehörige und Freunde nur überleben, weil es Ärzte gab, die unethisch Hilfe leisten haben und noch immer leisten! Wir befürchten weiterhin, dass durch den ungeklärten Umgang mit selbstversorgenden / nicht selbstversorgenden Ärzten die Zahl der betroffenen Ärzte für Drogenabhängige weiter sinkt und die Versorgung dieser zukünftig immer schwieriger wird.

Die Verletzung der Vergabevorschriften für selbstversorgende Ärzte sind ein Mosaikstein für die Behandlung der drogenabhängigen Patienten. Außer im ausnahmeweislichen Bereich gibt es keine Krankenversicherung, die so vielen und schweren nicht motiviert behandelten Regelt unternommen wird.

Der aktuelle Fall des Arztes Malte F., über den Rainer Uffmann berichtet, hat uns Eltern erschüttert. Wir meinen, dass auch selbstversorgende Ärzte Anspruch auf einen fairen Prozess haben, selbst dann, wenn ihnen Verstöße gegen die verschiedenen Behandlungsregelungen vorgeworfen werden. Wir halten es für skandalös, wenn ein Arzt finanziell ruiniert wird, bevor ein Gericht über seine Schuld und die Berechtigung von Schadenersatzforderungen entschieden hat.

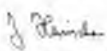
Wir setzen uns daher verständnisvoll, diesen Hilferuf an alle Mäxter: Eltern, Ärzte und Drogenberater zu veröffentlichen.

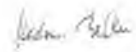
Aktuell hat unser Rechtsbeistand eingereicht, um selbstversorgenden Ärzten, die im Rahmen des Verfahrens in große finanzielle Schwierigkeiten gebracht werden, eine Vertretung zu ermöglichen.

Das Konto lautet:
Kontoinhaber: akzept e.V.

Konto-Nr.: 1222 502, Bank für Sozialwirtschaft (BIC: BFSW3333)
Verwendungszweck: Spende akzept, Rechtsbeistand Malte F.

mit freundlichen Grüßen


(Jürgen Heinschen, Vorsitzender)


(Heidemarie Böhle, Vorstand)

Freiheit für die Kollegen Alaei (Iran)!

Internetgestützter Rundbrief der DGS Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, erscheint am 2.August 2008

Sehr geehrte Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

zwei iranische Kollegen wurden Ende Juni in Teheran festgenommen.

Seitdem fehlt von ihnen jede Spur. Es handelt sich um die Brüder Dr. Kamiar Alaei und Dr. Arash Alaei, zwei bekannte HIV-Ärzte und Anwälte für Schadensminderung (harm reduction) bei intravenösem Drogenmissbrauch in der Islamischen Republik Iran. Dr. Arash Alaei war zur 17. Internationalen AIDS Konferenz in Mexico City eingeladen, die an diesem Wochenende beginnt.

Seit über einem Monat werden sie an einem unbekannten Ort von Sicherheitskräften festgehalten. Welche Vorwürfe ihnen gemacht werden, ist nicht bekannt.

Die Organisation PHR Practitioners for Human Rights hat deshalb eine weltweite Kampagne gestartet, in der die Regierung in Teheran aufgefordert wird, die Gebrüder Alaei entweder anzuklagen oder freizulassen.

Dr. Jörg Gölz hat für den Vorstand der DGS Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin den Aufruf von PHR unterzeichnet. dgs-info bittet Sie, die Leserinnen und Leser des online-Magazins, sich dieser Petition anzuschließen.

Den Aufruf und die Petition finden Sie auf dieser website: http://actnow-phr.org/campaign/iran_free_the_docs

Von: „Physicians for Human Rights“ <web@phrusa.org>

Datum: 3. August 2008 18:39:12 MESZ

An: projekt-luesa@t-online.de

Betreff: Thank you for taking action, Projekt LXSA

Dear Projekt LÜSA,
Thank you for signing the Petition to the Government of Iran on Behalf of Doctors Kamiar Alaei and Arash Alaei. We'll keep you posted on important developments.
Sincerely,

Frank Donaghue
Chief Executive Officer
Physicians for Human Rights



ICH BIN SÜCHTIG, SITZE IM KNAST
UND BRAUCHE HILFE: DIE FACHKRÄFTE
DER DROGENHILFE WERDEN ENTLASSEN.

ICH BIN DROGENABHÄNGIG UND
BRAUCHE SAUBERE SPRITZEN:
DER SPRITZENAUTOMAT WIRD
ABMONTIERT.

ICH BIN MIGRANTIN UND NEHME
DROGEN: DIE SPEZIELLEN ANGEBOTE
WERDEN EINGESTELLT.

**WIR ZAHLEN MIT
UNSERER GESUNDHEIT.**

HAUPTBAHNHOF

**Du zahlst
seinen Preis.
Zahlt er
mit seinem
Leben?**

SEX, SAFE und FAIR



Feste, Basare, Veranstaltungen



Bei einem einseitigen Linsenversuch der Spritze wird die Luft in der Halboberfläche rechts von der

Nischen schaffen für ein sinnvolles Leben

LÜSA-Bewohner begrüßen beim Sommerfest zahlreiche Besucher

QMA • **Quadrantenmodell**
Frühe QMA in den 1970er Jahren: Vier Quadranten: Sozial, Ökonomie, Politik, Kultur. Heute: Umwelt, Wirtschaft, Politik, Kultur.

Auch wenn das Wort nicht so geläufig ist, so gibt es eine kleine Gruppe, die sich mit Mythen und dem Zusammenhang zwischen dem Physischen und dem Geistigen beschäftigt. Diese Gruppe ist die der Mythenforscher. Sie beschäftigen sich mit der Frage, wie die Mythen die menschliche Psyche beeinflussen und wie sie die menschliche Kultur prägen. Sie untersuchen die Mythen der verschiedenen Kulturen und versuchen, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu finden. Sie versuchen auch, die Ursprünge der Mythen zu finden und zu erklären, warum sie so wichtig für die menschliche Kultur sind.

Ulrich Mühsen, der Tote
Dann und der Sozialkritiker
an der Akademie (unten)
im 1954 über die Kunst
51 (aus der Ausgabe)

ge Menschen haben immer
im Alter – der Hainsta-
be, aber nicht in die von
schonmal ausgerechneten
pro. Die ist keine die
Zukunft und ein Stück
Kontinuität, während die

[illegible]

Mit dem entsprechenden Geld finanziert die LDB die Kosten für die Agitation in der Kirche, die normalerweise auf die Diakone der Kirchenbezirke entfallen.

...und, wenn man das Kräfte- und Verhältnissverhältnis kennen will, die Gesetze der Natur, kann man das Gesammte nicht ohne das Allgemeine verstehen. Und das Allgemeine ist die Physik, welche die Natur der Dinge überhaupt, nicht nur die Erscheinungen, sondern auch die Ursachen derselben, zu erklären sucht. Und diese

Kinderen, aus der wir gar nicht wissen! erklärt ein Mannchen aus der Mitte und räumt sich das Bild mit einem von zwei kleinen Kindern von der Seite. Die Kinder sind ein wenig verwirrt, aber sie sind nicht böse.

Dielektrikum mit einem ϵ_r von 2,45 und einer Dicke von 100 nm wird zwischen die Elektroden eingeschoben. In der Draufsicht zeigt sich das Dielektrikum als ein rechteckiges Zonit mit einer Seitenlänge von 100 μm . Die Elektroden des Resonators sind 50 nm dick und werden als Linien mit einer Breite von 10 μm auf dem Dielektrikum aufgebracht. Die Elektroden sind über eine 100-nm-Schicht aus Gold mit einer Dicke von 10 nm verbunden. Die Elektroden sind über eine 100-nm-Schicht aus Gold mit einer Dicke von 10 nm verbunden.

Liebe BewohnerInnen !

LÜSA wird heute 8 Jahre alt!

Ohne Euch alle, wäre es uns
nicht so gut gelungen,
das anfänglich von
2 Bürgerinitiativen schwer
bekämpfte Projekt auf eine in
Unna und NRW
von BürgerInnen und Politik
so akzeptierte Ebene zu bringen.

Wir - das LÜSA-Team
danken
Euch dafür
und
für Euer
Mitwirken/Zusammenarbeit.

Ihr könnt mehr (gestalten) als Ihr oft denkt !

LÜSA-Bewohner
beeindruckten

China, das die Lieferung von
Sauerstoff konstant versorgt,
sowie flüssigkeitsreiche
Nahrung mit seinem unverdaulichen
Korn. Der Mensch in der
Schlange ist ein mahlendes
Schlingens. Der Mensch ist
ein Schlange.

[illegible]

ckten

[illegible]

Zeit für Gespräche, die heilsam wirken

Wenn vier Arbeit-geb-er in ein
Boarding für das Personal
und die Klienten des 11-
ten Übergangs- und
Entwicklungs-Blocks
die Partizipations- und
Kontinuität der Wohnge-
meinschaft mit Vor- und
Nachteil überlegen, so
sind sie von der Liebe
angeleitet, welche
auch von den Eltern
ausgeht.

hoch, was sich schon im
Frühjahr der Einsamkeit zu
fühlen beginnt, eine Schönheit
im Gedächtnis, eine Schönheit
im Gedächtnis, eine Schönheit
im Gedächtnis.

[illegible][illegible]

Einmal mit ihr zusammen. Heute ist sie mit 24 Jahren ein bekanntes Gesicht. Sie ist die älteste Tochter eines Mannes, der seine ganze Familie in die USA brachte. Sie ist die einzige, die in der USA geboren wurde. Sie ist die einzige, die in der USA geboren wurde. Sie ist die einzige, die in der USA geboren wurde.





Frau
Dias
Projekt LÜSA
Platanenallee 3
59425 Unna

Sehr geehrte Frau Dias,

am vergangenen Samstag hat der Kreis Unna ein rundum gelungenes Bürgerfest mit Tag der offenen Tür feiern können und eine überzeugende Präsentation des Leistungsspektrums und der Leistungsfähigkeit des Kreises und der mit ihm verbundenen Unternehmen und Institutionen geboten.

Dieser Erfolg war nur möglich, weil so viele Unternehmen und Institutionen ihren eigenen Beitrag zum Gelingen der Veranstaltung beigetragen haben. Für dieses Engagement möchte ich mich heute herzlich bei Ihnen bedanken. Bitte geben Sie diesen Dank auch an Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiter.

Ich bin der festen Überzeugung, dass wir das Bürgerfest - das eine erfolgreiche Visitenkarte für den Kreis Unna abgegeben hat - noch lange Zeit in guter Erinnerung haben werden.

Mit herzlichster
Betreffung
Ihr
Michael Makulla
Michael Makulla

Unna, den 28.06.2006

**Michael Makulla
LANDRAT
DES KREISES UNNA**

**Weihnachtsbasar
beim „Lüsa“**

UNNA • Das Tangleli-Übergangs- und Stützungsangebot für Drogenabhängige (Lüsa) lädt für Samstag, 2. Dezember, 12 bis 18 Uhr, zum Weihnachtsbasar an der Platanenallee 3 ein. Die Gäste erwarten ein adventliches Besinnungsessen bei selbst gebackenen Kuchen und Pfannkuchen, Märschen, dem Verkauf von Lüsa-Produkten (Holzspielzeug, Dekoartikeln, Klemmholz, Adventskalender, Anker, Märschen, Marmelade, Kinderkreditt, aus zweiter Hand). Bis Ende dieser Woche bleibt außerdem der Laden „Lüsa“ wegen Renovierung geschlossen.

Türen im Advent



Wir öffnen Türen im Advent! In Königsborn entsteht so ein großer Adventskalender mit echten Türen. Viele Menschen haben uns eingeladen und öffnen eine Tür. Dort gibt es etwas zu sehen, zu hören, zu schmecken, zu erzählen. Kommen Sie mit zu den Türen im Königsborn, die im Advent vom 4. - 23.12. jeweils um 18 Uhr für uns geöffnet werden. (beachten Sie die Abweichungen an einzelnen Tagen!)

Ihre Evangelische Paul-Gerhardt-Gemeinde

Fr. 8.12.

Projekt LÜSA
Platanenallee 3



■ Kuschke: Angebot für Drogenabhängige

„Wir brauchen ein Angebot für älternde und schwer erkrankte Drogenabhängige Menschen“, sagt der SPD-Landtagsabgeordnete Wolfram Kuschke (Bild). Er besuchte jetzt die Drogenhilfeeinrichtung „LÜSA“ in Unna, die mit Anabela Dias de Oliveira seit einigen Jahren ein erfolgreiches Angebot für die Integration chronisch mehrfach geschädigter Drogenabhängiger unterhält.

Gesund am Rande der Gesellschaft

Gesundheit gilt den meisten als höchstes Gut. Ein Gut, das für wohnungslose Menschen jedoch nur schwer erreichbar ist. Diesem Thema widmete sich der Caritasverband für den Kreis Unna e.V. am 22. Mai 2007 mit einem Veranstaltungstag unter dem Motto „Gesund leben am Rande der Gesellschaft“.

Das Katharinen-Hospital mit seinem medTrend-Mobil und der Caritasverband informierten zusammen mit weiteren Kooperationspartnern über die spezifischen Schwierigkeiten von Wohnungslosen, ihre Gesundheit zu erhalten und zeigten Möglichkeiten zur Überwindung dieser Probleme auf. Das Angebot war äußerst vielfältig: Experten klärten vor Ort über die Wirkung von Alkohol- und Nikotingebrauch auf, leisteten Ernährungsberatung, stellten Präventionsmöglichkeiten dar und beantworteten wichtige Fragen zu Schwierigkeiten mit dem deutschen Gesundheitssystem, die gerade für wohnungslose und damit finanziell schwach gestellte Menschen von Bedeutung sind. Die Veranstaltung auf dem Außengelände der Caritas-Tagesstätte bzw. Beratungsstelle für wohnungslose Menschen (Hansastraße 6) fand am 22. Mai 2007 in der Zeit von 10 bis 15 Uhr statt. Der Tag startete mit einem Frühstücksbuffet um 10 Uhr, ab 12 Uhr gab es Leckereien vom Grill.

Während der gesamten Veranstaltung waren folgende Programmpunkte vorgesehen:

1. Ernährungsberatung
2. Lungenfunktionstests
3. Blutzucker und Blutdruckmessungen
4. Cholesterinwertmessungen
5. Sehtests
6. Allgemeine Beratung durch einen Arzt des Katharinen-Hospitals
7. Anschauungs-Modell: Giftstoffe in Zigaretten
8. Simulationserfahrung mit der „Rauschbrille“
9. Alkoholmengendarstellung

Neben dem Caritasverband und dem Katharinen-Hospital zählten folgende Einrichtungen zu den Kooperationspartnern der Veranstaltung:

1. Gesundheitsamt des Kreises Unna
2. Suchtberatung des Kreises Unna
3. Aids-Hilfe des Kreises Unna
4. Suchtselbsthilfe
5. Anonyme Drogenberatung Unna
6. Projekt LÜSA ¶



Deine Stimme gegen Armut - DSGA

Mein/ Unser Wunsch an die Bundesregierung zum **G8-Gipfel** in Japan:

LÜSA-Bewohner & Team fordern Menschenwürde, Teilhabe, soziale Gesundheitssysteme, die AIDS verhindern & Bildung

für alle Menschen. Geld ist genug da, nur nicht gerecht verteilt. Politik muss handeln.

Name: _____

Wohnort/ Land: _____

Schicke dein Telegramm bis spätestens 1. Juli 2005 an: „DEINE STIMME GEGEN ARMUT“, Postfach 043140, 10051 Berlin oder per Fax an +49 (0)30 24 78 15 74. Alle Wünsche werden gesammelt und vor dem G8-Gipfel an die Bundesregierung übergeben. Mehr Info: www.deine-stimme-gegen-armut.de

ZITAT



„

Ich weiß nicht, wann diese großen Acht begreifen, welche Macht sie hätten, wenn sie wollten.

“

Bob Geldof, Musiker, G8-Gegner und Kämpfer gegen die Armut

1,1 MILLIARDEN
MENSCHEN LEBEN IN ABSOLUTER ARMUT.

840 MILLIONEN
MENSCHEN SIND UNTERERNÄHRT.

3 MILLIONEN
MENSCHEN STERBEN JEDES JAHR AN AIDS.

JEDE 48. GEBURT
IN DEN ENTWICKLUNGSLÄNDERN FÜHRT ZUM TOD DER MUTTER.

77 MILLIONEN
KINDER KÖNNEN AUS ARMUT NICHT ZUR SCHULE GEHEN.

MEHR ALS 1 MILLIARDE
MENSCHEN HABEN KEINEN AUSREICHENDEN ZUGANG ZU SAUBEREM TRINKWASSER.

UND ALLE DREI SEKUNDEN
STIRBT EIN KIND AN DEN FOLGEN EXTREMER ARMUT.



„Stillstand statt Fortschritt“

G8-Gipfel in Japan ohne beachtenswerte Ergebnisse

Bonn, 9. Juli 2008 – Die Bilanz des Bundesverbandes entwicklungspolitischer Nichtregierungsorganisationen (VENRO) anlässlich des zu Ende gehenden G8-Gipfels in Japan fällt ernüchternd aus: Weder bei der Nahrungssicherung noch beim Klimaschutz oder den Millenniumsentwicklungszielen (MDG) sind nennenswerte Fortschritte erzielt worden.

„In Anbetracht dessen, dass die aktuelle Nahrungskrise Millionen Menschenleben bedroht, hätte man sich ein deutlicheres Bekenntnis der G8 zum Handeln gewünscht“, so das Fazit des Verbandes. ¶



Rent-a-Randgruppe

Rent a Randgruppe

Niederländische Bibliothek verleiht Minderheiten-Vertreter

Vorurteile entstehen durch Unwissenheit, findet der Bibliothekschef der niederländischen Grenzstadt Almelo. Darum verleiht seine Bücherei jetzt Randgruppenvertreter stundenweise: Asylbewerber, Rollstuhlfahrer, Homosexuelle - und einen Deutschen.

Corrie Barends kramt ein Din A4-Blatt aus ihrer Jackentasche. „Heroin, Speed und Kokain“, liest sie vor. „Und er hat Seresta genommen - eigentlich ein Medikament gegen Depressionen, das nehmen Süchtige aber offenbar auch.“ Die 70-Jährige hat alles genau aufgeschrieben - schließlich unterhält sie sich nicht jeden Tag mit einem Drogenabhängigen.

„Ich finde es immer so fürchterlich, wenn ich diese jungen Leute auf der Straße oder im Fernsehen sehe“, sagt die 70-Jährige. „Ich wollte wissen, wie es passieren kann, dass man so tief abstürzt und warum es so schwer ist, aus der Sucht herauszukommen.“ Darum hat sich die Rentnerin eine halbe Stunde lang mit einem Junkie unterhalten - im Bibliotheks-Foyer der niederländischen Grenzstadt Almelo.

Eine Stunde „Minderheiten-Gespräch“

Möglich gemacht hat diese ungewöhnliche Begegnung der Direktor der öffentlichen Bibliothek, Jan Krol. Er gründete das Projekt „living library“, - die lebende Bibliothek. Seit Dienstag (21.03.06) verleiht die Stadtbücherei nicht nur Bücher und DVDs an ihre Kunden, sondern auch Vertreter von Minderheiten. Drogenabhängige, Flüchtlinge, Muslime, Homosexuelle, Rollstuhlfahrer.

„Sie erzählen unseren Lesern von ihrem Leben in der Minderheit. Wir wollen, dass die Menschen sich kennen lernen. Vorurteile entstehen doch vor allem durch Unwissenheit.“ 25 Randgruppen-Vertreter hat die Bibliothek derzeit im Programm. Demnächst stehen sie mit Lebenslauf und Foto im Internet, dann können Interessenten sich bei der Rezeption melden und eine Stunde „Minderheiten-Gespräch“ buchen.

Die Idee hat Jan Krol bei einer Bücherei im schwedischen Malmö abgesehen. „Es ärgert mich richtig, dass ich nicht selbst darauf gekommen bin“, lacht der 56-Jährige. Denn als Homosexueller weiß er, wie sich das Leben in der Minderheit anfühlt. „Das Gefährliche ist, dass man sich zurückzieht in die eigene Gruppe. So wächst das Misstrauen - auf beiden Seiten.“ Vor allem Jugendliche will Krol mit dem „lebenden Büchern“ ansprechen.

Meistgebucht: der schwule Moslem

Wenn ein einzelner Kunde ein Gespräch bucht, muss es aus Sicherheitsgründen in den Räumen der Bibliothek stattfinden. Für Gruppen oder Schulklassen machen Jan Krol und seine Randgruppenvertreter auch schon mal einen Außentermin.

Jamal Hajou zum Beispiel hat vor kurzem eine Schulklasse bei Rotterdam besucht. Der 28-Jährige ist gleich eine „doppelte Minderheit“: Er ist Moslem und er ist schwul. „Am meisten interessiert die Jugendlichen, was meine Eltern dazu sagen, dass ich homosexuell bin. Vor allem die muslimischen Kinder fragen danach.“ Jamal Hajou ist der meistgebuchte Randgruppenvertreter, er war schon für zahlreiche Termine reserviert, bevor das Projekt offiziell gestartet ist, erzählt Jan Krol. „Die Leute wollen wissen, wie er seine Sexualität mit seiner Religion verbindet.“

„Da will ich vermitteln“

Und dann ist da noch Claus Jungjohann, auch Vertreter einer Randgruppe: Claus Jungjohann ist Deutscher. Seit 30 Jahren lebt er in Almelo, „und leider gibt es immer noch viele Niederländer, die die Deutschen für arrogant und humorlos halten. Da will ich vermitteln.“

Ein zweites deutsch-niederländisches Thema bleibt der Zweite Weltkrieg. Die Besatzung, die Bombardierung Rotterdams. Jungjohann hat den Krieg als Flüchtlingskind in Deutschland erlebt. Davon will er erzählen.

Noch steht die „living library“, ganz am Anfang, aber Jan Krol ist zuversichtlich, dass sein Projekt ein Erfolg wird. „Wir haben schon eine lange Liste mit Anfragen.“ Eine Kundin kommt bestimmt wieder:

Corrie Barends ist ganz begeistert von ihrem Gespräch mit dem Drogenabhängigen. „Ich habe das Gefühl, eine Mauer durchbrochen zu haben. Der junge Mann versucht gerade, von den Drogen wegzukommen, er macht in einem Methadon-Programm mit. Und wissen Sie was? Wir haben festgestellt, dass er fast bei mir nebenan wohnt!“

Eine Leihgebühr erhebt die Bibliothek für die „Miet-Minderheiten“ übrigens nicht - „und wer den Randgruppenvertreter zu spät zurückbringt, muss auch keine Strafgebühr zahlen“, lacht Jan Krol.



Von Silke Wortel 23.03.06

http://www.wdr.de/themen/panorama/15/living_library/index.jhtml?rubrikenstyle=panorama

NACHDENKENSWERT - NACHAHMENSWERT!?

Vielleicht unser nächstes Projekt

10 Jahre LÜSA

Ein schönes und gelungenes Fest, so wie es uns gefällt: wir konnten auf erfolgreiche 10 Jahre zurückblicken,

- viele fleissige KlientInnen und MitarbeiterInnen-Hände haben viel vorbereitet (Präsentationen vorbereitet, Raum geschmückt, Schnittchen geschmiert...)
- viele Gäste, die uns lange wohlwollend & kritisch begleiten, die sich Mühe gemacht haben über uns etwas zu erzählen,
- interessante Beiträge, von denen wir lernen konnten,
- Geschenke,
- ein internes Fest mit unseren KlientInnen,
- Kultur in Kooperation mit dem Theater Narrenschiff,
- ausgelassene Party im Atelier der Lindenbrauerei,



Tja, Mohn - letztlich hat diese zarte, schöne, aber sehr widerstandsfähige Blume und ihr Saft uns alle hier „zusammengebracht“ – ohne sie hätten wir uns vermutlich nicht kennen gelernt:
Besser als Konstantin Wecker kann ich nicht ausdrücken, warum wir LÜSA vor 10 Jahren aufgebaut haben und mit LÜSA verbinden - und auch warum ich als Person seit fast 30 Jahren mit und für Junkies arbeite, deshalb:

„sechster Brief“

Raus
wir müssen raus
raus aus diesen verendenden U-Bahnhöfen
raus aus den Pissoirs und den nächtlichen Feldwegen
raus aus der Heimlichkeit und Gier
und wir stellen uns hin
vor unsere Mitmenschen
und platzen raus damit!
Wir sind süchtig.
Wir nehmen gar Rauschgift zu uns.

Wir haben uns für eine Strecke Weg entschieden
der wir vielleicht nicht gewachsen sind
die Ihr aber zuerst mal zu respektieren habt
denn es ist unser Weg.

War es wirklich nur immer
Ihre bessere Vernunft
lieber Mitmensch
die es Ihnen untersagte
auch mal die Ärmel für die Venen freizumachen
oder sich die Nase mal so richtig durchzublasen?
Oder wars nicht auch öfter mal Angst
diese ständige Angst
sich in ein anderes Sein zu wagen
dessen Landschaften und Ideen
erst dem sichtbar werden
der mit beiden Beinen abgesprungen ist?

...Wer mit dem Wagnis paktiert
hofft auf eine neue Wirklichkeit
Ob aus Verzweiflung, Neugier oder Sehnsucht –
er ist bereit mit seinem Leben
der Erstarrung zu trotzen.
Es sind meist die Sensibleren und immer Suchenden
die sich der Droge anvertrauen.
Mein Herz schlägt für die Süchtigen.
Sie verschreiben sich dem Leben
ohne es besitzen zu müssen.
Sie leben mit ihrer Schwäche.

Auszug aus: „sechster Brief“
Konstantin Wecker
Und die Seele nach außen kehren
Ketzerbriefe eines Süchtigen
Rowohlt Verlag 1. Auflage, 1981

Dieses Gedicht hat mich schon bei meiner Diplomarbeit begleitet, immer noch gehört es zu meinen liebsten, immer noch ist es mir Motor: Ich verdiene seit vielen Jahren mit der Leitung eines Drogenhilfeangebotes mein Geld, aber wenn es uns & mir gelingt, Euch für eine Zeit Eures Lebens bei LÜSA ein gutes Zuhause zu bieten so, dass ihr das auch fühlen könnt, ihr wieder Vertrauen fasst in Eure Fähigkeiten, Zähigkeit und Eure Kraft - wenn es uns gelingt, Euch zur Seite zu stehen, wenn ihr einen Weg rausfindet aus „rechtlos Sein“, „Scham“ und „sich verstecken Müssen“, wenn es uns gelingt, dass ihr Euch wertschätzt, auch mit Stolz auf Euer Leben blickt – daran hängt mein Herz!

Ihr - LÜSA-KlientInnen & MitarbeiterInnen und die 10 LÜSA-Jahre haben mich geprägt, ich bin stolz auf die Kraft, die ihr – und auch wir – hier jeden Tag bringen!

Ich wünsche Euch - und auch uns - Glück, einen guten Platz zum Leben, wohlwollende Menschen und Selbstbestimmung

Danke, Eure Ana

10-Jahre „Landesmodellprojekt LÜSA“

Fachgespräch

Kultur & Feier

Integration ist machbar -

(Re-)Integration
von chronifiziert drogenabhängigen Menschen

in Zeiten von Hartz IV:

Was benötigt sie?

Woran erkennt man das Gelingen, woran das Scheitern?

Anforderungen & Grenzen

Freitag, 05. Oktober 2007 - ab 14.00 Uhr

im Kulturzentrum Lindenbühlerei (Atelier, DG)
Umm - Massenstr. 33-35
Projekt LÜSA

✓ Stehkafee

o Begrüßung 14.00 Uhr
Vorstand VFWF e.V.

o Eröffnungsansprache 14.15 Uhr
Wolfgang Kuschke
SPD, Umm - MdL (angefragt)

o Grußworte 14.50 Uhr

o Rückblick „10 Jahre LÜSA“ 15.15 Uhr
Annette Dias de Oliveira
VFWF e.V., Projekt LÜSA

✓ Pause 15.35 Uhr

o Vorträge und Podiumsdiskussion 15.50 Uhr

Wolfgang Kuschke
Koordinationsstelle Sucht, Landesjugendberufshilfe und Familienhilfe
"Integration im Sozialsystem der Drogenabhängigen"

Jens Leue
FDJ, Fachverband Drogen und Alkohol e.V.
"In Bewegung bringen" - Perspektiven für Substanzsucht

Angelborg Schlattermann
Grenz e.V. - Bundesverband für akzeptierende Drogenhilfe und humane Drogenpolitik
„(Re-)Integrationschancen in den NL - ein Vergleich“ 2

Griff Sander
EGG, Deutsche Gesellschaft Suchtmittel e.V.
"Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung: Update 2007"

Jürgen Heilwich
Bundesverband der Eltern und Angehörige für Akzeptierende Drogenhilfe e.V.
"... eine andere - akzeptierende Elternarbeit ist nötig" 1

✓ Pause & Imbiss 18.30 Uhr

Zeit für Gespräche & Möglichkeit zur Besichtigung der verschiedenen LÜSA-Einrichtungen
(der Shuttlebus wird angeboten)

o das Theater Narrenschiff 19.15 Uhr
spielt "Dreck"

o Party 20.30 Uhr

Grußwort

Liebe Frau Dias, liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
liebe Klientinnen und Klienten, liebe Administratoren und
Politiker.

Hier in Deutschland haben wir ein hoch entwickeltes
Konzept der Hilfen für behinderte Menschen, das welt-
weit seines Gleichen suchen kann. Es ist aus der Praxis
heraus entstanden, von der Politik weitergeführt, bedarf
es weiterhin der Kraft der Praxis.

Das Konzept trägt den Titel „System der wechselseitigen
- eigenständigen - Verantwortlichkeit“. Der Begriff signa-
liert: bei einem komplexen Phänomen wie der Behinde-
rung bzw. einer drohenden Behinderung ist die Verant-
wortlichkeit immer multikomplex. Das Denken im Sinne
einer solchen Systems muss immer wieder angefordert,
trainiert und ins öffentliche Bewusstsein gerufen werden.
Jahresgedenk-Veranstaltungen sollten daher immer auch
Arbeitstagungen auf einer Metaebene sein: harte Auf-
klärung über das notwendige Erkennen der je eigenen
Zuständigkeit und kollegialen Zusammenarbeit sowie der
politischen Rahmenbedingungen.

Ich gratuliere dem Team von LÜSA und den Pionierinnen
und Pionieren für die bisher geleistete Arbeit. Eine Feier
am Endpunkt einer Chronifizierung sollte immer auch
einen Apell an die Prävention in ihrer jeweiligen Stufe
beinhalten.

Ich wünsche der Feier eine wahrhaftige Erfahrung wech-
seitiger Anerkennung und Aufmerksamkeit.

Ihr Hans-A. Hüsgen (Ehem. Landesdrogenbeauftragter
NRW)

Mit freundlichen Grüßen
Hans-A. Hüsgen.

Festrede

Sehr geehrte Vertreter und Vertreterinnen aus Politik und Verwaltung, liebe KollegInnen, liebe Gäste, ich freue mich, dass Sie unsere Einladung angenommen haben, mit uns feiern und auf die vergangenen 10 Jahre des Landesmodellprojektes LÜSA zurückzublicken wollen.

Wir haben am 25.09.1997 unsere Arbeit in der schönen Villa an der Platanenallee begonnen.

Voraussetzung dafür war, wie viele von Ihnen wissen, dass engagierte KollegInnen aus dem HDV nicht nur die krasse Unterversorgungssituation für chronisch mehrfachgeschädigte drogenabhängige Menschen beklagen, sondern diese aktiv beheben wollten und den VFWD e.V. als Trägerverein gründeten.

Ihnen, wie all jenen aus Politik, Verwaltung und Bürgerschaft, die tatkräftig und auch streitbar die Umsetzung des Projekt LÜSA unterstützt und begleitet haben, gilt heute der Dank des LÜSA-Teams, der mittlerweile ca. 300 Menschen, die das Hilfeangebot bis heute genutzt haben und mein persönlicher Dank.

Mein besonderer Dank gilt aber meinen KollegInnen, ihren Familien und auch meiner: sie alle haben, ungeheuer belastungsfähig, mit großem Engagement, Kreativität, hoher Flexibilität, viel Probierfreude, Geduld und Fleiß den Bewohnern zuverlässige Begleitung geboten, haben während sie sich kontinuierlich vernetzt und weitergebildet haben, so ganz nebenbei den LÜSA-Alltag gemeistert, den Grund der heutigen Feier möglich gemacht.

Aber nun zu dem versprochenen Rückblick:

Wir haben vor 10 Jahren mit 19 stationären Plätzen und einer behelfsmäßig untergebrachten Holzwerkstatt begonnen, heute betreuen und begleiten wir über 40 Menschen in verschiedenen stationär wie ambulant betreuten Wohnhilfen, sowie in tagesstrukturierenden Maßnahmen und Arbeitsangeboten an verschiedenen Standorten in Unna & Bönen:

das Haupthaus mit 19 Plätzen (und 1 Notbett) ist geblieben, hinzugekommen sind:

- eine Außenwohngruppe mit 4 Plätzen,
- stationäres Einzelwohnen an 2 Standorten mit 4 Plätzen
- Ambulant Betreutes Wohnen in Einzelwohnungen und in einer WG mit 9 Plätzen,

- differenzierte Tagesstruktur und Beschäftigungsangebote,
- 4 Zusatzarbeitsgelegenheiten/1,- Jobs insbesondere für substituierte drogenabhängige Menschen,
- 2 AB-Maßnahmen für schwervermittelbare Menschen (auch mit Suchthintergrund)

Somit können wir mit Stolz auf 10 Jahre rückblicken, in denen wir Nischenarbeit für Lebensräume / Lebenswelten & Arbeitsräume / Arbeitswelten geleistet haben und dies nicht nur bezogen auf unsere Zielgruppe, sondern im umfassenderen Integrationssinn.

In unserem Team sind viele KollegInnen, die durch verschiedene Fördermaßnahmen zu uns gekommen sind und im Anschluß weiterbeschäftigt wurden. Daneben wurden wir in diesem Zeitraum auch zum Ausbildungsbetrieb für Büro und Kommunikationswesen und haben etlichen jungen Menschen als und im Rahmen der Ableistung „Freiwilliges Soziales Jahr“ oder des Zivildienstes sowie PraktikantInnen vieler Berufszweige Platz und Raum für berufliche Orientierung geboten.

Mit einem interdisziplinären und multikulturellen Team arbeiten wir nach dem lösungsorientierten Ansatz auf der Grundlage von vier Arbeitssäulen – die Basis ist der Gedanke von „Hilfe zur Selbsthilfe“. Wir bieten:

- ein wohlwollendes sich selbst versorgendes Zuhause
- niedrigschwellige suchtbegleitende medizinische Behandlung
- individuelle Betreuung und Betreuungskonstanz bei
- gleichzeitiger Fokussierung auf das funktionieren der Hausgemeinschaft,
- Beschäftigungsangebote / Tagesstruktur

Aus unserer Sicht - natürlich ohne jedes Selbstlob - wirkt das „Ineinandergreifen“ dieser Bestandteile.

Ich möchte einige Bausteine der, 4 Säulen beschreiben:

° wir sind niedrigschwellig, d.h. wir erleichtern das reinkommen und wir kümmern uns zuerst um das nächstliegende – Lebenserhaltung zuerst.

Danach tun wir für die Haltekraft fast alles was legal und bezahlbar ist, d.h. wir hören genau hin, womit ist dieser Mensch aktuell beschäftigt, gibt es Probleme, die hinderlich sind beim „Ankommen bei LÜSA“ – manchmal sind es sehr lebenspraktische Dinge wie Wohnungsauflösung

und Lagerung der letzten Habseligkeiten, vielfach sind es jedoch schwer traumatisierende Erlebnisse, die sie aus eigener Kraft nicht haben bewältigen können. Wir haben z.B. einmal mit einer Klientin das Grab ihres Partners in Rotterdam besucht, der erschossen wurde an dem Tag an dem sie zwangseingewiesen wurde, danach kam jahrelange Obdachlosigkeit, so dass ein Abschied bis dahin gar nicht möglich gewesen war.

Gerade in der ersten Zeit muß in dem subjektiven Erleben deutlich das Positive überwiegen, entsteht keine Bleibebereitschaft, sie brechen ab - aus ihrer Sicht haben viele nur noch wenig zu verlieren .

° Wir arbeiten nicht vergangenheits-, problemorientiert sondern fokussieren auf Fähigkeiten, Ressourcen und eigenen Lösungswegen (diese sind ja von den Klienten jahrelang für ihre verschiedenen Lebensbereiche angewandt worden – kein Mensch ist nur Junkie und hat je 24 h am Tag jahrzehntelang nur Drogen gekauft & konsumiert) und suchen den Blick unserer BewohnerInnen auf diesen ihren Reichtum zu lenken.

° Wir halten viel von Wahlfreiheit als unabdingbar für nachhaltige Veränderungsprozesse, d.h. es ist uns wichtig den BewohnerInnen zu verdeutlichen, dass es verschiedene (Verhaltens)-Möglichkeiten gibt, für die sie sich als Handelnde entscheiden können und damit unterschiedliche Folgerungen/ Reaktionen bewirken.

Das eigene Verhalten daraufhin zu überprüfen ob es angemessen ist, das gewünschte Ziel zu erreichen ist die Basis für Zielgerichtetes Handeln – und wird von dieser sehr lebenserfahrenen Zielgruppe gut angenommen.

° Wir nehmen Ihren Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben und Teilhabe ernst. Es ist neben gesundheitlicher Stabilisierung, die häufigst genannte Aufnahme-Motivation bei LÜSA, deshalb bieten wir an den Aufenthalt bei LÜSA als Raum für die Suche nach einem individuellen Weg die vorhandene Sucht und den Wunsch nach Selbstbestimmung „unter einen Hut zu bringen“, zu nutzen.

° Wir bieten Übungsmöglichkeiten zur Teilhabe.

Auf diesem Hintergrund betrachten wir sowohl unsere Beschäftigungsbereiche, die Gemeinwesenorientierung (Kundenkontakte, Dienstleistungen, Feste, Märkte, Beteiligung an sozialpolitischen Aktionen etc.), wie die starke

Einbeziehung von Öffentlichkeit. Bei den BewohnerInnen setzen wir auf Eigenverantwortlichkeit.

Für diesen Prozeß sind rigide Regeln nicht hilfreich, deshalb gibt es in den LÜSA-Häusern nur Kardinalregeln, die juristische Vorgaben und insbesondere den Schutz der Gemeinschaft fokussieren:

keine Gewalt, Hehlerei, Dealerei, Diebstahl, Waffen, Drogen und darüber hinaus die Verpflichtung zur Mitwirkung auch am Selbstversorgungsansatz, ansonsten weder Zwang noch Sanktionen – bei untragbarem Verhalten beurlauben wir für einen, schlimmstenfalls mehrere Tage – zum Realitätstraining draussen sozusagen...

Wir sanktionieren Beigebruch als solchen i.d.R. nicht, erst recht wenn dieser außerhalb des Hauses stattfindet, sondern sehen im Vordergrund den Hilfebedarf.

Wir zeigen für die beigebruchsfreien Phasen und den Weg wie dies von jedem umgesetzt wird mehr Interesse als für den Beigebruch. Darüber hinaus schaffen wir im Haus Schutzstrukturen für den einzelnen wie für die Gemeinschaft und arbeiten mit den Gründen für und den konkreten Risiken von Beigebruch:

- oft sind es Selbstheilungsversuche einer bis dato nicht-behandelten psychischen Störung, hier ist adäquate Behandlung notwendig.

- wir vermitteln Wissen über besonders riskanten Mischkonsum bzw. Gebrauchsmethoden, vermitteln häufig in die umliegenden Beigebruchsentgiftungen.

Weniger akzeptierend sind wir mit dem Verhalten unter Beigebruch - wir tolerieren gemeinschaftsschädigendes Verhalten nicht, konkret heißt dies:

° wenn jemand seine Aufgaben oft nicht erledigen kann, weil er zuviel konsumiert hat, verhält er sich asozial – hier empfehlen wir „erst Aufgaben erledigen, dann konsumieren“,

° wenn jemand oft so unkontrolliert konsumiert, dass wir dauernd mit seiner Lebensrettung beschäftigt sind, vernachlässigen wir die anderen BewohnerInnen, das ist nicht förderlich für die Gemeinschaft,

° wenn jemand unangenehm, risikoreich, übergriffig, oder gar bedrohend wird, ist er für eine Gemeinschaft nicht zumutbar

Stellt sich trotz Geduld und der hier beschriebenen Hilfen keine Veränderung ein, entlassen wir disziplinarisch.

Tagesstruktur

Von Beginn an hat sich die Wichtigkeit einer Tagesstruktur bestätigt:

Chronifizierte Drogenabhängigkeit führt nahezu zwangsläufig in Straffälligkeit & Strafverfolgung, soziale Entwurzelung, Arbeitslosigkeit, Krankheit, und Isolation in der Drogenszene – auf solch einem Lebenshintergrund ist Verhaltensänderung außerordentlich mutig.

Drogenhilfe hat als zentrale Aufgabe mit Wiedereingliederungsangeboten diesen Veränderungs-/ Ausstiegsmut zu begründen und zu stärken.

Auf diesem Hintergrund müssen Reintegrationshilfe-Angebote wie das Projekt LÜSA Lebens-/Wohn-/Arbeits-Nischen anbieten, damit Selbstvertrauen wachsen kann, stabile Genesung stattfindet, so waren wir von Beginn an überzeugt, eine differenzierte Tagesstruktur mit produktions-, und dienstleistungsorientierten Beschäftigungsangeboten vorhalten zu müssen.

Das Arbeitsprinzip bei LÜSA lautet mit den BewohnerInnen - nicht für sie.

Wir bieten:

- Holzwerkstatt
- Druckerei
- Antik-Markt
- LÜ-LA, Kinder-2nd-Hand
- „miet & borg-Börse“ (hauswirtschaftlich-gerätetechnischer Unterstützungsdienst für Notlagen, sowie Tagungsraum & Equipment)
- Marktstand, der z.Z. leider ruht
- Fahrradwerkstatt
- ergotherapeutischer Kreativwerkstatt
- Renovier-Crew, Hausmeisterdienstleistungen,
- Hauswirtschaftsbereich & Garten

Die BewohnerInnen nehmen das nicht verpflichtende Beschäftigungsangebot sehr gut an – wir haben nahezu Vollbeschäftigung. Eine kleine Arbeitsprämie – Motivationsgeld genannt ist gewollter Anreiz, aber der Verkauf der Produkte im LÜ-LA, auf Märkten etc. ist Selbstwertbestätigung pur, der LOHN FÜR DIE SEELE.

Eine kleine Auswahl unserer Produkte können Sie heute hier ansehen und gern auch erwerben, besonders freuen wir uns über Aufträge.

Netzwerk:

Wir begreifen uns als gemeinwesenorientierte Einrichtung und legen großen Wert auf Netzwerkarbeit, so

kooperieren wir mit allen relevanten sozialen und medizinischen Diensten und sind Mitglied in zahlreichen örtlich wie bundesweit tätigen Arbeitsgruppen, Vereinen und Verbänden – beispielhaft seien hier genannt:

- der HDV
- der Kinderschutzbund im Kreis Unna,
- der Verein ProSi im Kreis Unna
- die Tafel Unna e.V.
- Akzept e.V. - Bundesverband

So denken wir nach 10 Jahren, unsere Anfangsthese bestätigen zu können:

„Altjunkies – sind weder hilferesistent noch gleichgültig, unmotiviert und faul, jedoch benötigen Sie besondere Hilfebedingungen & Geduld & Zeit & Wertschätzung – dies suchen wir umzusetzen.

Bedarfsgerechte Wiedereingliederungs-Hilfen kreativ & paßgenau für unsere KlientInnen zu entwickeln, ist uns bis heute Motor geblieben deshalb freut es mich sehr, dass pünktlich zum 10. Geburtstag die letzte Stiftungsbewilligung erteilt wurde und wir nun endlich mit dem Erweiterungs-Neubau für Menschen unserer Zielgruppe mit Körperbehinderung beginnen können.

Mittelfristig hoffen wir die Lücke in der Versorgung alternder drogenabhängiger Menschen schließen zu können. Unser Konzeptentwurf für ein Dauerwohnangebot („nennen wir es der Einfachheit halber Altersheim“) liegt dem LWL bereits einige Zeit vor - wir werden weiterhin geduldig und streitbar mit Politik, Verwaltung und auch unserem Kostenträger über eine Umsetzung verhandeln.

Man sagt uns nach, dass wir gern feiern – ich denke es stimmt und wir freuen uns, dass die Unnaer Bürgerschaft keine Scheu hat unsere Feste und Basare zahlreich zu besuchen bei unserem Bürgertrödel mitzumachen – mit ihren Kindern, die dann das Bild bei LÜSA prägen. Das LÜSA-Fest ist zu einem festen Bestandteil in Unna geworden - beim feiern kommen Menschen zusammen, sie begegnen sich mit Empathie sie geben einander einen Platz und wenn es eng wird, teilen sie diesen eben, das ist normal – darum geht es uns – ein Stück gelebte Gemeinschaft.

Vielen Dank



Arbeitstagung „Integration ist machbar“

„In Bewegung bringen“ - Perspektiven für Substituierte

Substitution wird oft als „Endlagerung“ diffamiert, weil substituierende Ärzte und betreuende Suchthelfer sich mit den Perspektiven für ihre Klientel schwer tun. Von den wenigen „Leuchttürmen“ im Land lässt sich aber gut lernen, denn Ziel der Suchthilfe ist nicht die Vergabe eines Substitutes, die Betreuung oder die Abstinenz, sondern die Teilhabe. Welche Wege zur Teilhabe führen, wie sie erfolgreich gestaltet werden können und warum es sich lohnt wird hier beleuchtet.

Das Thema des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V.

Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr) wurde vor 28 Jahren als Fachverband der Drogenhilfe in Deutschland gegründet. Er vertritt einen arbeits-, feld- und substanzübergreifenden Ansatz und hat sich in den letzten Jahren 20 Jahren sehr intensiv um die Zusammenhänge von Suchtmittelabhängigkeit, Arbeit und Eingliederung gekümmert. Mein Vorgänger Manfred Sohn schrieb 1985 seine Dissertation unter der Überschrift „Sorgen mit der Nachsorge“. Das könnte man heute noch mal tun, weil die Sorgen bei der Nachsorge, bei der Integration in Arbeit, aber natürlich auch beim Wohnen und bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fast noch die gleichen sind wie damals. Die Probleme sind komplizierter, die Sorgen jedoch die gleichen geblieben.

Arbeit nützt

Muss ich die Funktion von Arbeit erklären? Ich setze als bekannt voraus, dass sich Arbeit in den letzten 150 bis 200 Jahren deutlich verändert hat: Von der Arbeit, die ausschließlich und unmittelbar der Ernährung und der Lebensbewältigung diente zu der entfremdeten Arbeit, bei der man seine Arbeitskraft gegen Lohn jemandem verkauft - also von der direkten zur indirekten Sicherung des Überlebens.

Arbeit hat eine zentrale und ambivalente Bedeutung: Arbeit tut gut, denn sie ist eine persönliche Chance zur Qualifizierung, zur Integration in die Gesellschaft und für eine persönliche Perspektive im Leben. Arbeit schafft eine Tagesstruktur, soziale Kontakte, wirtschaftliche Unabhängigkeit und kann sogar auch Spaß machen.

Arbeit nützt, denn sie schafft gesellschaftliche Werte, sichert den Lebensunterhalt und fördert das Gemeinwesen sowohl durch direkte Tätigkeiten als auch durch die Steuern und Abgaben, die einen Staat erst lebensfähig machen.

Aber Arbeit hat natürlich auch eine andere Seite: Arbeit macht krank durch Stress, Lärm, Arbeitszeiten, Emissionen und auch Emotionen. Drohender Arbeitsplatzverlust führt zu einer Verschleppung von Krankheiten.

Arbeitslosigkeit macht auch krank. Arbeitslosigkeit ist ein gesellschaft-

licher Risikofaktor ersten Grades. Untersuchungen belegen eindeutige Beziehungen zwischen ökonomischen Indikatoren und dem Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol. All dies ist bekannt und soll an dieser Stelle als Einführung in das Thema genügen.

Abhängige ohne Chancen

Aus den Daten der deutschen Suchthilfestatistik des Jahres 2006 lässt sich ablesen, dass von den in den Beratungsstellen der Suchthilfe erfassten Klientinnen und Klienten

- 53,9 % der Opioidabhängigen
- 48,9 % der Abhängigen von „anderen psychotropen“ Substanzen
- 31,1 % der Konsumenten von Alkohol

arbeitslos sind.

Ohne Schulabschluss hat man in unserer Gesellschaft nur sehr geringe Chancen am Arbeitsmarkt, ähnlich ist das mit einem Sonderschul- und zunehmend auch mit einem Hauptschulabschluss. Hauptschulabschlüsse und weniger haben 76,3 % der Opiatkonsumenten, 72,5 % derjenigen, die unterschiedliche psychotrope Substanzen konsumieren und immerhin noch 56 % der Alkoholkonsumenten/-innen. Diese Zahlen verdeutlichen, dass insbesondere die Konsumenten von Opioiden und von Halluzinogenen besonders ungünstige Voraussetzungen mitbringen, um auf dem Arbeitsmarkt erfolgreich zu sein. Und mit Ihnen die substituierten Klienten/-innen.

Alle vorliegenden Untersuchungen zeigen bei diesen Personen eine Arbeitslosenquote zwischen 40 und 60 %. In der cobra-Studie ist das von Ärzten am häufigsten (mit 20 %) genannte Problem bei der Umsetzung des Therapieplans die berufliche Rehabilitation. Wir können vermuten, dass ca. 50.000 Substituierte auf eine Chance zur Teilhabe an Arbeit warten.

Suchthilfe fördert Teilhabe

Die Abhängigkeitserkrankung ist ein behandlungsbedürftiges, sozial und psychiatrisch relevantes Ereignis mit chronischen Verläufen. Sie wird begleitet von sozialen, körperlichen und weiteren seelischen Beeinträchtigungen, die die betroffenen Menschen daran hindern, ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen (fdr 2006). Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung gelten daher als behindert im Sinne des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen), wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Diese Definition entspricht dem § 2 des SGB IX, so dass sich die Versorgung abhängigkeitskranker Menschen an den rechtlichen Bestimmungen dieses Sozialgesetzbuches zu orientieren hat. Damit rückt der Begriff

der „Teilhabe“ in den Mittelpunkt der Leistungen, die die Suchthilfe anbieten muss.

Das SGB IX definiert in § 4 als „Leistungen zur Teilhabe“ alle notwendigen Sozialleistungen, die dazu beitragen, unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, (...),
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Um für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eine „unabhängige Teilhabe“ zu ermöglichen, hat die Suchthilfe in Deutschland ein differenziert entwickeltes, wirksames, leistungsfähiges und – manchmal noch nicht optimal – vernetztes Angebot der Hilfen entwickelt. Die im SGB IX formulierten Teilhabeziele werden erreicht durch Hilfen bei

- der Teilhabe an Arbeit (§ 33 SGB IX) und
- der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX).

Hier sind besonders die im Absatz 2 Ziff. 6 genannten Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten und die in Kapitel 2 Ziff. 7 beschriebenen Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben erwähnenswert.

Die Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland sind also Pflichtaufgaben der gesetzlichen Sozialversicherung und des Staates, um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegen zu wirken.

Gelingt es Abhängigkeitskranken nicht, Teilhabe an Arbeit oder am Leben in der Gemeinschaft zu erreichen, können Leistungen im differenzierten Verbundsystem der Suchthilfe in Anspruch genommen werden.

Integration ist mehr als Rehabilitation

Ausbildung und Arbeit sind Bestandteile einer „normalen Lebensführung“. Durch regelmäßige, sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten werden ehemals Suchtkranke und Drogenabhängige wieder zu Steuer- und Beitragszahlern.

Für die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit haben sich die Sozialgerichte die Leistungen der medizinischen Rehabilitation ausgesucht. Ziel dieser „Suchttherapie“ ist jedoch nicht die Integration in Arbeit und Gesellschaft. Zusätzlich zur medizinischen Rehabilitation sind also weitere Angebote zur beruflichen (Integration in Arbeit und Beruf) und sozialen (Integration in die Gesellschaft) Rehabilitation notwendig. Das

sind Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, Kulturprojekte, Bildungsmaßnahmen, Angebote des Betreuten Wohnens und der Selbsthilfe.

Die medizinische Rehabilitation hat für Substituierte einen besonderen Charme: Im geschützten Rahmen, ggf. mit Unterbringung der Kinder können sie einen professionell begleiteten Ausstiegsprozess mit einem Leistungsumfang organisieren, den sie nirgendwo anders bekommen könnten. Es lohnt sich dringend, die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation unter Substitution umfassend auszunutzen.

Integrationsangebote sind aber nicht das letzte Glied einer Behandlungskette, sondern ein Angebot in jeder Phase des Hilfeprozesses. Sie müssen für alle Hilfesuchenden in enger Vernetzung der unterschiedlichen Angebote im Verbundsystem der Suchthilfe erreichbar sein: niedrigschwellig, angegliedert an Beratungsstellen, an Substitutionsprojekte und natürlich an die medizinische Rehabilitation. Die Hilfe zur Arbeit darf kein Anhängsel anderer therapeutischer Maßnahmen sein. Arbeitsprojekte können nicht von Psychologen/-innen und Sozialarbeiter/-innen angeleitet werden. Hierfür gibt es spezielle Berufsgruppen, die das gelernt haben, aber natürlich mit den Psychologen/-innen und Sozialarbeiter/-innen aber gut zusammenarbeiten können.

Regelmäßige Arbeit führt zu größerer Zufriedenheit und ist ein Beitrag zur sozialen Integration. Die Verbesserung der Wohnsituation stabilisiert Lebensverhältnisse und die Mitwirkung in Kultur- und Freizeitprojekten schafft neue Lebensinhalte. Diese Aktivitäten können sinnvoller Weise nicht nach den Kriterien „vor der Behandlung“ und „nach der Behandlung“ differenziert werden. Integration ist von daher mehr als die (gesetzlich definierte) Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation!

Öffentlich geförderte Beschäftigung

Solange genügend Arbeit fehlt, ist Suchthilfe auf andere Wege angewiesen und befindet sich auf einem großen Feld „Sozialer Betriebe“, „Integrationsfirmen“ und ähnlichem. Diese Entwicklung ist, gemessen an anderen sozialen Bewegungen, relativ jung und daher auch noch ziemlich unstrukturiert. Arbeits- und Beschäftigungsprojekte zu beschreiben heißt, einen zweiten Arbeitsmarkt zu definieren. Dieser stellt eine Mischung aus Arbeitsbeschaffung, Qualifizierung, Hilfen zur Arbeit, Beschäftigungsprojekten und sozialen Betrieben zum Übergang in den ersten Arbeitsmarkt dar. Aber auch zur Schaffung eigenfinanzierter Arbeitsplätze und nicht zuletzt für Maßnahmen zur sozialen Stabilisierung über befristete Arbeit. Alle diese Bemühungen haben angesichts von Massenarbeitslosigkeit zunächst keine realistische Chance, dauerhafte Integration oder gar eine Problementlastung zu schaffen. Dennoch sind sie wichtig. Der zweite Arbeitsmarkt ist eine Reaktion auf soziale Verhältnisse, die als untragbar angesehen werden. Er ist keine Institution, die sich bundeseinheitlich standardisieren ließe, sondern eine flexible Reaktion sozialer Arbeit auf Notlagen. Der zweite Arbeitsmarkt

unterscheidet sich vom ersten Arbeitsmarkt vor allem dadurch, dass es keine Profitmaximierung in den Händen Einzelner gibt und keine private Gewinninteressen bestehen. Das betriebswirtschaftliche Kalkül von Effektivität und Effizienz bekommt auf dem zweiten Arbeitsmarkt eine völlig neue Bedeutung: Hier geht es nicht mehr nur darum, nach betriebswirtschaftlicher Logik erfolgreich zu sein, sondern hier paaren sich Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft zu gemeinsamen Erfolgen: Auf der Mikroebene muss die Kasse stimmen und auf der Makroebene die Integration.

Dabei helfen uns die gesetzlichen Regelungen weiter. Der § 16 Abs. 1 SGB II öffnet alle Türen für erfolgreiche Arbeits- und Beschäftigungsprojekte der Suchthilfe. Dort heißt es:

„Als Leistungen zur Eingliederung in Arbeit kann die Agentur für Arbeit alle im Dritten Kapitel, im Ersten bis Dritten und Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels, im Fünften Kapitel, im Ersten, Fünften und Siebten Abschnitt des Sechsten Kapitels und die in den §§ 417, 421g, 421i, 421k und 421m des Dritten Buches geregelten Leistungen erbringen.“

Diese Formulierung ist so schwer zu verstehen, dass sie ein Grund dafür sein kann, dass es bei der Arbeitsförderung bisher oft hakt. Dabei ist die Interpretation nicht schwer: Außer den im § 16 Abs 1 aufgezählten Leistungen haben für die Arbeitsförderung bei suchtkranken Personen folgenden Leistungen besondere Bedeutung

- Berufsorientierung, -vorbereitung, -findung (§ 61 SGB III)
- Arbeitsgewöhnung, Arbeitstraining (§ 48 SGB III)
- Ausbildung, ausbildungsbegleitende Hilfen (§ 59ff. SGB III)
- Weiterbildung und Umschulung (§ 77ff SGB III)
- Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (§ 260ff und §416 neue Bundesländer)
- Nebenverdienst zum Arbeitslosengeld (§ 141)
- Einstellungszuschuss (§ 229 SGB II).

Ziel ist, Suchtkranke zu motivieren, sich regelmäßigen Anforderungen zu stellen. Durch die Bewältigung dieser Anforderungen entstehen Erfolgserlebnisse. Dies gilt im „niedrigschwelligen Bereich“, d.h. bei den Arbeitsprojekten z.B. in Form von Tagesjobs für Suchtkranke genauso wie nach erfolgter Behandlung, aber auch im Beratungsprozess oder nach Therapieabbruch.

Gut, ich weiß auch, dass sozialrechtliche Regelungen nur soweit greifen, wie die Verantwortlichen bei den Leistungsträgern sie verstanden haben und nicht die organisierte Ablehnung von Leistungsanträgen zur Geschäftspolitik des jeweiligen Hauses gehört. Da gibt es gravierende Unterschiede zwischen den Job-Centern in Deutschland ebenso wie zwischen Sozialhilfeträgern, Gesetzlichen Krankenversicherungen und Rentenversicherungsträgern.

Dem gegenüber steht die Zahl der in der Deutschen Suchthilfestatistik erfassten Arbeitslosen und der sonstigen Erwerbslosen. Sie umfasst 43.464 Personen, hinzu kommen wahrscheinlich noch einmal ebenso viele Substituierte. Wenn das Suchthilfesystem für all diese Menschen Arbeitsprojekte anbieten würde, damit diese Personen (wieder) lernen können zu arbeiten und sich zu integrieren, dann brauchen wir ungefähr 4 - 5.000 Projekte, wenn pro Projekt 20 Arbeitslose beschäftigt würden. Derzeit gibt es ca. 100 Projekte.

Auch für Suchtkranke, die höchstens den Hauptschulabschluss erreicht haben, muss etwas getan werden. Hier werden in der Deutschen Suchthilfestatistik 63.622 Personen erfasst. Bei einer Gruppengröße von 20 Personen würden man 31.811 Bildungsangebote benötigen, in denen diese Menschen einen Schulabschluss nachholen könnten. Es existieren zurzeit zwischen 15 – 20 solcher Qualifizierungsprojekte und eine Reihe von einrichtungsbezogenen Kursen.

Die mangelnde Integration Suchtkranker in den Arbeitsmarkt ist somit auch darauf zurückzuführen, dass es einfach nicht genügend Projekte gibt, die die notwendige Förderung und Unterstützung bieten. Wir haben in den „Standards für Arbeits- und Beschäftigungsprojekte der Suchthilfe“, die der (fdr) 2007 herausgegeben hat nicht umsonst die Stellungnahme des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes zur öffentlich geförderten Beschäftigung abgedruckt. Nicht nur, weil sie gut ist, sondern auch weil es kaum ein Thema gibt, um das sich Politik und Öffentlichkeit so herumdrücken, wie um dieses.

Und es lohnt sich!

Albert Kern hat bei der Tagung der Drogenbeauftragten im Jahr 2005 nachgewiesen, dass ein einzelnes Beschäftigungsprojekt mit einer Integrationsquote von 10% theoretisch einen volkswirtschaftlichen Gewinn von etwa 13.000 Euro im Jahr erwirtschaftet. Übertragen auf die Volkswirtschaft in Deutschland ergibt das bei den notwendigen 4.000 Projekten einen Gewinn von 52.000.000 Euro jährlich!

Dahin können wir kommen, wenn wir uns dabei erstens noch einmal die Aufgaben der Suchthilfe vor Augen führen:

- Orientierung an den Ressourcen der Betroffenen und Förderung ihrer Leistungsfähigkeit,
- Förderung der Fähigkeiten, aktiv am Hilfeprozess mitzuwirken,
- Orientierung auf Ziele, die das Verlangen nach Suchtmitteln überwinden,
- Bewältigung von Frustrationen, wenn geplante Ziele nicht erreicht werden können.

Zweitens müssen wir uns der erfahrungsgestützten Thesen zur Integration bedienen:

- Berufliche Integration als Qualitätsprodukt muss als Prozess definiert und beschrieben werden, der mit einer standardisierten Systematik das für den Einzelnen optimale und integrationsfördernde Umfeld schafft.
- Jeder Integrationsweg muss mit einer realistischen Zielvereinbarung versehen sein. Jede indizierte Hilfe für arbeitslose Menschen beginnt mit der Arbeitsaufnahme.

Hieraus ergeben sich hohe Anforderungen an die am Prozess beteiligten Integrationsfachkräfte:

- Fundierte, differenzierte Kenntnisse des regionalen Arbeitsmarktes
 - Beratungskompetenz
 - Kenntnis der regionalen Qualifizierungs- und Eingliederungsmaßnahmen
 - Nutzung und Beherrschung des Eingliederungsinstrumentariums, wie Daten-bank, Berichtswesen, Kenntnisse über Durchführungsbestimmungen SGB etc.
 - Entwicklung einer professionellen Dienstleistungshaltung; Handlungsänderung nicht Begriffsänderung
- Die pädagogische Stigmatisierung arbeitsloser Menschen ist abzulehnen.
 - Bei besonderen Zielgruppen, wie auch suchtmittelabhängigen Menschen, wird nicht der Prozess, die Systematik verändert, sondern in Teilen die Methodik.

Und drittens kann es nicht schaden

- "Hilfebedarfsgruppen" zu entwickeln mit Diagnostik, Problemlage- und Zielbeschreibung, die in den Leistungskatalogen des SGB II und III finanzierbar sind oder/und
- mit guten Argumenten und Daten Projekte zu akquirieren oder/und
- bei der Landesregierung Mittel für ESF-Förderung ab 2007 beantragen oder/und
- den Arbeitsagenturen „Sonderfallmanager" und fertige Eingliederungskonzepte anbieten oder/und
- durch gute Öffentlichkeitsarbeit Sponsoren und ehrenamtliche Unterstützung gewinnen

Und vergessen wir dabei nicht: „Würde bekommt ein Mensch dadurch, dass er seine Leistung beweisen kann.“



Jost Leune

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V., Odeonstr. 14, 30159 Hannover, Tel.: 0511/ 18 333, Fax: 18 326, eMail: mail@fdr-online.info, www.fdr-online.info

Literatur

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, (2006), -Hrsg.-, Perspektiven für suchtkranke Menschen.

Dokumentation der Fachtagung „Teilhabe am Arbeitsleben“ am 20. und 21. Oktober 2005, Berlin

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V., (2007), -Hrsg.-, Standards für Arbeits- und Beschäftigungsprojekte der Suchthilfe, fdr-texte # 7, Hannover

Fielenbach, B., Lange, H., (2006), Arbeitsgelegenheiten für ehemals Suchtkranke - Voraussetzungen für die Integration im regionalen Kontext, in: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, (2006), Seite 113
Kern, A., (2006), from best practices to best consequences - Schlussfolgerungen aus den Erfahrungen mit Beschäftigungsprojekten für Suchtkranke, in: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, (2006), Seite 124

Leune, J., (2006), Zur Bedeutung von Arbeit in der gesellschaftlichen (Re-)Integration suchtkranker Menschen, Vortrag beim Landschaftsverband Rheinland am 4.4.2006.

Suchthilfestatistik 2006 für Deutschland, Tabellenband für ambulante Einrichtungen, www.suchthilfestatistik.de

Wittchen, H., Apelt, S., Soyka, M. (2006), Substitutionstherapie in Deutschland: Erste Ergebnisse der COBRA Studie, www.cobra-studie.de/Vortraege.htm

Oktoberr			
Fr.	05.10.07		Dreck Sondenvorstellung geschlossene Vorstellung
Sa.	06.10.07	19.30 h	Dreck Zum letzten Mal



Das Theaterstück „Dreck“ ...

eine absurdistisch-tragische retro Utopie
Konzept und Regie: Andre Decker

Das theater narrenschiff nimmt sein kontrovers diskutiertes Stück
„Dreck“ wieder in den Spielplan auf.

Konkreter Anlass ist dafür die Nachfrage des Landesmodellprojekts
LÜSA.

Im Frühjahr hatte eine Gruppe von Klienten der LÜSA eine Vorstellung
von „Dreck“ besucht und die drastische und direkte Inszenierung regte
viele Diskussionen bei den Zuschauern der LÜSA an.

Erzählt wird in „Dreck“ die Geschichte des Junkies J., der, um zu überle-
ben, seinen Körper für Sex verkauft. Gleichgültig und selbstzerstörerisch
zieht er im Kampf um die tägliche Beute durch den Großstadtdschungel.
Er findet Unterschlupf bei der transsexuellen Polly, einer Nympho-
manin, die in einem heruntergekommen Apartment haust, dessen
Einrichtung ausschließlich aus Müll besteht. Der Stoff ist inspiriert und
angelehnt an die Kunst der „Kommerz-Underground“ Bewegung der
70er Jahre, deren Vater maßgeblich Andy Warhol war. Andre Deckers
Inszenierung erzählt von der Spaltung und dem Verfall einer Gesell-
schaft, die auf die Frage nach einem Sinn im Leben keine Antworten
mehr sucht.

Die Vorstellung am 5. Oktober ist eine geschlossene Veranstaltung.

¶

Drogen-Betreuungsstelle LÜSA feiert 10. Geburtstag

U N N A 10 Jahre Betreuung Schwerst-Drogenabhängiger und noch
kein Todesfall: diese Erfolgsbilanz zieht das Drogenprojekt LÜSA in Unna
zum 10jährigen Bestehen.

Das NRW-weit einzigartige Projekt LÜSA in Unna bietet derzeit für 35
drogenabhängige Menschen verschiedene stationäre und ambulante
Wohnhilfen. 300 Drogenabhängige haben in den vergangenen Jahren
bei LÜSA Hilfe erhalten und es sollen noch weit mehr werden, sagte uns
Projektleiterin Anabela Dias. Die Einrichtung hat gerade die Bewilli-
gung für einen Neubau für körperbehinderte Klienten bekommen. 5
Plätze für körperbehinderte Menschen werden somit Ende des Jahres
dazukommen. Geplant ist außerdem ein Altersheim für Drogenabhän-
gige. Der Ansatz der Unnaer Einrichtung: die Betreuer akzeptieren, daß
die Klienten drogenabhängig sind. Ziel ist es nicht, sie zu entwöhnen,
sondern ihnen ein möglichst

selbständiges und gesundes Leben zu ermöglichen. Unnas Bürgermei-
ster Werner Kolter sagte, er sei froh, daß sich der anfängliche Wider-
stand der Anwohner gegen LÜSA gelegt habe. [04.10.2007]

¶

August 2004 – August 2008

Aufgenommene Klienten:		i. R. v. §64 StGB:	14
47 und 16 Wiederaufnahmen	= 63 Personen	Keine Therapieversuche:	2
Männer:	44	Vermittlung durch:	
Frauen:	19	Rückkehrhilfe/Niederlande:	0
Nationalität:		Drogenberatungen:	17
Deutsche:	57	Kontaktläden:	8
Ausländer:	6	Eigeninitiative:	5
	63	Gesetzliche Betreuung:	3
Altersstruktur:		Andere Einrichtungen	
20-30:	66	(z.B. Methadonambulanzen etc.):	12
31-40:	23	Aidshilfen:	3
41-50:	28	Klinik/Entgiftungen:	6
50-60:	6	Justizvollzugskrankenhäuser:	1
	63	Sozialdienst der Justizvollzugsanstalten:	4
		Gesundheitsämter/Sozialpsychiatrische Dienste:	4
Herkunftsumgebung / Herkunftsmilieu:		Verweildauer im Projekt LÜSA:	
Niedriglohnfamilie:	32	Weniger als 1 Monat:	2
Mittelstandsfamilie:	21	Mehr als 3 Monate:	1
Wohlstandsfamilie:	10	Mehr als 6 Monate:	8
		Mehr als 1 Jahr:	13
„Normalfamilie/Pubertätsprobleme“:	16	Mehr als 1,5 Jahre:	20 (+2)
„Problemfamilie“ (Soz. Problemlagen, Sucht, Verlust von		Mehr als 2 Jahre:	12
Beziehungspersonen):	47	Mehr als 4 Jahre:	7 (-2)
Menschen mit bekannten traumatisierenden		Institutionelle Vorerfahrungen:	
biographischen Erlebnissen:	13 (20)	Heimaufenthalte:	32
		Therapien:	50
Großstadt:	32	Entgiftungen:	60
Kleinstadt:	31	Psychiatrien:	29
Schul- und Berufsausbildung:		PsychKG:	16
Hauptschule abgebrochen: 24		Haft:	42
Hauptschule abgeschlossen: 26		Aufnahmemotivation:	
Realschule:	10	Keine konkrete Vorstellung:	19
Abitur/Fachabitur:	2	Soziale oder gesundheitliche Stabilisierung, Ruhe:	31
Weitergehende Schulen abgeschlossen:	0	Wohnung/Arbeit:	13
Keine Ausbildung/Jobs:	21	Dauer der Drogenkarriere:	
Ausbildung abgebrochen:	4	8 - 10 Jahre:	6
Ausbildung abgeschlossen:	18	11 - 15 Jahre:	17
Selbstständigkeit:	3	16 - 20 Jahre:	10
Therapieversuche vor Aufnahme:		Mehr als 20 Jahre:	26
min. 1 Therapie abgebrochen:	41	Mehr als 30 Jahre:	4
min. 1 Therapie abgeschlossen:	13		
Davon		Selbstbestimmte Cleanphasen während der Drogenkar-	
i. R. v. §35 BtmG:	26		

riere:
 Länger als 1 Jahr: 29
 Länger als 5 Jahre: 4

Dauer einer Obdachlosigkeit:
 Weniger als 1 Jahr (aufgrund kurzfristiger Bedrohung/
 Flucht): 14
 1 - 3 Jahre: 15
 3 - 5 Jahre: 12
 Mehr als 5 Jahre: 8
 Keine Obdachlosigkeit: 14

Haftaufenthalte:
 Weniger als 3 Jahre: 22
 Mehr als 3 Jahre: 19
 Mehr als 5 Jahre: 15

Die Haftaufenthalte ergeben sich in der Mehrheit aus Verurteilungen wegen Beschaffungsdelikten und sind in der Regel kürzer, dafür häufiger, längere zusammenhängende Haftaufenthalte über 3 Jahre selten.

Substitutionsbehandlung:
 1 - 3 Jahre: 17
 3 - 5 Jahre: 14
 5 - 7 Jahre: 15
 7 - 10 Jahre: 15

mit:
 L-Polamidon:
 Methadon: 53 (P – 25 M – 28)
 Methadict: 2
 Stabil Subutex: 6
 Keine Substitution: 2

Gesundheitssituation:
 körperliche (Grund)-Erkrankungen:
 Politoxikomanie: 63
 HIV/AIDS: 7 (+2)
 Hepatitiden:
 HCV (Hep C): 59
 HBV (Hep B): 29
 davon
 Leberzirrhose: 8
 Epilepsie: 5
 Sonstige Krampfneigung: 14
 Asthma: 10
 Lungenerkrankung: 5
 Diabetes: 5

Herzerkrankungen: 7
 davon:
 nach Herzinfarkt: 4
 Kupereinlagerung: 2
 Osteoporose: 3
 Rheuma: 6
 Krebs und andere tumoröse Erkrankungen: 5
 Körperbehinderungen/Amputationen: 7

Interferonbehandlungen während des Aufenthaltes bei LÜSA: 5
 Chemotherapie während des Aufenthaltes bei LÜSA: 3

Erkrankungen die einen Pflegedienst erfordern (z.B. künstliche Ausgänge, Bypass oder „offene Beine“ wie Raucherbeine etc.): 5

psychiatrische/psychische (Grund)-Erkrankungen:
 Hirnorganisches Psychosyndrom: 6
 Schädelhirntrauma: 2
 ADS/ADHS: 8
 (Paranoide) Schizophrenie: 5
 Psychose/Drogenindizierte Psychose: 14
 Depressionen: 29
 Borderline-Syndrom: 6
 Angststörung (posttraumatisch): 19
 Beginnendes Korsakowsyndrom: 4

Entgiftungen im Krankenhaus vor Aufnahme:
 > 20: 38
 < 20: 25

Im Bereich der Gesundheitsfürsorge erscheint uns unbedingt Verbesserungsbedarf. Im Mittelpunkt stand faktisch die kostengünstigste Minimalversorgung unseres Klientels. ???

Kontakte (Angehörige & Freunde)
 Stabiler & tragfähiger Kontakt: 6
 langjährige tragfähige Freundschaften: 8
 Sporadischer/telefonischer Kontakt: 37
 (davon verstörender Kontakt): 16
 Keine Kontakte: 20
 Kontakt zu eigenen Kindern: 7

Besonderheiten & Vorfälle
 Sterbefälle: 4
 Unterbringungen nach PsychKG: 7
 Unterbringungen nach dem Betreuungsgesetz: 5

Psychiatrie-Einweisungen als Krisenintervention und mit Zustimmung des Klienten:	14
lange Krankenhausaufenthalte nach schwerer OP o.ä. (> 1 Monat):	9
Rehamaßnahmen / Kuren:	4
Überdosierungen:	6
Bedrohungssituationen gegen MitarbeiterInnen:	5
Bedrohungssituationen gegen MitbewohnerInnen:	9
Krankenwageneinsätze mit Notarzt:	25
Krankenwageneinsätze wg. Krampfanfall:	5
Abbrüche:	2
Disziplinarische Entlassungen:	19
Gewalt gegen Mitarbeiter:	3!
Disziplinarische Entlassungen mit „Never-come-back“:	2 (3)!

Entlassungen:	
Auszüge in eigene Wohnung:	14
davon mit dem Hilfeangebot „Ambulant Betreutes Wohnen“ -BEWO:	6

Verstorbene Klienten während des Aufenthaltes:	4
davon	
Sterbebegleitung nach schwerer Erkrankung:	2
unerwartete Todesfälle:	2

Disziplinarische Entlassungen mit „Never-come-back“:	2 (3)?
Disziplinarische Entlassungen:	19 (18)
Abbrüche:	2
Inhaftierungen während des Aufenthaltes:	3

Vermittlungen:	
Vermittlung in andere Einrichtungen:	16

davon	
Langzeittherapie:	4
Andere Einrichtungen nach §§53, 54 SGB XII:	5
Psychiatrische Wohngruppen etc.:	5
Psychiatrie (§§63,64 StGB):	2

Verbleib bei LÜSA: 4
Der Verbleib bei LÜSA führt perspektivisch zu Versorgungs-
engpässen.
Fehlende Perspektive für einen Teil des Klientels.

Notbett: Aufnahmen:	8 (1 Tag - 4 Wochen)
---------------------	----------------------

¶



BESCH.

- fühle mich beschissen
hin und her gerissen
- muß man Alles wissen oder kann man
sich verpissen vor gewissem Wissen
u. vor den beschissenen Gewissens –
Bissen ?

- trags doch laut und breit
die geheime Neuigkeit
und noch lauter und ganz schrill
weil jeder etwas Neues, Verbotenes
wissen und hören will

Petra Wormland
LÜSA-Bewohnerin seit 2002

Veränderungen

Besondere Hilfebedarfe

Bedarf für ein Dauerwohnangebot im Rahmen von "Betreutem Wohnen"

Die von LÜSA aufgenommene Zielgruppe beinhaltet von Beginn an Teilzielgruppen, die aufgrund ihrer psychischen oder/und körperlichen Störung dauerhaft behindert sind und auch langfristig nicht mehr in der Lage sein werden selbständig zu wohnen / leben. Unter den wieder von Ausgrenzung geprägten gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen wächst diese Gruppe.

Sie haben es noch schwerer als die anderen LÜSA-NutzerInnen, einen Weg in "selbständiges Leben" zu beschreiten, sie benötigen weiterhin umfassende Betreuung/Begleitung, die jedoch anders gelagert sein muss (flexiblere Tagesstruktur, stärkere Einzel- als Gruppenarbeit).

Auf die Gesamtlaufzeit bezogen, gehörten 23% der aufgenommenen Personen zur Teilzielgruppe der dauerhaft behinderten Menschen, die auch langfristig umfassende Betreuung / Begleitung benötigen. Diese Gruppe wächst, auch weil sowohl bei den BewerberInnen wie bei den LÜSA-BewohnerInnen der Verlauf der chronifizierten und irreversiblen psychischen und physischen Erkrankung progredient ist.

Hier ein kurzer Überblick über die gesamte Teilzielgruppe:

- 30,43% Frauen,
- 69,57% Männer,
- 69,57% über 45 Jahre alt,
- 30,43% über 35 - 45 Jahre alt,
- 52,17% über 25jährige Drogenkarriere,
- 39,13% unter 25jährige Drogenkarriere,
- 8,7% über 20- bis 25-jährige Drogenkarriere,
- 30,43% psychische Störung / Erkrankung im Vordergrund,
- 69,57% physische Störung / Erkrankung im Vordergrund,
- 34,8% anerkannte Schwerbehinderte,
- 8,7% an HIV/HEP C-Folgen verstorben
- 17,4% disziplinarische Entlassung oder Abbruch,
- 26,1% in andere Hilfeeinrichtungen vermittelt,
- 8,7% in selbständiges Wohnen (z.T. mit dem Angebot "Ambulant Betreutes Wohnen")

Zur Konkretisierung im Folgenden Einzelfallbeschreibungen, die die Komplexität der Problemlagen dieser o.g. KlientInnen-Gruppe illustrieren:

Fallbeispiel 1)

Frau O., 46 J. seit 29 J. polytoxikomane Abhängigkeit vom Opiattyp, mehrere Therapieversuche, über 25 Entgiftungen, seit 17 J. Alkoholabhängigkeit, seit 10 J. in Substitutionsbehandlung. Seit 2 J. bei LÜSA, aufgenommen aus selbständigem Wohnen, welches von ihr nicht mehr aufrecht erhalten werden konnte.

Derzeitige medizinische Situation:

Leberzirrhose – Endstadium, Neuropathie, Weichteilrheuma, sehr niedriger Blutgerinnungsfaktor, geschwächter Allgemeinzustand, Untergewicht, Depressionen, beginnendes Korsakov-Syndrom.

Bei Frau O. kann von einer dauerhaften Behinderung ausgegangen werden (Schwerbehinderung), die sie nicht mehr überwinden kann.

Frau O. wird aufgrund ihrer körperlichen wie seelischen Verfassung nicht in selbständiges Wohnen entlassen werden können. Auch "Ambulant Betreutes Wohnen" bietet auf dem Hintergrund der nur stundenweisen Präsenz keine "ausreichend dichte Betreuungsstruktur". Jedoch könnte die i. Laufe des stationären Aufenthaltes erreichte Stabilisierung auf einem geringeren Betreuungslevel erhalten werden. Frau O. benötigt in Teilen nicht (mehr) den intensiven Betreuungsrahmen z.B. bezüglich der Tagesstruktur (LT 24) darüber hinaus werden ihre Kräfte von dem bei LÜSA verpflichtenden Selbstversorgungsansatz häufiger bis an die für sie zumutbare Grenze gefordert.

Der fachliche Versuch einer Entlastung in dieser Problematik durch das Hilfeangebot "stationäres Einzelwohnen" musste beendet werden, da bei Frau O. mittlerweile Desorientierungszustände (Folge des beginnenden Korsakows) und eine Verschlechterung ihrer Gelenk- /Gehprobleme aufgetreten sind.

Sie ist mittlerweile wieder im Haupthaus, da hier - auch nachts - eine engmaschigere Betreuung/ Kontrolle/Fürsorge möglich ist. Derzeit ist ihre Gesamtverfassung stabil schlecht, es ist schwierig den weiteren Krankheitsverlauf sowie ihre Lebenserwartung einzuschätzen.

Mit dem Hospiz in Schwerte ist bereits eine Vermittlung für ihre letzte Lebensphase verbindlich vereinbart.

Fallbeispiel 2)

Herr L., 46 J., seit 35 J. polytoxikomane Abhängigkeit vom Opiattyp, seit 17 J. Medikamentenabhängigkeit, etliche Therapieversuche, mehrere Psychiatrieaufenthalte, ca. 30 Entgiftungen/Beigebrauchsentgiftungen, seit 10 J. in Substitutionsbehandlung, seit 5 J. bei LÜSA.

Derzeitige medizinische Situation:

er den Belastungsanforderungen des Beschäftigungsangebotes häufiger nicht gewachsen, da seine Konzentrationsfähigkeit nur für kurze Zeiträume erhalten bleibt. Das Beschäftigungsangebot hat für ihn sicher eher einen Beschäftigungstherapiecharakter.

Im Laufe des 5jährigen LÜSA-Aufenthaltes hat sich seine Gesamtsituation medizinisch, sozial, juristisch, insbesondere in dem Hilfeangebot "stationäres Einzelwohnen" (seit 2002) unter ergotherapeutischer Behandlung stabilisiert.

Herr L. ist auch langfristig entschieden zu krank und psychisch gestört, um selbständig wohnen zu können. Auch "Ambulant Betreutes Wohnen" stellt kein hinreichendes Hilfeangebot dar (abends, nachts, an Wochenenden etc.). Dabei stellen die körperlichen Erkrankungen nicht das Hauptbetreuungsproblem dar, sondern die geistige und psychische Behinderung.

Seine Entwicklungsressourcen sind, auf dem Hintergrund seines Krankheitsverlaufes, nahezu erschöpft. Den derzeitigen Stand ohne grosse Krisenverläufe zu halten, sehen wir wie Herr L. als fachlich realistische Zielsetzung. Dies ist u. E. unter bestimmten konzeptionellen Bedingungen jedoch auch mit einem deutlich geringeren Betreuungsstandard zu gewährleisten.

Fallbeispiel 3)

Herr G. „Medikamenten-, und 4 J. Alkoholmißbrauch, seit 6 J. in Substitutionsbehandlung, mehrere Entgiftungen, kein Therapieversuch, mehrere JVA-, und Psychiatrieaufenthalte (auch i. R. von § 64), mehrere lange Cleanphasen (12 J., 4 J., 2 J.), extrem überschuldet, ein erfolgreicher LÜSA-Aufenthalt und Entlassung in selbständiges Wohnen, seit 9 Monaten wieder bei LÜSA.

Derzeitige medizinische Situation:

Chronische Hepatitis C., kompensierte Leber in der letzten Phase vor Leberzirrhose, Knochen/Gelenkprobleme, Weichteilrheuma. Voll erwerbsgemindert, Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderter ist gestellt.

Herr G. konnte im ersten Aufenthalt bei LÜSA viele seiner Kompetenzen wieder nutzen lernen, bis hin zu einer Arbeitsaufnahme.

Trotz vielfältiger Startkrisen in selbständiges Leben hat sich Herr G. relativ stabil gehalten. Eine massive Verschlechterung seiner gesundheitlichen Verfassung, der damit zusammenhängende Verlust von Teilhabemöglichkeiten an einem normalen Leben, hat zur Gesamtdestabilisierung, erneutem Rückfall, Verschuldung und Wiederaufnahmeersuchen geführt.

Herr G. arbeitet motiviert an seiner Stabilisierung, dennoch ist derzeit nicht definitiv zu beantworten ob es gelingt, eine nachhaltige Stabilisierung seiner Lebererkrankung zu erreichen. Dekompensiert die Leber, wird auch Herr G. keine tagesstrukturierende Hilfen i.S. von Vorbereitung auf selbständiges Leben benötigen, dann begründet die Schwere der Erkrankung und die ungewisse Lebenserwartung die dauerhafte Behinderung und in Folge den Bedarf an umfassender Betreuung.

Fallbeispiel 8)

Herr E., 32 J., seit 16 J. polytoxikomane Abhängigkeit v. Opiattyp, seit 10 J. Medikamentenabhängigkeit, seit 7 J. Alkoholabhängigkeit.

Herr E. hat seit Kindheit psychotische Episoden und mehrere Psychiatrieaufenthalte, vehemente Verschlechterung unter Drogenkonsum. Die psychische Erkrankung steht bei Herrn E. im Vordergrund.

Mehrere Entgiftungen, kein Therapieversuch, 8 J. Obdachlosigkeit, seit 6 J. in Substitutionsbehandlung, seit 3 J. bei LÜSA.

Derzeitige medizinische Situation:

Chronische Hepatitis C, stark übergewichtig, Gelenkprobleme, Schuppenflechte, Bluthochdruck, chron. Magengeschwüre. Essstörung, Depressionen, paranoide Psychose mit regelmäßigen Schüben (Wahnbilder, Wahn-Stimmen, Verfolgungswahn), begleitet von hoher Suizidalität.

Aufgrund der hohen Dosierung der Psychosemedikation starke Sedierung auch in den Ruhephasen.

Vor der Aufnahme bei LÜSA mehrjähriger stationärer Psychiatrieaufenthalt.

Herr E. hat eine hohe Krankheitseinsicht, er fordert Hilfe ein insbesondere in präpsychotischen Schüben, die er auch selbst frühzeitig wahrnimmt. Er geht sehr diszipliniert mit der psychiatrisch verordneten Medikation um. Herr E. ist dauerhaft behindert und bedarf der dauerhaften Betreuung / Begleitung.

Seine psychische Erkrankung bedingt Verhaltensweisen, die ein selbständiges Wohnen – für sich und andere nicht ermöglicht (massive Angstschübe, ohne dauerhafte Kontrolle grosse körperliche und räumliche Hygieneprobleme, Nichteinhaltung von Wohnregeln bis hin zu gänzlicher Verwahrlosung, etc.).

Diese Grundlagenprobleme bedingten auch große gruppendynamische Schwierigkeiten im Haupthaus LÜSA.

Die tendenzielle Unruhe in dem großen Haupthaus LÜSA hat Herrn E. sehr belastet. Der Umzug in die Aussenwohngruppe brachte für beide Problemlagen eine große Entlastung und eine Zunahme an Stabilität.



Eine Betreuung im Rahmen des Hilfeangebotes "Ambulant Betreutes Wohnen" ist für Herrn E. auch in Zukunft nicht ausreichend. Dies belegt der hohe Betreuungsaufwand selbst unter stationären Bedingungen. Bei diesem speziellen Hintergrund haben wir für Herrn E. eine Vermittlung in eine neue Dauerwohneinrichtung im Kreis Unna aufgenommen. In diesem Einzelfall (psychische Störung sehr dominierend vor der Drogenproblematik, relativ jung und aus dem Kreis Unna stammend) wird die Vermittlung wahrscheinlich gelingen.



Medizinalisierung

Originalstoffbehandlung, Ersatzstoffbehandlung, Psycho-Soziale Betreuung (PSB)

Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine „multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie“, auch kurz genannt: Originalstoffvergabe, „Heroingestützte Behandlung“, Heroinmodell

Die in 2002 verantwortlich zeichnende Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers Merck, leitete vor nunmehr über 6 Jahren den Beginn des „Heroinmodells“ u. a. mit folgender Begründung ein: „Trotz unseres insgesamt effektiven Drogenhilfesystems gibt es eine große Zahl offensichtlich kaum erfolgreich behandelbarer Menschen, die von ‚harten‘ Drogen‘ - hauptsächlich Heroin - abhängig sind und seit langem alle sozialen, beruflichen und seelischen Perspektiven verloren haben. Um diesen Menschen zu helfen, wurde bereits in der Koalitionsvereinbarung als Baustein einer humanen Drogenpolitik die Durchführung des Modellversuchs einer heroingestützten Behandlung festgelegt und gemeinsam mit den Städten und Ländern auf den Weg gebracht.

Wir wollen hiermit prüfen, ob sich die vorgesehene Erweiterung der Behandlungsoptionen - und ich betone „Erweiterung“, da keine der bestehenden Hilfen ersetzt werden soll - bewährt und dazu führt, dass opiatabhängige Menschen vom Hilfesystem erreicht und gesundheitlich und sozial besser stabilisiert werden können, als bisher. Hinweise aus dem benachbarten Ausland lassen dies vermuten.“ (Quelle <http://www.dbsh.de/redsystop/userpages/gesund16.html>)

Dem vorgegangen war ein 10jähriger Vorlauf – s. Chronologie. Trotz dieser Umsicht, den durchweg positiven Zwischen-, und Abschlußberichteergebnissen ist es aus ideologischen Gründen bisher nicht möglich gewesen, diese Behandlungsform für schwerstabhängige Menschen sicher und flächendeckend umzusetzen. Wie vor 25 Jahren in der Methadondiskussion werden ideologische Aspekte vor Menschenleben und Lebensqualität für die Betroffenen und ihnen nahe stehenden Menschen gesetzt. Für uns als PraktikerInnen heute wie damals nicht vertretbar: eine inhumane skandalöse Politik, die darüber hinaus verkant, dass auch drogenabhängige Menschen Wähler sind !

¶

(mehr dazu unter: <http://www.heroinstudie.de/projekte.html>)



Chronologie Modellprojekt

Der bundesdeutsche Modellversuch zur heroingestützten Behandlung blickt auf eine rund zehnjährige Vorgeschichte zurück:

März 2006: Der erste Forschungsbericht des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) mit detaillierten Ergebnissen zur heroingestützten Behandlung steht jetzt öffentlich zur Verfügung.

September 2005: Die Auswertung der 1. Studienphase des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung wurde im August 2005 abgeschlossen. Die Ergebnisse verweisen bei der speziellen Zielgruppe von Opiatabhängigen, auf die das Projekt zielte, bezüglich der gesundheitlichen Verbesserung und des Rückgangs des illegalen Drogenkonsums auf höhere Effekte der heroingestützten Behandlung.

Bis Mitte 2005 erfolgt die wissenschaftliche Auswertung der ersten Studienphase. Die Ergebnisse sind Grundlage für den geplanten Antrag auf Zulassung von intravenös verabreichten Heroin zur Behandlung von Opiatabhängigen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die Einreichung des Zulassungsantrages wird für den Herbst 2005 vorbereitet.

Dezember 2004: Ende der ersten Studienphase. Alle übrigen Patienten befinden sich in der zweiten Phase oder bereits in der Follow-up-Phase der Studie.

Dezember 2003: Die Rekrutierungsphase für Patienten ist in allen teilnehmenden Städten beendet.

Februar 2003: In Frankfurt beginnt die Behandlungsphase.

August 2002: In Hannover, Köln und Hamburg beginnt die Behandlungsphase.

Juli 2002: In München beginnt die Behandlungsphase.

Mai 2002: In Karlsruhe beginnt die Behandlungsphase.

März 2002: In Bonn beginnt die Behandlungsphase.

Am 4. März 2002 begann in der Bonner Heroinambulanz die Behandlung der ersten Patienten.

27. Februar 2002: Die erste Heroinambulanz wird in Bonn eingeweiht.

Februar 2002: Interessenten, die an der Studie teilnehmen möchten, werden ab jetzt in Bonn einer Eingangsuntersuchung beim Prüfarzt unterzogen, wenn ein erstes Screening positiv ausgefallen ist. Er überprüft genau, ob die Patientin oder der Patient alle Zugangsbedingungen erfüllt und entscheidet auf dieser Grundlage über die Teilnahme an der Modellstudie.

Dezember 2001: Mit der Unterschrift der Stadt Hannover ist der Kreis der Unterzeichner des Kooperationsvertrags komplett. In Bonn und Karlsruhe beginnt zur Vorbereitung der Anmeldephase ein erstes Screening potenzieller Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

November 2001: Die Stadt Frankfurt unterschreibt den Kooperationsvertrag.

August 2001: Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat das Studiendesign geprüft und ihm zugestimmt. Der Kooperationsvertrag zwischen dem Bund und der Mehrheit der beteiligten Ländern und Städten wird unterzeichnet.

Juni 2001: Die Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer stimmt

dem Studienprotokoll zur heroingestützten Behandlung zu.

September 2000: Nach einer entsprechenden Empfehlung eines internationalen Gutachtergremiums erteilt die Trägergemeinschaft Prof. Dr. Michael Krausz (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg) den Auftrag, die Heroinstudie vorzubereiten und die Studienprotokolle auszuarbeiten, die von den regionalen Ethikkommissionen und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Berlin) zu genehmigen sind.

Oktober 1999: Die Trägergemeinschaft beschließt im Rahmen einer klinische Arzneimittelprüfung auf der Grundlage des § 3 (2) BtMG einen Modellversuch zur heroingestützten Behandlung durchzuführen. Eine entsprechende Ausschreibung, die sich an wissenschaftliche Institute richtet, wird veröffentlicht.

1999: Gründung der Trägergemeinschaft aus Bund, Ländern und Städten zur Vorbereitung und Durchführung eines Modellversuchs zur heroingestützten Behandlung. Die Trägergemeinschaft besteht aus dem Bundesgesundheitsministerium, den Städten Essen, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München sowie den Bundesländern Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen. Die Stadt Essen steigt später aus der Trägergemeinschaft aus, dafür kommt Bonn hinzu.

Oktober 1998: Im Koalitionsvertrag der rot-grünen Bundesregierung wird ein Modellversuch zur ärztlich kontrollierten Originalstoffvergabe mit wissenschaftlicher Begleitung vereinbart.

März 1993: Die Stadt Frankfurt stellt beim Bundesgesundheitsamt (BGA) den Antrag auf „Erteilung einer betäubungsmittelrechtlichen Erlaubnis gemäß § 3 BtMG zur wissenschaftlichen Erforschung der kontrollierten Verabreichung von Diamorphin (Heroin)“. Dieser Antrag wird vom BGA abgelehnt.

Juni 1993 und November 1994: Beschlüsse des Bundesrates, das BtMG so zu ändern, dass Bundesländer Modellversuche zur heroingestützten Behandlung durchführen können.

1993-1998: Keine parlamentarische Mehrheit im Bundestag für die Gesetzesinitiative des Bundesrates.

März 1992: Antrag der Freien und Hansestadt im Bundesrat zur Änderung des Betäubungsmittelrechts, mit der Modellversuche zur Erprobung der kontrollierten Heroinverschreibung ermöglicht werden sollen.

¶

Häufig gestellte Fragen

- 1. Worum geht es in dem Modellversuch?**
- 2. Welche primäre Zielsetzung wird mit der Studie verfolgt?**
- 3. Wer kann an dem Modellversuch teilnehmen?**
- 4. Warum bekommen nicht alle in die Studie eingeschlossenen Patienten Heroin?**
- 5. Wie sieht die psychosoziale Begleitung der Patienten aus?**
- 6. Welche Städte sind in welchem Umfang beteiligt?**
- 7. Wie läuft die Medikamentenvergabe praktisch ab?**
- 8. Ist im Umfeld der Vergabestellen mit Beeinträchtigungen zu rechnen?**
- 9. Wie sieht der derzeitige Zeitplan aus?**
- 10. Wo bekomme ich weitergehende Informationen?**

1. Worum geht es in dem Modellversuch?

Das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger wird von einer gemeinsamen Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie der Städte Bonn, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München getragen und durch die Bundesärztekammer begleitet. Mit der wissenschaftlichen Planung und Durchführung der Studie ist Prof. Dr. Christian Haasen vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) beauftragt. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie erhalten Drogenabhängige, die vom Drogenhilfesystem nicht erreicht werden bzw. bei denen in der Vergangenheit keine Drogentherapien erfolgreich waren oder bei denen die Methadonsubstitution nicht befriedigend verläuft, versuchsweise injizierbares Heroin als Medikament; eine Kontrollgruppe bekommt parallel die Ersatzdroge Methadon. Beide Gruppen werden regelmäßig medizinisch betreut und erhalten eine psychosoziale Begleittherapie. In die Untersuchung werden 1.120 Opiatabhängige aus sieben deutschen Städten einbezogen. Die Studie erfolgt als Klinische Arzneimittelprüfung, die nach den Leitlinien „Guter Klinischer Praxis“ (Good Clinical Practice) durchgeführt wird. Sie ist die Voraussetzung für eine mögliche Zulassung von injizierbarem Heroin als Arzneimittel in Deutschland.

2. Welche primäre Zielsetzung wird mit der Studie verfolgt?

Die Zielsetzung der Studie ist es zu prüfen, ob mit der medizinischen Vergabe von pharmakologisch reinem Heroin in einem strukturierten und kontrollierten Behandlungssetting für bestimmte Gruppen von Heroinabhängigen die Ziele eher erreicht werden, die sonst mit Standardbehandlungen der Suchttherapie verknüpft sind – Schadensminimierung, Integration ins Hilfesystem, Reduktion des illegalen Konsums und der entsprechenden Begleitprobleme, gesundheitliche, psychische und soziale Verbesserung und Stabilisierung, Kontrolle und Überwindung der Abhängigkeit. Konkret soll festgestellt werden, inwieweit die heroingestützte Behandlung im Vergleich zur Methadon-Substitution zu größeren Effekten hinsichtlich] der Verbesserung des gesundheitlichen Zustands, der

Reduktion illegalen Drogenkonsums, dem Rückgang der Delinquenz, der Erhöhung der Erreichbarkeit und Haltekraft für die Therapie, der Loslösung aus dem Drogenkontext, der sozialen Stabilisierung im Sinne der Aufnahme neuer drogenfreier Kontakte, vermehrter Arbeitsfähigkeit, finanzieller Sicherung, Stabilisierung der Wohnsituation und der Aufnahme weiterführender Therapien bei bisher nicht wirksam erreichten oder nicht erfolgreich behandelten Heroinabhängigen führt, und welches Behandlungssetting sich als optimal hinsichtlich dieser Ziele herausstellt.

Darüber hinaus geht es um die Untersuchung weiterer versorgungsrelevanter Hypothesen:

Die Wirkungen der Heroinbehandlung werden in unterschiedlichen psychosozialen Settings (Case Management mit integrierter Motivierender Gesprächsführung vs. Drogenberatung mit Psychoedukation) in ähnlichem Ausmaß erreicht. Je nach definierter Zielgruppe der Heroinbehandlung sowie der Phase und Intensität der Abhängigkeitskarriere können innerhalb der Behandlungsgruppen Unterschiede hinsichtlich der Adäquatheit des psychosozialen Verfahrens bestehen.

Die heroingestützte Behandlung ist in einem der Behandlung mit oralem Methadon vergleichbaren Maße durchführbar und in das bestehende Versorgungssystem unter Akzeptanz von Öffentlichkeit, Umfeld und Betroffenen integrierbar.

Die Heroinbehandlung ist kosteneffektiv (Vermeidung sozialer Kosten durch gesundheitliche Stabilisierung, Vermeidung gesellschaftlicher Kosten durch Rückgang von Kriminalität; Nutzen durch Rehabilitation).

3. Wer kann an dem Modellversuch teilnehmen?

In die Untersuchung werden zwei Gruppen behandlungsbedürftiger Heroinabhängiger einbezogen: solche, die von der Methadon-Substitution nicht hinreichend profitieren konnten und jene, die mit dem vorhandenen Therapieangebot nicht wirksam erreicht werden. Insgesamt können 1.120 opiatabhängige Patienten an der Studie teilnehmen. Sie werden je zur Hälfte der Experimental- (Heroin) und der Kontrollgruppe (Methadon) zugeordnet.

Die zentralen Zugangsbedingungen sind:

- Mindestalter von 23 Jahren
- Opiatabhängigkeit von mindestens 5 Jahren
- Aktuelle Hauptdiagnose der Opiatabhängigkeit nach den Kriterien von ICD-10
- Aktueller täglicher vorwiegend intravenöser Heroinkonsum oder fortgesetzter Heroinkonsum unter der Substitutionsbehandlung
- Körperliche Krankheitssymptome, die einen schlechten Gesundheitszustand anzeigen oder aktuelle psychische Symptome bzw. Beeinträchtigungen
- Keine Teilnahme an einer suchttherapeutischen Behandlung (v. a. Substitution, ambulante oder stationäre Therapie) mindestens innerhalb der letzten 6 Monate, aber dokumentierte Vorerfahrung mit Drogentherapien oder negativer Verlauf einer gemäß den Leitlinien der Bundesärztekammer durchgeführten Substitutionsbehandlung

Wohnsitz bzw. gemeldeter Aufenthalt seit mindestens 12 Monaten in der betreffenden Stadt (bzw. Stadtstaat) oder Region, die die Heroinbehandlung durchführt

4. Warum bekommen nicht alle in die Studie eingeschlossenen Patienten Heroin?

Die Trennung in Experimental- und Kontrollgruppe ist bei einer klinischen Arzneimittelprüfung (nach Phase III) – die für die mögliche Zulassung von Heroin als Medikament Voraussetzung ist – aufgrund der geltenden Forschungsstandards erforderlich: Wie bei den meisten klinischen Prüfungen üblich, wird auch in dem Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung die Wirkung der medikamentösen Therapie bei der Experimentalgruppe (Heroin) mit der Wirkung eines als Standardtherapie eingesetzten Medikaments bei der Kontrollgruppe (Methadon) verglichen, um festzustellen, ob das neue Medikament den vorhandenen gegenüber überlegen ist.

5. Wie sieht die psychosoziale Begleitung der Patienten aus?

Alle am Modellversuch beteiligten Patienten erhalten neben der medikamentösen Therapie mit Heroin bzw. Methadon eine psychosoziale Begleitbehandlung. Nach dem Zufallsprinzip werden sie dabei je zur Hälfte zwei verschiedenen Behandlungen zugeteilt:

- Drogenberatung in Verbindung mit Psychoedukation, einer gruppen-therapeutischen Interventionsform,
- oder
- Case Management, ein individuell nachgehendes Betreuungskonzept, in Kombination mit Motivierender Gesprächsführung.

An beiden Behandlungsformen nehmen je zur Hälfte Heroin- und Methadon-Patienten teil. Im Rahmen des Modellversuchs wird auch die Wirksamkeit der zwei Begleitbehandlungen miteinander verglichen.

6. Welche Städte sind in welchem Umfang beteiligt?

An der Studie beteiligen sich Bonn (100 Patienten), Frankfurt am Main (200), Hamburg (460), Hannover (140), Karlsruhe (60), Köln (100) und München (60).

In Hamburg und Frankfurt werden alle „Studienarme“ belegt. In Köln und München wird als psychosoziale Begleittherapie nur Case Management, in Bonn und Karlsruhe nur Drogenberatung mit Psychoedukation durchgeführt.

7. Wie läuft die Medikamentenvergabe praktisch ab?

Die in die Untersuchung einbezogenen Drogenabhängigen der Experimentalgruppe erhalten in speziell dafür geschaffenen Drogenambulanzen oder entsprechenden Abteilungen von Krankenhäusern bis zu dreimal täglich injizierbares reines Heroin (Diacetylmorphin). Die Patienten spritzen sich das Medikament, das sie in einer bereits aufgezogenen Spritze bekommen, unter Aufsicht in speziellen Räumen unter hygienisch einwandfreien Bedingungen.

Die Kontrollgruppe erhält in den bereits vorhandenen Einrichtungen

einmal täglich orales Methadon. Eine einmalige Vergabe pro Tag ist hier ausreichend, da die Wirkung des Methadons deutlich länger anhält als beim Heroin.

Alle Patienten werden regelmäßig medizinisch untersucht und nehmen an psychosozialen Begleitbehandlungen teil.

8. Ist im Umfeld der Vergabestellen mit Beeinträchtigungen zu rechnen?

Da die Patienten in den Vergabestellen Heroin erhalten und dies folglich nicht mehr auf dem Schwarzmarkt bzw. der Drogenszene kaufen müssen, ist nicht zu erwarten, dass sich vermehrt Dealer ausgerechnet im Umfeld dieser Einrichtungen aufhalten.

Die Vergabestellen werden zudem über Hausordnungen und in der Nachbarschaft geltende Regeln darauf hinwirken, dass sich der Eingangsbereich der Einrichtungen nicht zu einem Treffpunkt entwickelt, sondern Gespräche usw. in die Einrichtung hinein verlagert werden. Auch ausländische Erfahrungen in der Schweiz und in den Niederlanden haben gezeigt, dass sich Einrichtungen zur Heroingabe gut in ein Stadtviertel integrieren lassen.

9. Wie sieht der derzeitige Zeitplan aus?

Voraussetzungen: Das Modellprojekt konnte beginnen, nachdem das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) das wissenschaftliche Studiendesign zum Modellversuch geprüft und ihm zugestimmt hat (dies ist im August 2001 geschehen), die regionalen Ethikkommissionen, die für die einzelnen Studienzentren zuständig sind, hierzu ein positives Votum erteilt haben, die personenbezogenen betäubungsrechtlichen Ausnahmegenehmigungen für die ärztliche Vergabe von Heroin erteilt worden sind und die beteiligten Städte vor Ort die räumlichen und personellen Voraussetzungen geschaffen haben (Anmietung von Behandlungsräumen, Einstellung von Ärzten usw.).
Start: Die heroingestützte Behandlung in den teilnehmenden Städten läuft. Das Anmeldeverfahren für Patienten ist abgeschlossen.
Die individuelle Studiendauer für jeden Patienten beträgt 24 Monate, aufgeteilt in zwei Studienphasen von jeweils 12 Monaten Dauer.

10. Wo bekomme ich weitergehende Informationen?

Für Opiatabhängige, Angehörige und an den Projekten interessierte Bürgerinnen und Bürger werden in den beteiligten Städten lokale Info-Hotlines geschaltet.

Aktuelles, weitere Informationen und eine Kurzfassung des Studiendesigns sind im Internet unter der Adresse <http://www.heroinstudie.de> nachzulesen.

Journalistinnen und Journalisten erhalten u.a. hier weitergehende Informationen:

Bundesministerium für Gesundheit,
Pressereferat, Tel. +49 (0)1888 527-2225

Pressestellen der beteiligten Gesundheits- und Sozialbehörden auf Landes- und Stäteebene

¶

DROGENKURIER

MAGAZIN DES BUNDESWEITEN JES-NETZWERKS

Heroin vom Arzt !

Vier verstorbene Drogenkonsumenten in nur vier Tagen! Diese Meldung versetzt uns Eltern in Angst und Schrecken. Diesmal soll der hohe Reinheitsgehalt von Heroin zum Tode geführt haben.

Mit dem sicherlich gut gemeinten Aufruf an abhängige Menschen, kein Heroin zu kaufen, machen es sich Polizei und Staatsanwaltschaft zu einfach. Heroinabhängige Mitbürger werden weiter ihren Stoff kaufen müssen. Da halten wir das Flugblatt der Drogenhilfe Gleis 1 für realistischer. Hier werden überlebenswichtige Tipps gegeben, worauf beim Konsum geachtet werden muss. Wir brauchen auch in Wuppertal endlich die ärztliche Heroinvergabe! Zusätzlich muss es möglich sein, seine gekauften Drogen auf den Reinheitsgrad und auf giftige Beimischungen testen zu lassen. Da Substituierte besonders gefährdet sind, darf auch ihnen der Zugang zum Drogenkonsumraum nicht länger verwehrt werden.

Wir fordern unsere Stadtverordneten auf, über den Städtetag, an die Mitglieder des Bundestages zu appellieren, endlich die ärztliche Verordnung von Heroin zu legalisieren. Hier ist im Besonderen die CDU/CSU-Fraktion gefragt. Gebt die Abstimmung frei – heben Sie den Fraktionszwang auf.

Oberster Grundsatz jeder Drogenpolitik ist, das Überleben der Abhängigen in Menschenwürde zu sichern. Nur wer überlebt kann auch clean werden! ¶ Elternini Wuppertal

„Verschieben, vertagen und auf Zeit setzen“ Dies ist ein Zitat des Drogenpolitischen Sprechers der FDP-Bundestagsfraktion Detlev Parr zum Beginn seiner Rede anlässlich einer Bundestagsdebatte zum Thema „Heroingestützte Behandlung“ am 8. Mai.

Parr weiter: *„Die Ergebnisse des Modellversuchs verlangen mehr als einen faulen Kompromiss aus Fristverlängerungen und Ausnahmeregelungen.“* Parr weiter *„Es ist ein Armutszeugnis, dass die Geschäftsordnung bemüht werden musste, um eine öffentliche Debatte zum Thema ‚Heroingestützte Behandlung‘ im Plenum des Bundestages führen zu können“.*

Die Debatte im Bundestag

Ich hatte die Gelegenheit im Bundestag dieser Aussprache beizuwohnen und wurde Zeuge einer fachlichen, engagierten und emotionalen Debatte.

Natürlich stand die CDU/CSU-Bundestagsfraktion und insbesondere ihre Drogenpolitische Sprecherin Frau Eichhorn im Zentrum der Kritik. Dies zurecht, denn mit welcher Gelassenheit Frau Eichhorn die teilweise herausragenden Ergebnisse des Modellprojektes klein redet, als nicht ausreichend bezeichnet oder völlig verschweigt und stattdessen das vermehrte Auftreten von Atemdepression bei Diamorphin zum Anlass nimmt auf die weitaus größeren gesundheitlichen Risiken der Diamorphinbehandlung die weitaus größeren gesundheitlichen Risiken zuzuschreiben ist schon unglaublich.

„Jeder, der Hilfe braucht, wird sie auch in Zukunft erhalten“. Dies ist ein Zitat von Frau Eichhorn in dieser Debatte. Mir fehlen fast die Worte wenn sie im tiefsten Brustton der Überzeugung weiter an-

merkt: *„Die Diamorphinbehandlung kann in den bestehenden Ambulanzen auch ohne Gesetzesänderung fortgeführt werden. Für die Patienten ändert sich nichts.“*

Auch Frau Eichhorn dürfte nicht entgangen sein, dass ohne die Förderung des Bundes bzw. die Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkassen die Städte mittelfristig die Kosten dieser Behandlung nicht alleine tragen werden und die Projekte nach und nach einstellen. Die ersten Programme laufen Mitte des Jahres aus. Ohne ein Gesetz gibt es für die Städte auch kein Zeichen das sich an der jetzigen Situation irgendwann etwas ändert.

Aber dies ist genau das Kalkül der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag. Es gilt bis zum Ende der Legislaturperiode nichts mehr zu entscheiden und darauf zu hoffen, dass sich das Thema „Diamorphingestützte Behandlung“ mit der Einstellung der Behandlung in den sieben Städten von alleine erledigt.

Trotz des in dieser Frage beschämenden Schauspiels der CDU/CSU-Fraktion, muss es erlaubt sein den Blick auch auf die SPD zu richten.

Die SPD

Zurecht forderte Monika Knoche (DIE LINKE), dass sich die SPD-Fraktion in dieser Frage nun endlich von der CDU/CSU abnabeln soll! Knoche weiter *„Die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen, die die große Hoffnung in uns setzen, dass wir in der Politik endlich die Ideologie und Parteibücher beiseiteschieben und das tun, was für diese kranken Menschen notwendig ist, werden es Ihnen danken.“*

Auch ich frage mich, warum die SPD nicht endlich den Mut fasst die Beratungen im Gesundheitsausschuss abzuschließen



und somit die Grundlage für eine Abstimmung des Gesetzes im Bundestag zu schaffen. Es gibt keinen Koalitionsvertrag und keine Koalitionsvereinbarung, durch den die SPD daran gehindert wird, nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden.

Man muss die Frage stellen dürfen, wie groß denn die Zustimmung zu diesem Gesetz in der SPD-Fraktion tatsächlich ist? Kann es vielleicht sein, dass es ggf. in der

SPD-Bundestagsfraktion keine Mehrheit für eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes gibt?

Natürlich, die Bemühungen der Drogenbeauftragten waren auch in dieser Debatte sichtbar. Ebenso die Unterstützung von Elke Ferner und den SPD-Mitgliedern des Gesundheitsausschusses. Aber welchen Einfluss haben sie auf den starken Fraktionsvorsitzenden Peter Struck?

Es gibt eigentlich nur eine Erklärung für die Haltung der SPD-Fraktion zu diesem Thema. Auch in der eigenen Fraktion gibt es zur Fortführung der diamorphingestützten Behandlung unterschiedliche Haltungen.

Kein Interesse bei Bündnis 90/DIE GRÜNEN?

An dieser Stelle noch ein Wort zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Manchmal habe ich den Eindruck, dass die – zumindest die Bundstagsfraktion (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) – das Thema „Drogenpolitik“ weitestgehend aus den Augen verloren und zu den Akten gelegt hat.

Während das Plenum des Bundestages bei dieser Debatte meiner Meinung nach ganz gut gefüllt war (es war 17:45 Uhr) verfolgten die Rede des Drogenpolitischen Sprechers von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Dr. Terpe lediglich zwei Abgeordnete seiner eigenen Fraktion. Dies ist sicherlich nicht nur für Herrn Terpe bedauerlich, sondern macht den derzeitigen Stellenwert des Themas in seiner Fraktion deutlich.

Wie geht es weiter?

Angesichts der Tatsache, dass die Laufzeit für die Projekte in Hamburg und München in wenigen Tagen endet, ist die Beantwortung dieser Frage wichtiger denn je.

Ich persönlich habe keine Hoffnung, dass die CDU/CSU Fraktion ihre Haltung zum Thema „heroingestützte Behandlung“ noch mal ändert. Dafür ist es nun zu spät, denn wie sollten sie diesen Meinungswandel erklären?

Dagegen habe ich die Hoffnung noch nicht gänzlich aufgegeben, dass die SPD Fraktion doch mal ihren Mut zusammennimmt und diesem unwürdigen Treiben auf dem Rücken Drogen gebrauchender Menschen ein Ende bereitet.

Was sollte passieren? Die Regierungskoalition befindet sich derzeit in einem erbarmungswürdigen Zustand. Hier kann niemand wirklich glauben, dass ein unterschiedliches Abstimmungsverhalten in Sachen „Diamorphin“ für die Regierungskoalition irgendwelche Folgen hätte.

Dirk Schäffer

DIE LINKE.

PRESSEMITTEILUNG

22.11.2006 – MONIKA KNOCHKE

Heroinmodell: Ideologischer Fundamentalismus triumphiert über wissenschaftliche Ergebnisse

Monika Knochke, Stellvertretende Fraktionsvorsitzende DIE LINKE., sagt zur Einigung der Koalitionsspitze, das Heroinmodell auslaufen zu lassen:

Die Einigung der Koalitionsspitze, die Heroinbehandlung mit derjenigen zu Ende zu führen, die bereits in Behandlung sind, die Heroinversorgung indes nicht in die Regelversorgung für Schwereabhängige zu überführen, ist vor dem Hintergrund der positiven Ergebnisse der Heroinstudie absolut unverständlich. Hier triumphiert ideologischer Fundamentalismus über wissenschaftlichen Erkenntnissen. Schwereabhängigen die Behandlung vorzuziehen ist unethisch.

Bisher hat sich die SPD-Fraktion für eine gesetzliche Regelung der Heroinvergabe stark gemacht. Nun enttäuscht die Partei auf ganzer Linie und dekonstruiert auch noch die eigene Drogenbeauftragte Sabina Batzing. Die hatte sich noch Anfang November mit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Diamorphinbehandlung für eine gesetzliche Regelung zur Abgabe von Heroin an Schwereabhängige ausgesprochen.

Und innerhalb der Union scheitern sich wider besseren Wissens der unionsgeführten Länder, die Heroinambulanz betreiben, die Händlerin dazugesetzt zu haben. So wollen Hamburg, Hessen und Baden-Württemberg wieder Heroin abgeben.

Die Fraktion DIE LINKE. im Bundestag hat im Sommer einen Antrag zur Überführung des Heroinmodells in die Regelversorgung eingebracht und wird auf die Durchsetzung dringen. Es bleibt zu hoffen, dass es genügend aufgeklärte und anerkennende Koalitionsgesandte gibt, die einen entsprechenden Gruppenantrag zustimmen werden. Die Heroinvergabe an Schwereabhängige hat sich in einem zweijährigen wissenschaftlich begleiteten Modellprojekt als erfolgreiche Therapieform etabliert. Einem großen Teil der Abhängigen ging es bereits nach einem Jahr gesundheitlich deutlich besser, sie waren aus der Drogenszene ausgestiegen und die Beschaffungskriminalität verringerte sich um mehr als zwei Drittel.

Dann wird er auch sagen zu denen zur Linken:

ich bin hungrig gewesen,

und ihr habt mir nicht zu essen gegeben.

Ich bin durstig gewesen,

und ihr habt mir nicht zu trinken gegeben.

Ich bin ein Fremder gewesen,

und ihr habt mich nicht aufgenommen.

Ich bin krank und im Gefängnis gewesen,

und ihr habt mich nicht besucht.

Matthäus 25

Ich bin heroinabhängig gewesen, und ihr...

aus einem Offenen Brief von Christen zur heroingestützten Therapie 2007

DROGENKURIER

MAGAZIN DES BUNDESWEITEN JES-NETZWERKS

JUNI 2008
NR. 74



F. Kirchhoff



W. Bauer

verschieben

vertagen



M. Erdmann



M. Straupel



A. Widmann

auf



R. Zoljew

Zeit



H.G. Faust

setzen



H.J. Schorf



M. Wilhelms



R. Reiser



J. Strobel

... DAS IST IHR MOTTO!

* EDUWESZ Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages

JUNKIES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

Wissenswertes

RIF-GEBIRGE

Wo Deutschlands Drogen herkommen

3000 Tonnen pro Jahr, 80 Prozent des europäischen Gesamtbedarfs, ein Geschäft von 20 Milliarden Euro: Marokko ist der größte Haschisch-exporteur der Welt. Ein Großteil wird im unzugänglichen Rif-Gebiet produziert. Das Königreich hat den Kampf gegen die Drogenbarone längst verloren.

Von der Hafenstadt Larache am Atlantik dauert die Fahrt ins Rif-Gebirge, dem Herzland des Kif, wie Marihuana in Marokko genannt wird, keine Stunde. Von Kilometer zu Kilometer häufen sich die tiefgrünen Pflanzungen der verbotenen Droge zwischen Bohnen- und Maisfeldern. Außer einzelnen, billigen Wellblechhäusern ist von Zivilisation bald keine Spur mehr.



Haschisch in der Region Das Rif-Gebirge in Marokko Foto: picture alliance / H&M Verlag

Aus dieser malerischen Berggegend stammt der Großteil des Haschisch, das nach Europa exportiert wird. Rund 3000 Tonnen sind es pro Jahr – 80 Prozent des europäischen Gesamtbedarfs. Marokko ist damit größter Haschischexporteur der Welt.

Auf modernen Schnellbooten, unter Fischladungen versteckt, oder mit Kleinflugzeugen wird das Kif zuerst nach Spanien, dann weiter nach Frankreich, Holland oder Deutschland transportiert. Ein Geschäft, dessen Wert auf bis zu 20 Milliarden Euro geschätzt wird. Das Kif ist das „Grüne Öl“ Marokkos.

Zwischen 2003 und 2007 hatte das Uno-Büro für Drogen und Kriminalität einen Rückgang der Marihuanaproduktion in Marokko um 50 Prozent registriert. Die marokkanischen Behörden hatten auf Druck der USA und der Europäischen Union Maßnahmen gegen den Kif-Anbau getroffen. Bauern wurden zu Gefängnisstrafen verurteilt, Felder zerstört, Umpflanzungsprogramme durchgeführt. Bis 2008 wollte man den Kif-Anbau vollkommen ausrotten. Davon ist Marokko heute weit entfernt. Die Produktion von Kleinbauern wie Mohammed konnte zwar minimiert und manchmal auch ganz unterbunden werden. Zudem wurde

eine Ausbreitung in bekannten Anbaugebieten verhindert.

Aber im Gegenzug legte die Haschischmafia neue Marihuanakulturen in unzugänglicheren Gebieten an, intensivierte den Anbau mit Düngemitteln und neuem, leistungsfähigeren Saatgut. Nach wie vor kann man sich mit ausreichend Geld eine unbehellte Ernte im Juli und August erkaufen. Das wird so bleiben, solange man den sozial schwachen Bauern keine ansprechenden Ersatzpflanzen zu Verfügung stellt und keine zusätzlichen Schulen, Wasser- und Elektrizitätsleitungen baut.

ALBERT HOFMANN

Vater des LSD gestorben

Albert Hofmann, der Entdecker der Droge LSD, ist im Alter von 102 Jahren in der Schweiz gestorben. Hofmann hatte die Substanz, die von Künstlern und Musikern in den sechziger Jahren als halluzinogenes Wundermittel verherrlicht wurde, 1938 entdeckt.

Er wurde steinalt - nun ist Albert Hofmann, der „Vater des LSD“, in seinem Haus im schweizerischen Burg im Kanton Basel-Land gestorben. Hofmann war der Entdecker der Substanz Lysergsäurediäthylamid, kurz LSD, die als Wunderdroge galt und vor allem in den sechziger Jahren auf politischer, gesellschaftlicher und künstlerischer Ebene enormen Einfluss hatte.

An jenem Tag im Jahr 1938 hätte sich Albert Hofmann wohl nicht träumen lassen, was er da für eine chemische Verbindung entdecken sollte. Hofmann arbeitete damals für den schweizer Chemiekonzern Sandoz und war eigentlich auf der Suche nach einer Substanz, die den Kreislauf stimuliert. Aus Mutterkorn, einem Getreide, synthetisierte Hofmann 1938 das Lysergsäurediäthylamid. Im Tierversuch enttäuschte das LSD - es zeigte keinerlei der gesuchten Eigenschaften. Hofmann verlor das Interesse.

Erst am 16. April 1943 wiederholte Hofmann die Synthese von LSD und stieß dabei zufällig auf die erstaunliche Wirkung der Droge: Er hatte während der Herstellung etwas LSD durch die Haut aufgenommen. Auf dem Heimweg aus dem Labor erlebte Hofmann den ersten LSD-Trip der Geschichte: „Alles in meinem Gesichtsfeld schwankte und war verzerrt wie in einem gekrümmten Spiegel“, berichtete Hofmann. „Eine furchtbare Angst, wahnsinnig zu werden, packte mich, ich war in eine andere Welt geraten.“

Eine Nachbarin, die ihm über den Weg lief, erschien ihm als „böartige, heimtückische Hexe mit einer farbigen Fratze“, die vertrauten Möbel in seiner Wohnung „nahmen groteske, meist bedrohliche Formen an“. Gleichwohl konnte der herbeigerufene Hausarzt bei Hofmann keinerlei Krankheitssymptome feststellen: Puls, Blutdruck und Atmung waren normal.

LSD ist eine weiß-kristalline Substanz. Schon geringe Mengen - ein halbes Mikrogramm je Kilo Körpergewicht - verändern die Wahrnehmung der Außenwelt für mehrere Stunden. Wie LSD wirkt, ist sehr individuell: Manche Menschen erleben Euphorie, andere panische Angstzustände („Horror-Trip“). LSD wurde in der Nachkriegszeit zur Modedroge, gemeinsam mit weiteren Psychopharmaka. Schriftsteller wie Aldous Huxley oder Rauschgurus wie der US-Professor Timothy Leary priesen den LSD-Trip als eine Art Königsweg zu einem neuen, geläuterten Bewusstsein. Die Beatles widmeten der Hofmann-Droge mit

dem Lied „Lucy in the Sky with Diamonds“, dessen Anfangsbuchstaben die Abkürzung LSD ergaben, eine Hymne.

Ohne LSD, so bekannten Rockmusiker wie beispielsweise Jimi Hendrix, wäre es ihnen nie gelungen, sich zu früher ungeahnten kreativen Höhenflügen aufzuschwingen. Auch Hofmann selbst probierte LSD nach seinem ersten Trip mehrfach aus. Er war lange Zeit mit dem Schriftsteller und Philosophen Ernst Jünger befreundet und nahm mit ihm gemeinsam die Droge. Jünger schilderte seine LSD-Erlebnisse in seiner Erzählung „Besuch auf Godenholm“.

Bald allerdings zeigten sich auch die Schattenseiten der psychedelischen Subkultur. Berichte von mörderischen Horrortrips häuften sich. Sie handelten von panisch erregten LSD-Schluckern, die sich etwa im Wahn, fliegen zu können, von Brücken oder Hochhäusern zu Tode stürzten.

Andere, die sich im Irrgarten ihrer Halluzinationen verlaufen hatten, waren in der Psychiatrie gelandet - Grund genug für die Behörden, die als „Wahnsinnsdroge“ gebrandmarkte Chemikalie aus dem Verkehr zu ziehen: LSD wurde in den sechziger Jahren verboten.

Heute ist LSD wieder interessant für Ärzte und Psychotherapeuten: Die Schweizer Regierung hatte vor zwei Jahren eine Pilotstudie mit schwer kranken Patientinnen und Patienten bewilligt. Ziel ist, herauszufinden, ob LSD einen positiven Effekt für die Psychotherapie haben kann. Auch soll erforscht werden, ob LSD ohne Risiko eingenommen werden kann. Vor dem weltweiten LSD-Verbot waren viele Studien durchgeführt worden, die erste in der Schweiz 1947. Auch hatten Forscher aus aller Welt zum 100. Geburtstag Hofmanns einen Appell für einen unvoreingenommenen Umgang mit LSD und verwandten Stoffen lanciert.

¶

lub/AP/dpa

Kreistag gibt grünes Licht für Umstrukturierung

Der Kreistag beauftragte die Verwaltung am 11. September, die ambulante Suchtberatung im Kreis Unna auf organisatorisch neue Beine zu stellen. Dem mehrheitlich gefassten Beschluss liegt ein Auftrag des Kreistages zur Neustrukturierung der Suchthilfe im Kreis Unna zugrunde. Durch eine nun zu schließende Vereinbarung sollen alle freien Anbieter der Suchthilfe mit ihren Angeboten unter dem Dach einer gemeinnützigen GmbH zusammengeführt werden. Die Anonyme Drogenberatung Unna e.V. (ADU) soll einschließlich ihres Aufgabensbereiches „Betreutes Wohnen“ in die neue Trägerschaft übernommen werden.

Die Kontroll- und Aufsichtsfunktion bleibt beim Kreis als Untere Gesundheitsbehörde. Für die Hilfen an Abhängigkranken und ihren Angehörigen hält der Kreis weiterhin den sozialpsychiatrischen Dienst vor. Derzeit sind in der ambulanten Suchtkrankenberatung mehrere Leistungserbringer mit 22,35 Stellen tätig.

Im einzelnen machen die ADU für von illegalen Drogen abhängige Personen sowie die Diakonie im Kirchenkreis Unna, die Diakonie Schwerte, das Deutsche Rote Kreuz, Ortsverband Lünen und der sozialpsychiatrische Dienst des Kreises Unna für den legalen Suchtbereich weitgehend gleiche Beratungsangebote. So arbeiten im Kreisgebiet sieben Suchtberatungsstellen an fünf Standorten, zwei Beratungsstellen arbeiten in direkter, räumlicher Kooperation.

Die Methadonvergabe und stationäre Behandlung im Norden wird durch die Kooperation der Westfälischen Klinik Dortmund und des Deutschen Roten Kreuzes sichergestellt. In gleicher Trägerschaft wird im Südkreis die ambulante Suchtrehabilitation durchgeführt. Die Tagesstätte für Suchtkranke und chronisch Mehrfachgeschädigte und das Projekt LÜSA als stationäre Übergangseinrichtung der Wiedereingliederungshilfe sind in Unna angesiedelt. Darüber hinaus sind etwa 70 Sucht-Selbsthilfegruppen flächendeckend in allen Städten und Gemeinden des Kreises vorhanden.

„Mit der Aufgabenwahrnehmung durch einen primär zuständigen Handlungsträger wird das bisherige Konzept der organisatorischen und strukturellen Trennung zwischen „illegal“ und „legal“ überwunden und damit das geforderte integrative Suchthilfekzept unter Beibehaltung einer hohen Beratungsqualität umgesetzt. Gleichzeitig wird die bedarfsgerechte, flächendeckende Versorgung der Suchtkranken weiterhin gewährleistet und der Entwicklung fortwährender Kostensteigerungen in der ambulanten Suchtkrankenberatung wirksam entgegengesteuert werden“, so Kreisgesundheitsdezernent Norbert Hahn.

¶

Pressemitteilung Freitag, den 14.09.2007

Patientenbeauftragte für Zulassung von Heroin als Medikament

Wuppertal (epd). Die Bundespatientenbeauftragte Helga Kühn-Mengel (SPD) hat sich für die Zulassung von Heroin als Medikament ausgesprochen. Dies sei für eine kleine Gruppe von rund 3.000 Menschen in Deutschland oft die letzte Chance auf Überlebenshilfe, sagte Kühn-Mengel am Montag auf der zentralen Kundgebung des Gedenktages für verstorbene Drogenabhängige in Wuppertal. „Wir müssen alle Möglichkeiten nutzen, diese schwerst opiatabhängigen Menschen zu unterstützen.“

Kühn-Mengel kritisierte, die CDU/CSU-Bundestagsfraktion sperre sich noch immer gegen die medizinische Heroinabgabe, obwohl der Bundesrat sie mit großer Mehrheit beschlossen habe. Die Patientenbeauftragte verwies auf die rund 30 Millionen Euro teure Heroinstudie, die eindeutig gezeigt habe, dass mit der medizinischen Heroinvergabe Prostitution und Kriminalität abnehmen. So sei die Straffälligkeit der Studienteilnehmer von 70 auf 27 Prozent zurückgegangen. Bundesvorsitzender Jürgen Heimchen zeigte sich auf der Protestveranstaltung in Wuppertal enttäuscht über die „Hinhaltetaktik“ der CDU/CSU. „Für uns ist es völlig unverständlich, dass die positiven Ergebnisse der Studie so ignoriert werden.“ In den Niederlanden und der Schweiz sei Heroin längst als Medikament verschreibbar. Der zehnte Gedenktag für Drogentote des Bundesverbands der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit fand in 40 Städten statt.

¶

www.akzeptierende-eltern.de; www.heroinstudie.de
(d73441/21.7.2008)
http://www.epd.de/west_index_57047.html



Viagra auf dem Schwarzmarkt teurer als Heroin

Organisierte Kriminalität spezialisiert sich auf Medikamentenfälschung

Wien (pse/30.07.2008/17:30) - "Mit einem Kilogramm gefälschtem Viagra wird mehr Gewinn gemacht, als mit einem Kilo Heroin", erklärt Alexander Hönel von der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit.

<http://www.ages.at> gegenüber presstext. Der Handel mit gefälschten Medikamenten boomt weltweit und verursacht laut Schätzungen der WHO einen Schaden von jährlich 35 Mrd. Dollar. Nur Österreich sei das einzige europäische Land, in dem es im regulären Handel keine gefälschten Medikamente gebe, versichert Andreas Windischbauer, Präsident der ARGE Pharmazeutika <http://www.argeph.at>.



Huber: Jeder kennt jeden auf dem österreichischen Pharmamarkt. (Foto: presstext)

"Unser Markt ist so klein, dass sich hier jeder Medikamentenproduzent und Großhändler seit Jahrzehnten persönlich kennt", erklärte Jan Oliver Huber, Generalsekretär des Verbandes der pharmazeutischen Industrie Österreichs <http://www.pharmig.at> auf einer Pressekonferenz heute, Mittwoch, in Wien. Somit sei in den zurückliegenden Jahren kein einziges gefälschtes Präparat in den Apotheken gelandet. "Das größere Problem ist das Internet", sagt Leopold Schmudermayer, Vizepräsident der Österreichischen Apothekerkammer <http://www.apotheken-on.at>, auf presstext-Nachfrage. Denn dort könne ein jeder auch ohne Rezept Medikamente bestellen. Eine Studie des Zentrums für Sucht und Substanzmissbrauch belegte erst kürzlich, dass zum Beispiel in die USA 85 Prozent aller Onlineapotheken ohne Rezept Medikamente versenden (presstext-berichter: <http://pse.at/sta.ms?pte=680715002>).

"Und das merkt man auch beim versuchten Import von illegalen Medikamenten nach Österreich", meint Herbert Leschitz vom Zollamt Klagenfurt-Villach. Habe der Zoll vor drei Jahren nur gut 50 Medikamente beschlagnahmt, waren es im vergangenen Jahr bereits 42.386 und für das laufende wird mit über 80.000 gerechnet. "Vor allem Händler aus China, Indien und ehemaligen Ostblockländern überschwemmen den Markt und hoffen auf den großen Gewinn", so Leschitz.

Gewinn, der vor allem mit Potenzmitteln, Antibiotika, Krebsmedikamenten und Anti-Cholesterin-Tabletten erwirtschaftet werden soll. "Auf dem Schwarzmarkt lässt sich ein Kilogramm des Potenzmittels Viagra für gut 90.000 Euro absetzen - die vergleichbare Menge Kokain bekommt man hingegen für 65.000 Euro", erklärt Hönel. Man beobachtet mit Sorge, dass sich die organisierte Kriminalität immer mehr auf das Geschäft mit Medikamenten spezialisiert, sagt Zöllner Leschitz. "Wir leben sicher nicht auf einer Insel der Seligen und müssen von daher immer wach- und aufmerksam sein, damit der Zustrom von gefälschten Medikamenten nach Österreich nicht weiter zunimmt", sagt Windischbauer. Denn ansonsten müsste man auch in Österreich damit rechnen, vermehrt Tote aufgrund von illegalen Medikamenten zu haben. Allein in China seien 2006 über 200.000 Menschen an den Folgen von gefälschten Medikamenten gestorben.

Dabei sind zwei Aspekte an nachgemachten Medikamenten gefährlich. Zum einen können sie falsche Wirkstoffe beziehungsweise zu hohe Konzentrationen dieser enthalten oder gar keine heilenden Extrakte. "Man stelle sich nur mal ein Krebsmittel vor, das man als Therapie nimmt, das aber nur ein Placebo ist", meint Hönel. Von daher setzen die Pharmazeuten auf eine bessere Aufklärung der Patienten über die Risiken von illegalen Medikamenten. "Die Leute spielen russisch Roulette. Das ist, als ob man sich statt Carbon-Papierbremsen in sein Auto einbauen lassen würde", fügt Schmudermayer hinzu. Um dem illegalen Handel mit Medikamenten einen Riegel vorzuschieben, ist in Österreich - im Gegensatz zu Deutschland zum Beispiel - jeglicher Versandhandel von Medikamenten verboten. "Und wenn jemand Medikamente aus dem Ausland nach Österreich schickt, dann müssen diese hier zugelassen sein", so Schmudermayer weiter. Um den Verbraucher besser vor gefälschten Medikamenten zu schützen, wolle man in Zukunft zudem noch stärker auf sichtbare und unsichtbare Sicherheitsmerkmale auf den Verpackungen setzen. "Der Verbraucher sollte darauf achten, dass sich auf jeder Verpackung Angaben wie Wirkstoffstärke, Chargennummer und Zulassungsinhaber finden", rat Huber. "Dann kann er sicher sein, dass er ein zugelassenes Produkt in den Händen hält."



Ersatzstoffbehandlung

Mehr Heroin-Ersatzprogramme vom Staat

Die Zahl der Heroinsüchtigen, die vom Staat mit Ersatzdrogen therapiert werden, ist 2007 auf einen neuen Höchststand gestiegen. Danach erhielten bundesweit 68.800 Frauen und Männer Heroin-Ersatzstoffe wie Methadon und Buprenorphin.

Die Informationen gehen laut dem Nachrichtenmagazin „Focus“ aus dem neuen Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung hervor, der am 5. Mai vorgestellt werden soll.

Die Zahl der Ersatzdrogenpatienten ist demnach seit 2002, dem Beginn der Meldepflicht, um knapp 50 Prozent gestiegen. Damals erhielten 46.000 Patienten Substitutionsmittel. Im Jahr 2006 waren es 64.500. ¶ (cp/AFP) www.tagesspiegel.de/politik/deutschland/Drogen-Programme;art122,2520974 27.04.08

Pressemitteilung zur aktuellen Drogenpolitik in Nordrhein-Westfalen

Mit fachlichem Entsetzen nehmen wir die angekündigte Verschärfung der NRW-Drogenpolitik zur Kenntnis.

NRW hat akzeptanzorientierte Drogenpolitik/-hilfe entscheidend mitgeprägt (Substitutionsbehandlung, niedrigschwellige Hilfeeinrichtungen, Konsumräume drogentherapeutische Ambulanzen, Heroinmodell).

In den vergangenen Jahren zeitigte dies deutliche Erfolge, die Verelendung sank, drogenabhängige Menschen wurden älter, stagnierende HIV-Infektionen, junge Menschen hatten eine reelle Chance eine Drogen-Proberphase gesundheitlich und sozial mit nur geringen Schäden zu überstehen – ja diese zu überleben.

Nun müssen wir konstatieren, dies war ein Irrtum – zumindest in NRW; während die Mittel für professionelle Hilfen seit Jahren gekürzt werden und die Unterstützung für Selbstorganisation/ Selbsthilfe (JES NRW) in 2006 gänzlich gestrichen wurde, soll nun nach dem Willen von Ministerin Frau Müller-Piepenkötter die Repression ausgebaut werden – 14jährige Kinder und Jugendliche sollen wieder kriminalisiert werden, selbstverständlich zu ihrem Schutz!

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. ¶

8. August 2007

Jahresbericht:

69 Notfälle im Drogen-Konsumraum

VON GÖKÇEN STENZEL

Düsseldorf (RP) Die 14 Mitarbeiter des Drogen-Konsumraums („Fixerstube“) haben im vergangenen Jahr sieben Menschen das Leben gerettet. Das geht aus dem ersten Jahresbericht hervor, den der Verein Drogenhilfe gestern vorgelegt hat.

Die Stadt finanziert den Konsumraum allein. Im Jahr wird er mit 800 000 Euro bezuschusst, Gelder, über die Ende des Jahres neu verhandelt werden muss: Dann läuft die erste Kostenbewilligung aus. ¶

www.rp-online.de/public/article/duesseldorf-stadt/578598/69-Notfaelle-im-Drogen-Konsumraum.html 13.06.08

Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung, Gutachten im Auftrag von akzept e.V

Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger hat in den letzten 25 Jahren eine enorme Entwicklung durchlaufen: von der argwöhnisch betrachteten Therapie einzelner Opioidabhängiger in wenigen Städten zu einer fast flächendeckenden Behandlungsform mit großer Akzeptanz, Reichweite und Haltekraft.

Am 1.7.2007 befanden sich 69.300 PatientInnen in Substitutionsbehandlung. Dies stellt eine 50%ige Steigerung gegenüber der Patientenzahl von 2002 dar. Ähnlich verläuft die Entwicklung in Gesamteuropa. Diese enorme Steigerung in der Zahl der Substitutionsbehandlungen lässt sich erklären durch den Erfolg und die Evidenz-Basierung dieser Therapieform, die die Akzeptanz sowohl unter Politikern, Fachleuten, Ärzten erhöht haben, die Erweiterung der Indikation und der Zielgruppen, die Diversifizierung der Substitutionssubstanzen und eine begonnene Entbürokratisierung der Behandlung. Wissenschaftliche Erkenntnisse und nunmehr über 25-jährige praktische Erfahrungen zeigen, dass die Substitution

- eine sichere Behandlungsform darstellt
- eine Reduktion des Heroinkonsums sowie der Mortalität und Morbidität bewirkt
- das Risiko einer HIV-Infektion minimiert
- zu einer Senkung der Zahl drogenkonsumbedingter Todesfälle beiträgt
- die Patient(inn)en in Behandlung zu halten vermag
- die physische und psychische Gesundheit sowie die Lebensqualität der Patient(inn)en steigert
- zur Reduktion der Kriminalität und Wiederinhaftierung beiträgt
- kostengünstig ist
- zu positiven Ergebnissen innerhalb verschiedener kultureller Zusammenhänge führt.

Für die Betroffenen ist die Substitutionsbehandlung eine Möglichkeit, die chronisch rezidivierende Erkrankung „Opiatabhängigkeit“ zu überwinden und sich körperlich und sozial zu stabilisieren – bis hin zu einer Rückkehr in ein ‚normales‘ Alltagsleben, in dem sie den Anforderungen in Partner-/Elternschaft, Ausbildung und Berufsleben gerecht werden können.

- in vielen Regionen Deutschlands (großes Stadt-Land-Gefälle) unzureichende Anzahl substituierender Ärzte, was bei steigenden Zahlen von Substituierten zu einer höheren Belastung weniger Ärztinnen und Ärzte führt,



- erhebliche Schnittstellenprobleme in der Substitutionsbehandlung beim Übertritt des Patienten von einem setting in ein anderes (z.B. Gemeinde (Praxis) – Haft / Krankenhaus – Gemeinde (Praxis)),
- Verunsicherungen vieler Ärzte im Umgang mit den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften (Take-Home, Mitgabe, Urlaubs- und Abgaberegelungen, Inlands- und Auslandsreisen stabiler Patienten etc.) und daraus folgend unzureichende Bereitschaft von Ärzten zur Durchführung der Substitutionsbehandlung, – trotz vorhandener Qualifikation.

¶

Berlin, März 2008

Gutachten zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung

Auf dem 8. Internationalen akzept-Kongress, der vom 23.-25. März 2006 in Berlin stattfand, wurde die sog. „Berliner Erklärung“ verabschiedet.

In ihr werden eine Reihe von Forderungen mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Gestaltung und eines Ausbaus der Substitutionsbehandlung aufgestellt, die Fragen der „Take-Home-Regelung“, „Psychosozialen Betreuungsmaßnahmen (PSB)“, „Ausbildung/Weiterbildung“, „Qualität/Qualitätsanforderungen“, „Alltagsverbesserungen der Substitutionsbehandlung (für den/die substituierende/n Arzt/Ärztin) mit entsprechenden Zuständigkeitsbereichen“ sowie des „Strafrechtlichen Umgangs mit substituierenden Ärzten“ betreffen.

Der zuletzt genannte Punkt ist nachfolgend von besonderem Interesse, da neben den Forderungen, § 30 Abs. 1 Nr. 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) nicht als strafrechtlichen Maßstab für die Beurteilung ärztlicher Behandlung heranzuziehen und auf die Ultima-ratio-Vorgabe des § 13 Abs. 1 BtMG zu verzichten, eine Streichung des § 5 BtMVV befürwortet wird. § 5 BtMVV greife „viel zu weit und abschreckend in ärztliche Behandlungen ein, die bei keiner anderen Erkrankung auf solche Weise reguliert“ werde.

Ausgangspunkt für diesen Vorschlag ist die Annahme einer Krise in der „Entwicklung von Substitutionsbehandlungen“, die auf die – trotz vorhandener suchtmedizinischer Qualifikation – zunehmend fehlende Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, Substitutionsbehandlungen zu übernehmen, zurückgeführt wird.

Als Gründe für den Rückzug aus der Substitutionsbehandlung und/oder die mangelnde Bereitschaft zur Mitarbeit werden „Überreglementierung“, „Strafrechtliche Bedrohung“, „Regressforderungen“ sowie „Mangelnde Strukturen und fehlende Unterstützung, vor allem in unterversorgten Regionen“ genannt.

Daran anknüpfend wird formuliert bzw. an Politik und Justiz appelliert: „Die Diskussion über Behandlungsmöglichkeiten muss innerärztlich, nicht in Strafverfahren geführt werden. Politik und Justiz müssen be- greifen, dass die Einschränkung der ärztlichen Behandlungsmodalitäten

die Folgen der Abhängigkeit von illegalem Heroin verschlimmert. Ärztliche Behandlungen helfen, die Risiken der Abhängigkeit zu mindern, insbesondere tödliche Verläufe zu verhindern. Wenn substituierenden Ärzten Behandlungsfehler vorgeworfen werden, darf die Klärung nicht auf anderer Rechtsgrundlage/in anderer Vorgehensweise als bei allen anderen medizinischen Behandlungsfehlern erfolgen.“

Ein am 14. Februar 2007 in Berlin durchgeführtes Expertengespräch „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung“ knüpft ebenfalls an den Befund einer sich verschlechternden Versorgungslage, die für einzelne Regionen und ländliche Bereiche sogar als mangelhaft bezeichnet wird, an und macht hierfür vor allem „rigide administrativ-rechtliche Rahmenbedingungen“ verantwortlich, denen eine abschreckende Wirkung auf Ärztinnen und Ärzte attestiert wird. Zu den für den Bundesgesetzgeber formulierten „Empfehlungen auf der Grundlage der Ergebnisse des Expertengesprächs, Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung“.

Die Bundesregierung hat in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe u.a. vom 10. Oktober 2007 nochmals ihre Haltung zu § 5 BtMVV deutlich gemacht.

In ihren Antworten auf die Fragen 8a-d) unterscheidet sie zwischen dem Ziel der „Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung“, welche im Wesentlichen mit Hilfe der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gewährleistet werden solle, und der Betäubungsmittelsicherheit. Letztere verlange die Auferlegung „gewisser Pflichten und Verhaltensregeln für die substituierenden Ärztinnen und Ärzte“, deren Ziel es sei, „die vielfältig möglichen Formen des Betäubungsmittelmissbrauchs sowohl durch die Patienten als auch durch die Behandlung zu verhindern“.

Entsprechend den Zielen sollen auch unterschiedliche Instrumente zum Einsatz kommen: „Nach Auffassung der Bundesregierung kann auf die Strafbewehrung einiger Substitutionsregelungen in der BtMVV grundsätzlich nicht verzichtet werden.

Soweit die BtMVV das Ziel verfolgt, den Betäubungsmittelmissbrauch sowohl durch die Patienten als auch durch die Behandler zu verhindern bzw. zu ahnden, müssen Verstöße gegen diese Vorschriften als Strafbarkeit oder Ordnungswidrigkeit verfolgt werden können.

Dagegen kann die Einhaltung der nicht sanktionsbewehrten Substitutionsvorschriften, die überwiegend der Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung dienen, standesrechtlich oder durch die Selbstverwaltung überwacht werden.“

¶

Prof. Dr. Dorothea Rzepka



...und Psycho-Soziale Betreuung (PSB)

Nutzen, Organisation, Gestaltung, Finanzierung und rechtliche Bewertung der psychosozialen Betreuung (PSB)

Es muss ein Konsens in der Fachöffentlichkeit über die Bedeutung, Ziele und Arbeitsweisen der psychosozialen Betreuung hergestellt werden.

Eine Verknüpfung von psycho-sozialer und medizinischer Intervention wurde als sinnvoll erachtet. PSB als Zugangsvoraussetzung zum medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung wird als hinderlich gesehen, hier sollte eine Entkoppelung stattfinden. PSB sollte als freiwillig in Anspruch zu nehmende Angebotsform gestaltet werden. Eine Definition der Ziele und Methoden psycho-sozialer Begleitung ist notwendig.

Als übergeordnete Zielorientierung wurde vorgeschlagen, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen bzw. zu verbessern.

PSB soll nicht nur als Begleitung der ärztlichen Substitutionsbehandlung verstanden werden. Eine Neuverständigung über Standards und Leitlinien psycho-sozialer Begleitung sollte von den Fachverbänden erarbeitet werden. Die beteiligten Verbände sollten sich zusammensetzen und in Kooperation mit ärztlichen Verbänden eine interne Professionalisierungs- und Profilierungsdiskussion führen. Als Ergebnis dieser Diskussion sollten Manuale zu einzelnen Teilthemen (HCV-Therapie, Beikonsum, Teilhabe) erarbeitet werden (Zu prüfen ist, ob dies im Auftrag des BMG geschehen kann). Bestehende Versorgungsdefizite in der psycho-sozialen Betreuung sollten aufgedeckt und Vorschläge zur Lösung dieser Defizite erarbeitet werden.

Grundsätzlich wurde ein Qualifizierungsbedarf in der psycho-sozialen Arbeit mit Substituierten festgestellt, der durch eine Zusatzqualifikation im Bereich PSB/Sozialarbeit befriedigt werden könnte (50-70 Stunden). In der Triade Klient/bzw. Patient-Arzt-PSB besteht ebenfalls ein Qualifizierungsbedarf - Schnittstellen zur suchtmmedizinischen Weiterbildung sollten genutzt werden (=> Bundesländer als Kostenträger der PSB, Fachverbände).

Die Finanzierungsgrundlagen der PSB sollten eindeutig festgelegt werden. (=> Gesetzgeber, GBA).

Als weitere Finanzierungsmöglichkeiten könnte der §53 SGB XII als Ergänzung/Erweiterung zu den freiwilligen Leistungen genutzt werden. Auch die GKV-Finanzierung ‚Soziotherapie‘ könnte als Ergänzung geöffnet werden. Insgesamt wurde deutlich, dass ein Forderungskatalog zur Finanzierung aufgestellt werden muss. ¶

Probleme und Bedeutung substitutionsbegleitender, psycho-sozialer Hilfen

Gegenwärtig leidet die psychosoziale Betreuung (PSB) unter einem Akzeptanzmangel aufgrund

- differenzierter und diffuser Versorgungssituation
- ritualisierter Betreuungsformen und
- Forschungsdefiziten zu ihrer Wirksamkeit.

Die Akzeptanzprobleme resultieren u.a. aus

- mangelnder Verfügbarkeit
- Transparenzproblemen
- Mangel an Qualitäts- und Effizienznachweisen.

Ein professioneller Konsens fehlt, u.a. auch weil PSB nicht als vergleichbare Leistung in den Bundesländern verfügbar ist. Trägerpolitik und kommunale Bedürfnisse definieren derzeit die PSB. Unterschiedliche Zielprioritäten und unterschiedliche Finanzierungsgrundlagen resultieren in System- und Professionsbruchstellen zwischen Suchtmmedizin und psycho-sozialen Hilfen.

Einigkeit besteht darüber, dass multiprofessionelle Interventionen die überlegene Methode in der Substitutionsbehandlung darstellen (integrierte Sichtweise).

Die Verbände sehen Versorgungsdefizite. ¶

Der neue Baustein

Behinderten-Einrichtung

In 2005 wurden wir konfrontiert mit einer neuen Problemlage:

Gehstörungen/Gehbehinderung in Folge von Hepatitis C-bedingten Leberzirrhose und als Spätfolgen von hochriskantem Gebrauchsweisen (langjährigem Spritzen in die Beine, Leiste etc.). Es fragten Menschen um Aufnahme nach, die in dieser Lebenssituation obdachlos / in unsicheren Unterkunftsverhältnissen lebten – wir waren erschrocken.

Die große Versorgungslücke für chronisch mehrfachgeschädigte drogenabhängige Menschen Körperbehinderung wollten wir schliessen und beantragten eine Platzaufstockung um 5 PLÄTZE und Tagesstrukturräume in einem behindertengerechten barrierefreien Neubaugebäude auf unserem Grundstück.

Zu unserer großen Freude erhielten wir eine Bewilligung. Wir waren zwar verpflichtet Eigenmittel aufzubringen, jedoch für den weitgrößeren Teil haben wir Förderer gefunden. Das Bauvorhaben konnte realisiert werden Dank der Mittelförderung durch:

- das Ministerium für Bau und Verkehr NRW,
- das Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales NRW,
- die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW,
- die Bundes-Stiftung Aktion Mensch,

Wir freuen uns nach sehr viel Arbeit, vielen neuen Dingen, die wir lernen mußten am 26.09.08 (11 Jahre und 1 Tag nach dem Beginn von LÜSA) eröffnen zu können – und natürlich feiern wir das, in diesem Jahr in Verbindung mit dem Sommerfest 2008.

An dieser Stelle sei allen Einzelpersonen und Institutionen gedankt, die uns unterstützt, immer wieder und immer wieder beraten haben – ohne sie wäre es nicht gelungen!

Konzeptentwurf

chronisch mehrfachschwerstgeschädigte drogenabhängige Menschen mit Körperbehinderung

Vorbemerkung

Das deutsche Drogenhilfesystem hat sich in den letzten Jahren zu einer zugangs- und zieldifferenzierten Hilfesystem entwickelt, das für die betroffenen Individuen ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfemaßnahmen vorhält und bestrebt ist auf neue Problemlagen mit adäquaten Hilfeangeboten zu reagieren.

„Komorbidität“ (Mehrfachschädigung / Doppeldiagnosen) sind heute ein wichtiger Bereich der Praxis und der Suchtforschung¹ - neue Behandlungsansätze wurden entwickelt.

Teilgruppen süchtiger Menschen, die aufgrund der Verläufe ihrer (Folge-)Erkrankungen, die das Hilfesystem vor einigen Jahren kaum kannte (z.B.HVC), in den herkömmlichen Angeboten der Drogenhilfe nicht hinreichend betreut/behandelt werden können, sind derzeit allerdings noch unversorgt. Diese Versorgungslücke zu schließen, für die hier von uns fokussierte Teilgruppe der körperbehinderten „mehrfachschwerstgeschädigte chronisch drogenabhängige“, ist die Zielsetzung dieses Konzeptes.

Zielgruppe

Das Projekt LÜSA, Unna, trat als bundesweit erstes Modellprojekt (des Landes NRW) an, um niedrigschwellig und akzeptanzorientiert die Zielgruppe chronisch mehrfachgeschädigter Drogen-abhängiger zu erreichen und sie im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten einer Wiedereingliederung zuzuführen auf der Basis eines Langzeitkonzeptes (bis zu 2 Jahre). Kostenträger für diese Maßnahme ist der überörtliche Sozialhilfeträger (LWL, damals gem. §39 BSHG)

Nach über 7 Jahren Praxis mit einer Zielgruppe, die in ihrer überwiegenden Mehrheit über 40 Jahre alt ist und deren i.V.-Konsum illegalisierter Drogen, wie die polytoxe Abhängigkeit im Durchschnitt bei über 20 Jahren liegt, können wir gesichert feststellen, dass unser Wohnhilfeeinrichtung eine fachliche Feststellungs-, Entscheidungshilfe über Perspektiven bietet – sowohl für Betroffene wie für vermittelnde Einrichtungen.

Die Zielgruppe des Projektes LÜSA unterteilt sich in verschiedene Teilzielgruppen, die unterschiedliche Hilfebedarfe haben:

- eine noch sozialkompetente Teilzielgruppe, fachlich adäquat zu unterstützen Stabilität zu entwickeln und Selbständigkeit-Ressourcen zu erreichen, und sie bei

einem selbständigen Leben zu begleiten („Ambulant Betreutes Wohnen“),

- eine überwiegend psychiatrisch erkrankte Teilzielgruppe sowohl in ihrem Beigebrauchs-Konsummuster wie Sozialverhalten soweit zu stabilisieren, dass sie perspektivisch befähigt werden in die Hilfsangebote der Regelversorgung vermittelt werden zu können und an diesen teilzunehmen (z.B. Weitervermittlung in psychiatrische Wohngruppen der o.ä.),
- eine Teilzielgruppe mit „gleichberechtigt“ ausgeprägte Störungslage (psychiatrisch behandlungsbedürftig, körperlich schwer erkrankt und andauernder hoher Konsumlevel,). Sie verfügen über schlechte Voraussetzungen für ein selbständiges Leben und bedürfen der dauerhaften Begleitung in unterschiedlichen Wohnhilfsangeboten (im Einzelfall auch Sterbebegleitung).

Die aktuelle Aufnahmeplanung zeigt uns, dass in den letzten Jahren eine Teilzielgruppe entstanden ist, die neben der Mehrfachschädigung und chronifizierte polytoxe Abhängigkeit, Verläufe von Folgeerkrankungen erlitten hat, die in Störungen des Bewegungsapparates sowie Amputationen mündeten. Zunehmend muss davon ausgegangen werden, dass diese Gruppe durch ihre „Dreifachdiagnose/Mehrfachschädigung“ zusätzlich zur körperlichen Behinderung massiv und oft dauerhaft behindert ist ein selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft führen zu können.

In der Kooperations- und Vernetzungsbemühungen des Projektes LÜSA hat sich herausgestellt: Die Strukturen des traditionellen Hilfsystems können diese Menschen meist nicht auffangen, schon ohne Körperbehinderung sind sie häufig per Merkmalsdefinition von der Aufnahme ausgeschlossen. Obwohl sie wiederkehrend PatientInnen in den Psychatrien sind, ist dort eine dauerhafte und nachhaltige Behandlung nur selten möglich. Herkömmliche Wohnheime für behinderte Menschen sehen sich mit der Komplexität der Störungen überfordert, in Pflegeeinrichtungen finden sie noch keine Aufnahme. Niedrigschwellige Dauerwohnangebote werden – im Unterschied zu dem Alkoholbereich – immer noch nicht vorgehalten.

Zielsetzung des Hilfsangebotes

Drogenkarrieren der beschriebenen Art ziehen sich über Jahrzehnte. Verhaltens- wie Empfindungsweisen sind tief eingeschliffen und verfestigt. Häufig sind die Verhaltensweisen, die sie als „therapie- oder hilferezistent“ erscheinen lassen, (überlebens-)notwendige Schutzmechanis-

men, die es zu respektieren gilt.

Wiedereingliederung im Sinne des SGB XII ist nicht nur definiert als eine gelingende Wiedereingliederung i.S. der Erreichung einer „selbst- und eigenständigen Lebensführung in der Gemeinschaft“, sondern greift auch für lebenslange / chronische Behinderungen im Sinne einer dennoch-Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Das grundsätzliche Interesse an einem solchen Hilfsangebot kann – neben allgemein humanitären Gründen – auch aus Kostengründen definiert werden. Die angesprochene(n) Zielgruppe(n) tauchen als hochteure Notfallpatienten / innen in den Notfallabteilungen der Krankenhäuser auf, als Entgiftungspatienten/innen in Entgiftungs-Hilfsangeboten, als Dauerpatienten in Psychatrien etc., aber immer nur im Status der „Drehtürpatienten“.

Praxis – Arbeitsgrundlagen

Die Betreuungsarbeit basiert auf den „lösungsorientierten Ansatz“², die sich im Projekt LÜSA bewährt hat. Dieser Ansatz geht davon aus, dass eine problemzentrierte Sicht gerade bei schwer belasteten – oft traumatisierten – Menschen therapeutisch riskant ist, da ihr Denken, Fühlen und Handeln oftmals über viele Jahre durch diese Sicht geprägt ist und Ohnmacht und Hilflosigkeitsgefühle provoziert – zumindest jedoch kontraproduktiv verstärkt. Das Umlenken der Sichtweise auf „Lösungen“ macht den Blick frei auf das, was im Leben gelungen ist. Gleichzeitig setzt dieser Ansatz ein hohes Maß an Akzeptanz voraus, d.h., Tempo, Zielrichtung und Intensität eines Veränderungsprozesses fokussiert die Möglichkeiten/Eigenarten und das Störungsbild des Individuums und bleiben für den Betroffenen selbstbestimmt. Insbesondere für Menschen, die neben den vielen anderen Störungen auch noch in ihrer Mobilität massiv eingeschränkt sind – der fachlich adäquate Weg.

Die Verbesserung der Wahlmöglichkeiten ist u.E. entscheidend: Es geht darum, dass sich die Klienten zwischen „gesundem“ bzw. „gesünderem“ Verhalten und ihrem „traditionellen“ Verhalten entscheiden können, sie kön-



nen ausprobieren, und sie dürfen zurückkehren zu dem Verhalten, in dem sie sich sicherer fühlen (denn nur in dieser Sicherheit, davon gehen wir aus, ist es den meisten BewohnerInnen möglich, Schritte zu unternehmen, sich zu entwickeln, jedoch auch unter Wahrung Ihrer Selbstbestimmung und Würde zu sterben).

(spezifische) Tagesstruktur

Der Selbstversorgungsansatz (kochen, putzen, waschen) ist für die Teil-Zielgruppe der körperbehinderten LÜSA-BewohnerInnen oft nur schwierig umzusetzen. Auch die Beschäftigungsbereiche (Druckerei, Holz-, Fahrradwerkstatt, Garten) sind bewegungsorientierte Tätigkeiten. Unsere positiven Erfahrungen mit dem Vorhalten einer differenzierten Tagesstruktur veranlassen uns ein spezifisches Tagesstrukturangebot für die körperbehinderten KlientInnen zu entwickeln. Neben den positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf (Linderung, Verhinderung von Verschlimmerung etc.) erhöht eine gelingende Tagesstruktur die Haltekraft und schafft damit u.a. auch Stabilisierungseffekte.

Auf diesem Hintergrund begründet die angestrebte Platzaufstockung für körperbehinderte KlientInnen:

- einen größeren behindertengerechten Raum für eine Kreativ-Werkstatt,
- die Notwendigkeit eines ergotherapeutischen Beschäftigungskonzeptes. Zielsetzung ist eine durchlässige Parallel- Tagesstruktur zu schaffen – zu nutzen je nach individueller Diagnose, persönlichen Möglichkeiten und Interessensneigung.

Personelle / baulich-technische / finanzielle Notwendigkeiten

Im Rahmen des mit dem LWL vereinbarten Personal-konzeptes, wird in dem interdisziplinären Team auch die Berufsgruppe Ergotherapie, i.R. der hier beantragten Platzaufstockung, vertreten sein.

Es sollen 5 behindertengerechte Wohnplätze unter Anwendung des vereinbarten Pflegesatzes realisiert werden (im Haupthaus wird ein Platz abgebaut – 1 DZ in EZ umgewandelt).

Wünschenswert für eine passgenaue und praktikable Hilfe wäre ein Neubau auf dem LÜSA- Grundstück mit folgender behindertengerechter Raumkonzeption:

- 4 Einzelzimmer mit eigenem Sanitärbereich, die mit einer gemeinsamen Wohnküche zu einer kleinen "Wohngemeinschaft" zusammengefasst werden,

- 1 kleines Einzelappartement, das sowohl für die Unterbringung von körperbehinderten KlientInnen, von sehr schwierigen z.T. gruppenunfähigen KlientInnen, wie sterbenden BewohnerInnen genutzt werden kann. Daneben bedarf es zusätzlicher Räume für die Tagesstruktur-Angebote (behindertengerecht / barrierefrei):

- großer Gruppenraum (multifunktional nutzbar auch für ergotherapeutische Entspannungsangebote),
- Kreativ-Arbeitsraum.

Die für einen Neubau notwendigen Investitionskosten, sowie die Ausstattungskosten, können nicht vom VFWD e.V. aufgebracht werden, somit ist das Projekt auf Zuwendungen von Ministerien und Stiftungen angewiesen- hier werden wir durch unseren Spitzenverband (AWO Bezirk westliches Westfalen) Unterstützung bei der Antragstellung erhalten.

Antrag

Hiermit beantragen wir die Bewilligung der Ausweitung unserer Platzkapazität um 5 behindertengerechte Plätze- unter Anwendung des mit dem LWL verhandelten Pflegesatzes, zur Umsetzung der hier beschriebenen Konzeption sowie die Zustimmung zu einem Neubau auf unserem Grundstück und Unterstützung bei der Vermittlung des festgestellten erhöhten Bedarfs in den Gesprächen mit der Stadt- und Kreisverwaltung Unna.

Schlussbemerkung:

Dieser spezifische Hilfsansatz betritt "Neuland" und erfordert damit auch veränderte fachliche Betrachtungen:

- diese Zielgruppe entspricht u.E. eher der "klassisch" chronisch behinderter Menschen, die nur noch zu einem sehr geringen Teil eine selbständige Lebensführung erreichen werden,
- Kurzfristige Zielsetzungen von Abstinenz, wie Integration und Wohlverhalten, sind mit dieser Gruppe nicht mehr realisierbar,
- Heilung gerät endgültig in den Hintergrund zugunsten von Linderung/Verhinderung von Verschlimmerung.

Wir folgen mit diesem Antrag den Veränderungen innerhalb unserer Zielgruppe mit dem Ziel der Erhöhung der Passgenauigkeit.

Nach unserem Kenntnisstand würden wir mit diesem spezifischen Hilfe- Angebot auch auf europäischer Ebene innovative Wege gehen.

Dies gibt uns Anlass das Projekt der Europäische Beo-

bachtungsstelle für Drogen und Drogen-sucht (EMCD-DA)³ vorzuschlagen, um einen fachlichen Austausch auf europäischer Ebene an-zustreben – als „Best-Practice“-Vergleich über Reintegrationsaktivitäten für die Gruppe der chronisch mehrfachgeschädigten Drogenabhängigen in Europa.

Wir würden uns im Sinne unserer zu betreuenden Menschen sehr über eine positive Entscheidung Ihrerseits freuen.

Für Rückfragen - auch im persönlichen Gespräch- stehen wir selbstverständlich gern zu Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Anabela Dias de Oliveira
Dipl-Soz.arb., Geschäftsführerin
copyright Anabela Dias de Oliveira – Projekt LÜSA,

Vgl. zusammenfassend: M. Krausz, Aktuelle Tendenzen in der internationalen Suchtforschung, in: Hans Gros / Redation Naturwissenschaften (Hrg.), Rausch und Realität (Neuaufgabe), Stgt. 1998, Bd. 3, S. 221 f.

² Vgl. Insoo Kim Berg Norman H. Reuss, Lösungen Schritt für Schritt. Handbuch zur Behandlung von Drogenmissbrauch, Dortmund 1999, auch: Steve DeShazer, '...Worte waren ursprünglich Zauber'. Lösungsorientierte Kurztherapie in Theorie und Praxis, Dortmund 1998

³ Vgl. „Drogen im Blickpunkt“ – Reihe Kurzinformationen zur Drogenpolitik (EMCDDA, Lissabon) nr. 14



BASISFÖRDERUNG - INVESTIV

Finanzierungsplan zu Ziffer V des Antrags auf Basisförderung

Angaben zum Finanzierungsplan des Vorhabens

Erwerb, Bau, Umbau, Ausstattung / Inventar und Befindungsbedingte Mehrkosten

Nr.	Bezeichnung	in €	Anteil in %
1.1	Öffentliche Zuschüsse		
	Kommune	€	
	Land	€	
	Bund	€	
	EU	€	
1.2	Öffentliche Darlehen		
	Kommune	€	
	Land	€	
	Bund	€	
	EU	€	
1.3	Sonstige		
	Stiftung / Wohlfahrtsverbände	€	
1.4	Eigenmittel		
	Neu Eigenmittel	€	
	Eigenleistung	€	
	private Förderorganisationen	€	
1.5	Hypotheken / Darlehen		
	Sonderkassen (Vorfälle bis 4,5% Tilgung 15%)	€	
	Vorrück - LVR / Pfandkassen, Betriebskassen	€	
1.6	Deutsche Behindertenhilfe - Aktiver Mensch		
	beantragter Zuschuss: Aktiver Mensch	€	
1.7	Stellung deutsche Behindertenhilfe		
	Mittel des zu beantragenden Kapitalmarktkontos	€	
	Gesamtbeitrag	€	

Sollten Sie im Finanzierungsplan des Antragsformulars bitte nur die Finanzierungsmittel angeben, die Sie beantragen. Bei Sachverhalten mit mehreren Bauabschnitten oder wenn der Aktive Mensch nur Teile des Vorhabens fördert, stellen Sie bitte ein Teilfinanzierungsplan (z.B. in Excel) dar, den Sie als Anlage beifügen. Der Teilfinanzierungsplan muss nachvollziehbar erkennen lassen, wie er sich aus dem Gesamtfinanzierungsplan ableitet.

ANTRAG AUF BASISFÖRDERUNG



Pläne und Perspektiven

Dem stetig wachsenden Wunsch der KlientInnen nach Tagesstrukturangeboten und der guten Annahme unserer Produkte durch die BürgerInnen und die Institutionen in Unna, versuchten wir gerecht zu werden, suchten nach größeren Räumlichkeiten und wurden fündig.

Nach den Sommerferien haben wir mit der umfassenden Renovierung unseres neuen grossen Mietobjektes begonnen - in der Friedrich-Ebert Str. 2, fußläufig 2 Minuten vom LÜSA-Haupthaus entfernt.

Der ehemalige Kornspeicher Unnas, wird ab Ende 2008 zu unserer neuen Tagesstrukturzentrale (mit besonderem Fokus auf die „BeWo“-KlientInnen) und neue „Bleibe“ für:

- Baby & Kindersecondhand-Laden „LÜ-LA“
- Antikladen & Antikwerkstatt,
- die „BeWo“-Büros,
- die LÜSA-Sitzungsräume,
- das stationäre Einzelwohnen „SEWO“ - 1 Platz,
- die „BeWo“-WG - 3 Plätze,
- Lagerräume,
- Hof

Wir freuen uns über das schöne Haus voller Atmosphäre und mit Wachstumspotential, dass mit den geringeren Entfernungen zum Haupthaus die Anleitung, die Kommunikation unter den verschiedenen LÜSA-Angeboten einfacher wird, somit weniger Zeit beansprucht und last but not least die Erreichbarkeit auch für die weniger leistungsfähigen BewohnerInnen leichter wird.

Alternde Drogengebraucher

Fakten: Zielgruppe

Die von LÜSA aufgenommene Zielgruppe beinhaltet von Beginn an Teilzielgruppen, die aufgrund ihrer psychischen oder/und körperlichen Störung dauerhaft behindert sind und auch langfristig nicht mehr in der Lage sein werden, selbständig zu wohnen / zu leben.

Auf die Gesamtlaufzeit bezogen, gehören 31% der aufgenommenen Personen zu dieser Teilzielgruppe der dauerhaft behinderten Menschen.

17,4% disziplinarische Entlassung / Abbruch,
26,1% in andere Hilfeeinrichtungen vermittelt,
8,9% in selbständiges Wohnen vermittelt (z.T. mit „Ambulant Betreutes Wohnen“)

Die uns vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass diese Gruppe(n) künftig zunehmen werden.

Hier ein kurzer Überblick über die gesamte Teilzielgruppe:

- 34,43% Frauen,
- 65,57% Männer,
- 69,77% über 45 Jahre alt,
- 30,23% über 35 Jahre alt,
- 52,17% über 25-jährige Drogenkarriere,
- 39,13% unter 25-jährige Drogenkarriere,
- 8,7% über 20-jährige Drogenkarriere,
- 30,43% psychische Störung / Erkrankung im Vordergrund,
- 69,57% physische Störung / Erkrankung im Vordergrund,
- 94,89% HEP-C positiv,
- 34,8% anerkannte Schwerbehinderte,
- 24,9% stehen unter gesetzlicher Betreuung,
- 78% mit JVA-Erfahrung
- 8,7% an HIV/HEP C-Folgen verstorben,

Problemskizzierung

Die bisherigen Erfolge einer an Harm Reduction orientierten akzeptierenden Drogenarbeit dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass langjährige Opiatgebraucher, trotz fortschreitender Lebenserwartung, unter den weiterhin gegebenen strukturellen Bedingungen repressiver Drogenpolitik vielfach noch immer unter enormen physischen, psychischen und sozialen Problemlagen leiden. Infektionskrankheiten wie Hepatitis und HIV/AIDS belasten den „Idealtypus Drogengebraucher“ gleichermaßen wie körperliche Behinderungen, z.B. Gliedmaßenverlust (Amputation, die aufgrund eines venösen Verschlusses durch die gängige Praxis der intravenösen Applikation von Tabletten erforderlich sein kann), schwere Persönlichkeitsstörungen und soziale Desintegration:

Der kleine Kreislauf von (illegaler) Geldbeschaffung (inkl. Prostitution), Drogenerwerb, Drogenkonsum - im Gegensatz zum großen Kreislauf, der ebenso Wohnungslosigkeit, Inhaftierung, Entgiftung, Therapie, etc. einschließt - trägt, in Abhängigkeit der Zeitdauer und Intensität, zu einer Verfestigung szenetypischer Verhaltensweisen (Resignation, Schwierigkeiten beim Aufbau von Vertrauen, Verlust der Steuerungsfähigkeit, etc.) bei. Aufgrund der Illegalität ihres Lebensalltags und des permanenten Beschaffungsdrucks sind oftmals die sozialen Beziehungen von Drogenkonsumenten zu ihren Eltern/Angehörigen abgebrochen bzw. gestört, eigene Kinder in Obhut des Jugendamtes, Schul- bzw. Berufsausbildungen frühzeitig abgebrochen und der Berufseinstieg verhindert worden. Sozialkontakte werden überwiegend zu Angehörigen der Drogenszene unterhalten.

Herausfallen aus dem Netz der Hilfsangebote

Der ewige Mythos von dem „immer jünger werdenden Drogenkonsumenten“ scheint sich hartnäckig und doch unbemerkt in den Köpfen derjenigen festzusetzen, die in der Drogenhilfe tätig sind. Liegt in dieser Suggestion vielleicht der Grund dafür, blind und unbedacht an der alten Generation vorbeizublicken, ohne sie bewusst wahrzunehmen? Aufgrund der geringen epidemiologischen Relevanz des illegalisierten Drogenkonsums im höheren Alter konzentrieren sich Öffentlichkeit, Gesundheitspolitik und fachliches Interesse eher auf alkohol- und medikamentenabhängige Personen. So stellt bspw. die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) das Jahr 2006 unter das Motto „Alter und Sucht“, bezieht sich dabei aber lediglich auf legalisierte Substanzen (Alkohol, Medikamente, Tabak). Alte Konsumenten illegalisierter Substanzen werden nicht berücksichtigt.

Es scheint, dass ausschließlich Personen, auf die die Attribute „jung und süchtig“ oder „alt und süchtig nach legalen Substanzen“ zutreffen, unterstützende Hilfsangebote beanspruchen können.

Drogenhilfe im Umbruch

Drogenarbeit geht durch die Entwicklung der Generation der „neuen Alten“ in ein unbekanntes Feld, doch dieses sollte nicht als unlösbares Problem, sondern vielmehr als Herausforderung verstanden werden,

der bereits in ihren Besonderheiten bekannten Zielgruppe der Drogenkonsumenten eine Chance auf individuelles und ein besseres Leben im Alter zu bieten.

Spezielle Seniorenwohnheime für (substituierte) Drogengebraucher

Wenn der Anstieg des Lebensalters von Drogenkonsumenten auf der Grundlage erfolgreich umgesetzter Harm-Reduction-Strategien im Rahmen akzeptanzorientierter Drogenarbeit basiert, wäre es doch nur human, die alten Konsumenten in ihrem letzten Lebensabschnitt nicht einem ungewissen Schicksal zu überlassen.

Nicht nur die Drogenhilfe an sich steht vor der Herausforderung älter werdender Drogengebraucher. Sowohl der Strafvollzug als auch der Maßregelvollzug haben zunehmend mit alternden Menschen zu tun. Da über 30% drogengebrauchende Menschen „einsitzen“, wird sich auch hier zwangsläufig mit der Frage nach der Betreuung von älteren und alten Drogenkonsumenten auseinandergesetzt werden müssen.¶

Kristin Ebert (Dipl.-Sozialpädagogin) & Sabine Sturm (Soziologin, M.A.)
INDRO e.V.

www.indro-online.de/Ebert3_06.pdf

ISSN 1861-0110

Kein Platz für ältere Abhängige?

Amerikanische Drogeneinrichtungen schlugen bereits im Herbst vergangenen Jahres Alarm: 1,7 Millionen der US-Baby-Boomer, die nach dem Zweiten Weltkrieg zur Welt kamen, sind drogenabhängig. Auch ein amerikanischer Gesundheitsbericht spricht davon, dass die Zahl der Drogenabhängigen zwischen 50 und 59 Jahren ansteigt. Das hieße zwar nicht, dass immer mehr Menschen Suchtgift nehmen, aber immer mehr Abhängige erreichen ein höheres Alter.

Im Bundesstaat New York haben sich die Verantwortlichen bereits Gedanken über die neuen Anforderungen gemacht und an der Drogeneinrichtung „Odyssey House“ ein „ElderCare“-Programm für Drogenabhängige über 55 Jahren geschaffen. 75 Menschen leben heute im Rahmen dieses Programms an einer New Yorker Klinik. „Die ansonsten angebotenen Therapien waren einfach nicht für ältere Abhängige geeignet“, berichtet dazu Dr. Robert Raicht vom Odyssey House. Er verweist auch auf die medizinischen Besonderheiten: Ältere Drogenabhängige leiden an den gleichen Beschwerden wie auch andere Menschen ihres Alters, „doch für Drogenabhängige können Übergewicht, hoher Blutdruck und Diabetes schnell tödlich sein“, meint Raicht. „Das Risiko schwerer Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist bei älteren, aber auch bei jüngeren Drogenabhängigen gegeben“, ergänzt dazu Halmayer. „Allerdings denken viele Mediziner bei einem Herzinfarkt im Alter wohl kaum an einen möglichen Substanzkonsum.“ So kann Kokain unabhängig von Dosis und Dauer des Gebrauchs zu Spasmen in

den Herzkranzgefäßen führen. „Zugleich kommt es durch die antriebssteigernde Wirkung des Kokains zur Erhöhung von Herzfrequenz und Blutdruck. In Folge der relativen Unterversorgung mit Sauerstoff steigt das Risiko eines Myokardinfarkts bei einem möglicherweise schon vorgeschädigten Herzmuskel enorm.“

¶

Christina Lechner

© MMA, Geriatrie Praxis 01/2007

Eine weitere positive Entwicklung freut uns sehr:

nach vielen Jahren der Diskussion, Prozeß der Konzeptentwicklung und –Beantragungsprozesses entstand in 2008 erstmalig zukunftsweisende Bewegung beim LWL, bezüglich unserer Beantragung eines Dauerwohn-Angebotes.

Wir hoffen bald mit einer Bewilligung rechnen zu können, würde dies für viele KlientInnen eine sehr beunruhigende Lebensfrage klären: „was wird mit mir im Alter?“

Diese Fragestellung ist jedoch der kräftigste Beweis für den Erfolg niedrigschwelliger Ansätze – sie erhalten Leben und Lebende sind halt irgendwann alt!

Die Arbeit mit DrogenkonsumentInnen/Drogenabhängigen war & bleibt spannend & herausfordernd !

Es gibt immer noch viel zu tun!

Wir machen es Schritt für Schritt wie unsere KlientInnen und mit unseren KlientInnen!



Inhalt

Einleitung und Danksagung	8	Gemeinwesenorientierung	104
Verein und Vorstand VFWD e.V.	9	Spender und Spendennehmer	105
Entwicklung und Chronik	10	Feste, Basare, Veranstaltungen	110
Grundlagen	15	Deine Stimme gegen Armut - DSGA	113
SGB II - Hartz IV und die Auswirkungen	15	Rent-a-Randgruppe	114
Konsenspapier	22	10 Jahre LÜSA	115
DHS e.V. und Akzept e.V.	22	Arbeitstagung „Integration ist machbar“	121
Niedrigschwellige Drogenhilfe	27	Statistik	126
Die Zielgruppe	31	Veränderungen	130
„Chronisch mehrfach schwerstgeschädigt“	32	Medizinalisierung	133
- was heißt das eigentlich?	32	Chronologie Modellprojekt	134
BewohnerInnen über sich	33	Häufig gestellte Fragen	135
Konzeption	37	Wissenswertes	140
Aufnahme bei LÜSA	41	Ersatzstoffbehandlung	144
Wir „Lüsiener“	42	...und Psycho-Soziale Betreuung (PSB)	146
Grundüberzeugungen und Regeln	44	Der neue Baustein	147
LÜSA-Angebote -	46	Pläne und Perspektiven	151
Stationär und ambulant	46		
Kurzbeschreibung des Projekts -			
Konzept Haupthaus	48		
Tagesstruktur und Selbstversorgungsansatz	56		
Beschäftigungsbereich	58		
Ergotherapeutischer Bericht	59		
Gruppen oder „reden und mehr“	61		
Tagebuch Interferonbehandlung	67		
Auszüge aus dem LÜSA-Kochbuch	74		
Freizeit, Sport und ...	76		
Ferienfahrten	78		
Der Alltag	79		
LÜSA - und danach?	82		
BEWO-Konzeption	85		
Wir tun mehr von dem, was wirkt!	89		
Abschied und Sterben	90		
Das Team	98		
Fundraising im Projekt LÜSA	99		
Fort- und Weiterbildung	100		
LÜSA als Ausbilder und Arbeitgeber	101		
Kooperation und Vernetzung	102		
Das Miteinander in Unna	104		

DEINE STIMME GEGEN ARMUT



- Weltweit stirbt alle 3 Sekunden ein Kind an den Folgen extremer Armut!
- 30 Prozent Anstieg der HIV-Neuinfektionen 2007 in Deutschland!
- 351 Euro im Monat für ein menschenwürdiges Leben in Deutschland!
- In Deutschland ist jedes fünfte Kind arm.
- Armut hat viele Gesichter.
- Für DrogenkonsumentInnen bedeutet dies auch Kürzungen im Hilfesystem.



www.deine-stimme-gegen-armut.de

LÜSA ist dabei!



**Projekt LÜSA
Platanenallee 3
59425 Unna**