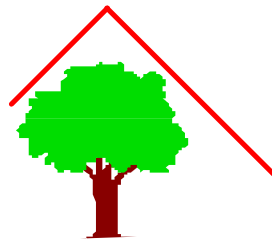


Langzeit
Übergangs- und
Stützungs-
Angebot



Platanenalle 3
59425 Unna
02303 – 23410

projekt-luesa@t-online.de

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

Kurzbeschreibung des Projekts

DER VORSTAND DES VFWD e. V.

DR. JÜRGEN HARDT, HAMM

substituierender Arzt

BIRGIT CASTONGUAY, HAMM

Sozialpsychiatrischer Dienst Gesundheitsamt Dortmund

INGEBORG SCHLUSEMANN, AMSTERDAM

Direktorin AMOC Amsterdam

GÜNTER JONASSOHN, HAGEN

Leiter des Suchtbehandlungszentrums Elsey

GESCHÄFTSFÜHRERIN

ANABELA DIAS DE OLIVEIRA, UNNA

Diplom-Sozialarbeiterin

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 Auf- und 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 Hilfe-einrichtungen 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 Präzision 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, gemeindenahе Therapien usw.), pädagogische WG's,
- teilstationäre Therapien,
- verschieden ausgerichtete Zwischenstufen (Übergangs-WG'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 allengilt unser Dank.

¹ SCHACKE, J., Suchtkrankenhilfe, in: BOCK, Th., WEIGEND, H. (Hrg.) Handwerksbuch Psychiatrie, Bonn 1991 (Psychiatrie-Verlag), S. 361

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, Gemeindenähe, Frauentherapien, usw.).

Im niedrigschwelligen "Unterbau" fehlten 1996 – das Jahr der Beantragung des LÜSA-Landesmodellprojektes) 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 bedingen 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 depravierten ("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 *ambulant-* 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 Rückfallvorbeugungsmodellen,

- 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 Entlohten und Nicht-entlohten 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)

² vgl.: WESSEL, Th., Im „Bermuda-Dreieck“. Patienten zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe, in: INSTITUT FÜR KOMMUNALE PSYCHIATRIE: Auf der Straße leben. Bonn 1996 (Psychiatrie-Verlag), S. 88 f.

- 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 erkranken 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/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 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 betreibbare 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 einer 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 Klein-WG fußläufig zum Haupthaus. Konzeptionell verbindliches Tagesstrukturangebot Beschäftigung in den LÜSA-Werkstätten / Arbeitsangebote bzw. in Einzelfällen auch Orientierungstrainings in Betrieben, Vermittlung in Praktika Zusatzarbeitsgelegenheiten „1,-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 Rahmen 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 selbständig /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 selbständigen 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, Ex-UserInnen, 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 Inhouse-Schulung des FPI „Arbeit mit mehrfachgeschädigten, drogenabhängigen Menschen“ durchgeführt.

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