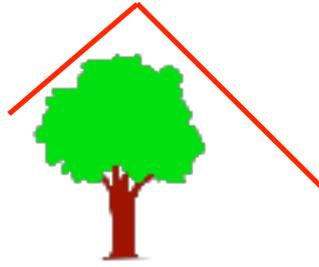


*Projekt*

**L**angzeit  
**Ü**bergangs- und  
**S**tützungs-  
**A**ngebot



Platanenallee 3  
59425 Unna  
Tel. 02303/23410  
Verwaltung /253611  
Geschäftsf./2536133  
und 01729550586  
Fax 02303/2536122

[www.luesa.de](http://www.luesa.de)  
[projekt-luesa@t-online.de](mailto:projekt-luesa@t-online.de)

Projekt LÜSA, Platanenallee 3, 59425 Unna

September 2010 / März 2011

*Dauerwohneinrichtung*  
*„stationäres Wohnen“*  
*für*  
*alternde chronisch Drogenabhängige*

*Konzeptentwurf*  
*für ein*  
*„Junkie-Seniorenwohnheim“*

---

Ein Projekt des **V**ereins zur **F**örderung der **W**iedereingliederung **D**rogenabhängiger (**VFWD**) e. V.,  
UnnaVorstand: Dr. Jürgen Hardt, Birgit Castonguay, Ingeborg Schlusemann, Günter Jonassohn  
Geschäftsführerin: Anabela Dias de Oliveira  
Korporatives Mitglied der **AWO** Bezirk Westliches Westfalen und  
Mitglied im **akzept** e.V.- Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik  
**Spendenkonto 6940**, BLZ 44350060, Sparkasse Unna

## **1. Bedarf ●**

### **1.1. Beschreibung der Ausgangssituation**

Das Projekt LÜSA, Unna, trat als bundesweit erstes Modellprojekt (des Landes NRW) an, um die Zielgruppe *chronisch mehrfachgeschädigter Drogenabhängiger* zu erreichen und hat seit 1997 über 340 chronifiziert drogenabhängige Frauen und Männer mit Mehrfachschädigungen begleitet.

Viele unserer KlientInnen sind aufgrund ihrer schwerwiegenden Erkrankungen während und nach der Betreuung durch LÜSA verstorben.

Der breite und erfolgreiche Einsatz niedrigschwelliger Drogenhilfeangebote jedoch hat in hohem Maße ermöglicht, dass auch eine langjährige chronifizierte Drogenabhängigkeit überlebbar ist. Dennoch sind die gesundheitlichen Schädigungen, die soziale Entwurzelung häufig ein nicht zu überwindendes Wiedereingliederungshemmnis.

Alle wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen zudem bei dieser Zielgruppe eine *Voralterung* von ca. 15 Jahren, so dass ein Großteil der Menschen in dieser Zielgruppe sich im „Senioren-Alter“ befindet – mit allen eher alterungsbezogenen Erkrankungen.<sup>1</sup>

### **1.2. Begründung der Notwendigkeit des Angebotes**

Die Unvereinbarkeit dieser in der Regel schwer deprivierten Menschen, die ihr Leben in einer hoch identitätsstiftenden Parallelwelt verbracht haben mit anderen Senioren läßt eine Unterbringung in klassischen „Senioren-/Altersheimen“ meist nicht zu.

Der spezifische Hilfebedarf dieser Zielgruppe begründet die Notwendigkeit eines innovativen Spezialangebotes in welchem Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Arbeitsfeldern niedrigschwellige Wiedereingliederungshilfe für drogenabhängige Menschen und Altenhilfe zusammenfließen sollten um bestpractice-Modelle zu entwickeln. LÜSA arbeitet seit Jahren mit diesen Menschen und stellt sich der Herausforderung für die hier beschriebenen Teil-Zielgruppe i.R. des WTG ein innovatives paßgenaues Wohnhilfeangebot zu entwickeln.

### **1.3. Beschreibung der Zielgruppe**

Die Mehrheit der *zukünftigen* Bewohner des „Dauerwohnheimes“ wird sich aus langjährigen LÜSA-BewohnerInnen zusammensetzen, die aufgrund Ihrer schwerwiegenden multiplen Störungen in dem derzeitigen Setting, welches Wiedereingliederung i.S. einer Verselbständigung/Auszug in selbständiges Wohnen/Leben zum Ziel hat, fehlplatziert sind. Dies sind:

- Drogenabhängige mit hoher Entwurzelung und weitgehendem Verlust der Steuerungsfähigkeit, die als chronisch behindert gesehen werden müssen und nicht mehr in der Lage sind / sein werden, selbständig zu leben.
- Drogenabhängige mit chronifizierten Suchtverläufen, die aufgrund ihrer langen Suchtkarriere, ihrer psychischen/psychiatrischen Störungen und ihres *Alters* auch langfristig nicht in der Lage sein werden selbständig zu leben.
- schwer somatisch erkrankte (z.T. auch körperlich behinderte) Drogenabhängige mit deutlich eingeschränkter Lebenserwartung, die jedoch auch mittelfristig nicht in der "Sterbephase" sein werden.

Die adäquate Betreuung dieser (Teil-)Zielgruppen ist u.E. eher vergleichbar mit der von chronisch behinderten Menschen (die in Teilen ggf. auch der Pflege bedürfen).

---

<sup>1</sup> vgl. <http://www.sddcare.eu/> sowie [http://www.fh-frankfurt.de/de/forschung\\_transfer/institute/isff/projekte/sddcare.html](http://www.fh-frankfurt.de/de/forschung_transfer/institute/isff/projekte/sddcare.html)

## 2. Zielsetzung

### 2.1. Ein- und Ausschlusskriterien ● Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen

Wiedereingliederung im Rahmen des SGB ist nicht *nur* definiert als 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 Gemeinschaft .

Hier sind damit gemeint: Erwachsene mehrfachscherstgeschädigte erkrankte und alternde chronisch drogenabhängige Menschen, die nicht mehr in der Lage sind eine Verselbständigung zu erreichen, die ihnen ermöglicht mit dem Hilfeangebot „Ambulant Betreutes Wohnen“ selbstbestimmt/selbständig wohnen und leben zu können.

In dem aufzubauenden Dauerwohn-Angebot ist ein *Verbleib bis zur letzten Lebensphase möglich – auch das würdevolle Sterben* in der vertrauten Umgebung / ihrem Zuhause, begleitet von dem vertrauten „professionellen Familienersatz“, somit werden alle notwendigen dauerhaften auch pflegerischen Hilfen zur Bewältigung des Alltags ggf. auch über die Einbindung von externen Pflegediensten (vergleichbar mit Seniorenwohnanlagen) vorgehalten.

Das Konzept *grenzt* sich jedoch ab von Pflegeheim-Konzepten, die gem. SGB XI Dauerpflege bis Pflegestufe 3 anbieten, sowie von Hilfeangeboten gem. SGB XII §67.

### 2.2. Patienten-/Klientenbezogene Sicht

Das Leben der beschriebenen Zielgruppen ist gesundheitlich ruinös, von vielfältigen letalen Risiken bedroht und von vielfältigem Leiden begleitet. Die Erfahrungen häufigen Scheiterns, von Stigmatisierung und massiver Ausgrenzung machen sie mutlos, resigniert oder hochgradig überempfindlich gegenüber der helfenden Motivation von Menschen und Institutionen im Hilfesystem. Ihre Drogenkarrieren ziehen sich häufig über Jahrzehnte, Verhaltens- wie Empfindungsweisen sind tief eingeschliffen und verfestigt. Häufig sind die Verhaltensweisen, die sie als "therapie- oder hilferesistent" erscheinen lassen, (überlebens)notwendige Schutzmechanismen, die es zu respektieren gilt.

Das subkulturelle Leben im Millieu – mit anderen Anforderungen, Gesetzmäßigkeiten wie auch die vielfältige Konfrontation mit totalen Institutionen (JVA, Psychiatrie) und isolierten Lebenssituationen, kurz viele Extremsituationen aber auch ein völlig anderer Alltag, der geprägt war von:

- Illegalität, Kriminalisierung, Stigmatisierung
- Prostitution, Beschaffungskriminalität, Psychiatrie, Haft
- anderer Sprache
- anderem *Humor*
- anderer Rauscherfahrung
- anderer Kleidung und *Musik*
- anderer *Lautstärke*
- anderem Wohnstil-, und Raumbedarf
- anderen Fähigkeiten, Unzulänglichkeiten

### **3. Realisierung ●**

#### **3.1. Politik / Öffentlichkeit**

Die sehr gute politische Absicherung und öffentliche Verankerung und die gesammelten Erfahrungen des Projektes LÜSA können hier genutzt werden. Möglicherweise werden gegenüber der Realisierung des Projektes, wie seinerzeit bei LÜSA Bürgerinitiativen entstehen, daher ist es besonders wichtig, im Vorfeld den Bereich der Politik / Verwaltung zu informieren und zu beteiligen.

#### **3.2. Technische / finanzielle Notwendigkeiten**

Wir freuen uns, dass ein Investor vor Ort mit einem Investorenmodell die Umsetzung dieses innovativen Wohn-Hilfeangebotes mit 14 - 16 Wohnplätzen (incl. sog. Krisen-Notbetten) *ohne* öffentlichen Mittelzuschuss möglich macht – letztlich aus unserer Sicht auch eine Bestätigung für das „angekommen-sein“ im Gemeinwesen Unna.

#### **3.3. Größe, Lage und Struktur der Einrichtung**

Die gesamte Einrichtung *muss* den Ansprüchen von Barrierefreiheit/ Behindertengerechtigkeit sowie den WTG-Standards entsprechen.

Die Lage der Dauerwohn-Einrichtung ist bewußt „szenefern“ gewählt, am Ortsrand von Unna eher dörflich gelegen. Der Stadtteil Unna Hemmerde-Dreihausen ist über ÖPNV erschlossen und verfügt auch über einen Bahnhof.

Das Miet-Objekt, ein ehemaliges Kurzzeitpflegeheim, ist barrierefrei/behindertengerecht, da außer dem Keller alle Räume ebenerdig sind. Es befindet sich in einem weitläufigen schön angelegtem Gartengrundstück mit eigenem Teich in einer landschaftlich schönen ruhigen Felder-, und Wald-Umgebung.

Der notwendig Umbau/Modernisierung wird in einem Investorenmodell nach dem konzeptionellen Raumbedarf der Einrichtung und den Bauamtsvorgaben umgesetzt und bezugsfertig an unseren Träger langfrisitg vermietet.

Der Hemmerde-Ortskern mit Geschäften des täglichen Bedarfes (darunter auch ein Nahversorger - ein Integrationsbetrieb mit Inklusionsarbeitsplätzen in Trägerschaft der Caritas) ist 1,5 Km entfernt. Neben den öffentlichen Verkehrsmitteln wird 2xtäglich von der Einrichtung ein Shuttle-Dienst vorgehalten, zum Ortskern, wie auch zu den Tagesstrukturangeboten und dem Stammhaus in Unna.

#### **3.4. Räumliche Ausstattung**

Die Dauerwohn-Einrichtung bietet für 14 BewohnerInnen *14 Einzelzimmer* mit eigenem privaten Sanitärbereich (barrierefrei/behindertengerecht), die jeweils einen eigenen Zugang zu dem Garten haben. Zwei Zimmer sind so großzügig, dass ggf. auch Paare aufgenommen werden können. Darüber hinaus können 2 Krisen-Notbettzimmer vorgehalten werden (davon kann ein Zimmer auch als Besucherzimmer genutzt werden).

Angrenzend an die Küche befindet sich der *Gemeinschaftsräume*-Trakt, der beide Wohnbereiche des Gebäudes miteinander verbindet, hier werden verschiedene helle freundliche Räume für das „soziale Leben“ vorgehalten (1 Esszimmer, 2 Wohnzimmer und ein Wintergarten) auch diese Räume haben eine direkte Verbindung zu dem Garten.

Die *Büro-Räume* (Dienstbüro, Gesprächszimmer, Nachtdienstzimmer und Sanitärbereich) befinden sich gegenüber des Gemeinschaftsbereichs direkt im Haupteingangsbereich der Einrichtung, so dass einerseits eine nahe und niedrigschwellige Kontaktebene zum Team möglich ist, andererseits die zielgruppenspezifische Kontroll-Bedarfe für das Team gut umzusetzen sind.

Darüber hinaus sind in dem Objekt zwei große multifunktionale *Tagesstrukturräume*

realisierbar (ein Raum wird dem Therapie-/Snoozelen-/Entspannungsbereich, der andere überwiegend dem Bereich „kreatives Gestalten“ vorbehalten sein). Neben dem Küchen-Lager im Erdgeschoß bietet auch der Keller große Lagerräume.

Weitere Details zur räumlichen Ausstattung müssen im Rahmen der konzeptionellen Ausgestaltung ggf. unter Einbeziehung neuerer (Forschungs-) Erkenntnisse in diesem innovativem Helfesektor erarbeitet werden.<sup>2</sup>

### **3.5. Ausstattung mit medizinisch-technischem Gerät und Hilfsmitteln**

Ein Pflegebad mit Snoozle-Angebot sowie jeweils ein „Pflege/Hygiene-Raum“ und ein „Unreine-Raum“ werden vorgehalten.

Die Verkehrsflächen der gesamten Wohn-Einrichtung sind barrierefrei und mit einem Handlauf ausgestattet. Alle Räume (auch die Bewohner-Zimmer) verfügen über eine Notruf-, sowie über eine Brandmeldeanlage.

## **4. Personal ●**

### **4.1. Personelle / baulich-technische / finanzielle Notwendigkeiten**

Es sollen 14 - 16 stationäre Wohnplätze (incl. Krisen-Notbetten) realisiert werden.

Aus unserer Sicht ist der, in den anderen stationären Wohnhilfeangeboten des Projekt LÜSA umgesetzte Finanzierungsrahmen, (Fach-**Personalschlüssel/Einzel- Betreuungsverhältnis**) geeignet, damit das vorgesehene Konzept mit einer angemessen qualifizierten 24h-Präsenz, umgesetzt werden kann.

Das Personal der stationären Einrichtung ist *interdisziplinär* zu besetzen (SozialarbeiterInnen, Kranken-/AltenpflegerInnen, Ex-UserInnen, Heil-ErziehungspflegerInnen, ErgotherapeutInnen, HauswirtschafterInnen etc.).

### **4.2. Personelle Ausstattung**

Das gut erprobte interdisziplinäre Personalkonzept des Projektes LÜSA wird auch in dieser Teileinrichtung Anwendung finden, jedoch wird für den „24h-Betrieb“ im Vergleich zu den bisherigen Wohnhilfen ein größerer Fokus auf Kranken-, und Altenpflege gelegt werden (wünschenswert wären berufsfeld-erfahrene MitarbeiterInnen mit Doppelqualifikation, die folgenden Personalrahmen darstellen könnten):

Sozialarbeit	2,50	Vollzeit-Stellen (incl. Leitung)
Krankenpflege	1,50	Vollzeit-Stellen
Altenpflege	1,50	Vollzeit-Stellen
Heil- und Erziehungspflege	1,50	Vollzeit-Stellen
Ergotherapie	1,00	Vollzeit-Stellen
Hauswirtschaft	0,75	Vollzeit-Stellen
Verwaltung	0,50	Vollzeit-Stellen
Hilfskräfte (Freiwilliges Soziales Jahr u.ä.)	3,00	Vollzeit-Stellen

### **4.3. Fort- und Weiterbildung**

Die in den bereits bestehenden Teileinrichtungen verankerten Fortbildungsleitlinien finden auch hier Anwendung:

- monatliche psychiatrische Fallsupervision (Lösungsorientierter Ansatz)
- monatliche Team-Supervision sowie regelmäßige kollegiale Intervision

---

<sup>2</sup> vgl. Suchtmagazin (03/2010): Ausgabe „Sucht im Alter“, Kreuzlingen (CH): Eigenverlag

- Teilnahme an örtlichen, regionalen, landes-, bundesweiten Arbeitskreisen/Verbänden
- Teilnahme an Jahrestagungen des LWL /Koordinationsstelle u.a. Fach-Tagungen
- Hospitationen in anderen sozialen bzw. medizinischen Einrichtungen
- min. jährliche Inhouse-Schulung 1. Hilfe bei Überdosierungen
- kontinuierliche Fortbildung mit der AIDS-Hilfe „safe sex/safe use“
- regelmäßig mehrjährige Team-Inhouseschulungen (aus dem Bereich integrative Therapie bzw. „PEGPAK/KISS-Wiedererlangung der Konsumkontrolle“)
- mehrjährige Ausbildung „Lösungsorientierter Ansatz“
- speziell für das Dauerwohnen werden zusätzlich Fort-und Weiterbildungen angeboten:  
im Bereich Entspannungs-,Snoezelen-Angebote sowie für den Arbeitsbereich Kranken-/Altenpflege,

#### **4.4. Qualitätssicherung**

Die neue Teileinrichtung wird ebenso wie die bereits bestehenden Teileinrichtungen mit einem „Dialogischen Qualitätsmanagement“ arbeiten.

### **5. Konzeptansatz ● *Betreuungs- und Pflegekonzept***

#### **5.1. Arbeitsgrundlagen**

Die Arbeit auf der Basis des "lösungsorientierten Ansatzes"<sup>3</sup> hat sich im Projekt LÜSA bewährt. Dieser Ansatz geht davon aus, dass eine problemzentrierte Sicht gerade bei der hier angesprochenen Gruppe therapeutisch riskant ist, da das Denken, Fühlen und Handeln dieser Menschen oftmals über viele Jahre durch diese Sicht geprägt ist und Ohnmacht und Hilflosigkeitsgefühle provoziert - zumindest jedoch kontraproduktiv verstärkt. Das Umlenken des Blickes auf Wahlmöglichkeiten (zwischen "gesundem" bzw. "gesünderem" Verhalten und ihrem "traditionellen" häufig drogenbezogenen Verhalten) sowie die Fokussierung auf "Lösungen", die erst den *Blick „frei machen“* auf das, was im Leben *gelingen* 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 bleibt für den Betroffenen selbstbestimmter – dies schließt in letzter Konsequenz jedoch auch die Akzeptanz der „nicht-mehr-Veränderbarkeit“ ein.

Die ggf. perspektivisch notwendig werdenden *pflegerischen* Arbeitsanteile müssen entwickelt werden und ein eigenständiges, gleichberechtigtes Gewicht neben den *sozialarbeiterisch-therapeutischen* haben. Zum Standard der medizinischen Versorgung der Einrichtung wird, wie bereits im Projekt LÜSA, *Substitutionsbehandlung* perspektivisch ggf. auch Originalstoffvergabe<sup>4</sup> gehören – das schafft die Grundlage für die Herausbildung von Compliance, um weitergehende Behandlung sicher zu stellen.. Neben den gesundheitsstabilisierenden Aspekten für die Betroffenen, stellt sie auch einen wichtigen Schutz gegenüber dem Überhandnehmen von Szeneverhalten im Haus dar.

Die kontinuierliche beratende/begleitende Einbindung eines Arzt/Ärztin sowie PsychiaterIn in die Wohnhilfe (ähnlich wie im Projekt LÜSA) ist in diesem Hilfeangebot *unerlässlich*,

---

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> [http://www.dkgev.de/media/.../7533.RS098-10\\_Anlage1-RMvV.de](http://www.dkgev.de/media/.../7533.RS098-10_Anlage1-RMvV.de)

## **5.2. Aufgaben und Leistungen**

Der Einzelbetreuungsansatz als Bezugspflege mit Aktivierungsansatz meint in Abgrenzung zum Selbstversorgungsansatz, dass die Wohn-Einrichtung Strukturen vorhält, die die Bewältigung aller Lebens-, Wohn-, Funktionsbereiche ohne die Beteiligung der BewohnerInnen sicherstellt. Die BewohnerInnen werden jedoch zur Bewahrung und Förderung ihrer Ressourcen individuell nach ihren Fähigkeiten, Neigungen und *Wünschen* an der Alltagsbewältigung beteiligt – ein Hotelcharakter ist jedoch unbedingt zu vermeiden. Auf diesem Hintergrund muß bei der Organisation der verschiedenen Bereiche (Hauswirtschaft & Hygiene, Kochen, Garten, Tagesstruktur, Freizeitgestaltung) der Aspekt Teilhabe „mitgedacht“ werden und in kleinteilige leistbare und überschaubare Beschäftigungsangebote münden.

Anders als in klassischen Wohngemeinschaften darf bei diesem Hilfeangebot die Tagesorganisation, wie der gemeinschaftsorientierte Teil des Zusammenlebens und die Interessen der Gesamtgruppe nicht im Vordergrund stehen, sondern es müssen die individuellen Hilfebedarfe fokussiert in ein „Gesamtgeschehen“ integriert werden. Es muß hier nochmals betont werden, dass wie im WTG vorgegeben Maßnahmen und Interventionen sich an dem individuellen Hilfebedarf der BewohnerInnen orientieren.

Die Wichtigkeit von „Tagesstruktur-Angeboten“ darf auch in diesem Hilfeansatz nicht unterschätzt werden, allerdings ist es wichtig, dass sie individuell ausgerichtet sind und die Nutzung freiwillig ist. In den „Dauerwohn“-Räumlichkeiten wird ein ergotherapeutisches Beschäftigungsangebot vorgehalten werden, darüber hinaus können die Tagesstrukturangebote des Projektes LÜSA (ggf. mit einem Shuttle-Dienst) genutzt werden. Leitgedanke muß jedoch bleiben, dass diese schwerstkranken, schwer geschädigten Menschen viel *Ruhe* brauchen und mit einem *ZUVIEL* nur überfordert wären.

## **5.3. Betreuungsziele**

Für die beschriebene Zielgruppe wird ein Zuhause – ein unbefristetes Wohnangebot vorgehalten. Wichtigste Zielsetzung ist das Überleben zu sichern, eine gesundheitliche, juristische, soziale Stabilisierung zu bewahren bzw. zu erreichen sowie die Sicherung bzw. Vergrößerung von Selbstbestimmung und Lebensqualität in der letzten Lebensphase zu ermöglichen.

Die noch vorhandenen Ressourcen gilt es mit verschiedenen Hilfeangeboten zu bewahren und zu stabilisieren zumindest jedoch – auch i.S. von Pflegeverhinderung – Verschlimmerung zu verhindern.

Die *Einzelbetreuung* wird die Kernaufgabe haben beziehungskonstante Hilfestellung zu bieten bei der Verhinderung und Bewältigung von destabilisierenden Krisen sowie eine gelingende Gestaltung des Alltags in der Gemeinschaft zu begleiten.

## **5.4. Organisation der Betreuungsarbeit**

Das Team wird im Voll-Schichtdienst eingesetzt, jedoch werden die „pflegenden“ MitarbeiterInnen anteilig stärker im Nachtdienst eingesetzt. Der fachlich adäquate Ansatz - ein Mix aus Einzelbetreuung/„Bezugspflege“ wird durch ein interdisziplinäres Tandemsystem (jeweils ein pädagogischer und ein pflegender MitarbeiterIn) umgesetzt.

## **5.5. Betreuungsplan und Dokumentation**

Der Betreuungsplan orientiert sich in Absprache mit dem BewohnerIn bzw. dem gesetzlichen BetreuerIn an dem individuell festgestellten Hilfebedarf (einschließlich der notwendigen medizinischen Versorgung) sowie den Zielen des Bewohners.

Das Dokumentationssystem Patfak wird wie in den bisherigen Teileinrichtungen angewandt.

## **5.6. Ärztliche Versorgung ● Betreuung – Hausarzt/Facharzt**

Die Synergieeffekte mit den bereits bestehenden Hilfeangeboten des Trägers sind hier besonders wertvoll, da viel Grundlagenarbeit (gemäß den Vorgaben der Heimaufsicht) auf die neue Teileinrichtung „Dauerwohnen“ übertragen werden kann. Die stetige Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung im Projekt LÜSA bietet u.a. aktuell:

- ⇒ eine langjährig erfahrene Substitutionsbehandlung (mit allen zugelassenen Substitutionsmitteln, perspektivisch ggf. auch als Originalstoffvergabe) unter Berücksichtigung aller gesetzlichen Vorgaben für Vergabe/Lagerung/Dokumentation,
- ⇒ Eine stabile und kontinuierliche Medikamentenversorgung (incl. Teamschulung, Lagerung usw.) über einen mit der Heimaufsicht abgestimmten Apothekervertrag,
- ⇒ Die Nutzung des neuen Modells „**Fachteam Medizinische Versorgung**“ (s. Anhang), – es besteht aus träger-eigenen Gesundheits-Fachkräften und niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen (die über Gestellungs-, bzw. Werkverträge in adäquaten Räumlichkeiten des Haupthauses an der Plantanallee regelmäßig ein Sprechstunden-Angebot vorhalten). Dieses Fachteam koordiniert die Kooperation mit den vielfältigen externen medizinischen Diensten, wirkt kontinuierlich Team-beratend/-schulend/-stützend und erleichtert durch die personelle / räumliche Kontinuität den Hilfe-NutzerInnen den Aufbau von Vertrauen – bildet damit die Grundlage für eine Verbesserung der Compliance.

Die Verzahnung von Behandlung mit der medizinisch/pädagogischen Begleitung, sowie die erforderliche stetige Kommunikation zwischen den verschiedenen Konzept-Segmenten bietet auch zukünftig eine optimale Versorgungsstruktur für die komplexen Behandlungsbedarfe der BewohnerInnen.

- ⇒ Eine gewachsene Zusammenarbeit mit vielen Facharztpraxen und Entgiftungs-, und Onkologie-Stationen der umliegenden Kliniken, sowie Kooperationsvereinbarungen mit Trägern von „Ambulanten Pflegediensten“, „Wundberatung/-management“, Hospizen, sowie Krankengymnastik-, Ergotherapie-, und Psychotherapie-Praxen in der Region.

## **5.7. Therapie ● Ergo-/Logo-/Physiotherapie**

Das *interdisziplinäre* Personalkonzept wird auch 1 Ergotherapiestelle vorweisen (s. Konzept), darüberhinaus werden individuelle ärztliche Verordnungen wie bereits im Projekt LÜSA externe Ergotherapiepraxen über Kooperationsverträge eingebunden, die auch in die Einrichtung kommen um die verordnete Therapie durchzuführen, dafür bedarf es entsprechender Räumlichkeiten (s. Raumkonzept).

Ebenso ist mit allen anderen ärztlichen Verordnungen und Notwendigkeiten (wie Wundmanagement, Pflegedienste, Physiotherapie u.a.) zu verfahren.

## **5.8. Einbindung der Angehörigen, gesetzliche Betreuer, Ehrenamtliche etc.**

Dem *partizipatorischen* Leitbild unseres Trägers entsprechend ist die Selbstbestimmung der BewohnerInnen entscheidend für unser fachliches Handeln. Wir fördern den Kontakt zu Angehörigen / Freunden, leider bleiben es Einzelfälle, die noch einen tragfähigen Kontakt zur Familie haben.

Die Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuern ist von Beginn an selbstverständlicher Bestandteil unserer Arbeit, vielfältig sind wir Antragsteller für gesetzliche Betreuungen. Die konkrete Aufgabenteilung für den jeweiligen Einzelfall wird zu Beginn der Betreuung schriftlich festgehalten.

Der vermutlich nur schwer zu installierende Heimbeirat, wird auch in dieser Teileinrichtung über Vertrauenspersonen kompensiert werden müssen.

## ***last but not least*** ● ***Umgang mit Tod und Sterben***

Die vielfältigen somatischen Erkrankungen einiger unserer KlientInnen sind nicht oder nur zeitlich begrenzt behandelbar. So gehört zu ihrem Aufenthalt in der Dauerwohn-Einrichtung auch, dass sie hier in Würde sterben können.

Die Begleitung von sterbenden BewohnerInnen ist uns nicht fremd, wir haben seit vielen Jahren Erfahrungen mit Patientenverfügungen und auch mit dem Prozeß des Sterbens; wir haben eine tragfähige Kooperation mit Hospizen und Kliniken aufgebaut und letztlich einen für uns „gelingenden Weg“ gefunden, den wir trägerintern der Dauer-Wohneinrichtung empfehlen können fortzusetzen.

Menschen bei ihrem Sterben zu begleiten, meint für uns, dass sie auf ihrem letzten Weg nicht „abgeschoben“ werden in anonymes Sterben, sondern dass wir MitarbeiterInnen wie ihre MitbewohnerInnen, sie begleiten, trösten, unterstützen, nicht allein lassen, im Krankenhaus, im Hospiz und im Einzelfall auch in ihrem Zuhause.

In solchen Phasen werden die anderen KlientInnen stark gefordert oft grenzwertig belastet, sehen sie doch in dem Sterben ihres Mitbewohners nicht nur das schmerzliche Abschiednehmen, sondern auch sich selber, ihre stark geschädigte Gesundheit, ihr eigenes nahes Sterben. Es ist dann intensive Einzelbetreuung notwendig, viele Einzelgespräche, es sind dies Phasen besonders intensiver Auseinandersetzung (auch mit der eigenen) Zukunft, die Sterben und Tod mit einschließt. Es sind belastende – aber auch sehr nahe (Betreuungs-)Momente, gerade hier wird unsere Rolle als „professioneller Familienersatz“ sehr deutlich.

Wir richten meist die Trauerfeier aus (da selten tragfähige Kontakte zu Angehörigen bestehen) und werden seit vielen Jahren dabei eng unterstützt von einem Pastor und einem örtlichen Bestatter, so dass die Trauerfeiern sehr individuell sind – soweit gewünscht – werden MitbewohnerInnen oder/und Freunde aus der Drogenszene und/oder Verwandte in die Gestaltung (Auswahl von Musik-, Blumenschmuck, Trauerschleifentext, Trauer-Rede) einbezogen.

Wir nehmen von unseren verstorbenen KlientInnen stets in einer gemeinsamen Trauerfeier in der Einrichtung Abschied, veröffentlichen eine individuelle Trauerannonce in der Tageszeitung (jedoch immer mit dem Zusatz: *wider das anonyme Sterben drogenabhängiger Menschen*). Wir bewahren das Gedenken an die „Gegangenen“ durch Gedenktafeln an einem Ort unseres Gartens und beteiligen uns mit öffentlichen Aktionen und Gedenkfeiern an dem jährlichen Nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige, den *21. Juli*: Traditionell läuten die örtlichen Kirchen die Glocken für uns und wir pflanzen mit unseren KlientInnen und Gästen aus der Bürgerschaft, Politik und Verwaltung in unserem Garten ein „Gedenkbäumchen“.

## ***6. Synergie und Fortschreibung*** ●

### ***6.1. Entwicklung und Kooperation***

Der Träger VFWD e. V. kann seit vielen Jahren auf eine tragfähige Zusammenarbeit zurückgreifen, die oft in mündliche Absprachen und Kooperationsvereinbarungen mündete mit:

- soziokulturellen Vereinen des Gemeinwesens in Unna,
- der örtlichen AIDS-Hilfe und allen relevanten Einrichtungen des sozialmedizinischen Versorgungssystems,
- ambulanten Pflegediensten, Wundmanagern in der Region,
- regionalen Psychotherapiepraxen,
- einem Facharzt für Psychiatrie, der in den Einrichtungsalltag eingebunden ist,
- regionalen Krankenhäusern, psychiatrischen Kliniken (incl. geriatrischer/gerontologischer und onkologischer Angebote),
- Hospizen, Pastoren, Bestattungsunternehmen

Diese "Netzwerkarbeit" wird auch von der Dauerwohneinrichtung genutzt werden können und damit einen wertvollen Synergie-Effekt bilden.

Darüber hinaus ist perspektivisch eine Verankerung in den Versorgungsnetzwerken für Senioren zu suchen sowie nach den eigenen Bedarfen die Maschen des vorhandenen Netzwerkes paßgenau weiterzuknüpfen:

## **6.2. Beforschung**

Wie auch beim Projekt LÜSA wird eine Beforschung der Einrichtung angestrebt. Grundsätzlich arbeitet die Einrichtung auf der Basis einer qualifizierten Qualitätsentwicklung/Qualitätsmanagement, empfehlenswert wäre hier die Anwendung von Wohnstätten-geeigneten Instrumenten (wie z.B. LEWO entwickelt durch das ZPE - Universität Siegen). Diese Datenbasis ist gut geeignet, um Prozesse zu verfolgen, die Wirksamkeit von Maßnahmen einzuschätzen etc., allerdings ist dies kein Ersatz für eine *Beforschung* aus dem Bereich der Interventions- und Wirksamkeitsforschung. Es wäre für das Arbeitsfeld zu begrüßen, wenn diejenigen, die Interesse an den Ergebnissen haben müssten (Kostenträger, Suchthilfeorganisatoren, Gesundheitsministerien etc.), auch Mittel für die Beforschung bereitstellen würden.

## **● Schlussbemerkung**

*Diese Art von Einrichtung betritt "Neuland", und in ersten Diskussionen wurde schnell der Begriff des "Altenheims für Drogenabhängige" geprägt. Modernerweise müsste es "Seniorenwohnheim für Drogenabhängige" heißen, und tatsächlich bietet es eine Reihe von Ähnlichkeiten, wenngleich das tatsächliche Lebensalter (ca. 45 - 60 J.) nicht dem in "normalen Seniorenheimen" entsprechen wird. Eine Vergleichbarkeit ist u.E. dennoch, auf dem Hintergrund der harten Lebensbedingungen bei diesen sehr langen Drogenkarrieren (z.T. über 35 Jahre Heroinabhängigkeit) und die Belastungen durch die konsumierenden Erkrankungen, gegeben.*

*Außer dieser (geplanten) Einrichtung existieren dieser oder ähnlicher Art eine in Rotterdam, Niederlande, eine in Zürich, eine in Basel, in Deutschland planen derzeit neben unserem Träger einige weitere Träger die Umsetzung von Wohnhilfen für diese Zielgruppe (u.a. in Berlin, Frankfurt a.M., München, Hamburg, Bremen, Essen). Dies gibt Anlass zu der Feststellung, dass für die Entwicklung dieser Einrichtung ein Austausch auf europäischer Ebene über die Gruppe der chronisch mehrfachgeschädigten Drogenabhängigen sinnvoll und notwendig ist. Zusammen mit der Koordinationsstelle Sucht beim LWL, die sehr viel Erfahrung mit europäischen Projekten hat, ist zu prüfen, ob ein Best-Practice-Vergleich auf EU-Ebene sinnvoll ist für die Gruppe der chronisch mehrfachgeschädigten alternden/alten Drogenabhängigen beantragt werden kann.*

*Die Herausforderung für alle PraktikerInnen bleibt (in der BRD gemäß des WTG) und angelehnt an die Konzepte moderner „Senioren-Residenzen“ dem Bedürfnis der alternden chronisch drogenabhängigen Menschen nach selbstbestimmtem/selbständigem Leben auf der einen Seite und ihrem Bedürfnis nach Befriedigung ihres objektiven Hilfe-Bedarfes soweit wie möglich zu entsprechen – kurz Konzepte umzusetzen, die menschenwürdig mit ihrem spezifischen „Altern“ umgehen.<sup>5</sup>*

---

<sup>5</sup> vgl. <http://www.sddcare.eu/> sowie

[http://www.fh-frankfurt.de/de/forschung\\_transfer/institute/isff/projekte/sddcare.html](http://www.fh-frankfurt.de/de/forschung_transfer/institute/isff/projekte/sddcare.html)