

# **Drogenhilfeverein INDRO e.V.**

## **Ambulant Betreutes Wohnen für Substituierte und drogenabhängige Wohnungslose**

### **Rahmenkonzeption und Leistungsbeschreibung**

**Oktober 2004**

**INDRO e.V.**  
**Bremer Platz 18 – 20**  
**48145 Münster**  
**Tel. 0251/60123**  
**Fax: 0251/666580**  
**E-Mail: [INDROeV@t-online.de](mailto:INDROeV@t-online.de)**  
**Internet: [www.indro-online.de](http://www.indro-online.de)**

## Prämissen der Drogenforschung

Die moderne Sucht- und Drogenforschung hat eindringlich gezeigt, dass das, was wir als „Drogenabhängigkeit“ bezeichnen, kein statischer Zustand ist, der, einmal erreicht, nur über langzeittherapeutische oder stufenspezifische Betreuungsaktivitäten aufhebbar wäre. Drogenabhängigkeit ist nicht durch vorab festlegbare Kategorien definierbar. Es gibt weder „die“ Verlaufsform einer Drogenabhängigkeit, „den“ Drogenabhängigen oder gar „die“ Suchtpersönlichkeit, noch gibt es „die“ Ursachen für deren Entstehung. Kein Lebenslauf führt unweigerlich zur Abhängigkeit, selbst wenn er ungünstige personale, soziale oder materielle Prognosedaten anhäuft. Die Forschungsergebnisse widersprechen ferner

- einer Opfertheorie, die kein aktives Subjekt kennt, das sich mit den szenetypischen Widrigkeiten situationspezifisch auseinandersetzt;
- einer mechanistischen Betrachtungsweise der Drogengebrauchsentwicklung, die eine stereotype Abfolge von physischen und psychischen Zuständen unterstellt;
- einer rein problemorientierten Beschreibung und Erklärung, die die Variabilität von Einstiegs- und möglichen Ausstiegsverläufen, deren Motive sowie die Etablierung auch kontrollierter Gebrauchsmuster negiert sowie
- einer individuumzentrierten und rein drogenspezifischen Blickrichtung, welche umfeldgestützte Einflussgrößen vom Einstieg über zwanghafte oder kontrollierte Gebrauchsmuster bis hin zum möglichen Ausstieg außer acht lässt.

Drogale Entwicklungsverläufe passen nicht zu einer simplifizierenden Kausalkette: Persönlichkeitsdefizit, Abhängigkeit, Behandlung, Abstinenz. Ein lineares Verlaufsmodell von Drogenabhängigkeit taugt nicht mehr zu ihrer Erklärung (vgl.: Schmidt 1996; Weber/Schneider 1997; Cramer/Schippers 2002; Schneider 2002; Kemmesies 2004). Sie kann also nicht mehr als eine rein pharmakologisch und psychisch bedingte, generell behandlungsbedürftige Krankheit angesehen werden. Ähnliche Ergebnisse liegen auch aus der Substitutionsforschung vor (siehe Schneider/Gerlach 2004). Substitutionsbehandlungen wie auch Ausstiegverläufe erweisen sich als „gestreckte“ und zeitintensive Übergangsprozesse (Transitionen), die Veränderungen von relativ fixierten Szenezusammenhängen einleiten und nach und nach zu einer gelingenden Lebenspraxis im Sinne psychosozialer Stabilisierung mit und ohne Drogengebrauch führen. Wie auch immer geartete Ausstiegsszenarien sind höchst heterogen und variabel und verbieten demzufolge unzulässige Verallgemeinerungen und vorab definierte Stufen- oder Phasenmodelle.

Wenn Ausstiegsverläufe „retroaktive, übergangsbezogene, zeitintensive und umweltgestützte Selbstsozialisierungsprozesse“ (Schneider 2000) sind, dann muss sich Drogenhilfe darauf einstellen. Denn: Drogengebrauchsverläufe sowie Ausstiegs-szenarien sind nicht kausalanalytisch bestimmbar, es erfolgt kein sich quasi auto-matisch vollziehender Prozess der Abwendung vom dysfunktional erlebten Dro-gengebrauch. Daraus folgt: Wie auch immer geartete Ausstiegsprozesse sind nicht planbar und durch prognostische Ablaufmodelle strukturierbar; zu vielfältig, mehr-deutig und multiperspektivisch erweisen sich Drogengebrauchsentwicklungen und Ausstiegskontexte.

Drogengebrauchsentwicklungen haben nicht den Charakter naturlogischer Abläufe entweder in Richtung psychosozialer Verelendung oder Abstinenz. Die praktischen Konsequenzen für die Drogenhilfe erscheinen evident: Es kann nicht darum gehen, Modelle der freiwilligen Selbstbindung qua vermittelter Einsicht zu entwickeln. Diese sind – so zeigen die Erfahrungen der letzten 40 Jahre – zum Scheitern verur-teilt. „Der Drogenabhängige bedient sich, bezogen auf seine Biographie, bestimm-ter bereitgestellter Dienstleistungen. Er wird eben nicht gegriffen und dann thera-piert. Dieses Konzept ist gescheitert“ (Degkwitz 1996, S.72). Das heißt aber auch: Der Gebrauch und Missbrauch von illegalisierten Drogen wird von Subjekten prak-tiziert. Der subjektive Faktor jedoch ist nicht quantifizier- und berechenbar sowie durch stufenbezogene Ablaufmuster (hierarchisch gestaffelte Zielvorgaben bzw. Stadien der Veränderung bis zur Abstinenz) standardisierbar. Drogenhilfe kann in-sofern auch nichts produzieren (Therapiemotivation, Abstinenz etc.), sondern ledig-lich Unterstützung zur Selbstproduktion anbieten: Die Nutzer von Hilfs- und Un-terstützungsangeboten produzieren ihr Leben selbst. Drogenhilfe hat ebenso wenig wie die gesamte Sozialarbeit Zugriff auf subjektive Gründe menschlichen Verhal-ten. Subjektivität, das Denken, Fühlen und Meinen ist kein „verfügbares, beliebig veränderbares, umprogrammierbares Material“ (Gloel 2002, S. 45), welches wie auch immer manipuliert werden kann. Dies ist professionelles Wunschdenken.

Menschen sind immer Subjekte ihrer eigenen Entwicklung, die natürlich prozess-bezogen gestützt werden kann, aber nicht hergestellt, produziert. Es geht darum Angebote (Maßnahmen) vorzuhalten, die günstige Bedingungen für die selbsttätige Gestaltung der je individuellen Lebenspraxis bereitstellen. Veränderungen gleich welcher Art entfalten sich immer nur in einem lebensgeschichtlichen Prozess (vgl. Schneider/Gerlach 2004).

Intervenierende Variablen sind dabei so heterogen und variabel, dass sie sich nicht „erfolgsbezogen“ kontrollieren lassen. Intervenierende Variablen sind das konkrete Leben, der biographische und drogale Lebensentwurf der Nutzer von Drogenhilfs-angeboten und entsprechender Umweltkontexte, wie z.B. aktuelle Lebenssituatio-nen, Szenebezüge, Drogenhilfestrukturen, in denen wiederum der „subjektive Fak-tor“ dominiert. Insofern: Drogenhilfe als moderierende, lebensraumbezogene Un-terstützung kann sich nur als ein jeweils diskursiv bestimmter Aushandlungspro-

zess, als ein Interaktionsprozess begreifen, in dessen Gestaltung die Angebotsnutzer als selbstbestimmende, selbsttätig kooperierende Subjekte einbezogen sind. Drogenkonsumierende Menschen sind eben keine „Objekte“ fürsorglicher Bemühungen, d.h. „aus ihnen etwas anderes zu machen, als sie sind oder sein wollen“ (Gloel 2002, S. 48).

### **Theoretisch-praktische Grundlagen: Handlungsmodell akzeptanzorientierter Drogenhilfe im Rahmen von Substitutionsbehandlungen**

Ein wichtiges Element im Gesamtkonzept der Drogenhilfe ist die Einführung von medikamentengestützten Substitutionsmöglichkeiten. Die unterschiedlich praktizierten Formen der medikamentengestützten Stabilisierung oder Rehabilitation sind in vielen Ländern mit Substitutionsprogrammen in großem Maßstab und über lange Zeiträume intensiv untersucht worden. Die überwiegende Mehrzahl der wissenschaftlichen Evaluationen zeigte durchaus positive Ergebnisse. Die positiven Ergebnisse lassen sich - notwendigerweise nur cursorisch - wie folgt charakterisieren:

- Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes
- Reduzierung der (Beschaffungs-)Kriminalität
- (Re-)Integration in schulische und berufliche Ausbildungen
- (Re-)Integration in das Berufsleben
- Distanzierung von der Drogenszene
- Verminderung der HIV- und Hepatitisinfektionen
- Reduzierung von Injektionen sowie des „Needle-Sharing“
- Ermöglichung und Stabilisierung von Wohnverhältnissen
- Ausstieg aus der (Beschaffungs-)Prostitution
- Zuerst Verminderung, später Aufgabe des Beigebrauchs
- Stabilisierung partnerschaftlicher Beziehungen
- Radikale Senkung der Mortalitätsrate

Am 1.2.2002 wurden im Land NRW die „Leitsätze zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger in NRW“ als Rahmenkonzept und Gesamtvereinbarung der Kostenträger erlassen. Hier werden vier verschiedene Einsatzfelder der substitutionsgestützten Behandlung definiert:

1. Ambulante vertragsärztliche Behandlung im Rahmen der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (BUB-Richtlinien)
2. (Teil-)stationäre Behandlung in stationären Einrichtungen des qualifizierten Entzugs
3. Übergangsweiser Einsatz eines Substitutionsmittels bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
4. Substitutionsgestützte Behandlung zur sozialen Integration

Die pharmakologischen Wirkstoffe von Substitutionsmitteln verhindern nun eine Entzugssymptomatik, ermöglichen somit auch eine Distanzierung von der Drogenzene. Insofern können auch Angebote zur gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung wahrgenommen und angenommen werden.

Substitutionsmaßnahmen sind - so zeigen alle wissenschaftlichen Begleituntersuchungen - gesundheitsstabilisierende und lebenserhaltende Behandlungsmöglichkeiten und bieten die Chance, Betroffenen einen Weg aus dem Szeneleben zu eröffnen, sie sozial zu (re-)integrieren, psychisch und physisch zu stabilisieren und ihnen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Jedoch befinden sich substituierte Mitbürger/innen oft in prekären Lebenssituationen. Im Verlauf der Drogengebrauchsentwicklung ist oftmals - meist in Folge der Substanzenillegalität und damit verbunden der Kriminalisierung - die soziale und gesundheitliche Verelendung weit vorangeschritten. Nicht zu reden von den bei vielen Substituierten vorhandenen vielfältigen psychosozialen Problemlagen.

Die Einleitung einer Substitution setzt sozusagen erst die Anfangsmarkierung, um Isolation, materielle, psychosoziale und gesundheitliche Folgeschäden von Drogenabhängigkeit aufzufangen. Nach den BUB – Richtlinien sind in ein medizinisches Therapiekonzept „**soweit erforderlich**“ (BUB – Richtlinien, 2002, S. 1) begleitende psychosoziale Betreuungsmaßnahmen einzubeziehen. Ebenso heißt es in den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten

Behandlung Opiatabhängiger“ in der Fassung vom Januar 2002, dass „die **jeweils erforderlichen** psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie **psycho-sozialen Betreuungsmaßnahmen begleitend**“ (S.3) in das Therapiekonzept zu integrieren sind. Die begleitende, psychosoziale Betreuung von Substituierten ist dementsprechend bei individueller Bedarfsabklärung einer Betreuungsnotwendigkeit eine sinnvolle und notwendige Ergänzung des medizinischen Teils der Substitution.

Unser Ansatz einer **entwicklungsbegleitenden Unterstützung** orientiert sich an den vorhandenen Stärken und nicht an den zugeschriebenen Defiziten substituierter Menschen in ihrem Lebensraum in einem möglichst verständigungsbezogenen und moderierenden Dialog. Sie ist ein zeitintensiver und dynamischer Prozess eines möglicherweise selbstorganisierten Herauswachsens aus nicht befriedigender Lebenspraxis. Empowerment als Stärkung/Stützung der Selbstbemächtigung, von Selbstwirksamkeit ist Grundlage dieses Arbeitsansatzes. Es beinhaltet Akzeptanzorientierung und Ressourcenvermittlung für diejenigen Menschen, die einen unzureichenden Zugang zu Ressourcen haben.

An die Umsetzung akzeptanzorientierter, sozialraumbezogener Drogenarbeit als Empowerment sind folgende Prämissen (Standards) gebunden:

- Akzeptanz von substituierten Menschen als mündige, zu Selbstverantwortung fähige Menschen und Akzeptanz des Rechts auf Autonomie mit und ohne Drogengebrauch
- Wahrung und Schutz der Menschenwürde
- Gelassenheit gegenüber der dynamischen und auch diskontinuierlichen Entwicklungsmöglichkeit im Rahmen des Substitutionsverlaufes
- Verzicht auf den Appell zur sofortigen Verhaltensänderung und auf übermäßige Strukturierung des Kontaktverlaufes
- Akzeptanz von Substituierten als Subjekte ihrer eigenen Entwicklung
- Herstellung eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen Nähe und Distanz sowie Verzicht auf helferischer Verantwortungsübernahme

Grundlegendes Prinzip unserer Arbeit ist also die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts von substituierten Mitbürger/innen. Sie müssen das Recht haben, über den für sie (nicht für uns „Experten“) geeigneten Weg (mit und ohne Drogen) selbst zu bestimmen. Unsere Arbeitsausrichtung ist insofern als moderierende, entwicklungsbegleitende Unterstützung angelegt, auf individuell abwägendes Ressourcenmanagement in Selbstverantwortung. Wobei Empowerment als entwicklungsbegleitende Unterstützung kein Zielzustand ist, der einmal erreicht wird, kein Produkt, das methodisch hergestellt und „standardisiert“ werden kann.

Eine entwicklungsbegleitende psychosoziale Unterstützung von Substituierten muss dementsprechend freiwillig und bedarfsorientiert nutzbar sein, vorhandene personelle, soziale und materielle Unterstützungsressourcen moderierend zusammenbringen und eine paritätisch ausgerichtete Beziehung zwischen Arzt, Substituierten und Betreuer beinhalten. Wir beziehen uns hier auch auf die "Leitlinien für die psychosoziale Begleitung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung" sowie die „Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit“ des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Akzept e.V.).

Eine entwicklungsbegleitende, soziale Unterstützung soll schrittweise einer psychosozialen Stabilisierung und sozialen (Re-)Integration (Wohnung, Arbeit, Ausbildung, Freizeit) dienen.

Durch eine entwicklungsbegleitende, psychosoziale Unterstützung und Betreuung kann nicht eine Lösung der - mit der Illegalität der Substanzen und der Kriminalisierung der Konsumenten verbundenen - sozialen Probleme erwartet werden. Substitution und psychosoziale Begleitung im Rahmen eines ambulant betreuten Wohnens sind keine Wundermittel. Die Zielorientierung kann nicht ein vorab phasenspezifisch definierter Endzustand sein, den es zu erreichen gilt (soziale Integration, berufliche Rehabilitation, psychische Stabilität, Absetzung des Substitutionsmittels, Abstinenz), sondern aus der Entwicklungsdynamik des Drogengebrauchsverhaltens begründete, selbst gestaltete Sicherung eines möglichst gesunden Überlebens, die selbsteingeleitete Ermöglichung längerer Drogenkontrollphasen, gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung bis hin zur (möglichen) selbsttätigen Herauslösung aus ausschließlich drogenbezogener (substitutiver) Lebensführung.

Es ist nicht wissenschaftlich nachgewiesen, dass es den Substituierten umso besser geht, je umfangreicher und intensiver eine psychosoziale Betreuung ist. Mit der Orientierung auf Empowerment als selbst zu gestaltende Lebenspraxis verlässt man den Weg (durch)geplanter Hilfelogistiken. Es verlangt den Mut, subjektive und soziale Entwicklungsverläufe nicht übermäßig zu kontrollieren, sondern sie zuzulassen, beginnen zu lassen auch mit dem Risiko des jederzeit möglichen Scheiterns. D.h. es gilt, sich auf Prozesse einzulassen, die viel Zeit in Anspruch nehmen und deren Ende (immer) ungewiss ist. Durch die moderierende, gemeinsame Gestaltung eines „offenen“ Handlungsrahmens werden Substituierte und/oder drogenabhängige Menschen nicht mehr als passiv der (jeweiligen) Abhängigkeit ausgeliefert, sozusagen als versklavt angesehen, sondern als Menschen, die aktiv ihr Verhalten und Handeln steuern und auch verändern können.

Alle begleitenden Betreuungsmaßnahmen sind insofern prozessorientiert angelegt, d.h. es erfolgt eine individuelle Bedarfsabstimmung im Verlaufszusammenhang von Umsetzungs- und Gestaltungsmöglichkeiten zwischen Betreuer und Substituierten als Wohnraumnutzer.

## **Ambulantes betreutes Wohnen für Substituierte und drogenabhängige Wohnungslose**

Eine Maßnahme der Drogenhilfe als moderierende, lebensraumbezogene Unterstützung ist nun das Angebot ambulant betreuten Wohnens. Zielgruppen unseres Angebotes sind Substituierte und drogenabhängige Wohnungslose aus der öffentlich sichtbaren Drogenszene in Münster.

„Die Integration jener Personen, die nicht abstinente leben, sondern beispielsweise substituiert werden, erfordert Betreuungsformen, die sich von der klassischen Form der betreuten Wohngemeinschaften deutlich unterscheiden“ (KUHLMANN 1999, 17).

Ambulantes Einzelwohnen bedeutet eine auf die Probleme des Einzelnen zugeschnittene Hilfe, also für substituierte und Drogen konsumierende Personen. Es findet im Rahmen der Einzelfallhilfe statt und dient der Stabilisierung, Orientierung und der Krisenintervention.

Vorteile ergeben sich für die Bewohner aus den verstärkten Möglichkeiten bezüglich Selbständigkeit und individueller Lebensgestaltung. Das große Konfliktpotential, wie es in WGs oder größeren Wohneinheiten häufig besteht, entfällt.

Eine Integration in das umgebende Wohnumfeld wird erleichtert, da der Einzug „unauffällig“ stattfinden kann und die Wohnung nicht als Teil einer sozialen Institution erkannt wird, wie dies bei Wohngemeinschaften eher der Fall ist. Damit können negative Stigmatisierungsprozesse im Vorfeld bereits verhindert werden.

Die Zielgruppe des Betreuten Wohnens ist in doppelter Hinsicht mit Stigmatisierung und Diskriminierung belastet, und somit auch einer doppelten Problemlage ausgesetzt (Obdachlosigkeit plus Drogenabhängigkeit). Der ständige Aufenthalt am Szenetreffpunkt, der auch der Polizei bekannt ist, erhöht die Wahrscheinlichkeit, mit illegalisierten Substanzen aufgegriffen zu werden. Zu der Beschaffungs- und Besitzkriminalität kommen Bagatelldelikte, wie z.B. Hausfriedensbruch aufgrund verbotenen Aufenthalts in Bahnhöfen, hinzu. Soziale Beziehungen finden fast ausschließlich im öffentlichen Raum statt. Es sind keine Rückzugsmöglichkeiten vorhanden, und die permanente Reizüberflutung bildet einen zusätzlichen Stressfaktor. Nahezu unmöglich erscheint es, in dieser problembelasteten Lage soziale Kontakte zu Personen außerhalb der Szene aufzubauen und aufrecht zu halten. Partnerschaften sind unter diesen Umständen häufig nicht von langer Dauer, da Rückzugsmöglichkeiten zur Entwicklung von Intimität und Nähe fehlen. Ist ein Partner im Besitz einer Wohnung, zieht der andere oft nach kurzer Zeit mit ein. Viele Beziehungen scheitern aufgrund von Konflikten, die aus der Ambivalenz von plötzlicher Nähe, fehlenden stabilen Beziehungsstrukturen und dem Drogenkonsum erwachsen und enden vielfach wieder mit dem Auszug oder Rauswurf des wohnungslosen Partners. Der Wunsch nach einem Ausstieg aus der Drogenszene kann kaum verwirk-



licht werden. Wenn z.B. im Anschluss an eine Therapie kein geeigneter Wohnraum vorhanden ist, werden die Betroffenen zwangsläufig das gewohnte Umfeld, also die Szene, in der sie sich auskennen und in der für sie ein (Über) leben möglich ist, aufsuchen.

In vielen Einrichtungen der Obdachlosen- und Nichtsesshaftenhilfe werden die Konsumenten illegalisierter Drogen ausgegrenzt, um eine Vermischung von Obdachlosen- mit Drogenszene zu vermeiden. Die Arbeit mit einem ohnehin sehr konfliktbelasteten Klientel, hier ist neben der Obdachlosigkeit häufig auch eine Alkoholproblematik vorhanden, soll nicht unnötig erschwert werden. Der Anteil der Drogenabhängigen unter den Obdachlosen wird auf 15-27% geschätzt (vgl. STIMMER 2000).

## **Historie**

Das Projekt Betreutes Wohnen für Substituierte und wohnungslose Drogenabhängige existiert beim INDRO e.V. seit 1995. Es ist in Münster die einzige derartige Maßnahme für Konsumenten illegalisierter harter Drogen und Substituierte.

1993/94 kam erstmals die Anfrage an INDRO nach einem Hilfsangebot bezüglich eines betreuten Wohn- bzw. Übernachtungsangebotes für obdachlose Drogenkonsumenten durch die Stadt Münster. Planungen eines niedrighschwelligen Übernachtungshauses wurden bald aufgrund hohen Personal- und somit Finanzaufwands eingestellt.

Eine entsprechende Konzeption und ein Leistungsangebot eines ambulanten Betreuten Wohnens für drogenabhängige bzw. substituierte Münsteraner Mitbürger entwickelte INDRO 1994/95 daraufhin in Anlehnung an Betreuungsangebote für psychisch Kranke und Alkoholabhängige. Die Rahmenbedingungen des Projektes stießen an die Grenzen des Machbaren: 6 Plätze und ein Stellenschlüssel von 1:12. Nachdem das Projekt im Juli 1995 offiziell begann, waren im Frühjahr 1996 alle 6 Plätze vergeben.

Erneute Verhandlungen zwischen der Stadt Münster und INDRO erfolgten 1998 und 1999 mit dem Ergebnis neuer Betreuungsvereinbarungen. Die Platzzahl wurde auf 12 Plätze aufgestockt und der Betreuungsschlüssel wurde ab Oktober 1999 auf 1:9 erhöht.

Zum 5-jährigen Bestehen des Projektes wurde im September 2000 eine einwöchige Ferienfreizeit an die Nordsee mit 8 der damals 10 Teilnehmer des Projektes durchgeführt.

Insgesamt wurden bisher über 26 Personen im Rahmen des BEWO- Projektes, mit einer durchschnittlichen Verweildauer von genau 30,43 Monaten, betreut. Fast alle waren vor ihrem Eintritt in das Betreute Wohnen obdachlos bzw. in verschiedenen

Institutionen (Wohnungsloseneinrichtung, Knast, Frauenhaus, stationäre/ teilstationäre Therapie, Psychiatrie) untergebracht.

Fluktuation ist vorhanden: Vierzehn Personen sind während der gesamten Laufzeit aus unterschiedlichen Gründen (z.B. Stabilisierung der Lebensumstände, Therapieantritt, Haftantritt, Heim- und Krankenhausaufenthalt wegen schwerem Unfall) aus dem Projekt ausgeschieden.

## **Rechtliche Grundlagen**

Nach § 39 Abs. 1 Satz 1 BSHG „ist Eingliederungshilfe zu gewähren, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalls, vor allem nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. „Der weitgefaste Wirkungskreis der Eingliederungshilfe ist (...) nur der Aufgabe und Zielsetzung nach § 39 Abs.3 BSHG unterworfen“ (SCHELLHORN & SCHELLHORN 1997, 333), d.h., die Erfolgsaussicht der Eingliederungshilfe ist gemäss § 39 Abs.1 Satz 1 BSHG an der Aufgabe und Zielsetzung nach § 39 Abs.3 BSHG zu bemessen:

„Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“ (§ 39 Abs. 3 BSHG).

§40 BSHG nennt die wichtigsten Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Hier werden z.B. folgende Punkte aufgezählt:

- ambulante Behandlung
- Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben
- Hilfe zur Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung
- Hilfe zur Teilnahme an der Gemeinschaft

Seit 1. Juli 2003 findet die Finanzierung des Betreuten Wohnens nicht mehr über das Sozialamt der Stadt Münster, sondern über den LWL (Landschaftsverband Westfalen- Lippe) als überörtlichen Sozialhilfeträger, statt. Bestehende Betreuungsverträge sind zunächst für ein Jahr, mit einer Option auf Neuverhandlung für den anschließenden Zeitraum, übernommen worden. Neuaufnahmen ab 1.7.2003 finden nur noch über das neue Verfahren statt. Die bisherige Entscheidungsbefugnis über die individuelle Notwendigkeit des Betreuten Wohnens durch das Gesund-

heitsamt, wird von einer eigens vom LWL eingerichteten Clearing- Stelle abgelöst. Diese Clearing- Stelle trifft sich ein Mal monatlich und setzt sich zusammen aus:

- einem Vertreter der Leistungsträger für ambulante Dienste und Einrichtungen,
- einem Vertreter der Leistungsträger für stationäre Einrichtungen, in deren Einzugsbereich der behinderte Mensch seinen Lebensmittelpunkt hat,
- einem Vertreter des öffentlichen Sozialhilfeträgers,
- einem Vertreter des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe,
- weiteres, nicht empfehlungsberechtigtes Mitglied der Clearing-Stelle ist ein Vertreter von Indro e.V.

Diese Clearing- Stelle entscheidet über sämtliche Neuaufnahmen des stationären und ambulanten Betreuten Wohnens in Münster. Im Laufe der Zeit sollen auch die bestehenden Betreuungsverhältnisse nach und nach der Clearing- Stelle vorgestellt werden, welche dann über eine eventuelle Verlängerung der Maßnahme entscheidet. Die Finanzierung erfolgt über Tagesspflegesätze. Ab dem 1.1.05 ist vorgesehen, die Abrechnung und Finanzierung auf Fachleistungsstunden umzustellen.

## **Wohnraum**

Die Stadt Münster erklärte sich von Projektbeginn an bereit, geeigneten Wohnraum für die Maßnahme zur Verfügung zu stellen. Eine enge Zusammenarbeit findet mit der Fachstelle „Wohnraumsicherung“ des Sozialamtes statt. Ferner ist eine Kooperation mit dem Verein „Dach über'm Kopf“ sowie der Wohnungsbaugesellschaft „Wohn- und Stadtbau“ entstanden.

Bei der Wohnraumsuche wird darauf geachtet, dass sich in Frage kommende Wohnungen nicht in unmittelbarer Nähe der Drogenszene befinden. Einerseits würde die ständige Konfrontation mit der Szene für relativ stabile Personen ein unnötiges Risiko bedeuten, in alte Verhaltensmuster zu rutschen. Andererseits soll Szenebildung in den Wohnungen möglichst verhindert werden.

Bei der Wohnraumbeschaffung/Hilfe zur Wohnraumbeschaffung muss berücksichtigt werden, dass sich diese nicht in sozialen Brennpunkten befinden. Allerdings ist es für Personen, die bereits eine feste Wohnung in einer solchen Wohngegend angemietet haben, kein Problem, in das Betreute Wohnen aufgenommen zu werden. Auf Wunsch wird eine gemeinsame Wohnungssuche in einer anderen Wohngegend durchgeführt.

## Zielgruppen

Zu dem berechtigten Personenkreis gemäß gesetzlicher Grundlage zählen Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von §2 Abs.1 Satz 1 des neunten Buches Sozialgesetzbuch „wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind; (ihnen, K.E.) ist Eingliederungshilfe zu gewähren, wenn und so lange nach der Besonderheit des Einzelfalles, vor allem nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann“ (§ 39 Abs.1 Satz 1 BSHG): „Menschen sind behindert, 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.“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Von einer Behinderung bedroht im Sinne des BSHG „sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist“ (§ 39 Abs.2 Satz 1 BSHG).

Eine wesentliche seelische Behinderung kann infolge von Drogenabhängigkeit auftreten. „Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 BSHG zur Folge haben können, sind“ (u.a.) (...) „Suchtkrankheiten“ (§ 3 EinglH-VO). Substituierte werden auch dazugerechnet, denn sie zählen ebenfalls als „Suchtkranke“ (§ 3 EinglH-VO). „Wesentlich ist eine Behinderung dann, wenn sie die Gefahr in sich birgt, dass der Behinderte durch sie aus der Gesellschaft ausgegliedert wird oder durch sie bereits ausgegliedert ist“ (SCHELLHORN & SCHELLHORN 1997, S. 329).

Zielgruppen sind – wie bereits beschrieben - Substituierte und drogenabhängige Wohnungslose, die einer ambulanten Betreuung bedürfen und durch eine psychosoziale Stabilisierung in die Lage versetzt werden können, ihr Leben weitestgehend selbst zu gestalten. Eventueller Beikonsum von Drogen stellt kein Hindernis bei einer Aufnahme dar. Das Mindestalter für die Aufnahme ist bei 18 Jahren angelegt. Das Angebot gilt für Frauen und Männer aus Münster bzw. für solche, die nach Münster zurückkehren und in der Lage sind, einen eigenen Haushalt selbständig zu führen. Es gilt weiterhin für Personen, die eine stationäre Hilfe nicht, noch nicht oder nicht mehr benötigen bzw. wünschen und die vorübergehend, für längere Zeit oder auf Dauer einen Hilfebedarf für eine selbstbestimmte und eine eigenständige Lebensführung in der eigenen Wohnung haben.

Nicht geeignet ist das Betreute Wohnen aufgrund des relativ geringen Betreuungsschlüssels von 1:9 für absolut instabile drogenkonsumierende Personen, die „voll drauf“ sind und ein extrem drogenbestimmtes Leben führen wollen oder müssen. „Personen dieser Gruppe - so zeigen nicht nur unsere Erfahrungen - lassen sich schwer auf Regeln ein, können vereinbarte Termine oft nicht wahrnehmen, haben

keine Kontrolle über ihre finanziellen Mittel etc.; kurz, sie können ihre Verpflichtungen als Vertragspartner in dem Projekt wohl nicht halten“ (INDRO e.V. 1998, 5).

Das Leben von Drogenkonsumenten kann häufig temporär oder dauerhaft zu einer Aneinanderreihung chaotischer oder krisenhafter Lebensumstände führen. Ein Prozess der Ausgrenzung und Verfolgung. Viele von ihnen werden im Laufe ihrer „Drogenkarriere“ mehrfach mit Freiheitsstrafen belegt. Es finden sich Problemstellungen, die durch den Verlust sozialer Bezüge, wie z.B. das Fehlen von Schul- oder Berufsausbildung auftreten. Mehrere Entgiftungen sowie durchgeführte oder abgebrochene Therapien oder Psychiatrieaufenthalte haben eine Vielzahl der Drogengebraucher hinter sich. Der Lebensunterhalt wird zum großen Teil von Sozialhilfe bestritten. Allgemein gilt: „Mehr als 50% leben in ungesicherten Wohnverhältnissen oder sind obdachlos, weniger als die Hälfte haben abgeschlossene Berufsausbildungen“ (FENGLER 2002, 507). Der Gesundheitszustand ist in der Regel nicht zufriedenstellend und das Erleben der Stigmatisierung durch die Gesellschaft als krank oder kriminell schwer zu ertragen.

## **Zielbestimmung**

Ziele bilden den Horizont, auf den hin die diversen Hilfsangebote ausgerichtet sind. Ebenso stellen sie eine „Erfolgs-Meßlatte“ dar, um den Nutzen der Angebote zu überprüfen.

Durch das BeWo-Projekt soll vor allem erreicht werden, drogenkonsumierende Personen in ihrem Nahfeld durch die Stärkung von Selbsthilfepotentialen zu stabilisieren. Der Zielgruppe soll ein möglichst „normales“ Leben und Wohnen ermöglicht werden. Selbständige Bewältigung der Anforderungen in den Lebensbereichen „Wohnen“, „soziale Beziehungen“ und „Gestaltung des Alltags“ werden angestrebt. Auch der Gesundheitszustand soll durch ein zur Ruhe kommen in „geschützter“ Wohnsituation und dem in Anspruchnehmen von ärztlicher Behandlung stabilisiert und verbessert werden.

Das Projekt möchte eine Hilfestellung bei der selbständigen Lebensführung und dem Aufbau eines menschenwürdigen und sinnvollen Lebens bieten, welches den Kreislauf von problematischem Drogenkonsum, Kriminalisierung, Straffälligkeit, Inhaftierung, Wohnungsverlust etc. zu durchbrechen vermag. Berufliche (Wieder-)Eingliederung kann auf Wunsch der Bewohner ebenfalls ein Ziel sein, ebenso wie die Stabilisierung des Schulden- und Finanzverhaltens und die eigenständige Verwaltung der finanziellen Ressourcen.

Mit Hilfe der Angebote dieser Maßnahme soll eine Steigerung der Lebensqualität durch ein für sie möglichst befriedigendes Leben erzielt werden, ohne weiterhin in

Schwierigkeiten zu geraten und ohne die Gesellschaft erheblich zu belasten. Weitere Ziele können die Stabilisierung des Drogenkonsumverhaltens, die Abstinenz von Beikonsum oder auch völlige Abstinenz sein.

Prämisse auf dem Weg der Erarbeitung dieser Ziele ist die Akzeptanz des einzelnen Bewohners als eigenverantwortliche und voll handlungsfähige Person. Eine Verantwortungsübernahme findet nicht statt. Durch die Betreuung soll gelernt werden, so viel Verantwortung wie möglich für die eigene Wohnung und die eigene Lebensplanung- und -führung, mittels der Stabilisierung der äußeren Lebensumstände, zu übernehmen. Dass dieser Arbeitsansatz angemessen und erfolgreich ist, zeigt sich darin, dass die Bewohner sich sicherer fühlen, neue Hoffnung schöpfen, zur Ruhe kommen und tiefliegendere Konflikte bearbeiten können (vgl. ENGEMANN 2003). Durch psychosoziale Stabilisierung sollen die Bewohner in die Lage versetzt werden, eine selbständige Aufnahme von Freizeitaktivitäten, Wohnung, Arbeit etc. einzuleiten. Nach Abschluss der Maßnahme sollen die Betreuten befähigt sein, ein Leben außerhalb begleitender Hilfen führen zu können.

Es bleibt anzumerken, dass die aufgeführten Ziele nicht dogmatisch betrachtet werden dürfen. Sie stellen exemplarisch eine Auswahl an möglichen Zielen dar. Fachliche Basis der Beratungsarbeit ist ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis, das durch die Schweigepflicht der Fachkräfte (§203 StGB) beschrieben und durch ein Zeugnisverweigerungsrecht (§53 StPO) geschützt ist.

### **Nahziel: Stabilisierung der Wohnsituation**

Schulden, Mietrückstände, Inhaftierungen, Verlust des Sorgerechts für eigene Kinder etc. können zu den Folgen von Drogenabhängigkeit gehören, und die Bemühungen selbständigen Wohnens von Drogenkonsumenten scheitern oft an den negativen Folgen ihrer ‚Drogenkarriere‘.

Einem „normalem“ Wohnen standen diese Auswirkungen auch in unterschiedlichem Maße den Bewohnern des INDRO- Projektes entgegen. Durch das zur Verfügungstellen von „geschütztem“ Wohnraum haben die Bewohner die Möglichkeit, erst einmal durchzuatmen. Bewohner, die aus der Wohnungslosigkeit oder aus einem Übergangwohnheim in das BeWo-Projekt kommen, erleben seit langem wieder, was es heißt, alleine oder mit dem Partner eine eigene Wohnung zu beziehen, sie nach eigenen Wünschen und Vorstellungen einzurichten und sie zu betreten oder zu verlassen, wann immer sie es möchten (was z.B. in Übergangwohnheimen häufig nicht geduldet sind).

Die durch das Projekt bisher gesammelten Erfahrungen zeigen, dass sich das Leben im eigenen Wohnraum, mit dem Wissen um einen geschützten Rahmen freiwilliger Betreuung, sehr positiv auswirkt. „Durch die Maßnahme des Betreuten Wohnens

ist es den meisten gelungen, diese Negativkette zu durchbrechen und ihre selbständige Wohnsituation zu stabilisieren“ (INDRO e.V. 1998, S.12).

**Nahziel:**  
**Stabilisierung der Gesundheitssituation**

Langjährigen Drogenabhängigen gelingt es in den meisten Fällen nicht, ihren Konsum ohne gesundheitliche Schädigungen oder soziale Ausgrenzungen zu realisieren. Der Gesundheitszustand Heroinabhängiger ist aufgrund von Mangelernährung, Lebensweise und unzureichender Gesundheitsvorsorge oft sehr schlecht - Opiatkonsumenten leiden häufig an vermindertem Appetit. Ursache ist eine langsame Verdauung der Nahrung, die Folge ist Verstopfung. Um diese zu vermeiden oder zu lindern, wird es vermieden, feste Nahrung zu sich zu nehmen. Stattdessen werden stark gesüßte Getränke und Schokolade, die leichter verdaulich sind, bevorzugt. Eine Fehlernährung mit Mangel an lebensnotwendigen Proteinen, Vitaminen und Mineralstoffen wirkt sich ungünstig auf den Gesamtzustand des Menschen aus (vgl. ZURHOLD 2002). Neben Haut- und Geschlechtskrankheiten treten andere gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, internistische oder psychiatrische Störungen auf. Weitere typische gesundheitliche Schwierigkeiten stellen Abszesse und Lungenentzündung dar - viele Opiatabhängige leiden an einer akuten Bronchitis. Da Opiate aber den Husten dämpfen, bleibt der Schleim länger in der Lunge liegen. Eine gute Grundlage für die Vermehrung von Bakterien ist geschaffen. Wenn genug Bakterien vorhanden sind, erreichen sie auch die Lungenbläschen und das angrenzende Gewebe, wo sie Entzündungen verursachen können.

Diagnostik und Therapie auftretender oder sich verschlimmernder Krankheitsbilder sind bei Drogenkonsumenten häufig dadurch erschwert, dass sie Symptome vor einem Arzt verheimlichen oder sie durch ihre teilweise durch Drogenkonsum gestörte Wahrnehmung tatsächlich nicht bemerken. Ein gestörtes Körperschema besitzt eine extreme Toleranz im Ertragen körperlicher Funktionsstörungen.

Seit dem Aufkommen der Immunschwächekrankheit AIDS ist es für Drogenabhängige noch schwieriger, aus der Isolation auszubrechen. Berührungsängste und Meidungen sind nicht nur in der „normalen Bevölkerung“, sondern auch in der Drogenszene verbreitet. Das sogenannte Needle Sharing birgt die Gefahr einer Übertragung von Infektionskrankheiten in sich (vgl. STÖVER 2000), aber auch das gemeinsame Benutzen von Löffeln und Filtern oder Flüssigkeiten zum Reinigen der Utensilien gelten als Haupttransmissionswege für Viren und Bakterien. Ein weiteres Risiko einer Ansteckung besteht in der Beschaffungsprostitution, denn „jeder unmittelbare Kontakt mit infiziertem Blut, Samen oder Vaginalflüssigkeit mit dem eigenen Blut beinhaltet das Risiko, sich mit dem HI- Virus oder sexuell übertragba-

ren Krankheiten anzustecken“ (ZURHOLD 2002, 70). Drogenabhängige mit intravenösen Applikationsformen haben deshalb ein besonders großes Risiko an Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis B oder C zu erkranken. „Die Gruppe der Drogenkonsumenten ist, nach der Gruppe der Homosexuellen, die zahlenmäßig zweitgrößte Risikogruppe für HIV- Infektionen und AIDS.“ (SIMON u.a. 2001, 62). Die HIV- Prävalenzrate unter den i.v. Drogengebrauchenden lag 1999 je nach Region in Deutschland bei 10 bis 20% (vgl. GERLACH/ ENGEMANN 1999); die Zahl der i.v. Drogenkonsumenten mit einer Hepatitisinfektion in der EU wird mit 500.000 angegeben (vgl. STÖVER 2002).

Aufgrund des beschriebenen schlechten Gesundheitszustandes muss es ein Hauptanliegen sein, sich im Rahmen des Betreuten Wohnens mit diesem Thema auseinander zu setzen und auf eine Veränderung hinzuwirken.

### **Nahziel:**

#### **Vermeidung weiterer Strafauffälligkeiten und Inhaftierungen**

Aufgrund der Drogenverbotspolitik ist jeder Heroingebraucher per se kriminalisiert. Bei den Konsumenten, mit denen es die Drogenhilfeeinrichtung bzw. das Betreute Wohnen überwiegend zu tun hat, ist der Drogengebrauch i.d.R. schon „aktenkundig“ geworden. Hinzu kommen durch die starke Abhängigkeitsausprägung und die hohen Drogenpreise fast zwangsläufig illegale Formen der Geldbeschaffung, wie Dealerei, Beschaffungskriminalität und Prostitution. Konfrontationen mit der Polizei und der Justiz sind somit nahezu zwangsläufig. Ein Großteil der Drogenkonsumenten hat bereits „gesessen“, steht unter Bewährungsaufsicht und muss Bewährungsaufgaben nachkommen.

Die Bewohner des Projektes, deren Lebensumstände sich nach dem Einrichten ihrer Wohnung langsam beruhigt haben, bemühen sich, deutlich weniger straffällig zu werden als zuvor. Das kann zum einen in einer kontrollierteren Lebensführung (Einschränkung ihres Drogenkonsums, Abstinenz), zum anderen in der Angst, bereits Aufgebautes wieder zu verlieren, begründet sein.

Justizielle Vorbelastungen aus der Vergangenheit bei Eintritt in das Betreute Wohnen wirken bedrückend. „Für die Mitarbeiter im Projekt bedeutet dies, Aufarbeitung der Vorstrafen, der Anzeigen, der ausstehenden Gerichtsverhandlungen etc. der Bewohner zu leisten, in Kooperation mit den jeweiligen Bewährungshelfern zu treten, Begleitung vor Gericht, evtl. Verfassen einer Stellungnahme über die Entwicklung des Betroffenen seit Aufnahme ins Projekt u.m.“ (INDRO e.V. 1998, 13).



**Nahziel:****Stabilisierung der psychosozialen Situation**

Aufgrund der Illegalität ihres Tuns und des ständigen Beschaffungsdrucks sind oftmals die sozialen Beziehungen von Drogenkonsumenten zu Eltern/Angehörigen abgebrochen bzw. gestört, eigene Kinder in Obhut des Jugendamtes, Schul- bzw. Berufsausbildungen frühzeitig abgebrochen, ein Berufseinstieg verhindert worden und dergleichen. Auch „drehen sich“ verbliebene Sozialkontakte häufig hauptsächlich um andere Angehörige der Drogenszene. Eine völlige Loslösung von der Szene ist daher vielen auch nach Ausstieg aus dem Konsum illegalisierter Drogen schwer möglich und zwiespältig zu betrachten. Einerseits besteht die latente Gefahr, über diese Kontakte wieder zu Drogen zu greifen, andererseits liegt es nahe, dass eine völlige Isolation psychische Krisenentwicklungen verschärfen würde.

Jahre- bzw. Jahrzehnte langes Szeneleben unter extremsten Konsum- und Beschaffungszwängen und -pressionen gehen auch psychisch an vielen Konsumenten nicht spurlos vorüber. Fast alle Bewohner weisen psychische und/oder physische Einschränkungen bzw. Krankheiten auf. Verlangsamtes Reaktionsvermögen durch Drogen- und Medikamentenkonsum, Depressionen, körperliche Schwächung durch Hepatitis- und HIV- Infektionen erschweren zusätzlich den Alltag.

Zur Stabilisierung der psychosozialen Situation der drogenerfahrenen Bewohner ist es notwendig, dass sie einen Umgang mit einer, falls vorhandenen, sozialen Isolation und Ausgrenzung erlernen und sie überwinden. Nennenswert sind hierbei die Ermutigung zur Aufnahme sozialer Kontakte und der Förderung von Beziehungs- und Konfliktfähigkeit

**Nahziel:****Stabilisierung des Drogengebrauchverhaltens**

Bei chronischem Konsum treten, vor allem durch Toleranzbildung, die erwünschten Wirkungen der Droge immer mehr in den Hintergrund. Die Folgen sind eine Steigerung der Dosis und eine höhere Konsumfrequenz. Weniger der Rausch, als die Beseitigung der physisch und psychisch quälenden Entzugserscheinungen, stehen im Vordergrund (vgl. ZURHOLD 2002). Immer häufigere und höhere Dosierungen können nach ZURHOLD in einem unkontrollierten Gebrauchsverhalten münden. Die daraus resultierenden und bereits dargestellten Folgen können zu einer psychosozialen und physischen Verelendung führen.

Nach WESTERMANN (2000) besteht unter Drogenkonsumenten ein Trend zum riskanten Mischkonsum. Dieser Mischkonsum steht in enger Beziehung zu zentralen Mortalitätsrisiken: Die gleichzeitige Anwendung von das Zentralnervensystem dämpfenden Substanzen (Barbiturate, Benzodiazepine, Alkohol, Antidepressiva)

verstärkt die atemdepressive Wirkung von Methadon und Heroin. Sie kann zu Atemlähmungen und damit zum Tod führen.

Es lässt sich zunehmend die äußerst riskante Gebrauchsmethode der intravenösen Applikation von Benzodiazepinen in Kombination mit Heroin beobachten (vgl. ZURHOLD 2002).

Eine weitere Problematik stellt der Beikonsum der substituierten Bewohner dar. Ein Mangel an Alternativen für bekannte/verinnerlichte Verhaltensweisen (das „Sich-zu-machen“ in Problemsituationen) oder fehlende Stabilität erklären den Beigebrauch anderer psychotroper Substanzen, wie bereits erwähnt das der Benzodiazepine, aber auch der Barbiturate, Amphetamine, von Kokain oder Alkohol, deren Wirkung durch die Einnahme des Substituts nicht beeinträchtigt wird.

Es wird deutlich, dass der Beikonsum und damit zusammenhängende Risiken sich keineswegs auf ein „Substanz-Problem“ reduzieren lassen, sondern in enger Verbindung mit sozialen Problemen, wie Verarmung, Isolation und vor allem Einsamkeit stehen (vgl. WESTERMANN 2000). „Stress, traurige Stimmung und Ängstlichkeit scheinen (weitere, K.E.) wichtige Einflussvariablen für das generelle Verlangen nach beikonsumierten Drogen zu sein“ (GRÜSSER u.a. 2000, 67).

Hier will das Betreute Wohnen greifen. Nur der kontinuierliche Kontakt zwischen Bewohner und Sozialarbeiter kann es ermöglichen, gezielt Intervention in Krisen zu leisten und u.U. weiterführende Hilfen, z.B. Beigebrauchsentgiftung, einzuleiten.

Weitere Aufgaben des Betreuten Wohnens bestehen darin, dem Drogenkonsumenten in seinem Gebrauchsverhalten durch eine Bewusstmachung der Auswirkungen seines Konsums zu reflektieren und auf eine selbsttätige Veränderung (im Rahmen akzeptanzorientierter Drogenarbeit) hinzuwirken. Beratung zu Safer-Use findet ebenfalls durch BeWo-Mitarbeiter statt. Wie der Umgang mit den psychotropen Substanzen zu gestalten ist (völlige Abstinenz, kontrollierter Konsum, Toleranz von Beikonsum), bleibt einer ausführlichen Zielabklärung vorbehalten. „Der Wechsel von einer risikoreichen zu einer weniger risikoreichen Drogenapplikationsform, Verringerung der Konsumtage in einem gewissen Zeitraum oder der Besuch von Drogenkonsumräumen können beispielsweise als Erfolg einer Maßnahme bezeichnet werden und sind individuell und sozial wichtige (Zwischen-) Schritte.“ (SIMON u.a. 2001, 144)

Kein konsumbezogenes Ziel ist von vornherein als minderwertiger zu bezeichnen und aus der Zieldiskussion auszuklammern. Den Bewohner in diesem Sinne in seinem Zielwunsch ernst zu nehmen und ihn in seiner Zielrichtung zu unterstützen, ist Aufgabe der Mitarbeiter des Betreuten Wohnens. Das Maximalziel ist, den Bewohnern zu einem Umgang mit Drogen zu verhelfen, das eine für ihn befriedigende Lebensqualität ermöglicht.

**Nahziel:****Stabilisierungen des Schulden-/Finanzverhaltens**

Drogenabhängige Menschen haben vielfach hohe Schulden, die eine Folge kompulsiver Gebrauchsformen bzw. des Beschaffungszwangs sind. Die Erhebung zur Entwicklung der Schuldenproblematik Drogenabhängiger, die mit Förderung des Jugendministeriums in Rheinland- Pfalz in den Fachkliniken durchgeführt wurde, belegt eine Schuldenhöhe von durchschnittlich 28.000 DM (vgl. FRIETSCH 1997 zit. nach FRIETSCH 2000).

Während Phasen (mehr oder weniger) starken exzessiven Drogenkonsums nimmt für viele Abhängige die Droge, und vor allem die Beschaffung der Droge, einen zentralen Stellenwert im Leben ein, wohingegen andere Teilbereiche des Lebens weniger Beachtung finden. Rechnungen, z.B. für Strom, Wasser, Telefon, Miete werden nicht beglichen und das Geld fließt nur allzu oft in die Drogenfinanzierung. Des weiteren lasten auf den Bewohnern des Projektes Geld- und Schuldenprobleme durch zu zahlende Buß- und Mahngelder, Schulden, Ratenzahlungen etc. Den meisten Betroffenen fällt es schwer, mit ihrem monatlichen Einkommen (i.d.R. Sozialhilfe) über den Monat zu kommen. Durch die Schulden kann auch nach abgeschlossener Therapie die soziale und berufliche Integration beeinträchtigt oder gar verhindert werden.

Die Stabilisierung des Schulden- und Finanzverhaltens von (ehemals) drogenkonsumierenden Menschen muss notwendiger Weise auch im Betreuten Wohnen zum Ziel gemacht werden, denn an die Umsetzung von Hilfen zur sozialen Integration ist, ohne eine realistische Entschuldungsperspektive, nicht zu denken (vgl. FRIETSCH 2000). Soziale wie berufliche Ausstiegshilfen können kaum greifen, wenn Pfändungsmaßnahmen drohen oder einsetzen. Durch eine Analyse der Schuldensituation kann der soziale Druck, der auf den Abhängigen lastet, gemindert und eine wesentliche Voraussetzung für die Reintegration geschaffen werden (vgl. e-benda.).

**Fernziel:****Verbesserung der familiären Situation**

Kompulsiver Opiatkonsum und die damit für die jeweilige Person verbundenen Auswirkungen tragen häufig zu einer Verschlechterung der familiären Situation bei. Familienangehörige werden in erster Linie als „Geldquelle“ betrachtet. Da viele Opiatabhängige in ihrer Familie nicht offen mit ihrem Drogengebrauch umgehen (können), sei es, weil sie ihren Familienmitgliedern „diese Schande ersparen“ wollen oder Angst vor Sanktionen, z.B. Ausgrenzung aus der Familie, haben, kann das Familienleben von Unehrlichkeit und Misstrauen geprägt sein. Eine allgemeine

Stabilisierung des Konsumenten durch die Auswirkungen des Betreuten Wohnens, Ruhe und eine gewisse Kontinuität im Leben bringen i.d.R. auch eine Verbesserung der familiären Situation mit sich: „Die Beziehung zur eigenen Familie (Eltern/Geschwister) hat sich bei den meisten Bewohnern seit Eintritt in die Maßnahme verbessert“ (INDRO e.V. 1998, 14).

**Fernziel:**  
**Eigenständige Kontoführung**

Die meisten Bewohner haben große Probleme damit, ihre finanziellen Angelegenheiten, wie z.B. das Bezahlen ihrer Telefonrechnung, Stromkosten etc. selbständig zu regeln.

Die von der Mehrzahl der Bewohner in Anspruch genommene Kontoverwaltung durch die Mitarbeiter des Betreuten Wohnens soll als Fernziel abgelöst werden durch die eigenständige Kontoführung. Hierbei ist es für die Bewohner notwendig, den Überblick über ihr Geld zu behalten, sich ihr Geld einzuteilen und einen eigenverantwortlichen Umgang mit ihm zu erlernen. Ebenso dazu zählen das selbständige Tätigen von Überweisungen sowie der Umgang mit dem Geldautomaten.

**Fernziel:**  
**Arbeitsaufnahme**

Als Fernziel angestrebt wird die Aufnahme einer Arbeit. Probleme stellen das pünktliche Erscheinen am Arbeitsplatz und das Durchhaltevermögen dar. Jahrzehnte lange Drogenabhängigkeit und eine unregelmäßige Lebensführung der Bewohner haben ihre Spuren hinterlassen. Bisher wurde von keinem der Bewohner eine eigene, regelmäßige Arbeit aufgenommen.

**Umsetzungsstrategien: Leistungsbestimmung und Betreuungsangebote**

Alle vorgehaltenen Angebote richten sich sowohl auf die Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, die Bearbeitung der Drogengebrauchsproblematik und die Entwicklung einer individuellen Lebensqualität. Die inhaltliche Arbeit orientiert sich an den konsumbedingten Ursachen der persönlichen, sozialen und unter Umständen beruflichen Schwierigkeiten der Bewohner. Eine Bevormundung oder Überbetreuung findet jedoch nicht statt. Die Betreuung ist als reflektier-

ter Entwicklungsprozess zu betrachten, der an der realen Situation der Bewohner ansetzt. Die Hilfsangebote sollen die individuellen Ressourcen der Bewohner berücksichtigen und die Potentiale des einzelnen und seines sozialen Umfeldes beachten. Die Förderung von Eigenständigkeit und individuellen Fähigkeiten soll im Sinne von Empowerment gestärkt werden (vgl. SCHNEIDER 1998).

Grundsätzlich verstehen sich die Betreuungsangebote in erster Linie als Hilfen zur Selbsthilfe und orientieren sich an den aktuellen Bedürfnissen der Bewohner. „Das Hilfespektrum des Betreuten Wohnens reicht von konkreter Hilfestellung bei der unmittelbaren Alltagsbewältigung bis hin zur selbstbestimmten Lebensgestaltung und Lebensplanentwicklung.“ (EMPFEHLUNG FÜR EINE LEISTUNGSVEREINBARUNG 1999, § 3). Die ambulant unterstützenden Hilfsangebote im Rahmen des Betreuten Wohnens stellen eine Leistung der Eingliederungshilfe gemäß §§39, 40 BSHG dar. Sie müssen nach Art, Form und Maß den Besonderheiten des Einzelfalls, vor allem der Person des Hilfeempfängers, der Art seines Bedarfs und den örtlichen Verhältnissen entsprechen (§ 3 BSHG). Im jeweiligen Einzelfall werden die einzelnen Ziele, Schwerpunkte, Inhalte, Formen und die Intensität der Betreuungsleistungen am individuellen Hilfebedarf sowie an den persönlichen und sozialen Ressourcen des Leistungsbeziehers ausgerichtet.

Das ambulante Betreute Wohnen umfasst direkte, mittelbare und indirekte Betreuungsleistungen:

### **Direkte Leistungen**

Hierzu zählen, ausgehend vom individuellen Hilfebedarf, Unterstützung, Beratung und Anleitung. In einzelfallbezogenen Hilfeleistungen werden Hausbesuche, Kontakte in den Vereinsräumlichkeiten, Begleitung außerhalb der eigenen Wohnung und telefonische Gespräche mit den Betreuten umgesetzt und erfolgen in verschiedenen Lebensbereichen. Zu nennen sind an dieser Stelle der Wechsel in die neue Wohn- und Lebensform (z.B. Hilfe beim Umzug, Wohnraumgestaltung), der lebenspraktische Bereich (z.B. finanzielle und behördliche Angelegenheiten, Haushaltsführung, Gesundheit), die Lebensgestaltung (z.B. Tagesstrukturierung, Lebensplanung) und der psychosoziale Bereich (z.B. psychosoziale Betreuung, Krisenintervention).

### **Mittelbare Leistungen**

Zu den mittelbaren Hilfeleistungen zählen insbesondere Telefonate und Schriftverkehr für die betreute Person, Unterstützung bei Institutionen betreffenden Alltagsangelegenheiten der Betreuten, Gespräche mit Angehörigen, Arbeitgebern und die

Planung sowie Durchführung von Gruppenangeboten. Ebenso dazu zählt die Hilfeplanung, Teambesprechung, Fortbildung und ähnliches.

### **Indirekte Leistungen**

Hierzu gehören sämtliche Tätigkeiten, die erforderlich sind für die Organisation und Qualitätssicherung der Leistung, wie die Leitung des Dienstes, Verwaltung, Organisation, Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit.

Ziel aller Maßnahmen soll die autonome Befähigung zur Organisation und Strukturierung des Alltags sein.

Im Folgenden werden die wichtigsten Leistungen veranschaulicht dargestellt.

### **Hilfen und Anleitungen zur Haushaltsführung**

An einige Betreute werden durch selbständiges Wohnen Anforderungen an sie als Bewohner gestellt, die sie oftmals nicht kennen oder in der Vergangenheit bereits nicht bewältigen konnten, bzw. mussten. Falls notwendig, wird durch einen BeWo-Mitarbeiter Hilfe zur Haushaltsführung gewährleistet. Notwendige Haushaltstätigkeiten wie Geschirr spülen, Wäsche waschen oder putzen können bei Bedarf gemeinsam durchgeführt werden. Allerdings ist es auf Grund des geringen Stellenschlüssels nicht möglich, Personen in das Betreute Wohnen aufzunehmen, die große Defizite in diesem Bereich aufweisen und eine intensivere Betreuung benötigen.

### **Hilfe zur Teilnahme am Gesellschaftsleben/Angebote zur Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung**

Die Droge wird gebraucht, um sich „normal“ und „funktionsfähig“ zu fühlen. Das einfachste für den Konsumenten ist es, sich zu Leuten mit denselben Interessen zu gesellen. Die Folge ist ein Verlust von sozialen Bindungen abseits von Konsum und Drogen. Vor allem langjährig opiatabhängige Personen verlieren oft jeglichen Kontakt zu Menschen, die mit Drogen nichts zu tun haben. Große Teile der Gesellschaft nehmen Drogengebraucher als „Subkultur“ und somit als Bedrohung wahr, was dazu führt, dass sich Konsumenten verstärkt in die Drogenszene integrieren und gleichzeitig aus der „normalen Gesellschaft“ zurückziehen. Eine Möglichkeit zum Einstieg in die Normalisierung, zur Erprobung von Fähigkeiten, Belastbarkeit, Durchhaltevermögen und zur Stärkung des Selbstwertgefühls soll durch die Angebote zur Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung erleichtert werden.

Einer besonderen Problematik stehen diejenigen gegenüber, die eine Lösung aus der Drogenszene, verbunden mit dem Wegfall von zeitintensiven Beschaffungsaktivitäten, anstreben bzw. erreichen, denn sie ist oft mit einer Leere durch die plötzlich vorhandene Zeit verbunden. Die Mitwirkung in Kultur- und Freizeitprojekten kann Lebensinhalte schaffen, die an die Stelle des bisherigen Drogenkonsums treten. Die entwickelten Freizeitaktivitäten sind an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen orientiert. Es finden z.B. regelmäßig Musik- und Filmveranstaltungen sowie Radtouren statt.

## **Krisenintervention**

„Als Krise wird ein (nicht durch Krankheit erklärbarer) meistens unter hohem emotionalem Druck einhergehender Verlust des seelischen Gleichgewichts bezeichnet, den der Betroffene mit seinen erlernten Bewältigungsmöglichkeiten selbst nicht beheben kann“ (DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1993, 601). Oftmals erschweren schwerwiegende psychische, soziale und finanzielle Problemlagen der Bewohner die Arbeit. Ein weiteres Problem kommt hinzu: Opiatabhängigkeit zeichnet sich durch hohe Rückfallwahrscheinlichkeiten aus und Kriseninterventionen müssen häufig durchgeführt werden. Soforthilfen bei akuten Krisen bedeuten, einer Person zu begegnen, die zu diesem Zeitpunkt und in dieser expliziten Situation nicht in der Lage ist, sich selbst zu helfen. Eskalierende und/oder soziale Konflikte und besondere individuelle Notlagen können denjenigen, der sich in einer akuten Krise befindet, zu Selbst- und Fremdgefährdung (Suizid, Gewalthandlungen), Rückfällen oder Überdosierungen führen. Das Bewältigungsvermögen des Betroffenen reicht aktuell nicht aus, um individuelle Belastungssituation zu meistern. Ziel des professionellen Handelns ist die Schadensbegrenzung. Verschiedene Phasen der Krisenintervention lassen sich zusammenfassen:

a) Einschätzung der momentanen Situation, in der sich der Betroffene aktuell befindet

Es wird angestrebt, das die Krise auslösende(n) Ereignis/Ereignisse nach Art, Umfang und Bedeutung für die betreffende Person herauszufinden. Eine Einschätzung seiner psychischen Verfassung, besonders im Hinblick auf Suizidgefährdung, hilft bei der Planung.

b) Planung der Intervention

In dieser Phase wird das Selbsthilfepotential des Betroffenen, vorhandene äußere Ressourcen und die Möglichkeit weitere Personen einzubeziehen, eingeschätzt.

### c) Durchführung der Intervention

Ziel der Intervention ist es, den Betroffenen von seinem Druck zu entlasten und Hilfe zur Auseinandersetzung mit Angst- und Schuldgefühlen anzubieten. Neue Bewältigungsstrategien können zusammen entwickelt und/oder konkrete Hilfe-maßnahmen vermittelt werden.

### d) Lösung der Krise und vorausschauende Hilfeplanung

Die erreichte Problemlösung wird stabilisiert und neu gewonnene Bewältigungsmöglichkeiten verstärkt. Krisenintervention ist geprägt durch ein emphatisches Gespräch, psychosoziale Beratung, medizinische oder juristische Eingriffe.

## **Unterstützung bei Finanzangelegenheiten/Hilfen zur Schuldenregulierung/ Geldeinteilung/ Hilfe im Umgang mit Geld**

Dass Überschuldung als eine häufig auftretende Begleiterscheinung von Abhängigkeit auftritt, ist allgemein bekannt. Unüberschaubare und belastende finanzielle Probleme scheinen durch Drogenkonsum beherrschbar. Die Schulden stammen aus Verpflichtungen während der Zeit der Drogenabhängigkeit. Sie bestehen in der Hauptsache gegen Banken, Vermieter, Gerichte, Ratenkaufverträge oder Schadenswidergutmachungen (vgl. FRIETSCH 2000). Eine andere Gruppe von Gläubigern stellen Verwandte und Bekannte dar. Sie sind häufig die einzige Quelle, aus der sich Drogenabhängige Geld leihen können, wobei dieses Geld nicht nur für Drogen Verwendung findet, sondern auch eingesetzt wird, um drohende Vollstreckungsmaßnahmen abzuwenden.

Herkömmliche Schuldnerberatungsstellen sind überlaufen und können der besonderen Problematik compulsiven Drogengebrauchs sowie dessen Begleiterscheinungen nicht immer gerecht werden. Des weiteren würde „eine Delegation des drogenbedingten Problemfeldes „Schulden“ an eine örtliche Schuldnerberatungsstelle (...) einen Betreuungsbruch darstellen und die Bearbeitung der Symbiose von Drogenabhängigkeit und Überschuldung entsprechend beeinträchtigen“ (FRIETSCH 2000, 12).

Es ist notwendig, dem Drogenabhängigen aufzuzeigen, dass, unter der Bedingung aktiver Mitarbeit und Bereitwilligkeit, Veränderungen in Drogeneinstellung und seiner Einstellung zu Geld eine wirtschaftliche Lebensperspektive durchaus möglich ist. „Zentral für die Schuldnerberatung in der Drogenarbeit sind die Grundsätze der Orientierung an der Veränderungsbereitschaft mit entsprechenden verbindlichen Vereinbarungen über die einzelnen Schritte im Beratungs- und Betreuungsprozess (...)“ (FRIETSCH 2000, 13).

Je früher sich der Abhängige seiner Schulden und ihrer Bedeutung bewusst wird und sich an die Drogenhilfe wendet, desto leichter ist eine Verhinderung eines fort-



laufenden Schuldenanstieges. Dem Hilfesuchenden kann bewusst gemacht werden, dass den Zwangsvollstreckungsmaßnahmen der Gläubiger Grenzen gesetzt sind und sich einige Gläubiger auf Tilgungsarrangements einlassen. Ferner besteht unter bestimmten Voraussetzungen nach der InsO (Insolvenzordnung) eine Restschuldbefreiung, und spezielle Umschuldungsfonds existieren für Drogenabhängige, die eine spätere Sanierung unterstützen können.

Eine Auflistung der gesamten Schulden und die Erstellung eines Schuldentilgungsplans sind notwendige Voraussetzungen auf dem Weg zur Schuldenfreiheit. Es müssen Stundungsanträge und Verhandlungen mit Gläubigern geführt werden. Langfristig gesehen ist die Begleitung der Schuldentilgung wesentliche Basis der Schuldenregulierung. Vereinbarte Ratenzahlungen, die aufgrund der in der Regel schlechten finanziellen Situation der Bewohner häufig auf lange Zeit angesetzt sind und meist nur in kleinen Raten abbezahlt werden können, können zum Problem des Bewohners werden.

Zur Soforthilfe der Schuldenregulierung gehört die Krisenintervention etwa bei drohender Energiesperre oder Vorladung und Haftandrohung. Weitere Schritte sind das Sichern von Unterlagen, die Aufstellung eines Überblicks der Gläubiger und die Bestandsaufnahme aller Schulden.

Ebenso dazu gehören das Lernen des Umgangs mit Geld und das Ansparen von Tilgungsmitteln. Bei der Aufstellung eines Haushaltsplanes sind alle Einnahmen und Ausgaben auf einen Monatswert umzurechnen.

Schuldnerberatung ergänzt und unterstützt die medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation. Die gesellschaftliche Integration wird durch die Vermittlung von Handlungskompetenz gefördert: Ein eigenverantwortlicher und selbstbewusster Umgang mit den Finanzen wird angestrebt und gefördert. Durch die Schuldenregulierung wird die ökonomische Basis gesichert, die Risiken unüberschaubarer Zahlungsverpflichtungen und unkalkulierbarer Zwangsvollstreckungsmaßnahmen minimiert (vgl. MÜLLER 1998). Somit werden die Angst vor bestehenden Schulden gemindert und realistische Lösungsperspektiven vermittelt.

Für eine Schuldnerberatung in der Drogenhilfe steht die Orientierung an der Veränderungsbereitschaft des Finanzverhaltens, mit entsprechenden verbindlichen Vereinbarungen über die einzelnen Beratungs- und Betreuungsschritte, so wie die aktive Beteiligung der Hilfeempfänger am Prozess der Schuldenberatung und die Verpflichtung zur wechselseitigen Verständigung hinsichtlich aller für die Schulden-situation relevanten Informationen und Aktivitäten gegenüber Dritten, an zentraler Stelle.

Fast alle Bewohner des Projektes haben mehr oder minder große Probleme, mit ihrem Geld über den Monat zu kommen. Die Schuldenregulierung ist eine wesentliche Voraussetzung für eine dauerhafte Stabilisierung drogenabhängiger Menschen und deren Wiedereingliederung in die Gesellschaft.

## **Psychosoziale Betreuung**

Die vielfach schlechte soziale Lage und die problematische persönliche Situation langjähriger Drogenkonsumenten sprechen für die Notwendigkeit einer qualifizierten psychosozialen Betreuung im Rahmen des Betreuten Wohnens und stellen einen elementaren Teil der Arbeit im BeWo-Projekt dar. Diese ist an den Zielsetzungen, Möglichkeiten und Ressourcen der Bewohner orientiert und zielt sowohl auf eine Veränderung im sozialen Umfeld (Beziehungen, Wohnen, Arbeit, Finanzen etc.) als auch im psychischen Bereich (Stabilisierung des Drogenkonsumverhaltens, Bearbeitung von Problemen etc.) ab. Sicherung und Ausbau des sozialen, psychischen und somatischen Status wollen dem Bewohner ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben ermöglichen. Die Aufgaben des Mitarbeiters bestehen darin, die Bewohner bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen (Erstellen eines Haushaltsplans, Einteilung des Geldes für den täglichen Bedarf etc.) zu unterstützen und ihre soziale Integration zu fördern.

Das Betreute Wohnen zielt demnach auf eine Abwendung von Krisensituationen und auf psychosoziale Stabilisierung durch Gesprächsangebote und durch die Entwicklung einer auf Akzeptanz gegründeten, prozessorientierten Beziehung. Heterogene Arbeitsinhalte ergeben sich aus der individuellen Zielformulierung (z.B. Verbesserung der Gesundheitssituation, Verbesserung der finanziellen Situation, Entwicklung neuer, nicht drogenindizierter Lebensperspektiven). Diese werden schrittweise und ohne Erfolgsdruck gemeinsam mit dem Bewohner geplant.

## **Psychosoziale Betreuung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung**

Vor allem Bewohner, die in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen werden, bedürfen einer besonders intensiven Betreuung. Nachdem der das bisherige Leben kennzeichnende Kreislauf von Beschaffungszwang, Drogenkonsum und Kriminalität durchbrochen ist und die körperliche und psychische Erholung durch regelmäßiges Essen und Schlafen, einem Abheilen verletzter Venen stattgefunden hat (solange kein intravenöser Beikonsum stattfindet), kann ein Zustand der Euphorie eintreten. Dies birgt die Gefahr in sich, dass depressive Verstimmungen (Substitutionsloch) durch das Bewusstwerden der radikalen Veränderung der Lebenssituation und des damit verbundenen Verlustes bekannter Lebensweisen und -rhythmen eintreten können. Plötzlich ist sehr viel Zeit vorhanden. Aktivitäten, die mit der Beschaffung und dem Konsum der Droge in Zusammenhang standen, fallen weg. Der Substituierte findet Zeit, über seine Lebenssituation nachzudenken und sie realistisch wahrzunehmen (z.B. über die bisherige Vernachlässigung des eigenen Körpers und der Lebensziele, vielleicht angehäuften Schulden oder Vorstrafen, Einsamkeit und eventuelle konsumbedingte Infektionen, wie HIV oder Hepatitis). Es wird

deutlich, dass die Substitutionsbehandlung, die meist mit großer Hoffnung beginnt, die persönlichen Probleme der Teilnehmer am Betreuten Wohnen häufig allein nicht lösen kann.

Psychosoziale Betreuung setzt hier ein. Auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung, die es erlaubt, auftauchende Gefühle zu thematisieren, werden schrittweise Lösungsstrategien für scheinbar unüberwindbare Alltagsprobleme und neue Verhaltenskompetenzen entwickelt. Die rein negative Bewertung eigenen Scheiterns an selbst gesetzten Zielen, die nicht so schnell erreicht werden, wie erwartet sowie Versagensängste, werden durch die psychosoziale Beratung abgemildert, um eine Resignation in der neuen Situation zu verhindern. Neue Perspektiven und Lebensinhalte müssen oft in mühsamer Kleinarbeit entwickelt werden. Im Rahmen der psychozialen Betreuung ist es aufgrund möglicher gefährlicher Substanzwechselwirkungen im Falle von Parallelgebrauch verschiedener psychotroper Substanzen auch notwendig, einen Beigebrauch des substituierten Bewohners zu thematisieren, allerdings ohne den moralischen Zeigefinger zu erheben.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine psychosoziale Betreuung allerdings nicht bei allen sich in einer Substitution befindenden Personen sinnvoll und notwendig ist. „Eine obligatorische Teilnahme aller Substitutionspatienten an psychosozialen Betreuungs- und Therapiemaßnahmen ist aber auch deshalb abzulehnen, da die Gefahr besteht, dass ein solcher Verpflichtungsmechanismus kontraproduktive Effekte hervorrufen und in einer widerwilligen und damit therapeutisch wertlosen Zwangsausübung für die Betroffenen resultieren kann: Unter Zwangsbedingungen lässt sich aus unserer Sicht ein offenes Vertrauensverhältnis zwischen Betreuer/Therapeut und Klient nur schwer etablieren [...] Die Praxis lehrt uns zudem, dass innerhalb der Population der substituierten Patienten Subgruppen entstehen, die keinerlei psychosoziale Unterstützung bedürfen“. (FOLLMANN/ GERLACH 2002, 279).

## **Hilfen zur Gesundheitsförderung**

Durch den Bezug einer Wohnung, dem Leben im geschützten Raum und der bei Bedarf intensiven Betreuung in Form von Gesprächs-, Austausch- und Beratungsmöglichkeiten hat sich die Gesundheitssituation der meisten Bewohner stabilisiert. Die Ruhe in der Wohnung tut dem Körper und der Seele gut. Eigene Bedürfnisse werden eher wahrgenommen, und somit besteht die Möglichkeit, sich gezielter in ärztliche Behandlung zu begeben. Die Beigebrauchsproblematik lässt sich (u.U. mittels stationärer Entzugsaufenthalte) reduzieren bzw. aufheben. Ein hygienischeres Leben mit gesünderer Nahrung wirkt sich positiv auf den Allgemeinzustand aus.

Seitens des Betreuten Wohnens wird eine gesundheitliche Stabilisierung durch die Förderung des Gesundheitsbewusstseins des Betreuten angestrebt. Dies kann, z.B. bezüglich der Anregung zur Einnahme gesunder Ernährung oder dem Treiben von sportlichen Aktivitäten, stattfinden (da eine enge Kooperation zwischen INDRO und der städtischen Drogenhilfe besteht, können auch Konsumenten, die nicht durch diese städtische Einrichtung „betreut“ werden, ihr hausinternes „Fitnessstudio“ nutzen). Des Weiteren wird versucht, eine gesundheitliche Stabilisierung durch die Förderung der Behandlungsmotivation der Bewohner zu erreichen. Über Infektionsprophylaxe werden diejenigen Bewohner informiert, die aktuell konsumieren.

**Problem:**  
**Beikonsum**

Eine ebenfalls sehr riskante „Konsumvariante“ ist der Drogenkonsum parallel zu einer Substitutionsbehandlung, der sogenannte „Beikonsum“. „Betrachtet man die Todesursache bei substituierten Patienten, wird deutlich, dass der Beikonsum von Heroin oder anderen Substanzen für 22% der Todesfälle innerhalb der Substitution verantwortlich ist“ (GÖLZ 2000, 43).

Auf den ersten Blick mag es erstaunen, dass eine nicht geringe Anzahl der substituierten Heroinabhängigen trotz der gesicherten Versorgung mit Substitutionsmitteln weiterhin andere, legalisierte, wie illegalisierte Substanzen teilweise exzessiv konsumiert. Dabei kommt nicht nur dem Heroin, dessen euphorisierende Wirksamkeit aufgrund der Kreuztoleranz mit dem Substitutionsopiat eingeschränkt ist, sondern insbesondere Substanzen wie den Barbituraten, Benzodiazepinen, Amphetaminen, Cannabinoiden und Alkohol eine erhebliche Bedeutung zu.

**Problem:**  
**Rückfälle im Drogenkonsumverhalten**

Zur Sucht gehört auch der Rückfall nach durchgeführten Entgiftungen, Therapien, Gefängnisaufenthalten oder eigeninitiierten Ausstiegsversuchen, wobei er nicht immer als Versagen des Abhängigen zu erklären ist. Therapieabbruch oder Rückfall sind Begleiterscheinungen der Sucht und somit Ausdruck der fortbestehenden Abhängigkeit.

Die psychische Wirkung von Heroin lässt oft auch nach Monaten der Abstinenz spontane oder schleichend auftretende starke Drogensehnsüchte (cravings) auftreten. „Mit Rückschritten muss gerechnet werden. Bekannter Weise ist die Rückfallwahrscheinlichkeit bei (ehemaligen) Opiatabhängigen sehr hoch und Stabilisierungsbemühungen sehr schwierig“ (INDRO e.V. 2003, S.9).

Die Arbeit mit der beschriebenen Zielgruppe durch das Betreute Wohnen beinhaltet auch die Arbeit mit Menschen, die Rückschritte im Drogenkonsumverhalten, d.h. abstinent lebende Personen werden rückfällig, oder relativ stabile Konsummuster werden unkontrollierbar, erleben. Bei dieser Arbeit ist zu berücksichtigen, „dass der Prozess der Stabilisierung und der Zusammenarbeit selten linear verläuft, sondern von Phasen der Ambivalenz, Stagnation, Rückfall und Krise geprägt ist“ (GERLACH 2002, 200).

Rückfälle müssen entmystifiziert und als Entwicklungschancen betrachtet werden. Notwendig für die Arbeit mit den Bewohnern ist eine Thematisierung und ggf. eine Bearbeitung belastender Gefühlszustände, sozialer Konflikte und Einladungen zum Mitkonsum, da sie zentrale Rückfallursachen darstellen (vgl. STIMMER 2000). Um kompulsive Drogengebrauchsmuster dauerhaft zu überwinden, ist nicht allein die Abstinenz ausschlaggebend. Entscheidend ist immer, ob der oder die Drogengebrauchende lernt, adäquat mit Konflikten und Beziehungen umzugehen und sich auf dieser Basis sozial und beruflich (re-) integrieren kann.

### **Schwellendifferenzierung**

Im Betreuten Wohnen befinden sich Personen, die allesamt Unterstützung aufgrund ihrer jeweiligen problembelasteten Situation, die, ganz oder zum Teil, durch ihren Drogenkonsum entstanden ist, benötigen. Einige Bewohner sind stabil substituiert und haben keinen Beikonsum, andere versuchen ihren Beikonsum in den Griff zu bekommen und wiederum andere werden nicht substituiert und arbeiten daran, ihren Drogenkonsum zu stabilisieren oder zu reduzieren.

Der schwellendifferenzierte Arbeitsansatz orientiert sich an den individuellen Anforderungen und Möglichkeiten der Bewohner. Ziele und Inhalte der gemeinsamen Arbeit werden im Vorfeld formuliert, jedoch der aktuellen Situation angepasst und entsprechend variiert. Demnach können nach einer längeren Stabilisierungsphase, in deren Verlauf die Anforderungen an den Bewohner steigen, bei Eintreten eines Rückschritts, z.B. durch vermehrten Drogenkonsum, die Anforderungen wieder einem den aktuellen Möglichkeiten des Bewohners entsprechenden Niveau angepasst werden. Daher sind die Voraussetzungen für die Bewohner zu Beginn der Maßnahme meist sehr niedrigschwellig und relativ voraussetzungsarm organisiert. Im Verlauf der Maßnahme steigt dann der Anteil des eigenverantwortlichen Handelns, im Idealfall bis hin zur absoluten Selbstständigkeit. Dieser Prozess verläuft jedoch selten linear, so dass die Anforderungsschwellen an die Bewohner häufig revidiert werden müssen.

## **Aufnahmemodalitäten**

Die Voraussetzung für die Aufnahme von Personen der Zielgruppe in das Betreute Wohnen fußt auf zwei Grundlagen. Zum einen muss eine Kostenzusage nach § 39 ff. BSHG vom LWL vorliegen. Die Entscheidung hierüber wird in der Hilfeplan-konferenz der Clearingstelle getroffen. Ausschlaggebend hierfür ist die Anerken-nung der Notwendigkeit der Maßnahme. Zum anderen wird vor Aufnahme in das Projekt ein Vorgespräch geführt, in dem beide Parteien, Projektbetreuer und zu-künftiger Bewohner, ihre Erwartungen bezüglich des Betreuungsverhältnisses dar-legen. Ein Einvernehmen über das Erreichen der Betreuungsziele muss gegeben sein. Weitere Voraussetzung für die ambulante Betreuung ist die Fähigkeit und der Wunsch, alleine (oder mit Partner) leben zu wollen (im Gegensatz zur Betreuten Wohngemeinschaft) und die Bereitschaft, Absprachen einzuhalten.

## **Vertragsbeziehung des Betreuungsverhältnisses**

Die durch das Betreute Wohnen angebotenen, zur Reintegration dienenden psycho-sozialen Maßnahmen müssen von den Nutzern dieser Leistungen bezahlt werden (Tagespflegesatz). Die vertraglichen Bedingungen werden festgehalten. Jederzeit können beide Seiten den Vertrag fristlos kündigen. Die Freiwilligkeit bleibt also gewahrt. Leistungen bedürftiger Bewohner, das ist bei Sozialhilfe- und Arbeitslo-senhilfeempfängern der Fall, kann das örtliche Sozialamt übernehmen. Vorausset-zungen sind:

- die Notwendigkeit der Maßnahme (amtsärztliche Untersuchung, Kriterien nach §39BSHG)
- die Eignung und Qualifikation der die Dienstleistung zur Verfügung stellenden Einrichtung  
(nach Kriterien des §93 BSHG)

Hier stehen sich zwei Vertragspartner gegenüber, mit Rechten und Pflichten. Die Anforderungen, die das Projekt an die Bewohner stellt, beinhalten, dass keine „Drogenszene“ in den Wohnungen aufgebaut wird, ein nachbarschaftliches Ver-hältnis zu anderen Mietparteien und das Einhalten von Terminen und Abmachun-gen. Das Projekt bietet im Gegenzug eine qualifizierte Unterstützung in Wohn- und allgemeinen Lebenssituationen an. Die Leistungen werden unabhängig vom Miet-vertrag vereinbart. Eine Entkopplung von Mietvertrag und Hilfsangeboten ist si-chergestellt.

Das Vertragsverhältnis beinhaltet eine zu erbringende Dienstleistung und verhin-dert „ein überstarkes Bevormunden sowie ein ‚von oben herab Behandeln‘ der Be-

dürftigen“. Die Bewohner wohnen mit allen Rechten und Pflichten eines Mieters in ihren Wohnungen. Der Hilfeanbieter hat keinerlei Weisungsbefugnis bzgl. der Lebensführung des Hilfeempfängers.

### **Intensität und Dauer des Betreuungsverhältnisses**

Die Hilfeplanung erfolgt in der Regel zunächst für ein Jahr bis zwei Jahre. Nach Ablauf dieses Jahres wird die Hilfeplanung fortgeschrieben, wobei die Planungszeiträume individuell festgelegt werden. Eine Fortschreibung ist jedoch mindestens jeweils nach Ablauf von drei Jahren vorzunehmen (Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung gemäß § 93 BSHG). Die Überprüfung der fortlaufenden Notwendigkeit des Betreuten Wohnens wird nach Ablauf des im vorangegangenen Hilfeplanverfahren festgelegten Zeitraums durch die Clearing-Stelle des LWL vorgenommen.

Das Betreute Wohnen soll Veränderungsprozesse anstoßen, aber nicht zwangsläufig dauerhaft begleiten oder abschließen. Bei erfolgreichem Verlauf des Betreuungsprozesses (subjektive Zufriedenheit mit dem Hilfsangebot, Steigerung der Lebensqualität, des Gesundheitszustandes und der Lebenssituation des Bewohners) ist rechtzeitig die Ablösungsphase durch die allmähliche Zurücknahme der Betreuungsintensität einzuleiten. Ein wesentliches Merkmal für die Bestimmung dieses Zeitpunktes ist die Fähigkeit des Bewohners, ein eigenständiges Leben zu führen. Durch ihn muss eine Orientierung nach außen und die verstärkte Entwicklung von Eigeninitiativen erfolgen. Nach Abschluss des Betreuungsverhältnisses besteht meist weiterhin sporadischer Kontakt zu dem BeWo-Mitarbeiter.

Der Zeitraum des Aufenthaltes im Betreuten Wohnen sollte die Möglichkeit bieten, eventuelle Anschlussmaßnahmen zu planen oder auf eine Entlassung ohne gänzliche Betreuung vorzubereiten. Allerdings sind aufgrund der Anhäufung massiver sozialer, psychischer und physischer Belastungsfaktoren einige Betreuungsverhältnisse sehr zeitintensiv und eine langfristige Anlegung vieler Betreuungsverhältnisse unbedingt sinnvoll und notwendig, für viele Betroffene sogar die letzte Chance. „Auch nach Jahren ist der Stabilisierungsprozess bei den meisten Personen nicht ausreichend abgeschlossen. Lange Verweildauern in dem Betreuungsprojekt sind daher nicht selten, sondern eher die Regel“ (ENGEMANN 2003, 13). „Innerhalb der Hilfeform des Betreuten Wohnens sind die Intensität und Dauer der zu erbringenden Leistungen einzelfallbezogen am Ausmaß des individuell vorhandenen Hilfebedarfs auszurichten“ (EMPFEHLUNG FÜR EINE LEISTUNGSVEREINBARUNG 1999, § 5).

## **INDRO e.V. als Anlaufstelle**

Fünffmal wöchentlich (Mo-Fr) von 10.00 bis 13.00 steht der BeWo-Mitarbeiter in den Räumen von INDRO speziell für die Bewohner des Projektes als Ansprechpartner zur Verfügung. Hier besteht die Möglichkeit, sich mit anderen Bewohnern des BeWo-Projektes auszutauschen, Kaffee zu trinken, „Formularkram“ zu erledigen, Beratung einzufordern, die Infrastruktur des Büros zu nutzen (Telefon, Faxgerät, Kopierer) oder sich das durch INDRO verwaltete Geld in meist kleineren Beträgen auszahlen zu lassen. Bei Bedarf werden darüber hinaus weitere im INDRO-Büro oder an anderen Orten (Ämter, Gericht etc.) stattfindende Termine vereinbart. Regelmäßig finden auch Treffen von Bewohner und Betreuer in den Wohnungen statt. Bei Bewohnern mit dem Wunsch der völligen Herauslösung aus der Drogenszene werden neben Hausbesuchen Termine an neutralen Orten (Cafés, Gaststätten) vereinbart. Bewohner, die die weiteren Angebote von INDRO (offener Cafébereich, Ernährungs- und Hygieneangebote) nutzen wollen, können dies selbstverständlich tun.

## **Integration**

Integrationshilfen beziehen sich hierbei auf Maßnahmen, die die soziale Wiedereingliederung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen ermöglichen sollen. Es werden diejenigen Angebote zusammengefasst, die der gesellschaftlichen Wiedereingliederung im weitesten Sinne dienlich sind. Der Begriff „Integration“ ist weiter gefasst als „Nachsorge“. Nachsorge ist lediglich der Teil integrativer Maßnahmen unmittelbar nach Beendigung medizinischer Rehabilitation.

Für das Ziel „Integration“ leistet die Drogenhilfe für Betroffene eine vermittelnde Brückenfunktion. Sie will diese Menschen motivieren und unterstützen, sich mit den Anforderungen des Alltags auseinander zu setzen und sie konstruktiv zu bewältigen.

## **Integration von Bewohnern des Betreuten Wohnens in die Gesellschaft**

Integration umfasst alle Maßnahmen, die der Wiedereingliederung von Menschen dienen, die durch Drogenkonsum ihre sozialen Bezüge ganz oder teilweise verloren haben und umfasst die o.g. aufgeführten Angebote. Ziele der Integration sind eine Motivation der durch Drogenkonsum stark belasteten Bewohner, sich regelmäßigen Anforderungen zu stellen und durch ihre Bewältigung Erfolgserlebnisse zu erzielen. Das kann einerseits z.B. in Form von Tagesjobs geschehen. So beschreibt KIESELBACH Langzeitarbeitslosigkeit als psychosozialen Stressor (KIESEL-



BACH 1999). Gerade regelmäßige Arbeit führt zu größerer Zufriedenheit und kann ein Beitrag zur sozialen Integration darstellen. „Gegenübergestellt bieten Arbeitsplätze neben Lohn/Gehalt auch soziale Kontakte, Erfolg, Tätigkeit, Selbstwertgefühl usw.“ (BEIERLEIN 2002, 202).

Allerdings wird andererseits immer deutlicher, dass wir uns von althergebrachten Resozialisierungszielen wohl dauerhaft verabschieden müssen. Die volle berufliche und soziale Reintegration ist für die meisten Bewohner, aufgrund ihrer schwerwiegenden Erfahrungen (Inhaftierungen, Prostitution, Broken-Home, oft Jahrzehnte langer Drogenkonsum etc.), nicht zu erreichen. Die psychische und körperliche Belastbarkeit der Bewohner ist oftmals eingeschränkt. Die Folgen des Drogenkonsums können sich auf den Körper und die Psyche auswirken. Depressionen, körperliche Schwäche (z.B. durch HIV-, oder Hepatitis- Infektionen), verlangsamtes Reaktionsvermögen durch jahrelangen Drogen- und Medikamentenkonsum sind hier beispielhaft zu nennen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass fast alle Bewohner psychische und/oder körperliche Einschränkungen/ Krankheiten aufweisen.

Außerdem muss „In Bezug auf Arbeitsplatzvermittlung (...) konstatiert werden, dass es aufgrund einer allgemein hohen Arbeitslosenquote und negativer Einstellungen und Vorurteile auf Seiten vieler Arbeitgeber nicht leicht ist, substituierte Patienten in die Berufswelt zu integrieren“ (FOLLMANN, GERLACH 2002, 279). Realistische Einschätzungen der Situation auf dem Arbeitsmarkt lassen erkennen, dass dieser für die massiv vorbelasteten Bewohner kaum Chancen bietet. „Darüber hinaus sind die Chancen zur Arbeitsplatzvermittlung auch aufgrund soziodemographischer und biographischer Patientencharakteristika, z.B. niedrige Schulabschlüsse und Berufsqualifikationen sowie Vorstrafen, stark limitiert“ (ebenda). „Es muss daher ein völlig neues Verständnis von Resozialisierung und letztendlich auch von der Frage nach „Lebenssinn“ aufgeworfen werden“ (INDRO e.V. 1998, 2). Der zweite Arbeitsmarkt (Umschulungen, Fortbildungen, ABM- und ASS-Stellen) bietet einen zeitlich begrenzten Ausweg; ehrenamtliche Tätigkeiten können eine Möglichkeit des Umgangs mit freier Zeit darstellen und Tagesstrukturierung bedeuten. Die Frage der Motivation und der Bereitschaft nach unentgeltlicher Arbeit können diesbezüglich Entscheidungskriterien der Bewohner sein.

Aufgabe der Bewohner ist es, eigenverantwortlich mit ihrer freien Zeit umzugehen und damit leben zu lernen. Probleme der Integration sind mangelhafte bzw. wenig erprobte Kontakte im Sinne von Wohnen, Arbeit oder dem Leben in der Gemeinschaft. Die durch das Betreute Wohnen angebotenen Unterstützungsmaßnahmen setzen an diesen „Knackpunkten“ an, mit dem Ziel, die Bewohner ein Stück weit in die Gesellschaft zu integrieren, um in ihr zurechtzukommen.

## **Verhältnis zwischen Betreuer - Bewohner**

Der verantwortliche BeWo-Mitarbeiter leistet nicht nur Hilfen in praktischen Angelegenheiten, sondern sie stehen auch in großem Umfang als Ansprechpartner zur Verfügung. Da eine Basis für eine tragfähige, von Vertrauen geprägte Beziehung erfahrungsgemäß nicht von heute auf morgen stattfindet, ist es dem Bewohner, aber auch dem Betreuer von Nutzen, dass die Arbeitsstrukturen von INDRO ein vorheriges Kennenlernen ermöglichen (obwohl jeder INDRO- Mitarbeiter schwerpunktmäßig einen Arbeitsbereich abdeckt, findet ein internes Rotationsprinzip Anwendung, d.h. jeder Mitarbeiter arbeitet darüber hinaus auch in anderen Arbeitsbereichen).

Die Lebenserfahrungen der Bewohner sind nicht selten geprägt von Enttäuschungen und Zurückweisungen in Beziehungen zu Freunden, Bekannten, Familie aber ebenso zu Sozialarbeitern und Therapeuten. Notwendigerweise ist es angebracht, eine unabdingbare Vertrauensbasis durch permanente Verlässlichkeit seitens des Betreuers zu schaffen. Durch konkretes Erfahren, dass Beziehungen zu dem BeWo-Mitarbeiter auch während Krisen und in Konfliktsituationen gehalten werden und als feste Basis dienen, kann eine tragfähige, durch Vertrauen geprägte Beziehung entstehen.

## **Qualitätssicherung**

Im Rahmen des „Entwicklungsbegleitenden und praxisintegrativen Qualitätssicherungsmodells“ (EPQ) des Indro finden neben regelmäßigen Teamgesprächen und kooperativen Koordinierungen von Arbeitsabläufen supervisorische Theorie/Praxisbegleitungen sowie eigenverantwortlich durchzuführende Qualitätszirkel statt. Die qualitativ orientierte Qualitätssicherung des Leistungsangebotes „Betreutes Wohnen für Substituierte und drogenabhängige Wohnungslose“ lässt sich in der Gesamtrahmung der Indro-Angebote wie folgt zusammenfassen:

### **Strukturqualität als Bedingungs Ebene**

- Fachkompetenz der Mitarbeiter;
- Eigenverantwortliche Durchführung der Unterstützungsleistungen;
- Kooperation und Koordinierung mit allen Versorgungssystemen und Administratoren „vor Ort“;
- Dokumentation und Selbstevaluation;
- Leitbild;
- Behavior-Setting-Analysen;

## **Prozessqualität als Handlungsebene**

- Flexibilisierung/Rotation;
- Eigenverantwortlicher Qualitätszirkel;
- Direkter Informationsfluss praxisrelevanter und forschungsbezogener Veröffentlichungen;
- Transparenz des Angebotes;
- Offenheit;
- Interaktiver Dialog;
- Sofortige Hilfe und Unterstützung;

## **Ergebnisqualität als Zielebene**

- Entwicklungsbegleitende, sofortige Umsetzung von Verbesserungen im Praxisalltag;
- Entwicklung passender Unterstützungsarrangements für Angebotsnutzer im Sinne von Harm Reduction;
- Ergebnisbezogene, sofortige Innovationen;
- Herstellung von Nutzerzufriedenheit;
- Umfassende Öffentlichkeitsarbeit;
- Jahres- und Projektberichte (vgl. Schneider/Gerlach 2004)

Qualitätssicherung setzt sich hier unmittelbar in der Dynamik des täglichen Miteinanders kommunikativ und prozessbezogen um. Dieser qualitativ gestützte und interaktiv umgesetzte Verlaufs- und Arbeitszusammenhang über

- Leitbild akzeptanzorientierter Drogenarbeit,
- Konzeption,
- Umsetzungsstrategie,
- Zielerreichung und
- Veränderung

lässt sich als ein permanenter Bewertungsprozess im diskursiv-interaktiven Sinne begreifen und definiert so praxisbezogen und unmittelbar die gemeinsamen Gestaltungsmöglichkeiten. Unser qualitativ und entwicklungsbegleitend angelegtes Qualitätssicherungsverfahren wird abgerundet durch wöchentliche Team- und Organisationsbesprechungen, interne und externe Qualitätszirkelsitzungen und durch das monatlich tagende Gremium der sog. „Projektsicherungsgruppe“. Hier laufen sozusagen die Fäden zur Optimierung und Weiterentwicklung der Praxisausgestaltung

zusammen. Das gesamte Verfahren ist insofern als ein kontinuierlicher Prozess und als integrativer Bestandteil der täglichen Arbeit angelegt und organisiert. „Evaluation“ ist dann nicht mehr etwas, das periodisch als Praxisbegleitforschung extern organisiert und in die jeweilige Einrichtung hineingetragen wird (und somit teuer ist, was von uns aufgrund der finanziellen Lage auch nicht bezahlbar wäre), sondern ist wie der Arbeitszusammenhang selbst integrativ und dynamisch.

### **Mitarbeiterstruktur (Qualitätszirkel):**

- Verantwortlicher Mitarbeiter im Projekt: Jens Eblenkamp, Dipl. Pädagoge (Jahrelange Erfahrung im Projekt Betreutes Wohnen für Substituierte und drogenabhängige Wohnungslose)
- Projektkoordinator „Beratung/Betreuung/Wohnen“: Stefan Engemann, Dipl. Pädagoge
- Gesamtleitung: Dr. Wolfgang Schneider, Dipl. Pädagoge

Konzepterstellung:

Dr. Wolfgang Schneider  
Kristin Ebert  
Stefan Engemann  
Jens Eblenkamp

## Literaturverzeichnis

BEIERLEIN, H.: Arbeitsplätze für Drogenkonsumenten. In: Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, (Hrsg.): Böllinger, L., Stöver, H., 5. Auflage, Fachhochschulverlag, 2002

Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.: Überlebenschance- Substitution Erfahrungsberichte Eigenaufzeichnungen von Opiatabhängigen Patienten Befragung durch behandelnde Ärzte. Arztberichte, 2001

CRAMER, E./SCHIPPERS, G.M.: Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain. In: Suchttherapie 3/2002, S. 71 – 80

DEGWITZ, P.: Erfolgsmessung in der Suchtkrankenhilfe – Mythos oder reale Aufgabe? In: Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Suchtkrankenhilfe. Hamburg 1996

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 3. Auflage, 1993

Empfehlung für eine Leistungsvereinbarung gemäß § 93 BSHG für den Leistungstyp Betreutes Wohnen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in Nordrhein- Westfalen 1999, § 3

ENGEMANN, S.: „ProBeWo“ Jahresbericht 2002. INDRO e.V. Münster 2003

FENGLER, J., Kolitzus, H.: Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung Therapie Prävention, (Hrsg.): beide Autoren, ecomed, 2002

FOLLMANN, A./GERLACH, R.: Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. In: Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik, (Hrsg.): Böllinger, L., Stöver, H., 5. Auflage, Fachhochschulverlag, 2002

FRIETSCH, R./GROTH, R./HERBST-ORTMANN, R.: Schuldnerberatung in der Drogenhilfe, (Hrsg.): Stiftung Integrationshilfe für ehemals Drogenabhängige e.V.- Marianne von Weizsäcker Fonds, 2000

GELLERT, R./SCHNEIDER, G.: Substitution und Heroin. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer, Lambertus-Verlag, 2002

GERLACH, C.: Wohnen als Integrationshilfe für DrogengebrauerInnen. In: Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik, (Hrsg.): Böllinger, L., Stöver, H., 5. Auflage, Fachhochschulverlag, 2002

GERLACH, R./ENGEMANN, S.: Zum Grundverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Erläuterung kulturhistorischer, drogenpolitischer und drogenhilfepraktischer Zusammenhänge (Hrsg.): INDRO e.V., 4. Auflage, Münster 1999

GERLACH, R./SCHNEIDER, W.: Abstinence and Acceptance? The problematic relationship between the German abstinence paradigm, low-threshold oriented drug work, and methadone. In: Drug and Alcohol Review 1991;10:417-421

GERLACH, R./SCHNEIDER, W.: Methadon- und Codeinsubstitution. Erfahrungen Forschungsergebnisse Praxiskonsequenzen. (Hrsg.): INDRO e.V., 1994

GLOEL, R.: Wodurch zeichnet sich kompetente Soziale Arbeit aus? In: SozialExtra 11/12/2002, S. 45 – 48

GÖLZ, J.: Substitutionstherapie in der Praxis. In: Drogensucht. Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis. (Hrsg.): Nowak, M., Schifman, R., Brinkmann, R., Schattauer- Verlag, 1994

GRUBE, L.: Neue Drogen - neue Hilfen, In.: Grenzgänge der Drogenarbeit. Hilfesysteme berühren sich, (Hrsg.): FDR, Neuland, 19998

GRÜSSER, S./DÜFFERT, S./JELLINEK, C./KROEKEL, J.: Der Einfluß von Stimmung, Stress und Ängstlichkeit auf das Verlangen nach Heroin und Substanzen des Beikonsums bei Opiatabhängigen. In: Offene Grenzen der Substitution, (Hrsg.): Jellinek, C., Westermann, B., Bellmann, G., BELTZ- Deutscher Studienverlag, 2000

HÄUBERMANN, H./SIEBEL, W.: Soziologie des Wohnens. Eine Einführung in Wandel und Ausdifferenzierung des Wohnens, Juventa Verlag Weinheim und München 1996

INDRO e.V.: BeWo-Jahresbericht 1997: Münster 1998

J.E.S. (Junkies Ehemalige Substituierte) Drogenselbsthilfe: Substitutionshandbuch- Ein Leitfaden für betroffene Drogengebraucherinnen und Drogengebraucher, 2001

KEMMESIES, U.: Zwischen Rausch und Realität. Drogenkonsum im bürgerlichen Milieu. Wiesbaden 2004

KIESELBACH, T.: Individuelle und gesellschaftliche Bewältigung von Arbeitslosigkeit. In: Sucht und Arbeitslosigkeit, (Hrsg.): Landesstelle gegen Suchtgefahren in Baden- Württemberg, Stuttgart 1999

Kostenübernahmevereinbarung gemäß §39 BSHG zwischen der Stadt Münster und INDRO e.V. über Inhalt, Umfang, Qualität und kommunale Finanzierung des Betreuten Wohnens für Drogenkonsumenten, ehemalige Drogenkonsumenten und Substituierte, 2003

KUHLMANN, T.: Betreutes Wohnen für Suchtpatienten, Suchtreport Nr.2, März/April, 1999

MÜLLER, K.: Grenzgänge in der Drogenarbeit. Hilfesysteme berühren sich, (Hrsg.): FDR, Neuland 1998

Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der kommunalen Sucht- und Drogenhilfe 1999

Rundschreiben des LWL, Nr. 12/2003, 23.06.03

SCHELLHORN, W./SCHELLHORN, H.: Das Bundessozialhilfegesetz. Ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft, 15. Aufl., Luchterhand. Neuwied 1997

SCHMIDT, T.: Ich hab es ohne Therapie geschafft. Hamburg 1996

SCHNEIDER, W.: Akzeptierende Drogenarbeit, Harm-Reduction und Empowerment. In: Lochmann, R. (Hg.): Überlebenshilfen in der Drogenarbeit. FH Esslingen - Hochschule für Sozialwesen. Esslingen 1998, 35-51

SCHNEIDER, W.: Drogenmythen. Zur sozialen Konstruktion von „Drogenbildern“ in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin 2000

SCHNEIDER, W./GERLACH, R.: Entwicklungsbegleitende und praxisintegrierte Qualitätssicherung (EPQ). In: SCHNEIDER, W./GERLACH, R. (Hrsg.): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin 2004

SCHNEIDER, W./GERLACH, R.: DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin 2004

SCHULLER, K.: Von Release zur Therapeutischen Kette – und zurück? In: Schuller, K./Stöver, H. (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Lambertus. Freiburg 1990

SCHWARZENAU, M.: Medical Streetwork. In: Suchtkrank und wohnungslos. Suchtkrankenhilfe und Wohnungslosenhilfe im Dialog, Koordinationsstelle Sucht, 2001

SIMON, R./HOCK, E./HÜLLINGHORST, R./NÖCKER, G./DAVIDSPICKERMANN, M.: Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001, (Hrsg.): Deutsche Reverenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), 2001

Stadt Münster: Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der kommunalen Sucht- und Drogenhilfe, (Hrsg.): Amt für Kinder, Jugend und Familien, 2. Aufl., 1999

Stadt Münster: Jahresbericht 2001 der städtischen Drogenberatungsstelle, (Hrsg.): Amt für Kinder, Jugend und Familien, 2002

STIMMER, F.: Suchtlexikon, Oldenbourg. Wissenschaftsverlag GmbH, 2000

STÖVER, H.: Drogen und Gesellschaft, In: Drogen. Grundlagen Prävention und Therapie, (Hrsg.): Ulrich, W., Berner Lehrmittel- und Medienverlag, 2000

STÖVER, H.: Lebensbereiche und Hilfeangebote. In: Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik, Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, (Hrsg.): Böllinger, L., Stöver, H., 5. Aufl., Fachhochschulverlag, 2002

WEBER, G./SCHNEIDER, W.: Herauswachsen aus der Sucht. Berlin 1997

WESTERMANN, B.: „Beigebrauch“? Einführung in ein merkwürdiges Thema. In: „Beigebrauch“ Offene Grenzen der Substitution, (Hrsg.): Jellinek, C., Westermann, B., Bellmann, G., BELTZ- Deutscher Studienverlag, 2000

ZURHOLD, H.: Drogen konkret. Illegalisierte Substanzen- Wirkungen- Konsumformen- Safer-Use-Hinweise. (Hrsg.): INDRO e.V., Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2002