



**Fachexpertise**

# **Geistige Behinderung und Sucht**

Ergebnisse der verbandsübergreifenden  
Arbeitsgruppe

## Impressum

### Herausgeber:

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.  
Invalidenstraße 29, 10115 Berlin  
Tel.: 030 83001-270  
Fax: 030 83001-275  
E-Mail: [info@beb-ev.de](mailto:info@beb-ev.de)  
Internet: [www.beb-ev.de](http://www.beb-ev.de)

Verabschiedet durch den Vorstand des BeB am 23.06.2014.  
Das Dokument steht als kostenloser Download zur Verfügung unter  
[www.beb-ev.de](http://www.beb-ev.de) und [www.bebnet.de](http://www.bebnet.de) – jeweils in der Rubrik „Fachthemen“  
und außerdem auf der Website des Projektpartners GVS: [www.sucht.org](http://www.sucht.org)

### Arbeitsbereich:

Soziale Teilhabe und Sozialraumorientierung  
Themenhüter im BeB-Vorstand: Dieter Lang, Dr. Ilka-Sax-Eckes  
GVS-Fachausschuss Teilhabebehilfen  
Ralf Klinghammer (GVS Vorstand)

### Endredaktion:

Rolf Drescher (BeB, Berlin), Dr. Theo Wessel (GVS, Berlin)

### Projektarbeitsgruppe:

Dr. Theo Wessel (GVS, Berlin, Koordination)  
Dr. Andreas Brachmann (bdks, Baunatal, BeB)  
PD Dr. Ralf Demmel (Bethel.regional, Dortmund, GVS)  
Jutta Weiß (kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach, BeB)  
Birgit Wieland (Diakonisches Werk Württemberg, Stuttgart, GVS)  
Anne Wippermann (Hephata Diakonie, Schwalmstadt, BeB)

© BeB  
Berlin, im Januar 2015

# Inhalt

1. Einführung	4
2. Ethische Begründungen und christliches Grundverständnis	5
2.1 Vorbemerkung	5
2.2 Unser christliches Menschenbild	6
2.3 Unsere ethische Perspektive	6
2.4 Unsere fachliche Perspektive	7
2.4.1 Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)	7
2.4.2 Die UN-Behindertenrechtskonvention – Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen	8
2.4.3 Lösungsansätze	9
3. Bestandsaufnahme	10
3.1 Operationalisierte Klassifikation suchtmittelbezogener Störungen	10
3.2. Verbreitung suchtmittelbezogener Störungen	11
3.3 Therapie bei suchtmittelbezogenen Störungen	12
4. Schnittstellenprobleme	17
4.1 Die Leitprinzipien der Behindertenhilfe und der Suchthilfe sind kompatibel	17
4.2 Stadt-/Land-Unterschiede	18
4.3 Professionalisierungsunterschiede	18
4.4 Anforderungen der Zielgruppe an die Hilfesysteme	18
4.5 Hilfskonzepte der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (SGB XII, Kap.6 und 8)	19
5. Netzwerkarbeit	20
6. Handlungsanleitung	22
6.1 Komorbidität Sucht und Behinderung – Schnittmengen	22
6.2 Handlungsanleitung	22
6.3 Gesprächsführung: Was ist zu tun, was ist zu lassen?	23
6.4 Handreichung für MitarbeiterInnen in WfbM oder anderen Arbeitsbereichen für Menschen mit Behinderung	25
7. Ergebnisse und Konsequenzen	27
8. Checkliste: Gesprächsführung (Vorbereitung/Durchführung/Nachbereitung)	28

# 1. Einführung

Die Untersuchungen zum Ausmaß von Suchtproblemen, insbesondere von Alkoholproblemen, zeigen in den 90er Jahren eine aktuelle Prävalenz von 3-4% aller in Institutionen betreuter Menschen mit Behinderung, z.B. die Regionalstudie in Niedersachsen aus dem Jahr 1993<sup>1</sup>. Studien aus den letzten 10 Jahren zeigen eine deutlich erhöhte Prävalenz, z.B. aus Westfalen mit 25%<sup>2</sup>, aus Rheinland-Pfalz (11% insgesamt, davon in WfbMs 18%, in Wohnheimen 15%, in betreuten Wohngruppen 10%)<sup>3</sup>, aus Sachsen-Anhalt 11%<sup>4</sup>. Der zunehmend häufigere Gebrauch und Missbrauch von Suchtmitteln, insbesondere Alkohol, spielt bei Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden<sup>5</sup>, eine erhebliche Rolle, das zeigen die Zahlen zur institutionellen Prävalenz. Sie reichen allerdings nicht aus, um die Fragen zu beantworten, ob das Problemausmaß niedriger oder gleich ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung oder ob das Ausmaß insgesamt zunimmt. Im Bereich der Suchthilfen wird das Problem geistige Behinderung und Sucht nur peripher wahrgenommen (Suchtberatungsstellen, Suchtselbsthilfe und Suchtbehandlungseinrichtungen). In wenigen Fachkliniken zur Suchtentwöhnung haben sich indikative Angebote entwickelt.

Die Vorstände von BeB und GVS stellten deshalb 2011 folgende Aufgaben zur Bearbeitung in einer verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe:

- Bestandsaufnahme (qualitativer und quantitativer Problemaufriss),
- Beschreibung der Schnittstellen zwischen Behindertenhilfe und Suchthilfe,
- Formulierungshilfen für die Vermittlung des Problems in der Öffentlichkeit,
- Formulierung einer Handlungsanleitung für die Praxis: Wie die Praxis für das Problem sensibilisiert und wie das Problem in der Praxis aufgegriffen und bearbeitet werden kann (präventiv, begleitend).

Die Treffen der gemeinsamen BeB-GVS-Arbeitsgruppe fanden seit Oktober 2011 kontinuierlich statt.

---

1 Michels 1993.

2 Beine 2003.

3 Gärtner 2003.

4 Schubert, Theunissen 2005.

5 Der Begriff geistige Behinderung (in medizinischen Kreisen auch „mentale Retardierung“) bezeichnet einen andauernden Zustand deutlich unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten eines Menschen sowie damit verbundene Einschränkungen seines affektiven Verhaltens. Eine eindeutige und allgemein akzeptierte Definition ist jedoch schwierig. Medizinisch orientierte Diagnostik spricht von „Minderung oder Herabsetzung der maximal erreichbaren Intelligenz“, wie z.B. in der ICD-10, F70-79. Siehe auch Fußnote 11.

## 2. Ethische Begründungen und christliches Grundverständnis

### 2.1 Vorbemerkung

Die gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahre eröffnen Menschen mit geistiger Behinderung viele neue Chancen, sie beinhalten aber auch Risiken und konfrontieren sie mit neuen, ungewohnten Herausforderungen. Für die im Bereich Wohnen tätigen professionellen Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe, die sich zum Ziel ihrer Arbeit die Unterstützung der Klienten bei der Entwicklung und Umsetzung eines selbstverantworteten Lebens nach eigenen Vorstellungen gestellt haben, resultiert aus diesen Wandlungsprozessen eine Schwerpunktverschiebung: Im Mittelpunkt ihrer Bemühungen steht nun die Ermöglichung von Persönlichkeitsentwicklung und die Stärkung der individuellen Handlungsfähigkeit, die durch die personenzentrierte Beratung, Begleitung und Unterstützung der NutzerInnen der stationären und ambulanten Angebote angestrebt werden.

Erfolg versprechen dabei:

- die bewusste Umgestaltung von Handlungsräumen der Betroffenen zu Lern- und Entwicklungsräumen als Voraussetzung für eine ressourcenorientierte Persönlichkeitsentwicklung,
- die konsequente Stärkung ihrer individuellen Rechte sowie die
- bewusste Gestaltung sozialer Interaktionen mit den Betroffenen: ausgehend von der lebenslangen Bildungs- und Entwicklungsfähigkeit des Menschen sind die Entwicklungs- und Bildungsangebote der wohnbezogenen Dienste so zu konzipieren und umzusetzen, dass die BewohnerInnen befähigt werden, die neuen Herausforderungen zu bewältigen.

Es geht dabei um die Befähigung zur Selbstbestimmung, Selbstständigkeit, der Selbststeuerung und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und den gesellschaftlichen Errungenschaften - auf eine verantwortliche, verantwortbare und dem Einzelnen angemessene Art und Weise. Wichtige Aspekte der bewussten Gestaltung eines eigenen Lebens (beschränkt auf den Lebensbereich Wohnen) in diesem Sinne sind:

- Auseinandersetzung mit Fragen der eigenen Lebensführung unter besonderer Berücksichtigung eigener Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen,
- Einüben eines gesundheitsbewussten Lebensstils (Umgang mit Erkrankungen, Entwicklung des eigenen Körpergefühls, der Sinnlichkeit und eines adäquaten Umgangs mit Sexualität, ausgewogene, abwechslungsreiche gesunde Ernährung, Umgang mit Genussmitteln, Vermittlung von Freude an Bewegung, Vermittlung von Medienkompetenz u.a.),
- Erlernen der Aufnahme, Gestaltung und Pflege sozialer Beziehungen (Freundschaften, Partnerschaften, familiäre und verwandtschaftliche Bezüge) einschließlich der Bewältigung von Ablöse- und Trennungsprozessen,
- Erlernen von Problem- und Konfliktlösestrategien, Entwicklung von Kritik- und Konsensfähigkeit,
- Auseinandersetzung mit Fragen zu Religion und Spiritualität,
- Entwicklung eines eigenen Stilgefühls bezüglich Kleidung, Ästhetik, Gestaltung des eigenen Wohnraums und
- Entfaltung musischer und gestalterischer kreativer Fähigkeiten, Entwicklung von Hobbys und einer Freizeitgestaltung nach eigenen Vorstellungen.

In diesen Zusammenhang ist auch der Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln, insbesondere mit Alkohol, einzuordnen. Menschen mit geistiger Behinderung benötigen in der Regel in all diesen Aspekten Unterstützung, die möglichst ganz individuell auf ihren persönlichen Hilfebedarf zugeschnitten sein sollte. Das gilt auch für die Einstellung zum Alkohol, den Umgang mit ihm, den Gebrauch und Missbrauch bis hin zur Suchterkrankung. Deshalb kann das Thema „Alkohol“ in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung nicht isoliert betrachtet werden, sondern muss in den größeren Zusammenhang der eigenständigen Lebensführung in der postmodernen pluralen Gesellschaft gestellt werden.

Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung benötigen nicht eine Form restriktiver sozialer Kontrolle, die ihnen Alkohol einfach „verbietet“, sondern die notwendige Unterstützung, um zu lernen, angemessen mit Alkohol umzugehen. Das Ziel wäre es, Alkohol maßvoll als Genussmittel zu gebrauchen, missbräuchlichen oder

gefährlichen Alkoholkonsum zu vermeiden und in begründeten Fällen auch die Einsicht in die Notwendigkeit einer abstinenten Lebensführung zu wecken. Dabei kommen präventiven Ansätzen, der Klärung individueller Ursachen für missbräuchlichen Alkoholkonsum, einer differenzierten Diagnostik bei Verdacht auf eine Suchterkrankung und - falls erforderlich - der Einleitung therapeutischer Maßnahmen durch die Suchthilfe (bei Vorliegen einer diagnostizierten Suchterkrankung) besondere Bedeutung zu.

Die Thematik „Geistige Behinderung und Alkohol“ erfährt durch die Öffnung der Institutionen der Behindertenhilfe gegenüber den Sozialräumen und den wachsenden Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung eine beachtliche Dynamisierung. Die Behindertenhilfe ist deshalb gefordert, entsprechende Konzepte zu entwickeln - sinnvoller Weise in enger Abstimmung mit der Suchthilfe. Dazu will diese Fachexpertise einen Beitrag leisten.

## 2.2 Unser christliches Menschenbild

Als diakonische Sucht- und Behindertenhilfe gehen wir von einem christlichen Menschenbild aus. Bei unserer Sicht auf den Menschen berücksichtigen wir auch den gesellschaftlichen und fachlichen Zusammenhang. Wir fühlen uns deshalb einem modernen bio-psycho-sozialen Verständnis von Behinderung verpflichtet, wie es von der WHO in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)<sup>6</sup> vertreten wird und greifen die Rechtsperspektive und die Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention nach Teilhabe von Menschen mit Behinderungen auf.

Grundlage des christlichen Menschenbildes ist die Überzeugung, dass der Mensch – in seiner Einmaligkeit, seiner Originalität, mit seinem Tatendrang, seinen Begabungen, seiner Kreativität, seiner Gestaltungs- und Ausdruckskraft einerseits und seiner Entwicklungsbedürftigkeit, seinen Unvollkommenheiten und Unfertigkeiten sowie seinen Begrenzungen andererseits – ein einmaliges Geschöpf Gottes ist und daraus der Wert und die einzigartige Menschenwürde jeder einzelnen Person resultieren.

Der Mensch ist deshalb nicht über seine Leistung oder Leistungsfähigkeit zu definieren – seine Lebensgeschichte und seine Entwicklung sind aus der Perspektive zu betrachten, dass er von Gott gewollt, bejaht und bedingungslos geliebt wird. Diese Würde des Menschen ist Grundlage aller Menschenrechte.

Als Ebenbild Gottes ist der Mensch in seinem Wesen unvergleichlich. Er ist kreativ, unfertig, bedürftig und voller Potentiale, begabt und unvollkommen, fehlerbehaftet und lernfähig. Seine Spiritualität und seine vielfältige Ausdruckskraft machen ihn als Persönlichkeit aus.

Der Mensch ist in all seiner Vielfalt ein soziales Wesen und im sozialen Nahbereich immer Teil von Gemeinschaft und von sozialen Systemen. Die Korrelation zu den „Anderen“ gehört wesensmäßig zum Menschsein, in der Gemeinschaft wird diese Abhängigkeit von anderen deutlich und kann positiv beantwortet werden. Das bedeutet, dass grundsätzlich jeder Mensch auf andere angewiesen ist – unabhängig davon, ob er oder sie behinderungs- oder krankheitsbedingt zusätzlichen Hilfebedarf aufweist. Das verbindet die Mitarbeitenden und die BewohnerInnen über alle Unterschiede hinweg.

## 2.3 Unsere ethische Perspektive

Um Handlungsorientierung gewinnen zu können, benötigen wir in der Sucht- und Behindertenhilfe eine ethische Grundlegung der Arbeit.

Die in den letzten zehn Jahren durch die Behindertenhilfe zunehmend adaptierten Vorstellungen einer Ethik der Anerkennung und Annahme bieten sich dafür besonders an, denn mit der Ethik der Anerkennung und Annahme lassen sich das christliche Menschenbild, wichtige gesellschaftstheoretische Aspekte sowie die zentralen behindertenpädagogischen Leitvorstellungen Selbstbestimmung, Teilhabe, das Normalisierungskonzept, die Bürgerrechtsperspektive sowie Überlegungen zur Inklusion und zur Sozialraumarbeit neu bestimmen, konkretisieren und für die Arbeit mit erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung – auch bei Doppel- oder Trippeldiagnosen (Geistige Behinderung, Psychose und Sucht) – legitimieren.

6 <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>

Die drei wesentlichen Elemente der Ethik der Anerkennung sind:

- Empathie,
- Rechtswahrung und
- solidarische Wertschätzung.

Die anerkennungstheoretischen Überlegungen gehen davon aus, dass Anerkennung einerseits eine wichtige Bedingung für eine gelingende Persönlichkeitsentwicklung ist, andererseits auch wichtigste Voraussetzung für den gesellschaftlichen Bewusstseinswandel, der entscheidend für die Realisierung der Vision einer inklusiven Gesellschaft ist: Denn durch sie wird das Selbstbewusstsein, der Selbstwert und die Selbstachtung des Menschen gestärkt und außerdem die Vielfalt der Menschen als besonderer Wert hervorgehoben.

Ethisches Verhalten im Sinne der Anerkennung und Annahme zielt sowohl auf die sozialen als auch auf die strukturellen Ebenen, denn die anerkennende Gestaltung der Interaktionen und die Schaffung von Annahme- und Anerkennungsverhältnissen durch notwendige Veränderung der Rahmenbedingungen gehören eng zusammen. Für die sozialen Dienstleistungen der diakonischen Sucht- und Behindertenhilfe bedeutet das, dass wir in diesem Sinn besonders auf die Qualität der sozialen Interaktion achten.

So wird das Handeln miteinander zum gemeinsamen Gestalten auf Augenhöhe, bei dem die Lebensqualität der BewohnerInnen und damit verbunden auch ihre gleichberechtigte Teilhabe im Mittelpunkt stehen. Diese ethische Grundhaltung befähigt uns zum inklusiven Denken und Handeln, denn sie beinhaltet sowohl die gleichberechtigte Anerkennung der BewohnerInnen als autonome Persönlichkeiten als auch die Wertschätzung von Vielfalt innerhalb unserer Gesellschaft.

Deshalb machen wir uns bewusst, wo wir den KlientenInnen im Alltag Anerkennung und Annahme vermitteln können: durch unseren empathischen Umgang mit ihnen, durch die Rahmenbedingungen, die wir für sie schaffen, die Freiräume, die wir ihnen erschließen, die Ermutigung und Wertschätzung, die sie durch uns erfahren. Wir gestalten Anerkennungsverhältnisse, die der Persönlichkeitsentwicklung der Klienten förderlich sind, und wir vermeiden Strukturen und Verhaltensweisen, die zu missachtenden Erfahrungen führen können. Auf diese Weise bejahen wir den Menschen als autonomes, gleichberechtigtes Mitglied unserer Gesellschaft und ermöglichen ihm selbstverantwortete gesellschaftliche Teilhabe nach eigenen Vorstellungen.

Und schließlich liefert uns die Ethik der Anerkennung und Annahme einen Wertmaßstab, mit dem wir die Qualität unserer sozialen Dienstleistung bewerten können, sie gibt uns Orientierung für einen bewussten Umgang mit Macht und lässt uns unser diakonisches Profil schärfen.

## 2.4 Unsere fachliche Perspektive

Grundlage der fachlichen Arbeit bildet im Rahmen des christlichen Menschenbildes ein modernes Verständnis von Krankheit und Behinderung, das auch den beiden Regelwerken der Weltgesundheitsorganisation zugrunde liegt, die im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts durch die Vereinten Nationen erarbeitet und verabschiedet wurden und für die Hilfen für Menschen mit Behinderungen von besonderer Bedeutung sind.

### 2.4.1 Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

Die ICF führt einen bio-psycho-sozialen Behinderungsbegriff ein, der die älteren monokausalen Modelle (u.a. das medizinische und das soziale Modell) ablöst und ebnet den Weg für ein neues Verständnis von Behinderung: Behinderung wird nicht mehr als habituelles Phänomen verstanden, sondern erscheint nunmehr als komplexes Konstrukt, das von sozialen, biographischen, somatischen und psychischen Faktoren bestimmt wird. Damit wird eine defizitorientierte medizinische Sichtweise, die Behinderung festschreibt, abgelöst von einer kontextorientierten Perspektive, die insbesondere Möglichkeiten der Aktivität und Teilhabe im Zusammenhang mit Behinderung thematisiert. Das eröffnet auch einen kritischen Blick auf die Gesellschaft, die Menschen mit Behinderung oftmals den vollen Zugang zur physischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Umwelt sowie zu Gesundheit, Bildung, Arbeit und Kommunikation verhindert und damit die Aktivität und Teilhabe beeinträchtigter Menschen erschwert.

Die ICF verbindet Funktionsfähigkeit, Behinderung und Wohlbefinden miteinander: Während „Funktionsfähigkeit“ als Oberbegriff alle Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Partizipation (Teilhabe) umfasst, beschreibt nun

„Behinderung“ im Sinne der ICF als Oberbegriff Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe). Wohlbefinden wird dagegen als allgemeiner Begriff verwendet, der die Gesamtheit menschlicher Lebensbereiche, einschließlich physischer, mentaler und sozialer Aspekte umfasst, die das ausmachen, was ein „gutes Leben“ genannt werden kann.

Das bedeutet, dass Einschränkungen erst dann als Krankheit oder Behinderung zu sehen sind, wenn dadurch die Teilhabe an der Gesellschaft beeinträchtigt ist (Behinderung) oder eine Beeinträchtigung dieser Teilhabe zu erwarten ist (von Behinderung bedroht). Dies kann durch körperliche oder geistige Einschränkungen, verursacht durch einen Unfall oder durch eine Erkrankung wie zum Beispiel eine Suchterkrankung geschehen.

Diese Wechselwirkung zwischen den einzelnen Komponenten der ICF ist zur Veranschaulichung in Abb.1 dargestellt.

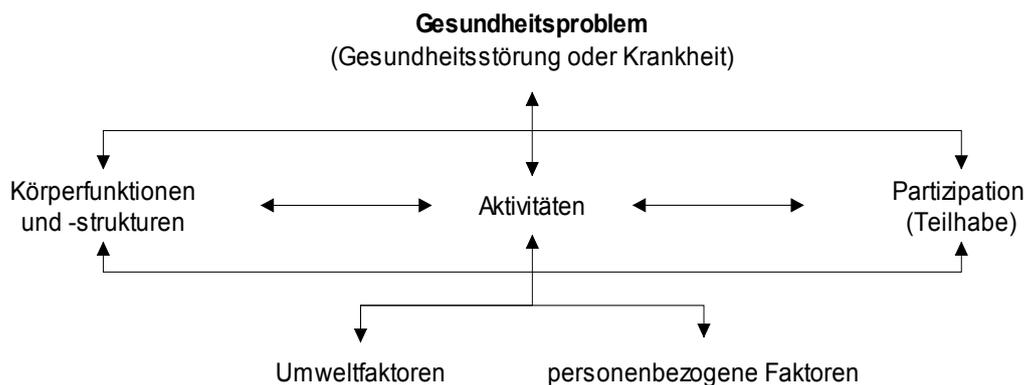


Abb. 1: Wechselwirkung zwischen den einzelnen Komponenten der ICF (Quelle: DIMDI<sup>7</sup>)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass dieses Modell Behinderung nicht als habituelles Phänomen, sondern als Ergebnis einer negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren bezüglich ihrer funktionalen Gesundheit versteht.

## 2.4.2 Die UN-Behindertenrechtskonvention – Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Die Konvention definiert das Ziel der Rehabilitation völlig neu: Menschen mit Behinderung sollen in die Lage versetzt werden, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.

*Die UN-Behindertenrechtskonvention anerkennt und würdigt ausdrücklich den „wertvollen Beitrag“<sup>8</sup>, den Menschen mit Behinderungen „zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten und leisten können“<sup>9</sup>, hebt die Bedeutung uneingeschränkter Teilhabe für die Verstärkung ihres Zugehörigkeitsgefühls hervor und sieht darin eine Voraussetzung, die „[...] zu erheblichen Fortschritten in der menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaft und bei der Beseitigung der Armut führen wird.“<sup>10</sup>*

Damit wird das „Anderssein“ von Behinderung durch die UN-Behindertenrechtskonvention als Ausdruck und Teil der Vielfalt menschlichen Lebens gewertet und dadurch gleichzeitig wertgeschätzt.

Die UN-Behindertenrechtskonvention regelt eine Reihe wichtiger Rechte für Menschen mit Behinderung und stellt Forderungen zu ihrer Durchsetzung auf. Sie geht von der grundsätzlichen Autonomiefähigkeit von Men-

7 Vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.) 2004, S. 23.

8 Präambel im BUNDESGESETZBLATT Jg. 2008 Teil II Nr. 35 vom 31.12.2008, S. 1421.

9 Ebd.

10 Ebd.

schen mit Behinderung aus - das schließt auch den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung ein. Die der Konvention zugrunde liegende zentrale Leitidee ist die Vision einer inklusiven Gesellschaft, die die Individualität und Vielfalt der Menschen anerkennt und wertschätzt, sich ihnen mit ihren Strukturen anpasst und behinderte Menschen mit ihren Bedürfnissen ohne Ausgrenzung einbezieht.

So verstanden, wird Inklusion zu einer Zielperspektive, die nicht vorrangig die Selbstbestimmung und Teilhabe einzelner Personen, sondern die Gesellschaft insgesamt im Blick hat und sich mit der Fragestellung auseinandersetzt, wie die Gemeinwesen der Zukunft zu gestalten sind, damit sie die Einbeziehung aller in ihnen lebenden Menschen leisten können.

Die ICF und die UN-Behindertenrechtskonvention entwerfen die Zielvorstellung eines Lebens, das trotz Behinderung von einer Vielzahl an Aktivitäten und gelebter Teilhabe in den unterschiedlichsten Bereichen bestimmt ist und das im sozialen Nahraum sowie im gesellschaftlichen Kontext Anerkennung, Wertschätzung und Respekt erfährt.

Für die Arbeit der Behindertenhilfe ergeben sich aus dem Verständnis von Behinderung der ICF und der UN-Behindertenrechtskonvention im Bereich „Geistige Behinderung“ Schwerpunktverschiebungen.

Viel stärker als bisher müssen

- die Umsetzung der Rechtsperspektive der Menschen mit Behinderung
- die Umsetzung der Teilhabeperspektive der Menschen mit Behinderung
- die Öffnung der Institutionen der Behindertenhilfe, die sozialräumliche Arbeit und die Einflussnahme auf alle relevanten Kontextfaktoren mit dem Ziel der Entwicklung inklusiver Gemeinwesen und schließlich
- die Beeinflussung der Grundhaltung der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderung im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen.

### 2.4.3 Lösungsansätze

In der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung mit riskantem, schädigendem Alkoholkonsum oder bereits einer manifesten Suchterkrankung sollte generell gelten, dass ausschließlich Lösungsansätze genutzt werden, die – übereinstimmend mit anerkennungstheoretischen Überlegungen – einen verstehenden Zugang zu den Betroffenen suchen. Das bedeutet u. a., ihren Alkoholkonsum vor dem Hintergrund ihrer individuellen biografischen Geschichte, im Zusammenhang mit möglichen zusätzlichen psychischen Erkrankungen, den Wechselwirkungen mit ihrem sozialen Umfeld, eigenen Lernerfahrungen sowie den Nutzen, den sie aus dem Alkoholkonsum ziehen, zu begreifen.

Daraus resultiert auch die Notwendigkeit, entsprechende medizinische und psychiatrische Hilfeangebote der Suchthilfe in Abstimmung mit der Behindertenhilfe zu entwickeln. Da gerade Menschen mit geistiger Behinderung auf eine hohe Beziehungskontinuität angewiesen sind, ist die Lösung allerdings nicht in der Schaffung neuer Spezialangebote durch die Suchthilfe zu suchen.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass in der Zusammenarbeit zwischen Behinderten- und Suchthilfe sich beide Professionen wechselseitig das erforderliche Fachwissen soweit aneignen müssen, dass

- einerseits die MitarbeiterInnen in den Wohneinrichtungen in die Lage versetzt werden, Handlungskompetenzen für den adäquaten Umgang mit suchtmittelgefährdeten und -kranken BewohnerInnen zu entwickeln,
- andererseits in den Institutionen der Suchthilfe (Fachkliniken, Fachambulanzen, Beratungsstellen) Ärzten/innen, Therapeuten/innen und Sozialpädagogen/innen lernen können, einen Zugang zu Menschen mit geistiger Behinderung zu finden.

## 3. Bestandsaufnahme

### 3.1 Operationalisierte Klassifikation suchtmittelbezogener Störungen

Grundlage für eine operationalisierte Klassifikation und Behandlung psychischer Störungen – und damit auch für Abhängigkeitserkrankungen – bilden internationale Klassifikationssysteme wie das ICD-10 oder das DSM IV<sup>11</sup>.

Die Klassifikation des Missbrauchs psychotroper Substanzen (die Psyche des Menschen beeinflussende Stoffe) orientiert sich an folgenden Bezeichnungen für den Gebrauch:

- Ungebilligter Gebrauch, d.h. der Gebrauch einer psychotropen Substanz, die von der gesamten Gesellschaft oder einem Teil der Gesellschaft nicht gebilligt wird (z. B. religiöse Gruppierungen),
- Riskanter Gebrauch, d.h. der Gebrauch von psychotropen Substanzen, der wahrscheinlich zu negativen Konsequenzen führen wird (Gesundheit, soziale Teilhabe),
- Dysfunktionaler Gebrauch, d.h. der Gebrauch psychotroper Substanzen, der zu Einschränkungen psychischer und sozialer Funktionen führt (z. B. im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz),
- Schädlicher Gebrauch, d.h. der Gebrauch von psychotropen Substanzen führt zu körperlichen und psychischen Schäden und beeinträchtigt die soziale Teilhabe (z. B. Führerscheinverlust, Funktionsstörungen innerer Organe, Arbeitslosigkeit).

Riskanter Konsum beschreibt Konsummuster, die das Risiko gesundheitlicher und/oder sozialer Folgeprobleme deutlich erhöhen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO beschreibt die Risikoschwelle durch Alkoholtrinkmengen von maximal 30 g Reinalkohol pro Tag bei erwachsenen Männern, und 20 g bei erwachsenen Frauen. Aus ernährungswissenschaftlicher Perspektive empfiehlt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) eine maximale tägliche Alkoholzufuhr von 20 – 24 g Reinalkohol bei Männern und 10 – 12 g Reinalkohol bei Frauen. Ein Standardglas Alkohol enthält ungefähr 10 g reinen Alkohol. So viel ist enthalten z.B. in einem Glas Bier (0,25 l), einem Glas Wein oder 1 Glas Sekt (0,10 l), einem Schnaps (0,04 l) oder einem Alkoholmischgetränk (0,275 l). Ein bis zwei Tage mit Nullkonsum in der Woche werden darüber hinaus empfohlen<sup>12</sup>.

Das nachhaltige und deutliche Unterschreiten dieser Schwellendosis Alkohol macht nachteilige Konsequenzen des Alkoholkonsums eher unwahrscheinlich. Kompletten gemieden werden sollte Alkohol (Nullkonsum) in folgenden Kontexten:

- Arbeitsplatz
- Maschinenbedienung
- Straßenverkehr
- Sport
- Schwangerschaft und Laktationszeit
- nach Behandlung einer Alkoholabhängigkeit.

In diesen Kontexten ist jeder Alkoholkonsum ein riskanter Konsum, unabhängig von der Menge. Der Konsum größerer Alkoholmengen bei einer Trinkgelegenheit bringt ebenfalls hohe Risiken mit sich. Auch Menschen mit einer genetischen Vorbelastung für alkoholassoziierte Erkrankungen sollten auf jeden Alkoholkonsum verzichten.

Die Klassifikation der Abhängigkeit, bzw. des Abhängigkeitssyndroms, durch psychotrope Substanzen orientiert sich an sechs Symptombereichen, von denen drei oder mehr über einen Zeitraum von etwa 12 Monaten erkennbar sind (ICD-10), Kriterien des Alkoholmissbrauchs sind dabei erfüllt:

- starker Wunsch, Verlangen oder Zwang, die Substanz zu konsumieren (Craving)
- verminderte Kontrollfähigkeit
- körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung
- Einengung des Verhaltensspielraumes (Vernachlässigung anderer Interessen, erhöhter Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum usw.)
- Fortsetzung des Konsums trotz schädlicher Folgen.

11 ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; [www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm) und DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association 2000.

12 Seitz, H., Bühringer, G., Mann, K. 2007.

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit sind Klassifizierungen, die die Inanspruchnahme sozialrechtlich normierter Leistungen (SGB V, SGB VI, SGB XII in Verbindung mit SGB IX) für Betreuung und Behandlung ermöglichen.

Sucht ist weiterhin eine chronische Gesundheitsstörung, für deren Behandlung eine ganzheitliche und umfassende Sichtweise zugrunde gelegt wird. Das bildet zurzeit am besten die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (engl.: International Classification of Functioning, Disability and Health, kurz ICF) maßgeblich ab. Teilhablediagnostik ist nur auf dieser Basis umfänglich möglich. Nach dieser Klassifikation hat ein Gesundheitsproblem, so das Vorliegen eines substanzbezogenen Abhängigkeitssyndroms, vielfältige Auswirkungen, welche die persönlichen Funktionen (durch körperliche und psychische Folgeprobleme), die Aktivitäten in Bereichen des täglichen Lebens und die berufliche Leistungsfähigkeit wie auch die Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit, Wohnen, Freizeit, Straßenverkehr usw.) betreffen können und mit dem klassifizierten Gesundheitsproblem (ICD-10) in vielfältigen Wechselwirkungen stehen. Gleichzeitig werden diese drei Ebenen durch persönliche und umweltbedingte Kontextfaktoren verstärkend oder hemmend beeinflusst. Das ICF zeigt, dass es sich bei psychischen Gesundheitsstörungen, insbesondere bei Abhängigkeitserkrankungen mit ihren chronischen Verläufen und hohen Rückfallwahrscheinlichkeiten, um ein komplexes Geschehen handelt, bei denen stabilisierende und belastende Situationen in verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkoppelungseffekte miteinander verbunden sind. Die am ICF orientierte Ermittlung jeweiliger Hilfebedarfe einer Person erfordert eine genaue und umfassende Kenntnis dieser Person in ihren Lebenszusammenhängen, der vorhandenen und beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten, sowie des sozialen Umfeldes inklusive der vielfältigen Wechselwirkungen.

Die Diagnose und Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und einer Suchtproblematik stellt eine besondere Herausforderung dar. Diese Menschen können ihr Verhalten nicht so gut an langfristigen Konsequenzen orientieren, haben größere Probleme, sich Phänomene wie Craving und Black-Outs zu vergegenwärtigen, um es in ihre Handlungsplanung zu übernehmen und reagieren gegenüber Rauschmitteln oft empfindlicher. Menschen mit geistiger Behinderung müssen mit dem Suchtmittelkonsum aufhören können wollen oder ihn zumindest reduzieren können wollen, d.h. im Zentrum der Beziehungsarbeit steht das Phänomen Motivation und Veränderungsbereitschaft. Wichtig dafür ist u.a. das Herausfinden von auslösenden Bedingungen des Suchtmittelkonsums und den damit verbundenen inneren Konflikten und Spannungen, den Ambivalenzen. Motivationsförderung ist also von zentraler Bedeutung.

### 3.2. Verbreitung suchtmittelbezogener Störungen

Wenn wir die Frage nach der Priorität einzelner Gesundheitsziele in der Bevölkerung aufgreifen, so können wir feststellen, dass Suchterkrankungen und übermäßiger Substanzkonsum ein epidemiologisches, sozial- und gesundheitspolitisches Problem ersten Ranges darstellen. In Deutschland rechnet man in der Altersgruppe der 18 – 64-jährigen Erwachsenen mit ca. 10,9 Mio. Personen mit Suchtproblemen, davon sind ca. 1,77 Mio. alkoholabhängig, das sind 3,7% der Bevölkerung; 3,6% weisen Alkoholmissbrauch auf, 14,2% einen riskanten Alkoholkonsum. Etwa 2,3 Mio. Personen sind medikamentenabhängig, insbesondere von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln. Etwa 244.000 Personen mit problematischem Konsum sind abhängig von illegalen Drogen (ohne Cannabis) und ca. 229.000 Personen sind cannabisabhängig. Darüber hinaus zeigen sich substanzunabhängige, verhaltensbezogene Suchtstörungen: ca. 190.000 Personen sind pathologische Glücksspieler und etwa 560.000 Personen gelten als internetabhängig mit weitreichenden sozialen und gesundheitlichen Folgen. Darüber hinaus sind 4,2 Mio. Personen nikotinabhängig (9,1% der Bevölkerung). Bei diesen Zahlen wurde auf verschiedene epidemiologische Forschungsergebnisse zurückgegriffen.<sup>13</sup>

13 DHS (Hrg.) 2013 Jahrbuch Sucht 2013 und Pabst, Krauss, Gomes de Matos, Piontek 2014 Epidemiologisches Suchtsurvey 2012.

Zur institutionellen Prävalenz von suchtmittelbezogenen Problemen in Einrichtungen der Behindertenhilfe liegen folgende repräsentative Untersuchungen vor:

Schubert: 14 in 121 Wohneinrichtungen (n=2560) und 65 WfbM (n=2688):

- 3,7% täglicher Alkoholkonsum, 4,4% (mehrfach) wöchentlicher Alkoholkonsum => etwa 8% Alkoholgebrauch, der wahrscheinlich zu gesundheitlichen Störungen führen kann (riskanter Konsum ab 24 g Reinalkohol bei Männern und ab 12 g Reinalkohol bei Frauen am Tag)
- 2,4% mit alkoholbezogenem Abhängigkeitssyndrom gem. ICD-10 (Wohnbereiche 4,2%, Werkstätten 1,4%)
- 4,7% alkoholgefährdet (Missbrauch, schädlicher Konsum) gem. ICD-10.

Hörnung, Kretschmann-Weelink<sup>15</sup> mit einer Befragung von 760 MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Behindertenhilfe (75% Wohnen, 25% WfbM), 115 MitarbeiterInnen Suchthilfe (alle Einrichtungstypen) und Klienten- und Experteninterviews:

- 15,7% mit problematischem Alkoholkonsum in der eigenen Einrichtung (32,5% Tabak, 11,6% Medikamente, 5,3% Cannabis, 3,6% andere Substanzen und Verhaltenssüchte)
- 53% (fast) täglicher Konsum, 19% wöchentlicher Konsum
- Bei 17% besteht das problematische Konsumverhalten seit 2 bis 5 Jahren, bei 56% länger als 5 Jahre
- 18,2% mit problematischem Substanzkonsum nach Einschätzungen aus der Suchthilfe

Vorläufiges Fazit: Schädliche und abhängige Alkoholkonsummuster unterscheiden sich in der institutionellen Prävalenz nicht wesentlich von der Allgemeinbevölkerung, riskante Konsummuster unterschreiten den Anteil in der Allgemeinbevölkerung.

### 3.3 Therapie bei suchtmittelbezogenen Störungen

Sucht ist in Deutschland seit 1968 als Krankheit anerkannt und die lebensgefährdenden Auswirkungen einer chronischen Abhängigkeit sind ebenso bekannt wie die ausgeprägten Beeinträchtigungen und Teilhabeproblematiken auf sozialem, familiärem und beruflichem Gebiet. Darüber hinaus sind es die psychischen Folgen, die körperlichen Schädigungen, der Arbeitsplatzverlust und die berufliche Unsicherheit, Trennung und Scheidung, Unfälle im Betrieb und im Straßenverkehr, Straftaten, Wohnungslosigkeit und unsichere Wohnverhältnisse, soziale Isolation und viele mehr, die als mögliche Folgen des chronischen Suchtmittelkonsums hervortreten. Seit etwa sechs Jahrzehnten wird in Deutschland im Zusammenwirken von Leistungsträgern, insbesondere Deutsche Rentenversicherung und Gesetzliche Krankenkassen, mit Einrichtungsträgern, insbesondere Träger der freien Wohlfahrtspflege, und mit Vertretern aus Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik ein differenziertes, leistungsfähiges Beratungs- und Behandlungssystem für Menschen mit Suchtproblemen entwickelt. Bei suchtmittelbezogenen Störungen bieten diese vielfältigen Beratungs- und Behandlungsangebote indikationsgestützte, bedarfsgerechte, patientenorientierte, qualitativ hochwertige Leistungen an. Das Spektrum der Angebote in der gesamten Suchthilfe in Deutschland stellt sich wie folgt dar<sup>16</sup>:

- Suchtselbsthilfegruppen mehr als 10.000
- Ambulante Suchtberatungsstellen mehr als 1.300
- Ambulante Suchtbehandlungsstellen etwa 470
- Plätze in Suchttageskliniken mehr als 1.000
- Plätze in der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker insgesamt 13.200
- Plätze in Adaptionseinrichtung (2. Reha-Phase) mehr als 1.200
- Plätze in Entzugs-/Entgiftungseinrichtungen in Krankenhäusern insgesamt 11.500
- Plätze für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Suchtkranke in (teil-)stationären Einrichtungen und Ambulant Betreutem Wohnen als Eingliederungshilfe SGB XII mehr als 24.000
- Niedrigschwellige Angebote in der Drogentherapie mehr als 300
- SubstitutionspatientInnen in ärztlicher Behandlung (Anzahl) insgesamt 77.300
- Plätze in Arbeitsprojekten/Qualifizierungsmaßnahmen für Suchtkranke mehr als 5.000.

<sup>14</sup> Schubert 2005.

<sup>15</sup> Hörnung, Kretschmann-Weelink 2011.

<sup>16</sup> Leune, J. 2012; Fachverband Sucht 2012.

In den letzten Jahren zeigt sich eine zunehmende Vernetzung dieser Hilfebereiche und eine zunehmende Flexibilisierung der Beratungs- und Behandlungsangebote: Ambulante und stationäre Behandlungen werden einzelfallbezogen zunehmend verknüpft und regionale Suchthilfenetzwerke und -verbände koordinieren diese Leistungen.

Das Spektrum der verbandlich organisierten Suchtselbsthilfe ist vielfältig. Nach Schätzungen der Verbände Blaues Kreuz Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Deutschland, Freundeskreise, Guttempler, Kreuzbund, Anonyme Alkoholiker u.v.m. besuchen mehr als 150.000 Menschen im Jahr diese, meist wöchentlich stattfindenden, Treffen von Selbsthilfegruppen. Sie stellen das Rückgrat im Hilfesystem für suchtkranke Menschen in Deutschland dar und sind für gelingende Suchttherapien ein unverzichtbarer Bestandteil.

Spezifische Angebote der verbandlich organisierten Suchtselbsthilfe für Menschen mit Lern- und geistiger Behinderung gibt es aktuell nicht.

Grundsätzlich ist am Beginn einer Suchtbehandlung zu prüfen, ob eine ambulante oder stationäre Entzugsbehandlung durchgeführt werden soll. Ambulant bei niedergelassenen Fachärzten oder in Fachambulanzen, stationär in Stationen für qualifizierten Entzug in psychiatrischen Kliniken oder in Spezialabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Bei schweren Entzugssymptomatikern (z.B. Delirien in der Vorgeschichte) wird der stationäre Entzug durchgeführt. Ein suchtmittelmedizinisch qualifizierter Entzug im stationären Rahmen schließt eine Motivationstherapie ein und dauert in der Regel 2 bis 3 Wochen. Hier ist üblicherweise eine Vermittlung in weiterführende suchtspezifische Behandlungsangebote gewährleistet, z.B. in ambulante oder (teil-)stationäre Entwöhnungsbehandlungen. Evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung suchtmittelbezogener Störungen sind durch die Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht worden und sind grundlegend für Suchtbehandlungen. Die ambulant oder stationär durchgeführte Akutbehandlung umfasst suchtmittelmedizinische und suchtpsychiatrische Maßnahmen, insbesondere die spezifische Arzneitherapie und die Behandlung psychiatrischer Begleiterkrankungen<sup>17</sup>. Der sozialrechtliche Rahmen für Entzugsbehandlungen ist das SGB V mit Zuständigkeit der Krankenkassen.

Das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf<sup>18</sup> bietet einen qualifizierten Entzug für Menschen mit Lern- und geistiger Behinderung an.

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen sind in Deutschland flächendeckend organisiert, etwa 45% dieser, von den Leistungsträgern der Rentenversicherung anerkannten, Einrichtungen bieten ambulante Rehabilitation für Abhängigkeitskranke an. Bei alkoholbezogenen Störungen dauern diese Behandlungen sechs bis zwölf Monate. Suchtberatungsstellen machen auch spezifische Angebote für suchtmittelauffällige Teilnehmende am Straßenverkehr. Aus den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik 2010,<sup>19</sup> die auf Angaben aus 777 ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen zurückgreifen kann, geht hervor, dass es in 2010 etwa 314.000 Betreuungen gegeben hat, davon 72% Männer und 28% Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei etwa 47 Jahren (alkoholbezogene Störungen). Die Dauer der Störung bis zum Betreuungsbeginn ist relativ hoch und liegt im Durchschnitt bei 15 Jahren. Mit 41% ist ein sehr hoher Anteil bei Betreuungsbeginn arbeitslos. 16% der Betreuten haben einen Migrationshintergrund. Insgesamt ist dieser Teil des Suchthilfesystems in Deutschland von zentraler Bedeutung. Das Leistungsspektrum umfasst:

- Kontaktaufnahme (Clearing, Assessment),
- Beratung,
- Betreuung (mit aufsuchenden Ansätzen),
- Programme zur Reduktion des Suchtmittelkonsums, z.B. PEGPAK,<sup>20</sup>
- Psychosoziale Begleitung bei Substitutionsbehandlungen,
- Nachsorge (nach Beendigung einer Entwöhnungsbehandlung),
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen,
- Prävention (Schule, Eltern usw.),
- Vernetzung und Schnittstellenarbeit (Job-Center/Arbeitsagentur, Schuldnerberatung, Kinder- und Jugendhilfe, Führerscheinstellen usw.),
- Dokumentation und Statistik.

17 Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P., Gaebel, W. 2006.

18 [www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de](http://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de)

19 Steppan, M., Künzel, K., Pfeiffer-Gerschel, T. 2012.

20 Wessel, T., Westermann, H. 2002.

Eine zentrale Aufgabe ist die Vermittlung in eine weiterführende Suchtbehandlung (Fachambulanz, Fachklinik zur Entwöhnungsbehandlung) über die Erstellung eines Sozialberichtes. In der Nachsorge ist die Vermittlung in die Suchtselbsthilfe ein wichtiges Anliegen. Über 63% der in ambulanten Facheinrichtungen Betreuten berichten zum Betreuungsende über ein erfolgreiches oder gebessertes Betreuungsergebnis. Vor allem die Schnittstellen- und Vermittlungsarbeit ist für dieses gute Ergebnis entscheidend. Suchtselbsthilfe, niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Psychiatrische Kliniken, Entwöhnungseinrichtungen, Altenhilfe- und Altenpflegeeinrichtungen, Job-Center und Arbeitsagenturen, Führerscheinstellen, Justizvollzugsanstalten sind hier von entscheidender Bedeutung. Die Beratungsleistungen sind in der Regel kostenfrei und werden durch kommunale Mittel, Landesmittel und trägereigene Mittel im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge refinanziert. Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation und Nachsorge als Entwöhnungsbehandlungen greifen auf den sozialrechtlichen Rahmen des SGB VI zurück mit Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger. Der Rahmenplan der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen<sup>21</sup> sieht eine Fachkraft pro 10.000 Einwohner vor, in den neuen Bundesländern z.B. lag diese Relation im Jahr 2008 bei 1 : 27.000. Durch die finanziellen Probleme von Ländern, Städten, Landkreisen und Kommunen haben immer mehr ambulante Suchtfachstellen Schwierigkeiten, ihre Leistungen für die Allgemeinheit auf der Grundlage der kommunalen Daseinsvorsorge aufrechtzuerhalten und die notwendige Netzwerkarbeit zu leisten.

Spezifische Angebote der ambulanten Fachstellen für Suchthilfe für Menschen mit geistiger Behinderung gibt es aktuell nicht. Die Lebenshilfe Berlin bietet den Menschen mit einer geistigen Behinderung, die unter einer Suchtproblematik oder -gefährdung leiden, eine psychologische Suchtberatung an<sup>22</sup>.

Die WfbM Westfalenfleiß hat ein didaktisch-handlungsorientiertes Programm zur Primär- und Sekundärprävention für erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung (Ziele: reduzierter, gesundheitsverträglichen Konsum oder Nullkonsum von Alkohol): DIDAK<sup>23</sup>.

Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker mit Entwöhnungsbehandlungen bilden ein differenziertes System der Suchtrehabilitation in Deutschland mit ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Rehabilitation. Die Flexibilisierung und Individualisierung dieses Leistungsspektrums führt zunehmend zu Kombinationsbehandlungen als Mischungen aus (teil-) stationären und ambulanten Behandlungsphasen. Ergänzt wird diese Spektrum durch Adaption (Phase 2 der Entwöhnungsbehandlung) und Nachsorge in den ambulanten Fachstellen am Wohnort des Rehabilitanden. Die Bewilligungsdauer für die unterschiedlichen Therapieformen z.B. bei alkoholbezogenen Störungen durch die Leistungsträger der Rentenversicherung umfassen:

- Stationär : 8/12/15 Wochen
- Ganztägig ambulant: 12 Wochen
- Ambulant: 6 -18 Monate
- Adaption: bis zu 12 Wochen
- Nachsorge: bis zu 6 Monate.

In der stationären Reha-Behandlung gibt es die Standardtherapie mit 12 Wochen, die Kurzzeittherapie bis zu acht Wochen, Wiederholungsbehandlung bis zu zehn Wochen, sowie die Kombihandlungen bis zu acht Wochen stationär. Diese Formen der Postakutbehandlung passen sich in ihrer Dauer und ihren Inhalten dem Rehabilitationsbedarf des jeweiligen Rehabilitanden an. Das Leistungsspektrum umfasst:

- Reha-Assessment,
- Motivationsförderung,
- Psychotherapie (Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Paar- und Familientherapie),
- Ergotherapie,
- Sozialtherapie,
- Körpertherapien,
- Wertorientierte Therapien.

21 Fachverband Sucht 2012.

22 [www.lebenshilfe-berlin.de/de/unsere-angebote/beratung/suchtberatung.html](http://www.lebenshilfe-berlin.de/de/unsere-angebote/beratung/suchtberatung.html)

23 [www.westfalenfleiss.de](http://www.westfalenfleiss.de)

Die ambulant, ganztägig ambulant oder stationär durchgeführte Postakutbehandlung als medizinische Rehabilitation orientiert sich an den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften.<sup>24</sup> Ambulante Behandlungen ermöglichen den Verbleib in den bisherigen Lebensbezügen, die leichtere Einbeziehung von Familie und anderen wichtigen Bezugspersonen, die kontinuierliche Erprobung gewonnener Fertigkeiten im Alltagsleben und die Aufrechterhaltung der beruflichen Tätigkeit.

Stationäre Behandlungen sind wirksam durch:

- die Herausnahme aus dem pathogenen oder dem Suchtverhalten stützenden Umfeld,
- das Angebot einer höheren Schutzfunktion und eines kontrollierten Rahmens,
- intensive, tagesstrukturierende und integrierte Behandlungselemente,
- ein multiprofessionelles Team (Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit, Fachpflege, Ergotherapie usw.),
- Trainingsfelder für unterschiedliche Lebensbereiche (z.B. berufsbezogene Maßnahmen).

Die Befähigung zur Teilhabe am Berufsleben und das Erreichen einer stabilen Abstinenz sind die zentralen Zielsetzungen von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Der sozialrechtliche Rahmen ist das SGB VI in Verbindung mit dem SGB IX, zuständig ist in der Regel ein Rentenversicherungsträger. Die Vermittlung in diese Reha-Maßnahmen erfolgt über ambulante Suchtberatungsstellen, die einen entsprechenden Sozialbericht als Grundlage für die Maßnahmenbewilligung durch den Rentenversicherungsträger anfertigen. Dabei werden Schweregrad der alkoholbezogenen Störung, Teilhabeprobleme und Teilhabeprognose (soziales Umfeld, Beruf, Wohnsituation, Verhalten im Straßenverkehr usw.) und die Fähigkeit zur Abstinenz in die Indikationsentscheidung einbezogen.

Die Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht aus dem Jahre 2010 zeigt für ambulante Entwöhnungsbehandlungen eine positive Ergebnisqualität, etwa 65% der Behandelten sind auch über 12 Monate nach Behandlungsbeendigung abstinent und haben einen sozialmedizinisch günstigen Verlauf.<sup>25</sup> Für stationäre Entwöhnungsbehandlungen liegt die Ergebnisqualität ähnlich hoch: 62% sind nach 12 Monaten abstinent und zeigen einen sozialmedizinisch günstigen Verlauf<sup>26</sup>. Umfangreiche interne Qualitätsmanagementsysteme und diverse Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch die Leistungsträger der Rentenversicherung sorgen für stetige Verbesserungen der Leistungsangebote im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Es existieren einige wenige Angebote für Menschen mit Behinderung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, z.B. für Hörgeschädigte in der Fachklinik Oldenburger Land<sup>27</sup>. Hörgeschädigte Patienten, die sich mit Gebärdensprache verständigen können, werden von Therapeuten mit einer Ausbildung in der Gebärdensprache behandelt. Schwer- und schwersthörige Patienten, welche der Gebärdensprache nicht mächtig sind, können mit Hilfe spezieller technischer Einrichtungen (sogenannter Mikro-Port-Anlagen) in hörenden Gruppen ebenfalls behandelt werden. Ein weiteres Beispiel ist die Fachklinik Fischer Haus<sup>28</sup> mit differenzierten Angeboten für Menschen mit Lern- und geistiger Behinderung.

Einrichtungen des Ambulant Betreuten Wohnens und (teil-) stationäre Einrichtungen der Soziotherapie bieten Eingliederungshilfen im sozialrechtlichen Rahmen des SGB XII an. Zuständig sind die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger (Städte, Kommunen, Landkreise, Landeswohlfahrtsverbände, Landschaftsverbände usw.). Sie bieten differenzierte und individualisierte Unterstützungs- und Assistenzleistungen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA) an. Betreutes Wohnen beinhaltet die Begleitung und Unterstützung der praktischen Lebensgestaltung und -bewältigung in einer Wohnung. Das Ziel dieser Hilfen ist die umfassende soziale und berufliche Teilhabe in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit und soziale Beziehungen. Assistenz bei der Alltagsbewältigung, bei der Abstinenzsicherung und psychischen Stabilisierung, bei Konflikt- und Krisenbewältigung, bei der Freizeitgestaltung, bei Gesundheitsförderung und beim Umgang mit Behörden und Institutionen stehen dabei im Vordergrund. Diese Leistungen können in der Wohnung und im Lebensumfeld erbracht werden. Die Betreuungsdauer ist nicht begrenzt.

Soziotherapeutische (teil-) stationäre Einrichtungen, z. B. Tagesstätten und Wohnheime, unterstützen und assistieren alkoholkranken Menschen, die aufgrund körperlicher, psychischer und sozialer Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage sind, selbstständig, eigenverantwortlich und dauerhaft abstinent ihr Leben zu bewältigen. Ziel ist hier das Erreichen eines Höchstmaßes an Selbstbestimmung und Teilhabe an der Gesellschaft. Ein

24 Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P., Gaebel, W. 2006.

25 Missel, P., Schneider, R. 2012b.

26 Missel, P., Schneider, R. 2012a.

27 [www.fachklinik-oldenburger-land.de](http://www.fachklinik-oldenburger-land.de)

28 [www.fischer-haus.de](http://www.fischer-haus.de)

abstinenter oder kontrollierter Rahmen ist Voraussetzung, dass psychotherapeutische Methoden, Gruppentherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Freizeitgestaltung, Sport- und Bewegungstherapie zur Anwendung kommen können. Die Behandlungsdauer ist nicht begrenzt. Wirksamkeitsstudien<sup>29</sup> zeigen, dass durch gezielte Assistenz und Förderung auch erheblich beeinträchtigte Menschen mit einer alkoholbezogenen Störung noch nach Jahren, weit jenseits der Spontanerholungsphase, beachtliche Verbesserungen körperlicher, seelischer, kognitiver und sozialer Kompetenzen erreichen können. In diesem Zusammenhang haben Arbeits- und Qualifizierungsmaßnahmen einen hohen Stellenwert.

In der Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen gibt es aktuell nur wenige spezifische Angebote für Menschen mit Lern- und geistiger Behinderung, z.B. Sozialwerk St. Georg<sup>30</sup>. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe stellt eine Datenbank zur Verfügung<sup>31</sup>.

---

29 Steingass, H.-P., Verstege, R. 1993.

30 [www.sozialwerk-st-georg.de](http://www.sozialwerk-st-georg.de)

31 <http://www.geistige-behinderung-und-sucht.de/>

## 4. Schnittstellenprobleme

### Was bedeutet der Paradigmenwechsel durch die UN-Behindertenrechtskonvention für die Hilfesysteme?

- Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zielt auf das Individuum ab, dessen Wunsch- und Wahlrecht und auf dessen gesellschaftliche Inklusion.
- Die UN-BRK fordert für Menschen mit Behinderung (MmB) die uneingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. MmB oder mit psychischen Beeinträchtigungen haben somit die gleichen Rechte und Pflichten wie andere Bürger. Sie haben die Möglichkeiten auf ein selbstbestimmtes, selbstgestaltetes Leben.
- Im Zuge von Ambulantisierung und Dezentralisierung von Wohneinrichtungen und Diensten für MmB gleichen sich die Wohn- und Lebensverhältnisse von MmB schrittweise an die der Allgemeinbevölkerung an.
- „Nicht mehr bevormundende Fürsorge oder Förderung in gemeindefernen Einrichtungen, sondern gleichberechtigte Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung sind Maßstäbe einer erfolgreichen Behindertenpolitik. Dabei geht es darum, behinderte Menschen weder zu dankbaren Hilfeobjekten wie im Fürsorgesystem zu machen, noch zu leistungsbereiten Anpassungskünstlern, sondern zu würdigen, selbstbewussten und gleichberechtigten Bürgern einer Gesellschaft, die bereit ist, das erforderliche für ihre Teilhabe zur Verfügung zu stellen. Behinderung wird in diesem Kontext nicht mehr als Defizit sondern als soziale Benachteiligung im Sinne einer Einschränkung von Teilhabechancen betrachtet.“<sup>32</sup>
- Die veränderte Sichtweise der UN-Behindertenrechtskonvention auf MmB zeigt, dass das öffentliche Versorgungs- und Unterstützungssystem noch nicht auf eine uneingeschränkte Teilhabe von MmB ausgerichtet ist.
- Wenn wir die vollständige Teilhabe für Menschen mit Lernbehinderungen und Suchtproblemen sichern wollen, appellieren wir zunächst an die Bereitschaft der Öffentlichkeit, das Hilfesystem entsprechend umzugestalten.
- Eine Unterstützung hat stets die Förderung von Autonomie und die Entwicklung eigenständiger Entscheidungen und Wahrnehmung von Bürgerrechten zum Inhalt und zum Ziel.
- Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe und der Suchthilfe sind dringend aufgefordert, den fachlichen Herausforderungen eines inklusiven Arbeitsansatzes zu begegnen.

### 4.1 Die Leitprinzipien der Behindertenhilfe und der Suchthilfe sind kompatibel

Die zeitgemäße Heilpädagogik zielt ab auf:

- Normalisierung
- Empowerment
- Selbstbestimmung
- Individualisierung
- Integration/Inklusion
- Partizipation

Für das Wohnen bedeutet dies:

- MmB wohnen außerhalb von Institutionen, im Gemeinwesen,
- MmB leben in der Öffentlichkeit, mit freiem Zugang zu Suchtmitteln,
- MmB haben Freiräume; die früher auch Orientierung vermittelnde Begrenzung ist entfallen,
- MmB sind allen Risiken des Lebens außerhalb von Einrichtungen ausgesetzt,
- MmB leben mit dem gleichen Risiko der Gesundheitsgefährdung und der Suchtgefährdung wie Menschen ohne Behinderung.

Für das Hilfekonzept der Behindertenhilfe bedeutet dies:

- Die Hilfe richtet sich individuell an den MmB, er ist Prozessbeteiligter.
- Der Hilfebedarf wird individuell ermittelt, die Ausgestaltung der Hilfe beruht auf einem Aushandlungsprozess mit dem Leistungsträger, auch entsprechend der örtlichen Möglichkeiten.
- Die Hilfe ist ganzheitlich, auf die Lebenswelt des MmB bezogen (Arbeit, Wohnen, Freizeit).
- Die Hilfe ist sozialraumorientiert, ambulant und wohnortnah organisiert.
- Die Hilfe bezieht die Angehörigen mit ein.

Die moderne Suchthilfe zielt ab auf:

- Personenorientierung
- Sozialraumorientierung
- Ambulantisierung
- Integration
- Empowerment.

## 4.2 Stadt-/Landunterschiede

Die institutionalisierte traditionelle Behindertenhilfe, mit speziellen, meist außerhalb gelegenen Wohneinrichtungen, war bisher alleiniger Ansprechpartner und Leistungserbringer für MmB. Die Behindertenhilfe ist (noch) nicht auf die Suchtproblematik von MmB eingestellt.

Im städtischen Gemeinwesen finden wir zahlreiche Beratungsangebote verschiedener Träger, darunter auch Angebote der Suchthilfe. Die Träger sind miteinander vernetzt. Die Angebote der Suchthilfe sind aber in der Regel noch nicht auf MmB eingestellt.

## 4.3 Professionalisierungsunterschiede

Die Behindertenhilfe wird schwerpunktmäßig von einem heilpädagogischen Ansatz geleitet. Als Fachkräfte sind überwiegend ErzieherInnen und HeilerziehungspflegerInnen beschäftigt.

Die Suchthilfe hingegen ist von einem rehabilitativen und therapeutischen Ansatz geprägt. Als Mitarbeitende sind im Wesentlichen SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen und MedizinerInnen tätig.

Das professionelle Selbstverständnis und der Ansatz beider Hilfekulturen unterscheiden sich deutlich. Die zeitgemäßen Hilfekonzepte basieren jedoch auf den gleichen Prinzipien.

## 4.4 Anforderungen der Zielgruppe an die Hilfesysteme

Die Behindertenhilfe ist aufgefordert, sich der Problematik von MmB und Suchtgefährdung/Suchtabhängigkeit zu stellen. Die Thematik ist Bestandteil der pädagogischen Konzepte mit dem Ziel, eine Suchtgefährdung zu vermeiden. Frühzeitige Suchtprävention sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung für MmB gehören zur alltäglichen Freizeit- und Bildungsarbeit. Die Fachkompetenz der Suchthilfe ist unverzichtbar. MmB ist der Weg zur Suchthilfe zu ebnen. Die Behindertenhilfe gehört mit zum regionalen Hilfesystem und ist auch mit dem Anbieter der Suchthilfe vernetzt.

Die Suchthilfe ist aufgefordert, MmB Zugänge zu ermöglichen und geeignete individuelle Angebote zu unterbreiten.

Die enge Kooperation beider Stellen ist unabdingbar.

## 4.5 Hilfekonzepte der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (SGB XII, Kap.6 und 8)

Die Hilfen für die Zielgruppe MmB sowie für Menschen mit Suchtgefährdung sind im SGB XII verankert und sind ausgerichtet nach den Prinzipien:

- Personenzentrierung und Individualisierung
- Sozialraumorientierung
- Teilhabeorientierung
- Prävention
- Gesundheitsförderung
- Bildung

Organisation der Hilfen:

- Ambulante, flexible, dezentrale Angebote
- Niedrigschwellige, ggfs. auch offene und aufsuchende Hilfeangebote im häuslichen und öffentlichen Umfeld
- Krisenintervention
- Unterstützung zur Sicherung der Finanzierung von Hilfen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit aller am Hilfesystem Beteiligten
- Angehörigenarbeit
- Vernetzung der Leistungserbringer
- Umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit, Gremienarbeit

Eine erfolgreiche Unterstützung von MmB mit Suchtproblemen ist ebenso bedingt von der Haltung der im Hilfesystem tätigen Unterstützer sowie von der gesellschaftlichen Akzeptanz der MmB und ihrer persönlichen Beeinträchtigungen.

Hörnung, Kretschmann-Weelink<sup>33</sup> konnten in einer Befragung von 760 MitarbeiterInnen aus Einrichtungen der Behindertenhilfe (75% Wohnen, 25% WfbM), 115 MitarbeiterInnen aus Einrichtungen der Suchthilfe (alle Einrichtungstypen) und in Klienten- und Experteninterviews folgende Aussagen zur Schnittstellenproblematik zwischen Behindertenhilfe und Suchthilfe herausarbeiten:

- Aus Sicht der Behindertenhilfe kennen nur 10-15% der Mitarbeitenden ein entsprechendes Präventions- oder Therapieangebot der Suchthilfe, 63% der Mitarbeitenden betonen, dass ein solches Angebot sowohl in der Behinderten- als auch in der Suchthilfe angesiedelt sein sollte. Die Zusammenarbeit wird insgesamt als „ungenügend“ beurteilt. Der Bedarf an spezifischen Weiterbildungsangeboten ist sehr hoch, externe Weiterbildungen durch Suchtexperten werden bevorzugt gewünscht.
- Aus Sicht der Suchthilfe haben rund die Hälfte der Mitarbeitenden in der Suchthilfe keine praktische Erfahrung in ihrem Handlungsfeld in der Beratung oder Behandlung von Menschen mit einer Lern- und geistigen Behinderung. Etwa 20% der Mitarbeitenden kennen spezifische Angebote für diesen Personenkreis, 55% der Mitarbeitenden betonen, dass ein solches Angebot sowohl in der Behinderten-, als auch in der Suchthilfe angesiedelt sein sollte. Die Zusammenarbeit wird insgesamt als „mangelhaft“ beurteilt. Der Bedarf an spezifischen Weiterbildungsangeboten ist hoch, externe Weiterbildungen durch Experten der Behindertenhilfe werden bevorzugt gewünscht.
- Insgesamt ist der aktuelle Zustand der Zusammenarbeit dringend verbesserungsbedürftig, gegenseitige Qualifizierungsmaßnahmen sind dafür grundlegend. Insbesondere die Suchthilfe muss ihre Zuständigkeit für Menschen mit Lern- und geistiger Behinderung deutlicher definieren; dann kann sie Netzwerkpartner sein und bringt evidenzbasierte Hilfestrategien in die Schnittstellenarbeit ein: die Bedeutung der Motivationsförderung, Angebote von Frühinterventionen (aufsuchend und niedrigschwellig), Angebote zur Rückfallprävention und Hilfe zur Selbsthilfe.

33 Hörnung, Kretschmann-Weelink 2011.

## 5. Netzwerkarbeit

In vernetzten Strukturen ziehen unterschiedliche Hilfesysteme an einem Strang, dabei ergänzen sich die Interessenspartner aus den verschiedenen Handlungsfeldern mit ihren jeweiligen Kompetenzen. Somit hängt das Gelingen der Netzwerkarbeit maßgeblich von der Motivation seiner Akteure ab.

Die Stärken der Netzwerkarbeit sind:

- Flexibilität
- Bündelung von Ressourcen
- Verminderung bürokratischer Strukturen
- Dezentrale Strukturen und flache Hierarchien
- Synergieeffekte

Ziel der Netzwerkarbeit ist hier, die Lücke zwischen den Hilfesystemen zu schließen und ein engmaschiges Netz für Menschen mit Behinderung, die professionelle Hilfe und Unterstützung im Umgang mit Suchtmittelgebrauch/ Suchtmittelmissbrauch benötigen, zu schaffen. Die Versorgungsstrukturen für Menschen mit Behinderung und Suchtmittelmissbrauch sollen in ihrem Interesse nachhaltig verbessert werden.

Um die Kooperation zwischen den beiden Hilfesystemen deutlich zu verbessern und um aus der Kooperation echte Netzwerkarbeit zu etablieren, müssen entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden. Arbeitsweisen, Informationsmaterial, Fortbildungen und Zugänge entsprechen nur mangelhaft dem Bedarf von Menschen mit Behinderung.

Voraussetzungen für erfolgreiche Netzwerkarbeit ist demnach vor allem der barrierefreie Zugang zu Informationen und Beratung:

- Informationen in leichter Sprache: „Was ist Sucht?“
- Informationen in leichter Sprache: „Wer hilft mir professionell?“
- barrierefreier Zugang zu Beratungsstellen

Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die Aufklärung (in leichter Sprache) von betroffenen Personen, deren gesetzlicher Betreuer/Angehöriger und zuständigen Mitarbeitenden über die rechtlichen Rahmenbedingungen und rechtlichen Möglichkeiten aber auch über die Grenzen des Machbaren.

Die Vorarbeiten eines barrierefreien Zugangs sind dem Eingliederungshilfesystem zuzuschreiben, da hier das Know-how für die Übersetzungsarbeit liegt. Gleichwohl ist es angebracht, frühzeitig das Suchthilfesystem in den Zugangstechniken zu schulen. Nachvollziehbarkeit und Verständlichkeit sind die Basis für gelingende Kommunikation, für die eigene Einsicht und für Intervention.

Die Vorarbeiten zu Inhalten der Prävention, Beratung, rechtlichen Grundlagen, etc. sind dem Suchthilfesystem zuzuordnen, da hier das Know-how und die Erfahrungen liegen. Auch hier ist eine Schulung für die Eingliederungshilfe notwendig.

Der Anfang eines Netzwerkes (Netzwerkentwicklung) beginnt also, wenn die Voraussetzungen dafür geschaffen sind.

Diese Fachexpertise soll die Interessenspartner dazu motivieren, die noch nicht vorhandenen Netzwerke aufzubauen. Für den Beginn eignen sich z.B. interdisziplinär besetzte ambulante Fachstellen.

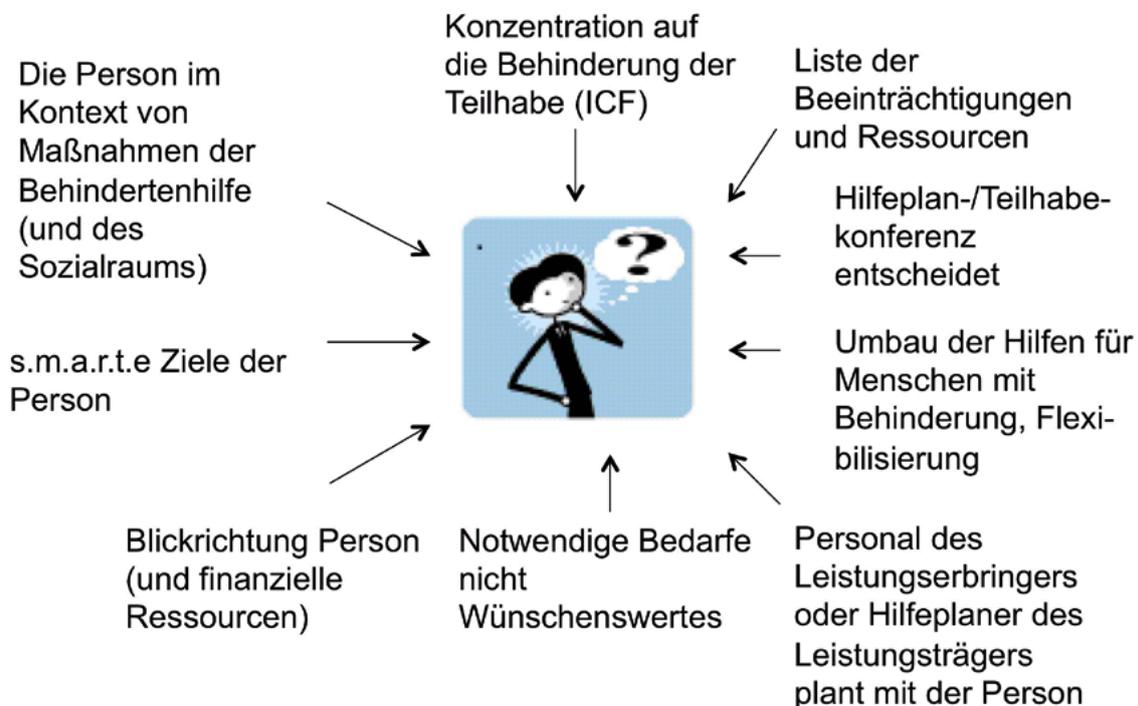
Die interessierten und motivierten Partner beider Hilfesysteme legen für sich Spielregeln fest. Die Kooperationsvereinbarungen werden unter der Beantwortung folgender Fragestellungen getroffen:

- Was leistet das Netzwerk?
- Wie organisiert sich das Netzwerk?
- Wo liegt welche Zuständigkeit?
- Wie wird kommuniziert?
- Wie wird gesteuert?
- Woran misst sich der Erfolg?

Eine Kooperationsvereinbarung beinhaltet nicht nur die Klärung formaler Rahmenbedingungen. Sie dient – und das ist nicht zu unterschätzen – auch einer klaren, eindeutigen gemeinsamen Haltung und Sprachregelung. Zu einer Vereinbarung über Handlungsnotwendigkeiten mit der betroffenen Person, den gesetzlichen Betreuern und den zuständigen Leistungsträgern der Eingliederungshilfe eignen sich die Instrumente der integrierten Teilhabeplanung (ITP), die in einigen Bundesländern schon zum Einsatz kommen.

Diese Instrumente der Bedarfsermittlung orientieren sich an der Person und deren Zukunftsplanung. Kurzfristige, mittelfristige und langfristige Ziele werden zwischen dem Menschen mit Behinderung (ggf. gesetzlichem Betreuer), Leistungsträger und Leistungsbringer vereinbart. Dabei wird vorrangigen Problemen (z.B. ein Suchtmittelmissbrauch), die zielführend mit nachvollziehbaren Indikatoren bearbeitet und regelmäßig überprüft werden sollen, ein besonderes Augenmerk eingeräumt<sup>34</sup>.

## Individuelle Hilfeplanung



Quelle: bidok/Universität Innsbruck

<sup>34</sup> Nach einer Fachtagung im Juli 2011 der Diakonischen Stiftung Wittekindshof in Bad Oeynhausen zum Thema „Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht/Substanzmissbrauch“ erschien die Zusammenfassung der Tagung unter dem gleichen Titel in: Forum Sucht, Band 44, ISSN 0942-2382.

## 6. Handlungsanleitung

### 6.1 Komorbidität Sucht und Behinderung – Schnittmengen

Alkoholabhängigkeit und -missbrauch haben oftmals erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit zur Folge.<sup>35,36</sup> Diese Defizite müssen von einer geringen, vor der Gesundheitsstörung vorhandenen Intelligenz abgegrenzt werden. Erworbene Beeinträchtigungen können jedoch mit einer »geistigen Behinderung« einhergehen, da beispielsweise ein fetaler Alkoholschaden das Risiko exzessiven Alkoholkonsums erhöht.<sup>37</sup> Die Ergebnisse verschiedener Studien lassen vermuten, dass Substanzmissbrauch während der Adoleszenz die kognitive Entwicklung erheblich beeinträchtigen kann.<sup>38</sup>

Es erscheint sehr wahrscheinlich, dass insbesondere eine leichte und mittelgradige »geistige Behinderung« künftig weitaus häufiger mit exzessivem Alkohol- und Cannabiskonsum einhergehen wird.<sup>39</sup> Zudem lässt die fortschreitende Auflösung der »Anstalten« eine Angleichung an die Allgemeinbevölkerung erwarten. Die Prävalenz ist – so die Ergebnisse einer britischen Studie<sup>40</sup> – unter anderem von der aus psychiatrischer Sicht relevanten Komorbidität abhängig. So sind beispielsweise »geistige Behinderung« und Psychose häufiger mit einer Substanzabhängigkeit verschwistert als tiefgreifende Entwicklungsstörungen, die mit einem niedrigen Intelligenzquotienten einhergehen.

Die Angebote der Suchtkrankenhilfe erreichen »geistig behinderte« Menschen in der Regel nicht<sup>41</sup>. Darüber hinaus steht die Entwicklung wirksamer Behandlungsprogramme, die den Bedürfnissen dieser Klienten gerecht werden, nach wie vor aus. Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend notwendig, die Kooperation zwischen Suchtkrankenhilfe einerseits und Behindertenhilfe andererseits auszubauen und zu fördern.<sup>42</sup> Insbesondere der Prävention sowie der Früherkennung und -intervention sollten hohe Priorität eingeräumt werden. Die Möglichkeiten, herkömmliche Screeningverfahren wie beispielsweise den Alcohol Use Disorders Identification Test<sup>43</sup> zu adaptieren, sind jedoch sehr begrenzt. Vielmehr werden Mitarbeitende, Betroffene und Angehörige auf die Entwicklung aussagekräftiger Verfahren zur Fremdeinschätzung angewiesen sein.

Die kognitiven Einschränkungen »geistig behinderter« Menschen entsprechen nicht den Defiziten alkohol- und cannabisabhängiger Patienten, die unter den Folgen eines über Jahre hinweg fortgesetzten exzessiven Konsums leiden. So ist die verbale Intelligenz auch nach einer langjährigen Alkoholabhängigkeit mitunter nicht beeinträchtigt, die verbale Kompetenz »geistig behinderter« Menschen hingegen oftmals sehr gering. Die Behandlung dieser Klienten stellt daher andere Anforderungen an einen Therapeuten: Verfahren, die sich zum Beispiel in der neuropsychologischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten bewährt haben, können wahrscheinlich nicht zur Anwendung kommen.

### 6.2 Handlungsanleitung

Jegliche Intervention muss sowohl den ethischen Maximen diakonischen Handelns als auch den Ergebnissen empirischer Forschung gerecht werden. Darüber hinaus sollte die Intervention den Möglichkeiten des jeweiligen Gegenübers entsprechen: Überforderung und Frustration, aber auch Bevormundung und Entmündigung sind zu vermeiden.

In den vergangenen Jahren wurden die – oftmals eher ideologisch als wissenschaftlich begründeten – Behandlungsprogramme »alter Schule« mehr und mehr von Verfahren abgelöst, die »Krankheitseinsicht« nicht mehr zur Voraussetzung einer Therapie machen: Das Vorgehen wird auf den jeweiligen Patienten abgestimmt, um Veränderungsbereitschaft und Selbstvertrauen zu fördern, Vorbehalte werden nicht als »Widerstand« oder »man-

35 Draper, Karmel, Gibson, Peut, & Anderson 2011.

36 zu den Auswirkungen exzessiven Cannabiskonsums siehe Grant, Chamberlain, Schreiber, & Odlaug 2012.

37 Alati et al. 2006.

38 zum Beispiel Hanson, Cummins, Tapert, & Brown 2011.

39 Slayter 2010.

40 Chaplin, Gilvarry, & Tsakanikos 2011.

41 Chapman & Wu 2012.

42 Slayter & Steenrod 2009.

43 Rist, Glöckner-Rist, & Demmel 2009.

gelnde Motivation« abgetan, sondern aufgegriffen und zum Gegenstand der Therapie gemacht. Insbesondere die Prinzipien des in den 1980er Jahren<sup>44</sup> erstmals beschriebenen Motivational Interviewing (MI) sind mit einer Ethik der Anerkennung vereinbar. Zentrales Merkmal des von Miller und Rollnick<sup>45</sup> entwickelten Verfahrens ist die Abkehr von einem konfrontativen Vorgehen. Der Therapeut begegnet seinem Gegenüber auf Augenhöhe und versucht, die Welt mit den Augen des Patienten zu sehen. Er vermeidet einen unfruchtbaren Schlagabtausch und nimmt Abstand vom »sanften Druck«. <sup>46</sup>Die PatientInnen werden nicht überredet oder von der Notwendigkeit einer Veränderung überzeugt. Vielmehr wird ein so genannter change talk – ein lautes Nachdenken über Veränderung – initiiert, um die Motivation des Patienten zu fördern.

Miller und Rollnick<sup>47</sup> beschreiben eine Reihe verschiedener Techniken (Ausschmückung, Rückblick, Vorschau etc.), die ein lautes Nachdenken über Veränderung erleichtern sollen: Der Patient spricht über seine Absichten und Ziele, seine Stärken und Schwächen, das Für und Wider einer Veränderung und die Aussichten auf Erfolg. Der Therapeut ist lediglich wohlwollender »Geburtshelfer« und Begleiter. Er ist stets darauf bedacht, sein Gegenüber nicht in die Defensive zu drängen. Fragen, die den Patienten zur Rechtfertigung seines Lasters zwingen (»Warum ist es Ihnen nicht so wichtig, weniger Alkohol zu trinken?«) werden vermieden.

### 6.3 Gesprächsführung: Was ist zu tun, was ist zu lassen?

- Mehr offene als geschlossene Fragen stellen.
- Auf schlechte Neuigkeiten vorbereiten.
- Einfühlungsvermögen beweisen.
- Kein schlechtes Gewissen machen.
- Nicht ausfragen oder verhören.
- Nicht in die Defensive drängen.

Wird sich das von Miller und Rollnick<sup>48</sup> beschriebene Vorgehen in der Arbeit mit Menschen, die unter den Folgen kognitiver Beeinträchtigungen leiden, bewähren? Erste Erfahrungen an verschiedenen Zentren sind viel versprechend, die Ergebnisse aussagekräftiger Studien stehen jedoch noch aus. Zweifelsohne muss das Verfahren in vielerlei Hinsicht vereinfacht werden. So sind beispielsweise Wortwahl und Satzlänge dem Auffassungsvermögen des jeweiligen Klienten anzupassen, doppelte Verneinungen und die Aneinanderreihung von Substantiven sind zu vermeiden (siehe: Beispiel 1). Bilder und anschauliche Darstellungen hingegen »verankern« das Gespräch in der »dinglichen Welt« und erleichtern den Austausch. Insbesondere das von Mason und Butler<sup>49</sup> skizzierte agenda setting (»Worüber sprechen wir heute?«) bietet sich an, wenn ein geringes Abstraktionsvermögen das Gespräch erschwert: Jede Abbildung verweist auf ein Thema, ein freies Feld auf die Möglichkeit, andere Themen vorzuschlagen (Abbildung 2). Das so genannte agenda setting chart illustriert zudem sehr anschaulich die Behandlungsphilosophie der Autoren:

- den Gegenstand des Gesprächs vorschlagen oder auswählen lassen
- auf Augenhöhe das Problem erörtern
- im gegenseitigen Einvernehmen das weitere Vorgehen abstimmen.

44 Miller 1983.

45 Miller und Rollnick 2013.

46 zusammenfassend Demmel 2011, 2012.

47 Miller und Rollnick 2013.

48 Miller und Rollnick 2013.

49 Mason und Butler 2010.

## Beispiel 1:

Mitarbeiter: *Ich muss mit Ihnen über eine ziemlich blöde Sache reden ... Ihre Eltern haben mich angesprochen ...*

**Klient:** **Warum denn?**

Mitarbeiter: *Ihre Eltern meinen, dass Sie zu viel Alkohol trinken ... und deswegen machen sie sich Sorgen ...*

**Klient:** **... die machen sich immer Sorgen ... vor allem meine Mutter ...**

Mitarbeiter: *... das stimmt, ihre Mutter hat mich zuerst angesprochen ... aber Ihr Vater sieht das auch so ... Wie sehen Sie das denn?*

**Klient:** **... naja, stimmt schon ... in der letzten Zeit war es ziemlich viel ...**

Mitarbeiter: *... so ganz falsch liegen Ihre Eltern da nicht ...*

**Klient:** **... schon ... aber das ist meine Sache ...**

Mitarbeiter: *Sie möchten nicht, dass sich Ihre Eltern da einmischen ...*

**Klient:** **... genau, das geht die nichts an ...**

Mitarbeiter: *Das stimmt natürlich, aber Eltern machen sich eben auch über ihre erwachsenen Kinder immer noch Sorgen ...*

**Klient:** **Was haben Sie denn gesagt?**

Mitarbeiter: *... dass Sie vor allem an den Wochenenden ziemlich viel trinken*

**Klient:** **... dann treff' ich mich mit Paul und Anne ... wir sehen uns 'nen Film an und trinken ein paar Bier ...**

Mitarbeiter: *... das gehört einfach dazu, wenn sich junge Leute treffen ...*

**Klient:** **... auf jeden Fall ... machen doch alle ...**

Mitarbeiter: *... finden Sie nicht schlimm ...*

**Klient:** **... genau ...**

Mitarbeiter: *Darf ich Ihnen trotzdem noch ein paar Fragen dazu stellen? Sie können jederzeit sagen, wenn es Ihnen zu viel wird ... ok?*



Abb. 2

Quelle: Ralf Demmel

## 6.4 Handreichung für Mitarbeitende in WfbM oder anderen Arbeitsbereichen für Menschen mit Behinderung

**Vorbemerkung: Das Gesamtkonzept zur Suchtprävention und -hilfe sowie die Vorgehensweise gelten für alle Mitarbeitenden in WfbM und in Einrichtungen übergreifend.**

Generell regelt die Dienst- oder Betriebsvereinbarung (Sucht) der Einrichtung die Bereiche Prävention, Hilfe und Wiedereingliederung bei Suchtproblemen und eine Steuerungsgruppe ist für die konzeptionelle Gestaltung und praktische Umsetzung der suchtpreventiven Maßnahmen und die Einbindung in die betriebliche Gesundheitsförderung zuständig.

Ein Gesamtkonzept der Suchtprävention und -hilfe beinhaltet allgemeine Informationen über Suchtmittel (Alkohol), einen risikoarmen Konsum und Aufklärung über riskante Konsumformen und gesundheitliche Folgen von Suchtmitteln (Alkohol). Auch die Hilfe bei Suchtmittelproblemen wie Intervention oder Begleitung zu externen Hilfsangeboten und die Nachbetreuung sind im Gesamtkonzept beschrieben.

Mitarbeitende in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen für Menschen mit Behinderung haben in den Handlungsfeldern Prävention/Vorbeugung, Hilfe und Nachbetreuung vielfältige Möglichkeiten der Unterstützung und Intervention. Eine frühzeitige Aufklärung bzw. Intervention ist oft die beste Möglichkeit, um gesundheitlichen oder seelischen Schaden abzuwenden. Betroffene erhalten erst dann Hilfe, wenn das soziale Umfeld Hinweise auf riskanten Konsum oder Suchtverhalten frühzeitig anspricht und Veränderungen konsequent aufzeigt und einfordert. Unterstützung und Begleitung zeigen sich im Hinsehen und Handeln und nicht in falsch verstandener Toleranz.

### Vorbeugung – Information

„Um Suchtgefährdungen im Betrieb vorzubeugen, werden Strategien (also langfristig angelegte Vorgehensweisen) der Prävention (Schadensvermeidung) und der Gesundheitsförderung (Förderung von Ressourcen) verknüpft. Das bedeutet: Einerseits werden in Betrieben Maßnahmen ergriffen, die der Einschränkung des Suchtmittelkonsums und der Verringerung von Risiken am Arbeitsplatz dienen. Zum anderen wird die Stärkung persönlicher und sozialer Fähigkeiten gefördert. Betriebe und Unternehmen unterstützen aktiv, dass ihre Mitarbeitenden verantwortungsbewusste Einstellungen und Verhaltensweisen entwickeln.“<sup>50</sup> Das können sie wie folgt umsetzen:

- Information und Aufklärung über Suchtmittel oder Konsumverhalten, aus dem negative gesundheitliche Folgen oder eine Suchtgefährdung entstehen können. Information über Möglichkeiten der (therapeutischen) Hilfe.
- Veränderung der Konsumkultur, Reduzierung der Zugriffsmöglichkeiten bzw. einschränkende Regelungen, eventuell Verbot des Konsums von Suchtmitteln.
- Klare Regelung über Suchtmittel (Alkohol) am Arbeitsplatz im Sinne der Arbeitssicherheit und Arbeitsleistung und eine gute Kommunikation der Regeln.
- Begleitende und gesundheitsförderliche Maßnahmen z.B. bei der Bewältigung belastender Arbeitssituationen oder (individueller) Stressoren am Arbeitsplatz.
- Positive Modelle bzw. Vorbilder fördern die Gesundheit und einen risikoarmen Umgang mit Suchtmitteln (Alkohol).

### Intervention und Hilfe bei Auffälligkeiten

Suchtmittel (psychoaktive Substanzen) wie Alkohol beeinflussen die Konzentration und Aufmerksamkeit, aber auch das soziale Verhalten, sie wirken sich auf die Arbeitsleistung und die Arbeitssicherheit aus. Wer Alkohol (Medikamente und Drogen) vor der Arbeit oder am Arbeitsplatz konsumiert, gefährdet dadurch sich selbst und andere.

Für den Arbeitsplatz ist das Vorgehen folgendermaßen geregelt<sup>51</sup>:

- Bei akuter Gefährdung gelten die Unfallverhütungsvorschriften, die Handlungsanleitung für das Vorgehen bei Gefährdung der Arbeitssicherheit regelt das Vorgehen.
- Fürsorgegespräch: Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die zu Störungen in Arbeitsablauf und -umfeld führen (können) werden angesprochen und die Unterstützung bei der Bewältigung angeboten.
- Klärungsgespräch: Wiederholte Vernachlässigung von arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten werden angesprochen, Hintergründe für das Verhalten abgeklärt, Erwartungen benannt und konkrete Schritte vereinbart.
- Stufengespräch nach Betriebsvereinbarung: Gestufte Gesprächsfolgen zur Intervention bei Auffälligkeiten von Beschäftigten in Verbindung mit suchtmittelbedingten Störungen am Arbeitsplatz.

Für die Gespräche ist eine gute Vorbereitung hilfreich (siehe hierzu „Checkliste Gesprächsführung“, Kapitel 8). Ausnahme: bei akuter Gefährdung muss sofort gehandelt werden!

Ziel der Gespräche ist eine gezielte Rückmeldung über Auffälligkeiten im Zusammenhang mit dem Arbeitsbereich und eine möglichst frühzeitige Intervention bei Suchtproblemen. Hilfreich sind die Darstellung der Fakten, eine klare Rückmeldung über Erwartungen an das Arbeitsverhalten und die Absprache konkreter Schritte zur Verhaltensänderung. Das Angebot der Unterstützung und Möglichkeiten weiterer Hilfe sollte aufgezeigt werden.

---

<sup>51</sup> Das Vorgehen ist gegebenenfalls auf Beschäftigungsverhältnisse von Menschen mit Behinderung zu übertragen!

## 7. Ergebnisse und Konsequenzen

1. Dezentralisierung und Ambulantisierung der Behindertenhilfe führen entweder zur Schaffung behindertenspezifischer Sondereinrichtungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung und Suchtproblematik oder zur Verstärkung der Vernetzung mit der Suchthilfe. Diese Vernetzungen sind im regionalen Kontext anzuregen, z.B. durch gemeinsame Fachveranstaltungen und „runde Tische“ aller beteiligten Akteure, inkl. Leistungsträgern.
2. Das bio-psycho-soziale Modell der funktionalen Gesundheit wird von der Suchthilfe und der Behindertenhilfe als gemeinsame Grundlage (ICF, Personenorientierung, Sozialraumorientierung, Teilhabe und Inklusion) geteilt. Entsprechend ausgerichtete gemeinsame Assessmentverfahren sollten in beiden Bereichen verbindlich eingeführt werden als Basis für Hilfeplanverfahren.
3. Suchthilfe als Netzwerkpartner bringt evidenzbasierte Interventionen zielgruppenspezifisch ein (Motivationsförderung, Frühinterventionen, Rückfall-Prävention, Hilfe zur Selbsthilfe). Dazu braucht die Suchthilfe die Unterstützung durch die Behindertenhilfe, um die vorhandenen Angebote der Suchthilfe den Erfordernissen der Behindertenhilfe anzupassen. Entsprechende Fortbildungsangebote sind für die Behindertenhilfe und die Suchthilfe zu konzipieren und durchzuführen.
4. Handlungsstil und Grundhaltungen sind geprägt durch Verbindlichkeit bei Regeln und Kontrollen, Transparenz bei Vereinbarungen und Beziehungsarbeit („in der Sache konfrontativ, nicht im Kommunikationsstil“). Dazu sind Fortbildungskonzepte erforderlich, die für beide Helfefelder übergreifend konzipiert und angeboten werden sollen, z.B. in Methoden der Motivationsförderung.
5. Die „Hilfekulturen“ in der Suchthilfe und in der Behindertenhilfe sind unterschiedlich bzgl. Haltung zum Suchtmittelkonsum, zum methodischen Vorgehen und zum Zugang und zur Erreichung von Hilfen. Hier sind für die beiden Helfefelder übergreifende Fachveranstaltungen zu konzipieren und durchzuführen. Spezifische Fortbildungen, Supervision und Coaching sind hier erforderlich.
6. Suchtstörungen stellen bei Menschen mit geistiger Behinderung eine besondere Herausforderung dar (Sensibilität, Sensitivität, besondere Vulnerabilität, Lernmöglichkeiten bei Intelligenzminderung). Dazu sind spezifische Fortbildungen erforderlich, die insbesondere für die Suchthilfe zu konzipieren und durchzuführen sind.
7. Es existieren zunehmend gravierende Probleme mit Suchtmittelkonsum und suchtmittelbezogenen Gesundheitsstörungen in der Behindertenhilfe (Verbreitung identisch mit der „Normalbevölkerung“, wenig abgestimmte Schnittstellen mit der Suchthilfe, hoher gegenseitiger Qualifizierungsbedarf). Der Problemlösungsdruck ist hoch. In beiden Hilfebereichen sind entsprechende Strukturen für Netzwerkarbeit und einrichtungsübergreifendes Case-Management zu entwickeln.
8. Das Gesamtkonzept der betrieblichen Gesundheitsförderung mit inklusiver Suchtprävention bietet ein geeignetes Handlungsmodell an (Prävention, Hilfe, Nachsorge). Dieses Konzept sollte von den Einrichtungen und Diensten in der Behindertenhilfe implementiert werden, als Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

## 8. Checkliste: Gesprächsführung (Vorbereitung/Durchführung/Nachbereitung)

Folgende Punkte sind im Gesprächsablauf zu beachten:

- Das Gespräch ist vertraulich und findet in einer Umgebung statt, in der die Anonymität/Würde des Betroffenen gewahrt wird. (Raum, nicht einsehbar).
- Beobachtungen, Fakten und Auffälligkeiten werden konkret benannt; Vermutung über Zusammenhang mit Suchtmittel wird geäußert; Ich-Botschaften zu Verhalten und Auffälligkeiten.
- Arbeitsbezogene Erwartungen beschreiben.
- Konsequenzen und Handlungsfolgen beschreiben.
- Unterstützung und Hilfeangebote darstellen.
- Folgetermin vereinbaren.
- Information der zuständigen, verantwortlichen Person zukommen lassen.
- Verschwiegenheit, was persönliche Informationen betrifft.

Weitergehende Hilfe bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten wird durch interne Ansprechpartner der Einrichtung angeboten bzw. es wird zu externen Beratungsangeboten vermittelt.

Eine Qualifizierung und Sensibilisierung der Verantwortlichen für die Wahrnehmung von Veränderungen im Arbeits- und Leistungsverhalten und die Gesprächsführung wird angeboten.







