

# Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch

Forum Sucht  
Band 44  
ISSN 0942-2382





Dr. Wolfgang Kirsch  
LWL-Direktor



Prof. Dr. Dierk Starnitzke  
Vorstandssprecher  
Diakonische Stiftung Wittekindshof

## Vorwort

Suchtprobleme insbesondere durch übermäßigen Alkoholkonsum sind nicht wirklich ein neues Thema in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Sie scheinen aber eine neue Akzentuierung zu bekommen. Seit den 90er Jahren gibt es intensive Bestrebungen, Menschen mit einer Intelligenzminderung nicht mehr in „Sonderwelten“ auszugrenzen und „behütet“ zu betreuen, sondern sie unter dem Stichwort der Ambulantisierung in die gesellschaftliche Normalität zu integrieren. Darüber hinaus hat die UN-Behindertenrechtskonvention, die seit 2009 uneingeschränkt auch für die Bundesrepublik Deutschland gilt, nicht nur die Integration, sondern weitergehend die Inklusion zum Ziel.

Diese Forderung bedeutet, Menschen mit intellektuellen Behinderungen als gleichberechtigte Bürger mit der Freiheit zur Teilhabe an allen gesellschaftlichen Lebensbereichen anzuerkennen. Die sich in diesem Sinne verändernden Betreuungskonzepte eröffnen neue Chancen und Möglichkeiten, bergen aber auch neue Risiken. Unter anderem nimmt die Konfrontation mit ganz ‚normalen‘ gesellschaftlichen Gefährdungen zu. Eine dieser Gefährdungen ist ein übermäßiger, schädigender oder illegaler Rauschmittelkonsum mit den entsprechenden Begleiterscheinungen. Legale und illegale Rauschmittel sind in unserer Gesellschaft allgegenwärtig. Je eigenständiger, selbstbestimmter und in die Gesellschaft inkludierter das Leben geführt werden kann, umso mehr wird es auch eine Konfrontation mit Konsumgelegenheiten und den entsprechenden Suchtrisiken geben.

Erste Erhebungen und Beobachtungen der Praxis weisen darauf hin, dass die Belastungen durch Rauschmittelkonsum und die Gefährdung eine Abhängigkeit zu entwickeln bei Menschen mit einer Beeinträchtigung ihrer Intelligenz mindestens genauso groß ist wie die in der Gesamtbevölkerung. Materialien und Methoden der Suchtprävention sind aber noch viel zu wenig auf Menschen mit einer Intelligenzminderung zugeschnitten. Auch Beratungs- und Behandlungsangebote im etablierten Suchthilfe-Setting sind für diese Gruppe oftmals nicht ausgelegt, das suchtttherapeutische Fachpersonal ist oft wenig erfahren im Umgang mit Klienten mit einer geistigen Behinderung und die vorhandenen Konzepte sind an deren spezifischen Bedarf nicht angepasst. Andererseits fehlen den Fachkräften in der Behindertenhilfe vielfach suchtspezifische Kenntnisse und Interventionsstrategien. Was ist für eine gute Kooperation zwischen den Hilfesystemen zu berücksichtigen? Wo sind suchtspezifische Hilfsangebote für Menschen mit einer Intelligenzminderung anzugliedern? Wie kann ein wechselseitiger Transfer des jeweiligen spezifischen Fachwissens erfolgen?

Mit diesen Fragestellungen befasste sich die Fachtagung „Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch“, die die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe gemeinsam mit der Diakonischen Stiftung Wittekindshof, Bad Oeynhausen, durchgeführt hat. Die erste Veranstaltung im Juli 2011 hatte eine so enorme Nachfrage, dass im November mit leicht modifiziertem Programm eine zweite Veranstaltung stattfand. Insgesamt nahmen mehr als 350 Fachkräfte, die mit dem Thema konfrontiert sind, teil. Neben aktuellen Informationen zur Datenlage sowie aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen wurden Anforderungen an ein hilfreiches Betreuungssetting und erforderliche Kompetenzen der Mitarbeiter/innen vorgestellt. Die sog. Vollerhebung zum Thema unter wissenschaftlicher Begleitung der Katholischen Fachhochschule Paderborn wurde ebenso präsentiert wie aus den Niederlanden die Ergebnisse der SumID-Studie. Dabei sind erstmals Betroffene selbst befragt worden. In verschiedenen Foren bestand die Möglichkeit, sich in einer kleineren Gruppe zu spezifischen Aspekten auszutauschen. Auch hierzu sind einige Beiträge in dieser Dokumentation zu finden.

Wir freuen uns, dass wir mit dieser Dokumentation sowohl Fachkräften der Behindertenhilfe als auch der Suchthilfe die Möglichkeit zur weiteren Beschäftigung mit dem Thema geben können. Schön wäre es, wenn Sie in den vorliegenden Texten Anregungen zur weiteren Qualifizierung Ihrer Angebote für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer Suchtproblematik finden würden.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Sucht erkennen – konsequent handeln. Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeiter in der Behindertenhilfe?</b> Jürgen Lamm	7
<b>Ergebnisse der niederländischen SumID-Studie (Substance Use &amp; Misuse in Intellectual Disability)</b> Marika van Dijk, Joanneke van der Nagel, Rianca den Ouden	13
<b>Erfolgreiche Behandlungsansätze für Abhängige mit einer Intelligenzminderung – Erfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation</b> Thomas W. Heinz	23
<b>Ergebnisse der Vollerhebung NRW „Geistige Behinderung und Sucht“</b> Martin Hörning, Marja Kretschmann-Weelink	30
<b>„Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch“ – Hilfreiche Interventionsstrategien und Anforderungen an das Betreuungssetting</b> Stephan Buschkämper	37
<b>Das Niederländische Ampelmodell ‘Traffic light’ zur Beurteilung des Schweregrades eines Suchtproblems in der Praxis</b> Marika van Dijk	59
<b>Von der geschlossenen Wohngruppe zum Wohnen im Apartment: Ein abstinenz- und entwicklungsorientiertes Wohnangebot für Menschen mit geistiger Behinderung und erheblicher Sucht- / Substanzmissbrauchsproblematik</b> Stephan Buschkämper, Dietmar Struck, Konrad Peter	63

**Problematischer Suchtmittelkonsum bei Menschen  
mit einer Intelligenzminderung – Eine RAR-Erhebung  
in Westfalen Lippe von März – Juli 2009**

Doris Sarrazin, Christoph Fengels

73

**Großes Interesse an lange vernachlässigtem Thema  
Zusammenfassender Artikel zur Fachtagung**

Ulrich Klose

89

**Autorenverzeichnis / Korrespondenzadressen**

95



# Sucht erkennen – konsequent handeln. Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeiter in der Behindertenhilfe?

Jürgen Lamm

Ende 2009 kam bei der Vorstellung unserer Konzepte zu „Sucht im Alter“ und „Ältere Suchtkranke“ (hier überwiegend ältere Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung) auf einer Essener Koordinatoren-Konferenz für stationäre und ambulante Pflege & Betreuung die daran anschließende Diskussion auf die Fragestellung, wie man therapeutisch mit Menschen arbeiten könne, die unter einer „sekundären Demenz“ leiden – also für kognitive und verbal ausgerichtete Interventionen nicht mehr erreichbar seien.

Zur Erklärung: sekundäre Demenzen werden durch nicht-hirnorganische Grunderkrankungen hervorgerufen. Ursachen können z.B. Stoffwechselstörungen, Schilddrüsenerkrankungen oder ein Mangel an Vitamin B12, Alkoholismus oder andere chronische Vergiftungen und Infektionskrankheiten wie Hirnhautentzündungen, AIDS oder die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit sein.

Die Auswirkungen beschreibt Dr. med. Alexander Reinshagen, Facharzt für Neurologie, wie folgt: „Unter dem Begriff Demenz versteht man den Verfall der geistigen Leistungsfähigkeit. Vor allem die Gedächtnisleistung und das Denkvermögen nehmen ab. Betroffene haben Schwierigkeiten, neue gedankliche Inhalte aufzunehmen und wiederzugeben. Beeinträchtigt werden die Orientierung und Urteilsfähigkeit. Später lassen das Sprach- und Rechenvermögen nach, und Teile der Persönlichkeit werden zerstört. Die Betroffenen werden aggressiv oder enthemmt, depressiv oder in ihrer Stimmung sprunghaft, was für Angehörige und Pfleger erhebliche Probleme aufwirft.“ Verbal und kognitiv ausgerichtete therapeutische Interventionen, die vor allem auf das persönliche Reflexions- und Abstraktionsvermögen setzen, laufen nahezu ins Leere.

Zu guter Letzt wurde die Fragestellung eher zufällig auf die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung gelenkt, wo sich – so eine Teilnehmerin – eine vergleichbare Problemstellung für die Betreuer böte. Und genau für diese Zielgruppe gäbe es im Krankheitsfall „Sucht“ so gut wie keine Ansprechpartner und entsprechend wenig Hilfsangebote. Die wenigen vorhandenen Angebote wiederum schlossen Menschen mit einem Intelligenzquotienten unter 70 aus, wie auch immer eine solche Messung zustande gekommen sein soll.

Wikipedia schreibt dazu: „Eine Diagnose der geistigen Behinderung bezieht sich oft auf die Messung einer deutlichen Intelligenzminderung mit Hilfe standardi-

sierter Intelligenztests. Ein Intelligenzquotient (IQ) im Bereich von 70 bis 85 ist unterdurchschnittlich; in diesem Fall spricht man von einer Lernbehinderung. Ein IQ unter 70 bedingt dann die Diagnose der geistigen Behinderung. Eine weitere Unterteilung dieses Bereiches wird von manchen Autoren als obsolet (nicht mehr gebräuchlich, hinfällig) angesehen, da es keine Messverfahren gibt, die hier valide (gültige, belastbare) und reliable (zuverlässige) Ergebnisse mit der nötigen Trennschärfe ergeben.“

Wikipedia ergänzt: „Intelligenz ist ein nicht direkt messbares soziales Konstrukt. Anders als zum Beispiel die Körpergröße, lässt sich der IQ nie mit 100prozentiger Sicherheit feststellen. Die Bestimmung des IQ mittels Intelligenztests ist immer mit einem bestimmten zufälligen Messfehler behaftet. Es existiert kein Intelligenztest, der alle Teilbereiche der Intelligenz umfasst. Laut dem Bundesministerium für Bildung und Forschung umfassen die verschiedenen Tests „je nach zugrunde liegender Theorie und je nach Aufgabenzusammenstellung, mehr oder weniger verschiedene Bereiche der Intelligenz. Bei manchen Tests ist das Abschneiden [...] zum Beispiel eher vom Vorwissen abhängig, bei anderen ist dieses eher bildungsunabhängig. Manche Tests erfassen nur eine Teilfähigkeit der Intelligenz (z. B. das abstraktlogische Denken), andere erfassen eine Vielzahl verschiedener Fähigkeiten [...]. Dennoch wird das Ergebnis bei fast allen Tests als IQ ausgedrückt. Oberflächlich besehen könnte man daher denken, es handele sich um dieselben erfassten Fähigkeiten. Doch Vorsicht: IQ ist nicht gleich IQ, und es gibt auch nicht den IQ-Test!“

Hierbei sind also nicht nur die hohe Fehlerquote der Tests an sich, sondern auch die Art und Weise der Durchführung (des Settings) und die aktuelle Tagesform des Schutzbefohlenen zu beachten. Interessant wäre in diesem Zusammenhang die Bewertung der Kreativität eines geistig behinderten Suchtkranken im täglichen Versteck- und Beschaffungsspiel rund um die Sucht, welches nicht ohne eine gewisse Intelligenz zu bewerkstelligen ist.

Und davon wissen auch die Betreuer von geistig Behinderten einiges zu berichten!

Am Ende der Veranstaltung stand also die Frage, ob Suchthilfe nicht auch ein passendes Angebot für die Behindertenhilfe entwickeln könne. Eine Anfrage, der sich die Essener Fachstelle Suchtprävention gestellt hat.

Unsere Recherche zeigte, dass sich durch die zunehmende Auflösung stationärer Unterbringungen, also der zunehmenden Verselbstständigung des Wohnens für Menschen mit geistiger Behinderung auch eine Welt zunehmender Möglichkeiten süchtiger Verhaltensweisen eröffnete, auf die die Mitarbeiter und Betreuer in

ambulanter und stationärer Pflege sowie in den entsprechenden Werkstätten der Behindertenhilfe ebenso wenig vorbereitet waren, wie die Betroffenen selbst. Wo und wie hätten sie den Umgang mit Suchtmitteln auch lernen sollen?

Weitere Recherchen ergaben, dass Grundinformationen zu den Themen Sucht, rechtliche Rahmenbedingungen im institutionellen Handeln und passende Kommunikationsstrategien, sowie Interventionsstrategien, bei den jeweiligen Anbietern von Pflege und Betreuung ebenfalls fehlten. Neu für die Mitarbeiter der Essener Fachstelle Suchtprävention war u. a. die Herausforderung, bereits bekannte, erprobte Kommunikationstechniken und deren Inhalte für die neue Zielgruppe übertragbar zu machen, also zu vereinfachen, zu versinnlichen oder spielerisch umzusetzen.

Als weitere Schwierigkeit ergab sich die Frage nach dem tatsächlichen und nicht nach dem „gefühlten“ Bedarf der Behindertenhilfe. So ließ ein großer Essener Träger seine Mitarbeiter den kritischen Alkoholkonsum der Schutzbefohlenen einschätzen. Das Ergebnis war erschreckend! Zusatzausgebildete Handwerker aus den Werkstätten sahen offensichtlich kein Problem, wenn die Schutzbefohlenen nicht mehr tranken als sie selbst, wohingegen einzelne zusatzausgebildete Krankenschwestern aus der Betreuung und Pflege schon den wochenendlichen Konsum an sich als „kritisch“ einstufte. So sahen im vorliegenden Fall 80% der Häuser kein Problem, und in 20% der Häuser sollten 80% der Bewohner ein Problem haben.

Die folgende Recherche in Wissenschaft und Forschung wies hingegen auf eine Annäherung des problematischen Konsums, z.B. bei Alkohol, analog zur Gesamtbevölkerung – also ca. fünf Prozent – hin. So stellte Prof. Dr. Theo Klauß bereits 2006 fest:

„Nach einer „repräsentativen Vollerhebung“ in allen Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe in Sachsen-Anhalt ... zum Alkoholkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen ... wurden 6,7% als „alkoholgefährdet“ und 4,2% als „alkoholabhängig“ eingestuft. Diese Werte würden etwa denen für unsere gesamte Gesellschaft entsprechen.“

Die nächste Fragestellung war die nach den Möglichkeiten und Grenzen der Kommunikation. Beispiele gelungener Kommunikation fanden sich bei den Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) des Landschaftsverbands Rheinland (LVR). In Hilfeplangesprächen werden z.B. Hilfsmittel wie „Leichte Sprache“ (siehe im Internet: „People First“) und Kommunikation mit Bildern und leicht verständlichen Symbolen (siehe im Internet das Programm „Boardmaker“) eingesetzt. So können Betroffene das Einrichten einer Wohnung auf einem gemalten Grund-

riss mit Bildern der Möbel bewerkstelligen und die eigene Befähigung dazu mit einem Daumen nach oben oder einem Daumen nach unten signalisieren.

Vorhandene Tools der Suchthilfe fanden sich in den bereits bestehenden Schulungskonzepten für Betriebe, Wohn- und Pflegeeinrichtungen für Zielgruppen jeglichen Alters. Anders als in der eingangs genannten Erhebung geschildert, werden hier Mitarbeiter geschult, was sie sehen und bewerten sollen und wie sie es für die weitere Bearbeitung dokumentieren sollen. Das Sehen alleine ist in der Regel subjektiv und möglicherweise von Vorurteilen begleitet.

Letzteres könnte schlimmstenfalls in einer Mobbing- oder Bossing-Situation enden. Professionelleres „Sehen“ heißt, einen zweiten unvoreingenommenen Zeugen hinzuzuziehen, so z.B. im Idealfall ein Mitglied einer Arbeitnehmervertretung oder einer Bewohnervertretung. Die so gemachten Beobachtungen und die daraus folgenden Konsequenzen sollen dann dokumentiert und von den Beteiligten gegengezeichnet werden, um später, bei möglicherweise notwendigen Gesprächen, eine objektivere Grundlage für notwendige Konsequenzen liefern zu können.

Damit ergab sich automatisch die nächste Frage: Von welchen Konsequenzen könnte hier die Rede sein? Rahmenbedingungen für Konsequenzen ergeben sich zum einen aus bestehenden rechtlichen Grundlagen wie den Unfallverhütungsvorschriften (UVV), dem Betäubungsmittelgesetz (BtmG) und dem Nichtraucherschutzgesetz. Zum anderen wären hausinterne Regelwerke zu beachten – sofern sie vorhanden sind. Hier waren also die Nachfragenden selbst gefragt.

Detaillierte Gespräche mit Einrichtungen vor Ort ergaben Schulungsbedarfe wie:

- Grundlagen zur Neurobiologie der Sucht;
- rechtliche Rahmenbedingungen (BtmG, UVV, Fürsorgepflicht);
- Interventionsketten oder Handlungsmanuale;
- Grenzen des Machbaren;
- Beispiele spielerische Informationsvermittlung („Rauschbrillen“, Wissens-Rallye);
- Schutz vor Co-Abhängigkeit.

Gehen wir die aus unserer Sicht wichtigsten Bedarfe einmal von unten nach oben durch. Der letzte Punkt ist ein Erfahrungswert der Suchthilfe aus Schulungen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Der Co-Abhängige fühlt sich dem Süchtigen nahe, will helfen und lindern und stabilisiert damit, ohne es eigentlich zu wollen, den weiteren Krankheitsverlauf, weil er nicht konfrontiert, nicht interveniert. Mit anderen Worten: Betreuung und Förderung arbeiten mit Nähe und Beziehung – Suchthilfe arbeitet mit professioneller Distanz.

Hier müssen Mitarbeiter der Behindertenhilfe lernen, „Umschalten“ zu können! Zu den spielerischen Informationsvermittlungen gehört nicht nur der Einsatz von „Rauschbrillen“, die den Sichtbereich des Trägers analog zum Alkoholkonsum einschränken, um ihm bei ortsüblichen Tätigkeiten den Eindruck der „Nebenwirkungen“ von Alkohol zu vermitteln. Als erfolgreich hat sich auch eine „Wissen-Rallye“ herausgestellt. Hier würfelt der Schutzbefohlene eine Zahl. Sie symbolisiert die Anzahl von Schritten, die der Würfelnde auf ein Ziel zugehen kann, wenn er eine einfache Wissensfrage zu Alkohol oder Drogen richtig beantwortet hat. Hier treten mehrere Spieler gleichzeitig an, die beim Beantworten von ihren Teams beraten werden. Der Sieger kann sich einen Gewinn aus mitgebrachten Give-aways aussuchen. Die Nachhaltigkeit der Wissensvermittlung ergibt sich aus Mitspielern, die immer wieder antreten wollen, bis sie ihr Ziel erreicht haben und dazu die richtigen Antworten zu geben gelernt haben.

Ebenfalls übertragbar sind Fortbildungen zur Entwicklung eines Handlungsmanuals, einer Interventionskette, die je nach den individuellen Regelungen der jeweiligen Einrichtung mehr oder weniger Zwischenschritte beinhalten kann. In den Manualen wird definiert, wie beobachtet wird, wie Beobachtungen dokumentiert werden und wann welche interne Instanz in welcher Form beteiligt wird. Zu den weiteren Maßnahmen gehören Gespräche mit Zielvereinbarungen, wie z.B. Konsumeinschränkungen und Maßnahmen, die getroffen werden, wenn die vereinbarten Ziele nicht erreicht werden können, z.B. das Aufsuchen einer externen Beratungsstelle und gegebenenfalls die Verlegung in eine andere Einrichtung.

Das Ziel der Konsumeinschränkung, also der Duldung, ist natürlich nur im Umgang mit legalen Suchtmitteln möglich! Das Dulden illegalen Konsums kann für Mitarbeiter gegebenenfalls zu strafrechtlichen Konsequenzen führen (siehe: § 29a BtMG; 27 StGB; § 13 StGB Beihilfe zum unerlaubten Handelreiben mit Betäubungsmitteln; aktives Tun; Unterlassen; Garantenstellung des Wohnungsinhabers (Kenntnis; Billigung; besondere Umstände)).

Diese Vereinbarungen sollten idealerweise zwischen Leitung, Mitarbeitern (gegebenenfalls Arbeitnehmervertretung) und Vertretern der Schutzbefohlenen – sofern es die gibt – vereinbart werden. Diese Regelwerke schaffen Handlungssicherheit für alle Beteiligten, weil alle Schritte und Interventionen transparent, vorausschauend und klar geregelt sind.

Weitere Fortbildungsangebote der motivierenden Gesprächsführung „Motivational Interviewing“ (MI) oder inhaltlich ebenfalls darauf aufbauend „Motivierende Kurzintervention“ (MOVE) helfen klar zu machen, dass nachhaltige Verän-

derungen nicht durch „Gardinenpredigten“ oder durch Druck erreicht werden können, sondern besser durch ein kleinschrittiges, den Gegenüber akzeptierendes Arbeiten an seinen Motivationen und Ambivalenzen.

Hier wird der Betroffene nicht einfach in die Richtung des erwünschten Verhaltens gedrängt, weil das erfahrungsgemäß dazu führt, dass sich der Betroffene an dem „bewährten“ Verhalten festklammern wird. Dieses Verhalten wurde mal mit einer positiven Wirkungserwartung ausprobiert und hatte meistens zunächst auch positive Effekte wie eine größere Lockerheit in sozialen Kontakten. Wir reden hier von Widerstand gegenüber Veränderungen.

Mittels motivierender Gesprächstechniken wird dem Betroffenen mit kleinen, winzigen Feststellungen nahe gebracht, dass eine Veränderung auch Vorteile haben könnte. In der Vorbereitung einer Raucherentwöhnung könnte es z.B. die Feststellung sein, dass man eigentlich schon längst hätte aufhören wollen, um mit dem eingesparten Geld eine lange fällige Urlaubsreise zu unternehmen. Hierbei hilft der Berater bei der Abwägung der Vor- und Nachteile des Verhaltens, belässt aber die Entscheidung bewusst beim Schutzbefohlenen. Um die entsprechende Motivation dennoch zu fördern, werden in sogenannten „Tür- und-Angel-Gesprächen“ immer mal wieder kleine, hilfreiche Informationen eingeflochten. Unter Berücksichtigung der Möglichkeiten, Ressourcen und der persönlichen Grenzen des Schutzbefohlenen kann dann ein Veränderungsplan aufgestellt werden, der Ziele und Schritte zum Ziel deutlich macht.

Notwendige Unterstützungen werden formuliert und das Erreichte wird festgehalten – Letzteres natürlich immer in Verbindung mit Belohnungen. Auf diese Weise können in kleinen Schritten geleistete Veränderungen besser wahrgenommen werden, und so kann die notwendige Zuversicht für die nächsten Schritte geschaffen werden. Alle Teilziele sind auf die individuellen Möglichkeiten und Grenzen des Betroffenen zugeschnitten. Dabei muss klar sein, dass nicht jede Hürde von jedem Schutzbefohlenen genommen werden kann, dass auch Veränderungen an Grenzen des Machbaren stoßen können.

Idealerweise müssten hier beide Disziplinen – Suchthilfe und Behindertenhilfe – kooperieren. Die Einschätzung zum Grad der Sucht und die Vorschläge zur Intervention sollten Sache der Suchthilfe sein, eine weitere Qualifizierung der Mitarbeiter der Behindertenhilfe – wie oben beschrieben – ebenfalls. Die Umsetzung der Inhalte verbleibt aber letztendlich bei der Behindertenhilfe, denn dort sind die dafür besseren Qualifikationen gegeben. Allerdings muss sich die Suchthilfe dafür mit den ortsüblichen Möglichkeiten, Grenzen und den bewährten Kommunikationsmitteln der Behindertenhilfe vertraut machen.

# Ergebnisse der niederländischen SumID-Studie (Substance Use & Misuse in Intellectual Disability)\*

Marika van Dijk, Joanneke van der Nagel, Rianca den Ouden

## Einführung

Der Konsum und Missbrauch von Rauschmitteln durch Menschen mit geistiger Behinderung (SumID) ist ein Problem, das in den Niederlanden immer besser verstanden wird. Immer mehr Institutionen, die mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten, erkennen die alkohol- und drogenbedingten Probleme an, denen ihre Mitarbeiter in der täglichen Arbeit gegenüberstehen. Dennoch wurden weder das Ausmaß des Konsums noch die Merkmale der betroffenen Klienten bislang umfassend wissenschaftlich untersucht. Dies ist das Ziel der von Joanneke van der Nagel durchgeführten SumID-Studie. Die Studie zielt weiter darauf ab, Instrumente zu entwickeln und zu validieren, um effizient Informationen über die Klienten und deren Alkohol- und Drogengebrauch zu bekommen. Das semi-strukturierte Interview namens "SumID-Q" wurde im letzten September zusammen mit einem erweiterten Manual veröffentlicht. Es kann als effektive und offene Methode für Gespräche über Substanzen und Substanzgebrauch eingesetzt werden, so dass mögliche Probleme identifiziert und angegangen werden können.

Tactus, eine große Suchthilfeeinrichtung im Osten der Niederlande, legt einen besonderen Schwerpunkt auf die Bereiche Suchtprävention und Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. Rianca den Ouden hat ein Ampel-Modell entwickelt, das eine umfassende Strategie für Risikoerfassung, Prävention und Behandlung in diesem Bereich bereitstellt. Grundsätzlich hat jeder Mensch mit geistiger Behinderung ein Suchtrisiko. Prävention und Behandlung finden in drei Zielgruppen statt: Der Klient mit geistiger Behinderung, die Familie und andere Systeme sowie Politik/Entscheidungssträger.

Tactus kooperiert mit unterschiedlichen Institutionen im Bereich der Behindertenhilfe und erarbeitet mit ihnen zusammen einen Interventionsrahmen auf der Grundlage des Bedarfs und der bestehenden Möglichkeiten. Der SumID-Q wird hier als Instrument zum Screening und zur Wirksamkeitsmessung eingesetzt.

Am 9. November 2011 stellten wir die SumID-Studie in Bad Oeynhausen vor. Wir begannen mit der Literaturstudie von Frau van der Nagel und kamen dann auf die Untersuchungen in den Niederlanden zu sprechen, die im Rahmen der Studie durchgeführt worden sind:

\* Substanzkonsum und -missbrauch bei intellektueller Beeinträchtigung

- Eine Befragung von Dienstleistern für Menschen mit geistiger Behinderung (van der Nagel und Kiewik, 2011),
- Epidemiologie und
- eine von Tactus und Avelijn koordinierte Fallstudie (Avelijn ist ein großer Dienstleister für Menschen mit geistiger Behinderung, ebenfalls im Osten der Niederlande ansässig.)

Wir erwähnten auch einige kleinere Forschungsprojekte, an denen wir gegenwärtig arbeiten. Wir versuchen nicht nur die Prävalenz zu erforschen und Interventionen und Methoden zum Thema Substanzgebrauch in Hilfseinrichtungen für Menschen mit Behinderungen zu entwickeln, sondern müssen auch die Prävalenz von geistigen Behinderungen im Suchthilfebereich erforschen und Interventionen und Methoden für unsere Klienten mit geistiger Behinderung entwickeln.

## Literatur

Die Epidemiologie untersucht das Auftreten von Krankheiten. Dies umfasst die Untersuchung der Prävalenz von Krankheiten, ihrer Risikofaktoren etc. Im Zusammenhang mit diesem Thema sprechen wir über einen spezifischen Typus von Doppeldiagnose: Das gemeinsame Auftreten von Substanzgebrauch und geistiger Behinderung.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wird dem Thema in den Niederlanden viel Aufmerksamkeit gewidmet. Das mag daran liegen, dass das Problem zunimmt, aber eigentlich sind wir nicht einmal sicher, wie verbreitet das Problem tatsächlich ist. Wir gehen jedoch von einem Problem aus, da der Konsum und Missbrauch von Rauschmitteln aufgrund der gemeindenahen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und des wachsenden Wunsches nach Unabhängigkeit sehr real sind.

In der Literatur fehlt es an Publikationen über die Epidemiologie, die wir hier diskutieren. Dieser Mangel an Literatur bedeutet nicht, dass es zu dem Thema nichts gäbe. Leider jedoch werden die meisten Forschungsprojekte in diesem Bereich nur mit einer kleinen Anzahl von Teilnehmern, in einem kleinen geografischen Gebiet und mit einer begrenzten Zahl von Hilfseinrichtungen durchgeführt. Obwohl wir alle wissen, warum große Studien kaum durchgeführt werden, so ist die Generalisierbarkeit kleiner Studien doch begrenzt. Unsere eigenen Erfahrungen lehren uns, dass es sehr schwer ist, Klienten und Fachkräfte zu motivieren, sich an Forschungsprojekten zu beteiligen, die ihnen keinen unmittelbaren Mehrwert bringen. Wir haben auch festgestellt, dass Klienten und Fachkräfte bereits an vielen For-

schungsprojekten beteiligt sind, Fragebögen ausfüllen und Interviews geben, dass die oft mangelnde Rückmeldung der Ergebnisse jedoch zu größeren Widerständen führt, sich weiterhin an derartigen Projekten zu beteiligen. Dies kann die kleinen Populationen in der Forschung teilweise erklären.

Darüber hinaus ist es bislang schwierig, die Ergebnisse der Studien zu verbinden oder zu vergleichen. Unterschiedliche Studien haben unterschiedliche Arten der Stichprobenauswahl, unterschiedliche Populationen und unterschiedliche Befragte.

So arbeiten wir bei unserer Forschung mit einem IQ-Bereich von 50-85, wogegen die in Deutschland verwendeten Grenzwerte anders sind.

Auch die Vielfalt der Methoden ist erschwerend. Die Studien, die wir fanden, wurden oft mit Einzelfallhelfern durchgeführt, die sich auf Kollateralberichte über Klientenkonsum stützten. Andere Studien verwendeten mit Klienten geführte Interviews. Keine der Studien, die wir gefunden haben, verwendete für dieses spezielle Thema validierte Fragebögen.

Was wissen wir aus der Literatur?

Studien geben unterschiedliche Antworten auf die Frage, ob Menschen mit geistiger Behinderung Substanzen mehr oder weniger oft konsumieren als die Allgemeinbevölkerung. Die meisten Studien berichten über geringere Konsummengen und höhere Raten von Erstkonsumenten. Letzteres könnte mit der Verzögerung in der Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung erklärt werden. Dennoch berichten andere Studien über höheren Konsum innerhalb bestimmter Untergruppen, wobei insbesondere jene mit Borderline-IQ besonders anfällig für Substanzge- und missbrauch sein könnten.

Die niedrige Anzahl von Konsumenten unter Personen mit geistiger Behinderung wird mit dem angeblich geschützteren Umfeld erklärt, in dem sie sich aufhalten, wo es mehr Hilfe gibt. Daher auch die oft geäußerte, aber niemals bewiesene Behauptung, dass das SumID-Problem deshalb wächst, weil es einen zunehmenden Trend zu gemeindenaher Versorgung gibt.

Obwohl der Anteil der Substanzgebraucher niedriger sein mag als in der Allgemeinbevölkerung, so scheinen doch die Konsummuster mehr Aufmerksamkeit zu fordern. Menschen mit geistiger Behinderung, die Substanzen gebrauchen, konsumieren oft mehr als nur eine psychoaktive Substanz. Bei einem höheren Anteil von Gebrauchern wird sich der Konsum vom integrierten Konsum hin zu problematischem Konsum entwickeln. Substanzgebrauch unter Menschen mit geistiger Behinderung ist mit schwereren biologischen, psychologischen und so-

zialen Problemen verbunden. Teils liegt dies an einem höheren Anteil physischer und psychiatrischer Komorbidität, teils jedoch auch an nachteiligen sozialen und psychologischen Faktoren.

Zu diesen psychologischen Risikofaktoren zählen:

1. Geringes Selbstwertgefühl, welches zu einem größeren Einfluss von Peers und zu Substanzgebrauch zur „Selbstmedikation“ führt;
2. fehlendes Wissen zu Substanzgebrauch und den damit verbundenen Risiken sowie
3. fehlende Verweigerungsfähigkeiten.

Soziale Faktoren wie ein niedrigerer sozio-ökonomischer Status tragen ebenfalls zum erhöhten Risiko bei. Es kommt auch vor, dass die Regeln und Richtlinien der Hilfeinrichtungen das Problem verschärfen. Die Abhängigkeit des Klienten von der Einrichtung hat Einfluss auf die Suchtbehandlung oder führt mitunter dazu, dass eine solche gar nicht stattfindet. Wenn z.B. wegen des Null-Toleranz-Prinzips die Regeln Substanzkonsum völlig verbieten, wird es für einen Klienten schwierig zuzugeben, dass er ein Problem mit dem Substanzgebrauch hat. Dies kann zu einer ernstzunehmenden Verzögerung der Hilfe führen. Dies ist leider ebenso der Suchtmedizin vorzuwerfen, da sie häufig keinen Zugang zu dieser Art von Klienten findet.

Die wichtigste Schlussfolgerung nach Sichtung der Literatur ist, dass es Bedarf für mehr epidemiologische Forschung zum Thema SumID gibt. Zum einen dient dies der Behandlungsplanung, insbesondere der Berechnung der notwendigen Behandlungskapazitäten. Ein weiterer Grund ist die Behandlungsentwicklung, da gefundene Risikofaktoren zielgerichtet anvisiert werden können. Zum anderen kann dies eine wichtige Grundlage für weitere Forschung liefern, insbesondere zur Wirksamkeit von Interventionen.

## SumID©

„Substanzge- und missbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung“ (SumID) hat zum Ziel, die Merkmale und das Ausmaß des Problems zu untersuchen und Interventionen zu entwickeln und zu bewerten. Ersteres wird durchgeführt von Joanneke van der Nagel (Tactus), Letzteres von Marion Kiewik (Aveleijn). Um nähere Informationen über SumID zu erhalten, wurden Fragebögen versandt, einige Fallbeispiele untersucht und einige kleinere Projekte zu SumID durchgeführt.

### **Sichtweisen der Mitarbeiter aus Hilfeeinrichtungen auf SumID**

Ein Online-Fragebogen wurde an Sozialdienste in den Niederlanden versandt. Der Fragebogen konzentrierte sich auf die Wahrnehmung des Problems und es wurde um einen Bericht über die letzten fünf identifizierten Fälle von SumID gebeten. Insgesamt erhielten wir 39 ausgefüllte Fragebögen zurück, die ungefähr 25.000 Klienten abdecken. Die Fragebögen wurden meistens von den Leitern (69%) ausgefüllt, sowie von Psychologen (26%) und Ärzten (8%).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wurden niedrigere Werte von Alkoholkonsum ermittelt, jedoch höhere Werte für Cannabiskonsum. Gegenwärtiger Cannabiskonsum wurde bei 20% der Klienten festgestellt, während dieser Wert in der Allgemeinbevölkerung bei nur 3,3% liegt (Nemesis, 2007-2008). Es wurde berichtet, dass Cannabis bei 50% der aktuellen User zu riskantem Konsum geführt hat. Bei anderen illegalen Drogen lagen die Prävalenz des aktuellen Gebrauchs und der problematische Konsum gleich auf, was bedeutet, dass jeder aktuelle User einen problematischen Konsum aufweist. Die Ergebnisse zeigen auch, dass der Konsum verteilt über alle Hilfeeinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung stark variiert. In einigen kleineren Einrichtungen haben die Klienten kaum jemals Alkohol konsumiert, wogegen in manchen Einrichtungen bis zu 90% der Klienten Alkohol konsumierten.

Die Berichte über die letzten fünf identifizierten Fälle von SumID (N=86) zeigen, dass 70% von ihnen in der Altersgruppe unter 30 liegen und dass viermal mehr Männer als Frauen betroffen sind. Fast die Hälfte hatte auch eine psychiatrische Störung, meist ADHD<sup>1</sup>, ASS<sup>2</sup> und Persönlichkeitsstörungen. Eines der größten in dieser Studie genannten Probleme ist der Mangel an Tagesaktivitäten. Um die 35% der Betroffenen sind Mehrfachsubstanzkonsumenten, zumeist Alkohol und Cannabis.

In den uns berichteten Fällen waren Klienten, die andere Drogen als Cannabis oder Alkohol konsumieren, im Vergleich zu den oben genannten allgemeinen Ergebnissen überrepräsentiert. Der Anteil von Mehrfachkonsumenten lag auch wesentlich höher als in der Untersuchung von Aveleijn (siehe nächster Absatz).

<sup>1</sup> Attention deficit hyperactivity disorder

<sup>2</sup> Autismus-Spektrum-Störung

Es ist daher möglich, dass die eher schweren Fälle hier überrepräsentiert sind.

Die Hilfeinrichtungen wurden außerdem zu ihren Richtlinien und Interventionen befragt. Hier wurden Konsumüberwachung, Verhaltenstherapie, soziale Interventionen zusammen mit Klientenvereinbarungen über Konsummengen und –muster als am wirksamsten angesehen.

Konsumverbot, Belohnung von Abstinenz und Überweisung an Suchtbehandlungseinrichtungen wurden als am wenigsten wirksam erachtet. Zu unserer Überraschung hatten mehr als 60% der Einrichtungen Richtlinien zum Konsum und mehr als 70% kooperierten mit Suchthilfeinrichtungen. Dennoch berichteten die meisten Einrichtungen, dass sie über kein adäquates Maß an Wissen über SumiD verfügen.



## Fallstudie Tactus/Aveleijn

2008 haben sich Tactus (Suchthilfe) und Aveleijn (Sozialdienstleistungen) zur Zusammenarbeit entschlossen. Obgleich allgemein anerkannt war, dass beide Organisationen Klienten mit dieser Art Doppeldiagnose haben, war doch nicht klar in welchem Ausmaß. Aus diesem Grund wurde in beiden Organisationen eine Fallstudie durchgeführt. Bei Aveleijn wurden die Substanzgebraucher untersucht und bei Tactus die Menschen mit geistiger Behinderung. Ein kleiner Fragebogen zu SumID wurde allen Mitarbeitern in Twente zugesandt, einem Gebiet mit circa 50.000 Einwohnern. Die Rücklaufquote war hoch, circa 85% der Teams haben geantwortet. Für Tactus lag die Rate bei 70%. Diese Ergebnisse alleine machen deutlich, dass das Problem des SumID weitgehend erkannt wird.

Die Mitarbeiter von Tactus berichteten von 144 Klienten mit Substanzgebrauch und geistiger Behinderung, was ungefähr 6,5% der Gesamtzahl der Klienten in dieser Region entspricht. Wenn wir die 30% der nicht beantworteten Fragebögen einrechnen und davon ausgehen, einige Fälle nicht erkannt zu haben, können wir schlussfolgern, dass die wirkliche Zahl des SumID höher ist. Unter den 144 Fällen gibt es mehr Männer als Frauen, so wie es in der Suchthilfe allgemein mehr männliche als weibliche Klienten gibt. Die Klienten kommen aus allen Altersgruppen, wobei Ältere mehr Alkohol konsumieren und Jüngere eher andere Drogen. Verglichen mit den allgemeinen Klienten bei Tactus, gibt es eine hohe Überrepräsentation von Alkoholikern: In 45% der Fälle wurde Alkohol als einzige Substanz konsumiert.

Unsere Kollegen berichteten weiterhin, dass die Klienten mit geistiger Behinderung komplexe Probleme aufwiesen, z.B. viele finanzielle, arbeits- und wohnungsbezogene Probleme; dazu weitere soziale Probleme, wie Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen oder durch beleidigendes Verhalten. Nebenher fiel auf, dass nur ein kleiner Prozentsatz der Fälle in Sozialdienste eingebunden war, obschon alle Klienten mit geistiger Behinderung Anrecht auf Hilfe durch diese Einrichtungen haben.

Aus der Rücklaufquote von 85% aus allen Teams von Aveleijn ergaben sich 98 Klienten mit SumID, was ungefähr 4% der Gesamtpopulation von Aveleijn entspricht. Da Aveleijn auch viele Menschen mit IQs unter 50 und über 85 bedient und weil zweifellos auch hier Fälle nicht aufgefallen sind, liegt der tatsächliche Prozentsatz sicher höher.

Wie bei Tactus stellten wir auch bei Aveleijn fest, dass mehr Männer als Frauen betroffen sind. Auch war Alkohol die hauptsächlich konsumierte Substanz, gefolgt von Cannabis und Stimulanzien. Nur ein sehr kleiner Anteil konsumierte andere

Substanzen. Die meisten Klienten wurden nach Einschätzung der Mitarbeiter als Mehrfachkonsumenten eingestuft. Die Mehrheit der Klienten lebte selbständig, 20% lebten in Gruppen oder in der Familie. Die meisten hatten keinen Kontakt zur Suchtmedizin.

Es gab Anmerkungen über soziale Risikofaktoren, die zu Substanzkonsum führen bzw. diesen verschlimmern, wie zum Beispiel das Fehlen von Tagesaktivitäten oder sozialen Beziehungen. Meistens wurde von sozialen und körperlichen Auswirkungen berichtet, wie Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen, Kriminalität oder arbeitsbezogene oder allgemeine Gesundheitsprobleme. Mehrere Teamleiter berichteten, dass ihre Klienten Hilfe hinsichtlich ihres Substanzkonsums ablehnten, manchmal weil sie in dem Gebrauch keine schädlichen Auswirkungen sahen.

## SumID-Q

Gegenwärtig führen wir mit einem Team aus über 30 Forschern eine landesweite Studie durch. Wir hoffen, dass wir in den gesamten Niederlanden 1000 Klienten und ihre Betreuer aus Sozialdiensten erreichen können. Derzeit kooperieren mehr als 20 Einrichtungen mit uns. Wie bereits in der Einleitung gesagt, verfolgt die Studie von Joanneke van der Nagel zwei Hauptziele:

1. Validierung der SumID-Q Erhebungsmethode (N=200)
2. Prävalenz und Untersuchung von Risikofaktoren (N=800)

Die SumID-Q Erhebung ist in zwei Bereiche unterteilt: Einerseits die Eigenangaben (self report items) und andererseits die Angaben der Fachkräfte (collateral report items). Die Eigenangaben werden von einem ausgebildeten Interviewer abgefragt. Wir nennen dies „Interview“, weil das die Klienten mehr motiviert. Unsere Klienten haben sehr spezifische Verhaltensweisen, insbesondere, wenn es um „schlechtes“ Verhalten geht. Sie neigen dazu, solches Verhalten zu leugnen oder herunterzuspielen, haben eine andere Ausdrucksweise, sind anfällig für „Ja-sage“-Verhalten und sind sehr nervös, weil sie oft negative Erfahrungen mit Tests und Fragebögen gemacht haben. Um mit solchem Verhalten umzugehen, beginnen wir mit einfachen Bildern.

- Wir wollen, dass der Klient sich wohlfühlt.
- Wir moralisieren nicht, weil der Klient sonst nicht reden wird.
- Wir fragen in der Anfangsphase nicht zu viel, Fragen zum Drogengebrauch kommen später.
- Wir müssen uns auf die Ausdrucksweise der Klienten einstellen, um Missverständnisse zu vermeiden.
- Wir müssen auch herausfiltern, was der Klient nicht weiß, und sollten nach diesen Substanzen nicht erneut nachfragen.

Wir wollen also ein Gesamtbild bekommen. Abgefragt wird die Bekanntheit von Substanzen, Wissen, Einstellungen, Erfahrungen des Klienten und Auswirkungen des Konsums. Wir verwenden visuelle Elemente, so dass der Klient die möglichen Antworten ansehen und die Antwort nennen oder auf sie zeigen kann.

Die Angaben der Fachkräfte werden von Betreuern gemacht. Sie umfassen Informationen über den Klienten, über das Umfeld, den Konsum in der Familie oder unter den Freunden sowie Konsumsignale. In der SumID-Q-Studie müssen die Betreuer auch angeben, ob sie den Eindruck haben, dass ihre Klienten etwas konsumiert haben, wie ihr Wissensstand über Substanzen ist und wie die Regelung bezüglich des Substanzkonsums ihrer Klienten ist.

In der Validierungsstudie verwenden wir außerdem Atemanalysen sowie Urin-, Haar- und Pflasterproben, die wir als Goldstandard verwenden. Die Endergebnisse der SumID-Studie werden 2012 veröffentlicht. Der SumID-Q-Fragebogen ist bereits veröffentlicht und auf Niederländisch trainiert; erhältlich ist das Instrument (nur auf Niederländisch) über den Tactus-Webshop:

<http://www.webwinkeltactus.nl/webshop/>

Wir hoffen, auch eine deutsche Version erstellen zu können.

## **Kleine Forschungsprojekte**

In Kooperation mit einem Pädiatrie-Zentrum für Kinder haben wir mit dem SumID-Q 96 Kinder und ihre Betreuer befragt, was ungefähr 30% aller Kinder zwischen 12 und 23 Jahren mit einem IQ zwischen 50 und 85 entspricht. Die vorläufigen Ergebnisse zeigen bei 38% der Befragten einen einmaligen Cannabisgebrauch, von denen 79% einen häufigen Cannabisgebrauch berichten. In diesem Bereich ist SumID eine Realität.

In unserer Suchtklinik in Enschede haben wir begonnen, unsere neuen Klienten mit der Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), dem Hayes Screening Instrument (HASI) und dem Montreal Cognitive Assessment (MOCA) zu messen. Die beiden Letzteren sind sehr kurze Screening-Instrumente, die wir ausprobieren möchten. Wir wollen ein klares Bild der intellektuellen Fähigkeiten unserer Klienten bekommen und hoffen, dass die Instrumente auf unsere Klienten anwendbar sind, so dass wir geistige Behinderung möglichst früh und effizient feststellen können.

Botschaften zum Mitnehmen

- SumID gibt es in Bezug auf alle Arten von Substanzen.
- SumID wird wahrscheinlich von allen Diensten nicht ausreichend erkannt.
- Systematische Erkennung von SumID ist notwendig für Forschungsprogramme und die Betreuungsarbeit im Alltag.



# Erfolgreiche Behandlungsansätze für Abhängige mit einer Intelligenzminderung – Erfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation

Thomas W. Heinz

## Inhaltsangabe

- Intelligenz
- Intelligenzdefizite (ID)
- Missbrauch und Sucht
- Provokation?
- ID und Sucht – was ist anders?
- Behandlung – was ist notwendig?
- Fallvignetten und Quintessenz

**Intelligenz** ist nicht klar beschrieben sondern lediglich ein Sammelbegriff für die kognitive Leistungsfähigkeit des Menschen. Es gibt keine eindeutige Definition von Intelligenz. Stattdessen existieren verschiedene Modellvorstellungen und Hypothesen.

- These 1: Allem intelligenten Handeln liegt eine nicht direkt beobachtbare Variable zugrunde, zwischen verschiedenen Individuen bestehen quantitative Unterschiede bezüglich der Ausprägung dieser Variable, die auf einer Intervallskala dargestellt werden können.
- These 2: Der Mensch verfügt über multiple Intelligenzen, die miteinander voll kommen unkorreliert sind. Nach derartigen Theorien ist es nicht möglich, Menschen hinsichtlich ihrer Intelligenz in eine Reihenfolge zu bringen, da jeder in etwas exzellent ist (zitiert nach H. Gardner).

## Intelligenzdefizite

In der ICD-10 werden unter den Diagnoseziffern F70-F79 krankheitsrelevante Ausprägungsgrade von „Intelligenzminderung“ aufgelistet:

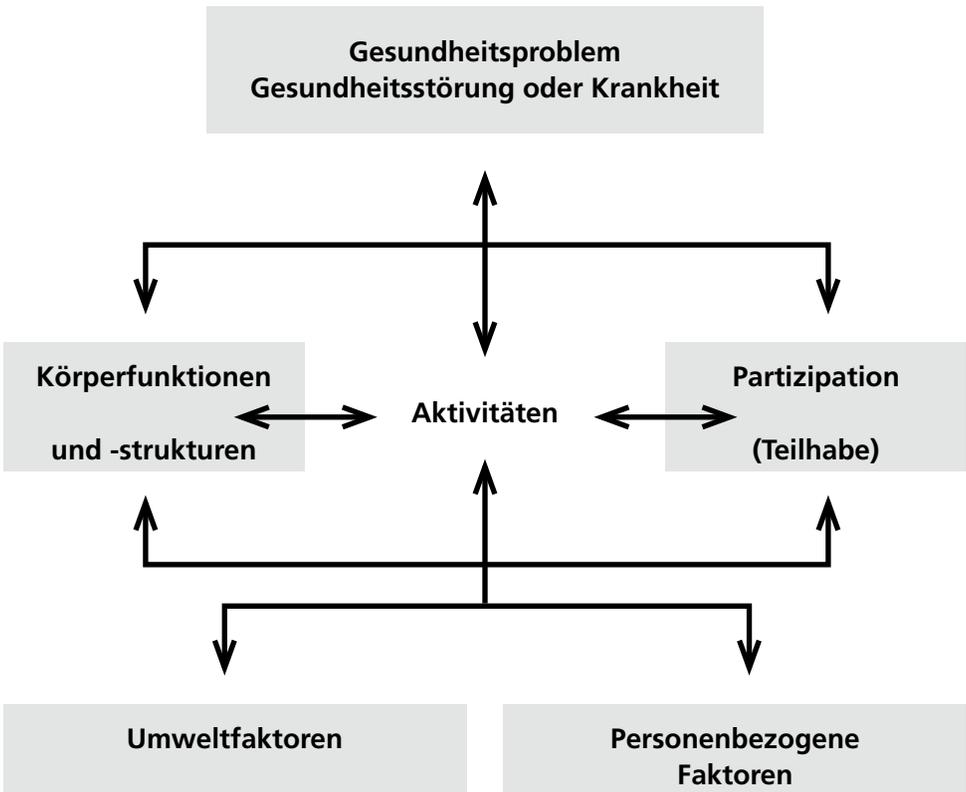
- F70 - Leichte Intelligenzminderung (IQ von 50-69)
- F71 - Mittelgradige Intelligenzminderung (IQ von 35-49)
- F72 - Schwere Intelligenzminderung (IQ von 20-34)
- F73 - Schwerste Intelligenzminderung (IQ unter 20)

Für Therapieansätze sind insbesondere die zwei erstgenannten Ausprägungsgrade relevant. Menschen mit einer leichten Intelligenzminderung (F70) zeigen oftmals Lernschwierigkeiten in der Schule. Viele Erwachsene können arbeiten, gute soziale

Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten. Bei einer mittelgradigen Intelligenzminderung (F71) können die meisten ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.

Neben dem ICD-10-System lassen sich Störungsbilder auch in anderer Weise einordnen. Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient länder- und fachübergreifend zur einheitlichen Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person.

Die ICF geht über rein individuelle Zuschreibungen hinaus und betrachtet auch die kognitive Funktions- und soziale Anpassungsfähigkeit in Bezug zu individuellen Aktivitäts- und Partizipationsmöglichkeiten. Berücksichtigt werden auch dynamische Wechselwirkungen von Umwelt- und personenbezogenen Faktoren.



## Intelligenzdefizite und psychische Erkrankungen

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen von Menschen mit geistiger Behinderung sind nicht wesensbedingt. Betroffene können zusätzlich zu geistiger oder Lernbehinderung Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen entwickeln. 10-15% der Menschen mit geistiger Behinderung leiden zusätzlich an einer psychischen Störung mit klinischer Relevanz. Suchterkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung sind kein Symptom geistiger Behinderung, sondern eine eigenständige Erkrankung.

Für die Hilfsangebote bei Problemen mit Suchtmitteln ist die Unterscheidung „Missbrauch“ versus „Abhängigkeit“ von Bedeutung. Von **Missbrauch** spricht man, wenn sich mindestens eines der vier folgenden Kriterien wiederholt in den letzten zwölf Monaten zeigte:

- Erhebliche Probleme bei der Haushaltsführung, in der Familie, am Arbeitsplatz oder in der Schule wegen Suchtmittelgebrauch
- Suchtmittelgebrauch in gefährlichen Situationen (z.B. selbstgefährdendes Verhalten im Straßenverkehr)
- Probleme mit dem Strafgesetz als Folge von Suchtmittelgebrauch
- Soziale und zwischenmenschliche Probleme wegen Suchtmittelgebrauch

Eine **Abhängigkeit** ist hoch wahrscheinlich, wenn sich mindestens drei der acht folgenden Kriterien gemeinsam in den letzten zwölf Monaten zeigten:

- Starker Wunsch / Zwang zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit
- Toleranzentwicklung
- Konsumieren, um Entzug zu lindern / zu vermeiden
- Körperliches Entzugssyndrom
- Eingeengtes Verhaltensmuster
- Fortschreitender Interessenverlust
- Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen

Probleme mit Suchtmitteln finden sich in der ganzen Gesellschaft, natürlich auch bei Menschen mit Intelligenzdefiziten. Einige Spezifika sind jedoch mit besonderer Aufmerksamkeit zu betrachten. Im Verlauf der Psychiatrie-Enquete wurden in Deutschland ab 1975 Großkliniken, Landeskrankenanstalten und Heime geöffnet. Der an sich gute Ansatz der Deinstitutionalisierung hat seit einigen Jahren zu einer zunehmenden Eingliederung von Menschen mit Intelligenzdefiziten in den gemeindenahen Kontext geführt. Dem damit verbundenen Zugewinn an persönlicher Freiheit und Selbstverwirklichung steht nicht selten Orientierungslosigkeit

entgegen, da die löbliche Destigmatisierung unter dem Diktat des Kostendrucks geschieht. Die unzureichende Begleitung und Unterstützung gefährdet vor allem Menschen mit leichten Intelligenzdefiziten (IQ > 70), diese sind oft besonders vulnerabel: Deren eingeschränkte Fähigkeiten zum abstrakten Denken fördern ein Lernen vorrangig auf der emotionalen „Ich-Du“-Ebene; Suggestibilität und die Neigung zur Imitation kommen häufig hinzu. Bei diesen Imitationshandlungen werden in sozialen Gruppen auch die nicht-positiven Verhaltensweisen imitiert (Rauchen/Trinken).

Trotz relativ gut gelingendem Imitationsverhaltens kann doch soziale Ausgrenzung/Fremdsein bleiben – und wegen des erhaltenen Reflexionsvermögens auch bewusst wahrgenommen werden! Daraus können bei entsprechender Disposition reaktive Depressionen resultieren, die mittel- bis langfristig in abhängiges Konsumverhalten übergehen können.

## **Intelligenzdefizite und Suchtmittelprobleme**

Menschen mit Intelligenzdefiziten reagieren gegenüber Rauschmitteln oft vulnerabler als Menschen ohne ID. Sie haben größere Probleme, mit Rausch, Intoxikationsfolgen und Craving umzugehen und können ihr Verhalten nicht ohne Schwierigkeiten an langfristigen Konsequenzen orientieren. Weitere spezifische individuelle Voraussetzungen sind:

- unzureichende Problemlösungsstrategien
- mangelnde Fähigkeiten einer Selbstkontrolle
- fehlendes Vertrauen in eigene Ressourcen
- unzureichende soziale Kompetenzen
- fehlende soziale Netze und Unterstützung
- Schwierigkeiten, die Folgen übermäßigen Suchtmittelkonsums vorauszusehen

In einer groß angelegten Studie<sup>1</sup> wurden 2560 Bewohner von betreuten Wohneinrichtungen befragt:

Illegale Suchtmittel spielen keine oder eine sehr untergeordnete Rolle. Bei legalen Suchtmitteln waren Nikotin und Alkohol die zentralen Probleme. Aus den Einrichtungen wurden außerdem angeführt:

- Kaffee-Sucht
- Cola-Sucht
- Ess-Sucht
- Fernseh-Sucht

<sup>1</sup> Theunissen, G. & Schubert, M. (2006). Alkoholismus und geistige Behinderung. In Henricke, K. (Hrsg.), Psychologie und geistige Behinderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb vom 29.09.-01.10.2005 in Heidelberg (Materialien der DGSGb Band 12) [<http://www.dgsgb.de/downloads/band%2012.pdf>]

Bezüglich ihrer Konsumgewohnheiten (Alkohol) gaben sie an:

- Täglich: 3,7%
- mehrmals wöchentlich: 4,4%
- gelegentlich: 10,9%
- vor allem am Wochenende: 2,4%

Anschließend sollten sie sich selbst als „gefährdet“ oder „abhängig“ einschätzen:

- 6,7% gefährdet
- 4,2% abhängig

Anhand von ICD-10-Kriterien erfüllten im abschließenden „Fremdrating“ 2,4 Prozent die Diagnose „Alkoholabhängig“.

Als Konsummotive wurden zwar ähnliche Gründe benannt wie auch in vielen allgemeineren Erhebungen:

- Entspannung
- Geselligkeit
- als „Betäubungsmittel“
- als Antidepressivum

Hinzu kamen aber Gründe, die etwas mit der Selbstwahrnehmung des „Andersseins“ zu tun hatten. Hier wurden als weitere Konsummotive genannt:

Alkohol als Hilfe bei psychischen Störungen wegen

- Diskriminierung
- eingeschränkter Kommunikation
- mangelnder Integration
- eingeschränkter Selbstbestimmung

### **Suchthilfe bei Intelligenzdefiziten**

Hilfe bei Suchtmittelproblemen braucht immer die Bereitschaft, ein Problem überhaupt als solches anzuerkennen und eine Veränderung vorzunehmen. Bei intelligenzgeminderten Menschen muss dazu auch das Hilfesystem bereit sein:

- in der Familie
- in der Peer-Gruppe (z.B. WG, Heim, Klinik)
- bei Betreuern und Therapeuten
- in der Werkstatt / am Arbeitsplatz
- im weiteren Wohnumfeld („Trinkhalle“)

Zu fordern sind bedarfsgerechte, niedragschwellige Unterstützungs- und Hilfsangebote (Prävention, Beratung, Therapie), die gefährdete Menschen mit Intelligenzdefiziten

- beraten, „aufklären“,
- zu Abstinenz oder kontrolliertem Trinken motivieren,
- in ambulante oder teilstationäre Therapie begleiten,
- im Rahmen der Nachsorge nachbetreuen.

Auch die Einrichtungen der Behindertenhilfe müssen bezüglich der Vermeidung von co-abhängigem Verhalten (Prävention) und dem Anbieten von Alternativen zu süchtigem Verhalten beraten werden.

Wenn neben der Prävention und Beratung therapeutische Angebote erforderlich sind, müssen diese auf die Bedürfnisse des Klientels abgestimmt sein. Konzeptanforderungen wären u.a.:

- vereinfachte Sprache und Wissensvermittlung über Suchtmittel
- Formulierung konkreter und schneller erreichbarer Ziele
- stärkerer Einbezug des Umfeldes
- verlängerte Behandlungsdauer
- verstärkte verhaltenstherapeutische Arbeit
- häufigere Einzel- statt Gruppentherapie
- individualisiertes Behandlungskonzept
- vermehrt Psychoedukation und gestaltungstherapeutische Arbeit

### **Konkrete Erfahrungen mit intelligenzgeminderten Klienten**

Seit einigen Jahren werden in der Fachklinik Stillenberg auch abhängig-krank Menschen mit Intelligenzdefiziten behandelt. Zunächst als Hilfe im Einzelfall begonnen, entwickelte sich ein mittlerweile gut etabliertes Angebot. Die 5-10 Klienten werden in einem Haus behandelt, das aus zwei Therapiegruppen besteht. In der zweiten Gruppe finden sich v.a. chronisch-mehrfach Beeinträchtigte, die neben neurologischen auch kognitive Langzeitschäden durch den Suchtmittelkonsum aufweisen. In diesem Konzept stehen die Begriffe „Subjektzentriertheit“ sowie „Lebenswelt- und Stärkenorientierung“ im Mittelpunkt. Weitere wichtige Konzeptbausteine sind in der Fachklinik Stillenberg:

- Ressourcenaktivierung
- positive Verhaltensunterstützung
- Problemlösetraining
- körperliche Entspannung
- psychoedukative Gruppenarbeit
- soziales Kompetenztraining
- kognitives Umstrukturieren
- pharmakologische Behandlung

## Quintessenz

Die Behandlung von suchtgefährdeten/ suchtkranken Menschen mit Intelligenzdefiziten folgt den bekannten Suchttherapie-Prinzipien. Eigen- und Fremdverantwortung sind analog wie bei minderjährigen, hirngeschädigten oder psychotischen Patienten zu bewerten.

Das (Wieder-) Erlangen von Autonomie ist auch hier oberstes Ziel. Die spezifische Schutzbedürftigkeit der Betroffenen muss mit dem Streben nach Selbstständigkeit abgewogen werden, ohne dass ökonomische Interessen von Kommunen und Kostenträgern die ausschließlichen Kriterien sind. Es bedarf dringend evaluierter, integrativer Spezialangebote für Schulung, Prävention, Beratung und Therapie.





# Ergebnisse der Vollerhebung NRW „Geistige Behinderung und Sucht“

M. Hörning; M. Kretschmann-Weelink

Zunehmende Veränderungen in der Lebenswelt von Menschen mit geistiger Behinderung führen auch zu einer Änderung im Konsumverhalten von Suchtmitteln. Im Zuge des Normalisierungskonzeptes steigt der Anteil ambulanter Wohnformen, damit wird die Lebensführung selbstständiger und unabhängiger, und die Möglichkeiten, psychotrope Substanzen zu erwerben und zu konsumieren, werden größer. Eine für Menschen mit geistiger Behinderung möglicherweise erschwerte Konsumkontrolle, mangelnde Erfahrung im Umgang mit Suchtmitteln, kaum vorhandene Präventionskonzepte, eine erhöhte Vulnerabilität und ein vielleicht erhöhtes Risiko, konsumfördernden Situationen ausgesetzt zu sein, lassen ein Risiko für den Gebrauch und Missbrauch von Substanzen vermuten, das dem von Menschen ohne geistige Behinderung zumindest gleichwertig ist. Für Deutschland gibt es allerdings nur wenig Studien, in denen der Substanzkonsum bei dieser Klientel untersucht wurde (z.B. Theunissen & Schubert; LWL Koordinationsstelle Sucht). Um in einem Bundesland möglichst umfassend Informationen über diese Thematik zu gewinnen, wurde das Modellprojekt Vollerhebung NRW „Geistige Behinderung und Sucht“ konzipiert.

## **Die drei Säulen des Modellprojektes**

Das Projekt wird gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, ist angesiedelt bei der Arbeiterwohlfahrt, Unterbezirk Ennepe-Ruhr, und wird wissenschaftlich begleitet durch die Katholische Hochschule NRW, Abteilung Paderborn. Wichtigster Teil des Projektes ist eine online-gestützte Befragung von Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe in NRW. Außerdem wird ein Befragungsinstrument entwickelt, das in strukturierten Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung eingesetzt wird. In einem dritten Projektteil werden Interviews mit Experten aus dem Suchthilfebereich geführt. Im Folgenden werden Ergebnisse aus der quantitativen Online-Befragung vorgestellt.

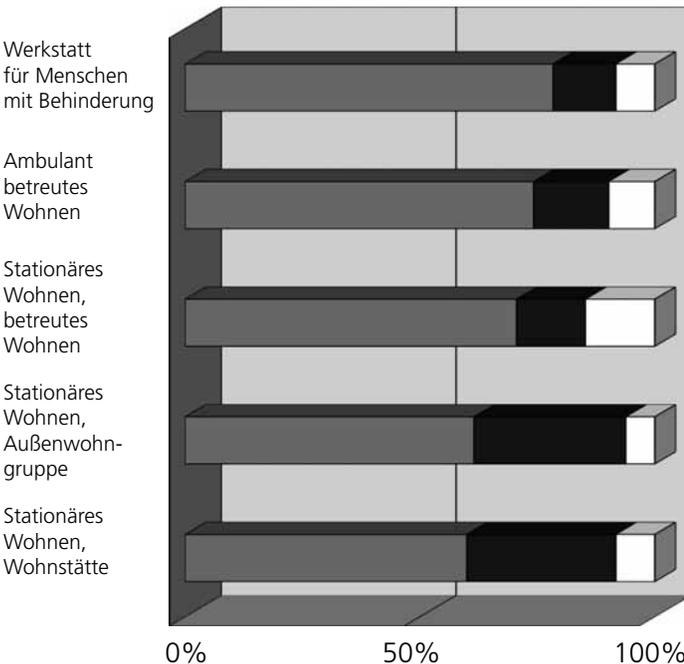
Von Januar bis Ende März 2011 war der Fragebogen im Internet zugänglich. Darauf wurde im Vorfeld der Erhebung in Fachkreisen hingewiesen: zirka 4.000 Anschreiben an Träger, Werkstätten, ambulante und stationäre Wohnformen sowie Suchthilfeeinrichtungen und Mails an LWL und LVR, Psychiatriekoordinatoren und Suchthilfeeinrichtungen mit der Bitte um Weiterleitung und Bekanntmachung. Das Projekt wurde in verschiedenen Arbeitskreisen und Tagungen präsentiert und in diversen fachspezifischen Newslettern bekannt gemacht. Bis Ende März wurde der Fragebogen 1.129 Mal aufgerufen, 895 Fragebögen konnten ausgewertet

werden. 780 wurden von Mitarbeitern der Behinderten- und 115 von Mitarbeitern der Suchthilfe ausgefüllt.

**Ergebnisse der Onlinebefragung von Einrichtungen der Behindertenhilfe**

Knapp ein Drittel der Mitarbeiter aus der Behindertenhilfe, die den Fragebogen beantwortet haben, arbeiten im Bereich „stationäres Wohnen, Wohnstätte“ (32,7%), fast ebenso viele (28,5%) stammen aus dem Bereich „ambulant betreutes Wohnen“. In Werkstätten arbeiten 24,2%, gefolgt von den Bereichen „stationäres Wohnen, Außenwohngruppe“ mit 9,6% und „stationäres Wohnen, betreutes Wohnen“ mit 5%. Mehr als ein Drittel der Befragten sind Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen oder Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen (34,1%). 10,2% sind Erzieher/Erzieherinnen, 9,2% Pädagogen/Pädagoginnen und 2,9% Pflegekräfte. Der Rest verteilt sich auf unterschiedliche Berufsgruppen wie Psychologen/Psychologinnen, Krankenschwestern, Heilerziehungspfleger und diverse Handwerksberufe.

Auf die Frage, ob der Substanzgebrauch von Menschen mit einer geistigen Behinderung bereits zu Problemen in der eigenen Einrichtung geführt hat, haben fast genau zwei Drittel (66,7%) der Befragten angegeben, dass dies bereits der Fall gewesen sei. 22,6% haben die Frage verneint, 10,7% gaben an, dies nicht zu wissen. Dabei sind einrichtungsspezifische Unterschiede festzustellen (Abb.1).



**Abb. 1**

Die Säulen stellen dar, welcher Anteil der Befragten (in Prozent) in unterschiedlichen Einrichtungen auf die Frage, ob es schon einmal zu Problemen in ihrer Einrichtung aufgrund des Substanzmissbrauchs von Menschen mit geistiger Behinderung gekommen sei, mit „ja“ (grauer Säulenanteil) oder „nein“ (schwarzer Säulenanteil) geantwortet haben. Weiß ist der Anteil markiert, der dazu keine Aussage machen konnte.

Es ist festzustellen, dass vor allem in Werkstätten, im ambulant betreuten Wohnen und im Bereich stationäres, betreutes Wohnen über Probleme aufgrund von Substanzkonsum berichtet wurde. Im Vergleich dazu haben nur etwas mehr als die Hälfte der Beschäftigten von Wohnstätten über Probleme berichtet. Dies scheint die Hypothese zu bestätigen, dass mit abnehmender Betreuungsintensität das Risiko für Substanzmissbrauch zunimmt.

Von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die über Probleme berichtet haben, wurden nachstehende Folgen des Substanzkonsums genannt:

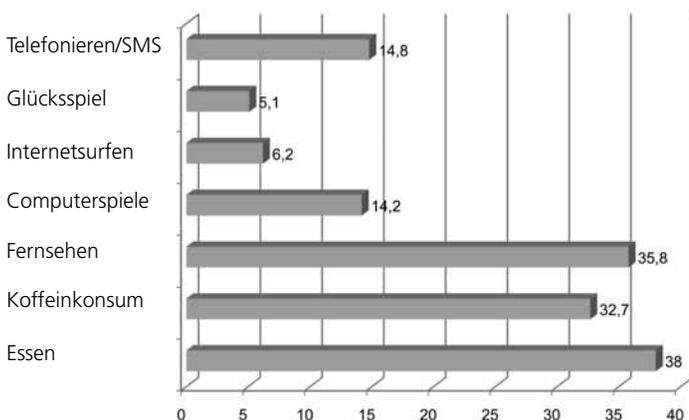
- Krankheiten und/oder Verletzungen (in 35% der Fälle)
- Aggressives Verhalten (32%)
- Nachlassende Körperhygiene (29%)
- Arzt- und Notarztbesuche (27%)
- Krankenhausaufenthalte (23%)
- Leidensdruck des/der Betroffenen (23%)
- Entgiftungsmaßnahmen (20%)
- Abmahnungen (11%)

Auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat der Substanzkonsum indirekte Folgen gehabt: Zusätzliche Teambesprechungen wurden in fast einem Drittel der Fälle notwendig (30%), mit Beschwerden von Arbeitskollegen oder Mitbewohnern musste in fast einem Viertel der Fälle (23%) umgegangen werden, und in einem Fünftel der Fälle ist es zu einer Zunahme von Einzelbetreuungen zu Lasten anderer Klienten gekommen.

In 484 Fällen haben die Befragten einen ihnen bekannten, beispielhaften Fall genannt, dessen Charakteristika erfragt wurden. Das Alter dieser Klienten war weit gestreut (unter 20 bis über 70) und lag meist zwischen 20 und 60 Jahren. In den meisten Fällen (3:1) handelte es sich dabei um einen Mann. In der Mehrzahl der Fälle (53,1%) wurde heimlich konsumiert und in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (56,1%) dauerte der problematische Konsum bereits fünf Jahre oder länger an. Jeder zehnte dieser Klienten wurde deswegen schon einmal einem Arzt vorgestellt, 11 Prozent sind einmal, 28 Prozent sogar mehrmals in einer Suchtberatungsstelle vorgestellt worden. In fast jedem zweiten Fall (41,5%) war Bier die wichtigste Substanz bei den konsumierenden Klienten. Erstaunlich ist, dass mit nicht einmal zehn Prozentpunkten Abstand (34,7%) hochprozentige Alkoholika als problematische Substanz identifiziert wurden. Dann folgt mit 22,3 Prozent Nikotin. Überraschend ist ebenfalls, dass Cannabis und andere illegale Drogen noch häufiger als Wein/Sekt oder Alkopops und Biermischgetränke als wichtige, problematisch konsumierte Substanz genannt wurden. Dies steht in Übereinstimmung mit anderen Daten dieser Studie, was den Schluss zulässt, dass nicht nur legale Substanzen von Menschen mit einer geistigen Behinderung konsumiert werden, sondern dass auch im Konsumverhalten eine Angleichung an die Durchschnittsbe-

völkerung stattgefunden hat. Die Hypothese, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung kaum Gelegenheit haben, sich mit illegalen Substanzen zu versorgen, muss offensichtlich verworfen werden.

Interessant waren auch die Antworten auf die Frage, welche problematischen Verhaltensweisen außer dem Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung zu finden seien. Zu viel Fernsehen, hoher Koffeinkonsum und auch problematisches Ernährungsverhalten wurden am häufigsten genannt (siehe Abb. 2).



**Abb. 2**

Die Säulen geben wieder, für wie häufig die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die aufgelisteten problematischen Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung halten. Die Zahlenangaben geben Prozente wieder.

Gerade der Anteil von 38 Prozent für problematisches Ernährungsverhalten gibt wohl ein in der Praxis häufig zu findendes Problem wieder: Fehl- und vor allem Überernährung mit allen damit verbundenen gesundheitsgefährdenden Folgen. Auch hier ist zu berücksichtigen, dass spezielle Programme zum Erlernen eines gesunden Essverhaltens und auch zur Reduktion von Übergewicht für Menschen mit geistiger Behinderung kaum verbreitet sind.

Auch für den Bereich des stoffgebundenen problematischen Konsums ist festzuhalten, dass nach Ansicht der Befragten aus Einrichtungen der Behindertenhilfe zu wenig Angebote für die Klientel gemacht werden. Nur 15 Prozent der Befragten kennen ein Therapieangebot für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einem Substanzmissbrauch oder einer Abhängigkeit. Noch weniger – 11 Prozent – kennen ein Präventionsangebot. Knapp zwei Drittel (62,5%) der Befragten sind der Meinung, ein Präventionsangebot müsse sowohl bei der Sucht- als auch bei der Behindertenhilfe angesiedelt sein. Leider wird die Kooperation zwischen Sucht- und Behindertenhilfe zum heutigen Zeitpunkt als schlecht beurteilt – durchschnittlich wurde dafür die Schulnote 5,5 vergeben. Der Bedarf an Weiterbildungen zum Thema Sucht und geistige Behinderung wird bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behindertenhilfe als sehr hoch angegeben. Bevorzugt würden Coaching in der eigenen Institution und externe Weiterbildungsseminare.

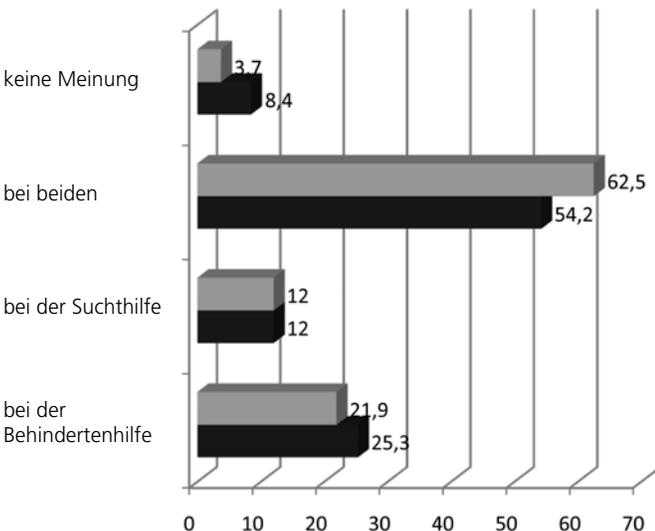
## Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen der Suchthilfe

Die überwiegende Mehrzahl (63%) der 115 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die aus dem Bereich der Suchthilfe geantwortet haben, arbeiten in einer ambulanten Beratungsstelle. 9,3% gehören zum sozialpsychiatrischen Dienst und jeweils 7,1% sind in einem Wohnheim für Menschen mit einer Suchtproblematik oder in einer stationären Einrichtung für Entzug und/oder Entwöhnung beschäftigt. Tageskliniken, Ambulanzen und Wohnheime sind weitere Institutionen, aus denen Antworten stammen.

Die Hälfte der Beantworter hat bislang noch keinen Menschen mit einer Suchtproblematik und geistiger Behinderung beraten oder behandelt. Viele haben nur einen Klienten gehabt, einer hat 25 dieser Klienten beraten. Obwohl offensichtlich Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht zum regelmäßigen Klientel der Suchthilfe gehören, wurde auf die Frage, wie häufig der missbräuchliche Konsum von Substanzen bei dieser Zielgruppe sei, eine relativ hohe Prozentzahl angegeben: 18,2% (Mittelwert).

Bei der Differenzierung nach Substanzgruppen wurden folgende Häufigkeiten für einen problematischen Konsum angegeben: Alkohol 32%, Medikamente 19%, Cannabis 10% und andere illegale Drogen zwischen 1% und 3%.

Rund ein Fünftel der Befragten aus dem Bereich Suchthilfe kennt ein Therapie- und/oder Präventionsangebot für Menschen mit geistiger Behinderung. Und – vergleichbar mit der Behindertenhilfe – mehr als die Hälfte (55%) sind der Meinung, ein Präventionsangebot für diese Klientel müsse sowohl bei der Behinderten- als auch bei der Suchthilfe angesiedelt sein (siehe Abb. 3).



**Abb. 3**

Diese Grafik verdeutlicht, dass sowohl in der Sucht- (schwarze Balken) als auch in der Behindertenhilfe (graue Balken) mehrheitlich gewünscht wird, Präventionsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung in beiden Bereichen zu verorten (54,2 bzw. 62,5%). Die Zahlenangaben entsprechen Prozentwerten.

Der Zusammenarbeit zwischen beiden Hilfesystemen wird im Mittelwert die Schulnote 4,7 gegeben. Der Bedarf an Weiterbildungsangeboten wird – etwas geringer als bei der Behindertenhilfe – mit durchschnittlich bis hoch eingeschätzt. Auch hier sind die bevorzugten Formen der Weiterbildung die Teambesuche durch Externe und der Besuch externer Weiterbildungsveranstaltungen.

### **Resümee**

Es gibt keine Hinweise darauf, dass sich die für NRW ermittelten Daten grundlegend von denen anderer Bundesländer unterscheiden. Daher ist zu vermuten, dass für ganz Deutschland gilt, dass eine „Normalisierung“ der Lebenswelt von Menschen mit geistiger Behinderung im Bereich Substanzmissbrauch und -abhängigkeit erreicht wurde. Die Prävalenzzahlen unterscheiden sich nicht grundlegend von denen der Normalbevölkerung. Dies scheint auch für Cannabis zu gelten.

Somit besteht offensichtlich auch bei Menschen mit geistiger Behinderung ein Bedarf an Präventions- und Therapieangeboten, der aber aufgrund der Besonderheiten der Zielgruppe noch nicht gedeckt ist. Die bereits bestehenden Angebote sind der Mehrzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Behinderten- und Suchthilfe nicht bekannt und werden wohl auch dem Bedarf nicht gerecht.

Beide Hilfesysteme fühlen sich offensichtlich bei bestehender Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik überfordert, daher auch der Wunsch, Präventionsangebote gemeinsam in beiden Systemen zu verorten. Beschäftigte der Behindertenhilfe erwarten sowohl bei der Prävention als auch bei der Therapie Mithilfe von der Suchthilfe, die bislang praktizierte Kooperation in diesem Bereich wird allerdings von beiden Seiten als eher mangelhaft eingeschätzt. Es besteht somit ein Bedarf an Angeboten und Kooperationen.

Im Modellprojekt laufen zurzeit noch zwei Studien: Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung und Experteninterviews mit Fachkräften der Suchthilfe. Nach Abschluss dieser Studien in 2012 wird der Bedarf für die Prävention und Therapie etwas spezifischer konkretisiert werden können. Außerdem ist geplant, 2013 ein Internetportal mit Informationen über Angebote zur Therapie und Prävention einer Suchtproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung zu erstellen.

# „Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch“ – Hilfreiche Interventionsstrategien und Anforderungen an das Betreuungssetting

Stephan Buschkämper

Die in diesem Beitrag dargestellten Handlungsweisen leiten sich im Wesentlichen aus praktischen Erfahrungen mit der Thematik im Kontext des Fachdienstes einer großen Einrichtung der Behindertenhilfe ab. In erheblichem Maße fließen hierbei Erfahrungen aus der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team des abstinenzorientierten Wohnangebotes unserer Einrichtung ein. In dem abstinenzorientierten Wohnangebot haben Klienten mit zum Teil jahrzehntelang verfestigter Sucht- bzw. Substanzmissbrauchs-Problematik und mit teils mehrfachen erfolglosen Vorbehandlungen eine stabile Abstinenzentwicklung mit sehr geringer Rückfallrate erreichen können, gravierende und massive Konsumfolgen wurden eingegrenzt und eine möglichst selbstständige Teilhabe am Leben innerhalb und außerhalb der Einrichtung wurde für die Klienten wieder möglich.

Eine weitere wichtige Erfahrungsgrundlage ist die beratende Fallarbeit in verschiedenen Regelwohnbereichen unserer Einrichtung zum Thema Sucht und Substanzmissbrauch bei Klientinnen und Klienten mit einer geistigen Behinderung.

Die Erfahrungen aus beiden Bereichen beziehen sich überwiegend auf Alkoholprobleme. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Vorgehensweisen im Einzelfall auch gut auf Klienten mit einer Cannabisproblematik übertragen werden können.

## 1. Grundthesen und Anmerkungen

### 1.1 Grundthesen

In diesem Beitrag wird von einigen Grundthesen ausgegangen:

*These I:*

*Bei „Geistiger Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch“ kann die Suchtbehandlung nicht vollständig an das Suchthilfesystem bzw. ein externes Therapiesystem delegiert werden.*

Dies gilt zumindest immer dann, wenn durch Art und Umfang der geistigen Behinderung ein deutlicher und längerfristiger Bedarf nach Leistungen der Behindertenhilfe besteht. Eine konsequente Weiterführung dieses Gedankens bedeutet, dass, je größer der behinderungsassoziierte Hilfebedarf ist, um so weniger eine bloße

Delegation an ein externes (Sucht-)Hilfe- oder Therapiesystem erfolgen kann. Die These begründet, warum die Behindertenhilfe eigene spezifische Angebote und Vorgehensweisen für dieses Klientel entwickeln sollte bzw. muss. Würde diese These nicht gelten, würde sich die Anforderung im Wesentlichen auf das Finden und Etablieren geeigneter Kooperationsformen mit der Suchthilfe und auf die Frage nach einer rechtzeitigen Delegation reduzieren. So aber ist aus der ersten These unmittelbar die zweite abzuleiten:

*These II:*

*In der Betreuung von Klienten mit „Geistiger Behinderung und Sucht-/ Substanzmissbrauchsproblematik“ ist immer auch eine Anpassung des Betreuungshandelns und ggf. des Betreuungssettings im primären Hilfesystem der Behindertenhilfe erforderlich.*

Wenn die Behandlung der Sucht- bzw. der Substanzmissbrauchsproblematik nicht vollständig an ein externes, dafür spezialisiertes Hilfesystem delegiert werden kann, welches dann einen „auskurierten“ Klienten zurück in die Behindertenhilfe delegiert, kann es in der Behindertenhilfe nicht genügen, nur auf behindertenhilfespezifisches Fachwissen und behindertenhilfetyperische Interventions- und Betreuungsweisen zurückzugreifen. Vielmehr muss es darum gehen, auch suchtspezifisches Wissen und Interventionsformen aus der Suchthilfe zu adaptieren und gezielt weiter zu entwickeln. Eine bloße Übernahme genügt da nicht, wo aus der geistigen Behinderung besondere Bedarfe bzgl. der Vorgehensweise, der Beziehungsgestaltung, der Zielbildung und der sinnvollen Anforderungen an den Klienten resultieren. Hierzu ist es wichtig, sich die weiteren Einschränkungen und Besonderheiten zu vergegenwärtigen, die häufig mit einer geistigen Behinderung assoziiert sind (s.u. Abschnitt 1.2). Zusätzlich kann es sinnvoll sein, neben suchtspezifischen Arbeitsweisen auch solche zu adaptieren, die sich auf soziale Normen und Regeln verletzende Verhaltensweisen beziehen.

*These III:*

*Bei der Betreuung von Klienten aus dem Schnittbereich „Geistige Behinderung und Sucht“ sind die individuellen besonderen Betreuungsbedarfe in der Regel mittel- bis langfristig zu berücksichtigen.*

Eine geistige Behinderung im engeren Sinne stellt einen chronischen und lebenslangen Zustand dar. Auch eine Suchterkrankung bzw. eine ausgeprägte Tendenz zu einem missbräuchlichen Konsumverhalten stellt zumindest eine mittel- bis längerfristig wirksame und somit chronische Gefährdungs- und Bedarfslage dar. Gleiches gilt für begleitende weitere psychische Störungen, die gehäuft bei Menschen

mit geistiger Behinderung zu verzeichnen sind. Für die Sucht wie auch für komorbide psychische Störungen gilt zudem, dass das Vorliegen einer Intelligenzminderung ein wenig günstiger Faktor für die Sucht- und/oder psychotherapeutische Behandlung und die hierdurch erreichbaren Ziele ist. Dies bedeutet wiederum, dass sucht- und komorbiditätsspezifische Zugeweisen eben in der Regel kein nur kurz- bis mittelfristig aufrecht zu erhaltendes „Add-On“ zu der eigentlichen an der geistigen Behinderung orientierten Betreuungsleistung darstellen sollten bzw. können. Sie müssen oftmals als mittel- bis langfristig zu erbringende Leistungen auch in die längerfristige Hilfe- und Entwicklungsplanung eingehen.

## **1.2 Zu berücksichtigende Besonderheiten des Klientels**

Eine geistige Behinderung stellt nicht nur eine Einschränkung in gewissen kognitiven Fähigkeiten und damit verbunden im Erlernen von Kulturtechniken - wie Lesen, Schreiben, Rechnen - dar. Eine Intelligenzminderung im engeren Sinne geht in der Regel mit weiteren chronischen Besonderheiten und Einschränkungen einher. Zu diesen behinderungsassoziierten Einschränkungen gehören u.a.:

- bei leichter bis mittelgradiger Intelligenzminderung ein mentales Alter entsprechend in etwa dem 6. bis 12. Lebensjahr (vgl. ICD-10; DILLING & FREYBERGER, 2006);
- Schwierigkeiten bei der Introspektion, bei der Versprachlichung inneren Erlebens, bei der Selbstreflexion und bei der kognitiv-emotionalen Durchdringung innerer Konflikte (vgl. SCHANZE, 2007);
- individuell unterschiedliche Defizite insbesondere in den komplexeren Ich-Funktionen (z.B. Impulskontrolle, Frustrationstoleranz etc.; vgl. auch EBERT & KÖNNECKE-EBERT, 2007);
- ein deutlich höherer Grad der Eingebundenheit in multiple Hilfe- und Unterstützungssysteme als bei anderen erwachsenen Klienten;
- de facto deutliche Begrenzung der Aussichten trotz aller Integrations- bzw. Inklusionsbestrebungen, „übliche“ Lebensziele realisieren zu können (z.B. eigenes Auto, eigenes Haus, Familie mit voller Ausübung auch der Elternfunktion, Karriere / berufliche Stellung);
- etc.

## **2. Hilfreiche Interventions- und Handlungsstrategien**

### **2.1. Problemklärung / „3-Ebenen-Diagnostik“**

Bereits die genauere Problemanalyse – gemeinsam mit dem betreuenden Team und ggf. bereits unter Einbezug weiterer wichtiger Akteure wie der gesetzlichen

Betreuung - stellt häufig einen ersten wichtigen Interventionsschritt dar. Dabei müssen verschiedene Ebenen der Diagnostik berücksichtigt werden.

### *1. Ebene: konsumbezogene / suchtdiagnostische Klärung*

Hierbei geht es um die genaue Betrachtung und Analyse des Konsummusters.

- Handelt es sich um einen riskanten Konsum, bei dem die Konsummenge – kontinuierlich / täglich oder bei wiederholt zu beobachtenden ‚Binges‘ – zu hoch ist bzw. oberhalb der einschlägigen Empfehlungen liegt (vgl. SEITZ & BÜHRINGER, 2010), bei dem aber noch keine wesentlichen Schadfolgen eingetreten sind?

In einem solchen Fall sind insbesondere Information / Aufklärung zur Bewusstmachung der Problematik sowie Interventionen zur Förderung der Eigenmotivation zur Veränderung des Konsummusters angezeigt. Einschneidendere Interventionen sind bei einem „bloßen“ riskanten Konsum aber noch nicht gerechtfertigt.

ODER

- Sind die Kriterien für einen Substanzmissbrauch gemäß DSM-IV erfüllt (vgl. SAß ET AL., 1998)?

ODER

- Ergeben sich Hinweise, dass ein Abhängigkeitssyndrom im engeren Sinne gemäß DSM-IV bzw. ICD-10 vorliegt (vgl. SAß ET AL., 1998 bzw. DILLING & FREYBERGER, 2006)?

Im Rahmen dieses ersten Schritts der genaueren konsumbezogenen bzw. suchtdiagnostischen Klärung wird vielfach deutlich, dass im Betreuungsteam bisher nur – zum Teil sehr unterschiedliche – Vermutungen, aber keine gesicherten Fakten darüber existieren, wie viel, wann und in welchem Muster der Klient eigentlich konsumiert. Das heißt, es sind gegebenenfalls zunächst eine genauere Beobachtung und Dokumentation und ggf. Konsumkontrollen (s. Abschnitt 2.4) anzustreben.

An dieser Stelle werden vielfach auch die nicht selten sehr unterschiedlichen Einstellungen zum Thema Substanzkonsum (Alkohol / Cannabis / Drogen allg.) im Kreis der relevanten Unterstützungs-Akteure (gesetzliche Betreuung, ggf. WfbM, ggf. Familie etc.) deutlich. Um das spätere Erarbeiten einer verbindlichen und von allen geteilten fachlichen Position zu erleichtern, kann es oftmals sinnvoll sein, diese unterschiedlichen Einstellungen zunächst transparent zu machen und sich darüber auszutauschen. Vielfach werden an dieser Stelle auch Informationsdefizite deutlich, die ggf. zum Thema „Sucht und Substanzmissbrauch“ bei den

professionellen Helfern im Bereich der Behindertenhilfe bestehen. Die Vermittlung entsprechenden Fachwissens kann zu einer klareren Kommunikation beitragen.

## 2. Ebene: Konsumfolgen / Klärung der Veränderungsnotwendigkeit

In der zweiten Ebene der „3 Ebenen-Diagnostik“ geht es darum, genauer zu betrachten, warum sich aus Sicht der professionellen Helfer etwas an dem Konsum des Klienten ändern sollte. Es ist zu klären und ggf. kritisch zu hinterfragen, ob eine Veränderungsnotwendigkeit bzgl. des als problematisch erlebten Konsums wirklich besteht und wie sie zu begründen ist. Generell kann festgestellt werden: **Eine Veränderungsnotwendigkeit resultiert in aller Regel nicht aus dem Konsum an sich, sondern aus den Folgen und Begleitumständen des Konsums!**



Eine Veränderungsnotwendigkeit kann im Kontext der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer geistigen Behinderung dann konstatiert werden, wenn (jeweils wiederholt und in erheblicher Weise):

- sich aus dem Konsum ein fremd- und/oder selbstgefährdendes Verhalten ergibt;
- sich verbunden mit dem Konsums delinquentes Verhalten zeigt;
- im Kontext des Konsums andere Personen und soziale Bezüge erheblichen Belastungen ausgesetzt werden (z.B. durch aggressives, beleidigendes, bedrohendes Verhalten) oder zum Opfer delinquenten Verhaltens werden (z.B. von Diebstählen, „Abziehen“, Körperverletzungen, sexuellen Übergriffen etc.). Dies gilt insbesondere, wenn die betroffenen Dritten als Mitarbeitende oder Mitbetreute Teil des Betreuungssettings sind und dem Verhalten nicht oder nur begrenzt ausweichen können;
- durch den Konsum Unterstützungsleistungen der Behindertenhilfe nicht oder nicht sachgerecht erbracht oder nicht wirksam werden können und der Konsum damit dem Ziel der Eingliederung entgegen wirkt.

Bezüglich des Risikos delinquenten Verhaltens unter Alkoholeinfluss sei auch auf die „Behandlungsleitlinie zur Behandlung forensischer Patienten mit einer Intelligenzminderung (Stand 15.06.10)“ des nordrhein-westfälischen Maßregelvollzugs verwiesen (DER LANDESBEAUFTRAGTE FÜR DEN MABREGELVOLLZUG IN NORDRHEIN-WESTFALEN, 2010). Dort wird ausgeführt, dass 80% (!) der intelligenzgeminderten Patienten im NRW-Maßregelvollzug auch eine erkennbare Suchtproblematik aufweisen. Das heißt, wenn Personen mit einer Intelligenzminderung mit so schweren Straftaten auffällig werden, dass eine Einweisung in den Maßregelvollzug erfolgt, dann liegt weit überwiegend auch eine Suchtproblematik vor.

### *3. Ebene: Komorbidität und sonstige den Konsum und den Betreuungsbedarf beeinflussende Faktoren*

Bereits ohne eine zusätzliche Sucht- oder Missbrauchsproblematik ist die Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung gegenüber der „Normalpopulation“ um das 3- bis 4-fache erhöht (vgl. z.B. DILLING ET AL., 2000). KAZIN & WITTMANN (2007) gehen von einer Komorbiditätsrate von über 90% (!) bei den in ihrer Institution (Medizinisch-Heilpädagogisches Zentrum am BKH Kaufbeuren) behandelten Suchtpatienten mit kognitiven Einschränkungen aus und beziehen sich dabei „lediglich“ auf komorbide psychiatrische Diagnosen im engeren Sinne. Werden neben „Störungen gemäß ICD-10“ auch allgemeinere psychische Probleme, die keinem spezifischen psychiatrischen Störungsbild zuzurechnen sind, berücksichtigt, dann kann vermutlich davon ausgegangen werden, dass bei „Geistiger Behinderung und Sucht“ in den allermeisten Fällen eine Drei-

fach-Diagnose bzw. eine Dreifach-Problematik (GB + Sucht/Substanzmissbrauch + X) vorliegt.

Wichtig hierbei ist, dass komorbide psychische Störungen den - dauerhaft gegebenen - Betreuungsbedarf und die längerfristigen Rückfallrisiken wesentlich mitbestimmen können. Es kann eine sinnvolle Perspektive sein, eine nicht eingegrenzte bzw. wiederholt nicht eingrenzbar Abhängigkeits- bzw. Missbrauchsproblematik als Ausdruck einer Überforderung im gegenwärtigen Betreuungssetting zu interpretieren, die aus der o.g. Dreifachdiagnose resultiert. Im Rahmen des dritten Schrittes der „3-Ebenen-Diagnostik“ ist deshalb zu überprüfen, ob einer oder mehrere der folgenden Faktoren vorliegt bzw. vorliegen:

- eine psychiatrische Komorbidität im engeren Sinne, diagnostizierbar anhand des ICD-10 (z.B. Persönlichkeitsstörung, Depression, Angststörung, Psychose etc);
- eine sonstige wesentliche psychische Problematik bzw. ein chronischer psychischer Belastungsfaktor (z.B. nicht hinreichende Verarbeitung der eigenen Behinderung, Verbitterung über die eigene Lebenssituation, chronische Dysphorie, wiederholte Opfererfahrungen / Traumafolgen etc.);
- besondere Defizite in den Ich-Funktionen (Impulskontrolle, Frustrationstoleranz u.ä.);
- Defizite in Coping- bzw. Belastungsbewältigungsstrategien (Konsum zur Bewältigung von ? Langeweile, Einsamkeit, Konflikten, Selbstwertdefiziten etc.).

## **2.2 Verantwortung übernehmen für die Veränderung des eigenen Verhaltens**

Wer Veränderung anstrebt, muss Verantwortung übernehmen – und zwar für die Veränderung des eigenen Handelns und der eigenen Haltung.

Im Kontext einer Sucht- bzw. Substanzmissbrauchsproblematik bei Klienten mit geistiger Behinderung ist in der Praxis die Wahrnehmung, dass sich etwas verändern sollte, oft bei den beteiligten Professionellen deutlich ausgeprägter und situationsübergreifend stabiler als bei der jeweiligen Klientin / dem jeweiligen Klienten. Dennoch zeigt sich im Betreuungshandeln oft die Tendenz, Veränderung primär von der Klientin / dem Klienten zu verlangen und gegebenenfalls eine zu geringe Veränderungsmotivation zu problematisieren.

Zielführender wäre es aber, auf professioneller Seite mindestens ebenso auf das eigene bisherige Verhalten und die eigene Haltung zu fokussieren und beides zu hinterfragen. Das problematische Konsumverhalten findet ja im Kontext und unter den Bedingungen des gegenwärtigen Betreuungsangebotes statt. Es ist mit diesem verschränkt und kann offensichtlich in der als problematisch wahrgenommenen Form in diesem Kontext aufrechterhalten werden. Möglicherweise ist es im gegebenen Kontext sogar funktional und rational und wird durch das umgebende

Hilfesystem – im Sinne einer „institutionellen Co-Abhängigkeit“ - begünstigt und mit aufrechterhalten.

Unter Zuhilfenahme der „Motivationswaage“ (z.B. KÖRKELE & DRINKMANN, 2002) lässt sich z.B. in Fallgesprächen oft herausarbeiten, dass die Klientin / der Klient im gegenwärtigen Betreuungssetting nur relativ geringe negative Konsequenzen des problematischen Konsumverhaltens erlebt. Oft puffert das gegenwärtige Betreuungssetting wesentliche und harsche Folgen des Konsums weitgehend ab und ein mehr oder weniger großer Teil der Betreuungsleistungen ist darauf ausgerichtet, „hinter auftretenden Krisen her zu arbeiten“ bzw. - im übertragenen oder auch tatsächlichen Sinne - aufzuräumen und die Situation wieder so zu ordnen, dass ein völliges „aus den Fugen geraten“ der Lebenssituation verhindert wird. Nun ist die Vermeidung einer zusätzlichen Verwahrlosung und Verelendung selbstredend ethisch wie fachlich geboten (PETZOLD ET AL., 2007). Der Entwicklung einer tragfähigen „Eigenmotivation“ steht das Abpuffern gravierender Konsumfolgen im Alltag aber besonders dann entgegen, wenn andere Dinge – wie Führerschein, das eigene Haus, das Sorgerecht, gesellschaftliche Stellung, finanzielles Vermögen etc. - nicht verloren gehen können, da sie nicht gegeben sind, und weiterhin keine anderen als relevant erlebten negativen Folgen des Konsumverhaltens auftreten. Im Sinne der „Motivationswaage“ ist weiterhin zu berücksichtigen: - Welche positiven, und von dem Klienten bzw. der Klientin als relevant erlebten Folgen hätten denn eine zuverlässige Abstinenz bzw. Konsumreduzierung? - Was kann der Klient / die Klientin eigentlich durch Abstinenz / Konsumveränderung für sich erreichen? Vielfach findet sich hier aus Klientensicht eher noch weniger substantiell Bedeutsames als bei der Frage nach negativen Folgen und Konsequenzen des Konsums. Als Fazit dieser Überlegung ergeben sich zwei Punkte: Zum einen greift es zu kurz, auf die mangelnde Eigenmotivation der Klienten zu verweisen. Die Eigenmotivation muss insbesondere zu Beginn des Veränderungsprozesses bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, die aufgrund ihrer intellektuellen Beeinträchtigung bereits in institutioneller Betreuung sind, oftmals durch eine klare Haltung auf Seiten des professionellen Helfersystems substituiert werden. Zum anderen sind alle Möglichkeiten zu eruieren und zu nutzen, die in vertretbarer Weise die Kosten des problematischen Konsums für die Person erfahrbar machen und vice versa gewünschte zukünftige Entwicklungen an eine stabile Abstinenz oder Konsumveränderung koppeln. Nur so kann eine zuverlässige Konsumveränderung als nützlich erlebt werden, um wertgeschätzte Ziele zu erreichen, und zumindest eine „Mitwirkungsmotivation“ aufgebaut werden.

Ein wesentlicher Aspekt der Verantwortungsübernahme für das eigene professionelle Handeln ist die Frage nach der Bereitstellung eines Betreuungskontextes,

der in seinen Strukturen dem Bedarf des Klienten / der Klientin tatsächlich gerecht wird. In der Praxis stellt sich diese Frage vor allem dann, wenn trotz diverser Bemühungen und Interventionen keine wesentliche oder anhaltende Besserung der Konsumproblematik festzustellen ist (z.B. auch nach mehrfachen Entgiftungen, stationären Entwöhnungsbehandlungen, Klinikaufenthalten oder trotz langjährig begleitender sucht-, psychotherapeutischer oder beraterischer Angebote). Es liegt dann zumindest die Hypothese sehr nah, dass der gegebene Betreuungskontext von seinen strukturellen Merkmalen dem Hilfebedarf der Person nicht hinreichend entspricht. Vice versa ist die These aufzustellen, dass ein Betreuungssetting nur dann als hinreichend bedarfsgerecht anzusehen ist, wenn es dem Klienten / der Klientin gelingt, in diesem Umfeld eine Abstinenz zu erreichen und durchzuhalten bzw. eine Konsumreduzierung verlässlich umzusetzen.

In Fallgesprächen wird in solchen Fällen häufig darauf verwiesen, der gegebene Betreuungskontext bzw. die realisierte Wohnform und Selbstständigkeit entspreche doch eigentlich den lebens- und alltagspraktischen Fähigkeiten sowie dem kognitiven Stand des Klienten / der Klientin. Übersehen wird hierbei dann oftmals der Bedarf, der sich aus begleitenden psychischen Störungen und Beeinträchtigungen ergibt. Der Suchtmittelkonsum kann hier sowohl die Funktion einer Selbstmedikation (Spannungslösung, Dämpfung, Stimmungsmodulation) als auch die einer sozialen oder statusbezogenen Bewältigungsstrategie haben (z.B. gemeinsamer Konsum als „Gelegenheit, dazuzugehören“, Substanzwirkung als „Hemmungs-Löser“, zur „Angleichung des kognitiven Niveaus und der Argumentationsmöglichkeiten“ oder als Erlebensebene von Autonomie etc.). Jede der genannten Bedeutungen und Funktionen stellt dabei einen sehr wirkmächtigen negativen Verstärker dar (negative Verstärkung = Erhöhung der Wiederholungswahrscheinlichkeit eines Verhaltens, da durch das Verhalten ein unangenehmer bzw. negativ empfundener Zustand beendet oder abgemildert wird) und repräsentiert damit einen erheblichen „Nutzen des Konsums“ in der Logik der Motivationswaage (vgl. KÖRKELE & DRINKMANN, 2002). Somit stellen wiederkehrende als aversiv erlebte Zustände, für deren Bewältigung sich keine ähnlich wirkungsvollen alternativen Bewältigungsstrategien im verfügbaren Verhaltensrepertoire finden, einen erheblichen Konsumanreiz und eine erhebliche Rückfallgefahr dar. Selbst so „banale Zustände“ wie regelmäßige Langeweile und die Schwierigkeit, jeden Tag aufs Neue mit sich, seiner Zeit und seinen Sozialpartnern nichts anzufangen zu wissen, sollten diesbezüglich nicht unterschätzt werden. Auch wenn eine entsprechende psychische Beeinträchtigung und ein hieraus entstehender Bedarf konstatiert wird, folgt – z.B. in Fallgesprächen – fast regelhaft die Hoffnung bzw. der Anspruch, eine anderweitige therapeutische Intervention möge bezüglich dieser Problematik und dieser Bedarfslage durchschlagend

greifen. Diese Hoffnung bzw. dieser Anspruch berücksichtigt zumeist mehrere Aspekte nicht hinreichend: Veränderungen müssen im Lebensumfeld umgesetzt werden können. Eine strukturell überfordernde Lebenssituation ist aber eben kein besonders günstiges Lern- und Transferumfeld. Zum zweiten zeigt eine genaue Betrachtung des Fallverlaufs oftmals – insbesondere wenn frühere therapeutische Interventionen wiederholt erfolglos geblieben sind –, dass die Erwartungen an zukünftige Veränderungen durch (erneute) therapeutische Interventionen realistischerweise eher moderat bis zurückhaltend gesetzt werden sollten. Nicht zuletzt erschwert eine Intelligenzminderung den psychotherapeutischen Prozess nicht unerheblich (vgl. z.B. in SCHANZE, 2007) und die individuellen behinderungsassoziierten Einschränkungen können auch die individuell durch therapeutische Interventionen erreichbaren Ziele deutlich limitieren. Es hilft bisweilen, sich als grobe Analogie zu vergegenwärtigen, dass in etwa Vergleichbares zu den Kulturtechniken gilt: Schreiben, Leseverständnis und Rechenfertigkeit sind auch mit intensiver Förderung bei geistig behinderten Klienten eben nur bis zu einem individuell sehr unterschiedlichen Niveau förder- und ausbaubar. In ebensolcher Weise bestehen in der Regel individuelle Begrenzungen der Lern- und Veränderungsfähigkeit in Bezug auf das emotionale Selbstmanagement, hinsichtlich Bewältigungsstrategien im Umgang mit der eigenen Problematik etc..



Teil der professionellen Verantwortung ist somit auch immer kritisch zu überprüfen, ob und ab wann das bisherige Wohn- und Betreuungsangebot insgesamt zu hinterfragen ist. Gegebenenfalls ist ein anders strukturiertes Wohn- und Betreuungsangebot notwendig, um ein tatsächlich bedarfsgerechtes Setting herzustellen (z.B. stationär statt ambulant betreut; Wohngruppe mit nächtlicher Mitarbeiter-Präsenz statt stationäres Einzelwohnen; gezielt auf solche Problematiken ausgerichtete und intensiv betreute Sonderwohngruppen statt ein Regelwohnangebot etc.). Einzuräumen ist, dass kleinere Einrichtungen oder solche, die nur bestimmte Betreuungsformen und Settings anbieten, hierbei an ihre Grenzen stoßen können. Im Zweifelsfall kann der Verweis an eine Einrichtung mit anderen Betreuungsstrukturen fachlich geboten und der beste Ausweis professionellen Handelns sein. Für größere Einrichtungen und Einrichtungen, die aufgrund ihrer Klientenstruktur vermehrt mit der Problematik Sucht / Substanzmissbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung konfrontiert sind, ergibt sich evtl. die Notwendigkeit, gezielt Angebote für diese Personengruppe zu entwickeln, auch wenn hierfür tradierte Arbeitsweisen ggf. hinterfragt und verändert werden müssen.

Die deutliche Fokussierung auf die Verantwortlichkeit der Behindertenhilfe, das eigene Handeln und die eigene Haltung zu reflektieren und ggf. zu verändern, bedeutet nicht, den Klienten aus der eigenen Verantwortung zu entlassen, ihn zu entmündigen oder nicht ernst zu nehmen (- was einer co-abhängigen Haltung entsprechen würde). Die Verantwortlichkeit des geistig behinderten Klienten beginnt da, wo er in einem bedarfsgerecht strukturierten Setting nach seinem kognitiven und psychischen Vermögen mitarbeitet oder sich dieser Mitarbeit verweigert. Den Klienten in seiner Erwachsenenrolle und Eigenverantwortung ernst zu nehmen bedeutet auch, den Klienten die Folgen seines eigenen Verhaltens in geeigneter Form erleben und tragen zu lassen, unter anderem durch das ggf. alternativlose Anbieten auch begrenzender und unbequemer Betreuungsabsprachen / Betreuungsformen, wenn nur hierdurch eine bedarfsgerechte, verantwortbare und aussichtsreiche Betreuungssituation herstellbar ist.

### **2.3 Herstellen und Kommunizieren einer klaren und gemeinsamen Haltung im Hilfesystem**

Entsprechend der Ergebnisse der ‚3-Ebenen-Diagnostik‘ ist eine klare und gemeinsame Haltung aller wichtigen Akteure zu entwickeln, welche Konsumveränderungen und allgemeinen Verhaltensänderungen im Rahmen einer weiteren Betreuung und Zusammenarbeit verlangt werden. Dies umfasst auch eine klare Haltung und fachlich begründete Entscheidung dazu, welche Veränderungen im Betreuungssetting und in den Betreuungsabsprachen als bedarfsgerecht erachtet werden und zukünftig als verbindlich gelten sollen.

Die Entwicklung einer solchen klaren Haltung und konkreter Umsetzungspläne ist Aufgabe der professionellen Akteure in der Behindertenhilfe und kann im Regelfall nicht in einen dialogischen Prozess mit dem einzelnen Klienten / der einzelnen Klientin delegiert werden. Zum einen würde dies zumeist eine deutliche Überforderung und eine Nicht-Berücksichtigung der behinderungsbedingten - sowie auch der sucht- und komorbiditätsbedingten – Einschränkungen darstellen. Zum zweiten würden wohl auch in keiner Fachklinik oder fachspezifischen Wohneinrichtung für Suchtkranke grundsätzliche Arbeitsweisen und Anforderungen (z.B. Abstinenzforderung, Bereitschaft zu Konsumkontrollen, An- und Abmeldemodalitäten, Anforderung an Gewaltverzicht und Verzicht auf deliktisches Verhalten im Betreuungskontext etc.) von einem Aushandlungsprozess mit dem jeweils einzelnen Klienten abhängig gemacht.

Für die Entwicklung einer klaren und fachlich begründeten Haltung sowie für die Entwicklung konkreter Umsetzungsideen kann sich die Zusammenarbeit mit externen Experten aus der Suchthilfe – wie bereits auch bei der Diagnostik – sehr anbieten.

Es sollte genau spezifiziert werden:

- Welche Konsumfolgen können nicht mehr toleriert werden bzw. sind einzugrenzen?
- Wird Klient xy nur noch unter der Bedingung einer Abstinenz betreut?
- Oder: Wie genau ist das maximal tolerierte veränderte Konsumverhalten definiert? (Konsum wann? Wie viel maximal? Konsum welcher Art? Unter welcher Begleitung / Aufsicht?) Wie ist dies ggf. fachlich zu begründen? Ist die geforderte Veränderung vor dem Hintergrund der diagnostischen Ergebnisse, der Konsumgeschichte und des Konsummusters realistisch (oder ist Abstinenz doch der realistischere Weg)?
- Welche Kontrollen, begrenzenden Absprachen und veränderten Betreuungsleistungen (z.B. Verwaltung des Geldes, Begleitung bei Einkäufen, abendliche Anwesenheit, regelmäßige Einzelzuwendung etc.) sind notwendig, um einerseits die Einhaltung der Betreuungsabsprachen und Forderungen zu sichern und zu überprüfen und um andererseits auch hinreichend bei der Umsetzung zu unterstützen?

Alle wesentlichen Akteure sollten in diesen Prozess einbezogen werden. Dies umfasst neben dem direkten Betreuungsteam auch die betroffenen Leitungsebenen, die das Betreuungsangebot verantworten und den Ressourceneinsatz steuern, die gesetzliche Betreuung des Klienten / der Klientin, Angehörige, zu denen ein enger Kontakt besteht bzw. die regelmäßig besuchen oder besucht werden, sowie beteiligte Ärzte, Therapeuten o.ä.. Je nach Lage des Falles, Konsummuster und

Beschaffungsgewohnheiten kann auch eine Einbeziehung weiterer Akteure im Gesamt-Hilfesystem (z.B. WfbM, Freizeitbereich) notwendig sein.

Eine wesentliche Erfahrung ist, dass bereits einzelne Akteure, die nicht eingebunden sind oder von der gemeinsamen Haltung und den gemeinsamen Absprachen abweichen, den Veränderungsprozess untergraben und wesentlich behindern können (z.B. durch die Aufforderung und das Angebot zum Mit-Trinken; durch Kommentare, sich doch nicht so gängeln zu lassen; durch das Verharmlosen der Konsumfolgen etc.).

Die neue gemeinsame Haltung und die neuen Absprachen sollten durch eine Person vermittelt werden, die der Klient / die Klientin als Autorität mit Entscheidungsbefugnis erlebt. Dies kann z.B. die Teamleitung oder auch eine vorgesetzte Bereichsleitung sein. Weiterhin bietet es sich gegebenenfalls an, direkt ab Beginn zu verdeutlichen, dass es sich um eine gemeinsame Haltung handelt und verschiedene Akteure nicht gegeneinander auszuspielen sein werden. Hierzu können relevante Ansprechpartner (z.B. die gesetzliche Betreuung, begleitende Dienste oder auch Eltern, ältere Geschwister o.ä.) in einer „gemeinsamen Runde“ hinzugezogen werden. Der Eindruck eines „Tribunals“ ist dabei jedoch zu vermeiden.

Dem Klienten / der Klientin sollte Raum gegeben werden, Ärger, Unverständnis und Wut auszudrücken (ohne allerdings inhaltliche Zustimmung zu finden). Eine Bereitschaft zur Modifikation der Absprachen sollte i.d.R. nur in einer eng umrissenen Weise gegeben sein, die den Grundkonsens der gemeinsamen Haltung nicht antastet. In manchen Fällen ist es vor dem Hintergrund des bisherigen Konsummusters, des Fallverlaufs und der Art der Konsumfolgen fachlich zu rechtfertigen, eine gewünschte Betreuungs- und Wohnform aufrecht zu erhalten, wenn deutlich vereinbart ist, dass dies nur vorbehaltlich einer zuverlässigen eingehaltenen Konsumeinschränkung / Abstinenz erfolgt. Im Einzelfall besteht durch gezielte und fachlich vertretbare Zugeständnisse die Möglichkeit, eine erhebliche „Mitwirkungsmotivation“ zu erzeugen. Jedoch sollten die Bedingungen, unter denen die modifizierenden Zugeständnisse hinfällig werden, sehr klar sein, und die dann greifenden Alternativen sollten – in für den Klienten / die Klientin deutlich erkennbarer und absehbarer Weise – zeitnah umsetzbar sein.

Die oft unmittelbare Wirkung einer klaren und gemeinsam geteilten Haltung ist immer wieder verblüffend. Wenn eine klare Haltung unter den wichtigsten Akteuren einmal gefunden ist, dann geschehen Veränderungen – auch bei jahrelang verfestigten Problematiken – bisweilen sehr schnell und unmittelbar.

Nicht selten tritt bereits eine entscheidende Wende ein, wenn das unmittelbare Betreuungsteam - ggf. gelenkt durch eine führungsstarke Leitung - bestimmte Konsumformen nicht mehr toleriert. Das setzt ein klares Bild der Grenzen voraus, was für die Mitarbeiter und die anderen Betreuten an auszuhaltenden Konsum-

folgen zumutbar ist und was eben definitiv nicht mehr. Umgekehrt ist auch zu beobachten, dass ein „Bröckeln“ einer klaren und gemeinsamen Haltung auch nach mehrjährig positivem Verlauf zu raschen Rückfällen bis auf das ursprüngliche Problemniveau führen kann. Dies zum Beispiel dann, wenn es viele personelle Wechsel und insbesondere auch Leitungswechsel in dem betreuenden Team gab und eine entsprechende klare und gemeinsame Haltung nicht in dem neu zusammengesetzten System aufs Neue erarbeitet wurde.

## **2.4 Klare Fakten statt „Dunkelfelder“ - Bereitschaft zur Kontrolle und zum „Objektivieren“**

Hierbei sind drei Aspekte wichtig:

### *A) Konsumkontrolle*

Konsumkontrollen sind alternativlos, wenn es um eine verlässliche und „objektive“ Einschätzung des tatsächlichen Substanzkonsums geht. Diese Objektivierung ist bei den meisten Interventionen eine nicht verzichtbare Grundlage des Handelns, da alles andere bedeutet, letztlich auf Mutmaßungen angewiesen zu sein. Eine Konsumkontrolle muss im Bedarfs- und/oder Verdachtsfall unmittelbar erfolgen können. Der Verdacht, dass eine vereinbarte Abstinenz nicht eingehalten wurde bzw. ein Problemverhalten die Folge eines erneuten Konsums ist, ohne dies belegen zu können, schafft Handlungsunsicherheit bis Handlungsunfähigkeit für die Betreuenden. Für diesen Fall abgesprochene Maßnahmen können nicht unmittelbar sondern bestenfalls zeitversetzt erfolgen. Dies wiederum schwächt die Position der Betreuungspersonen insgesamt und wirkt letztlich verstärkend auf ein verdecktes Konsumverhalten. Bereits das Äußern eines Verdachts und erst recht das in Aussicht Stellen von Konsequenzen, wenn de facto kein Konsum stattgefunden hat und eine entsprechende Entlastung von dem Verdacht bzw. ein Nachweis der Abstinenz nicht möglich ist, kann eine gravierende Störung der Beziehung zur Folge haben.

Das heißt auch, dass der Aspekt „Konsumkontrolle“ möglichst positiv konnotiert werden sollte. Das „Pusten“ (o.ä.) sollte als Möglichkeit kommuniziert werden, Abstinenz und die Einhaltung von Absprachen zu belegen. Eine gepustete „Nullnummer“ sollte Anlass zu positiver Rückmeldung sein und zu Stolz auf die Abstinenzleistung. Lässt sich eine so positive Konnotation (noch) nicht erreichen, so bietet der wechselseitige Anspruch auf einen ehrlichen Umgang miteinander in der Regel einen vermittelbaren und ebenfalls günstigen Fokus. Konsumkontrollen können – ebenso wie in den meisten anderen Hilfekontexten – nicht gegen den Willen des Klienten / der Klientin durchgeführt werden, aber – ebenso wie in anderen Hilfekontexten – kann die Bereitschaft zu Konsumkontrollen bei entspre-

chender Indikation als grundlegende Mitwirkungsanforderung für die Zusammenarbeit postuliert werden.

Die Absprachen zu Art und Ablauf der Konsumkontrollen sollten entsprechend klar formuliert sein (z.B. regelmäßig und zu welchen Zeiten; bei Verdacht, ggf. zusätzlich zufällig / unregelmäßig; nach bestimmten Aktivitäten [unbegleiteter Volksfestbesuch, Einkauf oder Besuch bei Freunden etc.]). Diese Absprachen sollten zur Problemlage passen und sind im Fallverlauf auf die sich verändernden Gegebenheiten anzupassen. Anpassungen in den Absprachen sollten positive Entwicklungen hinsichtlich einer im Verhalten dokumentierten wachsenden Abstinenzkompetenz abbilden. Absprachen sind aber gleichzeitig so zu gestalten, dass sie nach Möglichkeit nicht zum Entstehen neuer Dunkelfelder und zu einer Problemverlagerung beitragen.

Geeignete Kontrollmethoden können z.B. ein Atemalkoholkontrollgerät bzw. Drug-Wipes oder Urinkontrollstreifen sein. Eine entsprechende Güte und Messgenauigkeit der verwendeten Messgeräte (insb. keine billigen, ungeeichten Atemalkoholkontrollgeräte) sowie ein sachgerechter Umgang hiermit muss zur Verhinderung falsch positiver wie auch falsch negativer Befunde gegeben sein. Ein falsch positiver Befund kann zu erheblichen Beziehungsstörungen und einer Herabsetzung der Mitwirkungsbereitschaft führen. Ein trotz Testung nicht entdeckter Konsum kann die Tendenz zum verdeckten Konsum verstärken.



### *B) Wissen um und Kontrolle von Kontextfaktoren des Konsums*

Substanzkonsum steht immer in einem Kontext. Der Alkohol, das Cannabis etc. muss beschafft werden. Hierzu sind (Geld-)Mittel und Bezugsquellen notwendig. Ein Teil der problematischen und abzustellenden Konsumfolgen tritt ggf. bereits deutlich vor einem erneuten Konsum bzw. bereits zur Beschaffung auf (z.B. Diebstähle, Fehlverwendung von Geldmitteln, Schulden machen, prostitutives Verhalten in selbstgefährdender Weise) oder erst im Anschluss an den eigentlichen Konsum (z.B. Selbstgefährdung im Straßenverkehr auf dem Weg nach Hause, Aggressionen im Kontext der Wohngruppe, aggressive oder sexuelle Übergriffe auf Mitbewohner/innen und Mitarbeiter/innen, Selbstgefährdung durch hohe Promille-Werte).

Dementsprechend sollten folgende Fragen sowohl zu Beginn bzw. bei Planung einer Intervention - ergänzend zum zweiten Schritt der „3-Ebenen-Diagnostik“ - als auch im Fallverlauf bei Rückfällen in das Problemverhalten geklärt werden:

- Welche (Geld-)Mittel werden zur Finanzierung des Substanzkonsums eingesetzt?
- Passen die bekannten (Geld-)Mittel und Gesamtausgaben (Substanz, ggf. Zigaretten, Freizeitausgaben, Anschaffungen etc.) überein?
- Was sind die üblichen Konsumgelegenheiten?
- Wo und wann wird die Substanz besorgt?
- Wer lädt ggf. ein, besorgt den „Stoff“ oder bringt ihn auf Anfrage mit?
- Mit wem wird konsumiert?
- Wo wird „gebunkert“ / Vorrat gelagert?
- Passen Konsummenge / -muster und bekannte (Geld-)Mittel und Quellen überein oder wird mehr konsumiert, als hieraus erklärbar ist?
- Wie ist das Verhalten nach dem Konsum? Wer ist hiervon betroffen?

Hieraus sind jeweils geeignete Betreuungsabsprachen abzuleiten.

### *C) Wissen um den Klienten*

Gerade, aber nicht nur, in den ersten Phasen eines Veränderungsprozesses gehört ein genaues Wissen um den Klienten / die Klientin zu den notwendigen Kontrollaspekten. Das heißt zu wissen, wo er / sie sich aufhält und wie und mit wem Zeit verbracht wird. Ein genaues Wissen um den Klienten / die Klientin bedeutet aber auch eine Kenntnis dessen, was ihn / sie derzeit beschäftigt. Ein verdeckter Konsum, Rückfälle oder Problemverhalten ohne einen erneuten Konsum (z.B. delinquentes Verhalten, Grenzverletzungen etc.) ergeben sich oftmals gerade in den Zeiten, die nicht überblickt werden bzw. „übersehen“ werden und über die keine Informationen vorliegen. Ebenso sind es oftmals die verdeckten Konflikte, Versuchs- und Überforderungssituationen, für die dann keine Bewältigungsstrategien gemeinsam entwickelt werden (können) und die nicht selten ungünstigen

Kognitionen Vorschub leisten (z.B.: - „Da hilft mir ja doch keiner bzw. kann mir keiner helfen.“, - „Da muss ich alleine durch.“, - „Die merken gar nicht, wie es mir geht“.).

Wie auch bei den Punkten „Konsumkontrolle“ und „Wissen um – und Kontrolle der Kontextfaktoren“ geht es auch bei dem Aspekt „Wissen um den Klienten“ nicht um eine vollständige Überwachung oder um das „Durchwühlen“ der Privatsphäre, sondern darum, sensitiv und gedanklich wach zu sein und wahrzunehmen, wo sich im Leben des Klienten / der Klientin Probleme und Rückfallanlässe aufbauen.

Alle Maßnahmen, Absprachen und Nachfragen, die ein Eindringen in die Privatsphäre bedeuten, sollten nachvollziehbare Bezüge zum individuellen Problemverhalten des Klienten / der Klientin aufweisen. Umso mehr diese Bezüge auch für den Klienten / die Klientin evident gemacht werden, umso mehr können auch die Absprachen und Maßnahmen als Unterstützung in der Selbststeuerung des eigenen Verhaltens verstanden werden.

## **2.5 Belastbare positive Beziehungen bieten**

Bekannterweise ist es wenig aussichtsreich zu versuchen, eine stabile positive Veränderung bei einem Klienten / einer Klientin anzustoßen, wenn keine positive Beziehung zu diesem / dieser besteht.

Eine klare Haltung und klar formulierte Anforderungen und Bedingungen im gegenseitigen Umgang stehen – entgegen bisweilen geäußerter diesbezüglicher Sorgen – einer positiven Beziehung nicht im Wege. Zumindest dann nicht, wenn der Klient / die Klientin ebenso eine grundsätzliche und echte Wertschätzung ihm / ihr gegenüber vermittelt bekommt. Die Kunst liegt hier in der Differenziertheit der Kommunikation und des Umgangs: Klare Haltung und klare Anforderungen bezüglich des Verhaltens einerseits und eine klare und deutliche Wertschätzung für die Person andererseits.

Eine klare Haltung und klare Anforderungen an das gegenseitige Verhalten in der (Betreuungs-)Beziehung vermittelt auch Respekt vor der eigenen Person und vor den eigenen Grenzen. Ohne diese Form des Selbstrespekts kann aber auch das Gegenüber kaum Respekt vor mir und meinen Grenzen - als Person und als professionelle/r Unterstützer/in - entwickeln. Ohne diesen Respekt bleibt die vermeintlich positive Beziehung eine „Einbahnstraße“ und damit eine Leerformel. Beziehungen sind aber eben keine Einbahnstraßen, sondern auch bei aller rollengemäßen Asymmetrie durch Wechselseitigkeit – und im positiven Fall eben ganz wesentlich durch den wechselseitigen Respekt – definiert. Ohne Respekt wird das professionelle Gegenüber vermutlich primär in seiner Funktion als „Bedürfniserfüller“ geschätzt, und dies auch nur, solange diese Funktion ungebrochen und kon-

flicktfrei erfüllt wird. So wichtig es zum Teil auch ist, die Bedürfnisse bzw. vielmehr die Bedarfe der Klienten da zu erfüllen, wo sie es selber (noch) nicht können oder keine anderen und adäquateren Möglichkeiten zur Verfügung stehen, so darf dies doch nicht der primäre und allein stehende Aspekt in der Beziehung sein. Eine positive Beziehung ist weiterhin nur dann auch eine tragfähige Beziehung, wenn sie auch Konflikte aushält; nicht zuletzt, da Konflikte und Auseinandersetzungen über Verhaltensgrenzen im sozialen Miteinander zur Lebenswirklichkeit gehören. Wurde im zweiten Schritt der „3-Ebenen-Diagnostik“ eine Veränderungsnotwendigkeit bezüglich des Konsumverhaltens nach kritischer Prüfung konstatiert, dann steht die Frage nach dem Respekt vor den Grenzen der durch das Verhalten betroffenen Dritten ohnehin bereits im Raum. Der Verweis auf einen positiven Charakter der Beziehung, der nicht getrübt werden solle, blendet die Folgen des Konsumverhaltens für die betroffenen Personen aus bzw. verleugnet die Folgen des Konsumverhaltens bis zur nächsten Krise; was in beiden Fällen eine co-abhängige Verhaltensweise darstellt. Der Versuch, auf Basis einer solchen Beziehung eine entscheidende Änderung in den Konsumfolgen anzuregen, ohne gleichzeitig eine klare Haltung zu notwendigen Veränderungen im Konsummuster zu beziehen und auf entsprechende Betreuungsabsprachen zu bestehen, gleicht dem Versuch, den Anderen zu waschen, ohne ihn und die eigenen Hände dabei nass zu machen. Bisweilen kann die geäußerte Sorge um die positive Beziehung zum Klienten auch eine andere und ggf. drückendere Sorge maskieren, nämlich die um positive bzw. konfliktfreie und nach Möglichkeit nicht zu unbequeme Beziehung zu den anderen Akteuren im Helfefeld. Das Entwickeln und vor allem das Durchhalten einer gemeinsamen klaren Haltung, eine kontinuierliche Netzwerkarbeit und Verständigung zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesamt-Hilfesystem sowie das Einhalten, aber auch das Anmahnen der Einhaltung getroffener Absprachen durch die jeweils Anderen macht Arbeit, ist anstrengend. Der Abgleich unterschiedlicher professioneller Einschätzungen verläuft nicht unbedingt immer im ersten Anlauf bereits konstruktiv. Eventuell müssen auch unbequeme Forderungen an Leitungsebenen gestellt werden, um ein bedarfsgerechtes Setting durch ein mehr an Ressourcen (z.B. Personalpräsenz, gezielte Fortbildung, Anschaffung eines nicht billigen Atemalkoholkontrollgerätes etc.), einen veränderten Ressourceneinsatz (z.B. veränderte Dienstzeiten und Arbeits- / Betreuungsschwerpunkte) oder eine Veränderung des Wohn- und Betreuungsangebotes an sich zu erreichen. In diesen Fällen ist es de facto so, dass erst unangenehme Vorleistungen erbracht werden müssen, bevor die positiven Ergebnisse im Fallverlauf – und damit Entlastung von wiederkehrenden Krisen und Eskalationen - „geerntet“ werden können.

Eine positive und belastbare Beziehung zum Klienten / zur Klientin erfordert hinreichende Ressourcen. Zum einen sind dies hinreichende personelle Zeitressour-

cen: Zeit für Gespräche, für wiederholte Erklärungen, für Auseinandersetzung, für Begleitung in zahlreichen Alltagssituationen, für das Erarbeiten und Üben alternativer Handlungsmöglichkeiten zum Konsum, Zeit zum Besprechen und Bearbeiten der Alltagskonflikte sowie von biographischen Gegebenheiten, die immer wieder zum Konsumanlass geworden sind; und nicht zuletzt Zeit, um miteinander positive Dinge zu erleben und so die Beziehung zu festigen. Weiterhin müssen hinreichende Ressourcen zur Krisenbewältigung zur Verfügung stehen: Führen Krisen aufgrund nicht hinreichender Ressourcen unweigerlich auch zu krisenhaften Belastungen der betreuenden Mitarbeiter/innen, ist die Gefahr eines „Ausbrennens“ mit allen negativen Folgen für die Beziehung hoch (z.B. emotionalen Überreaktionen, Aggressivität, Des-Engagement etc.). Last but not least müssen genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, um der Beziehung ein realitätsbezogenes Fundament zu geben: Es müssen genügend Ressourcen vorhanden sein, um die Einhaltung von Absprachen so zu kontrollieren, dass Vertrauen aufgrund überprüfter Fakten wachsen, aber auch realistisch begrenzt bleiben kann.

### **3. Abschließender Exkurs zur Frage „Kann Abstinenz bzw. Konsumveränderung verlangt werden?“**

In Fortbildungen, bei Fallgesprächen und in Diskussionen mit Fachkräften aus anderen Betreuungszusammenhängen und anderen Einrichtungen taucht immer wieder die Frage auf, ob und mit welcher Berechtigung denn Abstinenz bzw. eine deutliche Konsumveränderung verlangt werden kann. Es wird die Frage gestellt, ob dies nicht eine unzulässige Bevormundung und Fremdbestimmung sei und ob nicht eine Eigenmotivation am Anfang einer Abstinenzentwicklung oder Konsumveränderung stehen müsse.

Diese Fragen lassen zum einen außer Acht, dass auch bei nicht behinderten Klienten in der Regel äußere Faktoren und äußerer Druck (z.B. im Sinne der Gefahr sozialer, familiärer, finanzieller und arbeitsrechtlicher Konsequenzen etc.) wesentlich zur Motivation zur Konsumveränderung und ggf. zum Beginnen einer Suchttherapie beitragen. Weiterhin ergeben sich in Bezug auf Klienten mit einer geistigen Behinderung in institutioneller Betreuung zusätzlich die drei folgenden Gesichtspunkte:

Im Kontext der Behindertenhilfe ist zunächst zu berücksichtigen, dass die Forderung nach Abstinenz und Konsumveränderung im Wesentlichen eine mittelbare ist. Die eigentliche Forderung besteht darin, bestimmte Konsumfolgen abzustellen (wie z.B. delinquentes Verhalten, verbale, manifeste und angedrohte Gewalt) sowie auf Grenzverletzungen und Schädigungen Dritter zu verzichten und auf der Einhaltung allgemeinverbindlicher rechtlicher Normen zu bestehen. Dies kann

nicht nur, dies muss letztlich sogar in einem verantwortbaren und professionellen Betreuungskontext – auch in der Behindertenhilfe - gefordert werden. Ein Abstellen der Konsumfolgen wird aber in aller Regel ohne einen Konsumverzicht oder eine ganz wesentliche Konsumeinschränkung nicht zu erreichen sein.

Dies ist insofern kein wesentlich neuer Gesichtspunkt, da fortgesetztes, erhebliches Suchtverhalten in nicht wenigen Institutionen der Behindertenhilfe einen möglichen Kündigungs- bzw. Ausschlussgrund darstellt (z.B. KLAUß, 2003). Die Androhung bzw. Umsetzung einer Kündigung des Betreuungsvertrages aufgrund eines fortgesetzten Sucht- bzw. Konsumproblems ist also keine unbekannt – und im Einzelfall zum Teil sicher auch sinnvolle bis unumgängliche – ultima ratio. Ungewohnt ist eher die gezielte Gestaltung und das klare Vertreten einer Alternative zu dieser ultima ratio; d.h. das Angebot eines Betreuungssettings, welches auch unter dem - nach Möglichkeit zeitbegrenzten – Rückgriff auf externe Kontrolle, deutlich begrenzende Absprachen und Regeln etc. ein Umfeld bietet, in dem eine Abstinenzentwicklung gelingen kann.

Ein zweiter Gesichtspunkt ist, dass zur professionellen Verantwortung eines Leistungserbringers gehört, nur eine solche Unterstützungsleistung anzubieten, die auch hinreichend aussichtsreich in Bezug auf das angestrebte und vereinbarte und ggf. vom Kostenträger oder dem Gesetzgeber vorgegebene Ziele ist. In der Behindertenhilfe für Menschen mit einer geistigen Behinderung beziehen sich diese Ziele darauf, die Fertigkeiten zur möglichst selbständigen Lebens- und Alltagsbewältigung auszubauen, die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu fördern und eine Integration bzw. Inklusion anzustreben. Sucht und Substanzmissbrauch - und die Folgen, wenn sie so ausfallen, dass eine Veränderungsnotwendigkeit konstatiert werden muss - stehen diesen Zielen diametral entgegen. „Berauscht sein“ beeinträchtigt Lernprozesse und mindert die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die benötigt werden, um Alltagsanforderungen gerecht zu werden. Grenzverletzendes, aggressives, beleidigendes und delinquentes Verhalten sowie auch deutlich selbstgefährdendes Verhalten im Rausch führt aus der Gemeinschaft heraus und nicht hinein (sowohl auf der Peer-Ebene wie auch auf der Ebene der „Mehrheits- oder Normalgesellschaft“). Ein solches Verhalten führt spätestens mittel- bis langfristig zu Ausschlussprozessen und nicht zur Inklusion.

Der dritte Gesichtspunkt bezieht sich auf die logisch konsistente Betrachtung des behinderten Klienten / der behinderten Klientin. Besteht eine gesetzliche Betreuung aufgrund behinderungsbedingter erheblicher Defizite in der Fähigkeit, die Folgen der eigenen Handlungen und Entscheidungen sachgerecht einzuschätzen, und muss die betreffende Person die Folgen ihres eigenen Tuns (zivil- wie strafrechtlich) in der Regel nicht vollumfänglich selber tragen, dann stellt sich aus

Gründen der logischen Konsistenz die Frage, wie und ob es denn fachlich zu begründen ist, dass die betreffende Person über ihren Suchtmittelkonsum und insbesondere über die damit einhergehenden Konsumfolgen für sich und für Dritte (gänzlich) eigenständig entscheiden kann und sollte.

## Literatur

**Dilling, H. & Freyberger, H. J.** (Hrsg.). (2006). Weltgesundheitsorganisation: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien. ICD-10: DCR-10 (3. vollst. überarb. u. erw. Auflage unter Berücksichtigung der German Modifikation[GM] der ICD-10). Bern: Huber.

**Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H.** (Hrsg.). (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch–diagnostische Leitlinien (4. korr. u. erg. Auflage). Bern: Hans Huber.

**Ebert, W. & Könnecke-Ebert, B** (2007). Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken. In H. G. Petzold, P. Schay & W. Ebert (Hrsg.), Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung (2., überarb. Auflage). Wiesbaden: VS.

**Kazin, V. & Wittmann, S** (2007). Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol. In C. Schanze (Hrsg.), Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen. Stuttgart: Schattauer.

**Klauß, T.** (2003). Sucht – (k)ein Thema der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung? In T. Klauß (Hrsg.), Geistige Behinderung und Sucht: Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.05.2003 in Kassel (Materialien der DGSGB: Band 7). Berlin: DGSGB. [<http://www.dgsgb.de/downloads/band%207.pdf>].

**Körkel, J. & Drinkmann, A.** (2002). Wie motiviert man „unmotivierte“ Klienten? Sozialmagazin, 27. Jg., Heft 10, S. 26-34.

**[Der] Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen** (2010). Leitlinie für die Behandlung von forensischen Patienten mit einer Intelligenzminderung (Stand 15.06.10). [<http://www.massregelvollzug.nrw.de/pdf/BLIntelligenz.pdf>].

**Petzold, H.G., Schay, P. & Hentschel, U.** (2007). Niederschwellige Drogenarbeit und „intermittierende“ Karrierebegleitung als Element einer protektiven Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In H. G. Petzold, P. Schay & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (2., überarb. Auflage). Wiesbaden: VS.

**Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M.** (dt. Bearb. u. Einf.). (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Übersetzt nach der vierten Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders* der American Psychiatric Association (2., verb. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

**Schanze, C.** (Hg.). (2007). *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen*. Stuttgart: Schattauer.

**Seitz, H. & Bühringer, G.** (2010). Empfehlungen des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. [[http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs\\_stellungnahmen/Grenzwerte\\_Alkoholkonsum\\_Jul10.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Grenzwerte_Alkoholkonsum_Jul10.pdf)].

# Das Niederländische Ampelmodell „Traffic light“ zur Beurteilung des Schweregrades eines Suchtproblems in der Praxis

Marika van Dijk

Das Ampelmodell „Traffic Light“ ist eine umfassende Strategie zur Risikoermittlung, Prävention und Frühintervention von Substanzmissbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung (IQ 50-85). Allgemeine Zielsetzung ist, die Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung mit Suchtproblemen durch eine umfassende Strategie von Risikoermittlung, Prävention und Behandlung für diese Personengruppe zu senken.

Wir wollen auf europäischer Ebene ein Projekt umsetzen, welches auf dem Ampelmodell basiert. Wieso gibt es hierfür Bedarf?

**Erstens** ist das Risiko, mit Substanzgebrauch zu beginnen, für Menschen mit geistiger Behinderung höher und wir wissen sicher, dass Substanzgebrauch ein reales Problem darstellt. Die Auswirkungen von Substanzgebrauch sind für Menschen mit geistigen Behinderungen oft schwerwiegender als für Menschen mit durchschnittlichen oder höheren geistigen Fähigkeiten. Die Auswirkungen zeigen sich auf psychologischer, sozialer und/oder physischer Ebene.

Auf dieser Grundlage ist jede Klient/in mit geistiger Behinderung Teil der Risikogruppe. Zur Messung, in welchem Maße eine Anfälligkeit besteht, haben wir den SumID-Q verwendet. Leider gibt es bislang keine validierten Instrumente zum Screening und zur Risikoermittlung von Substanzgebrauch unter jungen Menschen mit geistiger Behinderung.

**Zweitens** arbeiten bislang die Organisationen für Menschen mit geistiger Behinderung und die Suchthilfeeinrichtungen nicht effizient zusammen. Eine bessere Kooperation zwischen beiden Bereichen wird zur besseren gegenseitigen Nutzung der jeweiligen Expertise führen.

**Drittens** haben Mitarbeiter und/oder Leiter bisweilen ein unvollständiges oder einseitiges Bild von dem Problem. Wir wissen, dass es nicht ausreicht, einfach nur ein paar Regeln und Grenzen bezüglich des Substanzgebrauchs aufzustellen. Den Gebrauch von Alkohol und Drogen komplett zu unterbinden ist illusorisch. Fehlende einheitliche Richtlinien führen zu unterschiedlichen Einstellungen gegenüber dem Substanzgebrauch, was für die Betroffenen sehr schädlich sein kann.

Wenn ein/e Klient/in spürt, dass er/sie wegen möglicher negativer Folgen nicht über den Substanzgebrauch sprechen soll, bekommt er/sie auch keinerlei Hilfe. Mitarbeiter müssen in der Lage sein, mit derartigen Problemen umzugehen. Das bedeutet, dass es aktive Kommunikation über Substanzgebrauch und seine Folgen geben muss. Verbesserte Selbstwirksamkeit im Umgang mit Versuchungen und gesteigerte Widerstandsfähigkeit helfen auch im Umgang mit Risikosituationen außerhalb der Einrichtungen.

Und **viertens** muss der grundlegende Ansatz Prävention, statt altmodischer Behandlung sein. Wir verstehen Behandlung als eine Form der Prävention, denn es wird dem vorgebeugt, dass die Dinge sich verschlimmern. Bislang gibt es keine Methoden, die Menschen mit geistiger Behinderung nachweislich wirksam erreichen, um sie vor Substanzmissbrauch und Abhängigkeit zu schützen. Die Methodologie zur Prävention und Behandlung von Substanzmissbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung ist in den meisten europäischen Ländern unzureichend und manchmal gar nicht vorhanden

Daher sind die Hauptzielsetzungen des Projektes:

- Entwicklung von validierten Instrumenten zum Screening und zur Risikoeermittlung,
- Entwicklung von wirksamen europäischen Präventionsmethoden,
- Entwicklung von effizienten Kooperationsmethoden zwischen Organisationen,
- Veröffentlichung und Verbreitung einer eindeutigen Methodik.



Auf Grundlage der Risikoermittlung, z.B. auf Basis des SumID-Q, kann der Klient „gefärbt“ werden.

Auf Grundlage der jeweiligen Farbe können dann die passenden Interventionen umgesetzt werden.

- Hell: Kein aktueller Substanzgebrauch, aber ein Risiko
- Grau: Substanzgebrauch mit wenigen bis einigen Problemen im Lebensalltag
- Schwarz: Substanzmissbrauch und Abhängigkeit

Kein Gebrauch	Experimenteller Gebrauch – riskanter Gebrauch	Missbrauch – Sucht
<b>Selektive Prävention</b> Zum Beispiel: Schulung für die Wohngruppe oder Schulung der Mitarbeiter	<b>Indizierte Prävention</b> Zum Beispiel: Gespräch mit der Suchthilfe über die Beweggründe für den Konsum und Motivation zur Verhaltensänderung	<b>Motivation des Klienten zu einer Suchtbehandlung</b> Zum Beispiel: Kognitive Verhaltenstherapie bzw. angemessene Verfahren

Die Interventionen richten sich (a) an Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung (IQ 50-85, Probleme bei der sozialen Anpassung), (b) an Menschen in der Familie oder dem sozialen Netzwerk von jungen Leuten mit geistiger Behinderung und (c) politische Entscheidungsträger und Mitarbeiter in Organisationen der Suchthilfe und Hilfe für Jugendliche mit geistiger Behinderung.

Für jede dieser Zielgruppen werden Interventionen entwickelt. Ausgehend vom Bedarf und den Möglichkeiten sowohl der Suchthilfe als auch der Sozialdienste für Menschen mit geistiger Behinderung können Vereinbarungen zur Durchführung von Interventionen abgeschlossen werden. Zum Beispiel sollten Sozialdienste Eltern und Partner auf struktureller Ebene ansprechen. Beide, Sozialdienste und Suchthilfe, bilden Mitarbeiter aus. Die Suchthilfe sollte Präventionsprogramme anbieten für diejenigen, denen in Sozialdiensten nicht geholfen werden kann. Die Interventionen basieren auf Bildung und Stärkung, strukturellem und implizitem Training, Unterstützung und Supervision für Mitarbeiter, Beratung, Peerunterstützung, medizinische und psychologische Behandlung, insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung, und selbstverständlich Forschung. Wir haben immer noch einen großen Bedarf an ID-validierten Instrumenten und evidenzbasierter Prävention.



# Von der geschlossenen Wohngruppe zum Wohnen im Apartment: Ein abstinenz- und entwicklungsorientiertes Wohnangebot für Menschen mit geistiger Behinderung und erheblicher Sucht- / Substanzmissbrauchsproblematik

Stephan Buschkämper, Dietmar Struck, Konrad Peter

## **Zielgruppe und Zielsetzung**

### *Zielgruppe*

Das abstinenz- und entwicklungsorientierte Wohnangebot im Geschäftsbereich Wohnen IV der Diakonischen Stiftung Wittekindshof bietet ein Angebot für Menschen mit einer Intelligenzminderung und einer Abhängigkeits- bzw. einer schweren Abususproblematik – bisher bezogen auf die Suchtmittel Alkohol und Cannabis.

Das Wohn- und Betreuungsangebot richtet sich dabei insbesondere an solche Personen, bei denen das individuelle Konsummuster mit Aspekten wiederholter massiver Selbst- und Fremdgefährdung einhergeht und bei denen in der Vorgeschichte andere Versuche der Problemeingrenzung im Rahmen des Hilfesystems „Behindertenhilfe“ (z.B. über andere „Sonderwohngruppen“ o.ä.) gescheitert sind und ggf. auch klinische Vorbehandlungen erfolglos geblieben sind. In seiner Struktur und seinem Anforderungscharakter richtet sich das Angebot weiterhin vorwiegend an Menschen mit einer leichten bis mäßigen Intelligenzminderung und einer dementsprechend hohen Funktionsfähigkeit in der Bewältigung des Alltagslebens bzw. mit einem entsprechenden Potential.

### *Zielsetzung*

Die Zielsetzung des abstinenz- und entwicklungsorientierten Wohnangebotes richtet sich darauf, aus einer initialen Karenz, d.h. aus dem zunächst settingbedingten Rauschmittelverzicht unter mehr oder weniger stark extern begrenzenden Bedingungen, zu einer Abstinenzfähigkeit, d.h. der Fähigkeit zum eigenverantwortlichen selbstgesteuerten Verzicht, und zur verlässlichen Umsetzung derselben zu gelangen. Die Abstinenz steht hierbei nicht als Selbstzweck, sondern wird als Rahmenbedingung bzw. Voraussetzung für den Abbau bzw. die Eingrenzung von selbst- und fremdgefährdenden sowie delikthaften Verhaltensweisen sowie für eine selbstgesteuerte verantwortliche Verhaltensgestaltung entsprechend der allgemeinen – gesellschaftlichen und gesetzlichen – Normen und somit für eine verantwortliche Teilhabe gesehen.

Die *initiale* externe Begrenzung, die im Rahmen des Wohnangebotes erfolgt und in der jeweiligen Ausgestaltung am individuellen Bedarf orientiert ist, stellt den Einstieg dar, um eine Problematik der „Grenzenlosigkeit“ zu bewältigen, um grenzüberschreitendes Verhalten zu reduzieren, um sukzessive Selbstbegrenzung zu erlernen und um zu diesem Lernprozess zu motivieren. Mittel- bis langfristig ist das angestrebte Ziel (und der feststellbare Erfolg, s.u.), dass für ein zuvor als sehr schwierig erlebtes Klientel Ausgrenzung reduziert und Teilhabe neu ermöglicht wird.

## **Bisherige Aufnahmen in das Wohnangebot – Fallzahlen, vorherige Wohnformen, Vorbehandlungen, Problemverhalten und rechtliche Rahmenbedingungen**

### *Aufnahmen in das Wohnangebot – Fallzahlen, vorherige Wohnformen, Vorbehandlungen*

In das hier beschriebene Wohnangebot wurden bisher 11 Personen (10 Männer, eine Frau) aufgenommen; der Altersrange bei Aufnahme lag zwischen 31 und 66 Jahren. Der überwiegende Teil der Personen (10 Personen) wurde bereits vor der Aufnahme in dieses spezifische Wohnangebot in anderen Angeboten der Diakonischen Stiftung Wittekindshof betreut; eine Aufnahme erfolgte als Zuzug aus einer anderen Einrichtung. Vier der Personen wohnten zuvor in anderen „Sonderwohngruppen“ unserer Einrichtung.

Die Aufnahmen erfolgten in zwei „Wellen“, zum einen zwischen Frühsommer 2006 und Herbst 2007 (7 Personen) sowie zum zweiten zwischen Anfang 2010 und Anfang 2011 (4 Personen).

10 der 11 Personen wurden ohne vorherige Abstinenz aufgenommen. Ein Teil dieser Aufnahmen erfolgte unmittelbar aus eskalierten Situationen heraus (z.B. Volltrunkenheit, Polizeigewahrsam u.ä.). Bei vier Personen gab es in der Vorgeschichte wiederholte klinische Aufenthalte zur Suchtrehabilitation, z.T. von mehrfach mehrmonatiger Dauer.

Bei 10 Personen handelte es sich um eine reine Alkoholproblematik; eine Person konsumierte primär Cannabis und neigte zu gelegentlichen Alkohol-Binges. Bei neun der aufgenommenen Personen bestand die jeweilige Problematik bereits über mehrer Jahre bzw. z.T. über ein bis zwei Jahrzehnte.

### *Problemverhalten im Kontext des Konsums vor Aufnahme*

Das Problemverhalten im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum umfasste – je nach Klient/in - u.a.: Deliktisches Verhalten mit Sachbeschädigung, Bedrohung, Beleidigung, Hausfriedensbruch, Brandstiftung / Zündeleyen, Diebstahl / „Abziehen“ anderer Bewohner, sexuelle Grenzverletzungen, Fehlverwendung von sach-



bezogenen Geldmitteln, „Schulden machen“, aggressives Betteln / Schnorren, aber auch Opfer-Werden von Übergriffen Anderer, unklare Verwicklung in Straftaten Dritter u.ä.. Hinzu kamen vielfach aggressive Eskalationen mit Ängstigung des sozialen Umfeldes (Mitarbeiter/innen, Mitbewohner/innen, Dritte); weiterhin gefährliches und selbstgefährdendes Verhalten im Straßenverkehr (bis hin zum Liegen an der Fahrbahn) sowie Zustände der Volltrunkenheit mit wiederholten Einweisungen in Krankenhäuser und Psychatrien.

Ebenfalls in individueller Variation bestand z.T. nur noch ein unregelmäßiger Besuch der WfbM bzw. ein Besuch mit gehäuften alkoholbedingten Fehlzeiten. Es kam zum Erscheinen am Arbeitsplatz in angetrunkenem Zustand oder mit Restalkohol sowie zu aggressivem Verhalten am Arbeitsplatz. Trotz entsprechender Kompetenzen konnten – je nach individuellem Fall – anspruchsvollere WfbM-Tätigkeiten zum Teil nicht mehr ausgeübt werden.

### *Rechtliche Rahmenbedingungen der Aufnahmen*

Insgesamt bestand bei mindestens acht der aufgenommenen Klient/innen zum Zeitpunkt der Aufnahme kein im engeren Sinne eigenmotivierter bzw. überzeugender Abstinenzwunsch. Zwei Personen zeigten in Gesprächen eine etwas vertiefte Problemeinsicht mit Abstinenzwunsch, waren aber im vorher gegebenen Betreuungssetting nicht in der Lage, diesen auch nur kurzfristig im Verhalten umzusetzen.

Bei zwei der ganz zu Anfang in das Wohnangebot aufgenommenen Klienten wurde ein auf einige Monate begrenzter Beschluss zur geschlossenen Unterbringung im Rahmen des Betreuungsrechts aufgrund wiederholter erheblicher Selbstgefährdung im Zustand der Volltrunkenheit erwirkt. Drei Personen nahmen das Wohnangebot als Hilfestellung zur Entwicklung bzw. Beibehaltung von Abstinenz freiwillig an. Bei den anderen Klienten wurde eine „begrenzte Freiwilligkeit“ durch die klare Haltung „nur noch dieses Wohnangebot innerhalb der Einrichtung“ und im Einzelfall ggf. durch den Hinweis erreicht, dass auch das Anstreben eines Beschlusses zur geschlossenen Unterbringung möglich sei, worauf aber bei freiwilligem Mitmachen verzichtet würde.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Aufnahmen war jeweils, dass eine möglichst umfassende rechtliche Betreuung gegeben war, die auch die Aufgabengebiete „Gesundheit“ und „Aufenthalt“ umfasst (insb. Letzteres vorzugsweise mit Einwilligungsvorbehalt).

### **Bisherige Ergebnisse / Wiederermöglichung verantwortlich gestalteter Teilhabe**

Trotz eines Klientels, welches sich in den vorherigen Betreuungssettings vielfach über Jahre bis z.T. Jahrzehnte als im Verhalten erheblich problematisch und insbesondere in Bezug auf den Rauschmittelkonsum als fortgesetzt abstinentunwillig bzw. abstinentunfähig gezeigt hat, konnten in dem abstinent- und entwicklungsorientierten Wohnangebot sehr deutliche Fortschritte in der Wiedereingliederung, in der Eingrenzung von Problemverhalten und nicht zuletzt in Bezug auf eine recht stabile Abstinenzfähigkeit erreicht werden.

### *Ergebnisse bzgl. Verbleib im Konzept, Abstinenz und Rückfälligkeit*

Einer (von 11) der in das Betreuungskonzept aufgenommenen Klient/innen profitierte aufgrund deutlicherer kognitiver Einschränkungen wenig bis nicht von dem Gruppensetting (s.u.). Dieser Klient lebt abstinent unter der – von ihm akzeptierten - Maßgabe, dass er unbegleitet kein Taschengeld außer Haus mitnimmt.

Von den übrigen 10 in dem Betreuungskonzept verbliebenen Klient/innen haben bisher neun ein erhebliches Maß an Abstinenzfähigkeit ausgebildet. Das heißt,

sie können die erreichte Abstinenz auch im Kontext zunehmender bzw. zurückgewonnener persönlicher Autonomie und in Konfrontation mit früheren Konsumgelegenheiten und Konsumanlässen beibehalten. Der zuletzt, d.h. vor ca. einem Jahr, in das Wohn- und Betreuungsangebot aufgenommene Klient erhält eine noch so engmaschige Begleitung, dass sich kaum Gelegenheiten ergeben, in denen er einfachen Zugang zu Cannabis und somit wesentliche Versuchungssituationen in Bezug auf eine Rückfälligkeit zu bewältigen hat.

Konsumvorfälle sind insgesamt weniger als 10 Mal vorgekommen bzw. beobachtet worden; in drei Fällen kam es zu deutlicherem Konsum / Trunkenheit und in zwei Fällen zu einem recht kontrollierten Konsum. Eine Rückfälligkeit im Sinne einer erneuten Konsumphase (bzw. auch nur im Sinne eines mehrmaligen Konsums in einem Zeitfenster von Tagen oder Wochen) ist bei keinem Klienten aus diesem Betreuungskonzept aufgetreten.

#### *Ergebnisse bezogen auf die Lebensbereiche „Wohnen“ und „Arbeit“*

Von den 10 im Betreuungskonzept verbliebenen Klienten leben mittlerweile vier auf eigenen Wunsch in einer Einzelwohnsituation im Sinne eines eigenen Apartments mit wechselseitig zugehender Betreuung. Vier Klienten leben in einer offenen Wohngruppe mit sechs Bewohner/innen bzw. in einer dazu gehörigen 2-er Wohngemeinschaft in einem Nachbarhaus. Die Betreuung dieser insgesamt acht Klient/innen erfolgt zwar unter einem hohen Personalschlüssel, es ist aber keine durchgängige unmittelbare Mitarbeiterpräsenz im jeweiligen Wohnkontext gegeben.

Bei einem der Klienten wurde wegen gravierend delikthaftem und grenzverletzendem Verhalten (ohne Alkoholrückfall) ein Umzug zurück in die fakultativ geschlossene Wohngruppe notwendig. Auch der zuletzt - vor ca. einem Jahr - aufgenommene Klient lebt ebenfalls noch in dem intensiv betreuten Kontext der fakultativ geschlossenen Wohngruppe; er verfügt jedoch über einen Chip für das Türöffnungssystem und bewegt sich innerhalb des Wohnbereiches nach Absprache ohne Mitarbeiterbegleitung.

Praktisch alle der in dem abstinenz- und entwicklungsorientierten Wohnangebot betreuten Klienten gehen mittlerweile wieder zuverlässig einer WfbM-Tätigkeit nach (acht Klient/innen) oder nehmen als Rentner an einem tagesstrukturierenden Angebot teil (eine Person). Lediglich bei einem Klienten gestaltet sich dieser Lebensbereich - allerdings aufgrund des allgemeinen Gesundheitszustandes (Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankung etc.) - als schwierig. Viele der WfbM-beschäftigten Klient/innen gelten als „Leistungsträger“ mit hoher Produktivität und überdurchschnittlichen Arbeitsfertigkeiten.

### *Ergebnisse bezogen auf die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft im Freizeitbereich*

Je nach Interessen und Neigungen haben nahezu alle in das Betreuungskonzept aufgenommenen Klienten sich ebenfalls bereits wieder einen hohen – wenn auch unterschiedlich ausgeprägten – Grad an Autonomie in Bezug auf die Freizeitgestaltung erarbeitet, z.B.

- Teilnahme am Sport (z.B. integrative Fußballmannschaft);
- eigenständige Besuche in der Cafeteria unserer Einrichtung oder von einrichtungsinternen Festen;
- unbegleitete Ausflüge in die Stadt Bad Oeynhausen, ins Einkaufszentrum und zu außerhalb des Campus lebenden Freunden / Bekannten;
- Besuch von Volksfesten (Weihnachtsmarkt, Kirmes), teils begleitet / teils eigenständig;
- Besuche - auch mehrtägig – bei Familienangehörigen.

Eine (teilweise) Wegebegleitung bzw. relativ enge Verhaltensabsprachen bestehen für vier der im „Abstinenzkonzept“ betreuten Klienten fort. Hierfür ist aber nur in zwei bis drei Fällen eine (noch) nicht hinreichend gefestigte Abstinenzfähigkeit ausschlaggebend; ansonsten resultieren begrenzende Absprachen aus fortbestehenden Tendenzen zu delikhaftem und grenzüberschreitendem Verhalten auch ohne Alkoholeinfluss.



## **Besondere Interventionsformen im Rahmen des abstinenz- und entwicklungsorientierten Wohnangebotes**

### *Initiale externe Begrenzung und Treppenmodell in der Rückgewinnung persönlicher Autonomie*

Die initiale externe Begrenzung bezieht sich auf Verhaltensabsprachen und Betreuungsbedingungen durch die ein kontrollierendes Setting hergestellt wird, in dem zunächst eine Substanzkarenz - im Sinne einer settingbedingten zwangsläufigen Entbehrung – besteht.

In etwa der Hälfte der Fälle erfolgte bei Aufnahme in das abstinenz- und entwicklungsorientierte Wohnangebot zunächst die Aufnahme in eine (fakultativ) geschlossene Wohngruppe. Die Settingbedingungen in dieser Wohngruppe (akustisches Signal bei jeder Öffnung der Gruppentür, Türschlosssystem mit elektronischem Chip, geschützter Außenbereich mit Zaun mit akustischer Überstiegsmeldung, mind. ein/e Mitarbeiter/in rund um die Uhr auf der Wohngruppe präsent) stellen zwar erhebliche Verhaltenshürden gegenüber nicht-absprachegemäßem Verhalten dar, sie realisieren aber in keiner Weise einen „sichernden Einschluss“ und sollen dies auch nicht.

In der anderen Hälfte der Fälle konnten die begrenzenden Absprachen und Betreuungsweisen – aufgrund der durch Gespräche und durch eine klare Haltung seitens der Akteure im Hilfe-System herstellbaren Compliance der Klient/innen – unter relativ offenen Wohnbedingungen umgesetzt werden. Zum Teil erfolgte ein Einzug unmittelbar - oder nach nur wenigen Tagen „Gastaufenthalt“ in der geschlossenen Wohngruppe - in eine Apartmentwohnsituation oder in die offene Wohngruppe.

Durch Mitarbeit, Einhaltung von Regeln und Absprachen (zuvorderst Abstinenz) und durch angemessenes Sozialverhalten können die Klient/innen kleinschrittig persönliche Autonomie und „Freiheiten“ in den Betreuungsabsprachen zurückgewinnen. Am Anfang steht hierbei zunächst ein Verlassen der Wohngruppe nur in Begleitung von Mitarbeiter/innen (z.B. zu einem wöchentlichen Einkauf). Weitere Treppenstufen sind bzw. waren das Zurücklegen kürzerer Wegstrecken innerhalb des Wohnbereichs alleine mit Zeitvorgabe und mit Anruf bei Ankunft am vereinbarten Ort (z.B. dem Beschäftigungsangebot), und noch später wohnbereichs- bzw. campusexterne Erledigungen und Besorgungen (z.B. Einkaufsfahrt in ein Einkaufszentrum) mit genauen Zeitabsprachen und zunächst in Begleitung eines weiteren Klienten aus dem abstinenzorientierten Wohnangebot. Das „Treppenmodell“ der erreichbaren Fortschritte ist in einer für die Klienten nachvollziehbaren Weise verbildlicht und stellt in dieser Form ein wichtiges Arbeitsmittel dar. Der Ein- bzw. Umzug in einer der „offenen“ Wohnformen setzt weiterhin voraus, dass eine feste Tagesstruktur im Sinne der Arbeit in der WfbM oder im Rah-

men eines tagesstrukturierenden Beschäftigungsangebots zuverlässig eingehalten wird. Weiterhin wird für diese Wohnformen (offene Wohngruppe, Kleinst-WG, Apartment) die Bereitschaft vorausgesetzt, alltagspraktische Anforderungen im Haushalt zu erfüllen und sich hierzu weiter anleiten zu lassen.

Im Bereich des zweiten Lebensraumes greift das „Treppenmodell“ in ähnlicher Weise. Bei den ersten in das Wohnangebot aufgenommenen Klienten wurde noch streng schematisch vorgegangen. Es erfolgte eine anfängliche Ausgliederung aus der WfbM und eine strikte initiale Beschränkung auf die Wohngruppe sowie ein sehr kleinschrittiges Wieder-Erarbeiten des Feldes ‚Arbeit / Beschäftigung‘. Bei den nachfolgenden Aufnahmen hat sich ein stärker individualisiertes Vorgehen durchaus bewährt. Auch in Fällen, in denen keine Ausgliederung aus der WfbM erfolgte, wurde eine mehrwöchige „Eingewöhnungsphase“ im Wohnangebot und bezogen auf die dortigen Regeln und Absprachen durch eine Krankschreibung ö.ä. sichergestellt.

Schwerwiegende Verstöße, das Brechen von Absprachen und Regeln und insbesondere Konsumrückfälle können zum Nicht-Weiterkommen bzw. zum zeitweise „wieder-herunter-Gehen“ der „Treppe“ in den verschiedenen Lebensbereichen („Wohnen“, „Arbeit“, „Freizeit“) führen.

#### *Die sozialtherapeutische Gruppe*

Ein weiterer „Kernbaustein“ im Rahmen des abstinenz- und entwicklungsorientierten Wohnangebots ist die zwei Mal pro Woche stattfindende sozialtherapeutisch orientierte Gruppe von jeweils 1-stündiger Dauer. An dieser Gruppe nimmt neben den Klient/innen auch das gesamte therapeutische Team teil, d.h. alle wichtigen professionellen Akteure im Lebensbereich „Wohnen“. Im Einzelnen: die Geschäftsbereichsleitung und die stellvertretende Geschäftsbereichsleitung, der zuständige Arzt / Facharzt, der zuständige Psychologe und jeweils ein/e Vertreter/in aus den beiden Wohngruppen-/Betreuungsteams.

„Die Gruppe“ ist das zentrale Element für die gemeinsame Arbeit. Hier können Anliegen und Wünsche eingebracht werden; insbesondere solche, die sich auf das Fortkommen im Treppenmodell beziehen. Hier werden Vorfälle und Konflikte besprochen. Es entsteht eine Transparenz bzgl. der Themen, die aktuell individuums- wie gruppenbezogen „dran“ sind. Erfolge und Fortschritte erfahren hier „öffentliche“ Würdigung; die Klient/innen können Anerkennung für verantwortliches und angemessenes Verhalten einfordern; Unterstützung und Lösungsideen können wechselseitig angeboten werden (z.B. Wegebegleitung). Die Gruppe dient auch als Gelegenheit zum Einüben sozialer Kompetenzen bis dahin, in Konfliktsituationen nicht eskalierend oder gewalttätig zu reagieren. Anhand des

Tagesgeschehens - auch in den Medien - oder der Erfahrungen beim letzten Fest / Einkaufsgang / Sportveranstaltung werden beispielhafte Themen zu Alkohol / Rauschmittelgebrauch, Selbstverantwortung, Normen und Gesetze etc. besprochen. Insbesondere in der Anfangsphase der Abstinenzentwicklung geht es auch um psychoedukative Inhalte zum Thema Abhängigkeit und Abstinenz.

### *Kontrolle*

Kontrolle bzw. das Etablieren klarer Fakten nicht an Stelle, sondern als Basis für Vertrauen ist eine weitere unverzichtbare Interventionsform im Rahmen des abstinenzorientierten Wohnangebotes. Zu Beginn sorgen bereits das ggf. geschlossene Setting bzw. entsprechend enge und überprüfte Verhaltens- und Betreuungsab-sprachen für ein hohes Maß an Kontrolle. Im Zuge der Rückgewinnung persönlicher Autonomie durch die Klient/innen stellt die – je nach individuellem Stand - regelmäßige und/oder anlassbezogene und/oder zufällig-stichprobenartige Konsumkontrolle mit einem entsprechend geeigneten Messverfahren (Atemalkohol-kontrolle mit einem hochwertigen, geeichten Gerät bzw. Urinkontrolle im Falle des Klienten mit cannabisbezogener Problematik) eine wichtige Kontrollfunktion dar. Neben dem Kontrollaspekt wird den Klient/innen auch deutlich kommuniziert, „das Pusten“ / die „UK“ als mögliche Quelle der Bestätigung und als Gelegenheit zur Demonstration der eigenen Abstinenzfähigkeit zu nutzen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt von Transparenz und Kontrolle ist es, sich auf Seiten des therapeutischen Teams bzw. der professionellen Akteure (inkl. WfbM / Beschäftigungsbereich) sehr diszipliniert wechselseitig hinsichtlich der mit den Klient/innen getroffenen Absprachen / Zusagen / Regeln und Grenzen zu informieren und abzustimmen.



# Problematischer Suchtmittelkonsum bei Menschen mit einer Intelligenzminderung

## Eine RAR-Erhebung in Westfalen-Lippe

### von März – Juli 2009

Doris Sarrazin; Christoph Fengels,

#### **1. Einleitung**

##### **1.1 Ausgangssituation**

In den letzten Jahren wiesen zunehmende Anfragen aus der Behindertenhilfe auf einen problematischen Suchtmittelkonsum ihrer Betreuten hin. Auf der anderen Seite wurde aus der Suchthilfe immer häufiger berichtet, dass in Beratung und Therapie Menschen mit einer Intelligenzminderung Unterstützung suchen. Hierauf schien die Suchthilfe im Rahmen der Regelangebote nicht ausreichend vorbereitet zu sein. Vermutet wurde auch, dass eine leichte Intelligenzminderung oftmals nicht erkannt und Betroffenen eher eine geringe Veränderungsmotivation zugeschrieben wird. In einem der regelmäßigen Austauschtreffen mit dem niederländischen Partner der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL-KS) TACTUS in Enschede wurde deutlich, dass auch dort dieses Thema aktuell relevant war und sehr schnell erste Aktivitäten entwickelt wurden.

Seit Ende 2007 arbeitet die LWL-KS mit TACTUS an diesem Thema, um durch den Austausch voneinander zu profitieren. In einem ersten Schritt wurde ein gemeinsames Expertengespräch im Oktober 2007 durchgeführt. In der Vorbereitung wurde deutlich, dass kaum Informationen über die Bedarfe der Klientel und der Mitarbeiter beider Hilfesysteme verfügbar waren. In den Niederlanden wird gerade eine umfangreiche Studie zur Erhellung der Situation durchgeführt. Da die dafür erforderlichen Mittel in Deutschland kurzfristig nicht zur Verfügung standen, hat die LWL-KS sich entschieden, zumindest eine erste qualitative Untersuchung der Situation durchzuführen. Basis dieser Erhebung war die Methode des Rapid Assessment and Response (RAR), die einen limitierten Personal- und Ressourceneinsatz integriert und von relativ kurzen Erhebungszeiten ausgeht. Durch die implizite Frage nach den erforderlichen Handlungsoptionen bezieht sie als anwendungsbezogener Ansatz der qualitativen Sozialforschung die Relevanz für die Praxis ein.

## 1.2 Begriffsdefinition

### 1.2.1 Intelligenzminderung

Der Begriff „Intelligenzminderung“ bezieht sich in dieser Studie auf die Gruppe der Grenzfälle, d.h. auf Menschen mit einer leichten Intelligenzminderung bzw. Lernbehinderung. Nach Absprache mit den Niederländern haben wir die Definition „Intelligenzminderung“ angelehnt an die Klassifikation der International Classification of Diseases (ICD 10) der World Health Organisation (WHO)<sup>1</sup>:

Die ICD 10 GM Version 2010 beschreibt „Intellectual Disability“ (I.D.) als einen Zustand verlangsamter oder eingeschränkter Entwicklung des Geistes, welcher durch eine Beeinträchtigung der Intelligenz und der Kompetenzen in den Bereichen Kognition, Sprache sowie motorischer und sozialer Fähigkeiten charakterisiert ist und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben reduziert. Die ICD 10 unterteilt I.D. in folgende Kategorien:

- Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten IQ 70-85 (ICD 10 F81)
- Intelligenzminderung (ICD 10 F70):
  - Leichte I.D.: IQ-Bereich 50 – 69
  - Mäßige I.D.: IQ-Bereich 35 – 49
  - Schwere I.D.: IQ-Bereich 20 – 34
  - Sehr schwere I.D.: IQ unter 20

Im Fokus der Befragung standen die ersten beiden Kategorien. Für die Interviewten waren konkrete Diagnosestellungen nur selten zugänglich, so dass eine subjektive Einschätzung der Befragten in Bezug auf ihre Klienten erforderlich war.

### 1.2.2 Problematischer Konsum

Die Definition eines „problematischen Konsums“ wurde nicht vorgegeben, sondern sollte von den Befragten aufgrund ihrer Wahrnehmung bewertet werden. Die Definition war somit abhängig vom jeweiligen Kontext. Als problematisch sollte ein Suchtmittelkonsum immer dann eingestuft werden, wenn er aus Sicht der Befragten Probleme bereitet. Die Art der festgestellten Probleme wurde in den Interviews erfragt.

<sup>1</sup> [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

## 2. RAR - Rapid Assessment and Response - Aufbau der Studie

### 2.1 Die RAR-Methode

RAR ist ein sozialwissenschaftlicher Ansatz, um Entscheidungen über geeignete Interventionen in Bezug auf gesundheitsrelevante und soziale Problematiken zu treffen. Sie umfasst unterschiedliche Methoden der Datenerhebung, um ein möglichst verlässliches und komplexes Bild über einen Sachverhalt zu erlangen. Ein wichtiges Merkmal von RAR ist die Verwendung von multiplen Indikatoren und Informationsquellen für die Datengewinnung. Die verschiedenen Informationsquellen und Methoden werden miteinander kombiniert, um die Fehler einer einseitigen Sichtweise zu minimieren. Dies ermöglicht, einen Sachverhalt/eine Situation aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten und unterschiedliche Hintergründe, Interessen und Wahrnehmungen der Betroffenen zu erfassen.

*„Dies erleichtert den Prozess der »Gewichtung« der Zuverlässigkeit der erhaltenen Informationen. »Cross-checken« (Triangulieren) von Daten aus verschiedenen Quellen ist ein wichtiges Element von RAR. Anhand der erhaltenen Informationen werden Hypothesen über die Beschaffenheit des zu untersuchenden Phänomens erstellt (s.u. SSI). Diese Hypothesen können erneut einem Cross-check unterzogen werden (s.u. SII/Fokusgruppe). Der Schwerpunkt von RAR liegt auf der Angemessenheit, nicht auf wissenschaftlicher Perfektion.“<sup>2</sup>*

RAR ist keine einzelne Methode, sondern ein Zusammenspiel verschiedener Methoden der qualitativen Forschung. Sie besteht aus einer Mischung gängiger Forschungsmethoden, wie Interviews, Observation, Fokusgruppen und Schätztechniken. RAR stellt den Nutzen für die Praxis und den dort aufgetretenen Problemsituationen in den Vordergrund. Stimson, Fitch und Rhodes haben folgende Methoden/Schritte in die von ihnen entwickelte RAR-Methode eingeschlossen<sup>3</sup>:

- Sammlung vorhandener Informationen
- Zugang und Stichprobenerhebung
- Interviews
- Fokusgruppen
- Observation
- Schätztechniken

Die Methode des RAR wurde von der LWL-KS bereits in verschiedenen Projekten wie z.B. Search, SeM, FreD u.a. eingesetzt.

<sup>2</sup> Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2002), S. 15

<sup>3</sup> Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2002), S. 16

## **2.2 Durchführung der Studie**

Für die Untersuchung „Intelligenzminderung und Suchtmittelkonsum“ entschieden wir uns in der LWL-KS für die Sammlung vorhandener Informationen, semi-strukturierte und strukturierte Interviews und Fokusgruppen. Die Verkettung dieser Methoden gewährleistete aus unserer Sicht eine sinnvolle Rückkopplung und Überprüfung der Ergebnisse. Die Erhebung wurde von März – Juli 2009 in Westfalen-Lippe durchgeführt. Ausgehend von den deutschen Teilnehmenden des Expertenworkshops von Oktober 2007 wurden die Interviewpartner nach dem Schneeballprinzip gewonnen. Das RAR-Team bestand aus einer Studentin und zwei Studenten des Bachelor-Studiengangs Soziale Arbeit der „Saxion Hogeschool“ in Enschede sowie der Leiterin, die jedoch selbst keine Interviews durchführte. Es fanden prozessorientiert RAR-Teambesprechungen statt.

### **2.2.1 Sammlung der vorhandenen Informationen**

Aus Gründen der Effizienz sollte man zunächst recherchieren, welche Informationen schon vorhanden sind. Der erste Schritt im RAR-Prozess ist deshalb die Sammlung und Auswertung vorhandener Informationen. Dazu gehören unter anderem Forschungsberichte, Berichte von Gesundheits- und Drogenhilfeeinrichtungen, Informationen aus den Medien etc. Dabei lassen sich zugleich mögliche Informationslücken feststellen. Darüber hinaus trägt die Untersuchung vorhandener Informationen dazu bei, langfristige Entwicklungen zu erkennen. Zu guter Letzt kann die Untersuchung auch nützliche Hintergrundinformationen zum Wert oder zur eventuellen Verzerrung von Befunden ergeben. In der Studie wurden Universitätsbibliotheken, Suchmaschinen im Internet und Fachbibliotheken als Quellen genutzt.

### **2.2.2 Semi-strukturierte Interviews (SSI)**

Mit Hilfe der Fragebögen aus der Phase der semi-strukturierten Interviews (SSI) wurden Beschäftigte aus der Behinderten- und der Suchthilfe (n=10) nach ihrer Einschätzung über den problematischen Suchtmittelkonsum und den Bedarf der Zielgruppe befragt. Die Befragten arbeiteten in sehr unterschiedlichen Bereichen der Hilfesysteme und wurden ausgewählt, um einen ganzheitlicheren Blick auf die Situation zu gewährleisten. Einige Befragte waren nur bereit als Privatperson vor ihrem Erfahrungshintergrund an der Erhebung teilzunehmen. Sie befürchteten, dass die Einrichtung dazu keine Einwilligung geben würde. Es bestand die Befürchtung, dass durch den Hinweis auf problematischen Suchtmittelkonsum ein negatives Image für die Einrichtung entstehen könne. Um die Berücksichtigung

des Wunsches nach Anonymität zu verdeutlichen, wurden die Interviews nicht aufgenommen. Die Auswertung bezieht sich daher auf die Notizen der Interviewer. Die Ergebnisse aus dieser Phase und der Recherche der vorhandenen Informationen ermöglichten eine erste Hypothesenbildung.

In den Interviews wurden Fragen zu folgenden Themengebieten gestellt:

1. Welche Substanzen werden problematisch konsumiert?
2. Welche Gruppen sind besonders gefährdet?
3. Welche Probleme ergeben sich aus dem Konsum?
4. Welche Faktoren fördern einen problematischen Konsum?
5. Wie ist der Kenntnisstand über Suchtmittel?
6. Welche präventiven Maßnahmen gibt es und was wird benötigt?
7. Welche Beratungs- und Behandlungsangebote gibt es und welche werden benötigt?
8. Gibt es einen Fortbildungsbedarf für Beschäftigte in der Behindertenhilfe?

Die folgende Tabelle gibt die Berufe der Befragten sowie deren Kontaktbereich zu Menschen mit einer Intelligenzminderung an:

#### **Berufe**

- Dipl. Sozialarbeiter
- Dipl. Sozialpädagogen
- Lehrer an Förderschulen
- Heilpädagogen
- Busunternehmer
- Honorarkräfte
- Krankenpfleger
- Freizeitbetreuer

#### **Bereiche**

- Förderschulen
- Fahrdienste
- Stationär Betreutes Wohnen
- Drogenhilfeeinrichtungen
- Ambulant Betreutes Wohnen
- Familienunterstützende Dienste
- Entzugsstationen
- Werkstätten
- Hilfeplaner des LWL

### **2.2.3 Strukturierte Interviews (SI)**

Die Fragen des strukturierten Fragebogens wurden anhand der Ergebnisse aus der Vorbefragung entwickelt, um die gewonnenen Hypothesen auf ihre Gültigkeit hin zu überprüfen. Zur Rückkopplung der Hypothesen wurden Interviewpartner (n=28) nach dem Schneeballsystem ausgewählt, die im Umfeld der Zielgruppe leben und arbeiten. Zu den in den SSI einbezogenen Bereichen wurde noch die Jugendhilfe berücksichtigt, um einen weiteren Blick auf die Zielgruppe der Jugendlichen zu gewinnen. Die Gruppe der Befragten wurde gebildet aus verschiedenen

Professionen, die in den Hilfesystemen arbeiten, und Angehörigen von Menschen mit einer Intelligenzminderung.

### 2.2.4 Fokusgruppe

In Fokusgruppen werden Einzelpersonen zusammengeführt, die über besondere Kenntnisse der erforschten Problemlage verfügen und in der Regel über den Rahmen persönlicher Erfahrungen hinausgehen. Sie sind ein nützliches Instrument zur Formulierung von Hypothesen und Prüfung von Informationen. Die Fokusgruppe dient auch der weiteren Rückkopplung der Ergebnisse, um bestehende Abweichungen zu diskutieren und zu bewerten. An der Fokusgruppe nahmen vier Befragte der Interviewphase aus der Jugend-, Behinderten- und Suchthilfe teil.



## 3. Ergebnisse der Studie

### 3.1 Vorhandene Informationen

Die Prävalenz für eine Intelligenzminderung wurde insbesondere im englischsprachigen Raum und Skandinavien durch verschiedene Prävalenzstudien seit Anfang der 70er Jahre erforscht. Internationale Studien schätzen die Prävalenz von Lernbehinderung auf ca. 3-4% eines Jahrgangs, die der leichten geistigen Behinderung auf ca. 1,5% (schwere Intelligenzminderung ca. 0,4%).<sup>4</sup>

Andere Studien kamen zu etwas abweichenden Ergebnissen. Katusic et al.<sup>5</sup> haben die Häufigkeit von Kindern mit einer geistigen Behinderung (mental retardation) der Geburtsjahrgänge 1976-1980 (n = 5919) in Rochester (Minnesota) untersucht. Sie stellen eine Prävalenz von 0,91% im Alter von 8 Jahren fest. Dabei ist die Prävalenz für leichte geistige Behinderung 0,42% und für schwere geistige Behinderung 0,49%. Bei Mädchen stellten sie eine doppelte so hohe Inzidenz für eine schwere geistige Behinderung fest wie bei Jungen, während Jungen 1,7 mal häufiger eine leichte geistige Behinderung aufwiesen.

Nach Wikipedia<sup>6</sup> liegt die Prävalenz einer Lernbehinderung bei 15% in der Bevölkerung, einer leichten Intelligenzminderung bei 2,5%. Damit würde der betroffene Anteil der Bevölkerung bei 17,5% liegen.

Der Konsum von Suchtmitteln ist in unserer Gesellschaft eins der größten gesundheitlichen Risiken. In Bezug auf Menschen mit einer Intelligenzminderung wurde dies von der wissenschaftlichen Fachwelt bisher kaum beachtet. Lange Zeit galten sie aufgrund der beschützten Lebenssituation als relativ ungefährdet und uninteressant für den Drogenmarkt. Die Mehrzahl der Publikationen im deutschsprachigen Raum zu diesem Thema wurde von Diplomanden<sup>7</sup> in ihrer Abschlussarbeit geschrieben. So ist die qualitative Erhebung der Martin-Luther-Universität Halle eine der wenigen Forschungsarbeiten, die diese Zielgruppe wissenschaftlich erfasst. Die Autoren dieser Arbeit stellten fest:

„Unsere Befragung ergab, dass von allen Einrichtungsnutzern (n=2560) 3,7% täglich, 4,4% mehrmals wöchentlich, 10,9% gelegentlich und 2,4% überwiegend am Wochenende trinken. Aus der Trinkhäufigkeit allein lässt sich jedoch noch nicht die Schwere des Trinkverhaltens ablesen. Von diesen Personen wurden 6,7% als „alkoholgefährdet“ und 4,2% als „alkoholabhängig“ eingestuft. Somit kann davon ausgegangen werden, dass nach Ansicht der befragten Mitarbeiter 10,9% der Bewohner einen „riskanten Alkoholkonsum“ aufweisen.“<sup>8</sup>

<sup>4</sup> Roeleveld et al. (1997), Cans et al. (1999), Strømme & Hagberg (2000) zitiert nach Karch, D. (2002)

<sup>5</sup> Katusic et al. (1996)

<sup>6</sup> www.wikipedia.de (Stand 24.11.2009)

<sup>7</sup> Franz (1995), Bentrup-Franke (2006), Beer (2004), Lulgjuraj (2008), Haase (2002)

<sup>8</sup> Theunissen, G. & Schubert, M. (2006). S. 182

Eine weitere interessante Studie aus dem deutschsprachigen Raum legte die Ergebnisse der Eingangsdiaagnosen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zugrunde<sup>9</sup>. So stellten die Autoren unter 1642 Patientinnen und Patienten, die in ein psychiatrisches Krankenhaus eingeliefert wurden, bei 4% Alkoholismus als Erst- und bei 9% als Zweitdiagnose fest. Medikamentenabhängigkeit war bei <1%, Drogenabhängigkeit bei 2% die Erst- bzw. Zweitdiagnose.

Zwar ist das Thema Intelligenzminderung und Suchtmittelkonsum historisch gesehen nicht neu<sup>10</sup>, doch ist es nicht in dem Maße erforscht, wie es die Größe der Population notwendig macht.

### 3.1.1 Präventionsangebote

Im deutschsprachigen Raum wurden bisher zwei spezifisch für die Zielgruppe entwickelte Präventionsangebote veröffentlicht (DIDAK<sup>11</sup> für Einrichtungen der Behindertenhilfe, PeP<sup>12</sup> für Förderschulen)<sup>13</sup>. Es ist auffällig, wie gering die Auswahl der vorhandenen Präventionskonzepte im Vergleich mit anderen selektiven Gruppen ist.

### 3.1.2 Behandlungsangebote

In der Fachliteratur der Behindertenhilfe wurde das Thema Suchtmittelmissbrauch verbunden mit Überlegungen zur adäquaten Behandlung/Beratung von verschiedenen Autoren aufgenommen. Im Gegensatz zu dem Interesse, das durch verschiedene Diplomarbeiten, Fachartikel und Literatur zur Behandlung von suchtkranken Menschen mit einer Intelligenzminderung gezeigt wird, sind im Verhältnis dazu konkrete Angebote für Betroffene in der Praxis erstaunlich selten zu finden. Dies könnte auf die Notwendigkeit einer Entwicklung und Implementierung spezifischer Konzepte hinweisen.

In einer Abfrage des Bundesverbandes für Stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (BUSS) gaben fünfzehn Einrichtungen, die über eine Station für qualitative Entwöhnungsbehandlung verfügen, an Patienten mit einem kognitiven Defizit oder einer Minderbegabung aufzunehmen. Fünf weitere gaben an, auch mit Menschen, die eine geistige Behinderung haben, zu arbeiten. Die Abfrage erfolgte bundesweit. Dennoch ergab eine Recherche der LWL-KS<sup>14</sup>, dass nur die Station „to Hus“ der Fachklinik Oldenburger Land über eine spezielle Konzeption<sup>15</sup> für diese Gruppe verfügt. Auch im Rahmen der RAR-Erhebung gab eine bedeutende Mehrzahl der befragten Personen an, nicht zu wissen, welche Rehabilitationseinrichtung zuständig sei. Eine in der Fachwelt häufig beachtetet Arbeit leistet die Lebenshilfe Berlin durch ihre Suchtberatungsstelle, die sich speziell an diese Zielgruppe wendet.

<sup>9</sup> Theunissen, G. & Lingg, A. (1998)

<sup>10</sup> vgl. Goddard (1912), East (1932) nach Beer (2004)

<sup>11</sup> Westfalenfleiß GmbH (Hrsg.) (2006) s. [www.westfalenfleiss.de](http://www.westfalenfleiss.de)

<sup>12</sup> Bertelsmann Stiftung & Nordverbund suchtpreventiver Fachstellen (Hrsg.) (2007)

<sup>13</sup> Fengels, Internetrecherche (Stand 13.07.2009)

<sup>14</sup> Elsner, Recherche für einen D-NL Expertenworkshop am 29.10 – 30.10.2008 (Stand 06.06.2008)

<sup>15</sup> <http://www.fachklinik-oldenburger-land.de/konzeptiong.php> (Stand 12.07.2009)

## 3.2 Ergebnisse der Interviewphase

Die Interviews wurden von den Studenten der „Saxion Hogeschool“ in Enschede durchgeführt, die selbst über Arbeitserfahrung in der Behinderten- und/oder Suchthilfe verfügten. Die Darstellung der Ergebnisse beinhaltet die Auswertung der SSI und SI. Sie orientiert sich an den Schlüsselfragen des Erhebungsbogens. Mit einer Ausnahme wurde von allen Befragten von einem für sie beobachtbaren problematischen Suchtmittelkonsum berichtet.

### Welche Gruppen sind besonders gefährdet?

Nach Abschluss der Interviewphase wurden zwei Gruppen ermittelt, die von den Befragten als besonders gefährdet angesehen wurden:

1. Erwachsene Menschen mit einer Intelligenzminderung, die im ambulant betreuten Wohnen oder im Familiensystem leben,
2. 13- bis 18-jährige Jugendliche in verschiedenen Wohnformen.

Die Reihenfolge entspricht der Häufigkeit der Nennung durch die Befragten. Einige Interviewpartner gaben an, dass insbesondere männliche Personen betroffen seien.

### Welche Substanzen werden problematisch konsumiert?

Hier sind für die Gruppe der erwachsenen Menschen mit einer Intelligenzminderung von den Befragten die Substanzen Alkohol, Nikotin, Cannabis genannt worden. Das betraf insbesondere die Altersgruppe der 18- bis 45-Jährigen bei einer Gleichverteilung der Geschlechter. Hingewiesen wurde aber auch auf eine nicht unerhebliche Gefährdung durch Glücksspiel, Mediennutzung und unkontrolliertes Essen.

Für die Gruppe der Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung wurden ebenfalls vor allem Alkohol, Nikotin und Cannabis als problematisch gebrauchte Suchtmittel benannt. Einige der Befragten gaben weiterhin an, dass auch andere illegale Substanzen (vor allem Ecstasy) und verhaltensbezogene Süchte<sup>16</sup> bei Jugendlichen eine nicht unerhebliche Rolle in ihrer Praxistätigkeit spielen. Eine erhöhte Gefährdung wurde für die 16- bis 18-Jährigen gesehen.

<sup>16</sup> Binge eating, Medienabhängigkeit

## **Welche Probleme ergeben sich aus dem Konsum?**

Für beide Gruppen wurden von den Befragten folgende Probleme benannt:

- körperliche (z.B. Konzentrationsstörungen, Beeinträchtigung des Leistungsvermögens),
- psychische (z.B. vermindertes Selbstwertgefühl, Stressreaktionen, verringerter Selbstschutz),
- soziale (z.B. Verarmung sozialer Kontakte, soziale Isolation, Freizeitprobleme),
- finanzielle (z.B. geringes Taschengeld durch Ausgaben für Suchtmittel).

Strafrechtliche Probleme durch die Illegalität von Suchtmitteln wurden eher als Befürchtung genannt, denn als tatsächlich erlebt.

## **Welche Faktoren fördern einen problematischen Konsum?**

Als Hauptfaktoren für die Entwicklung eines problematischen Konsums gaben die Befragten die soziale Ausgrenzung aus der ‚normalen‘ Bevölkerung sowie eine mangelnde Fähigkeit, eigene Problemlösungsstrategien zu entwickeln, an. Die gefühlte Ausgrenzung aus der Gesellschaft und die Unveränderlichkeit ihres kognitiven Zustandes sei eine der Hauptursachen für Frustration, so die Befragten. Hier diene der Suchtmittelkonsum dazu, ebenfalls als ‚normal‘ zu erscheinen. Soziale Ausgrenzung wird damit sowohl als Ursache als auch als Folge eines problematischen Konsums beschrieben. Außerdem wurde eine mangelnde Fähigkeit eigene Problemlösungsstrategien zu entwickeln, als ein Bedingungsfaktor mehrmals von den Befragten benannt. Für die Jugendlichen wurden die Gruppe der Gleichaltrigen und das Familiensystem als sehr einflussreich beschrieben.

## **Wie ist der Kenntnisstand über Suchtmittel?**

Der Kenntnisstand wurde bei beiden Gruppen als eher mangelhaft beschrieben. Das bedeutet nicht, dass sie keine Informationen erhalten haben. Es gebe jedoch in der Regel eine zu komplizierte Sprache und zu wenig Wiederholungen, so dass es eher unwahrscheinlich sei, dass die vermittelten Inhalte auch längerfristig behalten werden. Angepasste Präventionskonzepte fehlten.

## **Welche präventiven Maßnahmen gibt es und was wird benötigt?**

Suchtpräventive Aktivitäten werden in den Förderschulen durchgeführt, neben allgemeiner Informationsvermittlung wurden auch das Projekt HaLT oder eine of-

fene Sprechstunde genannt. Auch eine gute Strukturierung des Lebensumfeldes wurde als präventive Maßnahme genannt. Diese Hinweise bezogen sich auf alle Altersgruppen.

Als fehlend für die Gruppe der Erwachsenen wurde auf folgende Punkte verwiesen (in der Reihenfolge der Anzahl der Nennungen):

- auf Menschen mit Intelligenzminderung angepasste Aufklärung und Materialien
- engere Strukturen und Betreuung
- Förderung des Selbstwertes und der Selbstbestimmung
- Stärkung der Multiplikatoren

Bei der Frage nach engeren Strukturen und Betreuung wurden von den Befragten in den strukturierten Interviews stark abweichende Bewertungen abgegeben. Von einem Teil wurde diese Frage mit einem „sehr sinnvoll“, von einem anderen als „nicht sinnvoll“ beantwortet. Auffällig hierbei ist das fast vollständige Fehlen einer neutralen Bewertung. Mit Blick auf die Zielgruppe der Jugendlichen wurde an erster Stelle die Förderung der Selbstbestimmung genannt. Es wurde auch angegeben, dass die Suchtprävention in den Förderschulen und in Zusammenarbeit mit den Eltern ausgebaut werden sollte.

### **Welche Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen gibt es und was wird benötigt?**

Für die Zielgruppe der erwachsenen Menschen mit einer Intelligenzminderung gaben die Befragten an, dass die Versorgung mit medizinischen Rehabilitationsplätzen für Menschen mit einer Suchterkrankung mangelhaft sei. Hilfreich seien Gespräche mit verständnisvollen Ärzten, einmal wird auf eine Beratungsstelle verwiesen sowie auf die Einrichtung ‚Cafe Sprungbrett‘. Die Befragten favorisieren ein Rehabilitationsangebot, das im bestehenden Hilfesystem integriert ist und eng mit den Betreuern zusammenarbeitet.

Außerdem wünschen sich die Befragten angepasste ambulante Angebote der Suchthilfe in der Behindertenhilfe, wo die Menschen in ihrem Lebensalltag erreicht werden können. Hilfreich seien allerdings auch spezifisch zugeschnittene Angebote der Suchthilfe im etablierten Rahmen. Auch für die Gruppe der Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung gaben die Befragten an, dass sie Beratungsgespräche (insbesondere auch Einzelgespräche) der Suchthilfe angepasst an die kognitiven Fähigkeiten der Jugendlichen favorisieren würden. Das Fehlen dieser Angebote wurde von ihnen bemängelt.

## **Gibt es einen Fortbildungsbedarf für Beschäftigte in der Behindertenhilfe?**

Diese Frage wurde ausnahmslos von allen Befragten bejaht.

### **3.3 Überprüfung durch die Fokusgruppe**

An der Fokusgruppe nahmen vier Teilnehmer der Interviewphase aus der Jugend-, Behinderten- und Suchthilfe teil. Insbesondere wurde über folgende abweichende Einschätzungen diskutiert:

#### *1. Sind männliche Personen mehr betroffen als weibliche?*

Diese Einschätzung wurde bestätigt mit dem Hinweis, dass grundsätzlich mehr männliche Personen mit einer Intelligenzminderung institutionell betreut würden und analog zur Situation in der ‚Normalbevölkerung‘ ihr Konsum öffentlicher sei.

#### *2. Können Arztgespräche einen sinnvollen Beitrag zur Suchtprävention leisten?*

Die Frage wurde unter der Bedingung bejaht, dass bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen einem Arzt und einem Betroffenen besteht. Das Arztgespräch könne dann sehr unterstützend wirken, aber nicht die Aufgaben einer Suchtberatung übernehmen.

#### *3. Ist soziale Ausgrenzung eher Folge oder Ursache eines problematischen Konsums?*

Hier wurden beide Aspekte bestätigt. Hingewiesen wurde darauf, dass sich durch den Suchtmittelkonsum oft in der Folge die Peergruppe auf ebenfalls konsumierende einschränkt.

#### *4. Sind engere Betreuungsstrukturen sinnvoll?*

Eine engere Betreuungsstruktur könne schon als Schutz wirken, müsse aber regelmäßig mit der gewünschten Förderung der Eigenständigkeit und Selbstverantwortung abgeglichen werden. Wichtig seien deshalb insbesondere Angebote der Freizeitgestaltung, um Langeweile und Einsamkeit zu verhindern.

Die Fokusgruppe bestätigte insgesamt die vorgestellten Ergebnisse aus der Interviewphase. Auch wurde die Notwendigkeit von Fortbildungsprogrammen für Mitarbeiter der Behindertenhilfe bekräftigt.

## 4. Zusammenfassung

Die RAR-Erhebung wurde von März – Juli 2009 in Westfalen-Lippe durchgeführt. Nach der Sammlung vorhandener Informationen wurden semi-strukturierte (n=10) und strukturierte Interviews (n=28) sowie eine Fokusgruppenbefragung (n=4) durchgeführt. Einbezogen waren verschiedene Berufsgruppen aus verschiedenen Arbeitsfeldern, die Kontakt mit Menschen mit einer Intelligenzminderung haben.

Folgende Ergebnisse wurden ermittelt:

1. Der Suchtmittelkonsum von Menschen mit einer Intelligenzminderung ist ein bisher wissenschaftlich kaum bearbeitetes Thema in Deutschland. Materialien existieren hauptsächlich aus dem englisch-amerikanischen Raum. In der Praxis gibt es nur vereinzelte für diese Gruppe entwickelte Konzepte für die Prävention, Beratung und Behandlung, obwohl die Prävalenz einer Intelligenzminderung in der Bevölkerung auf ca. 17,5% geschätzt wird.
2. Alkohol, Tabak und Cannabis sind die hauptsächlich konsumierten Suchtmittel in dieser Bevölkerungsgruppe. Für Jugendliche mit einer Intelligenzminderung wird aber auch von einem Konsum anderer illegaler Drogen, insbesondere Ecstasy, berichtet. Insgesamt ist festzuhalten, dass ein Suchtmittelkonsum in dieser Gruppe zu beobachten ist, der zumindest nicht geringer ist als in der Normalbevölkerung. Die Frage nach Substanzkonsum ist wahrscheinlich aber zu kurz gegriffen, da eine Vielzahl der Befragten auch verhaltensbezogene Süchte (Spiel- und Mediensucht, unkontrolliertes Essverhalten) als problematisch angab. Diese Themen wurden bisher in Forschung und Praxis zu wenig beachtet.
3. Als besonders gefährdet wird die Gruppe der erwachsenen Menschen mit einer Intelligenzminderung im ambulant betreuten Wohnen, aber auch im Familiensystem genannt. Als zweite Gruppe werden intelligenzgeminderte Jugendliche unabhängig von ihrer Wohnsituation gesehen.
4. Körperliche, psychische, soziale und finanzielle Probleme durch den Suchtmittelkonsum werden beobachtet. Strafrechtliche Probleme spielen eher keine Rolle.
5. Hauptfaktoren für den Konsum sind nach Ansicht der Befragten insbesondere eine soziale Ausgrenzung vor dem Hintergrund des Wunsches ‚normal‘ sein zu wollen sowie eine geringe Problemlösefähigkeit.

6. Obwohl Informationen im Rahmen suchtpreventiver Maßnahmen durchaus gegeben werden, scheint der Kenntnisstand bei den Betroffenen eher gering zu sein. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die Informationen nicht behalten werden. Hierzu wären mehr Wiederholungen und einfachere, mehr bildhafte Botschaften notwendig.

7. Daraus folgt als Notwendigkeit die Entwicklung angepasster Materialien für die suchtpreventive Arbeit mit intelligenzgeminderten Menschen.

8. Auch die vorhandenen Beratungs- und Behandlungskonzepte berücksichtigen die besondere Situation dieser Personengruppe nur vereinzelt. Hier ist ebenfalls ein Entwicklungsbedarf vorhanden. Ebenso ist es erforderlich, die Zusammenarbeit zwischen den Betreuungsinstitutionen und den Suchthilfeeinrichtungen fallorientiert zu verbessern.

9. Um Menschen mit einer Intelligenzminderung Zugang zu einem adäquaten Unterstützungs- und Hilfeangebot zu ermöglichen, müssen Beschäftigte in der Behindertenhilfe zu Suchtfragen fortgebildet werden und Beschäftigte in der Suchthilfe zum Umgang mit Menschen mit einer Intelligenzminderung.

In den Interviews wurde ein Aspekt nicht benannt und auch nicht befragt, der aus fachlicher Sicht eine wahrscheinlich erhöhte Gefährdung dieser Personengruppe im Vergleich zur Normalbevölkerung darstellt. Das ist der durch die gesundheitlichen Einschränkungen oft erforderliche Medikamentengebrauch, der zu unerwünschten Wechselwirkungen führen könnte.

## **Literaturverzeichnis**

**Beer, O.** (2004). Suchtmittelgefahr bei Menschen mit geistiger Behinderung – eine Auswertung amerikanischer und australischer Literatur mit dem Schwerpunkt Alkoholkonsum. Diplomarbeit an der Westfälischen-Wilhelms-Universität, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Sozialwissenschaften. Münster.

**Bentrop-Franke, T.** (2006). Alkoholmissbrauch bei Menschen mit einer geistigen Behinderung: Evaluation eines Primär- und Sekundärpräventionsprogramms. Diplomarbeit im Studiengang Soziale Arbeit der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen – Abteilung Paderborn.

**Bertelsmann Stiftung & Nordverbund suchtpreventiver Fachstellen** (Hrsg.) (2007). PeP - Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung an Förderschulen.

**Franz, W.** (1995). Überlegungen zu therapeutischen Möglichkeiten für alkoholranke Menschen mit Behinderungen. Hamburg: Diplomica Verlag.

**Haase, K.** (2002). Alkoholismus bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Diplomarbeit an der Fachhochschule Lausitz, Standort Cottbus.

**Karch, D.** (2002). Ursachen der Mentalen Retardierung. Vortrag Fortbildungsakademie der Deutschen Gesellschaft Neurologie, Mannheim 2002.

**Katusic, S.K.** (1996). Mental retardation in a birth cohort, 1976-1980, Rochester, Minnesota. *Am J Ment Retard.* 1996 Jan;100(4):335-44.

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe** (Hrsg.) (2002). Rapid Assessment and Response (RAR) für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern – Ein Handbuch. Münster: ©Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

**Lulgjuraj, N.** (2008). Sucht und kognitive Beeinträchtigung – Menschen mit einer „mäßigen“ kognitiven Beeinträchtigung: Eine Risikogruppe bezüglich Sucht. Diplomarbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz.

**Theunissen, G. & Schubert, M.** (2006). Alkoholismus und geistige Behinderung. In: Hennicke, K. (Hrsg.). *Psychologie und geistige Behinderung, Dokumentation der Fachtagung der DGSGB.* Berlin.

**Theunissen, G. & Lingg, A.** (2008). *Psychische Störungen und geistige Behinderungen: Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis.* 5. Auflage. Freiburg: Lambertus Verlag.

**Westfalenfleiß GmbH** (Hrsg.) (2006). DIDAK - ein didaktisch-handlungsorientiertes Primär- und Sekundärpräventionsprogramm für erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung.



# Großes Interesse an lange vernachlässigtem Thema

## Zusammenfassender Artikel für die Zeitschrift „Konturen“

Ulrich Klose

Unterschwellig ist es bereits lange ein Thema gewesen. Bereits vor ungefähr zehn Jahren gab es vereinzelt Anfragen zum Thema „Geistige Behinderung und Sucht“ aus der Behindertenhilfe an die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS), erinnerte sich Doris Sarrazin zum Auftakt der Fachtagung „Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht/Substanzmissbrauch“ im Wittekindshof Bad Oeynhausen. Allerdings ergaben Recherchen damals, dass keine passgenauen Angebote für diese Gruppe existierten, sagte die stellvertretende Leiterin der LWL-KS. Das Thema verschwand zunächst wieder aus dem Blickpunkt.

Jetzt, ein Jahrzehnt später, zeigte der überaus große Zuspruch zur Tagung, dass der Bedarf an einem „interdisziplinären Diskurs“ immer noch riesig ist: „Fast dreimal so viele Anmeldungen“ als Teilnahmeplätze verzeichneten die Organisatoren beim ersten Termin, freute sich Prof. Dr. Dierk Starnitzke, Vorstandssprecher der Diakonischen Stiftung Wittenkindshof. LWL-KS und Wittekindshof hatten die Fachtagung gemeinsam organisiert.

Auf Seiten der LWL-KS wurde damit ein Prozess fortgesetzt, der 2008 mit Experten-Workshops in Kooperation mit der niederländischen Suchthilfeorganisation TACTUS, Enschede, begonnen hatte. In den Niederlanden sei man bei spezifischen Angeboten für Suchtkranke mit Intelligenzminderungen bereits weiter, berichtete Doris Sarrazin. Vorbereitend für weitere Projekte – unter anderem auf europäischer Ebene – werde derzeit in Nordrhein-Westfalen eine Vollerhebung durchgeführt, um tatsächliche Bedarfe und bestehende Angebote für diese spezielle Gruppe zu erfassen und zu sichten. In Planung sei auch eine spezielle Qualifizierung zum Thema Sucht und Intelligenzminderung.

### **Nur wenige gesicherte Erkenntnisse zum Bedarf**

Der Bedarf an eigens entwickelten Methoden und Konzepten für suchtgefährdete oder süchtige Menschen mit Intelligenzminderungen ist groß. Darin stimmten alle Referentinnen und Referenten in Bad Oeynhausen überein. Denn erprobte, sprachbasierte Konzepte müssten allein wegen der anderen geistigen Fähigkeiten dieser Menschen scheitern, sagte beispielsweise Dr. Michael Schubert vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Universität Halle an der Saale. Er fügte hinzu: „Bislang ist dieses Thema wissenschaftlich weitgehend unberücksichtigt.“

Einer der Gründe: Wie groß die betroffene Gruppe ist, lässt sich nur schwer feststellen. Geistig Behinderte und andere zu betreuende Personen werden vermehrt dezentral untergebracht, erläuterte Dr. Schubert. Sie wohnen in Wohnprojekten oder zu Hause und arbeiten in Werkstätten. Deshalb seien sie nur schwer zu erfassen. In den dezentralen Settings falle Suchtmittelmissbrauch möglicherweise nicht auf.

Entsprechend dürftig und methodisch unzuverlässig ist die Datenlage: Oft würden Mitarbeiter von betreuten Werkstätten oder Wohnheimen nach dem Konsum der von ihnen betreuten Menschen gefragt. In Sachsen-Anhalt wurde auf diese Weise ermittelt, dass 6,7 Prozent der in Wohneinrichtungen untergebrachten Behinderten als alkoholgefährdet und 4,2 Prozent als abhängig eingeschätzt wurden. In Werkstätten ergaben sich hingegen Werte von 2,7 Prozent alkoholgefährdeter und 1,4 Prozent abhängiger Klienten. In beiden Fällen wäre die Quote problematisch oder süchtig konsumierender geistig Behinderter geringer als in der Durchschnittsbevölkerung.

## **Alkohol das wichtigste Suchtmittel**

„Es wird das konsumiert, was am einfachsten erreichbar ist. Und das ist in erster Linie der Alkohol“, berichtete Dr. Thomas Heinz, Chefarzt der Sucht-Rehabilitation Stillenberg der LWL-Klinik Warstein. Gemeinsam mit Nikotin sei Alkohol das Haupt-Suchtmittel unter geistig Behinderten, konstatierte auch Dr. Schubert. Illegale Drogen spielten so gut wie keine Rolle. Allerdings träten im Umfeld von Behindertenwerkstätten vermehrt Haschisch-Dealer in Erscheinung, ergänzte im späteren Verlauf der Tagung Jürgen Lamm von der Suchtpräventionsfachstelle „Suchthilfe direkt“ in Essen.

Suche nach Anerkennung im sozialen Umfeld bei gleichzeitig verringerter sozialer Widerstandsfähigkeit, Ausgleich von Befindlichkeitsstörungen, die Suche nach dem Rausch: Geistig Behinderte und Angehörige der Durchschnittsbevölkerung greifen aus ähnlichen Gründen zu Rauschmitteln. Während der Forscher Dr. Schubert deutlich sagte: „Suchterkrankungen sind kein Symptom einer geistigen Behinderung“, schränkte Suchthilfe-Praktiker Dr. Thomas Heinz später ein: „Aus dem praktischen Blickwinkel würde ich schon von einer gewissen Vulnerabilität sprechen.“ Zudem wöge der Suchtmittelmissbrauch bei geistig Behinderten eher schwerer als in der Durchschnittsbevölkerung. Darauf wiesen neben Dr. Heinz auch die Vertreter der niederländischen Facheinrichtung Tactus hin. Und die Folgen seien erheblich: Andere könnten – möglicherweise gewalttätig – belästigt werden, es könne zu Schwierigkeiten am Arbeitsplatz kommen, der Konsumierende selbst werde zur hilflosen Person, weil er die Folgen seines Tuns schlechter einschätzen könne.

Die Redner der Tagung zeigten Einigkeit in der Diagnose und ähnliche Ideen für Prävention und Behandlung intelligenzgeminderter Suchtkranker. Wie der Hallenser Wissenschaftler Dr. Schubert forderten alle die enge Kooperation von Sucht- und Behindertenhilfe ein. Dr. Schubert skizzierte ein interdisziplinäres, lebensweltlich orientiertes und nicht sprachbasiertes Angebot für intelligenzgeminderte Suchtkranke und -gefährdete. Sozialkompetenzen müssten gefördert, Ressourcen aktiviert, Problemlösungskompetenzen wie auch das Wissen um Suchtmittel und Konsum entwickelt werden. Positive Verhaltensmuster sollten unterstützt und somit verstärkt werden. Sucht- oder Behindertenhelfer müssten aufsuchend arbeiten und aktiv daran mitwirken, das Lebensumfeld des Betroffenen zu verändern, betonte Dr. Schubert. So werde das Risiko eines Rückfalls oder einer Verschlimmerung der Situation kleiner. Durch Angebote in den Einrichtungen der Behindertenhilfe würde das vertraute Umfeld erhalten bleiben und Ortsveränderungen nicht zu Verunsicherungen oder gar Destabilisierungen führen.

### **Ähnlichkeit zu „Sucht im Alter“**

Interdisziplinär innerhalb der Suchtprävention und -hilfe hat sich die Suchtpräventionsfachstelle der Suchthilfe direkt, Essen, dem Thema „Geistige Behinderung und Sucht“ genähert. Mit Erkenntnissen zu Sucht im Alter und betrieblicher Suchtprävention entwickelte „Suchthilfe direkt“ ein eigenes Beratungsangebot für Intelligenzgeminderte und schloss pragmatisch die bislang existierende Lücke. Suchthilfe direkt-Sozialarbeiter Jürgen Lamm erläuterte die Ähnlichkeiten im Umgang mit älteren, teils dementen und intelligenzgeminderten Suchtkranken: Im Umgang mit diesen Gruppen stehe die Beobachtung der Klientinnen und Klienten stärker im Vordergrund als in anderen Settings. Unbedingt müssten Sucht-Fachleute darauf achten, welche Medikamente ihre Betreuten noch einnahmen, weil es dabei zu gefährlichen Wechselwirkungen kommen könne.

Auch Jürgen Lamm plädierte für die Stärkung positiver Verhaltensmuster und die Entwicklung von Problemlösungsstrategien. Hilfsangebote griffen dann am besten bei den Behinderten, „je mehr sie positive Lebenserfahrungen gemacht haben.“ Im Umgang mit Intelligenzgeminderten müssten die Sucht-Fachleute teilweise neu sprechen lernen. An Beispielen demonstrierte Jürgen Lamm, dass fast alles in sehr einfachen Worten ausgedrückt und in klare, teilweise kategorische Aussagen gegossen werden kann. Das alles mit dem Ziel, die Klienten zu Verhaltensänderungen zu motivieren. Dazu gehöre auch, deutlich auf mögliche negative Folgen hinzuweisen. Gerade bei komplexeren Zusammenhängen bewirke ein Bild oft mehr als tausend Worte: „Das Bild wird verstanden und teilweise mit eigenem Erleben gefüllt.“

## **Ziel: weitestmögliche Wiedererlangung persönlicher Autonomie**

Erste Erfahrungen mit der Behandlung chronisch mehrfachgeschädigter Patientinnen und Patienten hat die Sucht-Rehabilitation Stillenberg der LWL-Klinik Warstein gesammelt. Sie ähneln denen Jürgen Lamms in Essen: Lernen am Vorbild, die Präsentation von Alternativen, Ressourcenaktivierung, Kompetenzsteigerung. Diese und weitere Ansätze versprechen Erfolg, meinte der Chefarzt der Einrichtung, Dr. Thomas Heinz.

In der Stillenberger Rehabilitationsabteilung gebe es eine separate Gruppe für intelligenzgeminderte Suchtkranke, berichtete der Suchtmediziner. Im Zuge geplanter Umbau- und Erweiterungsmaßnahmen solle es darüber hinaus bald ein neues, „sehr kleines“ Angebot für die Behandlung intelligenzgeminderter Suchtkranker geben.

Dr. Heinz schloss sich im Trend den Empfehlungen seiner Vorredner an: Oberstes Ziel einer Behandlung Intelligenzgeminderter müsse sein, dass die Behandelten ihre persönliche Autonomie so weit wie möglich wiedererlangten. Gute Erfahrungen habe man in Warstein mit dem didaktisch-handlungsorientierten Präventionspaket „DIDAK“ gesammelt. Es ist auf die Suchtprävention für geistig Behinderte zugeschnitten und wurde von 2003 bis 2005 als Modellprojekt erprobt. Leiterin war Marja Kretschmann-Weelink. Grundsätzlich setzt DIDAK daran an, mit geeigneten Kommunikationsangeboten – Piktogrammen, einfach gehaltenen Gesprächssituationen und einiges mehr – die Risiko-, Gefahren- und Substanzkompetenz der Menschen mit Intelligenzminderung zu steigern und ihnen positiv erlebbare Alternativen anzubieten.

## **Niederländisches Ampelmodell kann Vorbild sein**

Weiter als Deutschland sind die Niederlande bei der Beschäftigung mit intelligenzgeminderten Suchtkranken. Führend ist dabei die Einrichtung TACTUS aus Enschede, für die Gerard Huis in't Veld und Rianca den Ouden das niederländische Ampelmodell präsentierten. Die LWL-Koordinationsstelle Sucht hatte bereits in den Jahren 2008 und 2010 Expertengespräche mit den niederländischen Kollegen durchgeführt.

Ziel des Ampelmodells ist die bessere Diagnose eines Suchtproblems. Durch dann folgende passgenaue Maßnahmen soll der Lebensraum der Betroffenen möglichst wenig eingeschränkt und ihr Leben weitestgehend selbstbestimmt gestaltet werden. Der Konsum eines betreuten Menschen wird zunächst durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Behindertenhilfe und später möglicherweise noch durch die Suchthilfe mit Hilfe roter, oranger und grüner Etikettierung bewertet. Das ist die Basis des Modells.

In ausführlichen Schulungen lernen die beteiligten Fachkräfte, Gebrauch und Missbrauchsrisiko der betroffenen Menschen als unbedenklich (grün) oder bedenklich (rot bzw. orange) einzustufen. In diesem Fall gibt es Kontakt zur Suchthilfe und eine gemeinsame Betrachtung des Falls, die wiederum in die Vergabe der Kennzeichnungen rot oder gelb für schweren oder akut weniger schweren Substanzmissbrauch mündet. Grundsätzlich werden bei roten oder gelben Kennzeichnungen individuelle Beratungen oder Behandlungen für die Betroffenen eingeleitet. Bei grünen Markierungen erfolgen Maßnahmen der selektiven Prävention auf Gruppen-Ebene.

Die niederländischen Spezialisten informierten auch über den SumID-Fragebogen, der ebenfalls mit einer Ampel-Einstufung als Screening-Instrument arbeitet, dieses Mal im Rahmen eines Gesprächs mit den intelligenzgeminderten Menschen selbst. Hierbei werden einfache Fragen gestellt, z.B. ob eine Substanz nie, weniger oder mehr als ein Mal gebraucht wurde. Diesen Stufen werden die Markierungen grün, orange oder rot zugeordnet, woraus sich wiederum weitere Handlungsoptionen ergeben.

Die Zuordnung der Farben zu den einzelnen Lebenssituationen gestatte sehr individuelle und dabei doch standardisierte und vergleichbare Interventionen, betonten Gerard Huis in't Veld und Rianca den Ouden. Eine vorläufige Evaluation des Modells ergab, dass ein Drittel der Klienten als „grün“ eingestuft wurde. Die große Mehrheit der verbleibenden Menschen erhielt eine orange Einstufung. Die niederländische Suchthilfe empfinde das Ampelmodell als ein gutes, wenn auch arbeitsaufwändiges und schulungsintensives Angebot.

### **Gute Erfahrungen in abstinenzorientierter Wohngruppe**

Die spezielle Situation suchtkranker Intelligenzgeminderter in Betreuungseinrichtungen wie dem Wittekindshof erläuterte Dipl.-Psychologe Stefan Buschkämper, der in Bad Oeynhausen abstinenzorientierte Wohngruppen für Suchtkranke und Suchtgefährdete betreut. Die Besonderheit dabei: Die Menschen, die dorthin gelangen, weisen häufig eine bereits über viele Jahre verfestigte Suchtproblematik auf. In einem sich anschließenden Forum und einer Führung durch die Wohngruppe erhielten die Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmer praktische Einblicke in das Angebot.

Seit 2006 sind elf Menschen mit erheblichem Alkoholproblem dort aufgenommen worden, teilweise weil sie sich selbst oder andere gefährdeten. Zehn der Aufgenommenen leben noch dort. In der Regel habe sich ihr Zustand verbessert, berichtete der Wittekindshof-Fachmann. Rückfälle seien selten. Nur einer der Bewohner lebt derzeit in einer Wohnung mit Türsicherung. Bis auf einen Rentner arbeiteten alle zuverlässig in beschützten Werkstätten.

Besonderes Augenmerk legte Stephan Buschkämper auf die Umfeld-Situation in solchen Einrichtungen. Die Betroffenen hätten andere soziale, moralische und intellektuelle Fähigkeiten. Die Betreuungseinrichtungen müssten sie deshalb mit einem aktiv gestalteten Umfeld bei der Stabilisierung und Verbesserung ihrer Situation unterstützen. Das sei personalintensiv. Dazu könne als Schutz zunächst aber auch die Einschränkung der Bewegungsfreiheit gehören, um zu Beginn die Abstinenz zu festigen.

Die guten Effekte einer Entzugsbehandlung könnten schnell zunichte gemacht werden, wenn sogenannte „Dunkelfelder“ nicht beseitigt würden, in denen weiterhin unbemerkter Konsum stattfindet. Auch über Themen wie Kontrolle und Sanktionen müsse in diesem Zusammenhang gesprochen werden. Ein Betreuungsteam komme nicht umhin, sich darüber zu informieren, wann sich der Betreute wo und mit wem aufhalte. Im Allgemeinen sei seine Erfahrung, dass suchtkranke geistig Behinderte besser im Kontext der Behindertenhilfe zu behandeln seien als im isolierten Setting einer Suchtklinik, die nicht auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist.

Im Forum skizzierte er ein „Treppenmodell“, das zunächst mit eher restriktiven Maßnahmen startet, um nach und nach über die Entwicklung von Konsum- und Lebenskompetenz eine Verhaltensänderung hin zu einer autonomen Lebensführung zu erreichen, die wiederum mit einer Lockerung der Restriktionen einhergeht. Entsprechend existieren im Wittekindshof eine geschlossene und eine offene Wohngruppe sowie für spätere Schritte differenziertere und auch ambulante Wohnangebote. Der Bad Oeynhausener Experte betonte die Bedeutung von begleitenden Maßnahmen wie sozialtherapeutischen Gruppen, pädagogischer Präsenz in den Wohnbereichen und der intensiven Kommunikation der beteiligten professionellen Ebenen.

Wichtig ist es laut Stephan Buschkämper zudem, das Problem des Betreuten umfassend im Zusammenwirken mit allen beteiligten Instanzen zu beleuchten. Gibt es Komorbiditäten oder „übersehene“ Konsumfolgen? Je nach Diagnose seien andere Maßnahmen zu treffen. Diese müssten dem Betroffenen in geeigneter Form transparent gemacht werden. Speziell bei der Gruppe der geistig Behinderten müsse auch die gesetzliche Betreuung intensiv eingebunden werden.

Aufgrund der großen Nachfrage wurde die Tagung mit etwas geänderten Programm am 09. November 2011 wiederholt.

## Autoren / Korrespondenzadressen

Stephan Buschkämper  
Diakonische Stiftung Wittekindshof  
Psychologischer Dienst  
Neinstedter Weg 5  
32549 Bad Oeynhausen  
E-Mail: [stephan.buschkaemper@wittekindshof.de](mailto:stephan.buschkaemper@wittekindshof.de)

Marike van Dijk  
Onderzoekscoördinator  
Projectnedewerker DD-Monitor Piet Roorda Kliniek  
Institutenweg 1  
NL 7521 PH Enschede  
E-Mail: [marike.vandijk@tactus.nl](mailto:marike.vandijk@tactus.nl)

Dr. Thomas W. Heinz  
LWL-Klinik Warstein / Fachklinik Stillenberg  
Franz-Hegemann-Straße 23  
59581 Warstein  
E-Mail: [thomas.heinz@wkp-lwl.org](mailto:thomas.heinz@wkp-lwl.org)

Prof. Dr. Dr. Martin Hörning  
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
Fachbereich Sozialwesen  
Leostraße 19  
33098 Paderborn  
E-Mail: [m.hoerning@catho-nrw.de](mailto:m.hoerning@catho-nrw.de)

Ulrich Klose  
Pantaleonplatz 5  
48161 Münster  
E-Mail: [ulrich@ulrichklose.de](mailto:ulrich@ulrichklose.de)

Jürgen Lamm  
Suchthilfe direkt Essen gGmbH  
Fachstelle Suchtprävention  
Alfredstraße 51  
45130 Essen  
E-Mail: Lamm@suchthilfe-direkt.de

Doris Sarrazin  
Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Koordinationsstelle Sucht  
Warendorfer Straße 27  
48133 Münster  
E-Mail: doris.sarrazin@lwl.org

# Impressum

Dieser Band 44 der Reihe „Forum Sucht“ basiert auf den Beiträgen zu zwei Tagungen zum Thema „Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch“ die die LWL-Koordinationsstelle Sucht am 07. Juli 2011 und 09. November 2011 in Kooperation mit der Diakonischen Stiftung Wittekindshof, Bad Oeynhausen, durchgeführt hat.

**Herausgeber:** Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster

**Redaktion:** Doris Sarrazin, LWL-Koordinationsstelle Sucht

**Layout:** Thomas Gawel, Hamm

**Druck:** Druckverlag Kettler, Bönen

1. Auflage 1.000

ISSN 0942-2382

© 2012 Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Koordinationsstelle Sucht  
Warendorfer Straße 27, 48133 Münster

[www.lwl-ks.de](http://www.lwl-ks.de)

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Die Vervielfältigung und Verbreitung zu nicht kommerziellen Zwecken ist - unter Verweis auf die Urheberschaft der LWL- Koordinationsstelle Sucht – erlaubt. Zur Ergänzung oder Untermauerung von Artikeln und Diplomarbeiten darf die Veröffentlichung genutzt werden, sofern die Quelle deutlich angegeben wird.

# Die LWL-Koordinationsstelle Sucht



Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Suchtmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die rund 900 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in der Region Westfalen-Lippe.

## Beratung und Koordination

Die LWL-KS ist als Beraterin und Koordinatorin der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Facheinrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler, aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse sowie die aktuelle Gesetzgebung und moderiert die Kommunale Suchthilfeplanung.

## Fort- und Weiterbildungen

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 19.500 Mitarbeiter der Suchthilfeeinrichtungen und -initiativen in Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen. Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzender Arbeitsfelder unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus.

## Modellprojekte

Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten Modellprojekte sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung.

## Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) arbeitet als Kommunalverband mit 13.000 Beschäftigten für die 8,5 Millionen Menschen in der Region. Der LWL betreibt 35 Förderschulen, 19 Krankenhäuser, 17 Museen und ist einer der größten deutschen Hilfesahler für Menschen mit Behinderung. Er erfüllt damit Aufgaben im sozialen Bereich, in der Behinderten- und Jugendhilfe, in der Psychiatrie und in der Kultur, die sinnvollerweise westfalenweit wahrgenommen werden. Die neun kreisfreien Städte und 18 Kreise in der Region Westfalen-Lippe sind die Mitglieder des LWL. Sie tragen und finanzieren den Landschaftsverband, den ein Parlament mit 101 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.

**Die Diakonische Stiftung Wittekindshof** unterstützt mit mehr als 2.900 Mitarbeitern den über 3.400 Menschen jeden Alters in den Bereichen Wohnen, Bildung, Ausbildung, Arbeit, Freizeit, Gesundheit und religiöses Leben. Schwerpunkte bilden Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung. Der Wittekindshof ist Träger von integrativen Familienzentren und bildet Frauen und Männer in sozial-diakonischen Berufen aus. In den letzten Jahren wurden verschiedene spezialisierte Angebote entwickelt (z.B. für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten). An den über 50 Wittekindshofer Standorten in Westfalen und darüber hinaus will die Stiftung dazu beitragen, die Vision einer inklusiven Gesellschaft zu verwirklichen.



