



aktion**beratung**  
einfach.gut.beraten.

Projekt „Geistige Behinderung und  
problematischer Substanzkonsum“

# BERATUNGS HANDBUCH

LESEPROBE

TEIL 1

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Grundlagen der Beratungsarbeit mit  
Menschen mit geistiger Beeinträchtigung  
und problematischem Substanzkonsum

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Ziele des Projektes</b>	<b>8</b>
<b>A</b>	<b>GRUNDLAGEN UND HINTERGRÜNDE</b>	
<b>4.</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>	
4.1	Gesetzliche Grundlagen	
4.2	Prinzipien der Normalisierung, Selbstbestimmung und Inklusion	9
4.3	Kooperierende Träger und beteiligte Institutionen	10
4.4	Am Modellprojekt beteiligte Einrichtungen	
<b>5.</b>	<b>Umgrenzung der Zielgruppe</b>	
5.1	Menschen mit geistiger Beeinträchtigung	
5.2	Problematischer Substanzkonsum	10
5.3	Epidemiologie	
5.4	Besonderheiten der Zielgruppe	10
<b>6.</b>	<b>Annäherung der Prinzipien und Konzeptionen der Eingliederungshilfe und der Suchthilfe im Hinblick auf die spezifische Zielgruppe</b>	<b>11</b>
<b>B</b>	<b>ORGANISATORISCHE UND FACHLICHE VORAUSSETZUNGEN</b>	
<b>7.</b>	<b>Organisatorische und strukturelle Möglichkeiten einer Kooperation zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe</b>	<b>12</b>
7.1	Leitungsebene	12
7.2	Einrichtungsebene	
7.3	Bindeglied zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe	
7.4	Gemeinsamer Arbeitskreis	
7.5	Externe Arbeitsbeziehungen	
<b>8.</b>	<b>Möglichkeiten der Partizipation und Einbeziehung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung in die Kooperation zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe</b>	
8.1	Einbeziehung von Werkstattträtern und Bewohnerbeiräten	
8.2	Überprüfung von Materialien und Medien	
8.3	Fortbildung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	
8.4	Weitere Möglichkeiten der Einbeziehung	
<b>9.</b>	<b>Fachliche Inputs für die Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe</b>	
9.1	Gegenseitige Hospitationen	
9.2	Fortbildungscurriculum	
9.2.1	Basismodul für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Eingliederungshilfe „Mensch. Sucht.Normalität“	
9.2.1.1	Grundseminar Abhängigkeit	
9.2.1.2	Motivierende Kurzintervention (MOVE)	

- 9.2.1.3 Regelwerk bei Verdacht auf Suchtmittelmissbrauch
- 9.2.2 Basismodul für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchthilfe „einfach.gut.beraten“
- 9.2.2.1 Grundlagenseminar „Geistige Beeinträchtigung“
- 9.2.2.2 Kontakt- und Beziehungsaufbau bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung
- 9.2.2.3 Unterstützte Kommunikation und Leichte Sprache
- 9.2.3 Fortbildung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- 9.2.4 Resümee, Empfehlungen und Weiterentwicklung des Fortbildungscurriculums für Fachkräfte
- 9.3 Team-Support

## **C EXEMPLARISCHE METHODEN DER SUCHTPRÄVENTION UND –BERATUNG BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER BEEINTRÄCHTIGUNG**

- 10. Suchtprävention bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung 13**
  - 10.1 Zielgruppen
  - 10.2 Kooperationen
  - 10.3 Hinweise zur Durchführung
    - 10.3.1 Setting
    - 10.3.2 Methodik/Didaktik
  - 10.4 Beispiel Arbeitshilfe „Nuggets“
  
- 11. Vermittlung in und Beratung durch die Suchthilfe in Bezug auf die Zielgruppe 14**
  - 11.1 Barrierefreie Vermittlung in das Beratungsangebot der Suchthilfe 14
    - 11.1.1 Zugangswege 14
    - 11.1.2 Mögliche Hemmnisse und Hindernisse beim Zugang zur Suchtberatung 15
    - 11.1.3 Möglichkeiten des Abbaus von Hemmnissen und Hindernissen
  - 11.2 Suchtberatung bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung
    - 11.2.1 Setting
    - 11.2.2 Methodik und Materialien 15
    - 11.2.3 Beratungsprozess
  
- 12. Checklisten**
  - 12.1 Organisationsebenen
  - 12.2 Partizipation von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung
  - 12.3 Fachliche Inputs für die Fachkräfte
  - 12.4 Veranstaltungen und Fortbildungen mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung
  - 12.5 Barrierefreier Zugang zum Beratungsangebot der Suchthilfe
  
- 13. Resümee, Ausblick und Danksagung**
  
- 14. Hinweise zu verwendeter und weiterführender Literatur, zu Informationen und Institutionen**
  
- 15. Anhang**
  - 15.1 Kurzdarstellungen der kooperierenden Träger und Institutionen
    - 15.1.1 EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH
    - 15.1.2 Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
    - 15.1.3 Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik
    - 15.1.4 Hochschule Fulda Fachbereich Sozialwesen
  - 15.2 Kurzdarstellungen der kooperierenden Einrichtungen
    - 15.2.1 Suchthilfezentrum Wiesbaden

- 15.2.2 Aufsuchende Suchthilfe der Stadt Hattersheim (JJ e.V.)
- 15.2.3 Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis (JJ e.V.)
- 15.2.4 EVIM Betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung (Wiesbaden und Main-Taunus-Kreis)
- 15.2.5 WfbM Schlockerhof Hattersheim (EVIM)

## Vorwort

Erfreulicherweise leben inzwischen Personen mit geistigen Beeinträchtigungen nicht mehr in einer abgeschotteten „Sonderwelt“. Seit den 90er Jahren gibt es gesellschaftliche Bestrebungen (u. a. grund- wie sozialrechtliche Reformen), die versuchen, Personen mit einer Intelligenzminderung aktiver als je zuvor in die gesellschaftliche Normalität zu integrieren. Damit ist die Zeit einer „behüteten“ Betreuung in hierfür konzipierten Sondereinrichtungen vorbei. Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung sollen durch gezielte Maßnahmen unterstützt werden, damit auch sie am gesellschaftlichen Leben aktiv teilnehmen können.

Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert, Menschen mit Beeinträchtigung als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger anzuerkennen, ihnen Teilhabe an allen gesellschaftlichen Lebensbereichen zu ermöglichen und dadurch die Inklusion zu fördern. Deutschland hat 2009 die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert, d.h. als Bestandteil des deutschen Rechts anerkannt.

Die im Sinne dieses Vorhabens entwickelten Konzepte eröffnen viele Chancen, aber auch Risiken für die Zielgruppe. Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sind ggf. unterschiedlichen Gefährdungen ausgesetzt. Sie sind beispielsweise in besonderer Form gefährdet, wenn es um einen informierten und kontrollierten Umgang mit Rauschmitteln geht. Legale und illegale Rauschmittel wie z. B. Alkohol oder Cannabis sind in unserer Gesellschaft allgegenwärtig. Durch die Teilhabe an privatem Wohnen und das selbstverständliche „Dabeisein“ in der Gesellschaft sind Personen mit geistiger Beeinträchtigung in ihrem Alltag mit Suchtmitteln konfrontiert. Von daher ist ihr Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit mindestens genauso groß wie bei Personen ohne Beeinträchtigung.

Personen mit geistiger Beeinträchtigung, die Suchtmittel problematisch konsumieren, fallen im Rahmen des gemeindenahen Wohnens mehr auf. Laut der Vollerhebung „Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen“ schätzen vor allem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ambulanten Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe den Anteil von problematisch konsumierenden Bewohnerinnen und Bewohner hoch ein (vgl. Kretschmann-Weelink 2013). Es gibt jedoch in der Suchthilfe und in der Eingliederungshilfe bis dato nur vereinzelte Angebote für diesen Personenkreis. Auch die Materialien und Präventionsmaßnahmen der jeweiligen Institutionen sind nicht immer für diese Zielgruppe angepasst. Den Fachkräften der Eingliederungshilfe fehlen häufig suchtspezifische Kenntnisse und den Fachkräften der Suchthilfe fehlt es umgekehrt an Erfahrung im Umgang mit einer geistigen Beeinträchtigung.

Mit der finanziellen Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit haben sich zwei Träger der Eingliederungs- bzw. Suchthilfe zum Ziel gesetzt, für diesen besonderen Personenkreis in Wiesbaden und darüber hinaus ein passendes Angebot zu entwickeln.

Das vorliegende Handbuch stellt dar, wie Träger der Eingliederungs- bzw. Suchthilfe ihre Arbeitsabläufe so verändern können, damit diese Zielgruppe passende Angebote erhält. Die Anleitungshilfen sollen ebenso im Bereich der Prävention für Fachkräfte Impulse geben, wie Informationen in Leichter Sprache vermittelt werden können.

Insgesamt wurde berücksichtigt, was für eine gelungene Kooperation zwischen den Hilfesystemen benötigt wird, damit einrichtungsübergreifend gearbeitet werden kann. Vor allem war und ist wichtig, wie der wechselseitige Transfer des jeweiligen spezifischen Fachwissens gelingen kann.

Bei der Konzipierung der vielfältigen Angebote haben Selbsthilfeverbände und ebenso Vertreterinnen und Vertreter der Behindertenorganisationen aktiv mitgearbeitet. Ebenso haben verantwortliche Akteure der Kommune und der Gemeindepsychiatrie in Wiesbaden dazu beigetragen, die Angebote im Interesse der Zielgruppe ganzheitlich zu erproben und umzusetzen.

Zahlreiche Fachkräfte aus den Bereichen der Eingliederungs- bzw. Suchthilfe haben mit ihrer Expertise ebenso einen wertvollen Beitrag geleistet.

Wir hoffen, dass das vorliegende Handbuch für Sie von Nutzen sein kann, Ihre Angebote für Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung und einem problematischen Substanzkonsum entsprechend anzupassen.



**Stephan Hirsch**  
Geschäftsführer  
Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.



**Björn Bätz**  
Geschäftsführer  
EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH

## Einleitung

### „einfach.gut.beraten“

Das Bundesmodellprojekt aktionberatung hat eine spezifische Beratungsform für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum konzipiert. Der Untertitel des Projektes steht für wichtige Aspekte eines spezifischen Beratungsangebotes.

Ein Beratungsangebot für die Zielgruppe muss einfach sein. Das heißt zum einen, dass es für die zu beratende Person einfach zu erreichen und leicht verständlich sein muss. Zum anderen muss es für die Beraterinnen und Berater sowie für die Einrichtung einfach um- und innerhalb des bestehenden Angebotes einsetzbar sein.

Ein Beratungsangebot für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung muss gut sein. Es muss zumindest die gleiche Qualität besitzen, wie eine Beratung für Menschen ohne Beeinträchtigung. Zudem muss es der Klientin bzw. dem Klienten das gute Gefühl vermitteln, verstanden und akzeptiert zu werden und auf dem richtigen Weg zu sein. Die Beraterin bzw. der Berater muss für sich das gute Gefühl haben, eine wirkungsvolle Unterstützung zu sein.

Im vorliegenden Beratungshandbuch des Bundesmodellprojektes aktionberatung werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie solch eine spezifische Beratung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung in Suchthilfeeinrichtungen umgesetzt werden kann.

Das Beratungshandbuch des Bundesmodellprojektes aktionberatung ist in drei Bereiche unterteilt. Der erste Teil befasst sich mit den Grundlagen und Hintergründen einer Zusammenarbeit von Sucht- und Eingliederungshilfe. Der zweite Teil stellt die organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen dar. Im dritten Teil stellen wir Ihnen exemplarische Methoden der Suchtprävention und -beratung vor, welche im Projektverlauf erarbeitet und durchgeführt wurden. Viele der im Handbuch erwähnten Materialien und Medien sind im Anhang zu finden.

Das Handbuch ist als Empfehlung und als der erste Schritt für eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen der Sucht- bzw. Behindertenhilfe zu verstehen. Es ist im Sinne eines „lernenden Prozesses“ zu sehen, der nicht abgeschlossen ist, sondern fortgeführt werden kann und muss. Wir würden uns freuen, wenn dieses Handbuch als Anregung genutzt wird, die Suchtberatung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung zu etablieren und diese im Sinne der Klientinnen und Klienten weiter auszubauen.

## Ziele des Projektes

### aktionberatung – Aus der Praxis – In der Praxis – Für die Praxis

Das Bundesmodellprojekt aktionberatung hat sich zum Ziel gesetzt, am Modellstandort Wiesbaden exemplarisch ein Beratungskonzept für den Personenkreis Menschen mit geistiger Beeinträchtigung zu entwickeln und dieses in dem vorliegenden Handbuch zu veröffentlichen.

Obwohl Fachkräfte innerhalb der Eingliederungs- bzw. Suchthilfe zunehmend mehr mit Personen konfrontiert sind, die eine geistige Beeinträchtigung aufweisen und zudem Suchtmittel konsumieren, gab es für diesen Personenkreis bislang keine expliziten Handlungsanleitungen oder Konzepte in den Bereichen Prävention, Beratung und Therapie. Das Handbuch soll somit Fachkräften beider Hilfesysteme eine Möglichkeit zur Implementierung eines Beratungsangebotes für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung in Verbindung mit einem problematischen Substanzkonsum bieten. Den Fachkräften in der Sucht- und Eingliederungshilfe sollten didaktische bzw. methodische Fähigkeiten vermittelt werden, damit sie eine an den Anforderungen der Zielgruppe ausgerichtete Beratung anbieten können. Dazu wurden praxisbezogene Maßnahmen für die Fachkräfte der Sucht- bzw. Eingliederungshilfe entwickelt und Weiterbildungsmaßnahmen initiiert. Zudem konnte ein Fortbildungscurriculum erarbeitet werden, welches ebenso in diesem Handbuch beschrieben wird.

Im Rahmen des Projektes ist zudem vorgesehen, dass eine Datenbank programmiert und allen interessierten Fachkreisen online zur Verfügung gestellt wird.

Ein weiteres Ziel des Projektes ist der Aufbau eines Netzwerkes weiterer interessierter Einrichtungen. Die erarbeiteten und gesammelten Medien, Methoden und fachlichen Erkenntnisse sollen über das Projekt hinaus nutzbar sein.

Von besonderer Bedeutung ist die aktive Beteiligung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung an der Entwicklung und Bewertung des Projektes. Durch das Mitwirken der „Experten in eigener Sache“ können von Anfang an Durchführung und Herangehensweise des Projektes reflektiert und entsprechend angepasst werden.

[...]



## 4.2 Prinzipien der Normalisierung, Selbstbestimmung und Inklusion

Die moderne Eingliederungshilfe und die aktuelle Behindertenpolitik basieren auf drei Grundsatzprinzipien: Normalisierung, Selbstbestimmung und Inklusion. Alle drei Prinzipien zielen darauf ab, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung eine gleichberechtigte Teilhabe an allen Lebensbereichen ermöglicht werden kann. Ob und wie diese Prinzipien den Substanzkonsum von Klientinnen und Klienten beeinflussen können, aber auch, wie diese für eine gelingende Beratung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung genutzt werden können, soll in den folgenden Kapiteln näher erläutert werden.

Zunächst folgt eine kurze Darstellung der Prinzipien.

### Prinzip der Normalisierung

Das Normalisierungsprinzip hat seinen Ursprung in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts und geht auf den Dänen Bank-Mikkelsen zurück, der als Jurist und Verwaltungsbeamter maßgeblich am dänischen Fürsorgengesetz von 1959 beteiligt war. Seine Kritik an den damaligen Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung in großen Anstalten veranlasste ihn zu einem Normalisierungsgedanken, der folgende acht Bereiche umfasst:

- normaler Tagesrhythmus,
- Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen,
- normaler Jahresrhythmus,
- normaler Lebenslauf,
- Respektierung von Bedürfnissen,
- Respektierung des Bedürfnisses nach Sexualität,
- normaler wirtschaftlicher Standard und
- Orientierung der Standards von Einrichtungen an den Bedingungen von Menschen ohne Beeinträchtigung.

Die Quintessenz dieses Prinzips lässt sich wie folgt zusammenfassen: Alle Menschen haben das Recht darauf, unter den gleichen Voraussetzungen in der Gesellschaft zu leben (vgl. Thimm 2008).

### Prinzip der Selbstbestimmung

Unser Wohlbefinden als Menschen ist in hohem Maße davon abhängig, wie selbstbestimmt, eigenverantwortlich und frei wir unser Leben wahrnehmen können. Das Prinzip der Selbstbestimmung in der Eingliederungshilfe ist eng verbunden mit dem Gedanken des Empowerments, also die Unterstützung und Befähigung hin zu einem eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Leben. Alle Hilfen und Assistenzen haben das Ziel, den Menschen mit Beeinträchtigung zu einem weitestgehend selbstbestimmten Leben zu befähigen. Dazu gehören Autonomie und Verteilungsgerechtigkeit sowie kollaborative und demokratische Partizipation (vgl. Ehlers 2009).

### Prinzip der Inklusion

Das Prinzip der Inklusion ist als eine Weiterentwicklung der Integration zu verstehen. Integration bedeutet, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung zwar am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können, jedoch einen Sonderstatus in Form von Förderung und besonderen Bedarfen erhalten. Die Inklusion geht einen Schritt weiter und hat eine Gesellschaft vor Augen, die keinen Unterschied mehr macht zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigung. Alle Menschen haben ihre individuellen Bedürfnisse, Möglichkeiten aber auch Einschränkungen. Alle Menschen haben das Recht auf das gleiche Maß an Teilhabe an der Gesellschaft (vgl. Ehlers 2009).

[...]

### 4.3 Kooperierende Träger und beteiligte Institutionen

Am Bundesmodellprojekt aktionberatung sind verschiedene Träger und Institutionen beteiligt. Die konkrete Zusammenarbeit findet zwischen der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH und dem Suchthilfeträger Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. statt. Hinzu kommt der Fachbereich Sozialwesen an der Hochschule Fulda zur fachlichen Unterstützung sowie das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik zur Evaluation des Projektes. Nähere Informationen zu den Trägern und Institutionen finden Sie unter 15.1. Die langjährige Zusammenarbeit des Suchthilfezentrums Wiesbaden mit der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH wurde als gute Voraussetzung für das Gelingen des Modellprojektes aktionberatung gesehen. Bislang profitierten vor allem Menschen mit einer so genannten Doppeldiagnose (Abhängigkeit und psychische Erkrankung) von dieser Zusammenarbeit. Die bisherigen Erfahrungen sollten auf die neue Zielgruppe übertragen werden, wobei sich jedoch bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beider Kooperationspartner Hürden im Bereich der inneren Haltungen und der praktischen Umsetzung ergaben. Im weiteren Verlauf des Handbuchs wird näher auf diese Hürden eingegangen und beschreiben, wie im Modellprojekt versucht wurde, diese zu überwinden.

[...]

### 5.2 Problematischer Substanzkonsum

Der Begriff „problematischer Substanzkonsum“ ist hier als Oberbegriff für verschiedene substanzbedingte Störungen zu sehen. Darunter fallen neben manifesten Suchterkrankungen auch missbräuchliche und riskante Konsummuster (vgl. Schlöffel et al. 2016). Problematischer Substanzkonsum ist häufig gegeben, wenn durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen gesundheitliche, soziale oder gesellschaftliche Probleme riskiert bzw. bereits entstanden sind.

Der Begriff „riskanter Konsum“ wird vor allem im Hinblick auf Alkoholkonsum verwendet. Hierbei handelt es sich um ein Trinkverhalten, welches über eine bestimmte Grenze hinausgeht, wodurch das Risiko auf gesundheitliche oder soziale Schäden signifikant steigt (z.B.: mehr als zwei Standardgläser Alkohol bei Männern und mehr als ein Standardglas Alkohol bei Frauen an mehr als fünf Tagen pro Woche).

Eng verwandt mit dem „riskanten Konsum“ ist der Begriff des Missbrauchs im DSM-IV. Ein missbräuchlicher Konsum stellt einen nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch einer Substanz dar. Dabei müssen noch keine negativen Auswirkungen erkennbar sein. Zum Beispiel wird Alkohol missbräuchlich konsumiert, wenn die Person trinkt, um die stimmungsaufhellende Wirkung einzusetzen.

Der schädliche Gebrauch nach ICD-10 meint, dass eine Substanz so konsumiert wird, dass sie schon eindeutige körperliche oder psychische Schäden bewirkt hat, jedoch noch keine Abhängigkeit diagnostizierbar ist.

[...]

### 5.4 Besonderheiten der Zielgruppe

Die bisherige Erfahrung zeigt, Menschen mit und ohne Beeinträchtigung haben ähnliche Konsummotive: aus gesellschaftlichen Anlässen heraus, um unangenehme Gefühle positiv zu verändern oder als Versuch, Probleme zu bewältigen.

Allerdings werden in Bezug auf Menschen mit geistiger Beeinträchtigung besondere Faktoren in den Vordergrund gestellt, die eine Suchtentstehung begünstigen können, beispielsweise eine gegebenenfalls geringere Selbstkontrolle, eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, ein starker Wunsch nach Zugehörigkeit oder eine höhere Komorbidität mit Erkrankungen wie Depression oder Posttraumatischen Belastungsstörungen. Die meisten dieser Faktoren sind aber nicht nur spezifisch für eine Abhängigkeitsentstehung bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung. Sie sind auch bei Menschen ohne Beeinträchtigung Risikofaktoren für eine Abhängigkeitserkrankung.

Peter Schinner, Diplompsychologe und psychologischer Psychotherapeut in Berlin, nennt fünf „beson-

dere“ Gründe, warum Menschen mit geistiger Beeinträchtigung Alkohol konsumieren (vgl. Schinner 2008/2014).

- **Weg zur Normalisierung:** „Alle trinken Alkohol, dann mache ich das auch!“
- **Flucht vor der Stigmatisierung:** „Die Menschen, mit denen ich trinke, akzeptieren mich so, wie ich bin! – Meine Beeinträchtigung ist dabei egal.“
- **Protest gegen die Fremdbestimmung:** „Das Trinken hat mein Betreuer nicht von mir verlangt. Ich mache das aus eigener Entscheidung heraus.“
- **Narzisstische Gleichgewichtsregulation:** „Ich erkenne, dass mein Selbstbild nicht mit der Realität übereinstimmt, und versuche diese Diskrepanz mit Alkoholkonsum zu überdecken.“
- **Mittel zur Nähe-Distanz-Regulation:** „Wenn ich trinke, fällt es mir trotz meiner Beeinträchtigung leichter, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und meine Angst davor zu überwinden.“

[...]

## 6. Annäherung der Prinzipien und Konzeptionen der Eingliederungshilfe und der Suchthilfe im Hinblick auf die spezifische Zielgruppe

Konzeptionen im Kontext der Eingliederungshilfe speisen sich aus den Leitprinzipien inklusiver Pädagogik, die sich jedoch in Teilen noch auf Konzepte einer besonderen Heilpädagogik beziehen. Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB IX) sollen sich an Teilhabezielen sowie den Wünschen und Bedürfnissen des Menschen mit Beeinträchtigung ausrichten. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen an der Ausgestaltung der Hilfe beteiligt werden. Die konkreten Assistenzleistungen bewegen sich in einem Spannungsfeld von Wunsch- und Wahlrecht sowie weitgehend festgelegten Lebensorten und Routinen der Leistungserbringer. Die Förderung der Autonomie und der Selbstbestimmung stehen im Fokus der Teilhabeplanung, womit eine weitgehend unabhängige Lebensführung ermöglicht werden soll. Die Assistenzleistungen sollen lediglich eine Hilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben darstellen, alle Leistungen der Eingliederungshilfe sollen die Selbstsorgefähigkeit des Menschen mit Beeinträchtigung bewirken.

Auch die Haltung der Suchthilfe zu Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung stellt die Selbstbestimmung und Autonomie des Betroffenen in den Mittelpunkt der Hilfeplanung und Hilfeleistung. Eine viel gebrauchte Bezeichnung hierfür ist „Hilfe zur Selbsthilfe“. Klientinnen und Klienten sind die Experten ihres eigenen Lebens und haben individuelle Möglichkeiten, eine Veränderung selbst zu bestreiten. Die Hilfeleistung bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung stellt deshalb das Erarbeiten von Ressourcen und das Stärken der Selbstwirksamkeit dar.

So vergleichbar die Haltungen der beiden Hilfesysteme ist, so stößt eine konsequente Anwendung der Prinzipien bei der Zielgruppe von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum doch an ihre Grenzen.

Wenn die Abhängigkeit, wie in Kapitel 5 beschrieben, eine eigenständige Erkrankung ist, ist ihr in der Eingliederungshilfe nicht mehr nur mit der heilpädagogischen Betreuung zu begegnen, sondern sie bedarf einer suchtspezifischen Beratung und Behandlung (vgl. Schinner 2008/2014). Das heißt, dass sich die Art und der Aufwand der Betreuung bezüglich der Abhängigkeitserkrankung verändern müssen.

[...]

## 7. Organisatorische und strukturelle Möglichkeiten einer Kooperation zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe

Eine Kooperation benötigt Struktur und Organisation. Sie muss auf allen Ebenen der Institution gewollt und transparent durchgeführt werden. Dazu werden aus der Erfahrung des Aufbaus der Kooperation zwischen der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH und dem Suchthilfeträger Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. einige Hinweise geben.

### 7.1 Leitungsebene

*(Beitrag von Stephan Hirsch, Geschäftsführer Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.)*

Die Implementierung eines Beratungsangebotes für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung bedarf der vollständigen Aufmerksamkeit der obersten Leitung einer Organisation. Der Wille zur Durchführung genügt nicht. Er bleibt ein Lippenbekenntnis, wenn dieses Thema nicht als strategisches Ziel der Organisation benannt und behandelt wird.

Grundsätzlich bewegt sich die Suchthilfe am Rand der Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit. Genaugenommen steht sie im Zentrum, aber in der öffentlichen Wahrnehmung handelt es sich hierbei eher um ein „Schmuddelthema“. Etwas, das ohnehin nur einen Bruchteil der Bevölkerung betrifft, die auch „Schuld“ für ihre Lebensumstände tragen.

Unsere These im Projekt ist es, dass es mit der Eingliederungshilfe für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung nicht anders ist. Zwar wird diesem Bevölkerungsteil keine Schuld für die eigene Situation zugesprochen, das allgemeine Interesse an der Lebenssituation dieser Menschen bleibt marginal bis ablehnend. Es gibt vereinzelte soziologische Studien zu Einstellungsmustern gegenüber diesen Menschen, die diese These stützen.

Warum sind das erwähnenswerte Faktoren für Leitungsverantwortliche? Weil diese Einstellungsmuster ebenso auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialen Arbeit einwirken OBWOHL diese aufgrund ihres altruistischen und empathischen Tuns eine gewisse Offenheit für Neues haben sollten. Dem ist nicht so. Die Projektarbeit hat gezeigt, dass sowohl die Suchthilfe als auch die Eingliederungshilfe als Praxisfelder der sozialen Arbeit solitär eine friedvolle Koexistenz pflegen. Die Schnittmengen beider Bereiche, die offensichtlich in der Praxis bestehen, werden von den Mitarbeitenden als solche aber nicht wahrgenommen. In der Projektphase mussten sie fortwährend erschlossen, aufgeschlossen und verdeutlicht werden. Der Versuch dieses Phänomen bei den Mitarbeitenden zu erklären, ist nicht ganz einfach. Beide Seiten, die Suchthilfe wie die Eingliederungshilfe, arbeiteten hochspezialisiert mit einer herausfordernden und außergewöhnlichen Klientel. In der Konzentration auf die Bewältigung dieser Herausforderungen haben die Mitarbeitenden beider Seiten offensichtlich gelernt, dass die regulären Stützsysteme im Bereich der Sozialen Arbeit für ihr Klientel wenig Ankerpunkte bietet. Zwar sprechen die neuen Methoden von „inkluisiven Angeboten“ und „akzeptierender ergebnisoffener Arbeit“, trotzdem scheinen strukturelle Hürden zu bestehen, die näher untersucht werden sollten. So haben stillschweigend beide Seiten eine Methode entwickelt, die alltagssprachlich als „Do-it-yourself“ bezeichnet werden könnte; Hilf Dir selbst. Dies soll nicht despektierlich bzw. naiv gemeint sein. Immerhin stützten sich die DIY-Methoden auf wissenschaftliche Verfahren, natürlich auch auf Try and Error, aber immer an den bekannten und bewährten Angeboten der eigenen und der angrenzenden wissenschaftlichen Disziplinen. Analysiert werden die Angebote der Psychologie, Soziologie, Sportwissenschaften, Philosophie, Arbeitswissenschaften, Medizin, der Mathematik und weiterer Disziplinen auf deren Anwendbarkeit auf das eigene System. In der Adaption deren Methoden bleibt jedoch die Frage offen, ob und wie eben jene Disziplin ein Angebot für das eigene Feld erarbeiten kann.

[...]

## 10. Suchtprävention bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung

Suchtprävention ist ein wesentlicher Bestandteil der Suchthilfe. Sie zielt darauf ab, den Einstieg in den Konsum legaler oder illegaler Drogen durch die Förderung von Lebenskompetenzen zu verhindern oder zeitlich hinauszuzögern bzw. frühzeitig zu intervenieren, wenn der Konsum begonnen wurde (Frühintervention) und dadurch Missbrauch und Abhängigkeitserkrankungen zu verringern. Suchtprävention versucht folgende Zielgruppen zu erreichen: Kinder und Jugendliche, Erwachsene sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z.B. Beratungslehrkräfte oder Erzieherinnen und Erzieher). Sie gliedert sich in universelle, selektive und indizierte Prävention.

Universelle Suchtprävention richtet sich an die gesamte Bevölkerung, selektive versucht vor allem bestimmte Risikogruppen zu erreichen und indizierte Suchtprävention richtet sich an Personen, die bereits einen riskanten Konsum aufweisen.

Abgesehen von langfristig angelegter Prävention in Form von Lebenskompetenzförderung werden auch Informations-Workshops durchgeführt, die in kleinen Einheiten Informationen zu Sucht, Suchtursachen und Suchtstoffen vermitteln sowie Möglichkeiten zur Reflexion des eigenen Konsumverhalten und der eigenen Schutzfaktoren bieten.

Ein langfristiges und auf Lebenskompetenzförderung angelegtes Konzept für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung ist das von Kretschmann-Weelink im Zuge des Modellprojektes „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“ erarbeitete Präventionsprogramm „DIDAK®“. Hierbei sollen Menschen mit geistiger Beeinträchtigung motiviert werden, ein gesundheitsförderliches Verhalten zu entwickeln und den Umgang mit Alkohol risikoarm zu gestalten (vgl. Kretschmann-Weelink 2006).

In diesem Handbuch soll hier im Besonderen auf die Informations-Workshops eingegangen werden, da diese für Suchtberatungsstellen die Möglichkeit bieten, zusätzlich zu den Inhalten auch das Beratungsangebot und die Arbeit der Einrichtung vorzustellen und so möglicherweise den Zugang zum Hilfesystem erleichtern.

Das Suchthilfezentrum Wiesbaden bietet seit vielen Jahren die Möglichkeit eines solchen Informations-Workshops an. Angefragt werden diese meist für Schulklassen unterschiedlicher Schulformen und Jahrgangsstufen, aber auch von Institutionen und Einrichtungen im Bereich Jugendhilfe, Ausbildung und Erwachsenenbildung sowie durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ämtern und Behörden. Ferner gehören auch Betriebe und Unternehmen zur Zielgruppe der Workshops. Diese haben in der Regel standardisierte Abläufe und Methoden im Umgang mit dieser Thematik. Es kann jedoch, je nach Kontext und Bedarf der Gruppe, vorab ein spezifischer Schwerpunkt vereinbart werden.

Im Bereich der Eingliederungshilfen für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung werden ebenfalls verschiedene Zielgruppen für Informations-Workshops unterschieden. Im folgenden Verlauf wird genauer auf diese Zielgruppen innerhalb der Eingliederungshilfe eingegangen, mögliche Kooperationspartner benannt und Hinweise zur Durchführung von Informations-Workshops mit der Zielgruppe gegeben. Zudem wird ein innerhalb des Projektes aktionberatung entwickelter Informations-Workshop als praktisches Beispiel vorgestellt. Die Arbeitshilfe für Förderschulklassen „Nuggets“ finden Sie unter: [www.aktionberatung.de](http://www.aktionberatung.de).

[...]

## 11. Vermittlung in und Beratung durch die Suchthilfe in Bezug auf die Zielgruppe

Hauptschwerpunkte des Bundesmodellprojektes aktionberatung sind die Erstellung und Erprobung eines Beratungskonzeptes für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und einem problematischem Substanzkonsum. In den meisten Studien wird konstatiert, dass es wenig bis keine Kontakte von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung zur Suchthilfe gibt. In der Vollerhebung in Nordrhein-Westfalen gaben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eingliederungshilfe an, dass von den Klientinnen und Klienten mit problematischem Substanzkonsum 11% einmal und 28% mehrmals ein Beratungsangebot der Suchthilfe in Anspruch genommen hätten. Hingegen seien aber 29,5% noch nie in einer Suchtberatung vorstellig gewesen. Die überwiegende Mehrheit (56,8%) seien jedoch in medizinischer Betreuung gewesen (vgl. Kretschmann-Weelink 2013). Im Bereich der Suchthilfe gaben 53 durch die Studie befragte Einrichtungen an, bis maximal sechs Menschen mit geistiger Beeinträchtigung im vorherigen Jahr beraten zu haben, viele davon nur eine Klientin bzw. einen Klienten. Fünf Einrichtungen hätten in der befragten Zeit zwischen zehn und 25 Personen der Zielgruppe erreichen können, allerdings habe die Hälfte der Befragten angegeben, im vergangenen Jahr keine Klientinnen und Klienten mit geistiger Beeinträchtigung in Beratung aufgenommen zu haben (vgl. Kretschmann-Weelink 2013).

Die Zahlen lassen vermuten, dass es einige wenige Suchthilfeeinrichtungen gibt, die eng mit der örtlichen Eingliederungshilfe zusammenarbeiten, während in den meisten Beratungsstellen Menschen mit geistiger Beeinträchtigung nur einen geringen Teil der Beratungsklientinnen und -klienten ausmachen.

Im Folgenden sollen Möglichkeiten verdeutlicht werden, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, damit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung die örtliche Suchtberatungsstelle nutzen können. Dazu wird aufgezeigt, welche Barrieren und Hemmnisse sich bezüglich einer Vermittlung in die Suchtberatung während der Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern gezeigt haben und mit welchen Möglichkeiten versucht wurde, diese abzubauen. Es werden Besonderheiten im Setting der Suchtberatung dargestellt und auf Methoden verwiesen, die sich in der Beratung als praktikabel und zielführend erwiesen haben.

### 11.1 Barrierefreie Vermittlung in das Beratungsangebot der Suchthilfe

Um eine Vermittlung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung barrierefrei gewährleisten zu können, ist es notwendig die einzelnen Zugangswege in die Suchtberatung auf mögliche Barrieren und Hemmnisse hin zu untersuchen. Daraus lassen sich dann Chancen zum Barrierenabbau ableiten oder Alternativen finden.

#### 11.1.1 Zugangswege

Die „klassischen“ Zugangswege der Suchtberatung sind:

- Selbstmelder,
- Vermittlung durch Partnerin oder Partner sowie Familienangehörige oder rechtliche Betreuerinnen bzw. Betreuer,
- Auflagen (z.B. durch Justiz oder Ämter und Behörden),
- Arbeitgeber,
- medizinische, soziale, psychologische oder psychiatrische Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Psychiatrie oder Wohnungslosenhilfe),
- Rehabilitationskliniken (z.B. für Nachsorgeleistungen).

Alle diese Zugangswege sind auch bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung zu finden. Jedoch sind die am häufigsten vorkommenden Zugangswege bei der Zielgruppe die Vermittlung über eine Bezugsbetreuerin oder einen Bezugsbetreuer aus einer ambulanten oder stationären Wohneinrichtung sowie durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer WfbM. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung schon immer in einem Betreuungsrahmen lebt. Das bedeutet, dass auch immer mindestens eine weitere professionelle Fachkraft zu berücksichtigen ist. Wie dies zum Gelingen einer Suchtberatung genutzt werden kann, wird noch dargestellt.

### 11.1.2 Mögliche Hemmnisse und Hindernisse beim Zugang zur Suchtberatung

In Gesprächen mit Selbstvertretungsorganen (Bewohnerbeiräten und Werkstattträt) und in Sitzungen des Arbeitskreises aktionberatung wurde unter anderem das Thema „Barrieren in der Vermittlung“ besprochen. Es wurde dabei deutlich, dass es unterschiedliche Barrieren gibt, die ein Wahrnehmen des Beratungsangebotes durch die Zielgruppe erschweren.

[...]

### 11.2.2 Methodik und Materialien

Eine grundlegende Frage in Bezug auf die Beratung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung ist, mit welchen Methoden und Materialien eine Beratung durchgeführt werden kann. Hier bestehen auf Seiten der Beratenden die meisten Unsicherheiten aufgrund der Einschränkungen der Klientinnen und Klienten.

Wolfgang Beine geht in seinem Beitrag zur Arbeitstagung der DGSG 2003 „Suchtgefährdete Menschen mit geistiger Behinderung im Betreuungsalltag – ausgewählte Aspekte“ davon aus, dass gesprächspsychologische Methoden für die Zielgruppe nicht angewendet werden können (vgl. Klauß 2003).

Schinner sieht jedoch auch tiefenpsychologische und analytische Ansätze als durchführbar an, wenn diese an die individuellen Voraussetzungen der Klientin bzw. des Klienten angepasst würden (vgl. Schinner 2008/2014).

Auch in Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., die Erfahrung mit der speziellen Zielgruppe haben, sowie mit Therapeutinnen und Therapeuten der Fachklinik Oldenburger Land hat sich gezeigt, dass zwar Methoden vorzuziehen sind, die eher Handlungsalternativen und Lösungsmöglichkeiten erarbeiten, jedoch keine Methode der Beratung oder der Therapie von vornherein als unpassend ausgeschlossen werden kann. Vielmehr ist es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendig, die erlernte und angewendete Methode an die Zielgruppe anzupassen. Dazu braucht es nicht zuletzt einen kreativen Umgang mit der erlernten Methode.

Für dieses Handbuch wurde die Methode der Motivierenden Gesprächsführung (MI) nach William R. Miller und Stephen Rollnick gewählt, da sie zu einer zentralen Methode der Suchtberatung geworden ist. Sie basiert im Grunde auf der Annahme, dass Veränderungen etwas Alltägliches im Leben eines Menschen sind, nur dass die Motivation zur Veränderung immer von der Wahrnehmung des Problems bzw. dessen äußeren Bedingungen abhängig ist. So können gleichzeitig Argumente für und gegen eine Veränderung bestehen (Ambivalenz). Eine Veränderung kommt nur dann zu Stande, wenn in dieser ein Vorteil für die Person gesehen wird bzw. wenn die Diskrepanz zwischen Handeln und Ziel oder die Ambivalenz für die Person zu groß wird. In der systemisch-lösungsorientierten Beratung spricht man in diesem Zusammenhang von einem „Attraktor“. Die Veränderung muss also so attraktiv für die Person sein, dass sie sich auf den Veränderungsprozess einlässt und ihn durchläuft.

Die Psychologen James Prochaska und Carlo DiClemente haben das sogenannte „Transtheoretische Modell der Veränderung“ mit sechs Stadien erarbeitet. Diese Stadien durchlaufen Menschen, die sich oder ihr Verhalten ändern wollen (vgl. Miller und Rollnick 1999):

1. Absichtslosigkeit: Keine Motivation zur Veränderung.
2. Absichtsbildung: Eine Veränderungsmöglichkeit wird erkannt.
3. Vorbereitung: Planung der Veränderung und der notwendigen Schritte.
4. Aktion/Durchführung: Verändertes Verhalten wird gezeigt.
5. Aufrechterhaltung: Veränderung wird in den Alltag übernommen – dauerhafter Ausstieg.
6. Rückfall: Bei nichtgeglückter Übernahme in den Alltag – Rückfall in alte Verhaltensweisen.

Motivierende Gesprächsführung ist eine Methode, die eine Person durch diese Phasen geleitet und durch gezielte Fragen und Interventionen die Weiterentwicklung der Veränderung unterstützt. Sie ist also eine Methode, die weniger direktiv die Zielrichtung vorschreibt; sie ist aber mehr leitend, als ausschließlich dem Weg der Klientin bzw. des Klienten zu folgen. Die Autoren sprechen von dem Bild des „Fremdenführers“, der sich auskennt, aber auch auf die Bedürfnisse des Geführten eingeht und diese berücksichtigt (vgl. Miller und Rollnick 2013).

Ausgehend von den Grundhaltungen der personenzentrierten Therapie nach C. Rogers (siehe Kapitel 6) hat die MI eine spezielle Grundhaltung (Spirit) entwickelt (vgl. Miller und Rollnick 2013):

**Kooperation:** Im partnerschaftlichen Miteinander sich des Problems anzunehmen.

**Akzeptanz:** Den Klienten so zu akzeptieren, wie er ist. Zur Akzeptanz gehören: Den Menschen und sein inneres Potential bedingungslos wertzuschätzen, seinen inneren Vorstellungen und Gefühlen empathisch zu begegnen, ihn in seiner Autonomie zu unterstützen und seine Bemühungen und Anstrengungen zu würdigen.

**Mitgefühl:** Das Wohlbefinden und die Bedürfnisse des Menschen ernst zu nehmen und sie zu fördern, nicht aber mit dem Menschen mitzuleiden.

**Evokation:** Die Erfahrungen und das Wissen des Menschen hervorzubringen und das eigene Veränderungspotential zu Nutzen zu machen.

[...]





Wenn Sie weitere Informationen wünschen  
oder mit uns in Kontakt treten möchten,  
stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

E-Mail: [info@aktionberatung.de](mailto:info@aktionberatung.de)