

Projekt "Geistige Behinderung und problematischer Substanzkonsum"

BERATUNGS HANDBUCH

TEIL 1

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages Grundlagen der Beratungsarbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum

aktionberatung

Das Bundesmodellprojekt "aktionberatung – einfach.gut.beraten" hat zum Ziel, exemplarisch ein Hilfeangebot für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einem problematischen Substanzkonsum zu erstellen. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Projektes kooperieren der Suchthilfeträger Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. mit der EVIM gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH. Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter: www.aktionberatung.de oder unter der 0611/90048-84 am Modellstandort Suchthilfezentrum Wiesbaden.

Herausgegeben vom Bundesmodellprojekt aktionberatung und Autor Dipl.-Relpäd. (FH) und Dipl.-Soz.arb./Dipl.-Soz.päd. (FH) Thomas Abel, Mitarbeiter am Modellstandort.

Stand: Juli 2020





Inhalt

1.	Vorwort	6
2.	Einleitung	8
3.	Ziele des Projektes	9
Α	GRUNDLAGEN UND HINTERGRÜNDE	10
4.	Rahmenbedingungen	11
4.1	Gesetzliche Grundlagen	11
4.2	Prinzipien der Normalisierung, Selbstbestimmung und Inklusion	11
4.3	Kooperierende Träger und beteiligte Institutionen	12
4.4	Am Modellprojekt beteiligte Einrichtungen	13
5.	Umgrenzung der Zielgruppe	13
5.1	Menschen mit geistiger Beeinträchtigung	13
5.2	Problematischer Substanzkonsum	14
5.3	Epidemiologie	15
5.4	Besonderheiten der Zielgruppe	15
6.	Annäherung der Prinzipien und Konzeptionen der Eingliederungshilfe und der	
	Suchthilfe im Hinblick auf die spezifische Zielgruppe	17
В	ORGANISATORISCHE UND FACHLICHE VORAUSSETZUNGEN	22
7.	Organisatorische und strukturelle Möglichkeiten einer Kooperation zwischen	
	Sucht- und Eingliederungshilfe	23
7.1	Leitungsebene	23
7.2	Einrichtungsebene	24
7.3	Bindeglied zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe Gemeinsamer Arbeitskreis	25
7.4		25
7.5	Externe Arbeitsbeziehungen	25
8.	Möglichkeiten der Partizipation und Einbeziehung von Menschen mit geistiger	20
0.1	Beeinträchtigung in die Kooperation zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe Einbeziehung von Werkstatträten und Bewohnerbeiräten	26
8.1 8.2	Überprüfung von Materialien und Medien	26 27
8.3	Fortbildung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	27
8.4	Weitere Möglichkeiten der Einbeziehung	28
9.	Fachliche Inputs für die Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe	28
9.1	Gegenseitige Hospitationen	28
9.2	Fortbildungscurriculum	28
9.2.1	Basismodul für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Eingliederungshilfe "Mensch.	
	Sucht.Normalität"	29
9.2.1.1	Grundseminar Abhängigkeit	29
9.2.1.2	Motivierende Kurzintervention (MOVE)	30

9.2.1.3 9.2.2 9.2.2.1	Regelwerk bei Verdacht auf Suchtmittelmissbrauch Basismodul für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchthilfe "einfach.gut.beraten" Grundlagenseminar "Geistige Beeinträchtigung"	30 31 31
9.2.2.2	Kontakt- und Beziehungsaufbau bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung	31
9.2.2.3 9.2.3	Unterstützte Kommunikation und Leichte Sprache Fortbildung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	31 32
9.2.3 9.2.4	Resümee, Empfehlungen und Weiterentwicklung des Fortbildungscurriculums für Fachkräfte	34
9.3	Team-Support	38
С	EXEMPLARISCHE METHODEN DER SUCHTPRÄVENTION UND -BERATUNG	
	BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER BEEINTRÄCHTIGUNG	40
10.	Suchtprävention bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung	41
10.1	Zielgruppen	41
10.2	Kooperationen Hinweise zur Durchführung	42 42
10.3 10.3.1	Setting	42 42
10.3.1	Methodik/Didaktik	42
10.4	Beispiel Arbeitshilfe "Nuggets"	43
11.	Vermittlung in und Beratung durch die Suchthilfe in Bezug auf die Zielgruppe	44
11.1	Barrierefreie Vermittlung in das Beratungsangebot der Suchthilfe	44
11.1.1	Zugangswege	45
11.1.2	Mögliche Hemmnisse und Hindernisse beim Zugang zur Suchtberatung	45
11.1.3	Möglichkeiten des Abbaus von Hemmnissen und Hindernissen	45
11.2	Suchtberatung bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung	48
11.2.1	Setting	48
11.2.2	Methodik und Materialien	52
11.2.3	Beratungsprozess	59
12.	Checklisten	68
12.1	Organisationsebenen	68
12.2	Partizipation von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung	68
12.3	Fachliche Inputs für die Fachkräfte	69
12.4	Veranstaltungen und Fortbildungen mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung	69
12.5	Barrierefreier Zugang zum Beratungsangebot der Suchthilfe	70
13.	Resümee, Ausblick und Danksagung	72
14.	Hinweise zu verwendeter und weiterführender Literatur, zu Informationen und Institutione	n 73
15.	Anhang	76
15.1	Kurzdarstellungen der kooperierenden Träger und Institutionen	76
15.1.1	EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH	76
15.1.2	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.	76
15.1.3	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik	76
15.1.4	Hochschule Fulda Fachbereich Sozialwesen	77
15.2	Kurzdarstellungen der kooperierenden Einrichtungen	77
15.2.1	Suchthilfezentrum Wiesbaden	77

15.2.2	Aufsuchende Suchthilfe der Stadt Hattersheim (JJ e. V.)	78
15.2.3	Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis (JJ e. V.)	79
15.2.4	EVIM Betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung (Wiesbaden	
	und Main-Taunus-Kreis)	79
15.2.5	WfbM Schlockerhof Hattersheim (EVIM)	80

1. 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

B. By

EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH

2. 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.

3. 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 entwikkeln 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.



GRUNDLAGEN UND HINTERGRÜNDE

Im ersten Teil wird beschrieben, welche Rahmenbedingungen für das Modellprojekt in Wiesbaden gegeben waren, welche gesetzlichen Grundlagen und leitenden Prinzipien der Arbeit zu Grunde liegen und wie sich die Zusammenarbeit der kooperierenden Träger entwickelt hat. Die Zielgruppe des Projektes wird umgrenzt und versucht, die Leitprinzipien beider Hilfesysteme einander näher zu bringen.

4. Rahmenbedingungen

Wie schon erwähnt, haben sich die Bedingungen für Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung in den letzten Jahrzehnten zum Positiven verändert. Diese Veränderungen sind vor allem erkennbar in den aktuellen gesetzlichen Normen und Bestimmungen sowie in den weiterentwickelten Haltungen und Prinzipien der Eingliederungshilfe. Im Folgenden werden diese Entwicklungen näher beleuchtet. Dadurch leitet sich aus Sicht der Verfasser die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit der Sucht- und Eingliederungshilfe ab. Am Modellstandort Wiesbaden haben zwei Träger diese Aufgabe unternommen. Es soll beschrieben werden, wie diese Kooperation in Wiesbaden entstanden ist und sich weiterentwickelt hat.

4.1 Gesetzliche Grundlagen

Deutschland hat am 30. März 2007 die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) unterschrieben, im März 2009 ratifiziert und damit eine rechtliche Verbindlichkeit hergestellt. Der Leitgedanke der Konvention ist "Inklusion". Nicht die Anpassung des Menschen mit Beeinträchtigung an die Gesellschaft, sondern die Öffnung der Gesellschaft ist notwendig, damit Teilhabe gelingen kann. Dazu werden den Vertragsstaaten verschiedene Verpflichtungen auferlegt, die in staatlichen Maßnahmen, Gesetzen und Initiativen umgesetzt werden müssen.

Die UN-BRK spricht sich unter anderem dafür aus, dass die Vertragsstaaten sich verpflichten, eine Gesundheitsversorgung "…in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Stand (…) wie anderen Menschen…" zur Verfügung zu stellen (Artikel 25 UN-BRK).

Im Hinblick auf Habilitation- und Rehabilitation sollen geeignete Maßnahmen geschaffen werden, um "... ein Höchstmaß an Unabhängigkeit im Sinne von Selbstbestimmung, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren" (Artikel 26 UN-BRK). Weiterhin sollen Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich bereitgestellt und die physische Umwelt sowie Informationen barrierefrei gestaltet werden (Vgl. Artikel 19-21 UN-BRK). Um die Vorgaben durch die UN-BRK in der Bundesrepublik Deutschland erfüllen zu können, wurden bislang zwei "Nationale Aktionspläne" (NAP 1.0 und NAP 2.0) erstellt. Sie beinhalten verschiedene Maßnahmen und Initiativen, die den Weg zur "Inklusiven Gesellschaft" ebnen sollen.

Vor diesem Hintergrund ist die Suchthilfe angehalten ihre Beratungsangebote für Menschen mit Beeinträchtigung an die Bedarfe der Zielgruppe auszurichten.

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 Fürsorgegesetz 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.

4.4 Am Modellprojekt beteiligte Einrichtungen

In der konkreten Ausführung der Kooperation waren zunächst das Suchthilfezentrum Wiesbaden und die Wiesbadener Einrichtungen der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe vorgesehen. Zu Beginn des Projektes zeigte sich aber, dass es wichtig war, die Kooperation auszuweiten und weitere Einrichtungen zu beteiligen. Hintergrund war, dass sich in Wiesbaden zwar mehrere Wohngruppen und Betreuungsdienste für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe befinden, sich die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) mit mehrheitlich Personen der Zielgruppe jedoch in Hattersheim befindet. Aufgrund der Auftaktveranstaltung zeigte sich, dass das Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis des Suchthilfeverbundes JJ schon Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der örtlichen Eingliederungshilfe gesammelt und dadurch Beratungen für die Zielgruppe angeboten hatte. Aus diesen Gründen ist die Kooperation über die Grenzen von Wiesbaden hinaus ausgeweitet worden und kann damit ein größeres Spektrum abbilden. Nähere Angaben zu den beteiligten Einrichtungen finden Sie unter 15.2.

5. Umgrenzung der Zielgruppe

Das Bundesmodellprojekt aktionberatung soll einen Beitrag zur besseren Versorgung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und einem problematischen Substanzkonsum leisten. Aus diesem Grund ist es wichtig, sich der Zielgruppe zu nähern, um ein besseres Verständnis für die Problemlagen der Betroffenen zu erhalten.

Zu Beginn des Projektes aktionberatung in Wiesbaden stellte sich die Frage nach einer genauen Definition der Zielgruppe. Es wurden Fragen laut, ob nicht auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen Beeinträchtigung Bestandteil des Projektes sein sollten. Zudem seien auch die Themen Essstörungen und problematischer Umgang mit Medien aktuell große Problembereiche von Menschen mit Beeinträchtigung.

Innerhalb des Projektes wurde die Entscheidung getroffen, die Umgrenzung der Zielgruppe nicht aufzuweichen, da dadurch die Aufgabenstellung zu komplex werden würde und die Gefahr bestünde, nicht genügend auf die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und einem problematischen Substanzkonsum eingehen zu können. Es wurde aber im Verlauf festgestellt, dass im Projekt entstandene und angepasste Materialien sowie die leichteren Vermittlungswege auch für weitere Zielgruppen von Nutzen sein können.

5.1 Menschen mit geistiger Beeinträchtigung

In Deutschland leben ca. 7,5 Millionen Menschen mit einer Beeinträchtigung (vgl. www.destatis.de). Die Gesamtprävalenz von Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung in Deutschland liegt bei ca. 1% (vgl. AWMF-Richtlinie 12/2014).

Unter dem Begriff "geistige Beeinträchtigung" werden eine Vielzahl von verschiedenen Formen einer verzögerten oder unvollständigen Entwicklung geistiger Fähigkeiten zusammengefasst. Die Beeinträchtigung manifestiert sich in der Entwicklungsphase und umfasst kognitive, sprachliche, motorische und soziale Fähigkeiten (vgl. ICD-10 unter www.dimdi.de). Dies zeigt, dass eine sogenannte geistige Beeinträchtigung sehr individuell ausgeprägt sein kann und diese vielfältig in Erscheinung treten können.

Aus medizinischer Sicht wird die Diagnose weiterhin von einem IQ-Wert abhängig gemacht und in leichte, mittelgradige, schwere und schwerste Intelligenzminderung unterteilt (vgl. ICD-10).

Die 2001 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) versteht unter Beeinträchtigung eine wechselseitige Bedingung zwischen dem gesundheitlichen Problem und äußerer Faktoren, die unterstützend, aber auch behindernd wirken können. Der Blick wird dabei mehr auf die Fähigkeiten und Ressourcen

einer Person gelenkt. Dadurch können der Unterstützungsbedarf, aber auch die Handlungsmöglichkeiten der Person beschrieben werden. Menschen mit geistiger Beeinträchtigung werden auf diese Weise nicht lediglich auf das "Merkmal" reduziert, sondern es wird nach Möglichkeiten gesucht, die Umwelt auf ihre Bedarfe anzupassen und somit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen (vgl. www. dimdi.de).

Der Begriff "geistige Behinderung" ist in der Fachwelt seit einiger Zeit umstritten. Er wurde in den 1950er Jahren durch den Verein "Lebenshilfe" geprägt, ist aber heute zumeist mit negativen Konnotationen besetzt. Deshalb werden verschiedene Begriffsalternativen vorgeschlagen. Die Vereinigung "Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V." verwendet den Begriff "Menschen mit Lernschwierigkeiten". Weitere Begriffe sind: "Menschen mit besonderem Förderbedarf" oder "Menschen, die wir als geistig behindert bezeichnen". Es ist jedoch zu befürchten, dass es keine Begrifflichkeit gibt, die nicht negativ konnotiert würde und somit stigmatisierend sein könnte.

Für dieses Beratungshandbuch wurde der Begriff "Menschen mit geistiger Beeinträchtigung" gewählt, um den Personenkreis deutlich zu benennen und den stigmatisierenden Begriff der Behinderung zu vermeiden

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.

Eine Abhängigkeit ist eine Krankheit und definiert sich nach ICD-10 durch folgende Kriterien: Toleranzentwicklung, Kontrollverlust, Konsumzwang, körperliches Entzugssyndrom, Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen sowie anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutiger Schädigungen.

Dabei gewinnt der Konsum des Suchtmittels immer mehr an Bedeutung in verschiedenen Lebenslagen und bei bestimmten Gemütszuständen. Um eine Abhängigkeit zu diagnostizieren, müssen mindestens drei der genannten Kriterien über einen Zeitraum von einem Jahr zutreffen.

Unter Substanzen werden alle Suchtstoffe verstanden, die eine psychoaktive Wirkung haben, unabhängig davon, ob sie legal zu erwerben (z.B. Alkohol und Tabak) oder gesetzlich verboten sind (z.B. Kokain und Heroin). Auch Medikamente, die ein Abhängigkeitspotential besitzen, zählen dazu. Zudem gibt es sogenannte "Neue psychoaktive Substanzen", die immer wieder als vermeintlich legal bezeichnet werden (z.B. "Spice").

Die Zielgruppe des Projektes sind also Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, die aufgrund des Konsums einer psychoaktiven Substanz gesundheitliche, soziale oder gesellschaftliche Probleme riskieren oder schon entwickelt haben.

5.3 Epidemiologie

Aktuell gibt es keine repräsentativen Studien zu dieser Zielgruppe in Deutschland.

2005 untersuchten Georg Theunissen und Michael Schubert in ihrer Studie (Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung – eine empirische Studie aus Sachsen-Anhalt) Bewohnerinnen und Bewohner von 121 Wohneinrichtungen (n=2560) und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von 65 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) (n=2688). Bei dieser Befragung wurde ausschließlich der Alkoholkonsum untersucht. In den untersuchten Wohneinrichtungen wurden 6,7% der Bewohnerinnen und Bewohner als "alkoholgefährdet" und 4,2% als "alkoholabhängig" eingeschätzt. In den beteiligten Werkstätten lagen die Anteile bei 2,7% "alkoholgefährdet" und 1,4% "alkoholabhängig". Nach klinischen Kriterien (ICD-10) konnten insgesamt 2,4% als abhängig klassifiziert werden (vgl. Theunissen / Schubert 2006).

In der Vollerhebung "Sucht und geistige Behinderung" von 2011 haben Hörnung und Kretschmann-Weelink in Nordrhein-Westfalen eine Befragung von 760 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eingliederungshilfe und 115 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe durchgeführt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eingliederungshilfe sollten einschätzen, welche Substanzen in welchem Ausmaß in der eigenen Einrichtung von Klientinnen und Klienten konsumiert wurden.

Die Einschätzungen ergaben im Mittelwert, dass die am häufigsten problematisch konsumierten Substanzen Nikotin (32,5%), Alkohol (15,7%), Medikamente (11,6%) und Cannabis (5,3%) waren. Ein problematischer Cannabiskonsum wurde in den ambulanten Wohneinrichtungen mit 10% weitaus höher eingeschätzt als in den anderen befragten Einrichtungen. In beispielhaften Fällen von konsumierenden Klientinnen und Klienten wurden vor allem Bier (41,5%) und Spirituosen (34,7%) als problematischste Substanzen angegeben. Nikotin kam mit 22,3% auf Platz drei, gefolgt von Cannabis mit 11,4%. In 53,1% der Fälle von Substanzkonsum wurden diese Substanzen täglich oder fast täglich konsumiert (vgl. Kretschmann-Weelink 2013).

Die Einschätzungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchthilfe ergaben folgende Werte: Nikotin 44%, Alkohol 32%, Medikamente 19% und Cannabis 10%. Die Hälfte der Befragten gab an, im letzten Jahr mindestens eine Person aus der Zielgruppe in Beratung oder Behandlung aufgenommen zu haben. Auch hierbei waren Bier mit 47,3% und Spirituosen mit 32,7% die am problematischsten konsumierten Substanzen. Es folgen "andere illegale Drogen" (9,1%), Wein/Sekt (5,5%) und Cannabis (3,6%). Ein fast täglicher oder täglicher Konsum lag aus Sicht der Suchthilfe bei 54,5% vor (vgl. Kretschmann-Weelink 2013).

Ausgehend von den oben dargestellten Befragungen kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sowohl legale als auch gesetzlich verbotene Suchtmittel konsumieren. Dabei sind auch problematische Konsummuster zu erkennen. Es stellt sich die Frage, ob es Besonderheiten gibt, die zu berücksichtigen sind, wenn diese Zielgruppe eine Suchtberatung in Anspruch nehmen möchte.

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 "besondere" 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."

Auffällig ist, dass in der oben genannten Vollerhebung "Sucht und geistige Behinderung" in ambulanten Wohnformen häufiger "problematisches Konsummuster" genannt wurden als in stationären Wohneinrichtungen. Die Autoren schließen daraus, dass die fortschreitende Normalisierung und Ambulantisierung einen Beitrag zum vermehrten Konsum von Suchtmitteln leisten (vgl. Kretschmann-Weelink 2013). Andere Experten sehen den Zusammenhang im Grad der Beeinträchtigung, da nur Menschen mit einer leichten Beeinträchtigung in ambulanten Einrichtungen wohnen würden und diese in der Lage seien, sich selbständig den Zugang zu Suchtmitteln zu erschließen. Diese Gruppe sei sich auch der eigenen Beeinträchtigung stärker bewusst, was sich negativ auf das Selbstbild und den Selbstwert auswirke (vgl. Beer 2012). Schinner geht jedoch in seinem Artikel "Sucht und geistige Behinderung" davon aus, dass nicht nur die Ambulantisierung der Hilfen ausschlaggebend sei. Eher sei es ein Wechselspiel zwischen beiden Bedingungen. Die geringere Beeinträchtigung auf der einen und die Ambulantisierung der Hilfen auf der anderen Seite könnten einen problematischen Suchtmittelkonsum bedingen, da Anspruch und Wirklichkeit hier in höherem Maße auseinanderklafften und demzufolge einen höheren Normalisierungsdruck entfalten könnten. In ambulanten Betreuungskontexten, d.h. in der Regel eigenen privaten Wohnräumen, bestehe mehr die Möglichkeit, frei und ohne Kontrolle Freizeit zu gestalten, aber auch die Gefahr, ohne externe Initiierung, soziale Aktivitäten zu vernachlässigen oder sogar einzustellen (vgl. Schinner 2008/2014). Dies zeige aber nur, dass ambulant betreute Menschen mit geistiger Beeinträchtigung bei allen positiven Auswirkungen von Selbstbestimmung und Normalisierung auch den gleichen Risiken und Gefahren ausgesetzt seien wie Menschen ohne Beeinträchtigung.

Es gibt also einige Hinweise hinsichtlich einer Korrelation zwischen Abhängigkeit und geistiger Beeinträchtigung, dennoch ist die Abhängigkeit eine eigenständige Erkrankung. Ihre Entstehung ist multifaktoriell und individuell erklärbar, jedoch nicht als direkte Folge einer geistigen Beeinträchtigung zu interpretieren. Vielmehr können die Lebensumstände und die Rahmenbedingungen der Zielgruppe Risikofaktoren darstellen. Die Intensität und Häufung von psychosozialen Belastungen, sowie eingeschränkte Problemlösestrategien stellen Bedingungen dar, die es Menschen mit geistiger Beeinträchtigung erschweren, eine Abhängigkeit zu bewältigen. Zudem weisen einige Studien darauf hin, dass Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung stärker unter den Folgeproblemen eines Konsums leiden und zudem öfter einen missbräuchlichen Konsum entwickeln (vgl. auch Beer 2012).

Auch wenn sich die Gründe eines Suchtmittelkonsums bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung in vieler Hinsicht nicht von den Konsumgründen von Menschen ohne Beeinträchtigung unterscheiden, so gibt es doch Besonderheiten aufgrund der Beeinträchtigung, die für die Beratung der Zielgruppe wichtig sind. Neben Einschränkungen in kognitiven und gegebenenfalls auch kommunikativen Fähigkeiten wie Sprachverständnis, Lesen, Schreiben oder Rechnen gehören folgende Beeinträchtigungen ebenso dazu:

- Probleme beim Beobachten des eigenen Erlebens und Verhaltens, dem Verbalisieren von Gefühlen und der Selbstreflexion:
- unterschiedlich ausgeprägte Ich-Funktionsstörungen (z.B. Impulskontrolle, Antizipationsfähigkeit, Realitätsprüfung etc.);
- eine meist lebenslange und ausgeprägte Abhängigkeit von professionellen Hilfen und Hilfesystemen (rechtliche Betreuung, Schule mit Förderschwerpunkt, Werkstatt für behinderte Menschen, Wohneinrichtung etc.);
- Barrieren und Grenzen in der Realisierung von Lebenszielen, auch wenn ein hoher Grad an Integration und Normalisierung bereits erreicht wurde (z.B. Elternschaft, berufliche Karriere, eigenes Auto etc.);
- wechselhafte personale Kompetenzen in Motivation und Frustrationstoleranz;
- soziale Ängste gerade auch in der Wahrnehmung von zusätzlichen Beratungs- und Therapieangeboten;
- meist sind langfristige Beziehungen erforderlich, um Veränderungen zulassen zu können (vgl. Buschkämper et al. 2012 und Schinner 2008/2014).

Diese Besonderheiten sind in ihrem Vorkommen, ihrer Ausprägung und Intensität sehr individuell und unterschiedlich. Für die Beratung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung ist es jedoch wichtig, diese Besonderheiten und den individuellen Entwicklungsstand zu berücksichtigen. Um für diesen Personenkreis eine Suchtberatung anbieten zu können, führt das Wissen um die spezifischen Einschränkungen dazu, eigene Beratungs- und Interventionsstrategien besser an die jeweiligen Besonderheiten anzupassen.

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 problematischen 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. Eine aus-

schließliche Auslagerung der Problematik Abhängigkeit an ein externes System ist genauso wenig hilfreich für die Klientin bzw. den Klienten wie ein eigenmächtiges, "gutgemeintes" Mitbehandeln bzw. Mitversorgen innerhalb der Betreuungsleistung (vgl. Buschkämper et al. 2012). Vielmehr ist es sinnvoll, wenn beide Hilfesysteme ihre Zusammenarbeit im Interesse der Zielgruppen abstimmen und optimieren.

Die modernen Prinzipien der Behindertenhilfe können bezüglich der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung eine hohe Anforderung und Gefährdung für die Klientinnen und Klienten sowie für die professionell Handelnden darstellen. Selbstbestimmung und Normalisierung kann bedeuten, dass Klientinnen und
Klienten, genau wie Menschen ohne Beeinträchtigung, auch Suchtmittel konsumieren. Ist jedoch ein Konsum über ein "normales" Maß hinaus angestiegen, kann ein Festhalten an den Prinzipien für Betreuerinnen und Betreuer bedeuten, dass es Bedenken gibt, in die Selbstbestimmung des Menschen mit geistiger
Beeinträchtigung einzugreifen und dadurch vielleicht auch die Arbeitsbeziehung zu belasten (vgl. Schinner
2008/2014). Dies kann dazu führen, dass versucht wird, die aus dem Konsum entstehenden Konsequenzen
abzumildern oder zu verhindern. Unter diesem sogenannten Co-Verhalten werden Handlungen zusammengefasst, die aus bester Absicht heraus das Suchtverhalten der/des Betroffenen stabilisieren, fördern oder
begünstigen. Zum Beispiel werden immer mehr Aufgaben durch die Betreuerin/ den Betreuer übernommen, was bislang nicht notwendig war.

In Bezug auf eine Abhängigkeitsentstehung heißt dies aber, dass damit ein Weg beschritten werden kann, an dessen Ende für den Betroffenen die Selbständigkeit in weiten Teilen verloren gegangen ist und für die betreuende Person ein Gefühl von Hilflosigkeit und Resignation entstehen kann (vgl. Schinner 2008/2014). Auch besteht die Gefahr, dass durch gut gemeinte Hilfeleistungen die Abhängigkeitserkrankung unterstützt wird. Ein frühzeitiges Bewusstmachen der Mechanismen kann die betreuenden Personen davor schützen, in ein "Co-Verhalten" einzusteigen.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Prinzipien "Normalisierung" und "Selbstbestimmung" bei suchtgefährdeten Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung missachtet werden sollen. Ein dann entstehender einschränkender und bevormundender Umgang mit Substanzkonsum führt meist in eine weitere, nicht gewünschte Richtung: Verheimlichung, Verleugnung, Misstrauen etc.

Vielmehr ist ein Weg zu finden, der richtungsweisend, jedoch nicht bevormundend oder moralisierend ist. Die Verhaltensökonomie spricht hier vom Ansatz des "nudging": Ein Anstoßen von Entscheidungen, das Verhalten von Menschen zu verändern, ohne auf Gebote und Verbote zurückzugreifen. Die Rahmenbedingungen werden so verändert, dass das erwünschte Verhalten für die Betroffene/den Betroffenen erleichtert und unterstützt, während das unerwünschte Verhalten erschwert wird. Jedoch bleibt das unerwünschte Verhalten weiterhin eine Handlungsmöglichkeit. Das vermittelt der/dem Betroffenen, dass sie/er weiterhin eine selbstbestimmte Wahlmöglichkeit hat.

Auch die Prinzipien und Haltungen der Suchthilfe erfahren durch die spezifische Klientel eine Veränderung. Besonders die möglichen Einschränkungen von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung führen zu Weiterentwicklungen und Neubewertungen von Einstellungen.

Das Suchthilfesystem baut in hohem Maße auf den Prinzipien der Freiwilligkeit und der Selbstverantwortlichkeit auf. Dies beginnt bei der Kontaktaufnahme und ist Bestandteil der motivationalen Beratungsarbeit, der individuellen Zielsetzung sowie der Vermittlung in weiterführende therapeutische Maßnahmen.

Das Prinzip der Selbstverantwortlichkeit ist keine Haltung im Sinne einer Ursache der Suchterkrankung, also kein "selbst schuld", sondern es ist die positive Grundvoraussetzung, dass alle Menschen die Ressourcen mitbringen, eigenständig ihre Situation zu verändern und dabei auch die Verantwortung für das eigene Handeln tragen zu können.

Auch wenn die Selbstverantwortlichkeit ein wichtiges Prinzip der Arbeit der Suchthilfe darstellt, so sollte daraus nicht die Motivationslage der Klientin/des Klienten abgeleitet werden. Gerade bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung können aufgrund der schon beschriebenen Einschränkungen und Besonderhei-

ten Anforderungen, wie das Wahrnehmen regelmäßiger Termine oder ein konsistentes, lösungsorientiertes Arbeiten leicht zu Überforderungen werden. Hier ist es vielmehr von Vorteil, wenn mit der Betreuungsperson zusammen geklärt werden kann, welche Anforderungen an die Selbstverantwortlichkeit möglich sind und wo es weiterer Unterstützung bedarf. Ein Beispiel: Ist es möglich, dass die Klientin bzw. der Klient die Terminvereinbarung selbstverantwortlich macht und die Betreuungsperson darüber selbst informiert? Oder soll gleichzeitig, im Sinne eines Backups, die Betreuungsperson durch die Einrichtung über den Termin informiert werden? Vielleicht ist es sogar notwendig, die Terminvereinbarung direkt über die Betreuerin bzw. den Betreuer laufen zu lassen. Dadurch zeigt sich, wie wichtig eine direkte Zusammenarbeit der Sucht- und Eingliederungshilfe im Sinne der Klientin bzw. des Klienten ist.

Die Prinzipien Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit basieren auf dem personenzentrierten Ansatz nach C. Rogers. Dieser stellt die Person und deren Selbstverwirklichung in den Mittelpunkt der Hilfeleistung. Das bedeutet, dass jeder Mensch über Möglichkeiten, Fähigkeiten und Ressourcen in sich verfügt, die ihm bei der Bewältigung von Problemen helfen. Eine wesentliche Voraussetzung dazu ist, dass zwischen den Beteiligten im Hilfeprozess eine Beziehung entsteht.

Dies setzt wiederum drei Grundhaltungen voraus: Kongruenz, Empathie und eine bedingungslose positive Zuwendung (vgl. www.carlrogers.de und zur Vertiefung: Carl R. Rogers: Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapie. Frankfurt a.M. 1993).

Unter Kongruenz versteht Rogers, dass Beziehung nur gelingen kann, wenn die Beratenden sich als Menschen in das Gespräch einbringen und die Ratsuchenden sie so wahrnehmen können, wie sie sind. Dies fördert die Offenheit und das Vertrauen der Ratsuchenden. Mit Empathie ist ein wertfreies, einfühlendes Verstehen gemeint, das kein "Mitleiden", sondern ein Sich-Einlassen auf das Erleben des Gegenübers bedeutet. Dies signalisiert den Ratsuchenden echtes Interesse an der Situation und den damit verbundenen Gefühlen und lässt die Beratenden einen immer tieferen Einblick in die Erlebenswelt der Ratsuchenden gewinnen. Die bedingungslose, positive Zuwendung schließlich beschreibt die wertfreie Akzeptanz der Ratsuchenden. Die/der Beratende nimmt die Personen mit deren Gefühlen, die sie in dem Moment haben, so an, wie sie sind. Diese unvoreingenommene Akzeptanz der Einzigartigkeit des Individuums kann den Ratsuchenden eine Hilfestellung sein, sich selbst zu akzeptieren.

Ein weiterer und darüber hinausgehender Ansatz, der stark auf die Individualität und Einzigartigkeit eines jeden Menschen setzt, ist der in der Sozialen Arbeit in den letzten Jahren viel diskutierte Diversitätsansatz. Die Wurzeln dieses Ansatzes sind im "Human Relations Management" zu finden, wodurch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Unternehmen nicht mehr nur als Kostenfaktor gesehen, sondern ihre individuellen Stärken und Ressourcen zur Effizienzsteigerung nutzbar gemacht werden.

Diversitätsmerkmale sind alle Aspekte, die Menschen voneinander unterscheiden oder aber auch gemeinsam aufweisen. Dabei sind alle körperlich-biologischen und soziokulturellen Merkmale zu berücksichtigen. Auch Aspekte, die sich im Laufe eines Lebens verändern können, werden miteinbezogen. Bei aller Kritik gegenüber einer Konzentration des wirtschaftlichen Ansatzes auf die "Ressource" Mensch kann der Diversitätsansatz im Sinne einer Chancenorientierung in der Sozialen Arbeit genutzt werden und zur Integration und gesellschaftlicher Teilhabe beitragen (vgl. König/Galgano 2013).

Der Diversitätsansatz kann in der Suchthilfe vor allem die Sensibilität gegenüber der Vielfältigkeit und Unterschiedlichkeit der Klientinnen und Klienten fördern und dadurch individuelle Problemlagen und auch Ressourcen besser erkennen lassen. Er bedingt eine Haltung, die versucht, die individuellen Merkmale einer Person so zu berücksichtigen und in einen Zusammenhang zu bringen, dass Hilfen personenzentriert angepasst werden können. Eine diversitätsgerechte Suchthilfe verankert das Thema in allen Organisationsstufen und Arbeitsbereichen sowie im Qualitätsmanagement. Ausgehend von der Einbindung des Diversitätsansatzes im Leitbild können so alle davon abgeleitetes Handlungen und Entwicklungen sowie Dienstleistungen und Angebote diversitätsgerecht durchgeführt werden (vgl. König/Galgano 2013).

Die Öffnung, die durch den Diversitätsansatz beschritten wird, bedingt einen breiteren Versorgungsauftrag. Gerade in den letzten Jahren wird die Suchthilfe vermehrt mit Querschnittsthemen (z.B. Sucht und Migration etc.) konfrontiert, was zu immer spezifischerem Wissen und Know-how führt. In der Beratungspraxis kann dies zu Spezialisierungen innerhalb der Einrichtungen führen oder es wird eine enge Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Hilfesystemen eingegangen, um das dort vorhandene spezifische Fachwissen für die Beratungsarbeit nutzbar zu machen (vgl. König/Galgano 2013).

Für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischen Substanzkonsum kann dieser Ansatz in Bezug auf die Zusammenarbeit von Sucht- und Eingliederungshilfe genutzt werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe müssen nicht alle Aspekte einer geistigen Beeinträchtigung kennen beziehungsweise sich das fachliche Know-how der inklusiven – oder Heilpädagogik aneignen, sondern können durch die konkrete Kooperation auf den Kenntnissen und Erfahrungen der Betreuerinnen und Betreuer aufbauen und so ihre Interventionen und Strategien personenzentriert und individuell anpassen. Auch im umgekehrten Fall können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eingliederungshilfe von den Methoden und Techniken der Suchtberaterinnen und Suchtberater profitieren und so gemeinsam eine personenzentrierte und ganzheitliche Unterstützung anbieten (vgl. König/Galgano 2013).

A – GRUNDLAGEN UND HINTERGRÜNDE

ORGANISATORISCHE UND FACHLICHE VORAUSSETZUNGEN

Der zweite Teil befasst sich mit organisatorischen Voraussetzungen und fachlichen Impulsen, die eine Kooperation von Sucht- und Eingliederungshilfe aus der Erfahrung des Modellprojektes benötigt. Dazu werden Möglichkeiten der Kooperation auf den verschiedenen Organisationsebenen dargestellt, die verbindenden Elemente gezeigt, welche die Zusammenarbeit unterstützen und wie Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung in die Umsetzung miteinbezogen werden können. Das im Projekt erarbeitete Fortbildungscurriculum stellt eine Grundqualifikation dar, um Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung betreuen und beraten zu können.

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 "inklusiven 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

Die Projektarbeit hat einige Analysen gebraucht, um daraus Konsequenzen für die Leitung zu entwickeln. Die deutlichste sei wiederholt: Die Suchtberatung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung als strategisches Unternehmensziel zu setzen. Nur die Implementierung dieser Strategie garantiert die volle Aufmerksamkeit der Leitung, durch angemessene Ressourcen, Kennzahlen und Kontrollinstrumente. Leitung hat an

dieser Stelle eine klare Vorbildfunktion für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu übernehmen. Entgegen üblichen Projekten, in denen Leitung strategisch eingebunden ist und eher eine (reine) Steuerungsfunktion übernimmt, ist die Kooperation von Eingliederungshilfe und Suchthilfe nur durch operative Mitarbeit der Leitung erfolgreich.

Nicht unerwähnt bleiben darf der Umstand, dass Leitung, deren Aufgabe die Vorgabe, Kontrolle und Bewertung von Zielen ist, die Bereitschaft mitbringen muss, die Projektarbeit kontinuierlich zu begleiten und die festgelegten Ziele entsprechend den Anforderungen zu verifizieren. Eine solch agile Führungsarbeit ist notwendig, weil trotz bester Planung in der Projektarbeit Herausforderungen entstanden sind, die neue Lösungen gefordert haben. Ein agiler Führungsstil lässt solche Störmomente zu, weil die Herausforderungen als Erfolge gewertet werden: "Uns ist klargeworden, dass dies nicht der richtige Weg sein kann". Es mag als alltägliche Weisheit daherkommen, dass schlechte Beispiele auch gute Beispiele sein können. In Zeiten zunehmenden wirtschaftlichen Drucks und der Notwendigkeit von Wirksamkeitsanalysen wird es der Leitung schwerer fallen, Innovationen anzustreben, die einen langen, nichtprofitablen Anlauf bedeuten. Diese ökonomische Perspektive darf nicht vergessen werden, da auch der Finanzierungsrahmen der öffentlichen Träger sich in den kommenden Jahren weiter verschärfen wird.

Es ist für die Projektarbeit sehr hilfreich gewesen, dass beide kooperierende Organisation, die gemeinnützige EVIM Behindertenhilfe GmbH und Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., im System der DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert sind. So konnten die Erfahrungen der Projektarbeit stets in das jeweilige Qualitätsmanagement übertragen werden und hat zu entsprechenden Prozessmodifikationen in den jeweiligen Bereichen geführt. Erfahrungen aus einem Teilbereich des Betreuten Wohnens wurden auf den Gesamtbereich Betreutes Wohnen überführt; Hinweise aus der Beratungsstelle Wiesbaden konnten auf alle anderen Beratungsstellen adaptiert werden. So ist die Projektarbeit mit der Erarbeitung des Beratungshandbuches nicht beendet. Sie wird fortgeführt als kontinuierlicher Verbesserungsprozess. Erst wenn das strategische Ziel der Suchtberatung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung mittelfristig etabliert ist, werden die Leitungen beider Organisationen das Projekt als beendet und den Prozess als regelhaft bewerten.

Fazit: Ohne den Willen der Leitung zur Entwicklung dieses Angebotes kann die Suchtberatung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung nicht erfolgreich gelingen.

Neben der strategischen Einordnung dieses Themas, bedarf es umfassender Begleitung durch die Leitung, da die handelnden Akteure sich mit strukturellen, methodischen und personellen Fragestellungen auseinandersetzen müssen, die einer Entscheidung bedürfen. Eben jene muss durch die Leitung erfolgen.

Leitungsverantwortliche müssen sich jedoch auch daran messen lassen, was sie zur Umsetzung des eigenen Leitbildes beitragen. Für die Träger der Eingliederungshilfe sind das bedarfsgerechte, wirtschaftlich sinnvolle, individuell angepasste Angebote, die wohnortnah und zeitnah zur Verfügung gestellt werden und die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigung erhöhen. Für die Träger der Suchthilfe gilt dies ebenfalls mit dem Anspruch, dass die voran genannten Angebote barrierefrei und inklusiv geplant, durchgeführt und begleitet werden. Ein Anspruch also, der beide Seiten geradezu verleiten sollte, eine beidseitige Kooperation einzugehen.

7.2 Einrichtungsebene

Die strategische Verankerung der Kooperation auf der Trägerebene und die kontinuierliche Begleitung durch die Leitungsebene sind wichtige und strukturgebende Bestandteile, damit die konkrete Zusammenarbeit auf der Einrichtungsebene durchgeführt werden kann. Auf der Einrichtungsebene sollten alle wichtigen beteiligten Parteien bei dem Vorhaben einbezogen werden. Dazu kann eine Start-Veranstaltung beitragen, zu der alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen beider kooperierenden Träger geladen werden. Ziel ist es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Zusammenarbeit zu gewinnen und im Austausch vielleicht schon konkrete weitere Schritte zu erarbeiten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es in den Einrichtungen möglicherweise schon einzelne Vorerfahrungen einiger Fachkräfte gibt. Von der Aktivierung dieser Personen für das Vorhaben können die Kooperation und die Zielerreichung sehr profitieren.

In der Regel sind Einrichtungen schon über Ausschüsse, Arbeitskreise und Arbeitsgruppe gut in der sozialen Landschaft der Stadt oder Region vernetzt. Hieraus haben sich womöglich schon Arbeitsbeziehungen auch auf Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergeben, die für die Kooperation genutzt werden können.

7.3 Bindeglied zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe

Eine gute und erfolgreiche Kooperation sollte koordiniert sein. Dazu ist es sinnvoll, eine Person zu bestimmen, die die Kooperation inhaltlich und organisatorisch gestaltet. Diese Person dient als Informationsträger und Ansprechpartner zwischen den Einrichtungen und den Leitungsebenen sowie in der Außendarstellung (z.B. Öffentlichkeitsarbeit). Die Koordination sollte trägerübergreifend agieren und neutral sein. Alternativ dazu könnte die Koordination aufgeteilt werden.

Wichtig ist, dass die Koordinatoren in den Einrichtungen und Teams bekannt gemacht werden und ihnen einen direkten kommunikativen Zugang zu den Leitungsebenen gewährt wird, damit der Informationsfluss erleichtert wird.

7.4 Gemeinsamer Arbeitskreis

Um die Zusammenarbeit beider Hilfesysteme zu stärken, empfiehlt es sich, einen gemeinsamen Arbeitskreis (AK) zu initiieren. Dieser sollte paritätisch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kooperierenden Einrichtungen bzw. Träger besetzt werden. Ein diesbezüglicher AK ist eine wichtige Plattform zum fachlichen Austausch und zur Kooperation. Die Leitung des AK kann in den Händen der koordinierenden Mitarbeiterin/des koordinierenden Mitarbeiters liegen, die/der auch hier eine Vermittlungsrolle zu den Leitungsebenen innehat. Regelmäßige Treffen des AK tragen auch dazu bei, dass das Thema weiterhin in den Einrichtungen präsent ist und Informationen leichter und direkter in die einzelnen Teams geleitet werden können. Gleichzeitig können Informationen und Anregungen der jeweiligen Einrichtungen besprochen und wenn möglich zeitnah umgesetzt werden. Zu Bedenken ist hierbei aber auch, dass durch die Bildung eines Arbeitskreises zeitliche Kapazitäten aufgebracht werden müssen. Deshalb muss von Beginn an klar sein, in welchem Rhythmus und welchem zeitlichen Umfang die Arbeitskreissitzungen stattfinden sollen.

Der AK des Projektes aktionberatung trifft sich mittlerweile quartalsweise abwechselnd in den beteiligten Einrichtungen. Anfänglich wurden zwei Stunden veranschlagt. Es hat sich aber gezeigt, dass mindestens drei Stunden benötigt werden, um effektiv arbeiten zu können.

Im AK aktionberatung wurden neben einem steten fachlichen Austausch die Inhalte des Fortbildungscurriculums besprochen, Methoden und Materialien gesichtet und be- beziehungsweise überarbeitet sowie Vermittlungswege zwischen Eingliederungshilfe und Suchthilfe besprochen. Der AK trägt darüber hinaus zum gegenseitigen Verständnis und zur Zusammenarbeit bei.

Damit die Kooperation zwischen der Eingliederungs- und Suchthilfe partizipativ gestalten wird, empfiehlt es sich, Mitglieder der Selbstvertretungsorgane (z.B. Werkstattrat oder Bewohnerbeirat) in den Arbeitskreis miteinzubeziehen. Im Bundesmodellprojekt aktionberatung konnte dies mit dem Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der Werkstatträte Hessen e. V. gelingen. Dadurch konnte die Erarbeitung von Materialien, aber auch der fachliche Austausch um die Belange der WfbM-Mitarbeitenden ergänzt und wichtige Hinweise zur Umsetzung des Projektes gegeben werden.

7.5 Externe Arbeitsbeziehungen

Für eine Kooperation zwischen zwei Hilfesystemen ist nicht nur die Binnensicht von Bedeutung. Es ist ebenso wichtig, sich auch nach außen zu orientieren. Das heißt zu eruieren, ob es schon Erfahrungen anderer Einrichtungen zu dem Thema gibt, welche weiteren Organisationen, Einrichtungen oder Institutionen hilfreich für die Umsetzung des Vorhabens sein können und wo Informationen eingeholt oder eingebracht werden können.

Auf örtlicher Ebene sind es vor allem Ausschüsse, Arbeitskreise und Arbeitsgruppen, die sich mit den Themenbereichen Sucht oder Beeinträchtigung befassen, koordinierende Stellen der Gesundheits- und/oder Sozialämter sowie weitere Institutionen aus den Bereichen Sucht und Beeinträchtigung (z.B. die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung – EUTB).

Auch auf Landesebene können Arbeitsgemeinschaften in den Themenbereichen Sucht oder Beeinträchtigung sowie koordinierende Institutionen (z.B. Landesstellen für gesundheitliche Aufklärung etc.) Unterstützung und Information bieten.

8. Möglichkeiten der Partizipation und Einbeziehung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung in die Kooperation zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe

"Nicht ohne uns über uns." (Grundsatz der UN-Behindertenrechtskonvention)

Um ein Beratungskonzept für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung zu erarbeiten bzw. zu etablieren, ist die Einbeziehung der Zielgruppe und deren Selbstvertretungsorgane sehr hilfreich. Dadurch können mögliche Barrieren aufgedeckt, der Bekanntheitsgrad erhöht und eingesetzte Materialien auf ihre Sinnhaftigkeit überprüft werden. Dies kann auf unterschiedliche Weise erfolgen.

8.1 Einbeziehung von Werkstatträten und Bewohnerbeiräten

Nach der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung (WMVO) haben Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) einen Werkstattrat einzurichten, der als Interessenvertretung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dient. Um die Beteiligung von Bewohnerinnen und Bewohner in Wohneinrichtungen zu gewährleisten, gibt es Bewohnerbeiräte (vgl. www.gesetze-im-internet.de).

Zu Beginn einer Erarbeitung eines Beratungskonzeptes ist es sinnvoll, sich mit den "Selbstvertretungsorganen" zu treffen. Es gibt Koordinatorinnen und Koordinatoren, die für die unterschiedlichen Räte zuständig sind.

Bei den Treffen mit den Räten konnten verschiedene Fragen besprochen werden. Wichtig war hierbei die Sicht von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung auf Beratung, Beratungseinrichtungen, mögliche Hemmnisse sowie Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme und Wünsche bei der Beseitigung von Barrieren einzubeziehen.

In Wiesbaden und Hattersheim wurden in diesem Zusammenhang folgende Themen durch die Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angesprochen:

- Gibt es Informationen in Leichter Sprache zum Suchthilfezentrum?
- Sind Informationen in Leichter Sprache zu Sucht und Suchtmittel vorhanden?
- Ist die Einrichtung barrierefrei für Rollstuhlfahrer zu erreichen? (ÖPNV-Haltestelle, Parkmöglichkeiten, Aufzug etc.)
- Können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe für die Zielgruppe verständlich reden?
- Ist eine Suchtberatung in der Werkstatt oder der Wohneinrichtung möglich?
- Können Themenabende und Informationsveranstaltungen für Bewohnerinnen bzw. Bewohner und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter durchgeführt werden?
- Wird auf die Abwägung zwischen Kontrolle der betroffenen Person und deren bzw. dessen freiem Willen geachtet?

Folgende Unterstützungsmöglichkeiten wurden durch die Mitglieder der Räte genannt:

- Die Mitglieder können als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren dienen.
- Sie können Bewohnerinnen bzw. Bewohner oder Kolleginnen bzw. Kollegen dabei unterstützen, das Beratungsangebot zu nutzen.
- Das Thema Sucht wird als wichtig empfunden und kann durch die Arbeit der Räte immer wieder in den Einrichtungen thematisiert werden.

Die genannten Hinweise waren wichtig bei der Erarbeitung und Umsetzung des Beratungskonzeptes. Sie führten zu verschiedenen Maßnahmen, Veränderungen und Angeboten, welche unter Kapitel 11.1.2 näher beschrieben werden.

8.2 Überprüfung von Materialien und Medien

Eine weitere Möglichkeit der Einbeziehung von Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung in die Erarbeitung des Beratungskonzeptes ist es, Materialien und Medien vor dem Einsatz auf Verständlichkeit zu überprüfen. Hierbei konnten wir mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der WfbM Schlockerhof zusammenarbeiten.

Die WfbM Schlockerhof hat drei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Prüfern in Leichte Sprache ausbilden lassen. Diese lesen die eingereichten Texte und geben Hinweise auf Unverständlichkeit und alternative Formulierungen.

Um einen Text verständlich für die Zielgruppe zu erstellen, ist es erforderlich, die Regeln für Leichte Sprache einzuhalten. Diese findet man beim "Netzwerk Leichte Sprache" unter www.leichte-sprache.org. Auch wenn man die Regeln für Leichte Sprache bei der Texterstellung eingehalten hat, sollte man nicht davon ausgehen, dass der Text auch verständlich ist. Deshalb empfiehlt es sich, diesen nochmal von ausgebildeten Prüferinnen und Prüfern lesen zu lassen und deren Empfehlungen einzuarbeiten. Zum Beispiel haben viele Landesverbände der Lebenshilfe sogenannte "Büros für Leichte Sprache" eingerichtet, die eingereichte Texte, Formulare, Webseiten oder Briefe in Leichte Sprache übersetzen oder, wenn sie schon übersetzt sind, auf ihre Verständlichkeit prüfen.

Um die Prüfung nach außen hin darstellen zu können, gibt es verschiedene Qualitäts-Siegel für Leichte Sprache. Zum Beispiel vergibt das "Netzwerk Leichte Sprache" ein Qualitätssiegel, das deutlich zeigen soll, dass ein Text nach den Regeln für Leichte Sprache erstellt, geprüft und verständlich ist. Dazu ist es wichtig, dass die Texte von Prüferinnen und Prüfern aus dem Netzwerk gelesen worden sind.

Ein weiteres Qualitätssiegel ist das "Europäische Logo für Leichtes Lesen" (www.easy-to-read.eu). Dieses basiert auf den Europäischen Regeln für Leichte Sprache von "Inclusion Europe". Die Verwendung des Logos ist kostenfrei. Es muss aber gewährleistet sein, dass die Publikation nach den europäischen Regeln für Leichte Sprache geschrieben wurde und von mindestens einer Person mit geistiger Beeinträchtigung auf Verständlichkeit geprüft sein.

Zusätzlich zur Überprüfung von Texten in Leichter Sprache konnten gemeinsam mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der WfbM Schlockerhof Beratungsmaterialien auf ihre Durchführbarkeit hin geprüft werden. Dazu wurden gemeinsame Termine vereinbart, in denen die Materialien einzeln betrachtet und deren Verwendung in der Beratung verdeutlich wurden. Die Prüfer untersuchten die Verständlichkeit und machten Verbesserungsvorschläge.

8.3 Fortbildung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Einer der Hinweise in den Gesprächen mit dem Werkstattrat und dem Bewohnerbeirat war es, dass sie selbst als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fungieren könnten (siehe Kapitel 8.1).

Im Sinne der Peer-to-Peer-Education können Mitglieder der Selbstvertretungsorgane im Themenbereich Sucht geschult werden und so diese Informationen weitergeben. Als Vertrauenspersonen können sie dadurch Bewohnerinnen und Bewohner oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der WfbM bei der Inanspruchnahme der Hilfen unterstützen.

Einen Anfang stellen die im Rahmen des Fortbildungscurriculums erarbeiteten und durchgeführten Schulungen dar, welche im Kapitel 9.2.3 näher erläutert werden.

8.4 Weitere Möglichkeiten der Einbeziehung

Neben den bislang erläuterten Möglichkeiten, die Zielgruppe in die Umsetzung mit einzubeziehen, können weitere Optionen der Partizipation in Erwägung gezogen werden. Eine Möglichkeit hierzu bietet die Anlehnung an das "Lotsenprojekt" des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr). Das Lotsenprojekt arbeitet eng mit der Suchtselbsthilfe zusammen, bildet ehemals abhängige Menschen aus, damit sie Suchtkranke bei der Bewältigung ihrer Abhängigkeit unterstützen können.

Denkbar wäre, dass sich suchterfahrene Menschen mit geistiger Beeinträchtigung unabhängig einer Mitgliedschaft in Selbstvertretungsorganen im Sinne eines Peer-to-Peer-Ansatzes der Begleitung anderer Betroffener widmen und sie auf dem Weg aus der Abhängigkeit heraus und in die Suchthilfe begleiten.

9. Fachliche Inputs für die Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe

Die spezifische Gruppe der Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und einem problematischen Substanzkonsum stellt für beide Hilfesysteme eine besondere Herausforderung dar. Auf Seiten der Eingliederungshilfe ist die an der Beeinträchtigung orientierte Hilfeleistung durch den problematischen Substanzkonsum erschwert. Das zeigt sich vor allem an Folgeproblemen, die auf den Suchtmittelkonsum zurückzuführen sind, wodurch der Betreuungsbedarf steigt. Auf Seiten der Suchthilfe sind vor allem die mit der Beeinträchtigung einhergehenden besonderen Bedürfnisse und Einschränkungen eine Herausforderung. Diese werden in den bisherigen Strukturen der Suchthilfe nur unzureichend berücksichtigt.

9.1 Gegenseitige Hospitationen

Eine erste Maßnahme zur Förderung der Zusammenarbeit sind gegenseitige Hospitationen. Sie sollen einen Einblick in die Arbeit des Kooperationspartners gewähren. Erfreulicherweise gab es hierfür eine große Bereitschaft. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH können Hospitationen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Beratungsstellen und Betreutes Einzelwohnen) sowie stationären Rehabilitationskliniken angeboten werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. können in ambulanten und stationären Wohneinrichtungen sowie in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) Schlockerhof hospitieren.

Zu Beginn hat sich gezeigt, dass die Möglichkeit zur Hospitation zunächst nur von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Anspruch genommen wurde, die auch direkt mit dem Thema konfrontiert waren (z.B. Teilnehmende des Arbeitskreises). Jedoch weitete sich langsam durch die Erfahrungen dieser Kolleginnen und Kollegen die Bereitschaft zu Hospitation aus. Als wichtig hat sich erwiesen, dass regelmäßig auf die Möglichkeit zum Besuch anderer Einrichtungen in Teamsitzungen hingewiesen werden sollte. Deshalb werden die Hospitationsmöglichkeiten zwischen den Trägern auch fortlaufend angeboten und in den Teams intensiver beworben. Zudem muss eine konkrete Ansprechperson benannt werden, die eine Hospitation in der jeweiligen Einrichtung koordiniert.

9.2 Fortbildungscurriculum

Eine zentrale Maßnahme, um die Zusammenarbeit der beiden Hilfesysteme im Sinne der Zielgruppe zu intensivieren, stellen wechselseitige Qualifizierungen der Fachkräfte dar. Viele Publikationen zu dem Thema Sucht und geistige Beeinträchtigung erkennen für die unterschiedlichen Hilfesysteme einen hohen Bedarf an Fortbildungen (vgl. Kretschmann-Weelinck 2013; BeB/GVS 2014 und 2008; LIGA 2018). Diese sollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eingliederungshilfe bezüglich Abhängigkeit sensibilisieren und Handlungssicherheit im Umgang mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum vermitteln. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe können dadurch sicherer im Umgang mit dem Phänomen der geistigen Beeinträchtigung werden und ihre Beratungskompetenzen im Umgang mit der Zielgruppe erweitern. Ziel der Fortbildungen für die Suchthilfe soll keine "Spezialisierung" von einzelnen Beraterinnen und Beratern sein, sondern alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die Zielgruppe zu sensibilisieren.

Die Zusammenarbeit beider Hilfesysteme kann noch weiter intensiviert werden, wenn die Fortbildungen zur Qualifizierung der Fachkräfte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kooperierenden Einrichtungen bzw. Träger durchgeführt werden.

Der Arbeitskreis aktionberatung hat sich aus den genannten Gründen und auf der Basis verschiedener Publikationen auf Fortbildungsthemen geeinigt, die für eine Grundqualifikation im Hinblick auf die Zielgruppe notwendig sind. Zunächst wurde von gemeinsamen trägerübergreifenden Fortbildungen Abstand genommen, da sich die Themen der Fortbildungen gezielt an den Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der unterschiedlichen Träger richtet.

Das Fortbildungscurriculum, wie es der Arbeitskreis aktionberatung erstellt hat, umfasst zwei Module für die unterschiedlichen Arbeitsbereiche. Diese Module sind jeweils in drei ganztägige Fortbildungseinheiten unterteilt. Die einzelnen Einheiten bauen aufeinander auf und sollen zunächst Grundkenntnisse vermitteln. Weitere darauf aufbauende Fortbildungen sind möglich und werden bedarfsgerecht angeboten.

Um das Fortbildungscurriculum partizipativ zu gestalten und den Wünschen der Mitglieder der Selbstvertretungsorgane (Werkstattrat und Bewohnerbeirat, siehe Kapitel 8.1) zu entsprechen, wurde eine dreigliedrige Fortbildung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erarbeitet und mit dem Werkstattrat der WfbM Schlockerhof durchgeführt.

Basismodul für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behindertenhilfe "Mensch.Sucht.Normalität"

Einheit 1: Grundlagenseminar "Abhängigkeit"

Einheit 2: "Motivierende Gesprächsführung"

Einheit 3: Regelwerk bei Verdacht auf Suchtmittelmissbrauch

Basismodul für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchthilfe "Einfach gut beraten"

Einheit 1: Grundlagenseminar "Geistige Beeinträchtigung"

Einheit 2: Kontakt- und Beziehungsaufbau bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung

Einheit 3: Einführung in die Methode der unterstützten Kommunikation und Leichte Sprache

Fortbildung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Einheit 1: Wie entsteht eine Sucht?

Einheit 2: Wie führe ich ein angenehmes Gespräch?

Einheit 3: Wo finde ich Hilfe?

9.2.1 Basismodul für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Eingliederungshilfe "Mensch.Sucht.Normalität"

Das Basismodul für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behindertenhilfe umfasst Kenntnisse, die das Erkennen einer Abhängigkeit oder deren Entwicklung, sowie den Umgang mit einem Menschen mit problematischem Substanzkonsum in der täglichen Arbeit ermöglichen sollen.

9.2.1.1 Grundseminar Abhängigkeit

Im Grundseminar "Abhängigkeit" geht es vor allem um Substanzwissen, Hintergründe einer Suchtentstehung sowie Definition und Diagnostik. Weitere Themen sind: "Professionelle Beziehung in der Beratung" und die Angebotsstruktur der Suchthilfe.

Die Vermittlung von Substanzwissen umfasst neben "klassischen" Suchtmitteln auch neuere Trends im Hinblick auf sogenannte "Neue-Psychoaktive-Substanzen". Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine Konzentration auf die Suchtmittel Alkohol, Tabak und Cannabis gewünscht ist, da diese Suchtmittel mehrheitlich in Einrichtungen der Behindertenhilfe als problematisch konsumierte Substanzen benannt werden.

Die Suchthilfe kann hierbei in der Regel nicht über spezifische Verhaltensweisen, Folgen oder Auswirkungen eines Substanzkonsums bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung informieren, sie kann aber Hintergrundwissen geben, das aufgrund der Erfahrungen mit der Zielgruppe durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Behindertenhilfe spezifiziert werden kann.

9.2.1.2 Motivierende Kurzintervention (MOVE)

Die Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing / MI) nach Miller und Rollnick ist eine der grundlegenden Methode in der Beratung von suchtmittelabhängigen Menschen. Sie basiert auf der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl R. Rogers. Auf der Grundlage eines humanistischen Menschenbildes postuliert sie drei Grundhaltungen für die Beratung: Wertschätzung/Akzeptanz, Empathie und Kongruenz. Auf diesem Hintergrund aufbauend wurde das Konzept von Rogers mit zielorientierten Methoden zur Motivierenden Gesprächsführung weiterentwickelt. Ziel des Beratungsansatzes ist die Motivation zu einer Verhaltensänderung.

Ginko e.V. in Nordrhein-Westfahlen hat das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung zur "Motivierenden Kurzintervention bei drogenkonsumierenden Jugendlichen (MOVE)" weiterentwickelt. Dieses ist noch stärker auf eine praxisnahe Anwendung ausgelegt und wird durch das Transtheoretische Modell TTM (nach Prochaska, Velicer und DiClimente) ergänzt. Im TTM geht es vor allem um die Frage nach dem "Status quo", also: In welcher Phase der Veränderung steht die betroffene Person und was benötigt sie an diesem Punkt an Interventionen, um in die nächste Phase einzutreten, damit sie ihr Veränderungsziel erreicht.

Diese Fortbildungseinheit vermittelt die Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung. Schwerpunkte sind die Grundhaltung, die Gesprächsführung und der Gesprächsverlauf sowie der Umgang mit Widerstand. Dazu werden Methoden eingeübt, die dabei helfen, Gespräche entsprechend zu führen.

Die Methode kann, so die Erfahrungen, nicht eins-zu-eins übernommen werden. Sie muss an die jeweilige Klientin bzw. den jeweiligen Klienten und deren bzw. dessen Möglichkeiten angepasst werden. Dies bezieht sich vor allem auf die Sprache und deren Anpassung an die kognitive Leistungsfähigkeit der Klientin bzw. des Klienten. Es hat sich aber gezeigt, dass einzelne praktische Methoden (z.B. die Ambivalenz-Waage) durchaus mit Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung durchgeführt werden können. In Kapitel 11.2.2 wird eine auf der MI basierende Suchtberatung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung genauer beschrieben.

9.2.1.3 Regelwerk bei Verdacht auf Suchtmittelmissbrauch

Wird in einer Einrichtung der Behindertenhilfe bei einer/einem Betreuten bzw. Mitarbeitenden der WfbM ein problematischer Suchtmittelmissbrauch festgestellt, steigt meist auch die Betreuungsintensität. Nach Befragungen der Behindertenhilfe sind es zumeist zusätzliche Teamsitzungen, erhöhte Betreuungszeiten und zusätzliche Leistungen. Regelungen im Umgang mit Suchtmitteln gibt es meist in Form von Verboten, Abbruch von Betreuungsleistungen und Hausordnungen. Diese klaren Regeln hinterlassen aber oftmals ein Gefühl von Hilflosigkeit, wie mit den Betroffenen weitergearbeitet werden kann.

Eine Möglichkeit, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Eingliederungshilfe Unterstützung und Sicherheit im Umgang mit Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum zu vermitteln, ist es, eine für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gültige Regelung zu finden. Dadurch kann auch den Betroffenen strukturiert Hilfe angeboten werden. Eine solche Form des Regelwerks stellt die "Betriebliche Suchtvereinbarung" dar.

In dieser Fortbildung werden Anregungen und Impulse vermittelt, die zu einer solchen "Betrieblichen Suchtvereinbarung" führen können. Es werden Vorurteile und Haltungen hinterfragt, Hintergrundinformationen gegeben, Methoden vermittelt und erste Schritte zur Umsetzung erarbeitet.

Eine "Betriebliche Suchtvereinbarung" ist ein langwieriger Prozess. Um jedoch den Umgang mit Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu standar-

disieren und damit für alle transparent zu machen, wurden im Nachgang zu der Fortbildung gemeinsam Arbeitshilfen erstellt. Diese sind speziell auf die jeweilige Einrichtung angepasst und berücksichtigen auch bisherige Umgangsweisen. Diese Arbeitshilfen sind unter www.aktionberatung.de einsehbar.

9.2.2 Basismodul für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchthilfe "einfach.gut.beraten"

Diese Fortbildungsreihe wurde als Grundlagenmodul für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe zusammengestellt. Hintergrund ist, dass die Suchthilfe wenig Erfahrung mit Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung hat. Suchtberatungsstellen werden auch oftmals als "nicht geeignet" für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung eingeschätzt (vgl. Kretschmann-Weelink 2013 und LIGA 2018). Deshalb sollen hierbei grundlegende Kenntnisse in Bezug auf Menschen mit geistige Beeinträchtigung für die beraterische Praxis gegeben werden.

9.2.2.1 Grundlagenseminar "Geistige Beeinträchtigung"

Wie in Punkt 5.1 beschrieben versteht man unter einer geistigen Beeinträchtigung eine Vielzahl von verschiedenen Formen einer von Geburt an verzögerten oder unvollständigen Entwicklung geistiger Fähigkeiten.

Die erste Fortbildungseinheit beschäftigt sich deshalb mit Grundlagenwissen zum Phänomen der geistigen Beeinträchtigung. Hierzu werden den Teilnehmenden mögliche Entstehungsursachen einer geistigen Beeinträchtigung sowie die entwicklungspsychologischen Hintergründe vermittelt. Weitere Themen sind Bindungsstörung, besondere Lebensumstände und belastende Faktoren von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung. Praxiserfahrungen im Umgang mit den Klientinnen und Klienten sowie spezifischer Erkennungsmerkmale fließen in die Vermittlung mit ein.

9.2.2.2 Kontakt- und Beziehungsaufbau bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung

Der Aufbau einer professionellen und gleichzeitig vertrauensvollen Berater-Klient-Beziehung ist grundlegend für die Suchtberatung. Gerade bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sind Beziehungen wichtig. Sie haben meist Erfahrungen mit Beziehungsabbrüchen in Form von neuen Betreuern, Ärzten etc. Deshalb kann es vorkommen, dass ein Aufbau einer tragfähigen Beziehung länger dauert als bei anderen Zielgruppen der Suchthilfe. Zudem kommen Einschränkungen der Beziehungsfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung hinzu.

Ausgehend vom Grundseminar "Geistige Beeinträchtigung" werden in der zweiten Fortbildung mögliche Auswirkungen der Beeinträchtigung auf den Kontakt- und Beziehungsaufbau im Setting der Beratung angesprochen und an Praxisbeispielen vertieft. Methoden und Ansätze aus der Beziehungsarbeit mit Menschen mit sogenannter geistiger Beeinträchtigung werden vorgestellt und vermittelt. In Rollenspielen werden diese Techniken eingeübt.

9.2.2.3 Unterstützte Kommunikation und Leichte Sprache

Es gibt Menschen, die aufgrund erworbener oder angeborener Schädigungen Beeinträchtigungen in der Kommunikation haben. Um die Verständigung zu erleichtern, gibt es unterschiedliche Methoden der Unterstützten Kommunikation (UK). Dazu zählen Gebärden, der Einsatz von Symbolen oder auch elektronische Sprachausgabegeräte. Auch Leichte Sprache trägt dazu bei, Kommunikation barrierefreier zu gestalten Die dritte Fortbildung veranschaulicht die Möglichkeiten, wie Menschen mit einer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit unterstützt werden können. Vor allem sind es technische oder elektronische Unterstützungen, aber auch bildliche und grafische Möglichkeiten, um Kommunikation möglich zu machen. Vermittelt werden neben der Theorie auch Möglichkeiten der praktischen Anwendung von Unterstützung. Der Bereich Leichte Sprache ist gerade für Beratungseinrichtungen ein wichtiger Baustein in der Anpassung der Angebote. Nicht nur im Hinblick auf Öffentlichkeitsarbeit und Medienpräsenz, auch in der Beratung selbst ist eine einfache bis leichte Sprache von großer Bedeutung. Dadurch können Methoden auf die Zielgruppe angepasst, aber auch die Gespräche selbstverständlicher werden.

9.2.3 Fortbildung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Zur Ergänzung des Fortbildungscurriculums für Fachkräfte wurde eine Schulung konzipiert, die neben Informationen zu Abhängigkeit auch Gesprächsführung und Informationen zur Suchthilfe beinhaltet.

Mit dem Koordinator für den Werkstattrat wurden im Vorfeld Fragen zur Durchführung besprochen und Hinweise zum Setting und zur Didaktik eingeholt. Dadurch konnten die Veranstaltungen auf die Bedürfnisse des Werkstattrates an- und in die Zeitstruktur der Werkstatt eingepasst werden. Dies bezog sich vor allem auf die Pausenzeiten der Werkstatt, die für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wichtige Strukturpunkte darstellen. Kristina Haase listet in ihrem Buch "Alkoholismus bei Menschen mit einer geistigen Behinderung" Anforderungen des "Maine Department of Mental Health and Mental Retardation" auf, nach denen ein Schulungsmaterial an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden soll (zitiert nach Haase 2002):

- "Gestalte das Material einfach."
- "Wiederhole die Information öfters innerhalb des Materials."
- "Wenn Kassetten erstellt werden, sprich langsam und deutlich." Im Hinblick auf die Fortbildung kann dieser Aspekt auf die Sprache und Sprachgeschwindigkeit des Referenten angewendet werden.
- "Stelle nicht zu viele Aspekte auf einmal dar. Wähle z.B. einen Punkt zum Alkoholismus aus und sprich darüber. Zu viele Informationen auf einmal überfordern Menschen mit geistiger Behinderung."
- "Wenn das Material erstellt wird, nutze möglichst viele Bilder zur Veranschaulichung."
- "Das Material muss altersentsprechend sein."

Zudem weist das "Maine Department of Mental Health and Mental Retardation" darauf hin, dass in Gruppenschulungen Rollenspiele eine gute Methode darstellen, um Lerninhalte zu vermitteln.

Haase leitet auch aus der Erwachsenenbildung einige Aspekte ab, welche für die Zielgruppe zu berücksichtigen seien (vgl. Haase 2002):

- "Anschaulichkeit"
- "Kurze Einheiten"
- "Teilnehmerorientierung"
- · "Zeitrhythmus"
- "Lernen in kleinen Gruppen"
- "Störungsfreie Atmosphäre"
- "Prothetische Umweltgestaltung"
- "Orientierungen"
- "Erfolgserlebnisse schaffen"

In der Vorbereitung der Fortbildungen für den Werkstattrat wurde versucht, diesen Aspekten Rechnung zu tragen.

Die Fortbildungen wurden für drei Termine im wöchentlichen Rhythmus erarbeitet und ausgeschrieben. Jeder Teil umfasste vier Stunden inklusive Pausen und wurde vormittags in der WfbM Schlockerhof durchgeführt.

1. Teil: Wie entsteht eine Sucht?

Im ersten Teil ging es um die Vermittlung von Grundlagen zu Sucht und Abhängigkeit. Dazu wurden Methoden aus der Suchtprävention aufgegriffen und angepasst. Zunächst einmal fand eine Vorstellungsrunde statt. Die Teilnehmenden konnten mit Smiley-Karten beschreiben, wie sie sich gerade fühlten. Daraufhin sah das Konzept vor, dass anhand der Methode "Suchtsack" unterschiedliche Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotential erklärt wurden (eine Auflistung des möglichen Inhaltes eines Suchtsackes finden Sie im Anhang).

In einem weiteren Schritt wurde ein möglicher Verlauf einer Abhängigkeit anhand der Methode "Suchttrichter" erarbeitet (Genuss – Missbrauch – Gewöhnung – Sucht). Im Anschluss wurde gemeinsam der Film "Nuggets" geschaut und reflektiert. Der Film "Nuggets", ein vom katholischen Filmwerk produzierter Animationsfilm, ist ohne Sprache und eignet sich aufgrund der minimalistischen Darstellung (einfache Bilder und

Symbolik) für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung (www.filmwerk.de). Im späteren Verlauf wurden die Merkmale einer Sucht gemeinsam erarbeitet und mit Bildern verdeutlicht. Die Möglichkeiten, sich selbst vor einer Suchtentstehung zu schützen, wurden mit der Methode "Mauer gegen Sucht" thematisiert. Hier gaben die Teilnehmenden u.a. an, bei welchen Aktivitäten sie Spaß und ein gutes Gefühl haben.

2. Teil: Wie führe ich ein angenehmes Gespräch?

Ziel der zweiten Fortbildung war es, den Mitgliedern des Werkstattrates zu vermitteln, wie sie mit Kolleginnen und Kollegen in der WfbM ein Gespräch führen können, welches als nicht unangenehm empfunden werden kann.

Zu Beginn der Veranstaltung fand eine Reflexion des ersten Termins statt. Danach konnten die Teilnehmenden ihre aktuelle Gefühlslage beschreiben. Dabei ging es um das Thema "Gefühle wahrnehmen, erkennen und ausdrücken". Dazu wurden die erwähnten und schon eingeführten "Smiley-Karten" verwendet. Die Teilnehmenden wurden aufgefordert, eine Karte zu ziehen und das darauf angegebene Gefühl pantomimisch darzustellen.

Den Hauptteil der zweiten Fortbildung stellte eine Methode der "gewaltfreien Kommunikation" dar. Es wurden unterschiedliche Kommunikationsformen besprochen und in mehreren Rollenspielen eingeübt. Dazu wurde die Methode der "Giraffen- und Wolfssprache" verwendet (vgl. Kajanne 2002). Die Rollenspiele nahmen Bezug auf Situationen, die die Teilnehmenden selbst erlebt hatten. Zudem wurden Merkmale eines angenehmen Gesprächs gesammelt. Die abschließende Zusammenfassung und Reflexion beendete den zweiten Teil.

3. Teil: Wo finde ich Hilfe?

Der dritte Teil der Fortbildung umfasste das Thema Suchtberatung.

Nach der Eingangsrunde (aktuelle Gefühlslage) wurden die Arbeit einer Suchtberatungsstelle vorgestellt und die wesentlichen Aspekte einer Suchtberatung erläutert.

Anschließend wurde in einer Exkursion die örtliche Suchtberatungsstelle besucht. Dabei konnten die Teilnehmenden mit dem Berater offene Fragen besprechen. Im Anschluss wurde die gesamte Fortbildung inhaltlich zusammengefasst und reflektiert. Die Teilnahme an der Fortbildung wurde mit einem Zertifikat bestätigt.

Resümee der Fortbildungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren:

Die Mitglieder des Werkstattrates Schlockerhof gaben vorwiegend positive Rückmeldungen. Vor allem der dritte Teil wurde als "sehr informativ" beschrieben, da die Teilnehmenden eine Beratungsstelle besuchen und dem Berater ihre Fragen direkt stellen konnten.

Bezüglich der obengenannten Aspekte zur Durchführung einer Schulung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung wurden folgende Punkte selbstkritisch hinterfragt und mit den Teilnehmenden besprochen:

- Zu viele Informationen, besonders im ersten Teil der Schulung: Der erste Teil umfasste alle Aspekte eines Informations-Workshops, wie er im Suchthilfezentrum mit Schulklassen oder anderen Gruppen durchgeführt wird. Es hat sich in der Durchführung gezeigt, dass die Fülle an Informationen für die Teilnehmenden überfordernd war. Aus diesem Grund wurde ein Informations-Workshop mit den Fachstellen für Suchtprävention erarbeitet, welcher unter Kapitel 10.4 näher erläutert wird. Dieser hat die Fülle an Informationen auf ein Minimum reduziert und wurde bereits erfolgreich mit verschiedenen anderen Gruppen durchgeführt.
- Einen weiteren Kritikpunkt stellte die "Giraffen- und Wolfssprache" im zweiten Teil dar. Besonders von der Schulungsleitung bestand die Sorge, dass diese Methode nicht altersentsprechend sei und sich die Teilnehmenden unterfordert oder nicht ernstgenommen fühlen könnten. Im Gespräch mit den Mitgliedern des Werkstattrates konnte dies nicht bestätigt werden. Die Teilnehmenden konnten sich gut auf die "Bilder" einlassen und fühlten sich ernst genommen. Jedoch führte das Bild der "Giraffe" zu Verunsicherungen. Im Gespräch konnte herausgearbeitet werden, dass die Giraffe nicht selbstver-

ständlich zur Lebenswelt der Teilnehmenden gehört und dadurch eine Assoziation eines angenehmen Gespräches mit dem Verhalten einer Giraffe nur schwer möglich war. Vielleicht ist hier eine andere Tierart zu wählen. Eine Empfehlung konnte jedoch nicht gegeben werden.

Für die Durchführung einer Fortbildung sind aus der Erfahrung folgende Punkte wichtig:

- Eine vorherige Kontaktaufnahme und Absprache mit der Koordinatorin oder dem Koordinator des Werkstattrates oder des Bewohnerbeirates, um Besonderheiten der Gruppe und der Organisation in die Konzeption einfließen zu lassen,
- die Einbeziehung von für die Teilnehmenden gewohnten Pausenzeiten in die Planung und Durchführung,
- eine Zusammenfassung von Inhalten vor oder nach einer Pause sowie am Ende der Veranstaltung,
- die Unterstützung der gesprochenen Informationen anhand von Bildern oder Bildkarten,
- eine Durchführung der drei Einheiten durch die gleiche Referentin bzw. den gleichen Referenten und
- eine möglichst zeitnahe Abfolge der einzelnen Einheiten.

Mögliche auftretende Schwierigkeiten bei der Durchführung:

- Nicht jeder Teilnehmende wird an jeder Veranstaltung teilnehmen können. Erkrankungen, Arztbesuche oder Ähnliches können vorkommen. Abhilfe kann ein Ausweichtermin schaffen, oder die erneute Durchführung der Fortbildungsreihe zu einem späteren Zeitpunkt.
- Zu viele Informationen in einem zu kurzen Zeitraum können die Aufnahmefähigkeit einiger Teilnehmenden überfordern. Deshalb ist es ratsam, weniger Informationen zu geben, diese dafür öfter zu wiederholen. Dies hilft den Teilnehmenden die Inhalte leichter zu erlernen.

9.2.4 Resümee, Empfehlungen und Weiterentwicklung des Fortbildungscurriculums für Fachkräfte

Die Erstellung und Durchführung des Fortbildungscurriculums war der zweite Meilenstein des Bundesmodellprojektes und Bestandteil der zweiten Projektphase zwischen Dezember 2018 und August 2019. Der erste Durchlauf des Fortbildungscurriculums begann am 02. April 2019 mit der ersten Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH und endete am 26. Juni 2019 mit der dritten Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Vereins Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. (JJ e.V.). Die Veranstaltungen wurden einzeln für die Träger ausgeschrieben. Die Ausschreibungen und Anmeldungen bei JJ e.V. erfolgten nach den trägerinternen Regelungen für betriebliche Weiterbildung. Die Ausschreibungen und Anmeldungen für die Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH erfolgten über die Geschäftsstelle und den Mitarbeiter am Modellstandort.

Die Ausschreibung jeder einzelnen Veranstaltung hatte zur Folge, dass sich einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur zu bestimmten Fortbildungen anmeldeten. Das führte dazu, dass nicht bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf die Inhalte der vorangegangenen Fortbildungen zurückgegriffen werden konnte. Aus diesem Grund werden die nächsten Durchläufe des Curriculums zusammenhängend als eine dreigliedrige Fortbildung ausgeschrieben. Das macht deutlich, dass die Inhalte aufeinander aufbauen.

Um das Fortbildungsangebot für die Fachkräfte der Eingliederungs- und Suchthilfe durchführen zu können, wurden diese in beiden Trägern intensiv beworben. Dies konnte den Eindruck einer "Pflichtveranstaltung" erwecken, welcher nicht beabsichtigt war. Um die Bereitschaft der Teilnahme durch die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen zu fördern, soll der nächste Zyklus auch hier mit einem Zertifikat abgeschlossen werden.

In den Rückmeldungen eines internen Evaluations-Workshops zeigten sich unterschiedliche Resonanzen auf die angebotenen Fortbildungen.

Als Nutzen der Fortbildungen beschrieben die Teilnehmenden vor allem die Vernetzung der Fachkräfte untereinander. Durch praxisnahe Übungen konnten eventuell bestehende Vorurteile abgebaut und ein Ein-

blick in die Lebenswelt der Klientel des jeweils anderen Hilfesystems vermittelt werden.

Ein weiterer Nutzen wurde im Kennenlernen der jeweils anderen Organisation und deren Handlungslogiken und Kompetenzen gesehen. Dabei zeigte sich eine wichtige und gemeinsame Grundlage vor allem im Beeinträchtigungsmodell der ICF (siehe Kapitel 5.1).

Aus fachlicher Sicht konnten die Fortbildungen die eigene Sicherheit im Umgang mit der speziellen Klientel fördern, besonders im Wissen darum, dass die gemeinsame Betreuung die jeweils andere Fachlichkeit miteinschließt und dadurch für die eigene Arbeit nutzbar wird. Innere Haltungen konnten reflektiert und angepasst werden. Die Teilnehmenden gaben an, dass sie auch neue Methoden und Materialien kennengelernt haben, die sie in die eigene Arbeit einfließen lassen können, und zudem neue Ideen entwickelt haben, eigene Methoden und Materialien an die Bedarfe von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung anzupassen.

Neben positiven Rückmeldungen zu den Inhalten der Fortbildungen kam es aber auch zu kritischen Reaktionen.

Vor allem die Suchthilfe reagierte mit Befürchtungen vor zusätzlicher Arbeitsbelastung durch die Zielgruppe aufgrund deren Einschränkungen und den möglicherweise daraus entstehenden besonderen Bedarfen. Eine Entlastung hierbei kann vor allem in der engen Zusammenarbeit beider Hilfesysteme geschehen (Siehe Kapitel 11). Aus diesem Grund wird bei den künftigen Durchführungen des Curriculums ein gemeinsames Fallseminar angeschlossen, zu dem alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Referentinnen und Referenten zusammenkommen und gemeinsam Fälle besprechen. Damit soll eine Zusammenarbeit angeregt werden, die ein wichtiger Baustein in der Suchtberatung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischen Substanzkonsum ist.

Evaluation des Betrieblichen Bildungsprogramms von aktionberatung – einfach.gut.beraten im Suchthilfeverbund Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Für das Projekt aktionberatung wurde im Jahr 2019 ein modularisiertes Betriebliches Bildungsprogramm konzipiert. Die drei betreffenden Veranstaltungen *Grundlagen der Geistigen Behinderung* (06.05.2019), *Leichte Sprache und unterstützte Kommunikation* (26.06.2019) sowie *Kontakt- und Beziehungsaufbau bei Menschen mit einer geistigen Behinderung* (10.07.2019) konnten als Block, aber auch jeweils als Einzelveranstaltung besucht werden.

Nach der internen Ausschreibung der Veranstaltungen war zunächst festzustellen, dass die Anmeldungen zögerlich vonstattengingen. Es wurde deutlich, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich vom Thema nicht hinreichend angesprochen fühlten. Die Einrichtungsleitungen wurden deswegen darum gebeten, über das Thema und das Bildungsprogramm im Rahmen von Teamsitzungen zu informieren. Herr Abel (Mitarbeiter am Modellstandort) stellte das Projekt zusätzlich im Rahmen einer Gesamt-Leitungsrunde des Vereins vor.

Schließlich konnten ausreichend Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutiert werden. Es war wichtig und vor allem auch notwendig, Transparenz herzustellen, weil das Thema geistige Behinderung offenkundig nicht als Bestandteil der Suchthilfe wahrgenommen wird.

Die Maßnahmen wurden hinsichtlich der Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie der Praxisrelevanz des Themas evaluiert. Dabei kamen zwei vereinsinterne Erhebungsinstrumente zum Einsatz: Der Fragebogen zur Kundenzufriedenheit und der Fragebogen zur Praxisrelevanz von Betrieblichen Bildungsmaßnahmen.

Ergebnisse Kundenzufriedenheit (N=22)

An den drei Veranstaltungen nahmen 13 Personen teil. Drei Teilnehmende besuchten alle drei Veranstaltungen, drei Teilnehmende jeweils zwei und sieben Teilnehmende jeweils eine Veranstaltung.

Aus den drei Veranstaltungen lagen zur Auswertung folglich 22 Fragebögen vor. Bei einer Skala von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend wurden folgende Durchschnittswerte erzielt:

Informationswert der Veranstaltung: 1,6

Didaktik der Veranstaltung: 1,6

Kompetenz der Referenten: 1,3

Praxisbezug und Nutzen für ihre Tätigkeit: 3,2

Veranstaltungsraum und Rahmenbedingungen: 2,1

Organisation der Veranstaltung: 1,9

Gesamt: 2,0

Folgende Gesamtdurchschnittsnoten erzielten die drei jeweiligen Veranstaltungen separat: Grundlagen der Geistigen Behinderung (9): **2,1**

Leichte Sprache und unterstützte Kommunikation (7): 2,0

Kontakt- und Beziehungsaufbau bei Menschen mit einer geistigen Behinderung (6): 1,6

Ergebnisse Praxisrelevanz von Betrieblichen Bildungsmaßnahmen (N=13)

Im Zuge der Evaluation der Betrieblichen Bildungsmaßnahmen von JJ wird acht bis zwölf Wochen nach der jeweiligen Maßnahme eine Erhebung zur Praxisrelevanz durchgeführt.

Es wurden 13 Fragebogen zugesendet.

Dabei wurde deutlich, dass das Thema noch nicht im Berufsalltag der betreffenden Einrichtungen verankert ist. Nur einer von 13 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gab an, dass der Inhalt der Maßnahme im Berufsalltag angewandt werden konnte. Sechs von 13 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geben an, dass das Gelernte nach den bisherigen Erfahrungen keine Bedeutung für ihre konkrete Berufspraxis habe.

Die Kommunikation über das in den Veranstaltungen thematisierte mittels persönlicher Gespräche, Teamsitzungen oder textbasierte Kommunikation fand in den meisten, nämlich sieben Fällen gar nicht statt.

Vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bejahten, dass die Maßnahme zur Änderung bzw. Weiterentwicklung von Angeboten in der Einrichtung geführt habe.

Fast alle gaben an, dass eine Intensivierung geplant sei.

Zusammenfassung

Es zeigt sich, dass die Veranstaltungen nach anfänglichen Schwierigkeiten durchaus positiv bewertet wurden. Die Kompetenz der Referentinnen und Referenten sowie der Informationswert der Veranstaltung wurden besonders positiv bewertet. Die Veranstaltung Kontakt- und Beziehungsaufbau wurde insgesamt am besten bewertet.

Der Praxisbezug der Veranstaltungen wurde von vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern gering eingeschätzt, was sich auch hinsichtlich des Transfers in die Praxis zeigt. Daraus leitet sich ab, dass es eine besonders wichtige Aufgabe in der Zukunft sein wird, deutlich zu machen, was das Thema "geistige Behinderung" mit einer teilhabeorientiert arbeitenden Suchthilfe zu tun hat. Betriebliche Bildungsmaßnahmen können eine wichtige Rolle dabei spielen.

David Schneider Fachstelle Evaluation Zusammengefasst lassen sich folgende Empfehlungen für ein Fortbildungscurriculum geben:

- Die obengenannten Fortbildungsthemen können die fachlichen Grundlagen für eine gelingende Zusammenarbeit im Hinblick auf die Beratung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischen Substanzkonsum darstellen.
- Die Fortbildungen sollten durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kooperierenden Träger ausgeführt werden.
- Weitere themenspezifische Fortbildungen sollen ermöglicht und gemeinsam in einem Arbeitskreis abgestimmt werden.
- Die Fortbildungen sollten als Einheit verstanden, ausgeschrieben und mit einem Zertifikat abgeschlossen werden.
- Ein gemeinsames Fallseminar mit allen Beteiligten im Anschluss an die Fortbildungen kann die Zusammenarbeit noch stärker zu fördern.

9.3 Team-Support

Neben den erwähnten Hospitationen und den Fortbildungen für Fachkräfte gibt es noch eine weitere Möglichkeit Fachinformationen wechselseitig verfügbar zu machen. Hierzu zählt die Bereitschaft zu gegenseitigen Team-Support. Schinner sieht in einem Team-Support, neben der Beratung der Zielgruppe, die Beratung von Teams zum Umgang mit suchtkranken Menschen mit geistiger Beeinträchtigung als eine zentrale Aufgabe eines zielgruppengerechten Angebotes (vgl. Schinner 2008/2014).

Oftmals kommt es gerade in Teamsitzungen vor, dass Fragen zum Umgang mit bestimmten Klientinnen und Klienten aufkommen, diese aber nicht zeitnah in einer Hospitation oder einer Fortbildung beantwortet werden können. Um diese dringenden Fragen zu beantworten, haben alle Teams der kooperierenden Träger die Möglichkeit, schnell und unkompliziert eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter des anderen Arbeitsbereichs zu einer Fallbesprechung hinzuzuziehen. Auch außerhalb von Teamsitzungen sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur gegenseitigen Unterstützung aufgerufen. Aufgrund der trägerübergreifenden Arbeit sind hier die Regelungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes (Anonymisierung des Betroffenen) zu berücksichtigen.

In der Praxis wurde dieses Angebot bislang nur selten genutzt. Hintergrund kann eine mangelnde Durchdringung sein, wodurch die Information über das Angebot nicht in alle Teams gelangen. Auch dieses Angebot soll im weiteren Verlauf des Projektes intensiver beworben werden.

EXEMPLARISCHE METHODEN DER SUCHTPRÄVENTION UND -BERATUNG BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER BEEINTRÄCHTIGUNG

Im dritten und letzten Teil des Beratungshandbuches aktionberatung erfahren Sie, welche konkreten Methoden der Suchtprävention und -beratung im Projekt umgesetzt wurden. Dazu werden allgemeine Hinweise zu Präventionsveranstaltungen mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung gegeben und der im Projektverlauf erarbeitete Informations-Workshop "Nuggets" wird präsentiert. Zudem wird eine Möglichkeit der Beratung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischen Substanzkonsum anhand der in der Suchthilfe bewährten Methode "Motivierenden Gesprächsführung" dargestellt.

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 Schulkassen 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.

10.1 Zielgruppen

Zu den anfragenden Schulformen bezüglich eines Informations-Workshops im Suchthilfezentrum Wiesbaden gehörten immer schon Schulen mit Förderschwerpunkt. Die durchführenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bemühten sich in diesen Veranstaltungen die standardisierten Methoden auf die Bedürfnisse der Schülergruppen anzupassen.

Versteht man die Informations-Workshops als Teil eines niedrigschwelligen Zugangs zum Hilfesystem, so kann man davon ausgehen, dass nicht nur Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zur Zielgruppe gehören, sondern Menschen aller Altersgruppen. Das bedeutet, dass alle Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe von Schulen mit Förderschwerpunkt, über Wohneinrichtungen und Arbeitsstätten (WfbM) bis hin zu ambulanten Betreuungsdiensten einen Informations-Workshop in Anspruch nehmen können.

Hier einige Beispiele:

- Schulkassen von Schulen mit Förderschwerpunkt,
- neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bereich der Beruflichen Bildung,
- Arbeitsgruppen innerhalb der WfbM,
- · Werkstatträte,
- · Bewohnerinnen und Bewohner von stationären oder teilstationären Wohneinrichtungen,
- Bewohnerbeiräte,
- Selbsthilfegruppen (auch Elterngruppen),
- etc.

Durch kontinuierliche Angebote von Informations-Workshops wird das Thema "Sucht und Abhängigkeit" in den Einrichtungen präsenter und das Beratungsangebot bekannter. Um eine Kontinuität zu gewährleisten, ist es notwendig, mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Eingliederungshilfe vor Ort zu kooperieren.

10.2 Kooperationen

Bei der Umsetzung der Informations-Workshops hat sich eine enge Kooperation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Eingliederungshilfe und dem Lehrpersonal der Schulen mit Förderschwerpunkt bewährt. Im schulischen Bereich sind hierzu meist sogenannte Beratungs- oder Vertrauenslehrkräfte zu nennen, die sich um die Koordination von Informations-Workshops kümmern. In der Eingliederungshilfe gibt es meist verantwortliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die einen Workshop koordinieren, zum Beispiel eine Koordinatorin oder ein Koordinator des Werkstattrates oder des Bewohnerbeirates, eine Gruppenleiterin oder ein Gruppenleiter etc.

Es hat sich gezeigt, dass mindestens ein Vorgespräch sinnvoll ist, in dem neben den Rahmenbedingungen (Ort, Zeit und Gruppengröße) auch zu berücksichtigende Besonderheiten abgeklärt werden können.

10.3 Hinweise zur Durchführung

Ausgehend von den Erfahrungen mit Schulklassen von Schulen mit Förderschwerpunkt und Workshops mit Gruppen der Eingliederungshilfe, werden im Folgenden einige Hinweise zu Setting, Methodik, Didaktik und Prozess geben.

10.3.1 Setting

Die meisten Workshops im Suchthilfezentrum Wiesbaden werden innerhalb der Beratungsstelle (Kontaktcafé) durchgeführt. Sie finden zumeist vormittags während der Öffnungszeiten der Einrichtung statt. Der Vorteil hierbei ist, dass die Teilnehmenden das Suchthilfezentrum besucht und die Räumlichkeiten gesehen haben. Treppen oder zu enge Türen können für Teilnehmende des Workshops mit körperlichen Einschränkungen (z.B. Rollstuhlfahrende) schwer überwindbare Barriere darstellen. Diese Einschränkungen können in einem Vorgespräch thematisiert werden. Ist eine Barrierefreiheit nicht zu gewährleisten, kann der Workshop meist auch in den Räumlichkeiten der anfragenden Einrichtung angeboten werden. Dann sind eine genaue Planung und Abstimmung notwendig, da eventuell technische Ausstattung oder Materialien mitgebracht werden müssen.

Allgemein ist in Bezug auf das Setting von Workshops zu beachten, dass die Veranstaltung in einem ruhigen und angenehmen Raum stattfindet. Wenn persönliche Fragen vorgesehen sind, kann es sinnvoll sein, dass die Lehrkräfte oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eingliederungshilfe den Raum verlassen.

10.3.2 Methodik/Didaktik

Die Suchtprävention hat viele verschiedene Vermittlungsmethoden, die Anwendung in Informations-Workshops finden können. In Workshops des Suchthilfezentrums Wiesbaden werden folgende Methoden regelmäßig angewendet:

- · Suchtsack,
- Suchttrichter (auch mit Fallkärtchen),
- · Lebenskompetenzen-Boot,
- · Mauer gegen Sucht,
- Skalierungsfragen.

Um die Methoden auf die Bedarfe der Gruppe anzupassen müssen folgende didaktische Fragen im Vorfeld beantwortet werden sein:

- Was soll (konkret) vermittelt und welches Ziel soll erreicht werden?
- Wie hoch ist die kognitive Leistungsfähigkeit der Gruppe?
- Welches Alter haben die Teilnehmenden (Minder- oder Volljährig)?
- Welche Wünsche und Bedürfnisse der Gruppe wurden vielleicht schon geäußert?
- Welche Rahmenbedingungen stehen zur Verfügung?

Daraus ergeben sich folgende Fragen zur Anpassung der einzelnen Methoden:

- Wie hoch muss die Abstraktionsfähigkeit für diese Methode sein?
- Wie kann ich die Methode so vereinfachen, dass die zentrale Aussage vermittelt werden kann, ohne zu überfordern?
- Mit welchen Mitteln können die zentralen Inhalte anschaulicher dargestellt werden (Bilder, Symbole etc.)?
- Wie können "schwere Wörter" (z.B. Toleranzentwicklung) so umschrieben werden, dass sie verständlich sind (Regeln der Leichten Sprache)?

Zu beachten sind hier auch die bereits erwähnten Aspekte zur Anpassung von Schulungen an Teilnehmende mit geistiger Beeinträchtigung im Kapitel 8.3.

Im Zuge des Projektes aktionberatung wurde ein spezieller Informations-Workshop erarbeitet, der sich an den obengenannten Fragen orientiert. Dieser wird im Folgenden näher beschrieben und ist im Anhang enthalten.

10.4 Beispiel Arbeitshilfe "Nuggets"

Im Rahmen des Bundesmodellprojektes aktionberatung wurden Möglichkeiten gesucht, an Schulen mit Förderschwerpunkt und Einrichtungen der Behindertenhilfe Workshops zu dem Thema "Sucht und Abhängigkeit" durchzuführen und dieses methodisch so aufzuarbeiten, dass es für die spezielle Zielgruppe anwendbar ist. Um dies zu erreichen, haben die Fachstellen für Suchtprävention im Main-Taunus-Kreis, Rheingau-Taunus-Kreis und Wiesbaden gemeinsam mit dem Bundesmodellprojekt aktionberatung eine entsprechende Arbeitshilfe erarbeitet, die es nicht nur Fachkräften der Suchthilfe oder Suchtprävention, sondern auch Pädagoginnen und Pädagogen von Schulen mit Förderschwerpunkt sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Eingliederungshilfe ermöglicht, einen Informations-Workshop durchzuführen.

Ausgangspunkte für die Erarbeitung waren die standardmäßigen Informations-Workshops der Fachstellen für Suchtprävention und der vom katholischen Filmwerk produzierte Film "Nuggets", der für die Zielgruppe ein gut einsetzbares Medium darstellt. Die sprachunabhängige Darstellung einer Suchtentwicklung und die zeitliche Kürze des Films sind hierbei wichtige Kriterien.

Zunächst wurden die inhaltlichen Themen, die standardmäßig in Informations-Workshops der Fachstellen vorkommen, zusammengestellt:

- Vorstellung von Suchtmitteln und süchtigen Verhaltensweisen,
- · mögliche Entstehung einer Sucht/Abhängigkeit,
- Merkmale einer Suchterkrankung,

- Schutzfaktoren (Resilienzen),
- Informationen zu Hilfsangeboten vor Ort.

Im nächsten Schritt wurden zu den zu vermittelnden Inhalten und der Voraussetzungen der Zielgruppe passende Methoden ausgesucht und angepasst. Das Design des Films wurde als Grundlage für die grafische Gestaltung der einzelnen Methoden genutzt. Dadurch wird im Verlauf des Workshops immer wieder auch visuell auf den Film zurückgegriffen.

Um die Durchführung auch unabhängig von Fachkräften der Suchthilfe bzw. Suchtprävention zu gewährleisten, wurden zu den einzelnen Inhalten fachliche Informationen in die Arbeitshilfe eingearbeitet oder Verweise auf Informationsquellen angegeben.

Beispieltexte in "Leichte Sprache" sollen Fachkräften der Suchthilfe bzw. Suchtprävention veranschaulichen, wie fachliche Informationen für die Zielgruppe verständlich gemacht werden können. Diese Texte wurden auch, wie in Kapitel 8.2 beschrieben, durch die Prüfer für "Leichte Sprache" redigiert.

Der Informations-Workshop wurde mit verschiedenen Gruppen bereits erfolgreich durchgeführt. Die daraus entstandenen Erfahrungen wurden als "Hinweise aus der Praxis" in die Arbeitshilfe aufgenommen. Die Arbeitshilfe für Förderschulklassen "Nuggets" finden Sie unter: 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 problematischen 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-Westfahlen 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 Werkstattrat) 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.

Folgende Hindernisse wurden in den Gesprächen mit den Selbstvertretungsorganen genannt:

- Mangelnde Information Abhängigkeitserkrankungen würden in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht oder nur wenig thematisiert. Auch sei wenig bekannt, dass es eine Suchthilfeeinrichtung gebe. Die Klientinnen und Klienten machten deutlich, dass sie sich mehr Informationen, vor allem in Leichter Sprache, zu dem Thema wünschen.
- Probleme mit Kontaktaufnahme und Kommunikation Ein weiterer genannter Punkt war, dass aufgrund der Beeinträchtigung die Kontaktaufnahme und Kommunikation erschwert sein könne. Dadurch sei es oftmals nicht möglich, eigenständig in der Suchtberatungsstelle anzurufen und einen Termin zu vereinbaren. Hinzu komme die Erfahrung, dass sich die Klientinnen und Klienten oft miss- oder unverstanden fühlten oder die Befürchtung hätten, sie könnten sich in der Beratung nicht verständlich machen.
- "Ängste vor neuen, unbekannten Situationen" Einige Personen berichteten von Ängsten, wenn die gewohnte Umgebung verlassen werde und neue Situationen aufkämen. Dies betreffe den Weg, den Ort bzw. die Räume und auch die Personen (Beraterin oder Berater).
- Mobilitätsprobleme und bauliche Barrieren Eine dringliche Frage war: "Wie komme ich dort hin?" Dieser Aspekt betrifft vor allem Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, aber auch jene, die einer Begleitung bedürfen. Hierzu gehören Aspekte wie Anbindung an den ÖPNV und barrierefreie Haltestellen, Parkplätze, Stufen und Treppen im Haus, barrierefreie Sanitäreinrichtungen, breite Türen etc.

Einige dieser Barrieren konnte in Bezug auf das Suchthilfezentrum Wiesbaden erkannt werden. Im Folgenden wird beschrieben, welche Möglichkeiten und Maßnahmen ergriffen wurden, um diese Barrieren zu minimieren oder abzubauen.

11.1.3 Möglichkeiten des Abbaus von Hemmnissen und Hindernissen

Im Anschluss an die Gespräche mit den Selbstvertretungsorganen der Eingliederungshilfe wurden in Team-

gesprächen sowie im Arbeitskreis nach verschiedenen Lösungsmöglichkeiten gesucht, mit welchen Maßnahmen mögliche Barrieren minimiert oder abgebaut werden können.

Mangelnde Information

Das Suchthilfezentrum Wiesbaden hat mehrere Informationsflyer zu den einzelnen Fachberatungen. Diese Flyer sind jedoch in einer Sprache geschrieben, die für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung nicht oder nur schwer verständlich ist. Die erste Maßnahme, die ergriffen wurde, war es, einen Flyer in Leichter Sprache zu erstellen. Er stellt die Beratungsmöglichkeit des SHZ dar und zeigt, wie mit der Einrichtung Kontakt aufgenommen werden kann, um einen Beratungstermin zu erhalten. Dazu wurden die wichtigsten Informationen in Leichte Sprache übersetzt und mit passenden Bildern ergänzt. Die Bilder wurden über die Lebenshilfe Bremen e. V. bezogen. Die Texte wurden durch die Prüfer für Leichte Sprache der WfbM Schlockerhof korrigiert. Daraufhin wurde der Flyer nach den Regeln bezüglich Kontrast, Schriftart und Schriftgröße designt. Um die Haptik des Flyers zu erhöhen, wurde extra stärkeres Papier verwendet und eine Größe von 20x20 cm gewählt. Den Flyer in Leichter Sprache haben wir zur Ansicht auf unserer Internetseite www.aktionberatung.de eingestellt.

Eine weitere Maßnahme zur Verbreitung von Informationen zu Abhängigkeit und des Beratungsangebotes des SHZ stellen die oben erwähnten Informations-Workshops dar. Durch regelmäßige Präsenz der Suchthilfe in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe wird das Thema Abhängigkeit immer wieder aufgegriffen und das örtliche Beratungsangebot bei Klientinnen und Klienten, aber auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannter (siehe Kapitel 10).

Schulungen der Selbstvertretungsorgane betonen vor allem den Peer-to-Peer-Aspekt. Wissen zu Sucht und Abhängigkeit wird erlernt und an die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Werkstattmitarbeiterinnen und Werkstattmitarbeiter weitergegeben (siehe Kapitel 8.3).

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat eine Reihe von Schriften in Leichter Sprache herausgegeben, in denen über die verbreitetsten Substanzen und Verhaltenssüchte informiert wird:

- "Kiffen ist riskant"
- "Rauchen ist riskant"
- "Alkohol ist gefährlich"
- "Medikamente ab wann sind sie riskant?"
- "Glücksspiele sind riskant"

Diese Hefte sind unter www.dhs.de als Druckversion oder PDF-Datei zu beziehen.

Im Suchthilfezentrum Wiesbaden wurden sie ausgelegt. Zudem benutzen die Beraterinnen und Berater diese, um mit Klientinnen und Klienten, die Schwierigkeiten mit der Sprache haben, über Suchtmittel zu informieren. Darüber hinaus wurden die Hefte den kooperierenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe zur Verfügung gestellt, damit sie dort ausgelegt werden können.

Probleme mit Kontaktaufnahmen und Kommunikation

Wie in vielen Einrichtungen der Suchthilfe ist es auch im SHZ üblich, dass Termine vor allem durch die Betroffenen selbst vereinbart werden sollen. Dies soll vor allem die Motivation des Betroffenen zeigen und eine bessere Verbindlichkeit der Terminvereinbarung erzeugen.

Bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung kann dies, wie oben gezeigt, eine Hürde darstellen. Aus diesem Grund wurde vereinbart, dass Betreuerinnen und Betreuer von Einrichtungen der Eingliederungshilfe auch für ihre Klientinnen und Klienten Beratungsgespräche vereinbaren können. Auch ist eine Begleitung durch die Betreuerin bzw. den Betreuer von Beginn an möglich, jedoch muss diese durch die Klientin bzw. den Klienten ausdrücklich gewünscht sein (Schweigepflichtentbindung). Das Gleiche gilt für die Möglichkeit weiterer Terminabsprachen. Z.B. könnten Terminzettel für Folgetermine

in Kopie zur Aushändigung an die Bezugsbetreuung mitgegeben oder direkt an sie weitergeleitet werden. Je nach Einzelfall kann dadurch das Einhalten weiterer Termine unterstützt werden. Zudem werden die Beraterinnen und Berater im Rahmen des Fortbildungscurriculums im Hinblick auf unterstützte Kommunikation und Leichte Sprache sensibilisiert und geschult (siehe Kapitel 9.2.2.3).

"Ängste vor neuen, unbekannten Situationen"

Diese Barriere kann nur schwer von außen beeinflusst oder abgebaut werden. Jedoch kann zumindest versucht werden, diesen Ängsten entgegenzuwirken.

Dazu wurden zunächst im oben genannten Flyer des Suchthilfezentrums Wiesbaden Bilder der Mitarbeiterinnen der Verwaltung und der Beraterinnen und Berater eingearbeitet. Dadurch wird ermöglicht, dass man von der Person, mit der man am Telefon gesprochen oder einen Termin vereinbart hat, auch eine bildliche Vorstellung bekommt.

Zudem besteht die Möglichkeit, eines unverbindlichen Besuchs der Einrichtung. Dabei können die Räumlichkeiten gesichtet sowie Kontakt zu den Mitarbeiterinnen der Verwaltung aufgenommen werden. Wenn gewünscht, kann die Klientin bzw. der Klient direkt einen Termin vereinbaren. Zudem steht das Kontaktcafé an zwei Nachmittagen pro Woche als erste Kontaktaufnahmemöglichkeit zur Verfügung. Wie schon oben erwähnt, kann auch die Möglichkeit der Begleitung durch die Bezugsbetreuerin oder den Bezugsbetreuer Sicherheit geben und helfen, Ängste vor neuen Situationen abzubauen. Eine weitere, bereits auch genutzte Möglichkeit ist die Beratung in der Einrichtung der Eingliederungshilfe anzubieten. Angedacht waren zunächst offene Sprechzeiten in den jeweiligen Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Zu bestimmten Zeiten im Monat sollte eine Beraterin oder ein Berater der Suchthilfe die Möglichkeit zum Erstkontakt anbieten. Dies wurde jedoch verworfen, da die Befürchtung aufkam, dass sich niemand in den Raum wage, weil er womöglich von anderen Bewohnerinnen oder Bewohnern bzw. Werkstattmitarbeiterinnen oder Werkstattmitarbeitern gesehen werden könnte. Die Befürchtung ist, dass eine Angst vor Stigmatisierung einen Erstkontakt verhindern könne. Um dies zu verhindern, gibt es nun die Möglichkeit, individuelle Termine in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu vereinbaren. Diese können in einem gesonderten Raum der Wohneinrichtung oder Werkstatt stattfinden oder in der häuslichen Umgebung der Klientin oder des Klienten, dort aber in Begleitung der Betreuerin oder des Betreuers.

Diese aufsuchende Beratung soll der Klientin bzw. dem Klienten die Sicherheit des gewohnten Umfeldes ermöglichen.

Zusätzlich zu der Möglichkeit der aufsuchenden Beratung ist es von Vorteil, einen externen Ort zu haben, an dem das Gespräch stattfinden kann. Es soll die Alternative bieten, Beratungsgespräche an einem "neutralen" Ort durchführen zu können, an dem man nicht die Angst haben muss, von Bekannten gesehen zu werden. Dies kann ein Raum im örtlichen Gesundheitsamt, im Rathaus oder einer sozialen Einrichtung sein. Manchmal gestaltet sich die Suche nach einem "neutralen Ort" als schwierig. Viele Einrichtungen, Behörden und Ämter sind räumlich oft ausgelastet. In Wiesbaden hat sich die Suche nach einem möglichen externen Beratungsraum ebenfalls als schwierig dargestellt. Zur Verfügung stehende Räume waren meist größere Besprechungszimmer oder Gruppenräume. Diese Räumlichkeiten bieten meist kein gutes Setting für Einzelgespräche. Fündig wurden man schließlich im "Kirchenladen Schwalbe 6" der Evangelischen Kirche Wiesbaden. Hier steht für die Beratung, nach Voranmeldung, kostenlos ein barrierefreier Nebenraum zur Verfügung.

Mobilitätsprobleme und bauliche Barrieren

Das Suchthilfezentrum Wiesbaden liegt in der Innenstadt. Dadurch ist es gut mit dem ÖPNV erreichbar. Zwei Linien mit Niederflurbussen bedienen ab dem Hauptbahnhof die zwei Bussteige der nächstgelegenen Haltestelle "Schiersteiner Straße" in einem Zehnminuten-Takt. Die beiden Bussteige liegen maximal 300 Meter entfernt und sind barrierefrei ausgebaut. Auch die dazwischenliegende Straßenkreuzung ist für Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, gut passierbar.

Die Räumlichkeiten des Suchthilfezentrums Wiesbaden befinden sich im Hochparterre und ersten Stock eines Altbaus. Bis zum Hochparterre sind bereits acht Stufen zu überwinden, jedoch befindet sich die Anmeldung im ersten Obergeschoss der Einrichtung. Ein Aufzug ist nicht vorhanden. Bislang wurden Beratungen für Klientinnen und Klienten mit eingeschränkter Mobilität vorzugsweise in den unteren Räumlichkeiten durchgeführt. Auf eine Anmeldung in der Verwaltung wurde verzichtet oder sie erfolgte telefonisch, sodass die Beraterin oder der Berater über das Eintreffen der Klientin bzw. des Klienten informiert werden konnte. Auch Personen, die auf einen Rollstuhl angewiesen waren, konnten mit Hilfe einiger Kolleginnen und Kollegen über die ersten Stufen gehoben werden. Bei Menschen, die einen elektrischen Rollstuhl fahren, ist das jedoch nicht möglich. Zudem gibt es keine barrierefreien Sanitäreinrichtungen.

Auch hierbei kommt das Angebot der aufsuchenden Suchtberatung oder des externen Beratungsortes zum Tragen. Nimmt eine Klientin, ein Klient oder deren bzw. dessen Bezugsbetreuung Kontakt zum Suchthilfezentrum Wiesbaden auf, wird nach möglichen Einschränkungen der Mobilität gefragt. Sollte die Klientin oder der Klient ein Rollstuhl fahren, werden ihr oder ihm die genannten Angebote gemacht, die Beratung außerhalb der Einrichtung stattfinden zu lassen.

Bei allem Positiven bringt die Implementierung eines auf die Zielgruppe zugeschnittenen Beratungsangebotes aber auch Veränderungen und Mehraufwand mit sich. Ein Einrichtungsflyer in leichter Sprache ist in der Erstellung meist aufwändiger und kostenintensiver. Hat man nicht die Möglichkeit, ihn durch die kooperierende Einrichtung der Eingliederungshilfe prüfen zu lassen, kommen Kosten für eine Prüfung durch ein Büro für Leichte Sprache hinzu. Außerdem sind bei einem zusätzlichen Flyer auch der zusätzliche Druck und die meist erhöhte Seitenzahl sowie das Format und das Papier teurer.

Das Angebot der aufsuchenden Suchtberatung oder der Beratung in externen Räumlichkeiten bedeutet in der Praxis, dass die Beraterin oder der Berater für An- und Abfahrt zusätzliche Zeit einplanen muss. Das heißt, dass für ein externes Beratungsgespräch meist zwei weitere Beratungstermine wegfallen oder in der Zeit vor und nach dem externen Termin nur verkürzte Beratungstermine angeboten werden können. Dies kann sich unter Umständen auf die Gesamtzahl der durch die Einrichtung durchgeführten Beratungsgespräche auswirken.

Die inhaltliche Anpassung der Suchtberatung an die Zielgruppe ist meist weniger aufwändig. Im Weiteren werden Anregungen und Hinweise angeboten, wie eine Suchtberatung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung durchgeführt werden kann. Hierbei werden vor allem Methoden und Materialien vorgestellt, die in der Suchtberatung an die Zielgruppe angepasst werden können, und Hinweise zum Setting, zum Beratungsprozess und zu möglichen Vermittlungen gegeben.

11.2 Suchtberatung bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung

Die Zielgruppe der Suchthilfe sind suchtgefährdete oder suchtkranke Menschen und deren Angehörige. Sie steht also im Grunde allen Menschen offen. In den schon mehrfach erwähnten Studien und Befragungen zeigt sich jedoch bei Beraterinnen und Beratern der Suchthilfe immer wieder eine gewisse Unsicherheit, wie eine Beratung bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung durchgeführt werden kann und welche Methoden anwendbar sind. Wie schon erwähnt, ist die Suchterkrankung eines Menschen mit geistiger Beeinträchtigung keine direkte Folge der Beeinträchtigung. Jedoch wird die Suchterkrankung auch durch die Einschränkungen beeinflusst, was wiederum Auswirkungen auf die Beratung und Behandlung hat. Deshalb möchten wir im Folgenden darstellen, wie das Beratungsangebot inhaltlich und methodisch an der Zielgruppe ausgerichtet werden kann.

11.2.1 Setting

Das grundlegende Setting der Suchtberatung im Suchthilfezentrum Wiesbaden ist das Einzelgespräch in den Büros der Beraterinnen und Berater. Dies soll ermöglichen, das Gespräch in ruhiger, angenehmer und ungestörter Weise zu führen, und stellt einen Schutz der Privatsphäre der Klientin bzw. des Klienten dar.

Wenn es notwendig ist, nehmen Angehörige oder weitere, professionelle Bezugspersonen der Klientin bzw. des Klienten am Gespräch teil. Dies ist aber nur mit ausdrücklicher Genehmigung dieser möglich.

Hinzu kommen indikative Gruppenangebote, wie die DBT-Gruppe, die Therapievorbereitungsgruppe, die Nachsorgegruppe oder der Angehörigen-Informationsabend. Diese Gruppenangebote finden zumeist im sogenannten Kontaktcafé der Einrichtung statt. Dies ist der größte Raum des SHZ und ist dadurch für Gruppen geeignet.

In Bezug auf die Einschränkungen von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sollte auf das Setting der Suchtberatung besonders geachtet werden. Ein angenehmes und ruhiges Setting wirkt sich positiv auf den Beziehungsaufbau aus. Eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung wiederum kann eine Veränderungsmotivation begünstigen.

Zunächst ist Einzelgesprächen der Vorzug zu geben vor Gruppenangeboten. Das bedeutet nicht, dass es keine Gruppenangebote für die Zielgruppe geben kann. Jedoch hat die Erfahrung gezeigt, dass Gruppengespräche, besonders wenn sie zusammen mit Menschen ohne Beeinträchtigung stattfinden, oft eine Überforderungssituation für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung darstellen. In Einzelgesprächen besteht die Möglichkeit, zunächst eine Beratungsbeziehung aufzubauen, ohne dass sich die Klientin oder der Klient noch mit anderen Teilnehmenden auseinandersetzen muss. Zudem können die Problemlagen ohne "Zuschauer" besprochen werden. Dies setzt wiederum voraus, dass es einen klaren Hinweis auf die Schweigepflicht gibt und, wenn gewünscht, die Beratung zunächst auch anonym durchgeführt werden kann.

Es kommt häufig vor, dass Menschen mit geistiger Beeinträchtigung von einer Betreuerin oder einem Betreuer bzw. Angehörigen in die Suchtberatung begleitet werden. Dabei kann jedoch nicht vorausgesetzt werden, dass die Begleitung auch von der Klientin bzw. dem Klienten im Gespräch ge- bzw. erwünscht ist. Dies unterliegt der Entscheidung der bzw. des Betroffenen und sollte möglich vor Beginn des Gesprächs geklärt werden.

Ist eine Beteiligung der Begleitung im Gespräch durch die Klientin bzw. den Klienten erwünscht, so kann dies für die Beratung einige Vorteile mit sich bringen.

Zunächst einmal besteht meist zwischen dem Betroffenen und der Betreuungsperson eine langjährige Betreuungsbeziehung. Dies kann der Klientin bzw. dem Klienten Sicherheit geben und auf sie bzw. ihn beruhigend wirken. Zudem bietet die Betreuungsperson der Beraterin bzw. dem Berater die Möglichkeit für Nachfragen oder zur Klärung schwieriger Sachverhalte, die vielleicht nicht vollständig mit der betroffenen Person besprochen werden können.

Eine positive Unterstützung bietet eine gemeinsame Beratung auch im Hinblick auf die Zeit zwischen den Beratungsterminen. Grundsätzlich ist eine engmaschigere Beratung sinnvoll. Ist dies nicht möglich, kann aufgrund dieser "Tandem"-Beratung in der Zwischenzeit durch die Betreuungsperson das Erreichen von Beratungszielen, das Weiterführen von Interventionen und das Durchführen von konkreten Veränderungen unterstützt werden.

Insgesamt wird sich eine "Tandem-Beratung" unter diesen Bedingungen positiv auf den Beratungsverlauf auswirken, da beide Professionen nicht nebeneinander, sondern gemeinsam mit der Klientin bzw. dem Klienten arbeiten. Das bietet der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter der Eingliederungshilfe eine Entlastung im Hinblick auf die Suchterkrankung der bzw. des Betreuten sowie der Suchtberaterin bzw. dem Suchtberater Hilfe und Unterstützung bei möglichen Unsicherheiten im Hinblick auf die Einschränkung durch die geistige Beeinträchtigung.

Eine besondere Form der "Tandem-Beratung" ist die gemeinsame Betreuung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung durch die Suchthilfe und die Eingliederungshilfe im Rahmen des Betreuten Einzelwohnens

2008 wurde das Projekt "PerSEH" (Personenzentrierte Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen) in Wiesbaden initiiert und in den Folgejahren auf weitere Städte und Landkreise übertragen. Diese weiterentwickelte Systematik der Steuerung der Eingliederungshilfe beruht auf den Grundsätzen der UN-BRK sowie dem BTHG: Selbstbestimmung, Hilfe zur Selbsthilfe, Förderung von nicht-professionellen Unterstüt-

zungen und Auflösung isolierter Lebenswelten. Folgerichtig ist auch die Unterstützung einer Person durch verschiedene fachspezifische Leistungserbringer.

Im Sinne der Ziele von PerSEH und der Orientierung an den Bedarfen der betroffenen Menschen, konnte erreicht werden, dass Kostenzusagen für die Leistungserbringung durch zwei unterschiedliche Fachbereiche erteilt wurden. Dadurch wurde es möglich, dass Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und einem problematischen Substanzkonsum gleichzeitig von einer Einrichtung der Eingliederungshilfe (EVIM Betreutes Einzelwohnen) und dem Suchthilfezentrum Wiesbaden (Betreutes Einzelwohnen) betreut werden. Die Zusammenarbeit gelingt nicht nur in der gemeinsamen Betreuung, sondern auch in der Erstellung des integrierten Teilhabeplans (ITP). Dadurch können Ziele der Klientinnen und Klienten abgestimmt und eine professionelle Unterstützung individuell geplant werden.

Beispiel einer gemeinsamen Betreuung im Rahmen des Betreuten Einzelwohnens durch die Suchtund Eingliederungshilfe:

Herr R. ist 35 Jahre alt und wohnt seit 2008 in einer Wohngruppe, die von der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH ambulant betreut wird. Er hat eine mittelgradige geistige Beeinträchtigung mit Verhaltensstörung und einen problematischen Alkoholkonsum. Herr R. bezieht Grundsicherung nach dem SGB XII und arbeitet in der Reha-Werkstatt im Rat der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH.

Seit seinem 23. Lebensjahr konsumiert er exzessiv Alkohol, besonders zu Fußballspielen, deren Übertragung er sich zumeist in einer Gaststätte anschaut. Er freundete sich auch mit Personen an, mit denen er exzessiv Alkohol trinkt und die er als seine "Saufkumpanen" beschreibt. Zudem sagt er über sich selbst, dass er in einigen Dingen, wie auch beim Alkohol, zu Übertreibungen neige und sein eigenes Maß nicht kenne. Aufgrund seiner weiteren psychischen Problematiken wie Selbsthass und seiner Neigung zu selbstverletzendem Verhalten, besteht der Verdacht, dass er den Alkoholkonsum als "Selbstmedikation" betreibt. Seine Alkoholexzesse führen oftmals dazu, dass er die Beherrschung verliert und es zu körperlichen und verbalen Auseinandersetzungen kommt, die auch schon zu Polizeieinsätzen führten.

2017 begab er sich selbstständig, nach Anraten von Seiten der Bezugsbetreuerin, in Suchtberatung. Diese nahm Herr R. abwechselnd alleine oder gemeinsam mit der Bezugsbetreuung wahr. Dieser Rhythmus war ihm sehr wichtig, um auch vertrauensvolle Gespräche ohne Begleitung führen zu können. Die gemeinsamen Gespräche mit der Bezugsbetreuung galten vor allem der Absprache über das weitere Vorgehen, von möglichen Maßnahmen und der gemeinsamen Zielsetzung.

2019 kam es erneut zu Alkoholexzessen mit Krankenhausaufenthalten. Es zeigte sich in der Beratung, dass Herr R. bis zu einem gewissen Grad die Zusammenhänge zwischen den Konsumauslösern und den Konsumfolgen reflektieren kann, aber aufgrund seiner geistigen Einschränkungen nur bedingt dazu fähig ist, daraus Rückschlüsse für eine Verhaltensänderung zu ziehen. Versuche, selbständig sein Verhalten zu ändern, scheiterten immer wieder nach kurzer Zeit. Deshalb wurde gemeinsam mit der Bezugsbetreuung und der Suchtberatung Herrn R. vorgeschlagen, zusätzliche Leistungen des Betreuten Einzelwohnens des Suchthilfezentrums in Anspruch zu nehmen. Er nahm diesen Vorschlag an und arbeitete an der Vermittlung selbstmotiviert mit. Herr R. möchte diese kombinierte Leistung vorrangig dazu nutzen, um sich tiefergehend mit seiner Alkoholproblematik auseinanderzusetzen und intensiver an einer Verhaltensänderung zu arbeiten.

Um die Leistungen zu kombinieren, wurde gemeinsam mit Herrn R., seiner Bezugsbetreuung, der Reha-Werkstatt und der Suchtberatung ein Hilfeplan (ITP) erstellt und in das Betreute Einzelwohnen des Suchthilfezentrums aufgenommen. Die koordinierende Bezugsperson verbleibt bei der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH. Das Vorgehen und die geplanten Maßnahmen werden eng mit den beteiligten Institutionen und Herrn R. abgestimmt. Diesbezüglich finden regelmäßige Fallbesprechungen mit den beteiligten Akteuren statt.

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 Betrag zur Arbeitstagung der DGSGB 2003 "Suchtgefährdete Menschen mit geistiger Behinderung im Betreuungsalltag – ausgewählte Aspekt" davon aus, dass gesprächspsychotherapeutische 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 bedingungsfrei 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 Nutze zu machen.

In Bezug auf die Beratung von Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung sind diese Grundhaltungen genauso wichtig wie für Menschen ohne Beeinträchtigung. Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung befinden sich meist schon ihr gesamtes Leben lang in Hilfesystemen. Sie haben oft Erfahrungen mit Menschen oder Situationen gemacht, durch die sie sich nicht akzeptiert, sondern bevormundet und fremdbestimmt gefühlt haben. Besonders im Hinblick auf die eigenen Vorstellungen, Bemühungen und Potentiale fühlen sich Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung oftmals nicht ernstgenommen und verstanden.

Die Prinzipien der modernen Behindertenpädagogik decken sich hier weitgehend mit dem "Spirit" der "Motivierenden Gesprächsführung" (MI). Selbstbestimmung und Normalisierung bedeuten dem Menschen auf Augenhöhe zu begegnen, ihn so zu akzeptieren, wie er ist, ihn und seine Persönlichkeit wertzuschätzen sowie seine Autonomie anzuerkennen und zu stärken.

Jedoch bedeuten Akzeptanz und Förderung der Autonomie nicht, eine Haltung zu entwickeln, in der alles hingenommen wird, was die Klientin oder der Klient tut. Gerade im Hinblick auf eine Suchterkrankung kann davon ausgegangen werde, dass sich im weiteren Verlauf die vermeintliche Selbstbestimmung des Konsums in einen Konsumzwang verändert. Dies kann dazu führen, dass die Autonomie der bzw. des Betroffenen verloren geht. Die Suchterkrankung bestimmt nach und nach das gesamte Leben; die Struktur des Alltags wird durch die Substanzbeschaffung und den Konsum bestimmt.

Für Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung und einem problematischen Substanzkonsum bedeutet dies, dass zwischen den Einschränkungen durch die geistige Beeinträchtigung und den Auswirkungen der Suchterkrankung unterschieden werden muss. Wo ist die Unterstützung der Eingliederungshilfe die Hilfe für die "Ich-Funktionsstörungen" und wo gerät diese in die Gefahr, die Suchterkrankung zu unterstützen, die nur eine vermeintliche Selbstbestimmung darstellt.

Die Motivierende Gesprächsführung stellt in diesem Zusammenhang eine Möglichkeit dar, eine Veränderung hin zum Erhalt der Autonomie anzustoßen, ohne dabei Kontrolle oder Zwang auszuüben.

Eine im SHZ Wiesbaden schon seit langem im Rahmen der Jugendberatung durchgeführte Methode, ist die von ginko e.V. in Mühlheim an der Ruhr auf Jugendliche angepasste Form der MI: MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen. MOVE ist stark praxisorientiert und gibt anwendbare Interventionsstrategien. Aus diesem Grund wurde sie auch passend für die spezielle Zielgruppe von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum eingeschätzt.

Ausgehend von den oben genannten sechs Stadien der Veränderung zeigt sich deutlich, dass MOVE nicht nur eine Methode für die Suchthilfe ist, sondern auch für die Betreuung durch die Eingliederungshilfe, weshalb die Methode in das Fortbildungscurriculum aufgenommen wurde (siehe Kapitel 9.2.1.2). Gerade in den Phasen "Absichtslosigkeit" und "Aufrechterhaltung" ist die Betreuung durch die Eingliederungshilfe von großer Bedeutung. Im Folgenden werden die sechs Phasen des Transtheoretischen Modells (TTM) genauer beschrieben sowie mögliche Interventionen im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung (MI) durch die Sucht- und Eingliederungshilfe dargestellt.

1. Phase der Absichtslosigkeit

Die Phase der Absichtslosigkeit ist meist davon geprägt, dass der Konsum für die betroffene Person selbst kein Problem darstellt. Es kann aber sein, dass das soziale Umfeld den Konsum schon kritisch sieht (vgl. Miller und Rollnick 1999).

Aspekte dieser Phase:

- Kein Problembewusstsein,
- · keine Veränderungsmotivation,
- Konsum wird rationalisiert und verharmlost,
- keine Auseinandersetzung mit dem Konsum und dessen Folgeproblemen.

Mögliche Interventionen:

- Es können Informationen zu Abhängigkeit, Suchtstoffen und möglichen Folgen gegeben werden.
- Das auffällige Verhalten und die Risiken bzw. die mit dem Konsum verbundenen Probleme sollte dem Betroffenen rückgemeldet und wahrnehmbar gemacht werden.
- Aufzeigen der möglichen Ambivalenz zwischen dem Denken und Handeln des Betroffenen
- Auch alternative Sichtweisen auf das Verhalten des Betroffenen können aufgezeigt werden.
- Beziehung und Gespräch anbieten.

Rolle der Eingliederungshilfe:

Meist hat der Betroffene in dieser Phase noch keinen Kontakt zur Suchthilfe hergestellt. Das heißt, dass die oben genannten Interventionen durch die Betreuerin oder den Betreuer der Eingliederungshilfe durchgeführt werden können. Es bedeutet auch, dass innerhalb der Einrichtung der Eingliederungshilfe der Umgang mit Klientinnen und Klienten, deren Konsum von Suchtmitteln auffällig ist, geklärt sein muss. Aus diesem Grund haben wir gemeinsam mit den kooperierenden Einrichtungen Arbeitshilfen erstellt, durch die der Umgang mit Konsum und Abhängigkeit geregelt und transparent wird. Die Arbeitshilfen sind zur Ansicht unter www.aktionberatung.de verfügbar.

Rolle der Suchthilfe:

Sollte es in dieser Phase schon zu einem Kontakt mit der Suchthilfe gekommen sein, so sind die Klientinnen und Klienten häufig mehr fremd- als selbstbestimmt in der Beratung. Die Beraterin oder der Berater kann in dieser Phase vor allem Beziehung anbieten, ohne direkt auf Lösungsmöglichkeiten für die Problemlage einzugehen oder schon konkrete Ziele anzubieten. Innerhalb des zieloffenen Gesprächs können einzelne Informationen über Suchtmittel, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie mögliche Folgen durch den weiteren Konsum eingestreut werden. Die Entscheidung, sich auf die Beratung und damit auf die Beziehung einzulassen, obliegt weiterhin der Klientin oder dem Klienten, was immer wieder deutlich gemacht werden muss. Ein einmaliger Kontakt ist hier sehr wahrscheinlich, jedoch weiß die Klientin bzw. der Klient nun um das Beratungsangebot und um die Möglichkeiten der Hilfen. Außerdem sollten weitere Gespräche angeboten werden. Zudem kann die Suchthilfe fallbezogen als Support für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eingliederungshilfe fungieren und in einem Teamgespräch Informationen und weitere Handlungsmöglichkeiten erörtern.

Verwendbare Materialien:

- Substanzinformationen in leichter Sprache der DHS (www.dhs.de),
- Flyer der örtlichen Suchthilfe, wenn möglich in leichter Sprache, Flyer in Leichter Sprache: www.aktionberatung.de,
- Test zur Alkoholabhängigkeit in leichter Sprache, Materialien unter www.aktionberatung.de.

2. Phase der Absichtsbildung

Die zweite Phase ist meist die längste Phase im Verlauf einer Veränderung. Die betroffene Person hat sowohl Argumente für als auch gegen eine Veränderung. Es kommt immer wieder zu Zeiten, in denen die Motivation stärker in die eine oder andere Richtung tendiert. Die Person ist aber noch nicht zu einer Veränderung fest entschlossen. In dieser Phase nehmen die meisten Konsumentinnen und Konsumenten Kontakt zu einer Suchtberatung auf, da sie ein mehr oder weniger starkes Problembewusstsein erworben haben und im inneren Ambivalenzkonflikt stehen (vgl. Miller und Rollnick 1999).

Aspekte der Phase:

- "wenn, dann..."-Sätze,
- Probleme werden erstmalig wahrgenommen,
- noch keine Veränderung geplant,
- starke Ambivalenz zwischen Kontinuität und Veränderung.

Mögliche Interventionen:

- Es können Konsumprotokolle oder -tagebücher geführt werden. Dadurch soll das Konsumverhalten der Klientin bzw. des Klienten verdeutlicht werden.
- Argumente für bzw. gegen den Konsum sowie für bzw. gegen die Veränderung können mit der Klientin bzw. dem Klienten besprochen werden.
- Es kann immer wieder ein Anstoß in Richtung einer Veränderung gemacht werden (siehe Kapitel 6).

Gemeinsame Interventionsmöglichkeiten in Bezug auf die Zielgruppe:

Da dies, wie oben beschrieben, zumeist die Phase ist, in der eine Suchtberatung in Anspruch genommen wird, soll ab hier keine Unterscheidung mehr zwischen der Rolle der Eingliederungshilfe und der der Suchthilfe vornehmen, sondern die Möglichkeiten der Zusammenarbeit beider Hilfesysteme in den Vordergrund gestellt werden. Wie schon beschrieben wird eine sogenannte "Tandem"-Beratung, in der beide Seiten ihre fachlichen Möglichkeiten einbringen und gegenseitig nutzen können präferiert.

Wird ein Beratungstermin in der Suchthilfe in dieser Phase vereinbart, so geschieht dies meist in einer Zeit, in der die Veränderungsbereitschaft höher is, als der Wunsch nach Konstanz. Da die Motivation zur Veränderung auch und gerade bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung aufgrund der kognitiven Einschränkungen immer wieder schnell wechseln kann, ist es hier von Vorteil, wenn der Erstkontakt schnellstmöglich terminiert wird. Die Möglichkeiten einer möglichst barrierefreien Kontaktaufnahme wurden im Kapitel 11.1.3 näher beschrieben.

Die Interventionsmöglichkeiten in der Phase der Absichtsbildung müssen auf die Förderung der Veränderungsbereitschaft abzielen, ohne belehrend zu sein. Zentral sind in dieser Phase die Haltungen, die im Kapitel 6 näher beschrieben sind.

Vor allem geht es darum, die Veränderungsmotivation zu unterstützen, indem auch das Veränderungsverhalten unterstützt wird und eine positive Anerkennung erfährt, immer jedoch unter der Voraussetzung, dass sich die Klientin bzw. der Klient auch für das Gegenteil entscheiden kann. Die aus dem "unerwünschten Verhalten" entstehenden Konsequenzen müssen jedoch für die Klientin bzw. den Klienten erfahrbar sein und nicht durch gut gemeinte Interventionen abgemildert werden.

Gleichzeitig ist hier der Frage nach dem tieferen Sinn oder der Funktion des gezeigten Verhaltens nachzugehen. Gibt es beispielsweise Gründe, die für einen Konsum sprechen und aus denen heraus es schwer ist, den Konsum kritisch zu hinterfragen und/oder zu verändern? Diese sind für die Klientin bzw. den Klienten sehr wichtig und müssen beachtet und, wie Miller und Rollnick sagen, gewürdigt werden. Geschieht diese Würdigung nicht, fühlt sich die Klientin/ der Klient nicht ernst genommen und es kommt zu Widerständen.

Ebenso wichtig ist die Frage, welche Vorteile eine Veränderung mit sich bringen kann. Daraus können sich Ziele ableiten lassen, die eine positive Hinwendung zur Veränderung bewirken können.

Die Sucht- und die Eingliederungshilfe haben in dieser Phase wichtige überschneidende Aufgaben. Werden in den gemeinsamen Beratungsgesprächen die Motivationslage und die Vor- und Nachteile einer Veränderung besprochen, so kann die Betreuerin bzw. der Betreuer der Klientin bzw. dem Klienten darin unterstützend zur Seite stehen und aus der Erfahrung mit der Betreuung berichten. Dies kann der Beraterin bzw. dem Berater wiederum im Verstehen der Konsumhintergründe behilflich sein.

Werden Interventionen in Form von Konsumtagebüchern etc. eingesetzt, so kann die Betreuungsperson diese gemeinsam mit der Klientin bzw. dem Klienten führen oder zumindest sie bzw. ihn daran erinnern. Gleichzeitig können mit der Suchtberaterin bzw. dem Suchtberater Möglichkeiten zum Anstoß einer Veränderung besprochen werden, deren Umsetzung dann in der Zeit zwischen den Beratungsgesprächen erfolgt.

Verwendbare Materialien:

Um die Ambivalenzen und Konflikte besser zu verstehen, kommen in der Suchtberatung verschiedene Materialien zum Einsatz. Diese können auch für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung verwendbar gemacht werden:

- Motivationswaage (Bild einer Waage, in die beiden Waagschalen werden Pro- und Contra-Argumente geschrieben oder es werden Bilder und Symbole verwendet),
- vereinfachte Konsumprotokolle oder– tagebücher (z.B. mit Bildern oder Strichlisten),
- Konsumgründe in Bildern (z.B. mit Bildern der Lebenshilfe Bremen www.lebenshilfe-bremen.de)

3. Phase der Vorbereitung

Ist die Klientin bzw. der Klient zur Veränderung motiviert, tritt sie bzw. er in die Phase der Vorbereitung ein. Es wurde bereits eine klare Entscheidung getroffen, die sich in nicht zu weiter Zukunft befindet. Miller und Rollnick beschreiben diese Phase als "Fenster", das sich für eine kurze Zeit öffnet. Wird die Klientin bzw. der Klient jetzt nicht aktiv, kann sie oder er wieder in die Phase der Absichtsbildung oder der Absichtslosigkeit zurückrutschen. Oftmals ist der Klientin bzw. dem Klienten in dieser Phase klar, dass sich in ihrem bzw. seinem Leben etwas ändern muss. Nur wie dies von statten gehen kann und welche Möglichkeiten es gibt, ist für die Person noch unklar (vgl. Miller und Rollnick 1999).

Aspekte der Phase:

- "bald werde ich..."-Sätze,
- hohe Veränderungsmotivation,
- Achtung: nur zeitlich begrenzt!

Mögliche Interventionen:

- · Alternativen für die Durchführung aufzeigen,
- akzeptable, realistische und effektive Veränderungsschritte wählen,
- konkrete Vereinbarungen treffen,
- Stärkung der Selbstverpflichtung.

Gemeinsame Interventionsmöglichkeiten in Bezug auf die Zielgruppe:

In dieser Phase geht es vor allem um eine Zielsetzung und die Planung, wie diese Ziele erreicht werden können. Hat sich die Klientin bzw. der Klient für eine Veränderung entschieden, ist es oftmals noch relativ vage, welche(s) Ziel(e) erreicht werden soll. Dazu kann die Suchthilfe alternative Angebote machen. Ziele können sein:

- Reduktion und/oder Kontrolle des Suchtmittelkonsums.
- Abstinenz ohne therapeutische Intervention,

- Abstinenz mit Unterstützung der Selbsthilfe,
- · Abstinenz mit Unterstützung durch ambulante Therapie,
- Abstinenz mit Unterstützung durch stationäre Rehabilitation.

Auch hier ist eine enge Zusammenarbeit der Sucht- und Eingliederungshilfe notwendig. Für die Zielsetzung ist vor allem die fachliche Einschätzung der Betreuungsperson notwendig. Im gemeinsamen Austausch zusammen mit der Klientin bzw. dem Klienten und der Betreuungsperson können die Zielsetzungen auf deren Realisierung hin überprüft und angepasst sowie die dazu notwendigen Schritte geplant werden. Ist zum Beispiel durch die betroffene Person die Reduktion bzw. Kontrolle des Substanzkonsums als Ziel gewünscht, so ist zu berücksichtigen, ob die Person Medikamente einnimmt (Wechselwirkungen) oder wie Punktnüchternheit beispielsweise am Arbeitsplatz gewährleistet werden kann und ob die Betreuungsperson auch eine Kontrollfunktion übernehmen soll, kann oder will. In den Bereichen der therapeutischen Interventionen geht es um Fragen der Antragsbearbeitung (welcher Kostenträger und welche Form der Entwöhnungsbehandlung?), Notwendigkeit und Fähigkeit zur Teilnahme an Gruppensitzungen (auch womöglich zusammen mit Menschen ohne Beeinträchtigung) und das Erreichen der Einrichtung (Fahrdienst bzw. Begleitung).

Sind das Ziel und die dazu notwendigen Schritte festgelegt und von allen Beteiligten akzeptiert, kann dazu eine gemeinsame Vereinbarung getroffen werden. Diese kann auch schriftlich verfasst und von den Beteiligten unterschrieben werden. Darin sollten auch die Zuständigkeiten klar definiert werden: Wer ist für welchen Teilschritt mitverantwortlich und unterstützt die betroffene Person in welcher Weise in der Erreichung des Ziels? Dieses Vorgehen kann die Selbstverpflichtung der Klientin bzw. des Klienten fördern und somit auch die Motivation zur Zielerreichung.

Verwendbare Materialien:

- Motivationswaage zur Bewertung von Alternativen,
- Unterstützung des Gesprächs mit Visualisierungstechniken oder Bildern (z.B. Aufmalen und Erklären des Weges),
- Broschüre "Die Renten-Versicherung in Leichter Sprache" oder Informationen der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung in Leichter Sprache.

4. Phasen der Aktion (Handlung) und Aufrechterhaltung

In der Aktionsphase wird die Veränderung konkret durchgeführt. Das kann beispielsweise heißen, dass die Klientin bzw. der Klient mit dem Rauchen aufhört oder mit der konkreten Behandlung bzw. Therapie beginnt. Daran schließt sich direkt die Phase der Aufrechterhaltung an. In beiden Phasen ist das Risiko eines Rückfalls hoch, da die Person Zeit benötigt, die Veränderung dauerhaft in ihr Leben zu integrieren (vgl. Miller und Rollnick 1999).

Aspekte der Phasen:

- "Ab jetzt..." (Aktion),
- hohe Entschlossenheit zur Veränderung (Aktion),
- erste Schritte zur Veränderung sind gegangen (Aktion),
- "...für immer..." (Aufrechterhaltung),
- Veränderungen werden in den Alltag integriert (Aufrechterhaltung),
- hohes Rückfallrisiko (Aktion und Aufrechterhaltung).

Mögliche Interventionen:

- Stärkung des Selbstvertrauens,
- · Skill-Training,
- · Rückfallprophylaxe.

Gemeinsame Interventionsmöglichkeiten in Bezug auf die Zielgruppe:

In diesen Phasen ist es vor allem notwendig, die Klientin bzw. den Klienten zu begleiten und in der Veränderung zu unterstützen. Der in der Phase der Vorbereitung erstellte Plan muss regelmäßig auf seine Durchführbarkeit hin geprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Hierzu sind weiterhin regelmäßige Beratungsgespräche notwendig. Die Suchtberatung konzentriert sich in diesen Phasen neben einer Begleitung der Veränderung auch auf eine Rückfallprophylaxe, da hier das Risiko besonders hoch ist, wieder alte und vertraute Verhaltensweisen zu zeigen. Besonders wichtig ist es, so genannten Risikosituationen zu identifizieren, in denen ein hohes Risiko zum Substanzkonsum besteht. Zum Beispiel können diese aus den schon bekannten Konsumsituationen abgeleitet werden. Risikosituationen führen zu erhöhten Suchtdruck. Das bedeutet, dass die Erinnerung an die vermeintlich entlastende Funktion und Wirkung der konsumierten Substanz deutlich erlebbar wird und dadurch der Wunsch nach dem Konsum unverkennbar in den Vordergrund rückt. Gemeinsam können dann Methoden erarbeitet werden, wie Risikosituationen erkannt werden und wodurch sie umgangen oder bewältigt werden können (Skill-Training, Trigger-Training oder Ablehntraining). Je länger die Aufrechterhaltung beibehalten wird, umso wahrscheinlicher ist die dauerhafte Integration der Veränderung in den Alltag der Klientin bzw. des Klienten. Deshalb kann die Beratungsintensität langsam verringert und evtl. beendet werden.

Verwendbare Materialien:

- APP "MeinSalus": Viele Unterstützende Funktionen mit einem Trigger-Training-Alkohol (Erhältlich bei iTunes und im Play-Store),
- Trigger-Training mit Bildern,
- mögliche Rückfallsituationen besprechen: mit Symbolen oder Bildern,
- Skills-Box (www.skills-box.ch),
- Ablehntraining mit Rollenspielen.

5. Rückfall:

Der Rückfall ist nicht zwangsläufig Bestandteil eines Veränderungszyklus und schließt nicht an die Aufrechterhaltung als eigenständige Phase an. Vielmehr kann ein Rückfall besonders in den Phasen der Aktion und der Aufrechterhaltung vorkommen. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Klientin oder der Klient wieder in alte Verhaltensmuster zurückfällt und im ungünstigsten Fall seine Veränderungsmotivation neu aufbauen muss. Nach dem "Sozial-kognitiven Rückfallmodell" von Marlatt & Gordon von 1985 besteht ein erhöhtes Rückfallrisiko, wenn die Klientin bzw. der Klient keine oder nicht ausreichende Kompetenzen erworben hat, mit einer Risikosituation umzugehen oder diese zu vermeiden. Hierbei wird in "Vorfall" und "Rückfall" unterschieden.

Ein Vorfall ist ein zeitlich begrenzter "Rückschritt", durch den es nicht zu tiefgreifenden Motivationsverlusten kommt und die Veränderung wieder aufgegriffen wird.

Ein "Rückfall" ist die Wiederaufnahme alter Verhaltensmuster, die wieder in die Phase der Absichtslosigkeit führen kann. Dadurch wird ein erneuter Eintritt in den Veränderungszyklus zunächst wieder unwahrscheinlich. Übersteht die Klientin oder der Klient eine oder mehrere Risikosituationen, so steigert sich dadurch auch die Zuversicht, weitere Risikosituationen zu meistern und die Wahrscheinlichkeit steigt, dass die Veränderung in den Alltag integriert wird (vgl. Miller und Rollnick 1999).

Mögliche Interventionen:

- · Aufarbeitung des Rückfalls,
- Stärkung der Motivation und des Selbstvertrauens,
- evtl. Veränderung des Ziels.

Gemeinsame Interventionsmöglichkeiten in Bezug auf die Zielgruppe:

Auch bei einem Vorfall oder einem Rückfall ist die Zusammenarbeit zwischen der Sucht- und Eingliede-

rungshilfe von großer Bedeutung. Meist werden Vorfälle oder Rückfälle im Kontext der Eingliederungshilfe (z.B. Wohneinrichtung oder WfbM) entdeckt. In dieser Krisensituation sollte schnellstmöglich Kontakt mit der Suchthilfe aufgenommen und ein Beratungsgespräch vereinbart werden.

Im Beratungsgespräch wird dann mit der Aufarbeitung des Vorfalls oder Rückfalls begonnen. Wichtig ist zu erörtern, wie der Vorfall oder Rückfall abgelaufen ist und welche Rückschlüsse daraus für die Zukunft geschlossen werden können. Ziel ist der Aufbau von Selbstvertrauen und Motivation, den bereits gegangenen Weg weiter zu bestreiten. Dazu können mit der Klientin bzw. dem Klienten und der Betreuungsperson weitere Schritte geplant werden.

Verwendbare Materialien:

- Rückfallkette (Aufmalen einer Kette mit einzelnen Gliedern. Diese sind einzelne Situationen des Rückfalls. Anschließend wird nach Möglichkeiten geschaut, wie diese Kette frühzeitig zerbrochen werden kann.).
- Aufmalen eines Weges "Wie kam es zu dem Rückfall" mit der anschließenden Reflexion "Was kann ich in Zukunft anders machen?", "Wo kann ich einen anderen Weg einschlagen?",
- Motivationswaage (siehe Phase der Absichtsbildung oder Vorbereitung).

RTCQ-Fragebogen in Leichter Sprache

Es ist manchmal nicht einfach zu erkennen, in welcher Phase der Veränderung sich die Klientin bzw. der Klient gerade befindet. Dazu haben Rollnick et al. 1992 den RTCQ-Fragebogen (Readiness to Change Questionnaire) entwickelt. Dieser besteht aus zwölf Fragen und ermittelt die Veränderungsbereitschaft bei einem vorliegenden Alkoholkonsum. Die Auswertung nach Punkten lässt Rückschlüsse zu, ob sich die Klientin oder der Klient zurzeit in der Phase der Absichtslosigkeit, der Vorbereitung oder der Aktion befindet. Ausgehend von den Ergebnissen können so die Interventionen an die Situation der Klientin bzw. des Klienten angepasst werden. Durch Auswechslung des Substanzbegriffs kann dieser Fragebogen auch für andere Suchtmittel benutzt werden (z.B. statt Alkohol und trinken, wird beispielsweise Cannabis und kiffen verwendet).

Unter Materialien auf unserer Internetseite www.aktionberatung.de finden Sie einen auf die Zielgruppe angepassten RTCQ-Fragebogen. Dazu wurden die Fragen von zwölf auf neun reduziert und in Leichter Sprache formuliert. Die Reduktion auf neun Fragen wurde notwendig, da die Fragen, die den gleichen Themenbereich abdecken, in Leichter Sprache schwieriger variierbar sind. Eine Folge der notwendigen Kürzung könnte sein, dass die Ergebnisse weniger eindeutig ausfallen. Jedoch wird auch hier, nach unserer Erfahrung, zumindest eine Tendenz deutlich.

Die Bandbreite der Antwortskala wurde beibehalten (Einteilung in fünf Einheiten), jedoch wurden auf Anraten der Prüfer für Leichte Sprache die Extreme in "das stimmt" und "das stimmt nicht" umgewandelt. Die Symbole "Plus" und "minus", die Form der Skala und der Farbverlauf sollen die Abstufung zu beiden Seiten unterstreichen.

Die Auswertung erfolgt über den Auswertungsbogen und bezieht sich auf die Zahlenwerte der Skalen zu den einzelnen Fragen (1-5). Ein "R" hinter einigen Frage-Nummern besagt, dass der "Kehrwert" eingetragen werden muss (z.B. 1 = 5; 2 = 4 usw.). Die maximale Summenzahl zu den Phasen sind 15 Punkte, während die minimale Punktzahl bei 3 liegt.

Auf dem Auswertungsbogen befinden sich neben einer Tabelle zum Eintragen der Zahlenwerte drei weitere Skalen. Dadurch können die Endsummen grafisch dargestellt und mit der Klientin bzw. dem Klienten besprochen werden.

11.2.3 Beratungsprozess

Nach dem Vorschlag für eine Methodik der Beratung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und einem problematischen Substanzkonsum wird im Folgenden der Prozess einer Beratung und dessen mögliche Besonderheiten vorgestellt.

Beratung ist im Suchthilfezentrum Wiesbaden ein Prozess, der sich an den Bedürfnissen und den Zielen der Klientinnen und Klienten orientiert. Das heißt, dass es sein kann, dass Klientinnen und Klienten auch langfristig begleitet und betreut werden. Der Beratungsprozess lässt sich grob in den "Erstkontakt" und "Fortlaufende Beratung" unterteilen.

Erstkontakt

Der Erstkontakt ist auch das erste Kennenlernen zwischen der Beraterin bzw. dem Berater und der Klientin bzw. dem Klienten. Wie schon beschrieben, kann das Gespräch in der Einrichtung der Suchthilfe stattfinden oder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe.

Ziele des Erstkontaktes sind vor allem:

- Anfängliche Klärung des Anliegens: Warum ist die Klientin bzw. der Klient in Beratung? Was hat sie bzw. ihn dazu veranlasst? Vielleicht gab oder gibt es schon Lösungsbemühungen? Gibt es bereits ein Ziel?
- Aufbau einer Beratungsbeziehung: Der erste Eindruck ist für die weitere Beziehungsentwicklung von großer Bedeutung. Deshalb sind eine vertrauensvolle Atmosphäre und ein einfühlsames und von ehrlichem Interesse geleitetes Gespräch wichtig.
- Aufbau einer Beratungsmotivation: Hierbei ist vor allem wichtig zu wissen, welche Motivation hinter dem Erstkontakt steht. Ist die Klientin bzw. der Klient eher eigen- oder eher fremdmotiviert?
- Erhebung von Basisdaten: In den meisten Beratungsstelle werden bereits im Erstgespräch Daten erhoben. Grundsätzlich ist es im Erstgespräch sinnvoll, auf den Datenschutz, die gesetzliche Schweigepflicht und auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Beratung auch anonym in Anspruch nehmen zu können.
- Vorstellen von Möglichkeiten der weiteren Beratung: Hier kann mit der Klientin bzw. dem Klienten das weitere Vorgehen besprochen werden. Wie stellt sich in der Beratungsstelle eine längerfristige oder fortlaufende Beratung dar? Welche Unterstützung ist durch die Beratungsstelle möglich? In welchem Turnus finden in der Regel Beratungsgespräche statt? Gibt es eventuell weitere Angebot, die durch die Klientin bzw. den Klienten genutzt werden können? Dies muss immer unter der Prämisse der Eigenverantwortung geschehen.

Viele Klientinnen und Klienten der Suchtberatung kommen zum Erstkontakt nicht alleine. Bei manchen soll die Begleitung das Gefühl von Sicherheit geben, bei anderen sehen sich die Begleitpersonen als Kontrolle, dass die bzw. der Betroffene das Beratungsgespräch wahrnimmt. Bei der Begrüßung sollte deshalb, mit dem Verweis auf die Schweigepflicht, schon abgeklärt werden, ob die Klientin bzw. der Klient wünscht, dass die Begleitung auch am Beratungsgespräch teilnimmt. Hier kann auch der Hinweis erfolgen, dass die Begleitperson das Gespräch jederzeit verlässt, wenn die oder er dies wünscht.

Bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung ist eine Begleitperson meist die Regel. Die vertraute Begleitperson wird von der Klientin oder dem Klienten meist als Sicherheit wahrgenommen. Sie bzw. er sollte trotzdem darüber aufgeklärt werden, dass sie bzw. er das Beratungsgespräch auch alleine wahrnehmen darf. Auch wenn eine Tandem-Beratung bevorzugt wird, so ist es die Entscheidung der Klientin bzw. des Klienten, diese auch zuzulassen.

In der allgemeinen Suchtberatung ist der Erstkontakt von einem freien Bericht der Klientin oder des Klienten geprägt. Dieser trägt dazu bei, dass die oder der Ratsuchende sich erst einmal alles "von der Seele" redet. Bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung kann dies aufgrund der Einschränkungen erschwert sein. Deshalb ist ein konkretes Nachfragen notwendig und hilfreich, um das Anliegen zu klären. Hierbei kann auch die begleitende Betreuungsperson wichtige Informationen geben. Der Berater bzw. die Beraterin sollte das Gehörte zusammenfassen und fragen, ob sie oder er es so richtig verstanden hat. Die Grundlagen der klientenzentrierten Gesprächsführung wird hier als bekannt vorausgesetzt (Offene Fragen, aktives Zuhören etc.).

Ein wichtiger Bestandteil des Erstgespräches ist die Erhebung von anamnestischen Daten. Diese gehen meist schon aus dem freien Bericht hervor. Fehlende wichtige Angaben werden in der Regel erfragt. Die meisten Suchthilfeeinrichtungen haben einen sogenannten Erstanamnese-Bogen, der neben personenbezogenen Daten auch anamnestische Daten beinhaltet. Um den besonderen Bedarfen einer Beratung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung gerecht zu werden und ein ganzheitliches Bild der aktuellen Situation der Klientin bzw. des Klienten zu erhalten, wurde im Rahmen des Projektes mit den Beraterinnen und Beratern des Suchthilfezentrums Wiesbaden gemeinsam ein erweiterter Erstanamnesebogen erstellt. Sie finden diesen in den Materialien unter www.aktionberatung.de.

Im Anschluss an die Klärung des Anliegens können Informationen gegeben werden, die der Klientin bzw. dem Klienten Hilfemöglichkeiten eröffnen. Dies ist als reine Information zu betrachten und nicht als abschließende Strategiebesprechung. Die Wahl der geeigneten Hilfeoption sollte zunächst bei der ratsuchenden Person liegen und kann sich auch im Verlauf einer Beratung konkretisieren oder wieder verändern

Da im Erstkontakt schon meist personenbezogene Daten erhoben werden, ist es notwendig, die Klientin bzw. den Klienten über die Datenverarbeitung und deren Nutzung zu informieren sowie über ihre bzw. seine Rechte diesbezüglich zu unterrichten. Damit diese Informationen leicht verständlich gegeben werden können, wurde im Bundesmodellprojekt aktionberatung gemeinsam mit dem externen Datenschutzbeauftragten des Trägers JJ e.V. und den Prüfern für Leichte Sprache Datenschutzhinweise in Leichter Sprache erarbeitet. Unter Materialien auf unserer Internetseite www.aktionberatung.de finden Sie ein Ansichtexemplar der "Infos über den Daten-Schutz in Leichter Sprache".

Diese Hinweise zum Datenschutz werden gemeinsam mit der Klientin bzw. dem Klienten besprochen und ihr bzw. ihm ausgehändigt. Die Datenschutzerklärung unterschreibt die Klientin/ der Klient selbständig. Zum Abschluss wird angeboten, zunächst weitere Beratungstermine zu vereinbaren, um die Hilfeleistungen weiter zu konkretisieren und zu planen. Hierbei ist es wichtig, die Rolle der begleitenden Bezugsperson zu klären. Wird sie weiterhin an den Gesprächen teilnehmen, ist es punktuell notwendig, sie miteinzubeziehen, oder gibt sie nur Hilfestellung, um die Folgetermine wahrzunehmen. In den Fällen, in denen die Einbeziehung der Betreuungsperson durch die Klientin oder den Klienten gewünscht ist, muss eine entsprechende Schweigepflichtentbindung erfolgen.

Wie schon erwähnt ist es möglich, dass der Erstkontakt ein einmaliger Kontakt bleibt, wenn sich die Klientin bzw. der Klient in der Phase der Absichtslosigkeit befindet. Die gegebenen Informationen und Beratungs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten können dann zur weiteren Entscheidungsfindung durch die Klientin oder den Klienten beitragen. Meist wird der Erstkontakt bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung auch gemeinsam mit der Bezugsbetreuerin bzw. dem Bezugsbetreuer wahrgenommen. Deshalb ist es wichtig, dass auch solche Informationen gegeben werden, die der Betreuungsperson bei der weiteren Arbeit unterstützen (z.B. die Möglichkeit des Teamsupports wie im Kapitel 9.3 beschrieben).

Beispiel eines Erst- und Einmalkontaktes im Rahmen des Modellprojektes aktionberatung:

Herr G. ist 56 Jahre alt und seit zwölf Jahren in der Betreuung der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH. Er hat eine mittelgradige geistige Beeinträchtigung mit Verhaltensanpassungsstörung und eine paranoid-halluzinatorische Psychose (Stimmung und Antrieb sehr wechselhaft). Bereits seit seinem frühen Erwachsenenleben konsumiert er Alkohol. Er ist Rentner und erhält ergänzende Leistungen nach SGB XII. Elf Jahren wohnte er in einem Apartment der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH, seit letztem Jahr in einem Apartment für "Senioren" und wird dort ambulant betreut. Die Initiative zur Terminvereinbarung mit dem Suchthilfezentrum ging von der Bezugsbetreuerin Frau M. aus. Herr G. hatte dem Termin zugestimmt, allerdings eher aus "gutem Willen heraus" als aus eigener Problemeinsicht. Der Termin wurde durch Frau M. mit dem Suchthilfezentrum vereinbart. Dabei wurde Herr G. der Beraterin Frau B. zugewiesen. Frau M. teilte mit, dass es der Wunsch des Klienten sei, dass der Termin in seiner Wohnumgebung stattfinden solle. Aus diesem Grund wurde ein Termin vereinbart, an dem der Beraterin genügend Zeit zur An- und Abfahrt zur Verfügung stand.

Herr G. nahm auf eigenen Wunsch gemeinsam mit seiner Bezugsbetreuerin Frau M. den Erstkontakt wahr. Er machte deutlich, dass es ihm zunächst um ein Kennenlernen gehe. Er gab bereitwillig Antworten auf die Fragen der Beraterin zu seiner psychosozialen Situation: Herr G. sei relativ selbständig bezüglich seiner Lebensführung, er koche gerne, fahre gerne Fahrrad und habe gute Kontakte zu seiner Familie. Er reise gern, besonders zu seinen Schwestern, die im Ausland leben.

Bezüglich seines Alkoholkonsums gab Herr G. eher zögerlich Auskunft. Frau B. bemerkte, dass es ihm unangenehm war, wenn seine Bezugsbetreuerin von auftretenden Problemen sprach. Er berichtete auch über Auslösesituationen seines Alkoholkonsums, besonders über seinen Ärger über und mit Bewohnerinnen und Bewohnern in seinem Umfeld. Er erzählte, dass er aus seinem letzten Italienurlaub "versehentlich" alkoholfreies Bier mitgebracht habe. Das sei ihm erst zu Hause aufgefallen. Es habe ihm aber auch geschmeckt. Auf die Frage, ob er sich vorstellen könne, auch hiesige alkoholfreie Biere zu trinken, gab er an, dass ihm deutsche alkoholfreie Biere nicht schmecken würden.

Die Bezugsbetreuerin Frau M. berichtet, dass es bereits durch die Eingliederungshilfe eingeleitete Maßnahmen hinsichtlich einer Konsumkontrolle gebe, die mit Herr G. abgestimmt worden seien. Herr G. lassr sich freiwillig sein monatlich zur Verfügung stehendes Geld durch die Betreuung einteilen und geht in Begleitung einkaufen, um zu verhindern, dass vermehrt Alkohol gekauft werde, und um die Ernährung zu sichern.

Nach ca. 40 Min. wurde das Gespräch mit der Vereinbarung beendet, dass Herr G. selbständig mitteile, wann ein weiteres Gespräch stattfinden solle. Die Bezugsbetreuerin Frau M. bot an, dass sie weiter im Gespräch über den Alkoholkonsum bleiben und sie Herrn G. regelmäßig das Angebot weiterer Gespräche mit der Suchtberaterin Frau B. unterbreiten werde. Im Anschluss an das Gespräch gab Frau B. der Bezugsbetreuerin Frau M. Hinweise, mit welchen Materialien über den Alkoholkonsum gesprochen werden könne (z.B. die DHS-Broschüre "Alkohol ist gefährlich").

Frau B. beschreibt das Gespräch zwar als oberflächlich, sieht darin aber durchaus die Möglichkeit einen Beziehungsaufbau zu beginnen. Der Klient sei zwar absichtslos bezüglich weiterer Veränderungen hinsichtlich seines Alkoholkonsums, zeige jedoch Bereitschaft, weiter in Kontakt zu bleiben. Wichtig sei ihm, dass er selbständig über den weiteren Verlauf entscheiden könne. Auch die Bezugsbetreuerin Frau M. berichtet von positiven Aussagen Herrn G.s über den Erstkontakt. Er könne sich weitere Termine mit der Beraterin Frau B. vorstellen, wolle sich aber noch etwas Zeit lassen. Bis zu diesem ist es aus verschiedenen Gründen noch zu keinem weiteren Kontakt gekommen.

Fortlaufende Beratung

Die fortlaufende Beratung im Suchthilfezentrum Wiesbaden richtet sich, wie bereits erwähnt, nach den Zielen und Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten. Es gibt Klientinnen und Klienten, die bereits mit der Entscheidung die Beratungsstelle aufsuchen, dass sie in therapeutische Behandlung gehen möchten, wodurch die fortlaufende Beratung dann von der Vorbereitung auf eine ambulante oder stationäre Rehabilitation geprägt ist und mit dem Beginn der Rehabilitation vorerst ein Ende hat. Bei anderen Klientinnen und Klienten ist zunächst eine längere Phase der Motivation, Beratung oder Information notwendig (siehe Kapitel 11.2.2).

Eine fortlaufende Beratung muss transparent und nachvollziehbar dokumentiert werden. In der Regel werden dabei der Gesprächsverlauf, Ergebnisse, mögliche Ziele und besondere Neuerungen bzw. Vorfälle dokumentiert. Dies kann als Handdokumentation in der Papierakte oder digital in der EDV-Akte geschehen. Das Suchthilfezentrum Wiesbaden dokumentiert zurzeit noch in einem dualen System: neben der EDV-Akte wird zusätzlich eine Papierakte geführt. Um hierbei die Beraterinnen und Berater in ihrer Arbeit mit dieser spezifischen Zielgruppe zu unterstützen, kam der Wunsch auf, zu dem erweiterten Erstanamnesebogen einen Dokumentationsbogen für Folgegespräche zu entwickeln. Dieser zusätzliche Bogen orientiert sich an den Punkten des erweiterten Erstanamnesebogens und hilft dabei, Veränderungen strukturierter zu erfassen und deutlicher sichtbar zu machen. Ein Ansichtsexemplar des "Dokumentationsbogen Folgegespräche" finden Sie unter www.aktionberatung.de.

Der Beratungsprozess einer fortlaufenden Beratung kann anhand der Motivierenden Gesprächsführung spezifischer erläutert werden. Im Gegensatz zur den ersten Auflagen des Standardwerks "Motivierende Gesprächsführung" beleuchten Miller und Rollnick ihre Methode in der 3. Auflage anhand von vier generellen Beratungsprozessen: Beziehungsaufbau, Fokussierung, Evokation und Planung. Diese Prozesse bauen aufeinander auf und hängen miteinander zusammen. Miller und Rollnick haben sich deshalb für ein Treppenmodell entschieden (vgl. Miller und Rollnick 2013).



Abbildung: Miller und Rollnick 2013.

Beziehungsaufbau:

Um in eine konstruktive und zielorientierte Beratung zu gelangen, ist vor allem der Aufbau einer guten und stabilen Beziehung notwendig. Der Beziehungsaufbau beginnt im Erstkontakt und ist ein wechselseitiger Prozess. Nicht nur die Beraterin bzw. der Berater nimmt die Klientin bzw. den Klienten wahr und versucht eine Beziehung aufzubauen, auch die Klientin bzw. der Klient nimmt die Beraterin bzw. den Berater wahr und stellt für sich fest, ob diese Beziehung hilfreich sein kann. Dazu kommen viele unterschiedliche äußere Faktoren, die einen gelingenden Beziehungsaufbau fördern oder verhindern können. Dazu gehören organisatorische, institutionelle und räumlich Faktoren, z.B. die Gestaltung des Beratungsraums (vgl. Miller und Rollnick 2013).

Für Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung ist eine vertrauensvolle Beziehung die Grundlage für einen gelingenden Arbeitsprozess. Im Verlauf eines Lebens im Hilfesystem gibt es oftmals Erfahrungen von Beziehungsabbrüchen. Es ist anstrengend, sich immer wieder auf neue Beziehungen (z.B. neue Bezugsbetreuer) einzulassen und Vertrauen neu aufzubauen. Vielleicht gab es auch Situationen und Erfahrungen, in denen vermeintlich oder wirklich das Vertrauen missbraucht wurde. Das bedeutet, dass

sich gegebenenfalls in der Beratung der Zielgruppe der Beziehungsaufbau bedächtiger entwickelt als bei Menschen ohne Beeinträchtigung. Eines der genannten Hindernisse, warum Menschen mit geistiger Beeinträchtigung nicht in Beratungsstellen ankommen, ist, dass nicht nur die beratende Person neu, sondern dass auch der Ort fremd und der Weg dorthin unbekannt sind. Um eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zu erreichen, kann es von Vorteil sein, wenn sich die Klientin bzw. der Klient zunächst nur an einen neuen Faktor gewöhnen soll. Das heißt, es kann für sie oder ihn einfacher sein, wenn die Beratung zunächst in ihrer oder seiner vertrauten Umgebung stattfindet. Dadurch können Hemmungen abgebaut werden und der oder die Ratsuchende kann sich auf die neue Person fokussieren.

Fokussierung:

Ist die Beziehung soweit gefestigt, muss geklärt werden, welche Zielrichtung die Beratung nehmen soll. Ohne eine Zielsetzung wird ein Veränderungsprozess nicht funktionieren. Die Fokussierung ist immer ein Aushandlungsprozess zwischen der Beraterin bzw. dem Berater und der Klientin bzw. dem Klienten. Im Fokussierungsprozess geht es darum, eine gemeinsame Richtung zu finden, der dann gefolgt wird (vgl. Miller und Rollnick 2013). Es kann aber immer wieder notwendig sein, dieses Ziel zu hinterfragen oder gar zu verändern. Ist die Betreuungsperson der Eingliederungshilfe in den Beratungsprozess miteingebunden, so ist auch sie an der Fokussierung und Zielsetzung zu beteiligen. Durch die meist langjährige Beziehung zur betroffenen Person können so wertvolle Hinweise und Erfahrungen in die Zielsetzung miteinfließen.

Menschen mit geistiger Beeinträchtigung haben oftmals eine geringere motivationale Konstanz. Das heißt, dass sich die subjektiv wahrgenommene Wichtigkeit von Themen oder Zielen schnell verschieben kann. Dies erschwert in der Beratungspraxis ein zielgerichtetes konstantes Arbeiten. Eine Möglichkeit, die Fokussierung innerhalb des Beratungsprozesses, aber auch innerhalb der einzelnen Beratungssitzungen zu ermöglichen, ist das von Miller und Rollnick vorgeschlagene "Agenda Mapping". Dabei werden gemeinsam mit dem Klienten verschiedene Gesprächsbereiche festgelegt. Diese werden auf einem Blatt Papier in Sprechblasen oder Ähnlichem geschrieben und wenn notwendig mit einem Bild oder Symbol versehen. Es sollten immer ein bis zwei Sprechblasen leer bleiben, um eventuell neue Themen ansprechen und aufgreifen zu können. Diese Sprechblasen können auch Themenbereiche abbilden, die die Klientin bzw. der Klient nicht ansprechen möchte. Sie sind also "verdeckt" und noch nicht zu sehen. Mit dem "Agenda Mapping" können die Themen bzw. Ziele der Beratung herausgearbeitet und besprochen werden. Nützlich ist es aber auch zu Beginn jedes Beratungsgespräches, um das aktuell wichtige Thema festzulegen, über das die Klientin bzw. der Klient sprechen möchte.

Ralf Demmel und Gergely Kemény haben zur aktuellen Auflage des Buches "Motivierende Gesprächsführung" von Miller und Rollnick eine Arbeitshilfe für Therapie und Beratung erarbeitet und herausgegeben. Im Zusammenhang mit der Fokussierung sind in der 113 Karten umfassenden Box Bildkarten enthalten, die für die Methode des "Agenda Mapping" verwendet werden können. Auch wenn die Begrifflichkeiten nicht in Leichter Sprache sind, so sind die Bilder zumeist gut verständlich und für die Beratung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung gut einsetzbar.

Evokation:

Der dritte Aspekt im Beratungsprozess ist die Evokation. Miller und Rollnick verstehen darunter die Förderung der Selbstmotivation ein Ziel zu erreichen. Hier geht es darum, die Vorstellungen der Klientin oder des Klienten, wie die Veränderung geschehen soll, hervorzubringen und diese zu unterstützen (vgl. Miller und Rollnick 2013). Dabei kommt es vor allem auf eine geleitende Haltung an, die nicht bestimmend oder belehrend ist, sondern auf Möglichkeiten (auch Alternativen) und Hindernisse hinweist (siehe Kapitel 6). Diese Phase des Beratungsprozesses ist vergleichbar mit der oben genannten Phase der "Absichtsbildung" nach Prochaska und Di Clemente.

Miller und Rollnik sprechen in dieser Prozessphase von "Change Talk" und "Sustain Talk". Diese stellen die zwei Seiten der Ambivalenz dar.

"Change Talk" meint die selbstmotivierende Sprechweise der Klientin bzw. des Klienten. Der "Sustain Talk" bezeichnet jene Aussagen, die sich gegen die Zielsetzung richten und die Klientin oder den Klienten in eine Rückwärtsbewegung bringen können. Dieser ist aber nicht mit dem früher in der "motivierenden Gesprächsführung" gebräuchlichen Begriff "Widerstand" gleichzusetzen, denn der "Sustain Talk" ist ein normaler Bestandteil der Ambivalenz und kein bewusst gegen die Beraterin bzw. den Berater gerichtetes Verhalten. (vgl. Miller und Rollnick 2013).

Miller und Rollnick machen deutlich, dass auf einen "Change Talk" direkt reagiert werden muss, damit dieser sich festigt und die Selbstmotivation zunimmt. So gibt es vier Möglichkeiten, auf den "Change Talk" zu reagieren (vgl. Miller und Rollnick 2013):

- 1. Offene Fragen: Diese Methode gehört zu den Grundwerkzeugen der Beratung. Offene Fragen führen zu einem Nachdenken des Gegenübers und damit zu einer Präzisierung des Gesagten. Für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sind offene Fragen oft schwer zu beantworten. Eine Möglichkeit, dies zu unterstützen, ist es, eine offene Frage mit Beispielen zu verdeutlichen und damit eine Auswahl zu ermöglichen. Auch wenn dies dem Sinn nach keine offene Frage mehr darstellt, so kann damit aber "nachgehakt" werden. Es ist beim "Change Talk" wichtig, dass Beispiele und Einzelheiten erfragt werden und die Beraterin oder der Berater ein deutliches Interesse zeigt.
- 2. Würdigung: Eine weitere Möglichkeit auf eine Veränderungs-Aussage zu reagieren, ist die direkte Würdigung der Mitteilung. Diese positive Reaktion funktioniert wie ein Verstärker auf die Selbstmotivation. Diese Methode eignet sich meist sehr gut bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung. Eine positive Rückmeldung ist ein angenehmes Gefühl und ein wichtiger Verstärker für Verhaltensänderungen.
- 3. Reflexion: Das reflektierende Zuhören meint, dass auf eine Aussage eine Frage folgt, die entweder das Gesagt kurz reflektiert, oder den Gedanken weiterführt. Die Beraterin bzw. der Berater äußert damit eine Vermutung darüber, was die Klientin bzw. der Klient gemeint haben könnte. Diese bzw. dieser kann darauf reagieren und entweder bestätigen oder richtigstellen. In Gesprächen mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung ist auch diese Methode möglich. Wichtig ist aber, dass die Reflexionen nicht zu komplex sind, sondern einfach gehalten sind, z.B.: "Das finden Sie gut." oder "Sie haben sich dazu entschlossen.".
- 4. Zusammenfassen: Diese Methode kann dazu dienen, das Gesagte zu bündeln und der Klientin oder dem Klienten als Reflexion des Gehörten anzubieten. Dazu müssen zwangsläufig Schwerpunkte gelegt werden. Diese können je nach Beraterin oder Berater unterschiedlich sein und eine unterschiedliche Wirkung auf die Klientin bzw. den Klienten haben. In der Beratung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung hilft eine Zusammenfassung des Gesprächsverlaufs beim Verständnis. Gerade am Ende eines Gesprächs kann die Zusammenfassung für die Klientin bzw. den Klienten noch einmal verdeutlichen, was die Essenz des Beratungsgespräches war und welche weiteren Schritt nun gegangen werden können. Auch zu Beginn eines Beratungsgespräches kann eine kurze Zusammenfassung des letzten Gesprächs die Erinnerung daran wieder hervorrufen, sodass daran angeschlossen werden kann. Dies macht eine gute Dokumentation der Gespräche notwendig.

Dies soll nicht nahelegen, dass nur auf den "Change Talk" eingegangen werden soll. Spricht die Klientin bzw. der Klient im Sinne des "Sustain Talk" sollte auch darauf eingegangen werden. Jedoch machen Miller und Rollnick deutlich, dass dies nicht in der gleichen Intensität geschehen soll, denn es besteht die Gefahr, dass die Beraterin oder der Berater damit weiteren "Sustain Talk" provoziert. Eine Konzentration auf den "Sustain Talk" führt meist zur Verfestigung der Argumente gegen eine Veränderung. Eine "Gleichbehandlung" beider Seiten kann dazu führen, dass die Klientin bzw. der Klient weiter in der Ambivalenz bleibt und sich nicht entscheiden kann. Vielmehr ist darauf zu achten, dass der "Sustain Talk" gewürdigt, jedoch der "Change Talk" aktiv unterstützt wird (vgl. Miller und Rollnick 2013).

Miller und Rollnick bieten zwei verschiedene Möglichkeiten an auf den "Sustain Talk" zu reagieren: reflektierende und strategische Reaktion.

Die "Reflektierende Reaktion" sollte, wie bereits oben beschrieben, nicht zu komplex sein. Empfehlenswert ist vor allem auch hier wieder die Seite der Veränderungsbereitschaft miteinzuschließen. Miller und Rollnick nennen dies eine "Zweiseitige Reflexion". Dadurch wird der "Sustain Talk" gewürdigt, jedoch in direkten Zusammenhang mit dem eventuell bereits geäußerten "Change Talk" gesetzt.

Die von Miller und Rollnick genannten "Strategischen Reaktionen" sind:

- Betonung der persönlichen Autonomie: Dies soll der Klientin bzw. dem Klienten verdeutlichen, dass sie bzw. er selbst die Entscheidung trifft. Oft wird dann die Entscheidung zur Veränderung getroffen. Bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung ist es, wie bereits erwähnt, von hoher Wichtigkeit, die Autonomie zu unterstützen. Dies schafft Vertrauen und vielleicht die Bereitschaft, sich auf die Veränderung gemeinsam einzulassen.
- Reframing: Darunter versteht man, dass Aussagen, die deutlich dem "Sustain Talk" zuzuschreiben sind, von der Beraterin bzw. dem Berater so gespiegelt werden, dass sie eine Neubewertung enthalten, die der Klientin bzw. dem Klienten eine neue Sichtweise anbietet. Es wird dabei versucht, eine positive Wendung zu schaffen, z.B. "Das schaffe ich nicht!" wird zu "Das ist eine Herausforderung für Sie!". In der Beratung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, kann diese eine gute Strategie darstellen, Mut zu machen und auf die eigenen Kräfte zu vertrauen. Gleichzeitig kann hier aber auch die Unterstützung durch die Beratung bzw. Betreuung angeboten und verdeutlicht werden.
- Zustimmende Wendung: Diese Strategie stellt eine Steigerung des Reframing dar, indem der Aussage der Klientin bzw. des Klienten zugestimmt wird und anschließend, fast beiläufig, eine Neuinterpretation anbieten. Bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung kann diese Strategie jedoch dazu führen, dass die Zustimmung vorrangig Beachtung findet und die anschließende Neuinterpretation verloren geht. Hier ist also in der Verwendung Vorsicht geboten.
- Schwung holen: In Gesprächen, in denen es schwer ist einen "Change Talk" herauszuhören, kann es von Vorteil sein, wenn sich die Beraterin bzw. der Berater zunächst den "Sustain Talk" weiter erklären lässt. Dabei können Motive auftauchen, die einen Ansatz für "Change Talk" bieten. Miller und Rollnick machen deutlich, dass dies keine Standartstrategie darstellt. Sie kann aber hilfreich in Gesprächen mit wenig Veränderungsbereitschaft sein. Bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung ist auch hier zu beachten, dass das Gespräch nicht zu sehr in die "ungewünschte" Richtung abgleitet, auch wenn eine Zustimmung zunächst Vertrauen aufbauen kann. Dies gilt auch bei der nächsten und letzten von Miller und Rollnick vorgeschlagenen Strategie.
- Sich auf die Seite des Klienten stellen: Miller und Rollnick sehen diese als letztes Mittel an, "Change Talk" zu erzeugen. Dabei nimmt die Beraterin bzw. der Berater ausschließlich die Perspektive der Klientin bzw. des Klienten ein und stimmt ihr bzw. ihm zunächst vorbehaltlos zu. Dies kann durch eine erweiterte Reflexion ergänzt werden.

Nochmals ist deutlich hervorzuheben, dass zwar auf den "Sustain Talk" reagiert, er jedoch nicht in den Vordergrund der Beratung gestellt werden sollte. Die "Motivierende Gesprächsführung" ist auf eine Veränderung ausgerichtet, weshalb alle, auch die kleinsten Ansätze von "Change Talk" aufgegriffen und gefördert werden sollten.

Planung:

Nimmt der "Change Talk" in der Intensität zu und wird immer deutlicher, dass es zu einer Veränderung kommt, so tritt die Klientin bzw. der Klient nun in die Planungsphase ein. Diese ist gut mit der o.g. Phase der Vorbereitung des Transtheoretischen Modells zu vergleichen. Hier geht es vor allem um die Planung der gewünschten Veränderung und die weitere Unterstützung der Selbstmotivation und Selbstverpflichtung der Klientin bzw. des Klienten (vgl. Miller und Rollnick 2013).

Auch wenn Miller und Rollnick davon ausgehen, dass die meisten Menschen, wenn sie in diese Phase eintreten, weniger bis keine Unterstützung mehr brauchen, da sie einen selbstverpflichteten Plan zur Veränderung haben, so ist bei Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung, hier der Prozess noch nicht beendet. Es kann sogar sein, dass sich in dieser Phase die Betreuungsintensität durch die Eingliederungsund Suchthilfe steigen muss, damit die Veränderung in den Alltag integriert werden kann.

12. Checklisten

12.1 Organisationsebenen

1. Leitungsebene

- Die Implementierung eines Beratungsangebotes für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung ist strategisches Ziel der kooperierenden Träger.
- Die Leitungsebene ist in die operative Arbeit eingebunden und begleitet den Entwicklungsprozess kontinuierlich.
- Erfahrungen und Ergebnisse des Vorhabens werden im Rahmen des Qualitätsmenagement in weitere Bereiche übertragen und genutzt.

2. Einrichtungsebene

- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über das Vorhaben informiert.
- Eine gemeinsame Startveranstaltung für alle Ebenen der Einrichtungen ist durchgeführt.
- Gibt es Kenntnisse über bereits bestehende Verbindungen zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe? Nutzen Sie diese Verbindungen.
- Gibt es Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die schon in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischen Substanzkonsum vertraut sind? Beteiligen Sie diese in der Durchführung des Vorhabens.

3. Koordination der Zusammenarbeit

- Eine Koordinatorin/ ein Koordinator bzw. ein Koordinations-Tandem ist benannt.
- Die Person/ Personen sind den Einrichtungen der kooperierenden Träger bekannt.
- Die Person/ Personen haben direkte kommunikative Zugänge zu allen Ebenen der kooperierenden Träger und Einrichtungen.

4. Arbeitskreis

- Ein Arbeitskreis ist gebildet.
- Die Leitung des Arbeitskreises ist benannt.
- Der Arbeitskreis ist paritätisch besetzt.
- Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sind am Arbeitskreis beteiligt.
- Der Tagungs-Rhythmus des Arbeitskreises und sein zeitlicher Umfang sind festgelegt.

5. Externe Arbeitsbeziehungen

- Gibt es Organisationen, Institutionen oder Einrichtungen, die für die Kooperation wichtig sind?
- Wichtige Organisationen, Institutionen oder Einrichtungen sind über die geplante Kooperation informiert und evtl. miteinbezogen.

12.2 Partizipation von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung

- Die Selbstvertretungsorgane (Werkstattrat, Bewohnerbeirat etc.) sind über das Vorhaben informiert und in die Arbeit miteinbezogen.
- Gibt es interne Möglichkeiten zur Überprüfung von Medien und Materialien in Leichter Sprache? Oder müssen externe Einrichtung einbezogen werden?

12.3 Fachliche Inputs für die Fachkräfte

1. Gegenseitige Hospitationen

- Welche Einrichtungen der kooperierenden Träger kommen für Hospitationen in Frage?
- Es gibt konkrete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in den Einrichtungen, die eine Hospitation anbieten.
- Über die Hospitationsmöglichkeiten wird regelmäßig in den Teamsitzungen der Einrichtungen informiert.
- Es ist sichergestellt, dass die Erfahrungen der Hospitation in die jeweiligen Teams transportiert werden.

2. Fortbildungen von Fachkräften

- Welche fachlichen Themen sind von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als wichtig gesehen?
- Gibt es interne Referenten, die diese Fortbildungen durchführen können?
- Alle Bereiche und Einrichtungen sind über die angebotenen Fortbildungen informiert.
- Die Fortbildungen sind in die interne betriebliche Bildungsarbeit integriert.
- Es gibt eine qualitätssichernde Evaluation.

3. Team-Support

- Ist ein Team-Support durchführbar?
- Die Teams werden darüber regelmäßig über das Angebot informiert.
- Dafür zuständige Ansprechpersonen sind benannt.

12.4 Veranstaltungen und Fortbildungen mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung

1. Grundsätzliche Überlegungen

- Welche Zielgruppe soll angesprochen werden? (Z.B.: Werkstattrat, WfbM-Mitarbeitende, Wohngruppen etc.)
- Welches Ziel soll erreicht werden?
- Gibt es Ansprechpersonen für die Zielgruppe?
- Wer kann als Referent eingesetzt werden?

2. Vorbereitung und Absprache mit Ansprechpersonen?

- Gibt es Besonderheiten der Gruppe? Welche Altersstruktur hat die Gruppe?
- Welche zeitlichen Beschränkungen sind erforderlich?
- Soll es eine einmalige Veranstaltung sein oder eine Veranstaltungsreihe?
- Bei einer Veranstaltungsreihe ist der passende Rhythmus zu klären.
- Gibt es besondere Pausenzeiten bzw. Pausenregelungen?
- Welcher Raum kann genutzt werden? Wie ist die Ausstattung des Raumes?
- Wichtige Besonderheiten von einzelnen Teilnehmenden (z.B. gesundheitliche Einschränkungen etc.) müssen bekannt sein.
- Wie werden die Teilnehmenden informiert bzw. eingeladen?

3. Erstellung von Material

- Welche Themen sollen angesprochen werden? Wie können diese auf Kernaussagen beschränkt werden?
- Auf einfache Gestaltung der Materialien achten.
- Möglichst viele Aspekte mit Bildern unterstützen.
- Auf die Altersstruktur und dazu passende Materialien achten.
- Selbst erstellte Materialien vor der Verwendung von Leichte-Sprache-Prüfern gegenlesen lassen.

4. Durchführung

- Die eigene Sprache anpassen und Fremdwörter vermeiden.
- Pausenzeiten einhalten.
- Inhalte regelmäßig wiederholen.
- Auf störungsfreie Durchführung achten.
- Bedürfnisse von Teilnehmenden wahrnehmen.
- Orientierung im Ablauf bieten (z.B.: Ablauf bildlich darstellen).
- Erfolgserlebnisse schaffen und positive Rückmeldungen geben.
- Rückmeldungen der Teilnehmenden zur Verbesserung weiterer Angebote einholen.
- Evtl. nach der Durchführung ein Zertifikat aushändigen.

12.5 Barrierefreier Zugang zum Beratungsangebot der Suchthilfe

1. Bauliche Gegebenheiten

- Ist in der Einrichtung ein barrierefreier Zugang möglich? Sind die Türen breit genug für Menschen, die einen Rollstuhl benutzen? Gibt es barrierefreie Toiletten?
- Wenn der Zugang nicht barrierefrei ist: Gibt es einen Ausweichort, an dem die Beratung stattfinden kann? Oder kann die Beratung in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe stattfinden?
- Ist die Suchthilfeeinrichtung gut mit ÖPNV erreichbar? Ist der Weg von und zur Haltestelle möglichst barrierefrei?
- Gibt es Parkplätze für den Fahrdienst in der Nähe der Suchthilfeeinrichtung?

2. Informationen

- Es gibt Informationen zur Suchthilfeeinrichtung und zur Suchtberatung in Leichter Sprache. Diese stehen allen Einrichtungen zur Verfügung.
- Informationen zu Suchtmitteln in Leichter Sprache sind in der Einrichtung vorhanden (z.B.: DHS-Flyer in Leichter Sprache).
- Wichtige Informationen und Formulare sind in Leichte Sprache übersetzt und geprüft worden (z.B. Datenschutzinformationen, Therapieinformationen etc.).
- Die Eingliederungshilfe ist darüber informiert, dass es eine Suchtberatung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung gibt. Diese Information erreicht auch die Zielgruppe.

3. Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung

- Es besteht die Möglichkeit über Dritte (z.B. Bezugsgetreuer) einen Termin zu vereinbaren.
- Die Beratung kann auch in der Umgebung des Klienten stattfinden (z.B. Wohneinrichtung, WfbM o.Ä.).
- Ggfs. gibt es einen "neutralen" Ort, an dem die Beratung stattfinden kann.
- Evtl. werden Präsenzzeiten der Suchtberatung in einzelnen Einrichtungen der Eingliederungshilfe angeboten.

4. Durchführen einer Beratung

- Die Beratung ist im Einzelgespräch möglich.
- Wenn Gruppengespräche notwendig sind, werden diese ausschließlich für die Zielgruppe angeboten.
- Es gibt eine speziell angepasste Anamnese, um ein umfassendes Bild der Klientin/ des Klienten erstellen zu können.
- Die Beratung findet in einem ruhigen und angenehmen Raum statt.
- · Es wird auf die Schweigepflicht und die Möglichkeit der Entbindung davon hingewiesen.
- Die Klientin/ der Klient wird darüber informiert, dass eine gemeinsame Beratung mit dem Bezugsbetreuer von Vorteil ist. Die Entscheidung darüber verbleibt jedoch bei ihr/ihm.
- Gibt es Beratungsmaterial in Leichter Sprache oder bildlicher Darstellung? Dies soll vorher durch Leichter-Sprache-Prüfer gesichtet werden.

13. Resümee, Ausblick und Danksagung

Im vorliegenden Handbuch wurden Möglichkeiten einer Beratung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum aufgezeigt. Dabei wurde exemplarisch dargestellt, wie das Modellprojekt aktionberatung in Zusammenarbeit mit der Sucht- bzw. Eingliederungshilfe in Wiesbaden umgesetzt wird und welche Ergebnisse bislang erzielt wurden.

Ein Beratungsangebot für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum setzt voraus, dass die vorhandenen Angebote der Sucht-bzw. Eingliederungshilfe auf verschiedenen Ebenen auf die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden. Erst dadurch kann der Zugang zum Hilfesystem für diese spezifische Zielgruppe gewährleistet werden.

In einem ersten Schritt sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eingliederungshilfe fachlich befähigt werden, einen problematischen Substanzkonsum bei der Zielgruppe zu erkennen und sie bei Bedarf in die für sie erforderliche Hilfe zu vermitteln bzw. zu begleiten. Die Beraterinnen und Berater der Suchthilfe sollten wiederum mit den Besonderheiten der Zielgruppe vertraut sein, um ihre Arbeitsmethode entsprechend anpassen zu können.

Im Beratungshandbuch sind eine Reihe von Fallgeschichten dargestellt. In diesen Fällen wird deutlich, dass beide Hilfesysteme einen personenzentrierten Ansatz praktizieren. Dadurch kann die Hilfe für die Zielgruppe individuell konzipiert und erbracht werden.

In der Suchthilfe ist die motivierende Gesprächsführung (MI) ein etablierter Ansatz. Mit Hilfe dieser Methode können Suchtkranke gut erreicht und bei der Bewältigung ihrer vielfältigen Probleme unterstützt werden. Aufgrund der guten Ergebnisse wurden einige Materialien der "MI" für die Zielgruppe ebenso angepasst. Weitere Materialien und Medien in diesem Zusammenhang werden derzeit überarbeitet und können nach Fertigstellung ebenso zur Verfügung gestellt werden.

Das Konzept ist als ein Prozess zu verstehen. Von daher wird es weiterhin ausgebaut bzw. optimiert werden. Neben dem Handbuch soll eine Datenbank erstellt und online geschaltet werden. Dies ist als nächster Meilenstein des Projekts vorgesehen. Auf der Datenbank unter www.aktionberatung.de sollen alle relevanten Materialien bereitgestellt werden. Die Datenbank soll ebenso als eine "Plattform der guten Ideen" genutzt werden.

Wir hoffen, dass das vorliegende Handbuch Ihnen eine Hilfestellung gibt, wie eine Suchtberatung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischen Substanzkonsum initiiert werden kann. Selbstverständlich müssen örtliche Besonderheiten bei der Konzipierung eines möglichen Angebotes berücksichtigt werden. Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung und stehen gerne für einen fachlichen Austausch zur Verfügung.

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen bedanken, die mit ihrem wertvollen Engagement zur Verwirklichung dieses Handbuches beigetragen haben, allen voran den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH und des Suchthilfeträgers Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

14. Hinweise zu verwendeter und weiterführender Literatur, zu Informationen und Institutionen

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien. S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung - AWMF-Register Nr. 028-042. 12/2014.

Beer, Olaf: Suchtmittelgebrauch und geistige Behinderung. Eine Bestandsaufnahme mit dem Schwerpunkt Alkoholkonsum. Saarbrücken. 2012.

BeB/GVS (Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe e. V. / Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.) (Hrsg.): Fachexpertise. Geistige Behinderung und Sucht. Ergebnisse der verbandübergreifenden Arbeitsgruppe. Berlin. 2014.

BeB/GVS (Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe e. V. / Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.) (Hrsg.): Zum Umgang mit Suchterkrankungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Eine Handreichung des Bundesverbands evangelischer Behindertenhilfe e. V. und des Gesamtverbands für Suchtkranke e. V. Berlin. 2008.

Kajanne, Marga: Die Giraffen- und die Wolfssprache – den Wechsel von Perspektiven üben. In: BZgA/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Achtsamkeit und Anerkennung – Materialien zur Förderung des Sozialverhaltens in der Grundschule. Köln. 2002.

Buschkämper, Stephan/ Heinz, Thomas W./ Van Dijk, Marike/ u.a.: Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Forum Sucht – Band 44. Münster. Landschaftsverband Westfalen- Lippe. (Tagungsbericht von der LWL- Koordinationsstelle Sucht vom 07.07.2011 und 09.11.2011) 2012.

Ehlers, Angela: Inklusion, Selbstbestimmung und Partizipation als Qualitätsmerkmale von Bildung. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung der Bildung im Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung in Schleswig-Holstein. Diss., Universität Koblenz-Landau, 2009.

ginko Stiftung für Prävention: MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen, Fortbildungs-Reader, 2010.

Haase, Kristina: Alkoholismus bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Hamburg. 2002.

Klauß, Theo (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Band 7. Berlin. Eigenverlag der DGSGB. (Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.05.2003 in Kassel) 2003.

König, Marianne und Galgano, Lucia: Diversität in der Suchtarbeit. INFODROG – Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (Hrsg.). Bern. 2013.

Kretschmann-Weelink, Marja: Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Gevelsberg. 2013.

Kretschmann-Weelink, Marja: Projektdokumentation zum Modellprojekt "Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik". Münster. 2006.

LIGA der Freien Wohlfahrtspflege – Spitzenverbände im Land Brandenburg (Hrsg.): Vernetzung von Suchtund Behindertenhilfe. Projektdokumentation und Abschlussbericht. 2018.

Miller, William R./ Rollnick, Stephen: Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg in Breisgau. Lambertus. 1999.

Miller, William R./ Rollnick, Stephen: Motivierende Gesprächsführung. 2. Auflage. Freiburg in Breisgau. Lambertus. 2004.

Miller, William R./ Rollnick, Stephen: Motivierende Gesprächsführung. 3.Auflage. Freiburg in Breisgau. Lambertus. 2015.

Schinner, Peter: Sucht und geistige Behinderung. In: Psychotherapie im Dialog. Geistige Behinderung. Heft 2, 9. Jahrgang, Juni 2008, Seite 152-156.

Schinner, Peter: Sucht und Geistige Behinderung. Beratung und Therapie von abhängigen oder gefährdeten Menschen mit geistiger Behinderung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.): Teilhabe durch Arbeit. Ergänzendes Handbuch zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Marburg, Berlin. Lebenshilfe-Verlag Marburg. 2014.

Schlöffel, M., Mittag, O., Funke, W., Pollmann, H., Köhler, J., Blahs, A., Buschmann, H., Konitzer, M., Mariolakou, A., Muschalla, B., Orlicek, M., Peter-Höner, S., Rösler, N., Rumpf, H.-J., Sarrazin, D., Schneider, W., Schöneck, D., Widera, T., Wiehn, T. & Worringen, U. (2016). Praxisempfehlungen für den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation (Langfassung). Zugriff am 19.12.2019. Verfügbar unter www.aqms.de

Theunissen, Georg/ Schubert, Michael: Alkoholismus und geistige Behinderung. In: Hennicke, Klaus (Hrsg.) (2016): Psychologie und geistige Behinderung. Berlin. Eigenverlag der DGSGB. (Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 29.9. bis zum 1.10.2005 in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg) 2006.

Thimm, Walter (Hrsg.): Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts. Marburg. 2008.

Weiterführende Literatur, Materialien und Links

- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung: www.behindertenbeauftragte.de
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales Nationaler Aktionsplan (NAP 1.0 und NAP 2.0): www. gemeinsam-einfach-machen.de
- Demmel, Ralf / Kemény, Gergely: Motivational Interviewing Arbeitshilfen für Therapie und Beratung. Freiburg im Breisgau. 2017.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Hefte in Leichter Sprache: www.dhs.de
- Fachklinik Oldenburger Land: https://www.dw-ol.de/pages/einrichtungen/microsites/fachklinik-olden-burger-land_de/index.html

- Heilpädagogische Ambulanz Berlin: https://hpa.berlin/
- Inclusion Europe: www.easy-to-read.eu
- Katholisches Filmwerk: https://lizenzshop.filmwerk.de/shop/detail.cfm?id=2273
- Kretschmann-Weelink, Marja: Didaktisch-handlungsorientiertes Präventionsprogramm DIDAK®, Westfalenfleiß GmbH: https://www.westfalenfleiss.de/didak.html
- Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V. (Hrsg.): Leichte Sprache Die Bilder. Bremen. 2013. (Die Bilder sind auch online unter www.lebenshilfe-bremen.de zu beziehen.)
- Netzwerk Leichte Sprache: www.leichte-sprache.org
- Stahl, Sabine: So und So Beratung für Erwachsene mit so genannter geistiger Behinderung. Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (Hrsg.). Marburg. 2015.
- Eine Skills-Box erhalten Sie beispielsweise unter: www.skills-box.ch

15. Anhang

15.1 Kurzdarstellungen der kooperierenden Träger und Institutionen

15.1.1 EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH

Der Evangelische Verein für Innere Mission in Nassau (EVIM) ist eine moderne und gemeinnützige Organisation mit mehr als 165-jähriger Tradition. Der Verein so wie die Tochtergesellschaft EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH sind dem Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. (Diakonie Deutschland) als anerkanntem Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege angeschlossen.

Die EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH ist ein Verbund von stationären und ambulanten Wohn-, Betreuungs- und Arbeitsmöglichkeiten. Die Angebote sind eng vernetzt und können nicht nur flexible Übergänge, sondern auch Anpassung an die jeweilige Situation und Lebensphase bieten. Die Zielgruppe umfasst Menschen jeden Alters und Geschlechts mit körperlichen Beeinträchtigungen, geistigen Beeinträchtigungen, psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Beeinträchtigungen. Diese werden in ihrem Lebensalltag angemessen begleitet, wobei die größtmögliche Selbstständigkeit im Vordergrund steht und das Recht auf Selbstbestimmung jedes Einzelnen respektiert wird. Auch die facettenreiche Kulturarbeit trägt zu sozialer Interaktion, dem Erlernen neuer oder verschütteter Fähigkeiten und dem Erleben von Lebensfreude bei. Die Hilfen beinhalten konkret Betreutes Wohnen, Wohnverbünde, eine Tagesstätte, eine Reha Werkstatt und eine Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle.

15.1.2 Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.

Der Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. (JJ) ging 1975 aus dem Haus der katholischen Volksarbeit in Frankfurt hervor und ist assoziiertes Mitglied im Diözesancaritasverband Limburg.

Ziel des Vereins ist es, hilfebedürftigen, behinderten, gefährdeten oder psychisch kranken Menschen fachkundige Beratung, Behandlung und Lebenshilfe anzubieten.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt im Bereich der Jugend- und Suchthilfe. Diese Angebote sind untereinander zu einem differenzierten Jugend- und Suchthilfeverbund vernetzt. Koordinierte Kooperation soll eine optimale Planung und Steuerung der personenzentrierten Hilfeleistungen ermöglichen. Grundlegend für die Arbeit ist das humanistisches Menschenbild und die Herkunft des Vereins aus kirchlichen Wurzeln. Die Zielgruppen kommen aus allen gesellschaftlichen Verhältnissen, mit unterschiedlichen Konfessionen, Weltanschauungen und Nationalitäten. Der Verein will mit seinen Einrichtungen Impuls- und Ratgeber für die Gesundheitspolitik sowie deren Mitgestalter sein und die gesellschaftliche Integration der Klientel fördern. Die Klientel wird in ihrer aktuellen Lebenssituation begleitet, ihre Kompetenzen gefördert und ihre persönlichen Ressourcen gestärkt um den Weg zu selbstständiger und selbstbestimmter Teilhabe zu ermöglichen. Im Mittelpunkt steht der Klient oder die Klientin mit der persönlichen Individualität, welcher wertschätzend und respektvoll begegnet wird. Der Verein umfasst folgende Hilfsangebote: Sucht- und Gewaltprävention, verschiedene Projekte, Jugendhilfe, Jugend- und Suchtberatung, Rehabilitation und Pflege, Betreutes Wohnen so wie Bildung und Erziehung.

15.1.3 Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik

Seit 1974 begleitet ISS-Frankfurt a.M. e.V. kontinuierlich die gesellschaftlichen und sozialpolitischen Entwicklungen und Veränderungen in Deutschland und Europa. In allen relevanten Fragen positioniert sich das Institut fachlich fundiert und innovativ. Das Initiieren und die Teilnahme an öffentlichen Diskursen gehört dabei zu den wichtigen Aufgaben. Zentrales Leitmotiv der Institutsarbeit ist die Förderung der sozialen Inklusion, die Chance zur Teilhabe an allen gesellschaftlichen Lebensbereichen.

Das ISS-Frankfurt a. M. beobachtet, analysiert, begleitet und gestaltet Entwicklungsprozesse der Sozialen Arbeit und erbringt wissenschaftliche Dienstleistungen für öffentliche Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände und private Träger. Die Arbeit wird durch ein träger- und fachplural zusammengesetztes Kuratorium begleitet. Gefördert wird das Institut durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und

Jugend (BMFSFJ). Neben dem Institutsstandort Frankfurt a.M. unterhält der ISS e.V. ein Büro in Berlin. Das Leistungsprofil des ISS-Frankfurt a. M. steht als wissenschaftsbasiertes Fachinstitut für Praxisberatung, Praxisbegleitung und Praxisentwicklung an der Schnittstelle von Praxis, Politik und Wissenschaft der Sozialen Arbeit und gewährleistet damit einen optimalen Transfer. Zum Aufgabenspektrum gehören wissenschaftsbasierte Dienstleistungen und Beratung auf den Ebenen von Kommunen, Ländern, Bund und der Europäischen Union sowie der Transfer von Wissen in die Praxis der Sozialen Arbeit und in die Fachöffentlichkeit.

Die Arbeitsstruktur ist geprägt von praxiserfahrenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, häufig mit Doppelqualifikationen, die ein breites Spektrum von Themenfeldern in interdisziplinären Teams bearbeiten. Dadurch ist das Institut in der Lage, flexibel auf Veränderungen in Gesellschaft und Sozialer Arbeit sowie die daraus abgeleiteten Handlungsanforderungen für Dienstleister, Verwaltung und Politik einzugehen.

15.1.4 Hochschule Fulda Fachbereich Sozialwesen

Seit Gründung der Hochschule Fulda 1972 bietet Sie Studiengänge der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik an, seit 1990 sind diese Studiengänge in Studienformaten der Sozialen Arbeit zusammengelegt. Derzeit sind etwa 1000 Studierende am Fachbereich sowohl im Präsenzstudiengang BA Soziale Arbeit wie in drei berufsbegleitenden BA Studiengängen – Soziale Arbeit, BA soziale Sicherung und Verwaltung und dem BA frühkindliche Bildung und Erziehung wie den drei berufsbegleitenden Masterstudiengängen eingeschrieben. Das Kollegium der fast 30 Professorinnen/Professoren und Dozentinnen/Dozenten setzt sich interdisziplinär zusammen, ergänzt wird die Lehre durch Lehrbeauftragte aus der Praxis der Sozialen Arbeit. Ziel aller Studiengänge ist ein wissenschaftlich fundiertes, praxisnahes Studium. Der Fachbereich war an der Gründung des hessischen Promotionszentrums für Soziale Arbeit beteiligt und verfügt über ein eigenständiges Promotionsrecht. Die Forschungsorientierung des Fachbereichs ist ausgeprägt:

Forschung in und über die Arbeitsfeldfelder und -probleme der Sozialen Arbeit sollen Antworten auf aktuelle gesellschaftspolitische Fragen und Diskurse zu den professionellen Herausforderungen der sozialen Arbeit liefern. Ein interdisziplinäres wissenschaftliches Zentrum – das Zentrum für soziale Nachhaltigkeit und Entwicklung (CESST)- und ein fachbereichseigenes An-Institut für personenzentrierte Hilfen an der Hochschule Fulda (IPH) unterstreichen die Bedeutung von Praxisforschung am Fachbereich Sozialwesen.

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Fachbereichs sind erfolgreich mit Forschungsprojekten, die wissenschaftliche Erkenntnisse in konkretes praktisches Handlungswissen übertragen. Dies geschieht sowohl über drittmittelgeförderte Forschungsprojekte auf nationaler und europäischer Ebene, Projekte mit Praxispartnern aus der Region sowie Kooperationen mit anderen Hochschulen. Die Forschungsvorhaben sind so angelegt, dass Inhalte, Methoden und Erkenntnisse in die Ausbildung der Studierenden auf Bachelor- und Masterniveau unmittelbar einfließen können. Die Hochschule Fulda ist Teil des Bundesprojektes innovative Hochschulen – mit dem laufenden RIGL Projekt (Regionales Innovationszentrum. Gesundheit und Lebensqualität Fulda) sind Transferprojekte zentraler Inhalt der Hochschulentwicklung.

15.2 Kurzdarstellungen der kooperierenden Einrichtungen

15.2.1 Suchthilfezentrum Wiesbaden

Das Suchthilfezentrum Wiesbaden (SHZ) ist eine ambulante Einrichtung innerhalb des Suchthilfeverbundes Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., in der Suchtkranke, Suchtgefährdete und deren Angehörige seit 1998 beraten und betreut werden. Die Hilfeangebote im SHZ sind aufeinander abgestimmt, so dass die Zielgruppen eine umfassende und personenzentrierte Beratung und Betreuung erfahren können.

Das Beratungs- und Betreuungsangebot ist die Kernarbeit des SHZ Wiesbaden und richtet sich an jugendliche und erwachsene Menschen mit unterschiedlichen Suchtproblemen (stoffgebundene und

stoffungebundene Abhängigkeiten), deren Angehörige und ihr soziales Umfeld. Es beinhaltet sowohl Aufklärung und Information über Fragen zu Suchtmitteln, Gefährdung und Suchterkrankung, als auch weitergehende konkrete Hilfen.

Aufgabengebiete sind:

- Beratung und Vermittlung
- Nachsorge nach stationärer Rehabilitation (Sucht)
- Angehörigenarbeit
- Aufsuchende niedrigschwellige Suchthilfe
- Psychosoziale Betreuung während einer Substitutionsbehandlung
- Betreutes Einzelwohnen
- Fachstelle für Suchtprävention
- Projekte:
 - HaLT in Wiesbaden (Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen)
 - Fachberatung Glücksspielsucht
 - FreD Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten
 - Fachberatung für Verhaltenssüchte
- Weitere Angebote:
 - Rechtsauskunft
 - Drogenberatung online und E-Mail-Beratung
 - Hilfe bei Ämter- und Behördenangelegenheiten

Alle Arbeitsbereiche des SHZ wurden erstmalig im April 2007 nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert. Seitdem finden regelmäßige externe bzw. interne Audits statt, um die hohe fachliche Qualität der Angebote zu sichern und weiterzuentwickeln.

15.2.2 Aufsuchende Suchthilfe der Stadt Hattersheim (JJ e. V.)

Die Aufsuchende Suchthilfe der Stadt Hattersheim besteht seit April 1988. Sie ist an das Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis angegliedert. Das Arbeitsfeld der Aufsuchenden Suchthilfe umfasst die Bereiche Aufsuchende Arbeit und Beratung.

Ziel der Aufsuchenden Suchthilfe ist es, Menschen, die an der Schwelle zum Suchtmittelgebrauch stehen, möglichst frühzeitig zu erreichen und ihnen ihrem Alter entsprechende Hilfen aufzuzeigen.

Die Aufsuchende Suchthilfe möchte vor allem Personen mit einem problematischen Konsummuster und insbesondere Abhängige und deren Angehörige in Hattersheim und den Ortsteilen Okriftel und Eddersheim erreichen. Sie ist auch Anlaufstelle für sozial benachteiligte Jugendliche und Erwachsene.

Angebote und Methoden

Aufsuchende Arbeit

- Aufsuchen von Treffpunkten junger Menschen
- Aufsuchen von Orten und Lokalen, die bevorzugt von Alkohol- und Drogenkonsumenten/innen frequentiert werden
- Hausbesuche

Beratung

- Beratung von Suchtmittelkonsumenten/innen und deren Angehörigen
- Unterstützung von Jugendlichen und jungen Menschen bei der Entwicklung ihrer Lebensplanung
- Beratung von Familien mit Jugendlichen in Pubertätskrisen
- Psychosoziale Betreuung der mit Methadon substituierten Personen aus Hattersheim

Kooperation und Netzwerk

Enge Kooperation erfolgt mit der Kommune und dem Stadtteilbüro vor Ort. Mit Schulen, Vereinen und Verbänden findet intensiver Austausch und Zusammenarbeit statt. Fachliche Unterstützung ist durch die Einbindung des Mitarbeiters in das Team des Zentrums für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis in Hofheim gewährleistet.

15.2.3 Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis (JJ e. V.)

Das Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis (ZJS-HTK) berät und betreut seit 1981 Suchtkranke, Suchtgefährdete und deren Angehörige. In Trägerschaft des Suchthilfeverbundes Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. hat das ZJS-HTK innerhalb des Kreises als ambulante Einrichtung den Versorgungsauftrag.

Das Beratungsangebot richtet sich an jugendliche und erwachsene Menschen mit unterschiedlichen Problemlagen, an deren Angehörige und deren soziales Umfeld. Informations-, Präventions- und Fachberatungen können von Vereinen, Schulen oder anderen sozialen Einrichtungen angefragt werden. Bei allen Angeboten geht es sowohl um stoffgebundene Themen, wie zum Beispiel Alkohol oder Cannabis, als auch um stoffungebundene Themen, wie zum Beispiel pathologisches Glücksspiel oder exzessiver Medienkonsum. Die Beratung ist kostenlos, kann auf Wunsch auch anonym durchgeführt werden und unterliegt der Schweigepflicht. Sie beinhaltet sowohl Aufklärung und Information über Fragen zu psychoaktiven Substanzen, Gefährdung und Abhängigkeitserkrankung als auch weitergehende konkrete Hilfen wie zum Beispiel Vermittlungen in stationäre oder ambulante Behandlungen.

Zu den von Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. mit dem Hochtaunuskreis, dem Land Hessen, den Städten und Gemeinden sowie dem Landeswohlfahrtsverband (LWV) vereinbarten Leistungen im Hochtaunuskreis und der Stadt Bad Homburg v. d. Höhe gehören:

- Suchtprävention
- Frühintervention
- Information, Beratung, Vermittlung und begleitende Hilfen
- psychosoziale Betreuung
- Ambulante Rehabilitation und Suchtnachsorge
- Chat und E-Mail-Beratung
- Gruppenangebote
- aufsuchende Mobile Beratung
- Betreutes Wohnen und Betreutes Einzelwohnen

Die Einrichtung ist für den Geltungsbereich Prävention, Beratung und Betreuung, Jugend- und Suchthilfe, Ambulante Rehabilitation, Substitution, Betreutes Wohnen, Angebote der Jugendhilfe einschließlich Entwicklung der Angebote nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. 2018 fand ein externes Wiederholungsaudit im ZJS-HTK erfolgreich statt.

Das ZJS-HTK ist im Kreis mit seinen zielgruppenorientierten Angeboten stark vernetzt und steht in guter Kooperation mit anderen psychosozialen Einrichtungen, so auch mit Trägern der Behindertenhilfe.

15.2.4 EVIM Betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung (Wiesbaden und Main-Taunus-Kreis)

Das Ambulant Betreute Wohnen ist ein Teilbereich der EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe unter dem Dach des Evangelischen Vereins für Innere Mission in Nassau und wurde zur Zeit des Paradigmenwechsels implementiert.

Das Setting richtet sich vordergründig an Menschen mit einer geistigen-, körperlichen- oder seelischen Beeinträchtigung. Dieses Angebot ermöglicht vielen den Schritt aus einer besonderen Wohnform oder der Familie in die eigenen vier Wände. Die eigenständige Wahl der Bezugsperson, der Freiraum private Kontakte zu knüpfen und zu pflegen und die Möglichkeit zur Aushandlung der fachlichen Unterstützung ermöglichen ein neues Lebensgefühl.

Das Angebot richtet sich nach den individuellen Wünschen, Interessen und Fähigkeiten und bieten bspw. Folgende Unterstützungsmöglichkeiten:

- Haushaltstätigkeiten,
- Planung des Tagesablaufs,
- · Umgang mit Ämtern, Bank und Krankenkassen,
- Arztbesuche,
- Einhalten von medizinisch-therapeutischen Maßnahmen,
- Konflikte im Sozialraum,
- Suche nach Wohnung und Arbeit
- und wo immer es notwendig wird.

Als EVIM Behindertenhilfe begleiten wir Menschen mit Beeinträchtigungen. Wir unterstützen sie auf ihrem Weg, ein nach ihren Wünschen und Möglichkeiten selbstbestimmtes Leben zu führen. Dabei setzten wir uns für ihre volle und gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ein. Grundlage für unser Handeln bildet das Grundgesetz, die EU – Behindertenrechtskonvention und das christliche Leitbild.

15.2.5 WfbM Schlockerhof Hattersheim (EVIM)

Die WfbM Schlockerhof ist eine Einrichtung der EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH. Sie ermöglicht für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX und ermöglicht den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ihre Leistungsfähigkeit zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei die eigene Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Hierdurch soll der Verlust sozialer Kontakte verhindert und/oder eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft ermöglicht werden.

Die WfbM Schlockerhof bietet den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein arbeitsähnliches Beschäftigungsverhältnis, ein nach der Leistung angemessenes Arbeitsentgelt, berufliche Bildung und Qualifikation und arbeitsbegleitende Maßnahmen. Das Ziel der Beschäftigung ist es, Arbeitsrealitäten aufzuzeigen, Selbstvertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit zu stärken und die Kommunikationsfähigkeit zu fördern. Es soll den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine angemessene berufliche Bildung und Beschäftigung vermittelt, sowie Möglichkeiten der Arbeitserprobung durch Praktika angeboten werden. Auch ist eine Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt möglich.

Das differenzierte Arbeits- und Beschäftigungsangebot umfasst Industrielle Dienstleistungen (Montage, Verpackung und Logistik), Dienstleistungen im Bereich der Bürokommunikation (Versand / Mailing, Scan- und EDV-Dienstleistungen), sowie im Bereich Handwerk (Bäckerei, Gärtnerei, Großküche und Fahrradwerkstatt).

Durch die individuelle Qualifizierung und Förderung, soll es Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung ermöglicht werden, den Weg zu einem eigenständigen und selbstbestimmten Leben weiter zu bestreiten.



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

E-Mail: info@aktionberatung.de

