

# Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen



**Unterbezirk  
Ennepe-Ruhr**

Ergebnisse einer Vollerhebung  
in Einrichtungen der  
Behinderten- und Suchthilfe

Ergebnisse von Klienteninterviews

Impressum:

Autorin: Marja Kretschmann-Weelink

Herausgeber und © 2013  
AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr  
58285 Gevelsberg



Gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW



Wissenschaftliche Begleitung



## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Ausgangslage</b>	11
<b>2</b>	<b>Rahmenbedingungen des Modellprojektes</b>	12
<b>3</b>	<b>Begriffsbestimmung</b>	13
3.1	Sucht: Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit	14
3.2	Menschen mit geistiger Behinderung	16
3.2.1	Geistige Behinderung nach ICD	17
3.2.2	Geistige Behinderung nach DSM-IV	18
3.2.3	ICF	19
3.2.4	Normalisierung und Inklusion	20
3.2.5	Auswirkungen von Normalisierung und Inklusion für Menschen mit geistiger Behinderung	22
<b>4</b>	<b>Auswirkungen von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung</b>	25
4.1	Prävalenz	25
4.2	Medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung	27
<b>5</b>	<b>Ermittlung von Suchtmittelkonsum und dessen Auswirkungen bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen: die Vollerhebung</b>	29
5.1	Rahmenbedingungen	29
5.2	Der Fragebogen	31
5.2.1	Fragebogenentwicklung	32
5.2.2	Fragebogenkonstruktion	33
5.3	Durchführung der Vollerhebung	34
5.4	Datenauswertung	35
5.5	<b>Ergebnisse der Vollerhebung aus Einrichtungen der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen</b>	35
5.5.1	Einrichtungsbezogene Daten	35

5.5.1.1	Einrichtung	35
5.5.1.2	Ausbildung / Beruf	36
5.5.1.3	Tätigkeitsbereich	37
5.5.1.4	Geschlecht	37
5.5.1.5	Alter	37
5.5.2	Substanzkonsum: Prävalenz und Auswirkungen	37
5.5.3	Problematische Verhaltensweisen	42
5.5.4	Maßnahmen	45
5.5.5	Klient oder Bewohner mit problematischem Konsum	47
5.5.5.1	Alter und Geschlecht des Klienten mit problematischem Konsum	47
5.5.5.2	„Problematischste Substanz“	48
5.5.5.3	Konsumhäufigkeit	48
5.5.5.4	Konsumdauer	49
5.5.5.5	Konsumsituation	50
5.5.5.6	Konsumort	51
5.5.5.7	Behandlung und Therapie	52
5.5.5.8	Maßnahmen	52
5.5.6	Anmerkungen der Befragten	53
5.6	<b>Ergebnisse der Vollerhebung aus Einrichtungen der Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen</b>	55
5.6.1	Einrichtungsbezogene Daten	55
5.6.1.1	Einrichtung	55
5.6.1.2	Ausbildung / Beruf	56
5.6.1.3	Tätigkeitsbereich	56
5.6.1.4	Arbeitsschwerpunkt	56
5.6.1.5	Geschlecht	57
5.6.1.6	Alter	57

5.6.1.7	Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik, die beraten oder behandelt wurden	57
5.6.2	Substanzkonsum: Prävalenz	58
5.6.3	Konzeptbedarf	59
5.6.4	Barrieren	59
5.6.5	Klient mit problematischem Konsum	60
5.6.5.1	Alter und Geschlecht des Klienten mit problematischem Konsum	60
5.6.5.2	„Problematischste Substanz“	61
5.6.5.3	Konsumhäufigkeit	61
5.6.5.4	Konsumdauer	61
5.6.5.5	Konsumsituation	62
5.6.5.6	Konsumort	63
5.6.5.7	Herstellung Erstkontakt zur Suchtberatung	63
5.6.5.8	Maßnahmen	64
5.6.6	Anmerkungen der Befragten	65
5.7	Therapie und Prävention aus Sicht der Sucht- und Behindertenhilfe	66
5.8	Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Behindertenhilfe	70
5.9	Bedarf an Weiterbildung	70
5.9.1	Art der Weiterbildung	72
5.10	Resümee	73
<b>6</b>	<b>Ermittlung von Suchtmittelkonsum und dessen Auswirkungen bei Menschen mit geistiger Behinderung: Ergebnisse der Interviews</b>	<b>76</b>
6.1	Interviewinformation	77
6.1.1	Konzeption der DVD	78
6.1.2	Anrede der Zielgruppe	79
6.1.3	Einwilligungen der gesetzlichen Betreuer	80
6.1.4	Konzeption des Interview-Fragebogens	80
6.2	Erhebungsinstrument	82

<b>6.3</b>	Durchführung der Befragung	83
<b>6.4</b>	Ergebnisse der 100 Interviews von Probanden aus NRW	84
<b>6.4.1</b>	Befragungsergebnisse zur einrichtungsbezogenen Grundstruktur und zu Charakteristika der Untersuchungsgruppe	84
<b>6.4.1.1</b>	Alter und Geschlecht der Befragungsteilnehmer	84
<b>6.4.1.2</b>	Aktuelle Wohnform	84
<b>6.4.1.3</b>	Wohndauer	85
<b>6.4.1.4</b>	Veränderung der Wohnform in den letzten Jahren	86
<b>6.4.1.5</b>	Betreuungsintensität	87
<b>6.4.1.6</b>	Zufriedenheit mit der Wohnsituation	87
<b>6.4.2</b>	Befragungsergebnisse im Bereich Gesundheit	88
<b>6.4.3</b>	Befragungsergebnisse im Bereich Ernährung	90
<b>6.4.4</b>	Befragungsergebnisse im Bereich Alkohol und Rauchen	95
<b>6.4.5</b>	Befragungsergebnisse im Bereich „Medikamente“	103
<b>6.4.6</b>	Befragungsergebnisse im Bereich der illegalen Drogen	105
<b>6.4.7</b>	Befragungsergebnisse zu der Nutzung von Fernsehgerät und Computer sowie zu Glücksspiel	107
<b>6.5</b>	Resümee	109
<b>7</b>	<b>Ausblick</b>	112
<b>8</b>	<b>Datenbank</b>	114
<b>9</b>	<b>Masterthesis</b>	115
<b>Literatur</b>		

## **Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1:</b>	ICD-10 – Kategorien der Intelligenzminderung bzw. der geistigen Behinderung	18
<b>Tabelle 2:</b>	Schweregrade der Geistigen Behinderung im DSM-IV	19
<b>Tabelle 3:</b>	Empfänger/-innen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII von 2008 bis 2011 nach Hilfearten	23
<b>Tabelle 4:</b>	Anzahl der bewilligten Anträge auf Leistungen des stationären und ambulant betreuten Wohnens nach örtlichen Trägern und Behinderungsarten	24
<b>Tabelle 5:</b>	Suchtabhängigkeit und Gefährdung	26
<b>Tabelle 6:</b>	Geschätzte Häufigkeit des problematischen Konsums (Missbrauch oder Abhängigkeit) von Substanzen von Menschen mit geistiger Behinderung in der eigenen Einrichtung	41
<b>Tabelle 7:</b>	Umgang mit problematischem Substanzkonsum in der eigenen Einrichtung (Mittelwertvergleich)	45
<b>Tabelle 8:</b>	Anzahl behandelter / beratener Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik	58
<b>Tabelle 9:</b>	Bedarf an speziellen Weiterbildungsangeboten zum Thema Behandlung/Therapie eines problematischen Konsumverhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung	72
<b>Tabelle 10:</b>	Alter und Geschlecht der Befragungsteilnehmer	84
<b>Tabelle 11:</b>	Seit wann wohnen die Befragten in der jetzigen Wohnform?	86
<b>Tabelle 12:</b>	Vergleich der aktuellen und der vorherigen Wohnform	86
<b>Tabelle 13:</b>	Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (Differenzierung nach Geschlecht)	89
<b>Tabelle 14:</b>	Angabe der Häufigkeit des Konsums der aufgelisteten Lebensmittel und Getränke	91
<b>Tabelle 15:</b>	Alkoholkonsumgründe	97
<b>Tabelle 16:</b>	Mit wem wird Alkohol konsumiert?	99
<b>Tabelle 17:</b>	Waren Sie aufgrund des Alkohols schon einmal in ....?	102

<b>Tabelle 18:</b> Rauchen Sie? Differenzierung nach Alter	103
<b>Tabelle 19:</b> Wie viel rauchen Sie täglich?	103
<b>Tabelle 20:</b> Hat Ihnen ein Arzt schon einmal diese Medikamente verschrieben?	104
<b>Tabelle 21:</b> Abfragen von Drogenkenntnissen	106
<b>Tabelle 22:</b> Spiele / Tätigkeiten am Computer	108



## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1:</b> In bzw. für welche Einrichtung arbeiten Sie?	36
<b>Abbildung 2:</b> Ausbildung und/oder Beruf	36
<b>Abbildung 3:</b> Probleme durch Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit auf der Arbeitsstelle oder in der Einrichtung	38
<b>Abbildung 4:</b> Probleme durch Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit auf der Arbeitsstelle oder in der Einrichtung – Einrichtungvergleich	38
<b>Abbildung 5:</b> Einschätzung Probleme durch Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit auf der Arbeitsstelle und Tätigkeitsfelder	39
<b>Abbildung 6:</b> Geschätzte Häufigkeit des problematischen Konsums von Cannabis in der eigenen Einrichtung (Mittelwertvergleich)	42
<b>Abbildung 7:</b> Geschätzte Häufigkeit problematischer Verhaltensweisen in der eigenen Einrichtung	43
<b>Abbildung 8:</b> Geschätzte Häufigkeit einiger problematischer Verhaltensweisen in der eigenen Einrichtung (Mittelwertvergleich)	44
<b>Abbildung 9:</b> Geschätzte Häufigkeit von „zu viel Essen“ und „zu viel Kaffee“ in der eigenen Einrichtung (Mittelwertvergleich)	44
<b>Abbildung 10:</b> Alter des Klienten mit problematischem Konsum	47
<b>Abbildung 11:</b> „Problematischte Substanz“ bei einem Klienten mit problematischem Konsum	48
<b>Abbildung 12:</b> Konsumhäufigkeit	49
<b>Abbildung 13:</b> Dauer des problematischen Konsumverhaltens	49
<b>Abbildung 14:</b> In bzw. für welche Einrichtung arbeiten Sie?	55
<b>Abbildung 15:</b> Ausbildung und/oder Beruf	56
<b>Abbildung 16:</b> Alter der Befragten	57
<b>Abbildung 17:</b> „Problematischte Substanz“ bei einem Klienten mit problematischem Konsum	61

<b>Abbildung 18:</b> Dauer des problematischen Konsumverhaltens	62
<b>Abbildung 19:</b> Herstellung Erstkontakt zur Suchtberatung	63
<b>Abbildung 20:</b> Verortung der Prävention nach Meinung der Behindertenhilfe	66
<b>Abbildung 21:</b> Verortung der Prävention nach Meinung der Suchthilfe	67
<b>Abbildung 22:</b> Verortung der Prävention (Mittelwertvergleich)	67
<b>Abbildung 23:</b> Bedarf an speziellen Weiterbildungsangeboten zum Thema Prävention von Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Behindertenhilfe	71
<b>Abbildung 24:</b> Bedarf an speziellen Weiterbildungsangeboten zum Thema Prävention von Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Suchthilfe	71
<b>Abbildung 25:</b> Aktuelle Wohnform der befragten Personen	85
<b>Abbildung 26:</b> Frage nach genügender Unterstützung in der jetzigen Wohnform	87
<b>Abbildung 27:</b> Frage nach Rückzugswunsch in die vorherige Wohnform	88
<b>Abbildung 28:</b> Finden Sie, dass Sie Ihre Wünsche und Meinung ausreichend sagen dürfen?	88
<b>Abbildung 29:</b> Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen	90
<b>Abbildung 30:</b> Wann wird das Essen selber zubereitet?	93
<b>Abbildung 31:</b> Alkoholkonsumerfahrung	95
<b>Abbildung 32:</b> Alkoholkonsum – Häufigkeit	96
<b>Abbildung 33:</b> Konsumierte alkoholische Getränke	98
<b>Abbildung 34:</b> Alkoholkonsum – Konsumorte	100
<b>Abbildung 35:</b> Nutzung von Fernsehgerät und Computer sowie Glücksspiel	107

## 1 Ausgangslage

In den letzten Jahren haben Normalisierungsprinzip, Inklusion und die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention weiter an Bedeutung gewonnen<sup>1</sup>. Veränderungen, die sich in Folge dieses Paradigmenwechsels vollziehen und Auswirkungen davon sind vielschichtig. Sie betreffen einerseits die Verselbständigung von Menschen mit geistiger Behinderung, einhergehend mit einer weitestgehend selbstbestimmten Lebensgestaltung und einer Zunahme von eigenverantwortlichem Handeln. Andererseits wirken sich diese Veränderungen auf Einrichtungen der Behindertenhilfe aus. Der Ansatz der Ambulantisierung („ambulant vor stationär“) machte die Konzeption neuer Wohnformen als Erweiterung der stationären Wohnangebote notwendig. Es wurden Konzepte für dezentrale Wohnangebote entwickelt; diese werden zum Teil in bereits bestehende Wohngebiete umgesetzt und beinhalten nicht nur Wohnraum für Wohngruppen sondern auch für Paare oder Singles. Die Unterstützung<sup>2</sup> der Bewohner/Klienten<sup>3</sup> kann sowohl im Rahmen des „Dezentral Stationär Betreuten Wohnens“ als auch im Rahmen des „Ambulant Betreuten Wohnens“ in Anspruch genommen werden. Für viele Menschen mit geistiger Behinderung zeichnet sich die Verselbständigung dadurch aus, dass sie in weniger umfassend betreute Wohnformen ziehen. In Folge dessen reduziert sich häufig die Unterstützung durch die Mitarbeiter und es wird eine zunehmend eigenverantwortliche Lebensführung erforderlich. Möglichkeiten, psychotrope Substanzen zu erwerben und zu konsumieren, werden größer. Bislang wurden jedoch Prävalenz von Suchtmittelmissbrauch und –abhängigkeit bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland kaum ermittelt (vgl. Klauß, 2003b; LWL, 2012; Schubert, Theunissen, 2005).

Suchtmittelproblematik bei Menschen mit einer geistigen Behinderung war lange Zeit kaum Thema in Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe. Allerdings deuteten in den letzten Jahren Hinweise aus Einrichtungen der Behindertenhilfe auf eine Zunahme der Suchtmittelproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung<sup>4</sup> hin. In- und ausländische Veröffentlichungen zu dieser Thematik unterstützen diese Annahme (vgl. u.a. Beer, 2008; Christian, Poling, 1997; Degenhardt, 2000; McGillicuddy, Blane, 1999; Kretschmann-Weelink, 2003, Schubert, Theunissen, 2005; Schinner, 2000, 2008). Im Modellprojekt „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“<sup>5</sup> erfolgten Hinweise darauf, dass für Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik unzureichende Therapie- und

---

<sup>1</sup> Siehe Kap. 4

<sup>2</sup> Die Begrifflichkeit „Betreuung“ wird mittlerweile in vielen Einrichtungen der Behindertenhilfe ersetzt durch „Unterstützung“ oder „Assistenz“.

<sup>3</sup> Zur Vereinfachung wird im Text die männliche Form genutzt. Dabei sind sowohl weibliche als auch männliche Personen gemeint.

<sup>4</sup> Klassifikation nach ICD-10

<sup>5</sup> Modellprojekt „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“; Projektträger Westfalenfleiß GmbH in Münster; wissenschaftliche Begleitung KathO NRW; Förderung durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW. Ergebnisse u.a. Präventionsprogramm DIDAK<sup>®</sup>; Konzeption, Erprobung und Evaluation der Freizeitgruppe „Treff“.

Präventionsangebote zur Verfügung stehen würden (vgl. Kretschmann-Weelink, 2007).

## **2 Rahmenbedingungen des Modellprojektes**

Prävalenz von Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit innerhalb dieser Personengruppe macht bedarfsgerechte Wohn- und Arbeitsangebote nebst adäquaten Therapie- und Präventionsmaßnahmen erforderlich. Ebenso sind qualifiziertes Personal in Einrichtungen der Sucht- und Behindertenhilfe, praxisorientierte Ausbildung von Mitarbeitern in Sucht- und Behindertenhilfe und von Studenten für die (zukünftige) Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik, notwendig. Die Frage, ob bei einer (Zunahme von) Suchtproblematik die bereits bestehenden Hilfeangebote innerhalb der Sucht- und Behindertenhilfe die vorhandenen Bedarfe ausreichend decken, lässt sich ohne Bedarfsermittlung nicht beantworten. Für die Konzeption und Errichtung solcher spezifischen Angebote werden ebenfalls fundierte Zahlen benötigt. Hinweise allein reichen dazu nicht aus.

Damit valide Aussagen über Suchtmittelkonsum durch erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen, daraus resultierende Folgeprobleme sowie Bedarf an Therapie, Prävention und Mitarbeiterqualifizierung getroffen werden können, wurde das Modellprojekt „Vollerhebung Sucht und geistige Behinderung in NRW“ konzipiert. In diesem Projekt sollte mittels einer Vollerhebung, die sich an alle Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe in NRW richtete, valide Daten über Suchtmittelkonsum bei sowie problematische Verhaltensweisen von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in NRW, Auswirkungen davon sowie Bedarf an therapeutischen und präventiven Maßnahmen innerhalb der Sucht- und Behindertenhilfe ermittelt werden. Das Modellprojekt dauerte von 2009 bis 2013 und wurde realisiert bei der Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Ennepe-Ruhr in Gevelsberg. Der AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr hält ein differenziertes Wohn- und Arbeitsangebot für Menschen mit Behinderungen bereit. Darüber hinaus können Menschen mit und ohne Behinderung in mehreren Sucht- und Drogenberatungsstellen therapeutische Hilfen bei einer Suchtmittelproblematik in Anspruch nehmen. Die interne Vernetzung der Wohn-, Arbeits- und Beratungsangebote bildete eine gute Voraussetzung für die Konzeption und Durchführung einer praxisnahen und dadurch bedarfsorientierten Datenerhebung. Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes erfolgte durch die Katholische Hochschule NRW und die Förderung durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW.

Das Modellprojekt setzte sich aus mehreren Teilen zusammen.

1. Wichtigster Teil des Modellprojektes war die online durchgeführte, quantitative Befragung von Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe in NRW, die als Vollerhebung konzipiert wurde.

2. Weitere Daten über Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung konnten in strukturierten Interviews gewonnen werden. Hierbei waren zwei Studentinnen des Studienganges „Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit“ an der Katholischen Hochschule NRW Abteilung Paderborn involviert.

- Im Rahmen der Master-Thesis „„Wir wollen so leben wie Ihr!“ Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung - Eine Betrachtung der Konsumentenhinweise und der Perspektive der Behindertenhilfe -“ (Bentrup-Falke, 2012) wurden 41 Interviews mit Erwachsenen mit geistiger Behinderung geführt. Insgesamt nahmen während des Modellprojektes 102 Probanden an den Interviews, die von der Autorin fortgeführt wurden, teil; davon kamen 100 Probanden aus NRW.

- Im Rahmen der Master-Thesis „Sucht und geistige Behinderung“ – der Weg zum Dialog zwischen Sucht und Behindertenhilfe Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung zum Thema Vernetzung“ (Hornung, 2012) wurden 10 qualitative Interviews mit Experten aus Einrichtungen der Suchthilfe geführt.

3. Es wurde eine Internetdatenbank für Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe konzipiert. In dieser Datenbank können Hilfeangebote für Menschen mit geistiger Behinderung (und Suchtproblematik) eingepflegt werden.

### **3 Begriffsbestimmung**

Begrifflichkeiten, Wörter oder Aussagen können, je nach Situation oder Person, gesprochen oder gehört, gelesen oder gedruckt, unterschiedlich interpretiert und konnotiert werden. Dadurch können Missverständnisse, Unklarheiten, differente Vorgehensweisen oder unterschiedliche Interpretationen begünstigt werden.

Der Titel des Modellprojektes „Vollerhebung Sucht und geistige Behinderung“ enthält zwei Begrifflichkeiten, die sehr komplex sind: „Sucht“ und „Geistige Behinderung“. Im Folgenden werden diese Begrifflichkeiten (wie auch im Fragebogen der Vollerhebung geschehen) genauer definiert, um dadurch zum besseren und einheitlichen Verständnis beizutragen. Hierfür stehen Klassifikationssysteme zur Verfügung.

Meyer beschreibt die Bedeutung der Klassifikationssysteme wie folgt:

„Ziel klinisch-diagnostischer Klassifikationssysteme [...] ist es, international übereinstimmende Kriterien und Bezeichnungen für psychische Störungen zu erstellen, um dadurch zu einem länderübergreifenden, einheitlichen Verständnis für psychische Störungen beizutragen und ferner die fachliche Kommunikation zwischen verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen zu erleichtern. Dabei basieren die [...] deutschsprachigen Klassifikationssysteme, und zwar die

- Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling et al., 1991) [...] sowie das

- Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-IV; Saß et al., 1996)

auf entsprechend übersetzten und bearbeiteten Versionen der Weltgesundheitsorganisation/WHO (ICD-10) sowie der American Psychiatric Association (DSM-IV)“ (Meyer, 2003, 14 ff.).

### 3.1 Sucht: Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit

Sucht und süchtiges Verhalten sind in unserer Gesellschaft kein Randproblem mehr. Viele Menschen zeigen süchtiges Verhalten; hierbei kann es sich sowohl um riskante, missbräuchliche und abhängige Verhaltensweisen in Bezug auf legale und illegale Suchtmittel als auch um nicht-stoffgebundene, riskante Verhaltensweisen (wie Glücksspiel und pathologischer Internetgebrauch) handeln (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012, 6). Das Wort „Sucht“ wurde vom althochdeutschen „suht“ und dem späteren „siechen“ abgeleitet (vgl. DHS, 2003, 9). 1964 empfahl die WHO den Begriff „Sucht“ wegen ihrer Mehrdeutigkeit aufzugeben „bzw. ihn durch Zusammenstellung mit der Nennung einer psychotropen Substanz als stoffgebundene Abhängigkeit zu spezifizieren“ (DHS, 2003, 9). 1968 wurde durch ein Urteil des Bundessozialgerichts „Sucht“ als Krankheit anerkannt; es entwickelten sich die ambulante und die stationäre Suchtkrankenhilfe (vgl. Assfalg, 2002, 136).

Im ICD-10 werden „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ in Kapitel V unter den Codes F10-F19 kodiert. Hierbei wird zwischen einem „schädlichen Gebrauch“, d.h. ein Konsummuster, das zu einer Gesundheitsschädigung führt (z.B. zu einer körperlichen oder psychischen Störung) und dem eigentlichen „Abhängigkeitssyndrom“ unterschieden (vgl. Dilling et al., 2011, 113 ff.). „Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom [...] bei Beendigung oder Reduktion des Konsums [...].
4. Nachweis einer Toleranz [...].
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen [...]“ (Dilling et al., 2011, 115).

Im DSM-IV wird zwischen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit differenziert.

Nach DSM-IV sind Kriterien für Substanzmissbrauch:

„ A. Ein unangepaßtes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:

(1) Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt [...].

(2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann [...].

(3) Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch [...].

(4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden [...].

B. Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt“ (Saß et al., 2003, 239).

Kriterien für Substanzabhängigkeit nach DSM-IV:

„Ein unangepaßtes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

(1) Toleranzentwicklung, [...].

(2) Entzugssymptome, [...].

(3) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.

(4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.

(5) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen [...], sie zu sich zu nehmen [...] oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.

(6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.

(7) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde“ (ebd. 237).

Zur Prävalenz von Suchtmitteln in Deutschland wurden im Jahrbuch Sucht 2012 folgende Zahlen angegeben:

- Nikotinabhängigkeit 6,3%<sup>6</sup>
- Alkoholmissbrauch 3,8%<sup>7</sup>
- Alkoholabhängigkeit 2,4%<sup>8</sup>
- Medikamentenabhängigkeit: ca. 1,4 – 1,5 Mio. Personen<sup>9</sup>
- Illegale Drogen geschätzt: 4,0 problematische Drogenkonsumenten pro 1000 Einwohner<sup>10</sup>
- Cannabis – Missbrauch 0,7%<sup>11</sup>
- Cannabis – Abhängigkeit 0,4%<sup>12</sup>

Angaben zu:

- path. Glücksspieler: mehr als 200.000 Personen, zzgl. probl. Spielverhalten: ca. 300.000 Personen<sup>13</sup>
- Onlineabhängigkeit: ca. 560.000 Internetnutzern<sup>14</sup>

### 3.2 Menschen mit geistiger Behinderung

Die Begrifflichkeit „geistige Behinderung“ wird nach wie vor kritisch hinterfragt; sie wird von vielen Menschen mit und ohne Behinderung negativ konnotiert und als stigmatisierend empfunden (vgl. Kretschmann-Weelink, 2007). Obwohl in vielen Diskussionen und Fachbeiträgen darauf hingewiesen wird, dass Bedarf besteht an einer nicht-wertenden und nicht-stigmatisierenden Begrifflichkeit, hat sich bislang bundesweit noch keine einheitliche „nicht wertende, neue“ Bezeichnung durchgesetzt. Allerdings besteht sehr wohl Bedarf an einer Begrifflichkeit. Denn es ist „für wissenschaftliche wie für staatliche bzw. öffentliche Bereiche und Einrichtungen, die sich mit geistig behinderten Menschen befassen, unverzichtbar, zur Kennzeichnung des Personenkreises möglichst eindeutige und vor allem auch übereinstimmende Begriffe, Definitionen und Beschreibungen zu verwenden“ (Meyer, 2003, 6). Diese sind notwendig beispielsweise zur Begründung von Leistungsansprüchen im Rahmen des Sozialrechts (insbesondere der Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII) oder von Leistungsansprüchen für medizinische Behandlung und Rehabilitation (vgl. Buschlinger, 2000, 19; siehe auch Niehoff, 2005).

---

<sup>6</sup> Vgl. DHS (2012) Jahrbuch Sucht, 24

<sup>7</sup> Vgl. DHS (2012) Jahrbuch Sucht, 16

<sup>8</sup> Vgl. DHS (2012) Jahrbuch Sucht, 16

<sup>9</sup> Vgl. DHS (2012) Jahrbuch Sucht, 29

<sup>10</sup> Vgl. DHS (2012) Jahrbuch Sucht, 30

<sup>11</sup> Vgl. DHS (2012) Jahrbuch Sucht, 31

<sup>12</sup> Vgl. DHS (2012) Jahrbuch Sucht, 31

<sup>13</sup> Vgl. DHS (2012) Jahrbuch Sucht, 36

<sup>14</sup> Vgl. Nationale Strategie zur Drogen und Suchtpolitik 2012, 6



### 3.2.1 Geistige Behinderung nach ICD

„Bezeichnend für klinisch-psychologische Klassifikationssysteme zur Diagnose der geistigen Behinderung ist die Annahme, dass diese gekennzeichnet ist durch Beeinträchtigungen in den Bereichen Intelligenz und soziale Anpassung bzw. soziale Kompetenz („Doppelkriterium“) und im Kindes- bzw. Jugendalter erstmalig festgestellt wird“ (Meyer, 2003, 15).

Im ICD-10 erfolgt die Diagnostik der Intelligenzminderung mit dem Kode F7 und wird wie folgt definiert: „Eine Intelligenzminderung ist eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit einer anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. [...] Das Anpassungsverhalten ist stets beeinträchtigt, eine solche Anpassungsstörung muss aber bei Personen mit leichter Intelligenzminderung in geschützter Umgebung mit Unterstützungsmöglichkeiten nicht auffallen“ (Dilling et al., 2011, 308; siehe auch Tab. 1).

<b>Bezeichnung</b>	<b>IQ-Bereich</b>	<b>Merkmale (u.a.)</b>
<b>F70</b> leichte Intelligenzminderung bzw. leichte geistige Behinderung	50 – 69	<ul style="list-style-type: none"><li>- verzögerte Sprachentwicklung</li><li>- die Sprache ist meist für eine normale Konversation, für tägliche Anforderungen und für ein klinisches Interview ausreichend</li><li>- meistens volle Unabhängigkeit in der Selbstversorgung sowie in praktischen und häuslichen Tätigkeiten</li><li>- Probleme bei der Schulausbildung, besonders beim Lesen und Schreiben</li><li>- Mehrzahl ist für eine „praktische“ Arbeit anlernbar</li></ul>
<b>F71</b> mittelgradige Intelligenzminderung bzw. mittelgradige geistige Behinderung	35 – 49	<ul style="list-style-type: none"><li>- Verlangsamte Entwicklung von Sprachgebrauch und Sprachverständnis</li><li>- Beeinträchtigungen im Bereich der Selbstversorgung und der motorischen Fertigkeiten</li><li>- einige benötigen eine lebenslange Beaufsichtigung</li><li>- schulische Leistungen sind begrenzt</li><li>- einfache, praktische Tätigkeiten sind möglich bei gut strukturierten Aufgaben und ausreichender Beaufsichtigung</li><li>- Anzeichen für eine soziale Entwicklung (Fähigkeiten Kontakt aufzunehmen, einfache soziale Aktivitäten zu erbringen, mit anderen zu kommunizieren)</li></ul>

<b>F72</b> schwere Intelligenzminderung bzw. schwere geistige Behinderung	20 – 34	- „Diese Störung ähnelt hinsichtlich des klinischen Bildes, der organischen Ätiologie und der begleitenden Umstände dem unteren Leistungsbereich der mittelgradigen Intelligenzminderung“ (Dilling et al., 2011, 313). - meistens deutlich ausgeprägte motorische Schwäche oder andere Ausfälle
<b>F73</b> schwerste Intelligenzminderung bzw. schwerste geistige Behinderung	unter 20	- „so gut wie unfähig [...], Aufforderungen und Anweisungen zu verstehen oder sich danach zu richten“ (Dilling et al., 2011, 313) - immobil oder sehr eingeschränkte Bewegungsfreiheit - meistens nur zu rudimentären Formen nonverbaler Kommunikation fähig - kaum oder nicht fähig für die eigenen Grundbedürfnisse zu sorgen - benötigen ständige Hilfe und Überwachung
<b>F74</b> dissoziierte Intelligenzminderung*  *in der ICD-10-GM: dissoziierte Intelligenz		„Unterschiedlich ausgeprägte Intelligenzminderung in verschiedenen Bereichen von Intelligenzleistungen. Es besteht eine deutliche Diskrepanz (mindestens 15 IQ-Punkte) z.B. zwischen Verbal-IQ und Handlungs-IQ“ (Dilling et al., 2011, 314).
<b>F78</b> andere Intelligenzminderung		„Diese Kategorie soll nur verwendet werden, wenn die Beurteilung der Intelligenzminderung mit Hilfe der üblichen Verfahren wegen begleitender sensorischer oder körperlicher Beeinträchtigungen besonders schwierig oder unmöglich ist, wie bei Blinden, Taubstummen, schwer verhaltensgestörten oder körperbehinderten Personen“ (Dilling et al., 2011, 315).
<b>F79</b> nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung bzw. nicht näher bezeichnete geistige Behinderung		„Die Informationen sind bei offensichtlicher Intelligenzminderung nicht ausreichend, den Patienten einer der oben genannten Kategorien zuzuordnen“(Dilling et al., 2011, 315).

Tab. 1: ICD-10 - Kategorien der Intelligenzminderung bzw. der geistigen Behinderung (vgl. Dilling et al., 2011, 307-315)

### 3.2.2 Geistige Behinderung nach DSM-IV

Das DSM-IV definiert geistige Behinderungen, analog zur Klassifikation der American Association on Mental Retardation (AAMR) von 1992, als „gravierende Beeinträchtigungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit sowie gleichzeitig zu

beobachtende Defizite im Bereich der sozialen Anpassungsfähigkeit, d.h. der Fähigkeit, soziale Normen altersgemäß zu erfüllen“ (Meyer, 2003, 17).

Diagnostische Merkmale einer geistigen Behinderung nach DSM-IV:

„Das Hauptmerkmal der Geistigen Behinderung ist eine deutlich unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit (Kriterium A). Diese ist begleitet von starken Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kommunikation, eigenständige Versorgung, häusliches Leben, sozial/zwischenmenschliche Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmtheit, funktionale Schulleistungen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit (Kriterium B). Der Beginn der Störung muss vor dem Alter von 18 Jahren liegen (Kriterium C). [...] Die allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit ist als Intelligenzquotient (IQ oder IQ-Äquivalent) definiert [...]“ (Saß et al., 2003, 73; siehe auch: Tab. 2).

Bezeichnung	IQ-Bereich
<b>317 (F70.9)</b> Leichte Geistige Behinderung	50-55 bis ca. 70
<b>318.0 (F71.9)</b> Mittelschwere Geistige Behinderung	35-40 bis 50-55
<b>318.1 (F72.9)</b> Schwere Geistige Behinderung	20-25 bis 35-40
<b>318.2 (F73.9)</b> Schwerste Geistige Behinderung	unter 20 oder 25
<b>319 (F79.9)</b> „Geistige Behinderung mit unspezifischen Schweregrad kann benutzt werden, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Geistige Behinderung angenommen werden kann, die Intelligenz einer Person jedoch nicht mit Standardtests messbar ist“ (Saß et al., 2003, 75)	

Tab. 2: Schweregrade der Geistigen Behinderung im DSM-IV (vgl. Saß et al., 2003, 75)

### 3.2.3 ICF

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist ebenfalls eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und soll „fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen“ (DIMDI,

2013) dienen. Das der ICF zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell klassifiziert nicht primär defizitorientiert, vielmehr klassifiziert sie „Komponenten von Gesundheit“ (ebd.), und zwar Körperfunktionen, Körperstrukturen und Aktivitäten sowie Partizipation (Teilhabe) und Umweltfaktoren (vgl. ebd. 2013). „Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD), der Person und ihren Kontextfaktoren. Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der ICF - Terminologie Behinderung genannt“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008, 11).

Mit Hilfe der ICF kann der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person beschrieben werden. Sie ermöglicht insbesondere:

- „- das positive und negative Funktions- / Strukturbild
- das positive und negative Aktivitätsbild
- das positive und negative Teilhabebild

einer Person vor dem Hintergrund möglicher Barrieren, welche die Leistung oder Teilhabe erschweren oder unmöglich machen, oder Förderfaktoren, welche die Leistung oder Teilhabe trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen wiederherstellen oder unterstützen, standardisiert zu dokumentieren“ (ebd., 12).

Damit ist die ICF anwendbar in der klinischen Bewertung (Assessment), in Statistik und Forschung als auch in Sozialpolitik und Ausbildung (vgl. Seidel, 2009).

#### 3.2.4 Normalisierung und Inklusion

Veränderungen, die sich zurzeit innerhalb der Gesellschaft vollziehen, wirken sich auch in der Behindertenhilfe aus. Die Begriffe „Normalisierung und Inklusion“ machen diesen Paradigmenwechsel deutlich: sie stehen für das selbstverständliche Recht aller Menschen mit Behinderungen auf ein selbstbestimmtes, unabhängiges Leben inklusive einer umfassenden, barrierefreien Teilhabe an der Gesellschaft. Die Voraussetzungen dazu müssen von der Gesellschaft geschaffen werden. Weltweite Bemühungen vieler Menschen mit und ohne Behinderung sowie von Einrichtungen und Selbsthilfegruppen führten dazu, dass die Forderung nach umfassender, barrierefreier Teilhabe an der Gesellschaft für alle Menschen mit Behinderungen in der UN-Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen festgelegt und 2006 angenommen wurde. Für Deutschland sind die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und das Zusatzprotokoll seit dem 26. März 2009 verbindlich (siehe hierzu Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Abruf 2013).

In der UN-BRK wird dokumentiert, wie eine barrierefreie sowie umfassende Teilhabe erreicht werden muss. „Die Konvention schafft keine neuen Menschenrechte. Sie

passt vielmehr die Menschenrechte an die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen an und öffnet damit die Tür zu deren gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft. Das geschieht insofern, als dass sie alle bereits anerkannten Menschenrechte beschreibt, Diskriminierung verbietet und vorschreibt, was zu tun ist, damit Menschen mit Behinderungen diese Rechte gleichwertig ausüben können. Die Konvention definiert angemessene Vorkehrungen: wo und wann immer notwendig, sollen geeignete Anpassungen und Änderungen vorgenommen werden, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu allen Menschenrechten zu garantieren“ (Weißberg, Abruf 2012). Die Konvention macht deutlich, dass Menschenrechte nicht diskutierbar sind, sondern weltweit -ohne Ausnahme- für alle Menschen gelten und umgesetzt werden müssen. Die einzelnen Artikel zeigen auf, was erreicht werden muss.

Die Rechte für Menschen mit Behinderung sind in der Deutschen Gesetzgebung verankert, u.a. im:

- Grundgesetz:

**Artikel 3:** „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ (Bundesministerium der Justiz, Abruf 25.02.2013).

- Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen:

**„§ 1 Gesetzesziel**

Ziel dieses Gesetzes ist es, die Benachteiligung von behinderten Menschen zu beseitigen und zu verhindern sowie die gleichberechtigte Teilhabe von behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Dabei wird besonderen Bedürfnissen Rechnung getragen“ (Bundesministerium der Justiz, Abruf 2013).

- Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes vom 19.6.2001, BGBl. I S. 1046):

**„§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft**

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen“ (Bundesministerium der Justiz, Abruf 2013).

- Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), in Kraft seit dem 01.01.2005:

**„§ 1 Aufgabe der Sozialhilfe**

Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Leistung soll sie so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; darauf haben auch die

Leistungsberechtigten nach ihren Kräften hinzuarbeiten. Zur Erreichung dieser Ziele haben die Leistungsberechtigten und die Träger der Sozialhilfe im Rahmen ihrer Rechte und Pflichten zusammenzuwirken“ (Bundesministerium der Justiz, Abruf 2013).

2011 wurde in Deutschland der „Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention“ auf den Weg gebracht (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011). Der Aktionsplan soll dazu beitragen dass eine systematische Umsetzung der UN-BRK in den nächsten zehn Jahren erfolgt; eine erste Überprüfung sowie Weiterentwicklung soll nach 2 Jahren stattfinden (das wäre in 2013). Ziel der praktischen Umsetzung der UN-BRK „ist, dass Menschen mit und ohne Behinderung von Anfang an gemeinsam in allen Lebensbereichen selbstbestimmt leben und zusammenleben“ (ebd. 10). Hierbei geht es um „gleichberechtigte Teilhabe am politischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben, um Chancengleichheit in der Bildung, um berufliche Integration und um die Aufgabe, allen Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit für einen selbstbestimmten Platz in einer barrierefreien Gesellschaft zu geben“ (ebd. 10).

In Nordrhein-Westfalen wurde 2012 der Aktionsplan „Eine Gesellschaft für alle - NRW inklusiv“ im Landeskabinett der Landesregierung NRW verabschiedet (vgl. Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales, 2012). „Mit dem Aktionsplan wird das Land die menschenrechtlichen Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention in konkrete Landespolitik umsetzen. Menschen mit Behinderungen sollen nicht länger ausgegrenzt werden, sondern gleichberechtigt teilhaben in der Gesellschaft“ (Guntram Schneider, in: Landeskabinett verabschiedet Aktionsplan „NRW inklusiv“ vom 03.07.2012, Abruf 18.07.2012).

### 3.2.5 Auswirkungen von Normalisierung und Inklusion für Menschen mit geistiger Behinderung

In Folge von Normalisierung und Inklusion hat ein konzeptioneller und struktureller Wandel in der Behindertenhilfe in Richtung gemeindenaher, sozialraumorientierter, dezentral-stationärer und ambulanter Hilfeformen eingesetzt. Die Auswirkungen sind vielfältig. Für Menschen mit (geistiger) Behinderung wirkt sich dies in eine individuelle Hilfeplanung, individuelle Hilfeleistung, Verselbstständigung und eine darauf zugeschnittene Assistenz aus. Viele von ihnen ziehen in weniger umfassend betreute Wohnformen. Wie sich dies bundesweit in den letzten Jahren entwickelt hat ist in Tab. 3 dargestellt.

<u>Empfänger/-innen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII von 2008 bis 2011 nach Hilfearten:</u>	<b>2008</b> Insgesamt	<b>2009</b> Insgesamt	<b>2010</b> Insgesamt	<b>2011</b> Insgesamt	<b>Differenz 2008 bis 2011</b>
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel) - Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten*	<b>295.686</b>	<b>315.408</b>	<b>341.217</b>	<b>352.206</b>	<b>+ 56.520</b>
- in einer eigenen Wohnung (ambulant betreut)	<b>97.928</b>	<b>109.001</b> (+ 11.073)	<b>127.808</b> (+ 18.807)	<b>140.708</b> (+ 12.900)	<b>+ 42.780</b>
- in einer Wohngemeinschaft (ambulant betreut)	<b>13.578</b>	<b>16.328</b> (+ 2.750)	<b>17.273</b> (+ 945)	<b>17.626</b> (+ 353)	<b>+ 4.048</b>
- in einer Wohneinrichtung	<b>189.354</b>	<b>195.477</b> (+ 6.123)	<b>202.359</b> (+ 6.882)	<b>201.171</b> (- 1.188)	<b>+ 11.817</b>

Tab. 3: Empfänger/-innen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII von 2008 bis 2011 nach Hilfearten. Quelle: Ergebnisse der Sozialhilfestatistik Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik (siehe Dorn et al., 2010, 67; Duschek et al., 2011, 147; Duschek et al., 2012, 251; Duschek, Lemmer, 2013, 206). \* Mehrfachzählungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie aufgrund der Meldungen erkennbar waren.

Die Zahlen weisen aus, dass bundesweit eine deutliche Zunahme im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens, im Vergleich zu den stationären Wohneinrichtungen, zu verzeichnen ist.

Damit in Nordrhein-Westfalen eine Evaluation der Entwicklung der Eingliederungshilfe und der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten vorgenommen werden kann, werden die dafür notwendigen Daten zweimal jährlich erhoben. In Tab. 4 sind die Zahlen der bewilligten Anträge auf Leistungen des Stationären und Ambulant Betreuten Wohnens für die Stichtage 31.12.2010, 31.12.2011 und 30.06.2012 für die Personengruppe „Menschen mit geistiger Behinderung“ dargestellt (vgl. LWL - Landschaftsverband Westfalen-Lippe / LVR - Landschaftsverband Rheinland (a, b, c)).

	Stichtag 31.12.2010	Stichtag 31.12.2011	Stichtag 30.06.2012
3.2 Anzahl der bewilligten Anträge auf Leistungen des <u>stationären Wohnens</u> nach örtlichen Trägern und Behinderungsarten			
<b>Menschen mit geistiger Behinderung</b>			
<b>Summe LVR</b>	<b>14.085</b>	<b>14.347</b>	<b>14.400</b>
<b>Summe LWL</b>	<b>13.115</b>	<b>13.197</b>	<b>13.192</b>
<b>Summe NRW</b>	<b>27.200</b>	<b>27.544</b> (+ 344)	<b>27.592</b> (+ 48)
2.2 Anzahl der bewilligten Anträge auf Leistungen des <u>ambulant betr. Wohnens</u> nach örtlichen Trägern und Behinderungsarten			
<b>Menschen mit geistiger Behinderung</b>			
<b>Summe LVR</b>	<b>4.426</b>	<b>5.424</b>	<b>5.646</b>
<b>Summe LWL</b>	<b>4.731</b>	<b>5.175</b>	<b>5.521</b>
<b>Summe NRW</b>	<b>9.157</b>	<b>10.599</b> (+ 1.442)	<b>11.167</b> (+ 568)

Tab. 4: Anzahl der bewilligten Anträge auf Leistungen des stationären und ambulant betreuten Wohnens nach örtlichen Trägern und Behinderungsarten. Quelle: Basisdaten zur weiteren Evaluation der Entwicklung der Eingliederungshilfe sowie der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten. LWL – LVR; Stichtage 31.12.2010 / 31.12.2011 / 30.06.2012

Die ermittelten Zahlen für NRW weisen eine Zunahme sowohl im stationären Wohnen als auch im ambulant betreuten Wohnen aus. Allerdings ist, wie bei den bundesweit ermittelten Daten auch, die Zunahme im ambulant betreuten Wohnen deutlich höher als im stationären Wohnbereich.

Betrachtet man die Auswirkungen der Ambulantisierung für die Personengruppe „Menschen mit geistiger Behinderung“ dann ist festzustellen, dass für sie einerseits eine Zunahme an Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und eigenverantwortlichem Handeln erfolgt, andererseits die Anforderungen, die sich durch die Verselbstständigung ergeben, deutlich zunehmen und (dauerhaft) - wie bei der „Normalbevölkerung“ auch – eine Vielzahl an Kompetenzen und Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags erforderlich sind. In diesem Zusammenhang sind u.a. zu nennen (vgl. Kretschmann-Weelink, 2007, 51 ff.):

- Entwicklung einer neuen Tagesstruktur;
- sich zurechtfinden in einem neuen Umfeld;
- Entwicklung von Lösungs- und Handlungsstrategien zur Bewältigung des Alltags;
- Eigengestaltung der (arbeits)freien Zeit;
- ein z.T. eigenständiger Umgang mit Geld;
- eigenständige Medikamenteneinnahme;
- planen und einhalten von Vorsorge-, Arzt- und Zahnarzttermine;



- selbst verantwortlich für die Ernährung
- ein z.T. eigenständiger Umgang mit Suchtmitteln.

## **4 Auswirkungen von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung**

Über Prävalenz von Suchtmittelkonsum in der Personengruppe „Menschen mit geistiger Behinderung“ ist bislang nicht so viel bekannt. Es gibt nur wenige Studien, die sich mit dieser Thematik befassen. Sichtet man Literatur diesbezüglich, wird deutlich, dass es schwierig ist, Erkenntnisse und Ergebnisse zu vergleichen. Es gibt bislang keine standardisierte Methode der Stichprobenauswahl und der Probandengewinnung sowie keine einheitlichen Kriterien für die Auswahl der Probanden. Außerdem kann bislang nicht auf standardisierte Studiendesigns, die einen Vergleich der Studienergebnisse ermöglichen, zurückgegriffen werden. Bei der Suche nach Literatur zum Thema „Suchtmittelkonsum durch Menschen mit geistiger Behinderung“ zeigt sich, dass es Deutschland nur wenige Veröffentlichungen zu dieser Thematik gibt (vgl. u.a. Beer, 2008; Bentrup-Falke, 2006; Eckstein, 2008; Klauß, 2003a, 2003b; Kretschman-Weelink, 2007; LWL, 2012; BeB, 2008; Schinner, 2008; Schubert, Theunissen, 2005).

Weitaus mehr Veröffentlichungen zu dieser Problematik stammen aus dem Ausland. Neben Veröffentlichungen die sich schwerpunktmäßig mit dem Thema Alkoholproblematik befassen (vgl. u.a. Buckmann et al., 2007; Degenhardt, 2000; Krishef, 1986; Longo, 1997) finden sich viele Beiträge die Suchtproblematik durch Konsum von legalen und illegalen Drogen (vgl. u.a. Burghard et al., 2000; McGillicuddy, Blane, 1999; McGillicuddy, 2006; Mc Laughlin et al., 2007; Paxon, 1995; Taggart et al., 2006; Taggart et al., 2008; VanDerNagel et al., 2011; Ruedrich et al., 2003) thematisieren. Die Veröffentlichungen thematisieren sowohl Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung als auch, wenn auch ohne einheitliches Forschungsdesign, Prävalenz von Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit innerhalb dieser Personengruppe.

### **4.1 Prävalenz**

In Deutschland wurde bislang keine bundesweite Erhebung zur Prävalenz von Suchtmittel bei Menschen mit geistiger Behinderung durchgeführt. Erste Anhaltspunkte ergeben sich aus einem exemplarischen Umfrage in Rheinland-Pfalz (vgl. Klauß, 2003a, 32 ff.) sowie aus einem Forschungsprojekt in Sachsen-Anhalt (vgl. Schubert, Theunissen, 2005, 312 ff.).

Von 40 Institutionen, die in Rheinland-Pfalz 2003 per Fragebogen nach Suchtabhängigkeit und Suchtgefährdung von Menschen mit geistiger Behinderung befragt wurden, beteiligten sich 18 (45%) (vgl. Klauß, 2003a, 32); die Antworten stammen von den Mitarbeitern aus den Institutionen; „illegale Drogen spielen nach Einschätzung der Antwortenden offenbar keine Rolle“ (ebd. 32). In zwei Fällen wurden Abhängigkeiten beim Glücksspiel und Internetkonsum in Außenwohngruppen, sowie in einem Fall eine Gefährdung bezüglich der Spielsucht in einer WfB (vgl. ebd. 32) genannt.

Die Einschätzung der Mitarbeiter (in Prozent) zum Vorkommen von Suchtabhängigkeit und Suchtgefährdung ergab (vgl. Tab. 5):

	Nikotin	Alkohol	Entspannungs- /Beruhigungs- mittel	Schmerz- /Betäubungs- mittel	Fern- sehen	Essen
Abhängigkeit	16,3%	1,0%	0,3%	0,0%	13,0%	3,6%
Gefährdung	6,0%	10,0%	0,3%	2,0%	7,9%	8,5%

Tab. 5: Suchtabhängigkeit und Gefährdung (Quelle: Klauß, 2003a, 32)

„Beim Fernsehen und Essen wird die Abhängigkeit in der Institution mit der geringsten sozialen Kontrolle am höchsten eingeschätzt“ (ebd. 33); bei BewohnerInnen von Außenwohngruppen wird bezüglich Alkohol und Nikotin deutlich weniger Gefährdung und weniger Abhängigkeit angegeben als bei Wohnheim-BewohnerInnen (vgl. ebd. 33).

Ebenfalls in 2003 wurden in einer landesweiten Erhebung in Sachsen-Anhalt Wohneinrichtungen und Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung sowie alle Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe hinsichtlich des Alkoholkonsums und des Umgangs mit Alkoholproblemen bei dieser Personengruppe befragt (vgl. Schubert, Theunissen, 2005). Die Datenerhebung erfolgte über die Mitarbeiter der Einrichtungen bzw. der ambulanten Dienste. Ergebnisse aus dieser Untersuchung weisen aus, dass Wohneinrichtungen 6,7% der Bewohner als alkoholgefährdet und 4,2% als alkoholabhängig (insgesamt 10,9%) sowie in Werkstätten 2,7% als alkoholgefährdet und 1,4% als alkoholabhängig (insgesamt 4,1%) eingeschätzt werden. Aus Sicht der Autoren erbringt die Studie den Nachweis „dass Alkoholprobleme bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht kurzschlüssig auf neue (offene) Wohnformen zurückgeführt werden dürfen, sondern eher als ein relativ konstantes, universales Phänomen betrachtet und ernst genommen werden sollten“ (ebd. 312). Aus der Befragung der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Sachsen-Anhalt ergab sich, dass der Anteil an Klienten/Patienten „im Vergleich zu „vor einem Jahr“, „vor 3 Jahren“ und „vor 5 Jahren“ relativ konstant geblieben zu sein“ (Schubert, 2006, 25) schien.

2009 wurde mittels einer RAR - Erhebung (Rapid Assessment and Response) in Westfalen-Lippe Beschäftigte aus Sucht- und Behindertenhilfe nach deren Einschätzung über den problematischen Suchtmittelkonsum und den Bedarf der Zielgruppe befragt (vgl. Sarrazin, Fengels, 2009). Die RAR-Methode ist ein sozialwissenschaftlicher Ansatz, mit dessen Hilfe Entscheidungen über geeignete Interventionen, bezogen auf soziale und gesundheitsrelevante Problematiken, getroffen werden können. Ergebnisse der Erhebung weisen u.a. aus dass:

- Alkohol, Tabak und Cannabis die hauptsächlich konsumierten Suchtmittel in dieser Bevölkerungsgruppe sind;
- auch verhaltensbezogene Süchte wie Spiel- und Mediensucht sowie unkontrolliertes Essverhalten als problematisch angegeben wurden;
- die Gruppe der erwachsenen Menschen mit einer Intelligenzminderung, die im Ambulant Betreuten Wohnen leben, als besonders gefährdet beschrieben wurden;
- psychische, körperliche, finanzielle und soziale Probleme durch Suchtmittelkonsum beobachtet wurden, wobei strafrechtliche Probleme eher keine Rolle spielen (vgl. ebd. 11).

Im Modellprojekt „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“ gab es ebenfalls Hinweise, dass neben problematischem Konsum von Alkohol auch problematische Konsummuster anderer legalen und illegalen Drogen innerhalb der Personengruppe Menschen mit geistiger Behinderung vorkommen.

## 4.2 Medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

In den letzten Jahren mehren sich Veröffentlichungen, die die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung thematisieren. Diese Beiträge skizzieren eine Versorgungssituation die zu wünschen übrig lässt. In der Lebenshilfe-Zeitung (2009, 11) wird u.a. dargelegt, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung Probleme bereitet. Es fehle an Ärzten, die sich in Behandlung und Beratung an den speziellen Bedarfen der Zielgruppe orientierten. Baureithel führt aus, dass durch die UN-BRK Menschen mit Behinderung zwar eine quantitativ und qualitative gleiche medizinische Versorgung zusteht wie allen anderen Patienten auch, sich jedoch sowohl im Bereich der Regelversorgung als auch in Zentren, die sich auf die Belange von behinderten Menschen spezialisiert haben, medizinische Versorgungsdefizite manifestieren (2009, 41 ff.). Ebenso fehlen Kenntnisse zu spezifischen Krankheitszeichen, -risiken und -verläufen bei Menschen mit geistiger Behinderung sowie eine ausreichende Begleitung und Betreuung bei Krankenhausaufenthalten (vgl. Lebenshilfe-Zeitung 2009, 11; siehe auch Schäper et al., 2010, 54). Auch würden Ärzte während ihres Studiums und danach noch unzureichend auf diese Personengruppe vorbereitet; „Schwierigkeiten im kommunikativen Umgang mit behinderten Menschen und der ohnehin chronische Zeitmangel in den Arztpraxen führen dazu, dass es Menschen mit Behinderungen

schwer haben, medizinische Ansprechpartner zu finden“ (Baureitel, 2009, 41 ff.). Erschwerend hinzu kommt, dass durch die „Gesundheitsreformen“ Leistungsausschlüsse erfolgten und Zuzahlungen zu Leistungen erforderlich wurden; „Parallel dazu wurde die vormalige Auffangfunktion der Sozialhilfe für Bedürftige immer weiter eingeschränkt“ (Seidel, 2008, 139). Dies führt dazu, dass besonders Menschen mit (schweren) Behinderungen, die in der Regel von Sozialhilfe abhängig sind, diese zusätzlichen Kosten nicht mit eigenen finanziellen Mitteln zahlen können (vgl. ebd. 139). Seidel zeigt noch einen weiteren Aspekt auf: massive Personal- und Sachkostensteigerungen, die nicht entsprechend refinanziert werden können, führen dazu, dass in den Einrichtungen Personalstellen abgebaut werden müssen. Dies trägt dazu bei, dass die Mehrzahl der Träger kaum oder nicht mehr über therapeutisches Fachpersonal (Therapeuten, Ärzte, Psychotherapeuten) verfügt; in Folge dessen gehen „- z.T. unwiederbringlich - zielgruppenbezogenes Wissen und spezialisierte Kompetenzen“ (Seidel, 2008, 139) verloren. Auch dies wirkt sich ebenfalls ungünstig auf die medizinische Versorgung von Menschen mit (geistiger) Behinderung aus.

Betrachtet man die medizinisch-therapeutische Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik, dann finden sich Hinweise, dass diese Zielgruppe im Bedarfsfall offenbar nur unzureichend auf die gegenwärtige Dienstleistungssysteme zurückgreifen kann (vgl. Eckstein, 2008; Kretschmann-Weelink, 2007, 58; Schinner, 2008, 152; Sarrazin, Fengels, 2009, 11; Schubert, 2006, 28).

Allerdings wird, wie in Artikel 25 der UN-BRK zum Thema „Gesundheit“ formuliert und von Deutschland als Vertragsstaat seit in Kraft treten der UN-BRK anerkannt, dass Menschen mit Behinderungen ein Recht „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen „Die UN-Behindertenrechtskonvention“, 38) haben und Maßnahmen, die den Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten einschließlich der gesundheitlichen Rehabilitation sicherstellen, getroffen werden. Ihnen soll „eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard“ (ebd. 38) zur Verfügung stehen, wie sie auch der „Gesamtbevölkerung“ zur Verfügung steht (vgl. ebd. 38). Außerdem, wie man Artikel 26 zum Thema „Habilitation und Rehabilitation“ entnehmen kann, müssen alle notwendigen Maßnahmen getroffen werden die dazu führen, dass Menschen mit Behinderungen „ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens“ (ebd. 40) erreichen und bewahren können. Dazu müssen Rehabilitations- und Habilitationsdienste sowie Rehabilitationsprogramme in Bezug auf Gesundheit, Beschäftigung, Bildung und Sozialdienste organisiert, gestärkt und erweitert werden (vgl. ebd. 40). Diese Programme und Leistungen sollen von einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Stärken und Bedürfnissen ausgehen und möglichst

überall gemeindenah zur Verfügung stehen (vgl. ebd. 40). Die Entwicklung von Aus- und Weiterbildung von Fachkräften sowie MitarbeiterInnen in Rehabilitations- und Habilitationsdiensten soll gefördert werden (vgl. ebd. 40).

Nun verweist Baureithel darauf, dass der Bundesregierung keine Daten vorliegen, „die eine umfassende Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ermöglichen“ (2009, 46) und auch seien dort keine Schwierigkeiten im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung bekannt (vgl. ebd. 46). Allerdings kann man die Hinweise aus Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie Hinweise aus der Literatur über das Vorkommen von Suchtproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung und eine für diese Personengruppe unzureichende medizinische Versorgung nicht einfach außer Acht lassen. Erfahrungsgemäß werden Hilfeangebote in der Regel jedoch erst dann entwickelt und eingerichtet, wenn nachweislich Bedarf besteht. Um in einem Bundesland möglichst umfassend Informationen über Suchtproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung, daraus entstehende Folgeprobleme und etwaige Therapie- und Präventionsbedarfe zu ermitteln, wurde das „Modellprojekt Vollerhebung Sucht und geistige Behinderung in NRW“ konzipiert.

## **5 Ermittlung von Suchtmittelkonsum und dessen Auswirkungen bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen:**

### **die Vollerhebung**

#### **5.1 Rahmenbedingungen**

Zur Datenerhebung wurde eine Vollerhebung für das Land Nordrhein-Westfalen konzipiert; diese richtete sich an Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe, in denen erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung wohnen, arbeiten und/oder behandelt wurden. Die Datenerhebung mittels einer Stichprobe erschien nicht sinnvoll. Eine gezogene Stichprobe soll eine möglichst genaue Abbildung der Grundgesamtheit wiedergeben, denn „Je besser diese kleine Teilmenge die Grundgesamtheit abbildet, desto präzisere Aussagen können über sie gemacht werden“ (Raab-Steiner, Benesch 2008, 16). Genau hier lag das Problem: es lagen keine Hinweise über die Verteilung der für die Stichprobe relevanten einzelnen Variablen vor (siehe auch ebd. 16). Somit schien eine Vollerhebung zur Gewinnung von validen und aussagefähigen Daten besser geeignet. Es wurde beabsichtigt, eine möglichst hohe Beteiligung von Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Suchthilfe aus den städtischen und den ländlichen Regionen von NRW zu erreichen.

Dazu wurden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Projektpräsentationen

Das Modellprojekt wurde zu allererst im Arbeitsausschuss „Hilfen für Menschen mit Behinderung“ präsentiert. Der Arbeitsausschuss setzt sich aus Vertretern der Spitzenverbände in NRW zusammen; eine Unterstützung des Modellprojektes wurde durch die Mitglieder des Arbeitsausschusses befürwortet.

Weitere Präsentationen erfolgten u.a. in Facharbeitskreisen des LWL und des LVR, in Arbeitskreisen von Behindertenbeauftragten in NRW, von Psychiatriekoordinatoren in NRW, bei einer Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sowie bei Arbeiterwohlfahrt-internen Facharbeitskreisen der Behinderten- und Suchthilfe.

- Projektinformationen und Bekanntgabe der Zugangsdaten für den Online-Fragebogen in fachspezifischen Newslettern: der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), der Koordinationsstelle Sucht des LWL (LWL-KS) sowie dem „Magazin inforum“.

- Beiträge in (Fach)Zeitschriften und Zeitungen.

Ein weiterer Schritt bestand darin, dass zu Beginn des Erhebungszeitraumes ca. 4000 Anschreiben an Träger und Einrichtungen der Sucht- und Behindertenhilfe in NRW versandt wurden. In diesem Anschreiben wurden sie über Ziele und Inhalte des Modellprojektes sowie über die Zugangsdaten zum online-Fragebogen informiert. Außerdem wurde darauf hingewiesen dass für die Dauer des Erhebungszeitraumes eine „Hotline“ eingerichtet wurde, an die man sich bei Fragen zur Vollerhebung wenden konnte. Ein weiterer Aspekt, der berücksichtigt wurde war, dass viele Einrichtungsträger über mehrere Einrichtungen mit einem z.T. unterschiedlichen Leistungsspektrum verfügen (z.B. WfbM und/oder differente Wohnangebote). Außerdem sind innerhalb der Einrichtungen Mitarbeiter in unterschiedlichen Arbeitsfeldern eingesetzt. Damit bei der Datenerhebung diese Unterschiede erfasst und einrichtungsspezifische Daten erhoben werden konnten, wurde darauf hingewiesen, dass sich mehrere Mitarbeiter einer Einrichtung an der Vollerhebung beteiligen können, auch unabhängig davon, ob sich eine Suchtproblematik innerhalb der Einrichtung manifestiert hat oder nicht.

Angeschrieben wurden neben den Direktoren der Landschaftsverbände LWL und LVR, auch Einrichtungen der Behindertenhilfe, die Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für erwachsene Menschen (ab 18 Jahren) mit geistiger Behinderung bereitstellen. Neben Anschreiben an Träger (Geschäftsführung, Klinikleitung) wurden auch die (Einrichtungs- bzw. Bereichs)Leitungen von: Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM), stationären Wohnformen wie Wohnstätten und Außenwohngruppen, Wohnfamilien, ambulante Wohnformen sowie Berufsbildungswerke angeschrieben. Ebenfalls erfolgten Anschreiben an Einrichtungen mit Maßregelvollzug.

Einrichtungen der Suchthilfe, die angeschrieben wurden waren, u.a.: Beratungsstellen, Beratungsstellen für Essstörungen und pathologisches Glücksspiel sowie für ambulante Rehabilitation Sucht; Sozialpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter; niedrighschwellige Anlaufstellen/Kontaktläden; drogentherapeutische Ambulanzen/Konsumräume; Soforthilfe(-standorte) für Drogenabhängige; Ambulante Einrichtungen für Substituierte; Methadonambulanzen; betreutes Wohnen für Suchtkranke; Institutsambulanzen; Tageskliniken für Suchtkranke; stationäre Therapieeinrichtungen für Alkohol und Medikamente, für illegale Drogen und für pathologisches Glücksspiel; qualifizierter Entzug (illegale Drogen)/Akutbehandlung; Entzugseinrichtungen (Alkohol/Medikamente) /Akutbehandlung; Krankenhausbehandlung sowie Wohnheime für CMA.

Des Weiteren wurden Anschreiben über interne Mailverteiler einzelner Institutionen weitergeleitet.

Das Ziel der Vollerhebung war, valide und aussagefähige Daten über Suchtmittelkonsum bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung, Auswirkungen davon und Bedarfe an Therapie und Prävention, zu gewinnen. Nun bezog sich die Datenerhebung auf eine Personengruppe, die innerhalb der Vollerhebung nicht selber befragt wurde, denn die Datenerhebung geschah durch Befragung von Mitarbeitern aus Einrichtungen der Sucht- und Behindertenhilfe.

„Da die Verfälschbarkeit bei Befragungen eine eigene Problematik darstellt, kann man nur darauf hoffen, dass freiwillige und vor allem motivierte Personen an der Untersuchung teilnehmen. Handelt es sich zusätzlich noch um ein Thema, welches für die betroffenen Personen von hoher Relevanz ist, so reduziert sich die Wahrscheinlichkeit fehlender und verfälschter Angaben“ (Raab-Steiner, Benesch, 2008, 41). Um viele Einrichtungen für eine (freiwillige) Teilnahme zu gewinnen sowie eine vollständige und „wahrheitsgemäße“ Beantwortung der Fragen zu begünstigen, wurde in einem Informationsanschreiben über die Vollerhebung um eine Teilnahme an der Vollerhebung gebeten und eine anonymisierte Datenerhebung zugesichert.

## 5.2 Der Fragebogen

Für die Datenerhebung wurde als Methode die schriftliche Befragung und als Erhebungsinstrument ein Fragebogen vorgesehen. Der Fragebogen sollte zur quantitativen Datenerhebung in NRW über Prävalenz und Auswirkungen von Suchtmittelkonsum bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung sowie zur Ermittlung von Bedarf für Therapie und Prävention für diese Zielgruppe eingesetzt werden; des Weiteren sollte untersucht werden, ob bzw. wo es bereits Hilfeangebote für Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik in NRW gibt. Da die Datenermittlung vorrangig online vorgesehen war, wurden strukturierte, standardisierte Fragebögen konzipiert.

### 5.2.1 Fragebogenentwicklung

Bei der Konzeption des Fragebogens wurden Mitarbeiter aus Einrichtungen der Sucht- und Behindertenhilfe der AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr (AWO UB-EN) sowie aus dem Cafe Sprungbrett in Hattingen involviert. Ebenfalls waren die Mitglieder des Bewohnerbeirates aus dem Wohnhaus in Silschede (AWO UB-EN) beteiligt. Dies geschah während zwei Workshops. Mitarbeiter und Bewohnerbeirat wurden über Ziele und Inhalte des Modellprojektes sowie über die Ziele des Workshops informiert. Anschließend wurden Fragestellungen, die für den Fragebogen in Betracht kamen, von ihnen beantwortet; hierbei sollten Verständlichkeit und Praxistauglichkeit überprüft werden. Des Weiteren wurden sie gebeten, fünf Fragen, die aus ihrer Sicht unbedingt in den Fragebogen gehörten, zu formulieren und diese mittels eines Rankings zu ordnen. Nach der Auswertung der Fragebögen wurden den Mitarbeitern beider Arbeitsbereiche weitere Fragestellungen, die sich aus den Ergebnissen der ersten Auswertung ergeben hatten, mit der Bitte um Beantwortung vorgelegt. Insgesamt wurden im Rahmen der Fragebogenkonzeption 42 Fragebögen ausgewertet. Nach Auswertung der Ergebnisse wurde die endgültige Version des Fragebogens für die Vollerhebung konzipiert.

Die Praxistauglichkeit des konzipierten Fragebogens wurde daraufhin in einem Pretest überprüft. Dies geschah in Einrichtungen der AWO UB-EN. Aus der Evaluation von 32 beantworteten Fragebögen ging hervor, dass im Fragebogen der Behindertenhilfe bei Frage 3.3.2 und 3.8 sowie im Fragebogen der Suchthilfe bei Frage 16 es in manchen Fällen nicht möglich war, eine Substanz als „die problematischste Substanz“ zu bestimmen. Einige Klienten konsumierten mehrere Substanzen problematisch; in diesen Fällen war es nicht möglich „die problematischste Substanz“ zu bestimmen. Daraufhin wurde im Fragebogen bei diesen Fragen die Möglichkeit eingeräumt, mehrere Antworten anzukreuzen.

Nach Raab-Steiner und Benesch (2008, 49) spielt die Einleitung eines Fragebogens eine nicht unwesentliche Rolle für die Motivation, ob man sich an der Datenerhebung beteiligt oder nicht. Aus diesem Grund wurden in der Einleitung des Fragebogens Gründe und Ziele der Datenerhebung erläutert. Ebenso wurden hier die Auswahlkriterien der Untersuchungsgruppe (Selektion) definiert:

- jede(r) Mitarbeiter/In einer Einrichtung in NRW, in der Menschen mit geistiger Behinderung leben oder arbeiten;
- Mitarbeiter aus Einrichtungen der Suchthilfe in NRW die sowohl Klienten mit geistiger Behinderung mit Suchtproblematik als auch keine Klienten dieser Zielgruppe behandelt haben.

Es folgten neben Angaben zum Projektträger (AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr in Gevelsberg), wissenschaftliche Begleitung (Katholische Hochschule NRW Abteilung Paderborn) und Förderung (Stiftung Wohlfahrtspflege NRW) die Zusicherung einer



anonymisierten Datenerhebung. Das Ende des Fragebogens enthielt neben einem Dank für die Bearbeitung des Fragebogens die Kontaktdaten der Projektleitung für den Fall, dass Bedarf an weitere Informationen bestehen sollte.

Zum Besseren Verständnis wurden im Fragebogen die Begrifflichkeiten „Geistige Behinderung“, „Missbrauch und Abhängigkeit“ und „Problematischer Konsum“ in Anlehnung an die ICD 10 und DSM IV-Klassifikation und bei den „problematischen Verhaltensweisen“ die Begrifflichkeit „übermäßig“ definiert. Des Weiteren wurde bei der Datenerfassung differenziert zwischen Sucht- und Behindertenhilfe; hierzu wurden die Befragten auf die für sie zutreffenden Seiten weitergeleitet.

### 5.2.2 Fragebogenkonstruktion

In einem Fragebogen können verschiedene Antwortformate verwendet werden. Hierzu zählen:

- offene Fragen, d.h. die Möglichkeit „etwas selbst Formuliertes als Antwort auf einem dafür vorgesehenen Platz niederzuschreiben“ (Raab-Steiner, Benesch, 2008, 48);
- geschlossene Fragen, d.h. Beantworten durch Ankreuzen (oder Reihung durch das Einfügen von Ziffern) in vorgegebenen Kategorien (vgl. ebd. 48);
- Mischformen, d.h. Fragen, die vorgegebene Antwortkategorien und zusätzlich eine offene Kategorie enthalten (vgl. ebd. 49).

Antwortformate, die bei der Fragebogenkonzeption berücksichtigt wurden (vgl. Raab-Steiner, Benesch, 2008, 52 ff.):

- freies (offenes) Antwortformat: die Itemantwort wird durch den Beantworter in einem allgemein verständlichen Zeichensystem wie z.B. Sprache oder Zahlen, formuliert;
- gebundenes Antwortformat: es wird eine Auswahl an Möglichkeiten vorgegeben „die einen eingeschränkten, vorher festgelegten Bereich umfassen“ (ebd. 53);
- dichotomes Antwortformat: dieses Antwortformat fordert eine konkrete Entscheidung, z.B. „richtig“ oder „falsch“, „trifft zu“ oder „trifft nicht zu“;
- Ratingskalen: Ratingskalen enthalten mehr als zwei abgestufte Antwortkategorien zur Beantwortung.
- Mischformen

Skalen, die verwendet wurden:

#### 1. Nominalskala:

„Eine Nominalskala ordnet den Objekten eines empirischen Relativs Zahlen zu, die so geartet sind, dass Objekte mit gleicher Merkmalsausprägung gleiche Zahlen und

Objekte mit verschiedener Merkmalsausprägung verschiedene Zahlen enthalten“ (Bortz, Döring in: Raab-Steiner, Benesch, 2008, 24).

Beispiel: die Frage nach dem Geschlecht.

2. Ordinalskala:

„Eine Ordinalskala ordnet den Objekten eines empirischen Relativs Zahlen zu, die so geartet sind, dass von jeweils 2 Objekten das Objekt mit der größeren Merkmalsausprägung die größere Zahl erhält“ (Bortz, in: Raab-Steiner, Benesch, 2008, 25).

Beispiel: Kategorisierung der Altersklassen.

3. Intervallskala:

„Eine Intervallskala ordnet den Objekten eines empirischen Relativs Zahlen zu, die so geartet sind, dass die Rangordnung der Zahlendifferenzen zwischen je 2 Objekten der Rangordnung der Merkmalsunterschiede zwischen je 2 Objekten entspricht“ (Bortz, in: Raab-Steiner, Benesch, 2008, 27).

Beispiel für eine Intervallskala:

Bitte schätzen Sie, wie häufig unten aufgeführte Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung in Ihrer Einrichtung vorhanden sind. Markieren Sie bitte die entsprechende Prozentzahl in der nachfolgenden Skala.

Eine Verhältnisskala wurde im Fragebogen nicht berücksichtigt.

Der Fragebogen enthielt neben Pflichtfragen auch Fragen, in denen freiwillige Angaben vorgesehen waren (z.B. Alter, Postleitzahl). An mehreren Stellen bestand darüber hinaus die Möglichkeit (z.B. bei „Sonstiges“, „Anmerkungen“), dass die Befragten ausführliche Eintragungen vornehmen konnten.

Für den Online-Fragebogen wurde das Programm „LimeSurvey“ verwendet.

### 5.3 Durchführung der Vollerhebung

Der Fragebogen war vom 15. Januar bis 31. März 2011 online gestellt. Bis Ende März wurde die Seite 1.129 Mal aufgerufen. Diese hohe Zahl kann als Hinweis auf ein großes Interesse an das Thema „Suchtproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung“ und an dem Fragebogen interpretiert werden.

Die eingerichtete Hotline wurde gut frequentiert. Insgesamt nutzen mehr als 130 Anrufer die Möglichkeit, sich ausführlicher über die Vollerhebung zu informieren. Allerdings wurde in manchen Telefonaten darauf hingewiesen dass es in der Einrichtung nicht möglich war, mittels der zugesandten Zugangsdaten auf die Internetseite der Vollerhebung zu gelangen. Damit eine Teilnahme trotzdem erfolgen konnte wurde der Link mit den Zugangsdaten auf Anfrage per Email zugesandt. Bei

der Planung der Erhebungsdurchführung wurde berücksichtigt dass möglicherweise nicht alle Einrichtungen über einen Internetzugang verfügen (Wohngruppen, Außenwohngruppen); daher konnte der Fragebogen ebenfalls per Telefon oder Fax angefordert werden (was in 23 Fällen erfolgte).

18 Einrichtungen haben entweder telefonisch, per Post oder per Email mitgeteilt, dass sie nicht an der Erhebung teilnehmen können weil ihre Klienten/Bewohner mit geistiger Behinderung keine Suchtmittelproblematik aufweisen oder diese Zielgruppe zur Zeit nicht in ihre Einrichtung wohnt bzw. behandelt wird.

## 5.4 Datenauswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit SPSS (Statistical Product and Service Solutions), Versionen 17 - 19.0 für Windows. SPSS ist ein Programmsystem das eine computerunterstützte Datenaufbereitung ermöglicht (vgl. Raab-Steiner, Benesch, 2008, 64).

Insgesamt wurden 895 Fragebögen ausgewertet.

## 5.5 Ergebnisse der Vollerhebung aus Einrichtungen der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen

### 5.5.1 Einrichtungsbezogene Daten

780 Fragebögen wurden von Mitarbeitern aus Einrichtungen der Behindertenhilfe ausgefüllt.

#### 5.5.1.1 Einrichtung

Von den Mitarbeitern aus Einrichtungen der Behindertenhilfe, die den Fragebogen beantwortet haben, arbeiten 32,7% im Bereich „stationäres Wohnen, Wohnstätte“, 28,5 % sind im Bereich „Ambulant Betreutes Wohnen“ tätig, in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM) arbeiten 24,2 %, gefolgt von den Bereichen „stationäres Wohnen, Außenwohngruppe“ mit 9,6 % und „stationäres Wohnen, betreutes Wohnen“ mit fünf Prozent (vgl. Abb. 1).

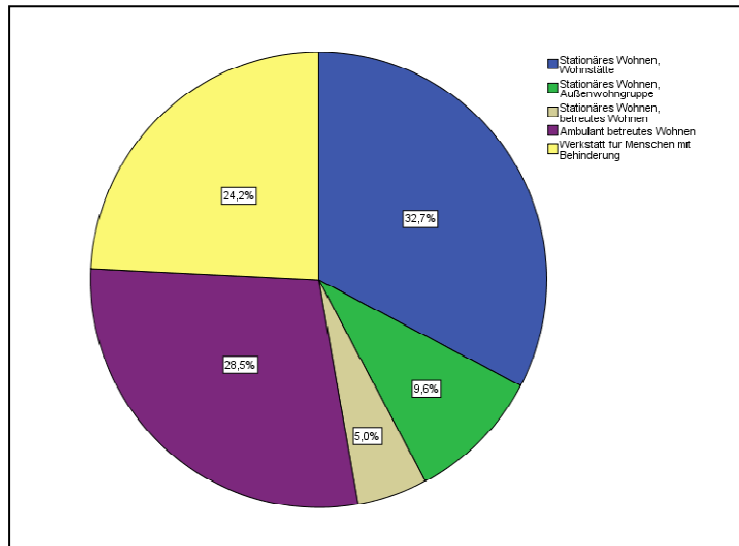


Abb. 1: In bzw. für welche Einrichtung arbeiten Sie? (n=780)

Weitere Einrichtungen, die unter „Sonstiges“ aufgelistet wurden, waren u.a.: Begegnungsstätte für Menschen mit und ohne Behinderung, Beratungsstelle für Menschen mit geistiger Behinderung, Betreutes Wohnen in Familien/Familienpflege, Gruppenleitung/Beratung, Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle (KoKoBe), Maßregelvollzugklinik, niedrigschwellige Kontakt-, Anlauf-, Beratungsstelle, Psychiatrie (Fachstation für Menschen mit GB und psychiatrischer Diagnose), Psychiatrische Klinik, Sozialpsychiatrische Dienste, Stationäre Wohnbereiche, Pflegeeinrichtung für Menschen mit Behinderung, Suchtselbsthilfe, Tagesstruktur, Wohnverbund (stationär, ambulant, beratend).

### 5.5.1.2 Ausbildung / Beruf

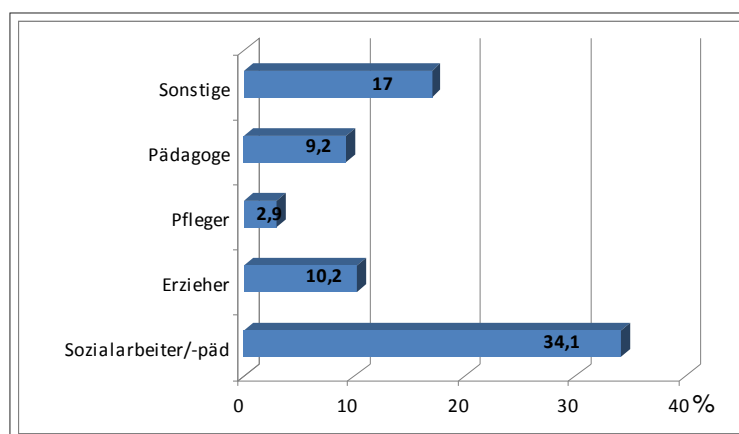


Abb. 2: Ausbildung und/oder Beruf in % (n=780)

Der größte Teil der Befragten (34,1 %) sind Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen oder Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen, 10,2 % sind Erzieher/Erzieherinnen, 9,2 % sind Pädagogen/Pädagoginnen und 2,9 % Pflegekräfte (vgl. Abb. 2).

Weitere Berufsgruppen, die u.a. genannt wurden, waren Psychologen, Ärzte, Krankenschwester, Krankenpfleger, Suchttherapeuten, Ergotherapeuten, Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger, Gruppenleiter, Gärtner, Tischlermeister und Hauswirtschaftskräfte.

#### 5.5.1.3 Tätigkeitsbereich

Eine weitere berufsbezogene Frage war, ob man direkt mit den Klienten arbeite oder vorwiegend in der Leitung tätig sei. Von denen, die diese Frage beantwortet haben, wurde angegeben, dass 28,9% vorwiegend mit den Klienten arbeiten, 35,4% vorwiegend eine leitende Tätigkeit ausüben und 28,9% „Beides“ angegeben haben. 6,7% haben hierzu keine Angaben gemacht.

#### 5.5.1.4 Geschlecht

Die Frage nach dem Geschlecht wurde wie folgt beantwortet: 50% der Befragten sind weiblich und 41,2% sind männlich; 8,8% haben „Ich möchte keine Angaben machen“ angegeben.

#### 5.5.1.5 Alter

Auf die Frage nach dem Alter wurde wie folgt geantwortet:

- 9,8% sind jünger als 30
- 21,1% sind 30-39
- 32,7% gehören zur Altersgruppe 40-49
- 28,7% haben angegeben dass sie 50 Jahre und älter sind
- 7,6% haben „Ich möchte keine Angaben machen“ angekreuzt

Der Vergleich zwischen den Altersgruppen zeigt auf, dass mehr als 60% der Beantworter älter als 40 Jahren sind.

### 5.5.2 Substanzkonsum: Prävalenz und Auswirkungen

Die Frage, ob Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit eines Bewohners/Klienten mit geistiger Behinderung schon einmal zu Problemen in der eigenen Einrichtung geführt hat, wurde durch fast zwei Drittel (66,7%) der Befragten mit „ja“ beantwortet (vgl.

Abb. 3). Hieraus wird ersichtlich, dass Substanzkonsum von Bewohnern/Klienten<sup>15</sup> bereits in vielen Einrichtungen zu Problemen geführt hat; 22,6% der Befragten haben diese Frage verneint, 10,7% haben angegeben, dass sie nicht wissen, ob es Probleme gegeben hat.

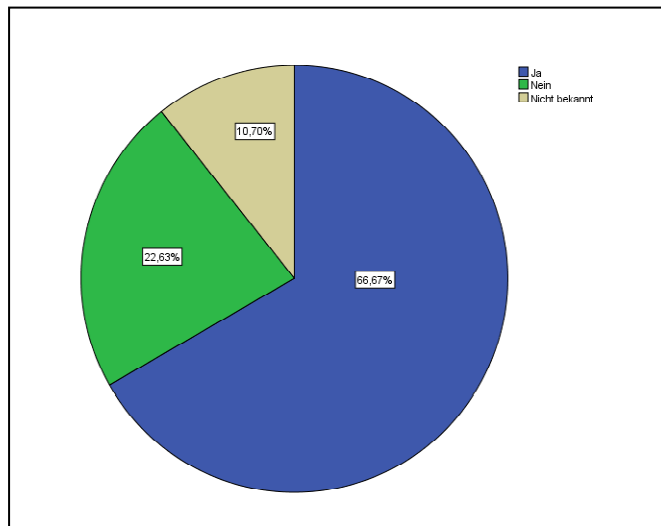


Abb. 3: Probleme durch Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit auf der Arbeitsstelle oder in der Einrichtung (n=780)

Wenn man die Angaben nach Einrichtungen differenziert und miteinander vergleicht, sind einrichtungsspezifische Unterschiede festzustellen (vgl. Abb. 4).

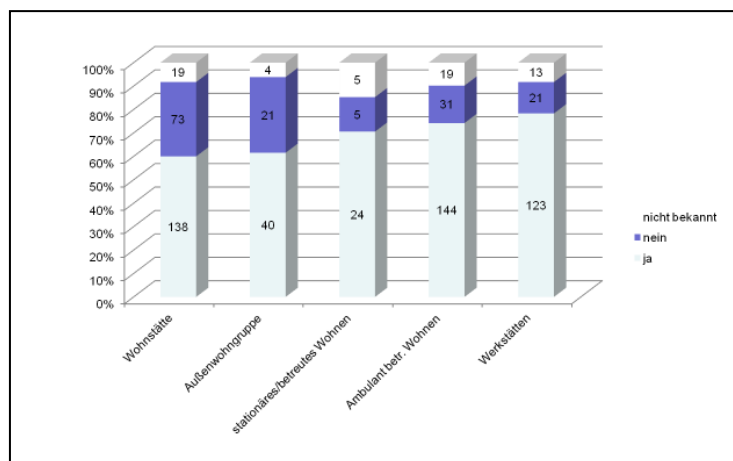


Abb. 4: Probleme durch Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit auf der Arbeitsstelle oder in der Einrichtung - Einrichtungsvergleich (n=780)

Die Grafik verdeutlicht, wie sich Problematik durch Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit in den verschiedenen Einrichtungen manifestiert hat. Die Säulen stellen dar, welcher Anteil der Befragten (in Prozent) in unterschiedlichen

<sup>15</sup> Stationärer Wohnbereich: Bewohner; Ambulant Betreutes Wohnen: Klient

Einrichtungen auf die Frage, ob es schon einmal zu Problemen in der eigenen Einrichtung aufgrund des Substanzmissbrauchs von Menschen mit geistiger Behinderung gekommen sei, mit „ja“ (hellblauer Säulenanteil) oder „nein“ (dunkelblauer Säulenanteil) geantwortet haben. Der Anteil derer, die dazu keine Aussage machen konnten, ist mit weiß markiert. Die Zahlen in den Säulen geben an, wie viele Mitarbeiter diese Antwort gegeben haben.

Der einrichtungsbezogene Vergleich der Ergebnisse zeigt auf, dass sich der Anteil der Mitarbeiter, die Probleme in der Einrichtung durch Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit angeben, wie folgt zusammensetzt:

1. Werkstätten: von 157 Mitarbeiter sagen 123 „Ja“ (= 78%)
2. Ambulant Betreutes Wohnen: von 194 Mitarbeiter sagen 144 „Ja“ (= 74%)
3. Stationär Betreutes Wohnen: von 34 Mitarbeiter sagen 24 „Ja“ (= 70,5%)
4. Außenwohngruppe: von 65 Mitarbeitern sagen 40 „Ja“ (= 61,5%)
5. Wohnstätten: von 230 Mitarbeitern sagen 138 „Ja“ (= 60%)

Demnach haben Befragte aus den Werkstätten am häufigsten Probleme in der eigenen Einrichtung aufgrund von Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung angegeben (78%), gefolgt durch die Bereiche Ambulant Betreutes Wohnen (74%) und Stationär Betreutes Wohnen (70,5%); für die Bereiche Außenwohngruppe und Wohnstätten liegen die Angaben bei 61,5% bzw. 60%. Diese Zahlen scheinen die Hypothese zu bestätigen, dass mit einer Reduzierung der Betreuungsintensität im Bereich Wohnen das Risiko für Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit zunimmt.

Ob die Häufigkeit von Problemen durch problematischen Substanzkonsum (Missbrauch oder Abhängigkeit) in der eigenen Einrichtung durch Mitarbeiter, die in verschiedenen Tätigkeitsfeldern arbeiten, gleich oder unterschiedlich eingeschätzt wird, zeigt Abb. 5.

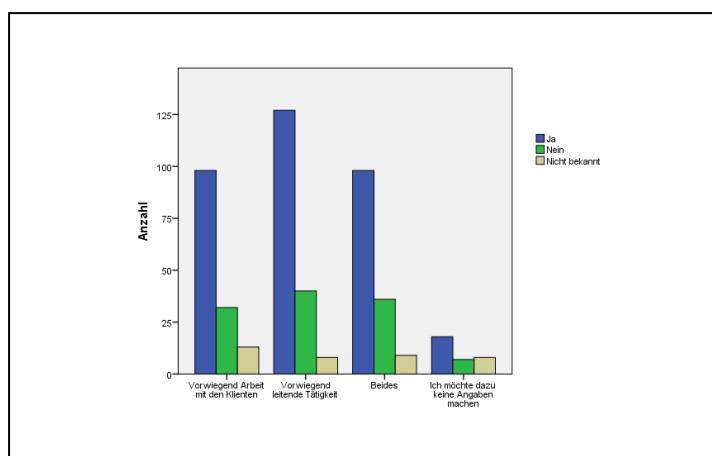


Abb. 5: Einschätzung Probleme durch Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit auf der Arbeitsstelle und Tätigkeitsfelder (n=780)

Man könnte annehmen, dass die Suchtproblematik innerhalb der verschiedenen Tätigkeitsbereiche (vorwiegend Arbeit mit dem Klienten und/oder Leitende Tätigkeit) unterschiedlich wahrgenommen und als solches auch unterschiedlich problematisch bewertet wird. Der Vergleich der ermittelten Daten zeigt jedoch auf, dass die Einschätzung des problematischen Substanzkonsums in der eigenen Einrichtung kaum Unterschiede zwischen den Tätigkeitsfeldern aufweist. Allerdings ist auffallend, dass diejenigen, die zu ihrer Tätigkeit keine Angaben gemacht haben, deutlich weniger Probleme bzw. keine Probleme angegeben haben.

Auf die Frage, welche Folgen der Konsum von Suchtmitteln durch Menschen mit geistiger Behinderung in der eigenen Einrichtung bereits hatte, wurden nachstehende Folgen genannt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren (n=780).

- 35% der Beantworter haben Krankheiten und Verletzungen und 35% haben Fehlzeiten bei der Arbeit angegeben;
- 32% haben aggressives Verhalten und 31% haben Störung der Beziehung zur Bezugsperson angegeben;
- 29% haben nachlassende Körperhygiene und 28% nachlassende Leistungsfähigkeit festgestellt;
- 23% haben Krankenhausaufenthalte und 20% haben Entgiftung angegeben;
- 23% gaben Leidensdruck der Betroffenen an;
- in 11% der Fälle wurde Gabe von Medikamenten angegeben und in 9% der Fälle wurden Nachahmungstendenzen angekreuzt.

An weiteren Folgen wurden u.a. aufgelistet:

(Beschaffungs)Diebstahl, Gefährdung des Gebäudes und der Mitbewohner durch Brandgefahr, Brandstiftung und anderes delinquentes Verhalten, Körperverletzung, Einbruch, Zerstörung fremden Eigentums, Beschwerden aus der Nachbarschaft, Geldprobleme, Mangelernährung, Kündigung durch die Werkstatt, Isolation, Verlust der Wohnung und Betreuerwechsel. In je einem Fall wurden Amputation („Abnahme eines Beines durch zu viel Rauchen“) und „sexualisierte Übergriffe“ angegeben (Zitate).

Der Substanzkonsum hat für die Mitarbeiter auch indirekte arbeitsspezifische Auswirkungen zu Folge gehabt (n=780). In einer Auflistung von Auswirkungen haben 32% der Beantworter Störung der Alltagsstruktur und 30% zusätzliche Teambesprechungen angegeben, in 27% der Fälle fanden Arzt- und Notarztbesuche statt, 23% mussten sich mit Beschwerden von Arbeitskollegen oder Mitbewohner befassen, 20% haben angegeben, dass es zu einer Zunahme von Einzelbetreuung zu Lasten anderer Klienten oder Bewohner gekommen ist und in 11% der Fälle wurden Abmahnungen angegeben.



Festzustellen ist, dass Substanzkonsum innerhalb von Einrichtungen der Behindertenhilfe erhebliche arbeitsspezifische Auswirkungen zur Folge hat. Neben personellen Auswirkungen (z.B. zusätzlichen Teambesprechungen) sind im Arbeitsalltag häufig auch zusätzliche organisatorische Maßnahmen notwendig. Nicht unerheblich ist die Tatsache, dass Mitarbeiter Assistenz zu Lasten der anderen Bewohner/Klienten leisten müssen.

Um einen Einblick im Konsumverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung in Bezug auf legale und illegale Drogen zu bekommen, wurde nach einer Einschätzung des problematischen Konsums (Missbrauch oder Abhängigkeit) von Substanzen von Menschen mit geistiger Behinderung in der eigenen Einrichtung gefragt. Die entsprechende Prozentzahl sollte eingetragen werden (vgl. Tab. 6).

Substanz	Mittelwert
Nikotin	32,5%
Alkohol	15,7%
Medikamente	11,6%
Cannabis	5,3%
Intravenös applizierbare Drogen	2,1%
Ecstasy und andere Designerdrogen	1,4%
Schnüffelstoffe	1,4%
Kokain	1,0%
Psychoaktive Pilze	0,4%
Spice, Lava Red, Kräuterdrogen	0,4%

*Tab. 6: Geschätzte Häufigkeit des problematischen Konsums (Missbrauch oder Abhängigkeit) von Substanzen von Menschen mit geistiger Behinderung in der eigenen Einrichtung (n=780)*

Die geschätzte Häufigkeit des problematischen Konsums von Nikotin wurde mit 32,5%, von Alkohol mit 15,7% und von Medikamenten mit 11,6% angegeben (Mittelwerte). Zum Medikamentenkonsum sollte jedoch folgendes berücksichtigt werden. Bei der Frage nach dem geschätzten problematischen Konsum von Medikamenten wurde nicht differenziert erfragt, in wie weit dieser problematische Konsum in Zusammenhang steht mit einer vom Arzt verordneten (Dauer)Medikation, einer vom Arzt verordneten Bedarfsmedikation und/oder durch eine eigenverantwortliche „Eigenmedikation“ der Klienten. Es wäre denkbar, dass sich ein problematischer Konsum entwickelt hat, indem zusätzlich zu der vom Arzt verordneten Dauermedikation eine häufige Einnahme der Bedarfsmedikation und/oder eine „Eigenmedikation“ erfolgte.

Mit 5,3% ist der Mittelwert von Cannabis vergleichsweise hoch. Wenn man die Mittelwerte der jeweiligen Einrichtungen mit einander vergleicht, wird ersichtlich, wie dieser Mittelwert zustande kommt (vgl. Abb. 6).

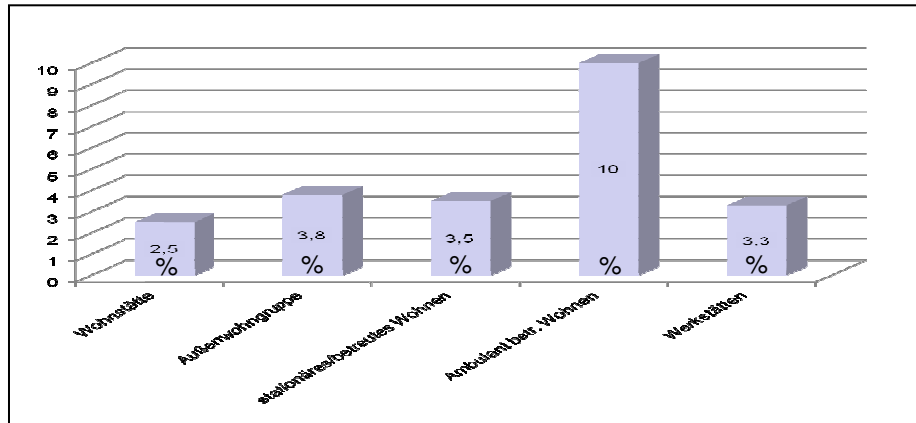


Abb. 6: Geschätzte Häufigkeit des problematischen Konsums von Cannabis in der eigenen Einrichtung (Mittelwertvergleich, n=780)

Der problematische Konsum von Cannabis wird von den Befragten aus dem Ambulant Betreuten Wohnen mit 10% (Mittelwert) eingeschätzt. Die Angaben aus den anderen Einrichtungen ergeben Mittelwerte zwischen 2,5% und 3,8%.

Die Auswertung der erhobenen Daten zeigt, dass der problematische Konsum der anderen Substanzen (legale und illegale Drogen), bis auf Spice/Lava Red/Kräuterdrogen und psychoaktive Pilze, sich auch am häufigsten im Ambulant Betreuten Wohnen manifestiert. Hieraus kann man konkludieren, dass mit abnehmender Betreuungsintensität (wie das im Ambulant Betreuten Wohnen häufig der Fall ist), das Risiko für Substanzmissbrauch zunimmt und somit ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen Wohnform und Risiko für problematischen Substanzkonsum besteht. Die Annahme, dass Menschen mit geistiger Behinderung kaum Möglichkeiten haben, illegale Substanzen zu konsumieren, muss offensichtlich revidiert werden.

### 5.5.3 Problematische Verhaltensweisen

Neben dem Konsum von legalen und illegalen Substanzen sollte ermittelt werden, in wieweit sich problematische Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung manifestieren. Hierauf bezog sich die Frage nach der geschätzten Häufigkeit von problematischen Verhaltensweisen dieser Personengruppe innerhalb der eigenen Einrichtung. Zum besseren Verständnis wurde im Fragebogen „Übermäßig“ mit „solche Verhaltensweisen, die zu negativen Folgen (finanziell, sozial, gesundheitlich) für die Betroffenen führen“ definiert.

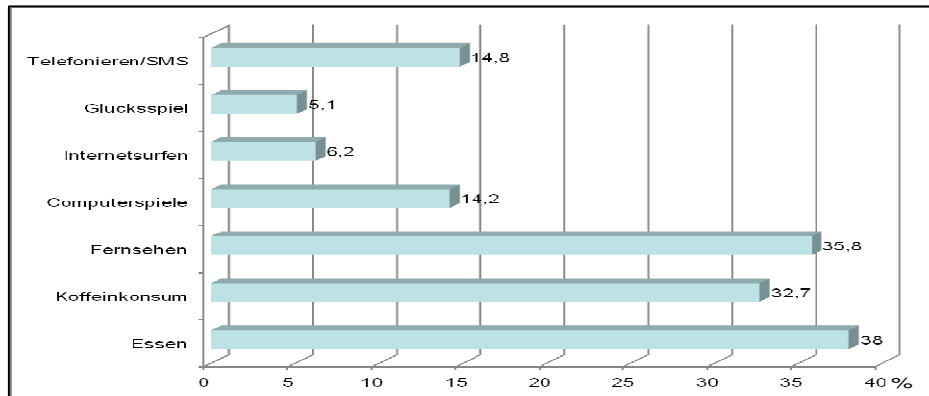


Abb. 7: Geschätzte Häufigkeit problematischer Verhaltensweisen in der eigenen Einrichtung (Mittelwerte in %, n=780)

Von den aufgelisteten problematischen Verhaltensweisen in der eigenen Einrichtung wurde, neben übermäßigem Fernsehkonsum und übermäßigem Koffeinkonsum, am häufigsten das „übermäßige Essen“ angegeben. Der Anteil von 38% für problematisches Ernährungsverhalten gibt ein wohl in der Praxis häufig vorkommendes Problem wieder: die Überernährung und die daraus resultierenden (gesundheitlichen) Folgeprobleme. Man muss in diesem Zusammenhang berücksichtigen, dass kaum spezielle (Präventions)Programme für Menschen mit geistiger Behinderung zum Erlernen einer gesunden Ernährung, eines gesunden Essverhaltens oder auch zur Reduktion von Übergewicht existieren.

Der Anteil von 14,8% für übermäßiges Telefonieren/SMS-Versenden, übermäßiges Computer-Spielen mit 14,2% und übermäßiges Internetsurfen mit 6,2% zeigt auf, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung Zugang zu diesen Medien haben und dass sie diese Medien auch nutzen. In Folge dessen werden auch sie mit negativen Auswirkungen konfrontiert. Dabei stellt sich die Frage, wie und wo sich diese Personengruppe für einen problemlosen Umgang mit diesen Medien befähigen und über negative Folgen durch deren Nutzung informieren kann. Hierfür sind nutzerorientierte Angebote für den Umgang mit Computer, Internet und Handy notwendig.

Ebenfalls nehmen Menschen mit geistiger Behinderung an Glücksspielen teil (Anteil 5,1%, vgl. Abb. 7). Auch hier können (präventive) Maßnahmen dazu beitragen, dass sich diese Personengruppe über Risiken und Gefahren durch Glücksspiel informieren und sie den Anreiz „schnell zu Geld zu kommen“ durch eine kritische Haltung widerstehen kann.

Aus dem nachfolgenden Mittelwertvergleich wird ersichtlich, wie sich die Problematik in den jeweiligen Einrichtungen manifestiert (vgl. Abb. 8).

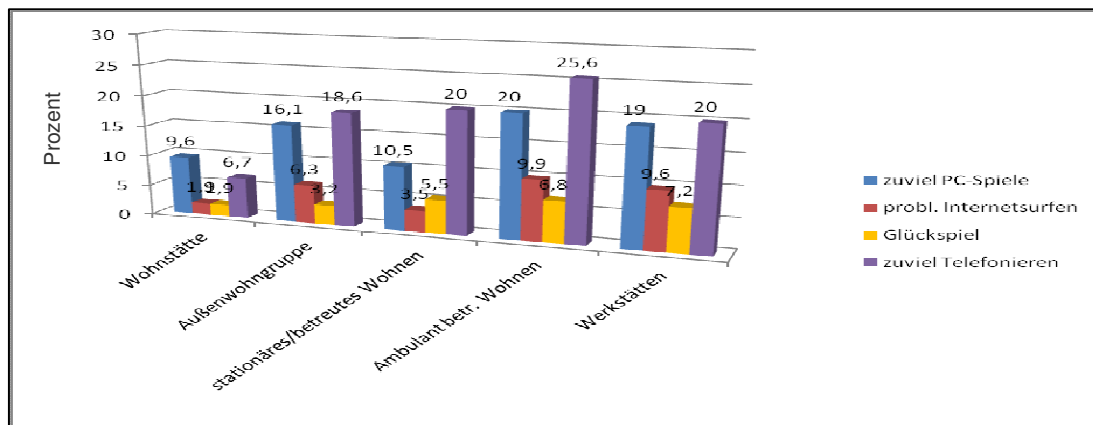


Abb. 8: Geschätzte Häufigkeit einiger problematischer Verhaltensweisen in der eigenen Einrichtung (Mittelwertvergleich, n=780)

Ein Vergleich der Mittelwerte aus den verschiedenen Einrichtungen zeigt, dass sich „zu viel PC-Spiele“, „problematisches Internetsurfen“ und „zu viel Telefonieren“ am häufigsten im Ambulant Betreuten Wohnen und am wenigsten in Wohnstätten manifestieren. Hier könnte die Betreuungsintensität eine Rolle spielen: im Ambulant Betreuten Wohnen findet die Assistenz nach einer vereinbarten Stundenzahl und an vereinbarten Tagen statt; im stationären Bereich „Wohnstätte“ sind Mitarbeiter meistens 24 Stunden pro Tag vor Ort. Eine höhere Betreuungsichte (wie in Wohnstätten der Fall) geht mit einer größeren sozialen „Kontrolle“ einher und ermöglicht ein schnelles Reagieren in Problemsituationen. Die Assistenz in Ambulant Betreuten Wohnformen erfolgt in der Regel stundenweise und häufig nicht täglich; hier sind die Möglichkeiten, auf Problemsituationen zu reagieren, sehr eingeschränkt. Ein weiterer Punkt, der in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden sollte, ist, dass Assistenzleistungen genau definiert sind. Das bedeutet dass Assistenzleistungen in Bezug auf Suchtproblematik vereinbart werden müssten.

Wie sich „zu viel Essen“ und „zu viel Kaffee“ in den einzelnen Einrichtungen manifestiert, zeigt der Mittelwertvergleich in Abb. 9.

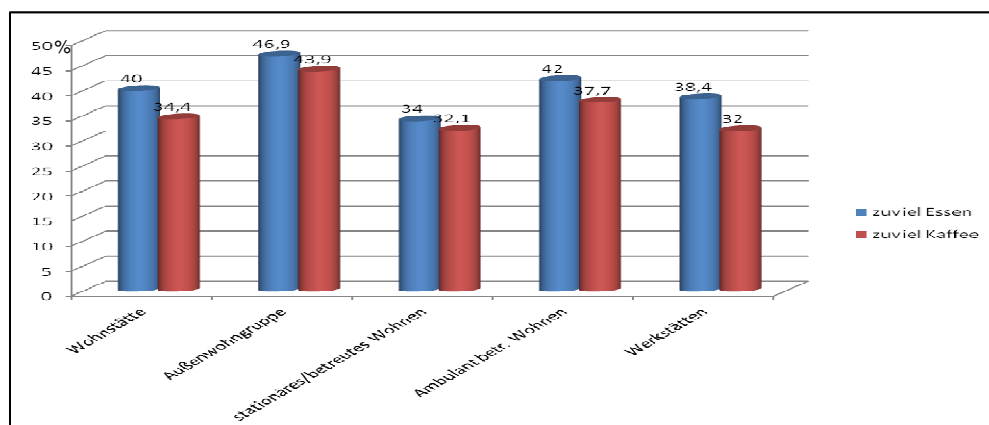


Abb. 9: Geschätzte Häufigkeit von „zu viel Essen“ und „zu viel Kaffee“ in der eigenen Einrichtung (Mittelwertvergleich in %, n=780)

Der Vergleich der einrichtungsbezogenen Mittelwerte zeigt, dass der Mittelwert von „zu viel Essen“ und „zu viel Kaffee“ für den Bereich Außenwohngruppe am höchsten ist; an zweiter Stelle kommt der Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens, gefolgt von den Wohnstätten.

Auffallend ist, dass beim einrichtungsbezogenen Mittelwertvergleich von „zu viel Kaffee“ und „zu viel Essen“ die höchsten Mittelwerte aus dem Bereich der Außenwohngruppen kommen und nicht, in Gegensatz zu den Mittelwertvergleichen wie in Abb. 8 dargestellt, aus dem Ambulant Betreuten Wohnen.

#### 5.5.4 Maßnahmen

Wie man innerhalb der eigenen Einrichtung mit problematischem Substanzkonsum umgeht, wurde mittels eines Antwortkatalogs erfragt. Mehrfachnennungen waren möglich (n=780).

Von 70% der Befragten wurde angegeben, dass Gespräche mit den Betroffenen geführt wurden, in 41% der Fälle waren Informationen an Wohnstätte oder Arbeitsstätte erforderlich, 38% berichteten über eine Vermittlung an externe Therapeuten. Weitere Maßnahmen, die ergriffen wurden, waren Verbote (21%), Sanktionen (17%), Zimmerkontrollen (11%) und in 7% der Fälle wurde ein Verweis aus der Einrichtung angegeben.

Wie häufig Verbote, Sanktionen, Zimmerkontrollen und Verweise als Maßnahmen im Umgang mit problematischem Substanzkonsum in der eigenen Einrichtung angegeben wurden, zeigt der Mittelwertvergleich in Tab. 7.

	Verbote in %	Zimmerkontrollen in %	Sanktionen in %	Verweise in %
Stat. Wohnen Wohnstätte	<b>41,3</b>	<b>61,0</b>	<b>36,3</b>	14,0
Stat. Wohnen Außenwohngruppe	9,0	12,2	9,7	6,0
Stat. Betr. Wohnen	4,5	7,3	3,2	----
Amb. Betr. Wohnen	13,5	17,1	18,5	18,0
Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)	31,6	2,4	32,3	<b>62,0</b>

Tab. 7: Umgang mit problematischem Substanzkonsum in der eigenen Einrichtung (Mittelwertvergleich, n=780)

Beim Mittelwertvergleich der einzelnen Einrichtungen wird ersichtlich, dass „Verbote“, „Zimmerkontrollen“ und „Sanktionen“, als Maßnahmen im Umgang mit problematischem Substanzkonsum, am häufigsten im Stationären Wohnen - Wohnstätte angegeben wurden. „Verweise“ wurden am häufigsten durch Beantworter aus den Werkstätten angegeben. Ebenfalls wurden auch in Werkstätten häufig

Verbote und Sanktionen als Maßnahmen im Umgang mit problematischem Konsum angegeben.

Verbote, Zimmerkontrollen und Sanktionen wurden am häufigsten im Bereich Stationäres Wohnen - Wohnstätte angegeben. Dieser Wohnbereich zeichnet sich dadurch aus, dass sie in der Regel über eine 24-Stunden-Mitarbeiterpräsenz verfügt. Welche Konsequenzen für die Betroffenen durch die Verweise entstehen, welche Folgen die Zimmerkontrollen haben und wie Sanktionen und Verbote in einer Wohnstätte aussehen, lässt sich im Rahmen dieser Erhebung nicht beantworten. Ebenfalls wurden alle vier Maßnahmen auch häufig im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens angegeben. Allerdings sind Klienten aus dem Ambulant Betreuten Wohnen Mieter (einer eigenen Wohnung) und bekommen Assistenz in ihrem eigenen „zu Hause“. Wie hier Verbote, Zimmerkontrollen, Sanktionen und Verweise umgesetzt werden können, bleibt im Kontext der Vollerhebung unbeantwortet.

Es gab die Möglichkeit, eigene Beispiele zum Umgang mit problematischem Konsum in der eigenen Einrichtung einzutragen.

Hier wurden mindestens zwei Mal aufgelistet:

- Einteilen des Suchtmittels
- Einteilen des Taschengeldes
- Einbeziehung gesetzliche Betreuung und/oder Angehörige und/oder WfbM
- Absprache wann konsumiert werden darf
- (Abstinenz)Vereinbarung treffen
- ärztliche Hilfe
- Beratungsstellen, fachliche Hilfen, kollegiale (Team)Beratung
- Supervision

Weitere Maßnahmen, die ein Mal genannt wurden, waren u.a.:

- alternative Copingstrategien erarbeiten
- individuelle Hilfeplanung
- Austausch mit anderen Einrichtungen über gemachte Erfahrungen
- vorbeugende Maßnahmen bei Mitbewohnern (abschließbare Geldkassetten)
- Kriseninterventionen
- Ursachenforschung
- Spindkontrolle
- Drogentest, Alkoholtest
- Verhaltensänderungen einüben
- Mitarbeiterfortbildung
- Infoabende

Aus diesen aufgelisteten Maßnahmen lässt sich schließen, dass, zusätzlich zu der alltäglichen Unterstützungs- und Assistenz-Zeit, noch viel Zeit aufgewendet werden muss für Maßnahmen, die im Umgang mit problematischem Substanzkonsum erforderlich werden. Setzt man dies in Relation zum Ergebnis, dass 20% der Befragten angegeben haben dass es zu einer Zunahme von Einzelbetreuung zu Lasten anderer Klienten oder Bewohner kommt, dann kann man daraus schließen, dass Bedarf an differenzierten Konzepten für Wohnformen und Werkstätten besteht, die diese Problematik berücksichtigen.

### **5.5.5 Klient oder Bewohner mit problematischem Konsum**

Spezifische Daten aus dem Begleitungs- bzw. Assistenzalltag konnten durch Fragen, die sich auf einen den Befragten bekannten Klienten oder Bewohner mit geistiger Behinderung und problematischem Substanzkonsum bezogen, gewonnen werden. 62% der Befragten (Anzahl: 484) haben hier einen ihnen bekannten, beispielhaften Fall angegeben<sup>16</sup>, dessen Charakteristika erfragt wurden (484 Fälle).

#### **5.5.5.1 Alter und Geschlecht des Klienten mit problematischem Konsum<sup>17</sup>**

Das Alter dieser Klienten ist weit gestreut (vgl. Abb. 10): unter 20 (2,5%) bis über 70 (1%). Am häufigsten wurde die Altersgruppe von 40-49 Jahren (31,6%) angegeben, gefolgt von der Altersgruppe 20 bis 29 (21,9%) und 30-39 Jahren (17,8%). Der größte Teil dieser Klienten ist männlich, das Verhältnis männlich-weiblich beträgt 3:1.

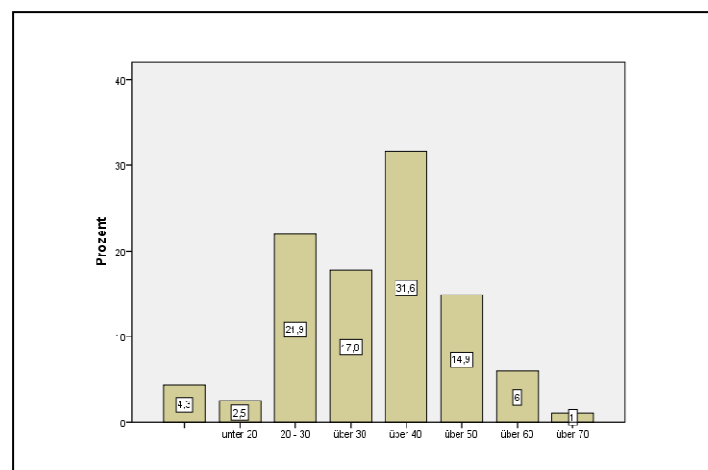


Abb. 10: Alter des Klienten mit problematischem Konsum (n=484)

<sup>16</sup> Nach dem Abgleich der „persönlich bekannten Fälle“ kann in 5 Fällen nicht ausgeschlossen werden dass es sich um denselben Klienten handelt.

<sup>17</sup> Klient mit problematischem Konsum: hiermit sind sowohl Klienten als auch Bewohner mit problematischem Konsum gemeint.

### 5.5.5.2 „Problematischste Substanz“

Auf die Frage nach der „problematischsten Substanz“ des konsumierenden Klienten, wurde in 41,5% der Fälle Bier als die am häufigsten vorkommende „problematischste Substanz“ angegeben, gefolgt von hochprozentigen alkoholischen Getränken (34,7%). An dritter Stelle kommt Nikotin (22,3%). Überraschend ist, dass Cannabis und andere illegale Drogen als problematisch konsumierte Substanz häufiger als Wein/Sekt, Biermischgetränke und Alkopops genannt wurden (vgl. Abb. 11).

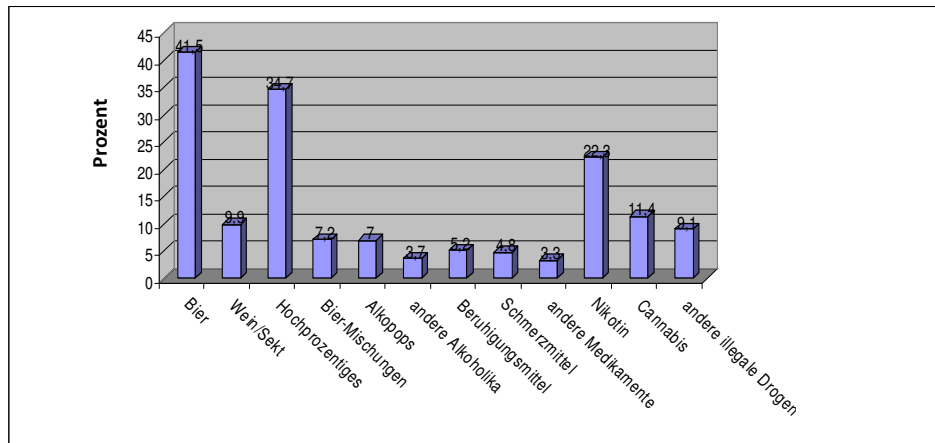


Abb. 11: „Problematischste Substanz“ bei einem Klienten mit problematischem Konsum (n=484)

Bei der Frage nach der problematischsten Substanz „Medikamenten“ wurde zwischen Beruhigungsmittel, Schmerzmittel und „andere Medikamente“ differenziert. Die Ergebnisse zeigen auf, dass in 5,2% der Fälle Beruhigungsmittel, in 4,8% der Fälle Schmerzmittel und in 3,3% der Fälle „andere Medikamente“ angegeben wurden. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass nicht ermittelt wurde, ob es sich um vom Arzt verordnete Medikamente (Dauer- und Bedarfsmedikation) oder um freiverkäufliche Medikamente handelte. Weitere Substanzen, die von den Befragten unter „Sonstiges“ aufgelistet wurden, waren u.a. Kaffee/Koffein, Kräuterdrogen, Amphetamine, PEP, Heroin, Schlafmittel, Süßigkeiten, Essen, Fernsehen und Spielsucht.

Da sich im Pretest herausgestellt hatte dass es in manchen Fällen schwierig war, die „problematischste Substanz“ anzugeben, waren Mehrfachnennungen möglich.

### 5.5.5.3 Konsumhäufigkeit

Die Frage zur Konsumhäufigkeit sollte einen Einblick darin verschaffen, ob Klienten mit problematischen Konsummustern oft, eher regelmäßig oder eher unregelmäßig Substanzen konsumieren. Wie häufig und/oder wie regelmäßig diese Klienten konsumieren, geht aus Abb. 12 hervor.



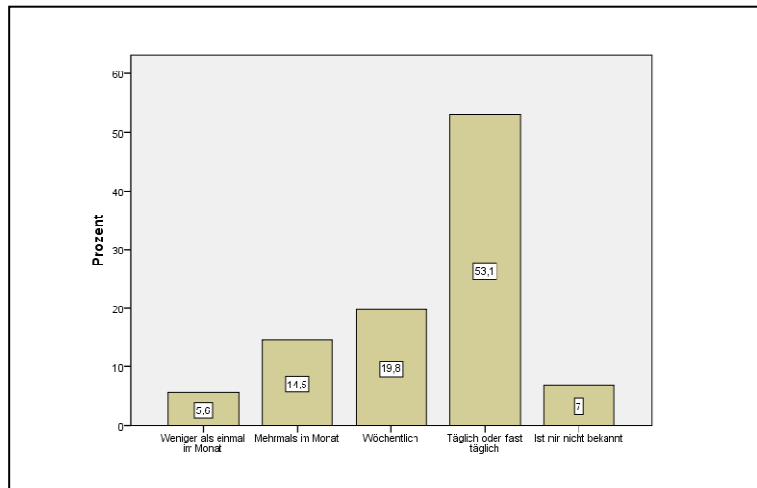


Abb. 12: Konsumhäufigkeit (n=484)

Von den Befragten wurde angegeben, dass in mehr als der Hälfte der Fälle täglich oder fast täglich (53,1%) und in 19,8% der Fälle wöchentlich konsumiert wird.

#### 5.5.5.4 Konsumdauer

Bislang gab es wenige Erkenntnisse über die Dauer von Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung. Mit der Frage, wie lange das problematische Konsumverhalten beim Klienten mit problematischem Konsum bereits besteht, sollte hierin mehr Einblick gewonnen werden (vgl. Abb. 13).

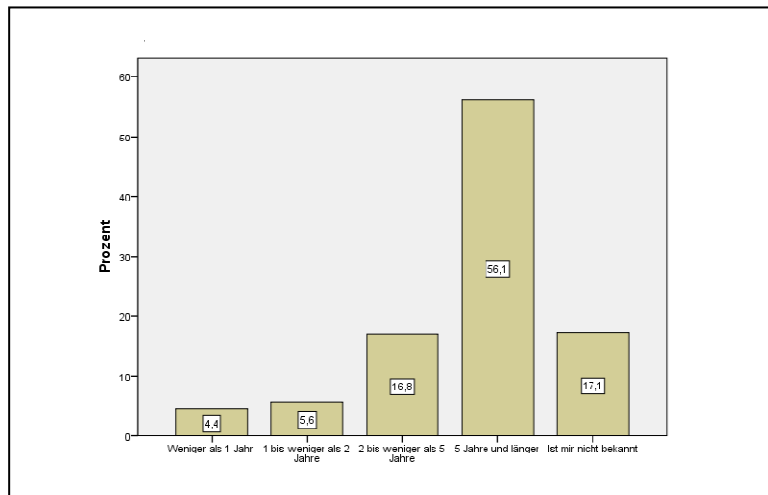


Abb. 13: Dauer des problematischen Konsumverhaltens (n=484)

Auffallend ist, dass in 56,1% der Fälle der problematische Konsum bereits fünf Jahre oder länger und in 16,8% der Fälle zwischen zwei und fünf Jahren andauert (vgl. Abb. 13); allerdings wurde in 17,1% der Fälle angegeben, dass nicht bekannt ist, wie lange das Konsumverhalten besteht.

Setzt man die „problematischte Substanz“ in Relation zu der Konsumdauer von „fünf Jahre und länger“, dann wurde von 51,9% der Befragten bei einem Klienten mit problematischem Konsum, der bereits fünf Jahre oder länger konsumiert, Bier als „problematischte Substanz“ angegeben.

#### 5.5.5.5 Konsumsituation

Es liegen kaum Daten vor, aus denen hervorgeht, ob Menschen mit geistiger Behinderung allein oder in Gesellschaft Substanzen konsumieren. Hierzu sollte die Frage, ob der Klient mit problematischem Konsum allein oder in Gesellschaft konsumiert, erste Anhaltspunkte liefern. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich.

Von den Befragten wurde angegeben, dass der Klient mit problematischem Konsum

- allein konsumiert (in 36,4% der Fälle)
- mit Freunden, die eine geistige Behinderung aufweisen, konsumiert (15,9%)
- mit Freunden, die keine geistige Behinderung aufweisen, konsumiert (14,1%)
- mit Mitbewohner/Innen konsumiert (11,3%)
- mit Arbeitskollegen/Innen konsumiert (7,1%)
- mit Partner / Partnerin konsumiert (6,4%)
- mit Familienangehörigen konsumiert (6,3%)

Aufgelistet wurden bei „Konsum mit anderen“:

- Alkoholabhängigen an Treffpunkten in der Stadt (ein Mal genannt)
- Bahnhofsmilieu (zwei Mal)
- Junkies / Obdachlose ein Mal; Obdachlose (drei Mal)
- bei Sportveranstaltungen (ein Mal), Vereinsmitglieder (ein Mal)
- in Kneipen (drei Mal), in Gaststätten (drei Mal)
- Szenentreff
- Suchtszene; Unbekannte im Park; Zufallsbekanntschaft; egal mit wem
- Schnorren auf der Straße

Beispiele wie Suchtszene, Szenentreff, Junkies /Obdachlose, die unter „Konsum mit anderen“ aufgelistet wurden, zeigen auf, dass es sich hier um Konsumsituationen handelt, in denen ein (Erst)Kontakt mit illegalen Drogen, der zu Substanzkonsum führen kann, nicht auszuschließen ist.

Auf die Frage, ob heimlich konsumiert wird, wurde in 53,1% der Fälle mit „ja“ geantwortet (n=780). Diese Frage wurde mehrheitlich aus dem Bereich Stationäres Wohnen-Wohnstätte mit „ja“ beantwortet, gefolgt vom Bereich Ambulant Betreuten Wohnen.

Es stellt sich hier die Frage, warum Menschen, die im stationären Wohnbereich ihr zu Hause haben, heimlich konsumieren. Hier mag eine Rolle spielen, dass im stationären Wohnbereich häufig ein Alkohol- und Rauchverbot gilt und Bewohnern/Klienten daher keine andere Alternative haben, als heimlich zu konsumieren, damit sie Ärger vermeiden. Klienten aus dem Ambulant Betreuten Wohnen haben in ihrer eigenen Wohnung die Möglichkeit, selbst über ihren Konsum zu bestimmen. Die Frage, warum auch sie heimlich konsumieren, lässt sich in diesem Kontext nicht beantworten.

#### 5.5.5.6 Konsumort

Bislang gibt es kaum Daten darüber, an welchen Orten Menschen mit geistiger Behinderung Substanzen konsumieren. Um mehr Einblick hierin zu bekommen wurde die Frage, wo Klienten mit problematischem Konsum vorwiegend konsumieren, gestellt. Hierbei konnten mehrere Antworten angegeben werden.

Von den Befragten wurde angegeben, dass der Klient mit problematischem Konsum

- in der eigenen Wohnung konsumiert (in 24,9% der Fälle)
- an öffentlichen Plätzen / Parks konsumiert (19%)
- bei Freunden konsumiert (13,7%)
- im eigenen Zimmer in Wohnheim/Wohngemeinschaft konsumiert (10,9%)
- in Gaststätten konsumiert (7,9%)
- am Arbeitsplatz konsumiert (4,9%)
- im Gemeinschaftsraum/Wohnzimmer der Wohngemeinschaft konsumiert (3,1%)
- im eigenen Zimmer im Elternhaus konsumiert (1,9%)

Aufgelistet wurden bei „Konsum an anderen Orten“:

- Außenbereich von Wohnstätten / Werkstätten und im Garten (insgesamt 15 Mal genannt)
- Kiosk (sechs Mal)
- auf der Straße (zwei Mal)
- Tankstelle (vier Mal)

Außerdem wurden hier u.a. noch eingetragen: extra Raum im Wohnheim; im Elternhaus; in der Natur; in Discotheken; öffentliche Feste; Substitutionsambulanz oder „überall wo Kippen aufzufinden sind“.

Bemerkenswert ist, dass an zweiter Stelle (mit 19%) einen Konsum „an öffentlichen Plätzen oder Parks“ genannt wurde. Wenn man diese Angaben nach Einrichtungen differenziert, zeigt sich, dass dieser Konsumort am häufigsten aus dem Bereich Wohnstätte genannt wurde, gefolgt vom Ambulant Betreuten Wohnen. Diese Ergebnisse werfen Fragen auf. In wieweit tragen Konsumeinschränkungen bzw.

Konsumverbote von Alkohol und Zigaretten (Substanzen die als „problematischste Substanz“ an erster bzw. zweiter Stelle angegeben wurden) innerhalb einer Einrichtung mit dazu bei, dass der Konsum im öffentlichen Raum und heimlich stattfindet? Oder gibt es hierfür noch andere Gründe? Wird Suchtverhalten durch Konsumverbote bzw. -einschränkungen in gewisser Weise begünstigt?

#### 5.5.5.7 Behandlung und Therapie

Es wurde erfragt, in wieweit diese Personengruppe bereits suchtspezifische bzw. therapeutische Hilfen in Anspruch genommen hat. Von den Beantwortern wurde angegeben, dass von den Klienten mit problematischem Substanzkonsum 11,3% einmal und 56,8% mehrmals einem Arzt vorgestellt wurden. In einer Beratungsstelle waren 11% von ihnen einmal und 28% mehrmals vorstellig geworden. Allerdings wurde auch angegeben, dass 29,5% dieser Klienten noch nie in einer Suchtberatungsstelle gewesen sind.

#### 5.5.5.8 Maßnahmen

Es wurde nach maximal drei Maßnahmen, die bei dem Klienten mit problematischem Konsum getroffen wurden, gefragt. Es folgt eine Auswahl der Maßnahmen, die von 375 der Befragten aufgelistet wurden:

Entgiftung/Entzug; Einteilen bzw. Rationierung von Taschengeld und/oder Suchtmittel; Absprachen treffen und Gespräche (mit: dem Betroffenen, Ärzten, Drogenberatung, Kliniken, gesetzl. Betreuung, Bezugspersonen, WfbM); Alkoholkontrollen; aufklärende Gespräche; aufzeigen von Gefahren und von Alternativen, was man mit dem Geld alles machen kann; Vorstellen von Negativbeispielen; Kontakt zu: Selbsthilfegruppen, Ärzten, Drogenberatung, Kliniken; Gesprächstherapie; Beschäftigungstherapie; therapeutische Gespräche; Arbeitsverbot in alkoholisiertem Zustand; Ausgangskontrolle; Wochenplan; medikamentöse Therapie; Suchtberatung; Begleitung zu Ärzten oder Therapeuten; Ernährungsberatung; Abmahnungen; feste Tagesstrukturen und Rahmenbedingungen vereinbaren; (Taschen)Geld einteilen; begleiteter Einkauf; gesetzliche Betreuung einrichten; Trinktagebuch; Zimmerkontrollen; Sanktionen; Taschenkontrolle nach Einkaufsbummel; Vermittlung zur Suchtberatung, Psychiatrie und zu Therapeuten; Betreuung nur bei Nüchternheit des Klienten; Einrichtung einer adäquaten Wohnform oder Vermittlung in einer anderen Wohneinrichtung. Ebenso wurden Supervision, Teamsitzungen und externe Teambesprechungen angegeben. Es wurde in einigen Fällen eine mangelnde Mitarbeit und/oder Verweigerung des Klienten genannt.

Aus den aufgelisteten Maßnahmen wird ersichtlich dass Mitarbeiter aus Einrichtungen der Behindertenhilfe bei der Assistenz und Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik auf Maßnahmen zurückgreifen. Neben pädagogischen und organisatorischen Maßnahmen werden auch therapeutische Maßnahmen in Anspruch genommen.

Nun gab es auf die Frage nach Maßnahmen bei einem Klienten mit problematischem Konsum auch folgendes Zitat: „Keine, da wir bei der Fachbereichsleitung keine Unterstützung finden. Die Bewohnerin darf hier trinken soviel sie will. Uns sind die Hände gebunden. Der Bewohner ist König“. Diese Antwort wirft Fragen auf. Müssen Einrichtungen bei problematischem Konsumverhalten Maßnahmen ergreifen oder muss dieses Konsumverhalten als selbstbestimmtes Handeln respektiert werden? Was ist tolerierbar im Rahmen der Selbstbestimmung und wo sind die Grenzen? Und nicht zuletzt: welche präventive Maßnahmen müssen Einrichtungen der Behindertenhilfe erbringen?

Ein Zitat aus dem Ambulant Betreuten Wohnen verdeutlicht die die Ambivalenz zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung des Bewohners / Klienten und das „verantwortlich Sein“ für Bewohner / Klienten: „Gerade die Wohnform des ABW bietet den Klienten viele Freiheiten. [...] Welche Aufgabe haben wir als Einrichtung, den Klient mit Behinderung zu schützen?“

#### 5.5.6 Anmerkungen der Befragten

Am Ende des Fragebogens gab es die Möglichkeit, Anmerkungen zum Fragebogen oder zum Thema allgemein zu machen. Von 68 Personen, die Eintragungen vorgenommen haben, sind nachfolgend auch einige Anmerkungen als Zitate wiedergegeben:

„Ich finde es gut, dass sich hier in der Suchtarbeit bei Menschen mit geistiger Behinderung so langsam etwas bewegt. Weitere Kontakte und Austauschmöglichkeiten sind erwünscht“, und „Es ist erfreulich, dass die Problematik des Suchtmittelmissbrauchs von Menschen mit geistiger Behinderung erkannt, thematisiert und bearbeitet wird.“

Der Bedarf an Fortbildungen wird in mehreren Anmerkungen nachdrücklich betont. Ebenfalls wird die Internetdatenbank, als Plattform für Angebot und Nachfrage bezüglich Hilfeangebote für Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik, begrüßt.

Es gibt mehrere Anmerkungen in Bezug auf eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Suchthilfe. Neben Eintragungen wie beispielsweise „Die besondere Schwierigkeit bei der Bewältigung von Suchterkrankungen ist das Unverständnis der Mitarbeiter

von Suchthilfen im Umgang mit Menschen mit Behinderung. Dies bezieht sich nur auf meine Erfahrung [...]“, oder

„Das größte Problem besteht darin, Therapeuten oder Therapieplätze zu finden, die mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten“ sowie

„Es ist nicht so einfach, Therapeuten oder Sucht-/Beratungsstellen zu finden, die sich mit Menschen auskennen, die geistige Einschränkungen haben“, als Anmerkungen, die eine nicht unproblematische Situation darstellen, fand sich auch folgende Anmerkung: „[...] haben wir uns vor etwa 1,5 Jahren intensiv mit dieser Thematik beschäftigt und haben Kooperationen mit der Suchtberatung sowie zu Fachleuten in der Prävention der Suchthilfe begonnen. Dieses betraf zunächst die Fortbildung für Mitarbeiter/Innen der Behindertenhilfe.“

In Bezug auf die sich verändernde Wohnsituation für Menschen mit geistiger Behinderung wurde kritisiert: „Auch die zunehmende Zahl von Doppeldiagnosen, geistige/psychische Behinderung bildet häufig die Grundlage von Suchtproblemen, begleitet von einer unangemessenen Dezentralisierung. Der Übergang von „Heim“ zu „Bewo“ muss oftmals in Stufen passieren. Freizeitangebote für Bewo Klienten fehlen oft [...]“ und

„[...] schade, dass der Gesetzgeber bzw. die Politikdarsteller die Mittel im sozialen Bereich in den letzten Jahren nicht angepasst erhöht haben“. Denn „Erfahrungsgemäß ist der Missbrauch von Suchtmitteln bei den Menschen mit Behinderungen sehr abhängig von der Betreuungs- und Zuwendungssituation.“

Einige kritische Anmerkungen gab es in Bezug auf Medikamentenverordnung und -konsum: „Könnten sich die Klientel immer selbst entscheiden / hätte sie stets freien Zugriff, wäre die Abhängigkeitsrate gewiss höher. Bei der Verordnung und Vergabe von Medikamenten mit Suchtpotential liegt die Verantwortung meist nicht bei den Menschen mit geistiger Behinderung selbst“, und „Medikamentenabhängigkeit ist auch bei verordneten Medikamenten ein vernachlässigtes, tabuisiertes Thema.“ Diese Anmerkungen machen deutlich dass die Praxis der Medikamentenvergabe u. U. hinterfragt und überprüft werden muss.

Zu der Personengruppe der sog. „Jungen Wilden“ wurde angemerkt: „Junge Wilde“ sind mit Sicherheit mehr gefährdet, auch in Richtung Internet- und Spielsucht als klassisch geistig Behinderte.“

In einer Anmerkungen wurde das Recht auf Selbstbestimmung und einige Fragen, die sich darauf beziehen, thematisiert: „Die Thematik geistige Behinderung und Sucht gewinnt in unserer Einrichtung zunehmend an Bedeutung. Gerade die Wohnform des ambulant betreuten Wohnens bietet den Klienten viele Freiheiten, unter anderem die Möglichkeit, freier über Geld zu verfügen und selbstbestimmter Einkäufe vorzunehmen. [...] Andererseits sollte auch der Aspekt der Selbstbestimmung nicht außer Acht gelassen werden (auch viele Menschen ohne geistige Behinderung

konsumieren Suchtmittel, ohne dass dies unterbunden wird oder in Frage gestellt wird). Wann wird ein Konsumverhalten problematisch?“

Durch die ermittelten Daten innerhalb der Behindertenhilfe wurde ein umfassendes Bild darüber gewonnen, wie sich Suchtmittelkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung auswirkt. Dass es bei den vielen Anmerkungen, die nachdenklich machen und aufzeigen dass Handlungsbedarf besteht, auch Eintragungen gab die einen optimistischen Blick in die Zukunft zulassen, zeigt abschließend die nachfolgende Anmerkung: „Sucht-Therapie mit intelligenzgeminderten oder geistig behinderten Menschen wird von den Entsendern häufig wegen des vermuteten hohen Sprachanteils in der Therapie für wenig erfolgversprechend gehalten. Trotzdem gibt es gute Erfolgschancen. Nicht immer ist ein hohes Maß an Intellekt Gewähr für Therapieerfolg!“

## 5.6 Ergebnisse der Vollerhebung aus Einrichtungen der Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen

### 5.6.1 Einrichtungsbezogene Daten

**115** Fragebögen wurden von Mitarbeitern aus Einrichtungen der Suchthilfe ausgefüllt.

#### 5.6.1.1 Einrichtung

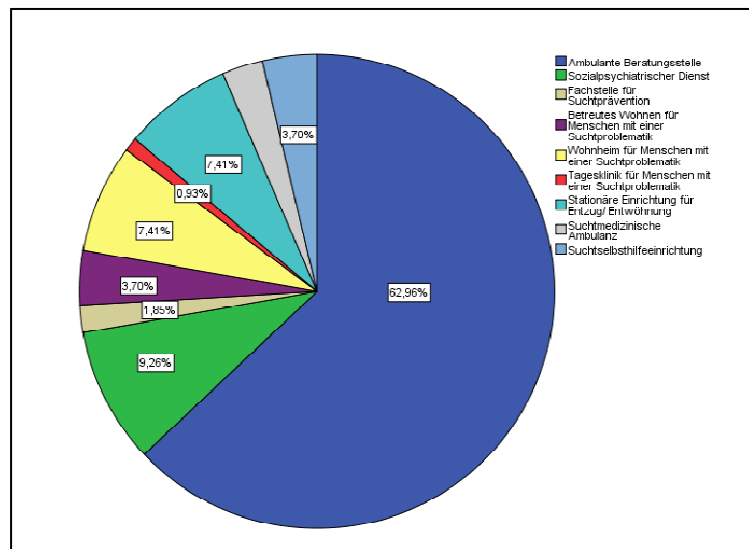


Abb. 14: In bzw. für welche Einrichtung arbeiten Sie? (n=115)

Von den 115 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, die aus dem Bereich der Suchthilfe geantwortet haben, arbeiten 63% in einer Ambulanten Beratungsstelle (vgl. Abb. 14)

und 9,3 Prozent gehören zum sozialpsychiatrischen Dienst. Weitere Institutionen, aus denen Antworten stammen, sind Tageskliniken, Suchtselbsthilfeeinrichtungen, Betreutes Wohnen für Menschen mit Suchtproblematik, Wohnheim für Menschen mit Suchtproblematik, stationäre Einrichtung für Entzug und/oder Entwöhnung, Fachstelle für Suchtprävention und Suchtmedizinische Ambulanzen. Einrichtungen, die unter „Sonstiges“ aufgelistet wurden, waren u.a. Ambulante Rehabilitation Glücksspielsucht, Drogenkonsumraum und niedrigschwellige Drogenhilfe.

#### 5.6.1.2 Ausbildung / Beruf

Innerhalb dieser Einrichtungen sind 32% der Befragten als Sozialarbeiter, 26% als Sozialpädagogen, 7% als Psychologen und 3% als Pädagogen tätig (vgl. Abb. 15). Weitere Berufsgruppen, die genannt wurden waren u.a. Erzieher, Ärzte, Sucht-, Sozial-, Gestalt- und Ergotherapeuten.

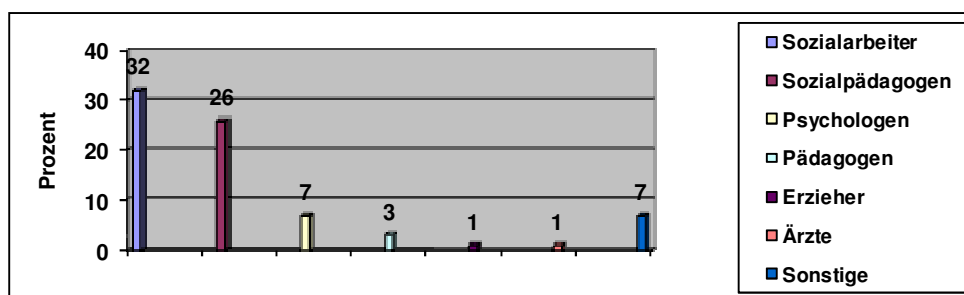


Abb. 15: Ausbildung und/oder Beruf (n=115)

#### 5.6.1.3 Tätigkeitsbereich

Die Frage, ob man direkt mit dem Klienten arbeite oder vorwiegend in der Leitung tätig sei, wurde wie folgt beantwortet: 51,3% der Befragten haben angegeben, dass sie vorwiegend mit den Klienten arbeiten, 10,3% übt eine vorwiegend leitende Tätigkeit aus und 32,1% arbeiten in beiden Bereichen. Von 6,4% wurde „Ich möchte dazu keine Angaben machen“ angegeben.

#### 5.6.1.4 Arbeitsschwerpunkt

Auf die Frage, ob man vorrangig in der Suchtberatung oder in der Suchttherapie tätig sei, haben 53% der Befragten angegeben, dass sie vorrangig in der Suchtberatung und 16,5% vorrangig in der Suchttherapie tätig sind; 30,4% hat keine Angaben zum Arbeitsschwerpunkt gemacht.



### 5.6.1.5 Geschlecht

Die Frage nach dem Geschlecht wurde wie folgt beantwortet: 42,3% der Befragten sind weiblich und 52,6% sind männlich; 5,1% hat hierzu keine Angaben gemacht.

### 5.6.1.6 Alter

In Abb. 16 ist dargestellt, wie die Frage nach dem Alter beantwortet wurde.

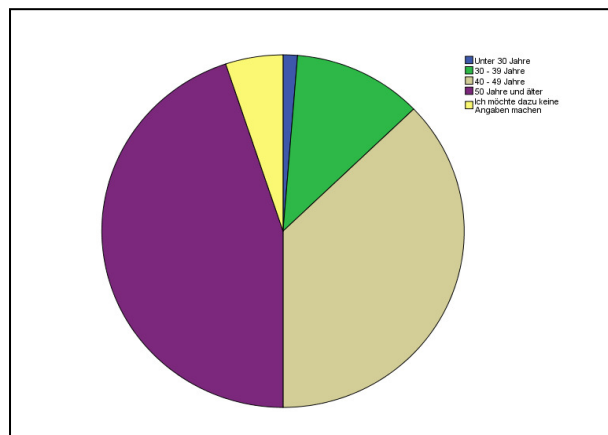


Abb. 16: Alter der Befragten (n=115)

Von diejenigen die diese Frage beantwortet haben, sind 1,3% jünger als 30 Jahre, 11,5% sind 30-39, 37,2% gehören zur Altersgruppe 40-49 und 44,9% haben angegeben, dass sie 50 Jahre oder älter sind. 5,1% haben angegeben, dass sie hierzu keine Angaben machen möchten. Wenn man die Altersgruppen mit einander vergleicht, wird ersichtlich, dass 82% von allen, die diese Frage beantwortet haben, älter als 40 Jahren sind und die Anzahl der Mitarbeiter, die zu der Altersgruppe „50 Jahre und älter“ gehören, mit 44,9% am größten war.

### 5.6.1.7 Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik, die beraten oder behandelt wurden

Auf die Frage, wie viele Menschen mit einer geistiger Behinderung und Suchtproblematik in den letzten 12 Monaten beraten oder behandelt wurden, hat die Hälfte der Beantworter (n=115) angegeben, dass sie bislang noch keinen aus dieser Personengruppe beraten oder behandelt hat. Viele haben nur einen Klienten und einer hat 25 Klienten aus dieser Personengruppe beraten oder behandelt (vgl. Tab. 8).

Anzahl behandelter / beratener Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik	Häufigkeit
1	17
2	13
3	10
4	4
5	8
6	1
10	1
15	1
16	1
18	1
25	1

*Tab. 8: Anzahl behandelter/beratener Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik (n=115)*

### 5.6.2 Substanzkonsum: Prävalenz

Die Frage, wie hoch bei Menschen mit geistiger Behinderung der Anteil derer, die Substanzen missbräuchlich konsumieren, eingeschätzt wird, ergab als Antwort einen Mittelwert von 18,2% (n=115); der Anteil derer, die Substanzen abhängig konsumieren, wurde mit 9,4% (Mittelwert) eingeschätzt.

Bei der Differenzierung nach Substanzgruppen ergaben sich folgende geschätzte Häufigkeiten für einen problematischen Konsum (Missbrauch oder Abhängigkeit; Mittelwerte, n=115): Nikotin 44%, Alkohol 32%, Medikamente 19%, Cannabis 10% und andere illegale Drogen zwischen einem und drei Prozent. Bei der Beantwortung dieser Frage sollte die entsprechende Prozentzahl eingetragen werden und Mehrfachnennungen waren möglich.

Bemerkenswert ist, dass die Mittelwerte von Nikotin, Alkohol, Medikamenten und Cannabis, im Vergleich zu den Mittelwerten der Behindertenhilfe, deutlich höher sind. Hier muss berücksichtigt werden, dass ein Teil der Mitarbeiter, die diese Frage beantwortet haben, innerhalb der Suchthilfe in Behandlung und Therapie tätig sind und sie im therapeutischen Setting mit der Personengruppe arbeiten.

Die Frage, ob der Anteil der Menschen mit einer geistigen Behinderung, die Substanzen missbräuchlich oder abhängig konsumieren, sich in den letzten 5 Jahren verändert hat, wurde wie folgt beantwortet: 33% der Befragten sind der Meinung, dass der Anteil mit problematischem Konsum gleich geblieben und 25,5% haben angegeben, dass der Anteil mit problematischem Konsum größer geworden ist. 2,1%

waren der Meinung, dass sich der Anteil verringert hat. Allerdings hat der größte Teil der Befragten (39,4%) diesbezüglich keine Angaben gemacht.

### 5.6.3 Konzeptbedarf

Es sollten Erkenntnisse darüber gewonnen werden, in wieweit bereits bestehende Beratungs- und Therapiekonzepte auch für die therapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung geeignet sind. Dass für die Suchtberatung von Menschen mit geistiger Behinderung ein eigenes Beratungs- oder Behandlungskonzept notwendig ist und entwickelt werden muss, finden 52,5% der Befragten aus Suchthilfeeinrichtungen, 31,1% sind der Meinung dass hierfür bestehende Konzepte adaptiert werden können. Die Notwendigkeit, ein Beratungs- oder Behandlungskonzept für die Suchttherapie für Menschen mit geistiger Behinderung zu entwickeln, befürworten 38,9% und 55,6% der Befragten sind der Meinung, dass hierfür bestehende Konzepte adaptiert werden können.

### 5.6.4 Barrieren

Damit Menschen mit geistiger Behinderung Beratung und Therapie in Anspruch nehmen können, müssen sie den Kontakt zur Suchthilfe herstellen können. Daher wurde erfragt, ob Mitarbeiter aus den Suchthilfeeinrichtungen Barrieren kennen, die dies verhindern. Die größten Barrieren, die verhindern, dass Menschen mit geistiger Behinderung den Kontakt zu Suchthilfeeinrichtungen finden, sind nach Meinung der Befragten aus der Suchthilfe u.a.:

- Angst (vor Bestrafung, vor dem Unbekannten)
- Scham, sich nicht verstanden fühlen
- die eigene Krankheitseinsicht und die des unmittelbaren Umfeldes
- fehlendes / mangelndes Problembewusstsein
- fehlende/geringe Krankheitseinsicht
- Familie
- Schwellenangst, fehlende Mobilität
- Unkenntnis, dass es eine solche Einrichtung gibt
- kein Veränderungswunsch
- intellektuelle Fähigkeit eine ambulante Therapie umzusetzen
- Unwissenheit über das Angebot

Außerdem:

- „Alles ist auf reden ausgerichtet“
- Kommstruktur
- fehlendes Angebot

- fehlende Vernetzung
- zu hochschwellig, andere „Sprache“ ist notwendig

Und auch:

- Information und Begleitung zur Beratungsstelle
- „bestehende Annahmen von Betreuern über die Arbeitsansätze und Möglichkeiten der Suchthilfe“
- „Mitarbeiter in Behindertenhilfeeinrichtungen, die keinen Hilfebedarf sehen oder mit dem Problem selber fertig werden wollen/müssen.“
- „Tabuthema, evtl. wird es nicht ernst genug genommen.“
- Flexibilität der Mitarbeiter, mit dieser „Doppeldiagnose“ umzugehen

Die aufgelisteten Barrieren können differenziert werden nach

- (persönliche) Barrieren bei den Klienten
- Barrieren, die durch noch nicht ausreichend vorhandene, adäquate Therapieangebote innerhalb der Suchthilfe entstehen
- Barrieren, die den Einrichtungen der Behindertenhilfe zugeordnet werden können
- ungenügende Vernetzung

Ob „Unwissenheit über das Angebot“ sowie „Unkenntnis, dass es eine solche Einrichtung gibt“ sich auf die Klienten oder sich auf die Einrichtungen der Behindertenhilfe bezieht, geht aus den Anmerkungen nicht hervor.

### **5.6.5 Klient mit problematischem Konsum**

Spezifische Daten aus dem therapeutischen Setting konnten durch Fragen, die sich auf einen den Befragten bekannten Klienten mit geistiger Behinderung und problematischem Substanzkonsum bezogen, gewonnen werden. 49,6% der Befragten (Anzahl 57, n=115) haben einen ihnen bekannten Fall angegeben, dessen Charakteristika erfragt wurden (57 Fälle).

#### **5.6.5.1 Alter und Geschlecht des Klienten mit problematischem Konsum**

Das Alter dieser Klienten ist weit gestreut: jünger als 20 (0,9%) bis über 60 Jahre (0,9%, n=115). Von denen, die diese Frage beantwortet haben, wurde die Altersgruppe von 40-49 Jahre, wie bei der Behindertenhilfe auch, am häufigsten genannt (17,4%). Die Altersgruppe von 30-39 Jahren wurde in 14,8% der Fälle und die von 20-30 Jahren in 11,3% der Fälle angegeben. In 82,5% der Fälle sind die Klienten männlich und 12,3% sind weiblich.

### 5.6.5.2 „Problematischste Substanz“

Auf die Frage nach der „problematischsten Substanz“ bei dem konsumierenden Klienten wurde von diejenigen, die diese Frage beantwortet haben, als die am häufigst vorkommende „problematischste“ Substanz Bier (47,3%) angegeben (vgl. Abb. 17), gefolgt von hochprozentigen alkoholischen Getränken (32,7%). An dritter Stelle wurden die „anderen illegalen Drogen“ (9,1%) angegeben; danach folgten Wein/Sekt (5,5%), Cannabis (3,6%) und andere Medikamente (1,8%), außer Beruhigungsmittel und Schmerzmittel. Weitere Substanzen wurden nicht angegeben.

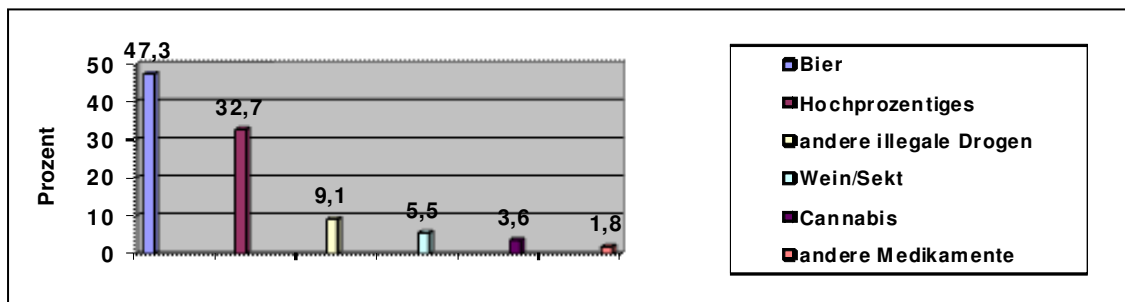


Abb. 17: „Problematischste Substanz“ bei einem Klienten mit problematischem Konsum (n=115)

Im Vergleich zu den Daten der Behindertenhilfe zeigen sich folgende Unterschiede: in der Behindertenhilfe wurde mit 22,3% Nikotin an dritter Stelle genannt; des Weiteren wurde mit 11,4% Cannabis, als „problematischste Substanz“, noch vor andere illegale Drogen und Wein/Sekt genannt.

Schmerzmittel und Beruhigungsmittel wurden von Mitarbeitern der Suchthilfe nicht als „die problematischste Substanz“ angegeben. Bezogen auf die Nikotinproblematik ist zu berücksichtigen, dass diese beim (Haus)Arzt behandelt werden kann.

### 5.6.5.3 Konsumhäufigkeit

Wie häufig der Klient konsumiert wurde ebenfalls erfragt. Mitarbeiter, die diese Frage beantwortet haben, gaben an, dass in mehr als die Hälfte der Fälle (54,5%) täglich oder fast täglich und in 21,8% der Fälle wöchentlich konsumiert wird. Auf die Frage, ob heimlich konsumiert wird, wurde in 58,2% der Fälle mit ja geantwortet (n=115).

### 5.6.5.4 Konsumdauer

Bislang wurde noch nicht ermittelt, über welchen Zeitraum Menschen mit geistiger Behinderung problematisch konsumieren. Um hierin mehr Einblick zu bekommen,

wurde die Frage, wie lange der Klient mit problematischem Konsum bereits konsumiert, gestellt (vgl. Abb. 18).

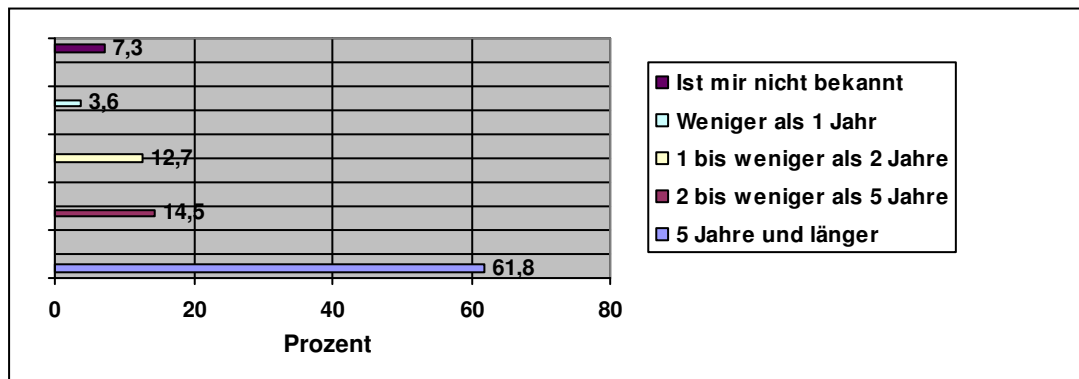


Abb. 18: Dauer des problematischen Konsumverhaltens (n=115)

Aus den Antworten wird deutlich, dass der größte Teil der Klienten mit problematischem Konsum 5 Jahre und länger konsumiert (in 61,8% der Fälle); diese Konsumdauer wurde ebenfalls am häufigsten von den Mitarbeitern aus der Behindertenhilfe angegeben.

#### 5.6.5.5 Konsumsituation

Es existieren kaum Daten, aus denen hervorgeht, ob Menschen mit geistiger Behinderung eher allein oder „in Gesellschaft“ konsumieren. Hierzu sollte die Frage, ob der Konsum allein oder in Gesellschaft erfolgt, erste Anhaltspunkte liefern (Mehrfachnennungen waren möglich).

Von den Befragten wurde angegeben, dass der Klient mit problematischem Konsum

- allein konsumiert (in 33,9% der Fälle)
- mit Freunden, die keine geistige Behinderung aufweisen, konsumiert (15,7%)
- mit Freunden, die eine geistige Behinderung aufweisen, konsumiert (10,4%)
- mit Mitbewohner/Innen konsumiert (9,6%)
- mit Familienangehörigen konsumiert (6,1%)
- mit Arbeitskolleg/Innen konsumiert (4,3%)
- mit Partner/In konsumiert (4,3%)

Aufgelistet wurden bei „Konsum mit anderen“:

- Fußballkollegen (ein Mal)
- Trinkkumpane (ein Mal)

### 5.6.5.6 Konsumort

Es liegen ebenfalls kaum Daten vor, aus denen hervorgeht, wo Menschen mit geistiger Behinderung konsumieren. Auf die Frage, wo der Klient mit problematischem Konsum konsumiert, wurde von den Befragten angegeben, dass der Klient mit problematischem Konsum (Mehrfachnennungen waren möglich):

- in der eigenen Wohnung konsumiert (in 20,9% der Fälle)
- an öffentlichen Plätzen konsumiert (15,7%)
- bei Freunden konsumiert (13%)
- im eigenen Zimmer (Wohnheim/Wohngemeinschaft) konsumiert (9,6%)
- in Gaststätten konsumiert (7,8%)
- am Arbeitsplatz konsumiert (4,3%)
- im Gemeinschaftsraum /Wohnzimmer der Wohngemeinschaft konsumiert (2,6%)
- im Elternhaus konsumiert (1,7%)

Andere Konsumorte, die aufgelistet wurden, waren

- Drogenkonsumraum (ein Mal)
- vor/im Fußballstadion (ein Mal)

Einen Vergleich der Angaben aus Sucht- und Behindertenhilfe über Konsum-Ort und Konsum – „Gesellschaft“ zeigen auf, dass sich diese Angaben kaum voneinander unterscheiden. In beiden Bereichen wurde angegeben, dass der größte Teil der Klienten mit problematischem Konsum allein und in der eigenen Wohnung konsumiert. Auch wurde in beiden Arbeitsbereichen an zweiter Stelle der Konsumort „an öffentlichen Plätzen“ angegeben.

### 5.6.5.7 Herstellung Erstkontakt zur Suchtberatung

Ebenfalls wurde erfragt, wie der Erstkontakt zur Suchtberatung hergestellt wurde (vgl. Abb. 19).

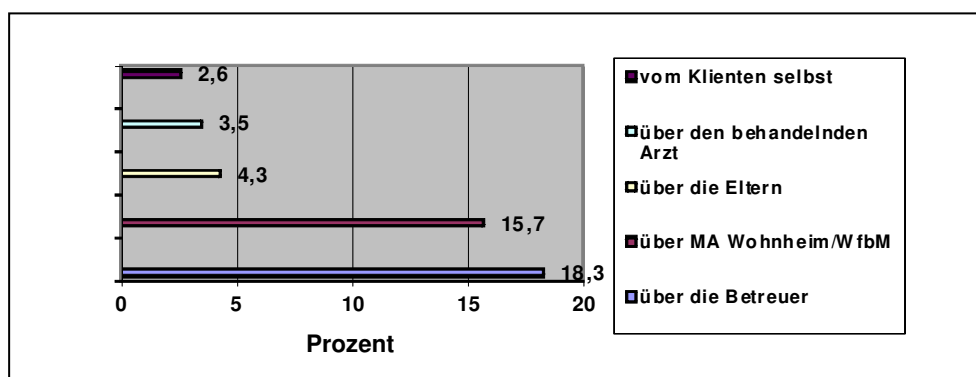


Abb. 19: Herstellung Erstkontakt zur Suchtberatung (n=115)

Die Kontaktaufnahme erfolgte am häufigsten über die Betreuer (in 18,3% der Fälle) und durch Mitarbeiter aus Wohnheim/WfbM wurde der Kontakt in 15,7% der Fälle hergestellt. In nur knapp 3% der Fälle nahmen die Klienten selbst den Kontakt zur Suchtberatung auf. Unter „Sonstiges“ wurde u.a. noch Ambulante Pflegedienst, Arge, die Ehefrau, die gesetzliche Betreuung, Jobcenter, Justiz, Klinik und die Rentenversicherung aufgelistet.

#### 5.6.5.8 Maßnahmen

Es wurde nach maximal drei Maßnahmen, die bei dem Klienten mit problematischem Konsum getroffen wurden, gefragt.

Es folgt eine Auswahl der Maßnahmen, die von 38 der Befragten aufgelistet wurden:

- am Häufigsten wurden Beratung und Aufklärung genannt
- Einzelgespräche
- Kriterien einer Abhängigkeit erklären / Mischkonsum mit Medikamenten reflektieren
- Verändertes Verhalten im alkoholisierten Zustand reflektieren
- gemeinsam Pro-Kontra-Alkoholtabelle erstellen
- Anleitung zur Selbstbeobachtung und eigene Konsumkontrolle
- Information zu Sucht und Hilfesystem
- Begleitung beim Versuch „kontrolliert zu konsumieren“
- Lernen Nein zu sagen
- Entwicklung von Freizeitaktivitäten
- alternative Stressregulierungsmöglichkeiten
- Alkohol- bzw. Drogenkontrollen
- Therapievorbereitung
- Entgiftung, stationäre Entwöhnung
- Vermittlung in stationäre Rehabilitation - ambulante Nachsorge
- Aufnahme ins Wohnheim für Suchtkranke
- Verlegung in ein suchtherapeutisches Wohnheim, abstinentes Umfeld, striktes Einhalten der Regeln

Weitere Maßnahmen, die aufgelistete wurden, waren (Zitate):

- „Abstinenzversuch mit Belohnungssystem und unangemeldeten Alkoholkontrollen; Umstieg auf alkoholfreies Bier; Rationierung und Zuteilung.“
- „ 1. klärendes Gespräch; 2. Anleitung zur Selbstbeobachtung und eigene Konsumkontrolle; 3. Information der Betreuer.“
- „ [...] positive Verstärkung abstinenten Verhaltens in Situationen, in denen früher getrunken wurde (Fußballtraining, Feiern).“
- „Vertrauensaufbau, Vermittlung von safer-use Regeln, Hilfeplangespräche mit der Wohneinrichtung.“



- „Gespräche mit dem Betroffenen mit dem Ziel Regeln im Umgang mit Alkohol zu entwickeln. Gespräche mit den Mitarbeitern im Wohnheim um deutlich zu machen, dass nicht jeder Regelverstoß (Betrunken sein, Randalieren, zu spät kommen) eine massive Abhängigkeit bedeutet.“

Aus den genannten Maßnahmen wird deutlich, dass innerhalb der Suchthilfe, wie bei der Behindertenhilfe auch, bereits Maßnahmen für Klienten mit geistiger Behinderung praktiziert werden. Allerdings haben lediglich 38 von 115 der Befragten Beispiele aufgelistet.

#### 5.6.6 Anmerkungen der Befragten

Am Ende des Fragebogens gab es die Möglichkeit, Anmerkungen zum Thema allgemein oder zum Fragebogen zu machen. Von 16 Personen, die Eintragungen vorgenommen haben, sind nachfolgend einige Anmerkungen als Zitate wiedergegeben.

Die Wahrnehmung von Suchtproblematik wurde sehr unterschiedlich dargestellt.

Neben „Meiner Wahrnehmung nach (und ich arbeite seit 25 Jahren ehrenamtlich in der Behindertenhilfe) stellt sich diese Problemlage bestenfalls seltenst dar. In den 25 Jahren habe ich persönlich (auch mit meinem geschulten Blick) noch niemals einen Behinderten kennengelernt, der diagnostisch als abhängig zu kennzeichnen gewesen wäre“, finden sich Erklärungsversuche, wieso Menschen mit geistiger Behinderung noch wenig Hilfen im Suchthilfesystem vorfinden: „Leider wird sich noch viel zu wenig damit beschäftigt, da zum Einen das Bild zu herrschen scheint, dass gerade behinderte Menschen „so was“ nicht tun und es vielleicht auch weniger ernst genommen wird. Als ich noch in der Behindertenhilfe tätig war, wurde das Thema immer umgangen, bzw. gab es einfach Verbote für die Bewohner, statt mit dem Thema zu arbeiten. Allerdings war es so, dass wir dies damals noch mit einem Verbot und androhter Sanktion regeln konnten.“

Auch das nachfolgende Zitat setzt sich hiermit auseinander: „Ich glaube, dass die Zahlen nicht den tatsächlichen Bedarf widerspiegeln, dass viele Menschen mit geistiger Behinderung nicht im Suchthilfesystem landen und die Kooperation zwischen den Systemen Suchthilfe und Behindertenhilfe sehr unterentwickelt ist, was von vielen Mitarbeitern aber nicht so gesehen wird, weil der Mangel so nicht offensichtlich ist (Blindheit im eigenen System und Berührungängste).“

Warum Menschen mit geistiger Behinderung noch auf wenig therapeutische Hilfen zurückgreifen können, verdeutlichen die beiden folgenden Zitate:

1. „[...] sind keine Suchtberatung, arbeiten aber ausschließlich mit suchtkranken Klienten. Menschen mit geistiger Behinderung sind sehr selten unter unseren Klienten, da das Angebot dieser Personengruppe kaum entspricht.“

2. „[...] begrüße ich es sehr, dass man sich mehr dieser Personengruppe mit dieser Problematik zuwendet. Insbesondere auch deswegen, da die Zusammenarbeit zwischen Behinderten- und Suchthilfe mangelhaft ist.“

Sicherlich ist die Frage nach dem Fortbildungsbedarf auch unter dem Aspekt zu sehen „dass es sich lohnen muss“. Aus einer Anmerkung geht hervor, dass zwischen 2008 und 2010 nur ein einziger Klient mit geistiger Behinderung in einer Beratungsstelle gekommen ist. Es ist nachvollziehbar wenn daraufhin erklärt wird: „Die Beratung oder Vermittlung in stationäre Entwöhnung von geistig Behinderten kommt in unserer Beratungsstelle sehr selten vor, so dass sich der Aufwand einer speziellen Weiterbildung für uns nicht lohnt.“

Der Hinweis aus dem nachfolgenden Zitat sollten nicht außer Acht gelassen werden: „Es wäre auch interessant den umgekehrten Anteil zu prüfen, nämlich wie viele chronisch suchtkranke Menschen sind geistig behinderte Menschen.“

In mehrere Eintragungen wurde die Beschäftigung mit dem Thema als positiv bezeichnet. Abschließend hierzu nachfolgende Anmerkung: „Ich freue mich, dass dieser Bereich systematisch angegangen wird. Unsere Erfahrung ist, dass es durch die zunehmende Ambulantisierung der Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe SGB §53) an Bedeutung zunehmen wird.“

## 5.7 Therapie und Prävention aus Sicht der Sucht- und Behindertenhilfe

### Verortung der Prävention

In beiden Hilfesystemen wurde erfragt, wo Angebote zur Prävention von Substanzmissbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung angesiedelt werden sollten. Die Ergebnisse sind in Abb. 20 und Abb. 21 dargestellt.

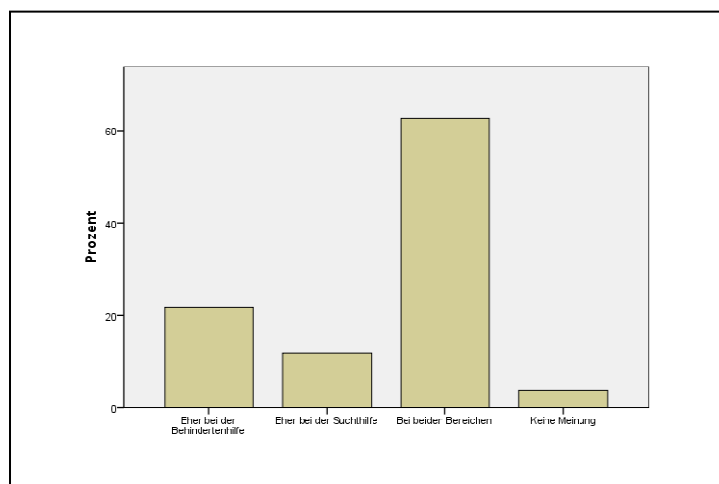


Abb. 20: Verortung der Prävention nach Meinung der Behindertenhilfe

62,5% der Befragten aus der Behindertenhilfe ist der Meinung, dass das Angebot zur Prävention von Substanzgebrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung in beiden Hilfesystemen verortet werden soll (vgl. Abb. 20).

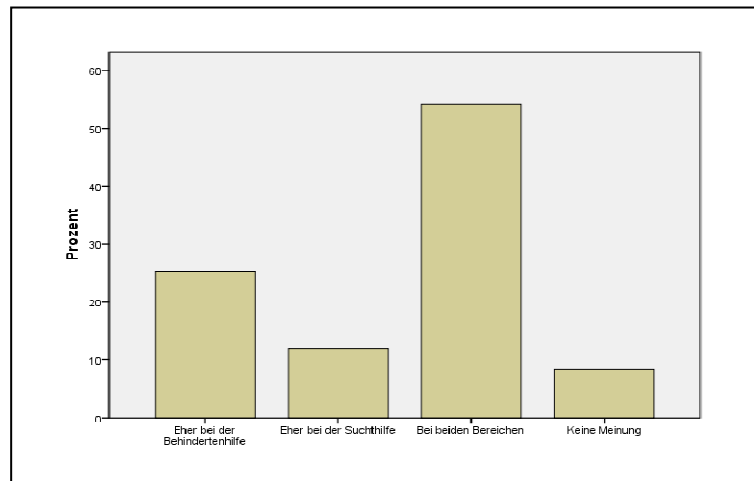


Abb. 21: Verortung der Prävention nach Meinung der Suchthilfe

Auch aus dem Bereich der Suchthilfe ist mit 54,2% die Mehrheit der Befragten der Meinung, dass die Prävention in beiden Bereichen verortet werden sollte (vgl. Abb. 21).

Wie die Frage von beiden Hilfesystemen beantwortet wurde, zeigt der Mittelwertvergleich in Abb. 22.

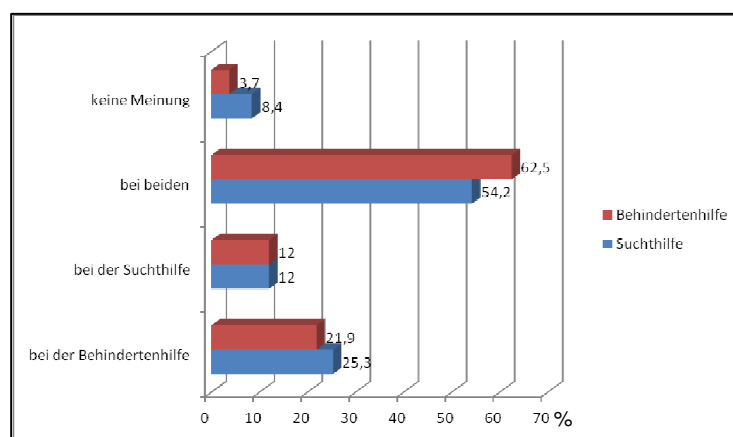


Abb. 22: Verortung der Prävention (Mittelwertvergleich)

Eine Verortung bei der Behindertenhilfe wird von 25,3% der Befragten aus der Suchthilfe und von 21,9% der Befragten aus der Behindertenhilfe bevorzugt. Bemerkenswert ist, dass mit 12% in beiden Arbeitsbereichen übereinstimmend eine Verortung bei der Suchthilfe präferiert wird. Insgesamt sind die Beantworter aus beiden Hilfesystemen mehrheitlich der Meinung, dass Angebote zur Prävention

sowohl in der Sucht- als auch in der Behindertenhilfe verortet sein sollten. Demnach fühlen sich beide Arbeitsbereiche auch für die Prävention zuständig.

### Spezielle Angebote zur Prävention von Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung

Es sollte ermittelt werden, in wieweit Mitarbeiter aus Einrichtungen der Behindertenhilfe Präventionsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung kennen.

Von den Befragten aus der Behindertenhilfe kennen 11% ein Präventionsangebot für Klienten mit einer geistigen Behinderung. 67 Personen haben ein ihnen bekanntes Präventionsangebot eingetragen. Genannt wurden:

- Beratungsstellen bzw. Suchtberatung (13 Mal)
- das DIDAK® - Präventionsprogramm (acht Mal)
- Aufklärungs(Gespräche und –angebote (acht Mal)
- (Fach)Kliniken wurden insgesamt sechs Mal genannt; namentlich genannt wurden Klinik Oldenburger Land, LWL-Klinik Münster, LWL-Klinik Warstein und Nikolausburg
- Selbsthilfegruppen (sechs Mal)
- Ernährungsberatung (zwei Mal)
- DROBS (zwei Mal)
- Biografiearbeit (zwei Mal)

Weitere Präventionsangebote, die genannt wurden, waren u.a.:

- Beschäftigungsangebote; Beziehungsarbeit
- Kompetenztraining nach Degenhardt
- Ausbildung der Mitarbeitenden
- Vergabe von Antabus
- Gesprächs- und Verhaltenstherapie
- Gruppenkurse; Sportprogramme; kreative Angebote
- spezielles Suchtkonzept wurde erarbeitet
- Gesprächs- und Gestalttherapie
- therapeutische Gespräche
- Quadro

Von den Befragten aus der Suchthilfe kennen 14,8% ein Präventionsangebot für Klienten mit einer geistigen Behinderung.

Von 15 Personen wurde ein ihnen bekanntes Präventionsangebot genannt; dazu gehörten u.a.:

- das DIDAK<sup>®</sup> - Präventionsprogramm (sechs Mal)
- Alkohol(wissens)spiele; Rauschbrillen
- Bethel
- Bewohner-Stammtisch
- Präventiv-Fachkraft in WfbM
- Konzept zur ambulanten Rehabilitation in Berlin, ebenso ein Präventionsangebot, was dort angeboten wird
- eigene Ansätze; Schulveranstaltungen
- Gesundheitsamt der Stadt
- PEP
- Konzept der Fachhochschule in Paderborn

### Spezielle Angebote zur Behandlung / Therapie von Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung

Ebenfalls wurde erfragt, in wieweit Behandlungs- und Therapieangebote für Menschen mit geistiger Behinderung bekannt sind.

Aus Einrichtungen der Behindertenhilfe haben 15,8% der Befragten angegeben, dass sie ein spezielles Behandlungs- und Therapieangebot für Menschen mit geistiger Behinderung kennen.

Von 102 Personen wurden hierzu Beispiele eingetragen. Aufgelistet wurden u.a.:

- Fachklinik im Oldenburger Land bzw. To Hus (24 Mal)
- Kliniken vom LWL und LVR in Münster, Warstein und Viersen (neun Mal)
- Entgiftung in Klinik Alsterdorf in Hamburg (zwei Mal)
- Suchtberatungsstellen in Essen
- Sprungbrett in Hattingen
- Entzug in Klinik in Langenfeld
- Camillushaus / St. Camillus Hospital
- Gehörlosenpsychiatrie Lengerich, Klinik Greven
- Nikolausburg Duisburg
- stationäre Suchthilfe Wittekindshof
- Gesprächstherapie; Gestalttherapie; Psychotherapie; Ergotherapie; Sporttherapie; Körpertherapie; Reittherapie
- Suchtberatung; Ernährungsberatung
- Selbsthilfegruppen
- Suchtambulanz
- betreute Wohnformen

Gefragt nach speziellen Behandlungs- und Therapieangeboten zur Behandlung von Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung, wurde durch 25,2% der Befragten aus Einrichtungen der Suchthilfe angegeben, dass sie ein solches Angebot kennen. Von den 22 Personen, die hierzu Beispiele eingetragen haben, wurde 11 Mal namentlich die Fachklinik Oldenburger Land bzw. To Hus genannt. Weitere waren u.a. eigene Entwöhnungskliniken, Klinik die sich teilweise auf dieses Klientel spezialisiert hat, Fachklinik für entspr. Klientel und Klinik in Nord-Deutschland. Des Weiteren wurden eine stationäre Rehabilitationseinrichtung, ein suchttherapeutisches Wohnheim, eine vorgegebene Tagesstruktur, einfache Arbeitstherapie und Kompetenztraining mit speziellen Angeboten, eingetragen.

## 5.8 Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Behindertenhilfe

Die Kooperation von Sucht- und Behindertenhilfe wird von den Beantwortern aus der Behindertenhilfe als nicht ausreichend eingeschätzt. Wenn man die Beurteilung der Zusammenarbeit der Mitarbeiter, die einen Klienten mit problematischem Konsum kennen, auswertet, ergibt sich ein Mittelwert von 4,36%.

Die Kooperation zwischen Sucht- und Behindertenhilfe wird durch die Beantworter aus der Suchthilfe im Durchschnitt mit der „Note 4,7“ eingeschätzt. Wenn man die Beurteilung der Zusammenarbeit der Mitarbeiter, die einen Klienten mit problematischem Konsum kennen, auswertet, ergibt sich ein Mittelwert von 4,09%.

Die Kooperation zwischen Sucht- und Behindertenhilfe bekommt von den Mitarbeitern, die einen Klienten mit problematischem Konsum kennen, eine (etwas) bessere Bewertung.

## 5.9 Bedarf an Weiterbildung

Im Umgang mit problematischem Konsum ist es notwendig, dass Mitarbeiter auf adäquate und angemessene Maßnahmen zurückgreifen können. Hierbei muss unterschieden werden zwischen präventiven Interventionen und medizinisch-therapeutischer Behandlung.

Um den Bedarf an Weiterbildung zu ermitteln, wurde zwischen Suchthilfe- und Behindertenhilfeeinrichtungen sowie zwischen Prävention und Behandlung differenziert. Folgende Abbildungen zeigen den Bedarf an Weiterbildungsangeboten zum Thema Prävention.

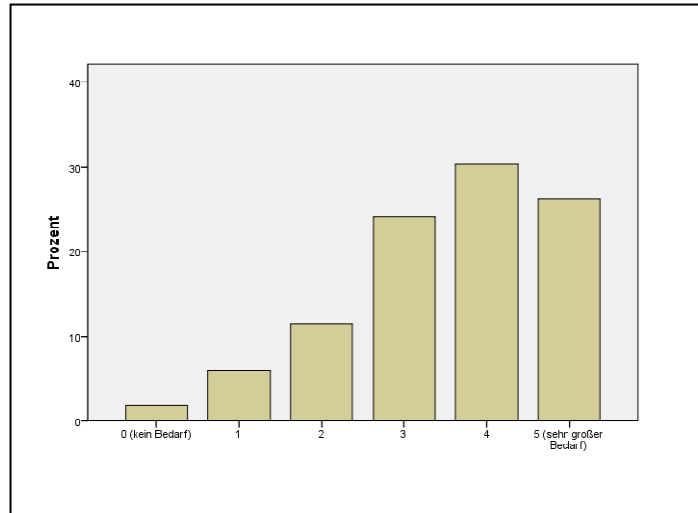


Abb. 23: Bedarf an speziellen Weiterbildungsangeboten zum Thema Prävention von Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Behindertenhilfe (n=780)

Wie Abb. 23 zeigt, wird der Bedarf an Weiterbildung zum Thema „Prävention von Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung“ von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Behindertenhilfe, die diese Frage beantwortet haben, mit einem großen (30,4%) bzw. sehr großen Bedarf (26,2%) angegeben.

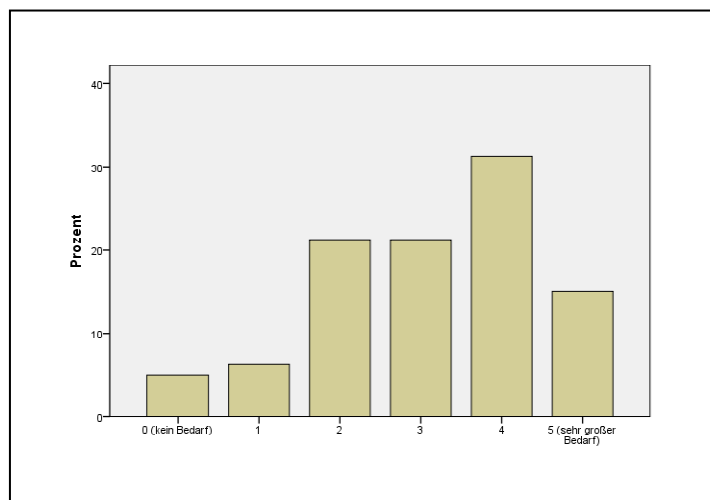


Abb. 24: Bedarf an speziellen Weiterbildungsangeboten zum Thema Prävention von Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Suchthilfe (n=115)

Im Vergleich zu den Ergebnissen aus der Behindertenhilfe geben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Suchthilfeeinrichtungen, die diese Frage beantwortet haben, ihren Weiterbildungsbedarf zu diesem Thema meist mit „durchschnittlich“ bis „hoch“ (31,3%) an. Lediglich 15% sehen einen sehr großen Weiterbildungsbedarf (vgl. Abb. 24).

Wie groß der Bedarf an speziellen Weiterbildungsangeboten zum Thema Behandlung / Therapie eines problematischen Konsumverhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung von diejenigen, die diese Frage beantwortet haben, ist, zeigt Tab. 9.

Bedarf an speziellen Weiterbildungsangeboten: Behandlung/Therapie	Aus Sicht der <u>Behindertenhilfe</u>	Aus Sicht der <u>Suchthilfe</u>
0 (kein Bedarf)	3,4%	5,0%
1	6,9%	8,8%
2	11,7%	17,5%
3	24,7%	33,8%
4	28,7%	30,0%
5 (sehr großer Bedarf)	24,5%	5,0%

Tab. 9: Bedarf an speziellen Weiterbildungsangeboten zum Thema Behandlung / Therapie eines problematischen Konsumverhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung

Die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder mit den dazugehörigen Arbeitsaufgaben könnten den unterschiedlich hohen Bedarf an Weiterbildungsangeboten zwischen Sucht- und Behindertenhilfe erklären. Mitarbeiter aus Einrichtungen der Behindertenhilfe wissen um behinderungsspezifischen Bedarfe und Ressourcen der Menschen, mit denen sie (täglich) arbeiten. Sucht beinhaltet hier, neben organisatorischen Herausforderungen, eine gesundheitlich-medizinische Problematik, die in den meisten Einrichtungen nicht (mehr) durch entsprechend qualifizierten Mitarbeiter behandelt oder therapiert werden kann. Es bestehen aber Möglichkeiten um präventiv zu arbeiten. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass der Bedarf an Weiterbildungsmaßnahmen in Bezug auf Prävention hier im Mittelwert deutlich höher ist als bei der Suchthilfe.

Vergleicht man den Weiterbildungsbedarf für Behandlung und Therapie in beiden Hilfesysteme miteinander, dann zeigt sich hier für den Bereich der Behindertenhilfe einen sehr großen und für den Bereich der Suchthilfe einen großen Bedarf.

### 5.9.1 Art der Weiterbildung

Welche Art der Weiterbildung bzw. der Informationsbeschaffung bevorzugt wird, wurde ebenfalls erfragt.

Die bevorzugten Arten der Weiterbildung und der Informationsbeschaffung, die in der Behindertenhilfe angegeben wurden, waren: 1. Weiterbildung durch einen Experten, der ins Team kommt (49,6%) und 2. eine externe Weiterbildung (41,2%). Sich zu informieren durch Fachbücher ist für 13,1% der Befragten eine Option. Ein Internetforum zum Thema, in dem man sich mit Kollegen austauschen kann, ist



ebenfalls für 13,2% der Befragten eine Möglichkeit, sich zu informieren. Eine „Online-Weiterbildung“ wird von 5% der Befragten angegeben. An weiteren Möglichkeiten wurden u.a. aufgelistet: kollegiale Beratung der Experten „Sucht“ in Einrichtungen der Behindertenhilfe, offene Treffen für Mitarbeiter und Klienten, Gespräche mit aktuellen bzw. ehemaligen Konsumenten sowie Weiterbildung für Kunde und Mitarbeiter. Ebenso wurde (Zitat) „Theorie- und Praxisverschränkung (wesentlich) und genauso wichtig ist der fachliche Input“ angegeben.

In der Suchthilfe sind die bevorzugten Arten der Weiterbildung und der Informationsbeschaffung 1. eine externe Weiterbildung (45,2%) und 2. Weiterbildung durch einen Experten, der ins Team kommt (40%). Ein Fachbuch zum Thema haben 20% und ein Internetforum, in dem man sich mit Kollegen austauschen kann, haben 13% der Befragten angegeben. Eine „Online-Weiterbildung“ bevorzugen 12,2% der Befragten. An weiteren Möglichkeiten wurden eine Inhouse-Fortbildung sowie ein regelmäßiger Austausch der unterschiedlichen Teams aufgelistet.

## 5.10 Resümee

In der Vollerhebung „Sucht und geistige Behinderung in Nordrhein-Westfalen“ sollte ermittelt werden

- ob Menschen mit geistiger Behinderung Suchtmittel konsumieren
- welche Suchtmittel sie konsumieren
- ob es Probleme durch Suchtmittelkonsum gibt
- welche Hilfeangebote für Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik bereits bestehen
- welche Bedarfe sich in Behinderten- und Suchthilfeeinrichtungen manifestieren

Es existiert in Deutschland kein Erhebungsinstrument zur Ermittlung von Suchtproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Mit Hilfe des konzipierten Fragebogens, der in mehreren Pretests erprobt wurde, sollten valide Daten zur Prävalenz ermittelt werden. Das große Interesse und die hohe Beteiligung an dieser Vollerhebung kann dahingehend interpretiert werden, dass das Thema „Sucht und geistige Behinderung“ eine erhebliche Rolle spielt in Einrichtungen der Sucht- aber vor allem in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Die Auswertung von 895 Fragebögen lassen valide Aussagen zu diesem Thema zu. Ergebnisse der Vollerhebung zeigen auf, dass die Frage, ob Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen Suchtmittel konsumieren, mit ja beantwortet werden muss, wobei es keine Hinweise darauf gibt, dass die Daten, die für Nordrhein-Westfalen ermittelt wurden, sich grundlegend von denen der anderen Bundesländer unterscheiden.

Die Auswertung der erhobenen Daten zeigt, dass durch Menschen mit geistiger Behinderung sowohl legale als auch illegale Substanzen konsumiert werden und sich neben unproblematischen Konsummustern auch Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit manifestieren. Die Hypothese, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung kaum Gelegenheit haben, sich mit illegalen Substanzen zu versorgen, muss offensichtlich verworfen werden. Die Annahme, dass Normalisierung und Ambulantisierung mit zum Suchtmittelkonsum beitragen, wird durch die Evaluation der Erhebungsergebnisse bestätigt. Der problematische Konsum von fast allen Substanzen manifestiert sich am häufigsten im Ambulant Betreuten Wohnen. Auch in Anmerkungen von Mitarbeitern der Behindertenhilfe wird auf einen Zusammenhang zwischen Wohnform und Substanzkonsum hingewiesen. Die Schlussfolgerung, dass mit abnehmender Betreuungsintensität das Risiko für Substanzmissbrauch zunimmt und ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen Wohnform und Risiko für problematischen Substanzkonsum besteht, liegt nahe. Es ist dringend notwendig, hierfür zielgruppenspezifische Präventionsangebote zu konzipieren.

Eine Verortung der Präventionsangebote in beiden Hilfesystemen wird durch die Mehrheit der Befragten befürwortet. Hieraus wird ersichtlich, dass Bedarf an Kooperationen besteht und sich beide Hilfesysteme für Suchtproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung zuständig fühlen. Eine besondere Herausforderung in der Suchtprävention liegt in der Befähigung zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten. Neben der vom Arzt verordneten Dauer- und Bedarfsmedikation können Bewohner/Klienten sich auch freiverkäufliche Arzneimittel kaufen und diese (z.T. ohne Rücksprache) einnehmen. Bei einer zunehmenden Verselbstständigung von Menschen mit geistiger Behinderung ist es unerlässlich, sie für einen verantwortungsvollen und sorgfältigen Umgang mit Medikamenten zu befähigen.

Beide Hilfesysteme sehen sich offensichtlich unzureichend in der Lage, bei bestehender Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik adäquate Maßnahmen anzubieten bzw. durchzuführen. Die bereits bestehenden Angebote sind der Mehrzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Behinderten- und Suchthilfe nicht bekannt und werden wohl auch dem Bedarf noch nicht gerecht. Es besteht Bedarf an Präventionsangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung. Diese sind jedoch aufgrund der individuellen Bedarfe der Zielgruppe noch nicht ausreichend vorhanden. Auch besteht Bedarf an spezielle Beratungs- und Behandlungskonzepten für Suchtberatung und Suchttherapie. Aus Sicht der Suchthilfe müssen präventive und therapeutische Konzepte neu entwickelt oder können bereits bestehende Konzepte für diese Zielgruppe adaptiert werden. Außerdem existieren Barrieren, die den Kontakt zur Suchthilfe erschweren. Diese können durch niedrigschwellige und zielgruppenspezifische Angebote reduziert werden. Damit Betroffene sie auch in Anspruch nehmen können, sollten diese Angebote bekannt gemacht werden.

Substanzmissbrauchs- und Abhängigkeitsproblematik haben in Einrichtungen der Behindertenhilfe erhebliche Auswirkungen. Aus den ermittelten Daten und aus den aufgelisteten Maßnahmen wird deutlich, dass, zusätzlich zu der alltäglichen Unterstützungs- und Assistenzzeit, noch sehr viel Zeit aufgewendet werden muss für Maßnahmen, die im Umgang mit problematischem Substanzkonsum erforderlich werden. Setzt man dies in Relation zum Ergebnis, dass 20% der Befragten angegeben haben, dass es zu einer Zunahme von Einzelbetreuung zu Lasten anderer Klienten oder Bewohner kommt, dann kann man daraus schließen, dass Bedarf an differenzierten Konzepten (für die verschiedenen Wohnformen und für Werkstätten), die diese Suchtproblematik berücksichtigen, besteht. Allerdings wurde nicht ermittelt, welche Ursachen für die Suchtproblematik in den Werkstätten (WfbM) in Frage kommen. Es wäre denkbar, dass die Suchtproblematik durch Suchtmittelkonsum vor und nach der Arbeit (abends und nachts) entsteht und man sich in den Werkstätten dann mit den Auswirkungen davon auseinandersetzen muss. Daher ist es wichtig, dass Werkstätten bei Konzeptentwicklungen involviert sind und es zu einer Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen beider Hilfesysteme kommt.

Für Mitarbeiter aus Sucht- und Behindertenhilfe besteht Bedarf an Weiterbildungsangeboten. Es besteht sowohl Bedarf an Weiterbildungsangeboten zum Thema „Prävention von Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung“ als auch an Weiterbildungsangeboten zum Thema „Behandlung und Therapie eines problematischen Konsumverhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung“. Bevorzugt werden sowohl Weiterbildungen durch Experten, die ins Team kommen, als auch ein- oder mehrtägige Weiterbildungsangebote, die extern durchgeführt werden. Ebenfalls kommen Fachbücher als Informationsmedium sowie ein Internetforum, als Möglichkeit sich mit anderen Kollegen auszutauschen, in Frage.

Damit eine Häufung von Bedarfen in bestimmten Regionen ermittelt werden konnte, wurde um die (freiwillige) Angabe der ersten drei Zahlen der Postleitzahl gebeten; in insgesamt 468 der 895 Fragebögen wurden eine Postleitzahl eingetragen, davon in fünf Fällen mit ein oder zwei Zahlen; diese im Verhältnis geringe Anzahl von Antworten lassen keinen Rückschluss auf die bestehenden Bedarfen in den einzelnen Regionen zu. Wohl ist festzustellen, dass, bis auf die „unvollständigen Eintragungen“, sich alle Postleitzahlen zu Städten aus Nordrhein-Westfalen zuordnen lassen.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die bereits bestehenden Maßnahmen zur Therapie und Prävention von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung von den Mitarbeitern aus Sucht- und Behindertenhilfe als unzureichend bewertet wurden. Ergebnisse der Vollerhebung zeigen einen hohen Bedarf an suchtspezifischen Konzepten sowie an Kooperationen zwischen beiden Hilfesystemen auf.

## **6 Ermittlung von Suchtmittelkonsum und dessen Auswirkungen bei Menschen mit geistiger Behinderung:**

### **Ergebnisse der Interviews**

Das Ziel der Vollerhebung war es, eine Bestandsaufnahme über Prävalenz und Auswirkungen von Suchtmittelkonsum bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung vorzunehmen. In erster Linie war geplant, dass lediglich im Rahmen einer Master-Thesis von Frau Bentrup-Falke Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung geführt werden sollten. Diese sollten als „zentrale Auskunftspersonen“ (Schäfers, 2009, 213) und „Experten in eigener Sache“ (ebd. 213) selbst zu Wort kommen. Nachdem jedoch viele Personen aus der Zielgruppe auf unsere Anfrage reagierten und ein großes Interesse zeigten an den Interviews teilzunehmen, wurden die Interviews durch die Autorin fortgesetzt. Hierdurch konnten, neben Ergebnissen der Vollerhebung, weitere Daten, die sich aus den Konsumentenangaben ergaben, über das Konsumverhalten der Zielgruppe gewonnen werden. 41 Interviews wurden von Frau Theresia Bentrup-Falke und 61 wurden von der Autorin geführt. Insgesamt nahmen 102 Probanden an den Interviews teil, davon kamen 100 aus Nordrhein-Westfalen.

Bei den Vorbereitungen der Interviews wurde deutlich, dass unterschiedliche Aspekte, die sich sowohl aus der besonderen Wohn- und Arbeitssituation als auch aus den Fähigkeiten und Einschränkungen der Zielgruppe ergaben, zu berücksichtigen waren.

Um Probanden zu gewinnen kamen mehrere Vorgehensweisen in Frage (siehe auch: Bentrup-Falke, 2012, 65 ff.). In den meisten Fällen wurde der Kontakt über die Mitarbeiter aus Einrichtungen der Behindertenhilfe (Wohnstätte, Werkstatt für behinderte Menschen, Ambulant Betreutes Wohnen-Anbieter) hergestellt. In wenigen Fällen erfolgte die Kontaktaufnahme direkt mit potentiellen Probanden. Diese Personen lebten im Ambulant Betreuten Wohnen.

Bei einer Kontaktaufnahme über die Einrichtungen erfolgte als erstes ein Informationsgespräch mit der Einrichtungsleitung; hierbei wurden Inhalte und Ziele des Modellprojektes dargestellt. Erst nachdem die Einrichtungsleitung eine Unterstützung seitens der Einrichtung zugesichert hatte, wurde Kontakt zu potentiellen Probanden aus der betreffenden Einrichtung aufgenommen. Dies geschah durch:

- Vorträge in Werkstätten
- Vorträge in Bewohnerbeiratssitzungen
- Vorträge während Bewohnerversammlungen

In diesen Sitzungen wurde mit Hilfe einer DVD (s.u.) und mit einer Projektbeschreibung in einfacher Sprache über die Interviews informiert. Des

Weiteren gab es Projektinformationen für die Mitarbeiter; sie wurden gebeten, die Informationen an Bewohner<sup>18</sup> weiterzuleiten. Falls Interesse zur Teilnahme an einem Interview bestand, bekamen die Interviewerinnen eine Nachricht von den Mitarbeitern. Ebenfalls konnten Bewohner/Klienten die Interviewerinnen telefonisch oder per Email kontaktieren. Bei Bedarf wurde ein weiterer Gesprächstermin vereinbart. Bei diesem Gespräch konnten Fragen zum Modellprojekt oder zu den Interviews beantwortet oder auch ein Termin für die Interviews vereinbart werden.

Als Einschlusskriterien für eine Teilnahme an den Interviews wurden formuliert:

1. Die Teilnehmer mussten mindestens 18 Jahre alt sein.
2. Die Teilnehmer mussten sich freiwillig zur Teilnahme bereit erklärt und die Einverständniserklärung unterschrieben haben.
3. Die Teilnehmer mussten über ein Mindestmaß an passiver und aktiver Sprachkompetenz verfügen.

Die Einschätzung, ob potentielle Probanden über diese Einschlusskriterien verfügten, wurde zum größten Teil von den Mitarbeitern der kontaktierten Einrichtungen vorgenommen.

## 6.1 Interviewinformation

Es war u.E. unbedingt erforderlich, dass potentielle Probanden (und deren gesetzlichen Betreuer) umfassend über das Modellprojekt und das Interview informiert wurden. Damit sollten Voraussetzungen geschaffen werden, die dem Recht auf Selbstbestimmung Rechnung tragen. Hierzu gehört beispielsweise, dass man sich adäquat und umfassend informieren sowie sich in Ruhe beraten kann, bevor man eine Entscheidung trifft. In allen Informationsschreiben wurde darauf hingewiesen, dass eine Teilnahme an den Interviews freiwillig erfolgen muss, eine Vertrauensperson beim Interview dabei bleiben kann, eine Veröffentlichung von anonymisierten Ergebnissen schriftlich zugestimmt werden muss (von Probanden und der gesetzlichen Betreuung), Fragen beantwortet aber auch nicht beantwortet werden können sowie dass keine Informationen aus den Interviews an Dritte weitergegeben würden (Respektieren der Privatsphäre. Siehe hierzu auch: Raab-Steiner, Benesch, 2008, 40).

Für die potentiellen Probanden wurde eine Projektbeschreibung in leichter Sprache verfasst. Allerdings erschien uns das nicht ausreichend, denn Personen, die Schwierigkeiten beim Lesen haben, müssten immer darum bitten, dass jemand ihnen die Projektbeschreibung vorliest. Daher erschien uns für die Zielgruppe, neben der

---

<sup>18</sup> an Bewohner aus dem stationären Wohnbereich, Beschäftigte aus der WfbM, Klienten aus dem ABW

Projektbeschreibung in leichter Sprache, eine DVD als weiteres Informationsmedium sehr geeignet. Die DVD sollte zur Entscheidungsfindung beitragen, indem sich potentielle Probanden mit Bezugspersonen oder Vertrauenspersonen beraten konnten, ob sie an den Interviews teilnehmen oder nicht. Die DVD wurde den Einrichtungen der Behindertenhilfe kostenlos zur Verfügung gestellt. Über Einsatz und Weitergabe der DVD wurde innerhalb der Einrichtungen entschieden.

### 6.1.1 Konzeption der DVD

Eine DVD bietet dem Zuschauer die Möglichkeit, dass er sich diese so häufig ansehen und anhören kann, bis er die Inhalte oder die Botschaft „verstanden“ hat. Daher erschien sie uns als Informationsmedium für potentielle Probanden sehr geeignet:

- sie können sich mit Bild und Ton über Inhalte und Ziele der Interviews informieren;
- sie können sich bei Bedarf die DVD auch häufiger ansehen (auch im privaten Wohnbereich);
- sie können sich die DVD gemeinsam mit einer Bezugsperson anschauen; in diesem Fall können Fragen zum Inhalt direkt von der Bezugsperson beantwortet werden.

Die DVD wurde in Kooperation mit der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Anna Zembala konzipiert. Im „Interviewtraining für Einsteiger“ wurde gemeinsam mit Studenten aus dem 3. Semester des Studiengangs „Bachelor - Soziale Arbeit“ als erstes ein Drehbuch entwickelt; die Szenen wurden anschließend in Bild und Ton aufgenommen. Bei der Drehbuch-Konzeption und bei den Bild- und Tonaufnahmen wurde großen Wert darauf gelegt, dass Menschen mit geistiger Behinderung Bild und Ton „verstehen“ können:

- Texte wurden in einfacher Sprache formuliert, damit die Inhalte besser verstanden werden können;
- Texte wurden langsam gesprochen, weil eine schnelle Sprachgeschwindigkeit das Verständnis des gesprochenen Textes erschwert;
- wichtige Inhalte wurden wiederholt (z.B. Freiwilligkeit, Anonymität, Einverständnis);
- es wurden schnelle Wechsel zwischen den Szenenbildern vermieden;
- Bild und Ton wurden aufeinander abgestimmt;
- Texte wurden so formuliert, dass beim Zuschauer nicht der Eindruck entsteht oder der Zwang verspürt wird, dass er an diesem Interview teilnehmen muss;
- der Titel der DVD „Wer macht mit?“ wurde so gewählt, dass ein Interesse entsteht, sich die DVD anzusehen;
- der Anfang der DVD wurde so gestaltet, dass sie zum „Zuschauen“ einlädt.

Es wurde in Betracht gezogen, dass potentielle Probanden sich die DVD auch allein (ohne Bezugspersonen) ansehen. Daher war es u. E. sehr wichtig, weder angstbesetzte Bilder noch Bilder von illegalen Drogen zu zeigen. Dadurch sollte

verhindert werden, dass sich Ängste entwickeln, weil z.B. Fragen zu diesen Bildern nicht in der Situation, sondern erst später durch Bezugspersonen beantwortet werden könnten. Ebenso sollte verhindert werden, dass durch Fotos von illegalen Drogen sich beim Zuschauer das Bedürfnis entwickelt, dass er Wirkungen der Droge „erleben will“, ohne dass er vorher über Risiken und Gefahren informiert werden konnte. Außerdem war es u.E. wichtig, eine DVD aufzunehmen die einen „freundlichen Eindruck“ aber keine „Beklemmung“ oder „Angst“ hinterlässt (siehe auch: Barth, Bengel, 1998).

Die beabsichtigte, umfassende Probanden-Information machte es erforderlich, für die DVD auch Fotos und Videosequenzen mit Nahrungsmitteln, Genussmitteln sowie andere Produkten, die bei missbräuchlicher Nutzung zu einer Abhängigkeit führen können, aufzunehmen. Allerdings wurde der Bereich der „Illegalen Drogen“ mit einem Foto einer selbstgedrehten Zigarette dargestellt. Nur „Insider“ würden diese Zigarette auch als „Joint“ interpretieren können. Bei den Fotoaufnahmen stellte sich heraus, dass es sehr schwierig war, Produkte zu fotografieren, die man ohne Logo oder ohne Markenbezeichnung nicht eindeutig erkennen kann. Daher wurde jedes Foto in einer Tonsequenz beschrieben. Außerdem wurde darauf geachtet, dass einerseits keine negativen oder bewertenden Aussagen zu den gezeigten Produkten gemacht und andererseits Produktlogos entfernt wurden, wobei letzteres auch dazu diente, keine „Schleichwerbung“ zu betreiben.

### 6.1.2 Anrede der Zielgruppe

Bei der Vorbereitung des DVD-Drehbuches waren beide Interviewerinnen der Meinung, dass die Zuschauer (potentielle Probanden) mit „DU“ angesprochen werden sollten. Diese Ansicht entwickelte sich aus den Erfahrungen, die während den Interviews für die DIDAK<sup>®</sup> - Evaluation gemacht wurden sowie aus der konkreten Arbeit mit der Zielgruppe. Viele Menschen mit geistiger Behinderung sind es (noch) nicht gewohnt, „gesiezt“ zu werden; außerdem verwenden sie, erfahrungsgemäß, selber auch eher das „Du“ als das „Sie“. Daher bestand die Vermutung, dass die Zuschauer aus der Zielgruppe sich nicht angesprochen fühlen oder die Texte nicht so gut verstehen würden, wenn „Sie“ als Anrede genutzt würde. Wenn man jedoch das Normalisierungsprinzip und eine höfliche Anrede als selbstverständlich voraussetzt, ist die Anrede „Du“ nicht angemessen. So entstand die Ambivalenz, ob die „Anrede Du“ oder die „Anrede Sie“ besser sei. Nachdem Pro und Kontra mit mehreren Mitarbeitern aus der Behindertenhilfe diskutiert wurden, kristallisierte sich heraus, dass es gute Gründe sowohl für das „DU“ als auch für das „SIE“ gab. Damit wir sowohl dem Normalisierungsprinzip als auch einer respektvollen und höflichen Anrede gerecht werden konnten, wurde das Drehbuch mit der Anrede „Sie“ konzipiert. Hierbei wurde in Kauf genommen, dass dies möglicherweise zu Lasten der Verständlichkeit für die Zielgruppe geht.

Die Suche nach Literatur, die als Anregung oder als Ratgeber für die Erstellung der DVD hätte genutzt werden können, blieb erfolglos.

### 6.1.3 Einwilligungen der gesetzlichen Betreuer

Im Interview wurden Fragen zur Gesundheit, zum gesundheitsförderlichen oder gesundheitsschädigendem Verhalten gestellt; dies sind Fragen, die sich auf die Privatsphäre der Teilnehmer bezogen (siehe auch: Raab-Steiner, Benesch, 2008, 40). Daher wurde projektintern vereinbart, dass vor einer Teilnahme am Interview grundsätzlich auch die schriftliche Einwilligung der gesetzlichen Betreuung, unabhängig vom Betreuungsumfang, vorliegen muss (siehe auch: Rechberg et al. 2010, 419); dies wurde ebenfalls von einigen der teilnehmenden Institutionen gefordert. Allerdings sollte eine Erklärung seitens der gesetzlichen Betreuung, dass dessen Einverständnis nicht erforderlich ist, eine Teilnahme ermöglichen. Es existiert keine gesetzliche Regelung, die eine Teilnahme von Menschen mit geistiger Behinderung an einer Befragung von dem Einverständnis des gesetzlichen Betreuers abhängig macht. So war die Einwilligung der gesetzlichen Betreuung rechtlich gesehen nicht erforderlich. Sie könnte sich jedoch förderlich auswirken. Eine positive Haltung der gesetzlichen Betreuung einem Interview gegenüber könnte sich positiv auf die Bereitschaft zur Teilnahme auswirken. Außerdem war uns bewusst, dass die Zielgruppe in vielen Fällen noch sehr empfindlich auf die Meinung ihrer Bezugspersonen reagiert. Um einen Interessenskonflikt zwischen potentiellen Probanden und der gesetzlichen Betreuung zu vermeiden, wurde im Informationsschreiben über das Interview darauf hingewiesen, dass die Interviewerinnen für Rückfragen zur Verfügung stehen. Telefonische Nachfragen durch einige gesetzliche Betreuer bestätigten die Richtigkeit unserer Vorgehensweise. Fragen, Unklarheiten und Vorbehalte konnten im persönlichen Gespräch geklärt werden. Zwei Bewohner, die an einem Interview teilnehmen wollten, haben ihre Interview-Zusage, nachdem ihre gesetzliche Betreuung keine Einwilligung dafür gegeben hat, zurückgezogen.

### 6.1.4 Konzeption des Interview-Fragebogens

Für die Konzeption der Interview-Fragestellungen konnte nicht auf ein bereits bestehendes Befragungsinstrument aus dem deutschsprachigen Raum zum Thema „Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung“ zurückgegriffen werden. Daher musste ein Fragebogen erstellt und empirisch überprüft werden, in dem Daten über Suchtmittelkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung, die in unterschiedlichen Wohnformen leben, erhoben und analysiert werden (vgl. Bentrup-Falke, 2012, 60). Die Untersuchung wurde als Pilotstudie konzipiert.



Die Frage, ob man überhaupt verwertbare Daten aus Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung gewinnen kann, wird in der Literatur unterschiedlich diskutiert (vgl. Hagen, 2007, 23 ff.). Obwohl in mehreren Untersuchungen eine „Interviewunfähigkeit“ dieser Personengruppe festgestellt wurde (in: Hagen, 2007, 23), wird von Schäfers resümiert, „dass das Interview zur Erhebung subjektiver Sichtweisen - auch bei Menschen mit geistiger Behinderung - ohne gleichwertige methodische Alternative bleibt und für Forschungsarbeiten, die auf subjektive Bedeutungsgehalte zielen, unverzichtbar ist“ (2009, 226). Allerdings gibt es formale als auch inhaltliche Fragemerkmale, die einen erheblichen Einfluss auf die Antwortergebnisse haben (vgl. ebd. 223). Des Weiteren spielt die Technik der Befragung eine überaus bedeutende Rolle (vgl. ebd. 225). Es können, so Schäfers, durch Befragungen verlässliche und gültige Einschätzungen der Meinungen und Sichtweisen von Menschen mit geistiger Behinderung gewonnen werden. Hierzu tragen u.a. ein sorgfältig entwickeltes und praktisch erprobtes Erhebungsinstrument sowie durchgeführte Pretests bei (vgl. ebd. 225). Welche methodischen Anforderungen ein Befragungsinstrument erfüllen soll, wird durch Sonnenberg beschrieben (2005, 46 ff.): u.a. Vermeidung von Routinebeantwortung durch einen „Wechsel der Beurteilungsrichtung“, angemessene Interviewdauer, alltagsnahe Gestaltung der Fragen und gute Verständlichkeit sowie eine stress- und angstfreie Atmosphäre. Die Anforderungen an die (geeigneten) Interviewer werden durch Hagen thematisiert (2007, 28 ff.).

Um weitere Anhaltspunkte für die Fragebogenkonzeption zu bekommen, wurden verschiedene Erhebungsinstrumente gesichtet. Hierzu gehörten u.a.:

- Instrumente zur Erhebung der Lebensbedingungen und Lebenszufriedenheit von Menschen mit geistiger Behinderung<sup>19</sup>;
- SPACE: Strukturelle und persönliche Alltagserfahrungen in charakteristischen Einrichtungen (Forschungsstelle Lebenswelten behinderter Menschen 1995);
- „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007“ (ESPAD) (vgl. Kraus et al., 2008);
- Studie „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008“ Illegale Drogen (BZgA, 2010) und Alkohol (BZgA, 2009).

Die beiden Interviewerinnen hatten bereits Erfahrungen mit der Konzeption und Durchführung eines Erhebungsinstruments gemacht. Im Modellprojekt „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“ wurde das DIDAK<sup>®</sup> - Präventionsprogramm evaluiert (vgl. Bentrup-Falke, 2006; Kretschmann-Weelink, 2007). Hierfür wurden drei Fragebögen konzipiert: ein Fragebogen, der vor der Teilnahme am Programm, einer der nach Teilnahme an DIDAK<sup>®</sup> Teil 1 „Gesund und fit – wie mache ich das?“ und einer der nach Teilnahme an DIDAK<sup>®</sup> Teil 2 „Umgang

---

<sup>19</sup> u.a. Schöner Wohnen (Gromann, Niehoff, 2003); Selbstbestimmung und Zufriedenheit von Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung (Sonnenberg, 2004)

mit Alkohol“ beantwortet wurde. Durch die Evaluation der Befragungssituation und der Fragebögen konnten die daraus gewonnenen Erkenntnisse, neben den Hinweisen aus der Literatur, in die Fragebogenkonzeption einfließen und bei der Durchführung der Interviews berücksichtigt werden (siehe auch: Bentrup-Falke, 2012, 59 ff.).

## 6.2 Erhebungsinstrument

Es wurde für die quantitative Befragung ein teilstandardisierter Fragebogen mit qualitativen Anteilen entwickelt. Hierbei würden sowohl die kognitiv-verbale Voraussetzungen von Menschen mit geistiger Behinderung als auch die Anforderungen an ein Erhebungsinstrument zur Erfassung des Suchtmittelgebrauchs von dieser Personengruppe berücksichtigt; außerdem sollte das Erhebungsinstrument eine hohe Praktikabilität besitzen.

Es wurde die mündliche Befragung vorgesehen, denn es musste davon ausgegangen werden, dass die teilnehmenden Probanden nicht über ausreichende Lese- und Schreibkompetenzen verfügen. Und während einer mündlichen Befragung können eventuelle Unklarheiten oder Verständnisproblemen sofort durch den Interviewer geklärt werden. Des Weiteren wurde berücksichtigt, dass das Erhebungsinstrument in den verschiedenen Einrichtungen der Behindertenhilfe anwendbar sein muss (Stationäres Wohnen, Ambulant Betreutes Wohnen und WfbM). Da der Fragebogen für weitere Befragungen im Modellprojekt verwendet werden sollte, wurde darauf geachtet, dass dieser nach einer (eventuell notwendigen) Modifizierung einzelner Fragekonstellationen noch valide und reliabel war, damit die vorher erhobenen Daten mit den im Projekt gewonnenen Daten verglichen werden konnten. Damit diese auswertbar, vergleichbar und praxisrelevant dargestellt werden konnten, mussten die Antworten quantifizierbar sein.

Antwortformate, die berücksichtigt wurden:

- freies, (offenes) Antwortformat
- gebundenes Antwortformat
- dichotomes Antwortformat
- Rating-Skala
- Mischformen

Außerdem standen Symbolkarten mit einem „lachenden Smiley“ und einem „weinenden Smiley“ zur Verfügung. Indem auch offene Fragen berücksichtigt wurden, konnten einige Inhalte qualitativ analysiert werden.

Die Interviews sollten durch zwei Interviewerinnen geführt werden. Es war beiden bewusst, dass es, trotz genauesten Absprachen bezüglich Interviewtechnik und Ergebnisdokumentation, nicht möglich ist, eine hundertprozentig übereinstimmende Interviewtechnik und Interviewsituation bei allen Probanden zu erreichen. Das wäre

genauso wenig möglich, wenn nur eine Person diese Interviews mit 100 Personen führen würde. Situativ bedingte Einflüsse sowie personenbedingte Einflüsse lassen sich nicht vermeiden. Aus diesem Grund wurden genaue Absprachen über die Interviewtechnik sowie Art und Weise der Dokumentation der Inhalte vereinbart und erprobt. Hierdurch sollte eine möglichst übereinstimmende Vorgehensweise erreicht werden, die eine validen Datenerhebung ermöglicht und zu aussagefähigen Daten führt.

Um einen ersten Vergleich mit Ergebnissen aus ausländischen Erhebungen zu ermöglichen, wurden, obwohl die Forschungsdesigns different sind, einige Fragestellungen in modifizierter Form in den Fragebogen aufgenommen, und zwar aus:

- Fragebogen „Middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking – Een landelijk onderzoek“ aus den Niederlanden (Tactus und Avelijn; Konferenz in Paderborn, 22.03.2010).
- Fragebogen „Questionnaire on substance misuse in people with learning disabilities“ (Taggart, Email vom 24.06.2010).

### 6.3 Durchführung der Befragung

Die Interviews fanden im räumlichen Umfeld der zu befragenden Personen statt. Die Räumlichkeiten, in der die Befragungen stattfinden sollten, wurden von den Einrichtungen oder von den Probanden vorgegeben. Ein Teil der Interviews fand im privaten Bereich (eigenes Zimmer in der Wohnstätte, Außenwohngruppe oder im Ambulant Betreuten Wohnen) statt. Einige Klienten des Ambulant Betreuten Wohnens bevorzugten eine Befragung an einem „neutralen Ort“. Diese Interviews wurden dann z.B. im Sozialraum der Einrichtung oder in einem Schulungsraum der Katholischen Hochschule in Paderborn durchgeführt.

Die Gesprächsdauer betrug im Durchschnitt 30 Minuten; die Gesprächsdauer variierte insgesamt von 20 bis 65 Minuten.

Die meisten Befragten hatte die DVD „Wer macht mit?“ gesehen. Einerseits waren den zu Befragenden dadurch die Gesprächsthemen einigermaßen bekannt und andererseits waren die Gesichter der Interviewerinnen schon ein wenig vertraut. Diese Gegebenheiten konnten zu einer vertrauensvollen Gesprächsbasis beitragen. Die Datenerhebung erfolgte anonym.

Von den insgesamt 102 Probanden kamen 100 aus Nordrhein-Westfalen; die erhobenen Daten der Probanden aus NRW wurden mit SPSS ausgewertet und die Ergebnisse sind in dieser Dokumentation dokumentiert.

## 6.4 Ergebnisse der 100 Interviews von Probanden aus NRW

In dieser Dokumentation werden die Ergebnisse, die sich auf das „jetzt“ bzw. die aktuelle Lebenssituation der 100 Probanden aus Nordrhein-Westfalen beziehen, dokumentiert, analog der Bestandsaufnahme der Vollerhebung.

Jeder Proband konnte zum Interview eine Person des Vertrauens mitbringen. Diese Möglichkeit wurde von 18 Probanden genutzt. Ein Interview wurde vorzeitig beendet.

### 6.4.1 Befragungsergebnisse zur einrichtungsbezogenen Grundstruktur und zu Charakteristika der Untersuchungsgruppe

#### 6.4.1.1 Alter und Geschlecht der Befragungsteilnehmer

Von den insgesamt 100 Probanden aus NRW waren 31 weiblich und 69 männlich. Das Alter der Befragten lag zwischen 18 und 70 Jahren. Die Altersgruppe von 18-21 Jahren war mit drei Personen am wenigsten und die Altersgruppe von 41 bis 50 Jahren mit 27 Personen am häufigsten vertreten (vgl. Tab. 10).

		Wie alt sind Sie?							Gesamt	
		Ohne Angabe	18-21	22-25	26-30	31-40	41-50	51-60		61-älter
Geschlecht	weiblich	1	1	0	5	2	14	7	1	31
	männlich	1	2	10	7	12	13	19	5	69
Gesamt		2	3	10	12	14	27	26	6	100

*Tab. 10: Alter und Geschlecht der Befragungsteilnehmer*

#### 6.4.1.2 Aktuelle Wohnform

Die Personen, die an den Interviews teilgenommen haben, wohnen an verschiedenen Standorten in NRW. Sie leben in stationären Wohnformen (Wohngruppe, Wohngemeinschaft, Außenwohngruppe, dezentral betreutes Einzelwohnen), im Ambulant Betreuten Wohnen oder bei den Eltern. Die befragten Personen wohnen nach eigenen Angaben

- im Einzelzimmer oder Einzelappartement;
- mit einer weiteren Person in einem Appartement, wo jeder ein Einzelzimmer hat und Küche und/oder Wohnzimmer und/oder Badezimmer von beiden genutzt werden;
- mit einem Partner in einer ambulanten Wohnform;

- mit mehreren Personen in einer Außenwohngruppe, wobei jeder ein Einzelzimmer hat und Küche/Bad von allen genutzt werden;
- im Elternhaus;
- im eigenen Haus (Eigentum) bzw. in der eigenen Wohnung (Eigentum) und werden dort ambulant unterstützt.

Eine Person lebt mit seiner Familie mit Kindern und wird ambulant unterstützt.

Aus Abb. 25 wird ersichtlich, dass 39 Personen im Dezentral Betreuten Wohnen/Wohngruppe/Wohngemeinschaft und 36 Personen ambulant betreut wohnen. Drei Personen leben im dezentral betreuten Einzelwohnen, fünf wohnen bei den Eltern und 17 wohnen in einer Wohnstätte.

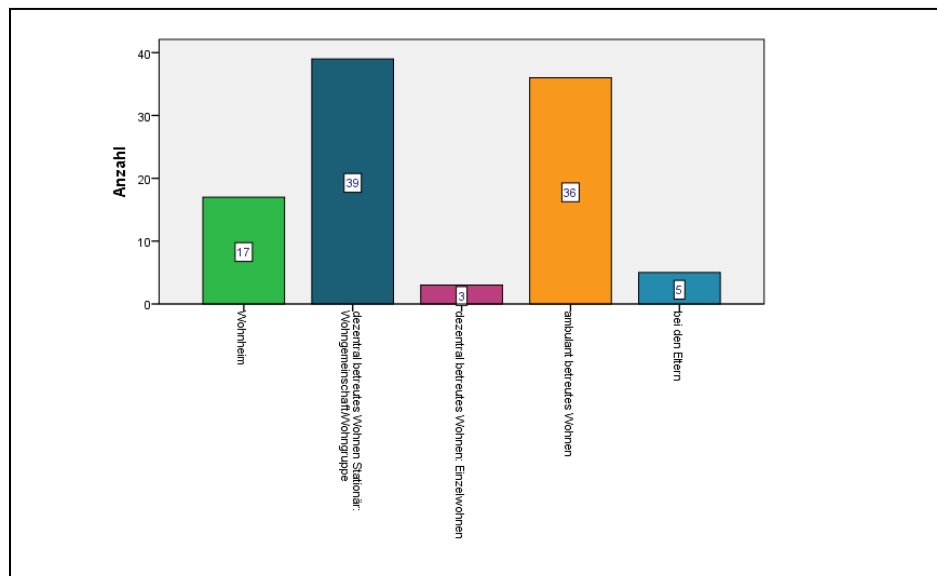


Abb. 25: Aktuelle Wohnform der befragten Personen

Von den Befragten sind 94 mit der jetzigen Wohnsituation zufrieden, lediglich sechs antworteten auf Frage 5 „Wie gefällt es Ihnen dort, wo Sie wohnen?“ mit „Nicht so gut“.

#### 6.4.1.3 Wohndauer

Wie lange die Befragten bereits in der aktuellen Wohnform leben, sollte durch die Frage nach der Wohndauer ermittelt werden (Frage 6). Nicht alle Befragten haben angegeben bzw. konnten angeben, wie lange sie bereits in der jetzigen Wohnform leben. Die Angaben, die gemacht wurden, variierten von „einem halben Jahr“ bis „30 Jahre“ (vgl. Tab. 11).

Seit wann wohnen Sie dort?	Häufigkeit
Weniger als 1 Jahr	8
1-3 Jahre	28
4-6 Jahre	8
7-15 Jahre	26
16-30 Jahre	13
Schon immer	6
Unklare Angaben	11

Tab. 11: Seit wann wohnen die Befragten in der jetzigen Wohnform?

#### 6.4.1.4 Veränderung der Wohnform in den letzten Jahren

Mit Frage 7 wurde die vorherige Wohnform erfragt. In Tab. 12 ist abgebildet, welche Veränderungen sich in der Wohnsituation der Befragten vollzogen haben.

	aktuelle Wohnform	vorherige Wohnform
Wohnheim	17	26
Wohngemeinschaft/ Wohn gruppe	39	22
Einzelwohnen	3	4
Ambulant Betreutes Wohnen	36	2
Bei den Eltern	5	33
In der JVA/ ohne Betreuung/ im Ausland/ Sonstiges	0	13

Tab. 12: Vergleich der aktuellen und der vorherigen Wohnform

Vergleicht man die aktuelle und vorherige Wohnform, dann zeigen sich deutliche Veränderungen. Der Anteil der Wohnheim-Bewohner hat sich reduziert (von 26 auf 17 Personen), ebenso hat sich der Anteil derer, die bei den Eltern wohnten, deutlich verringert (von 33 auf fünf Personen). Dagegen hat sich die Personenzahl derer, die in eine Wohngemeinschaft/Wohngruppe gezogen ist, deutlich erhöht (von 22 auf 39 Personen). Den größten Zuwachs verzeichnet jedoch das Ambulant Betreute Wohnen (von zwei auf 36 Personen). Bei den „Sonstigen Einrichtungen“ wurde eine Abnahme verzeichnet; hier zogen alle 13 Personen in den letzten Jahren aus ihrer „Sonstige Wohnform“ (u.a. Wohnform ohne Betreuung, Aufenthalt im Ausland, bei den Geschwistern, JVA, Klinikaufenthalte und davor obdachlos) in eine andere Wohnmöglichkeit.

#### 6.4.1.5 Betreuungsintensität

Frage 8 bezog sich auf die Betreuungsintensität innerhalb der verschiedenen Wohnformen. 51 Personen können mehrmals täglich mit Mitarbeitern aus dem Wohnbereich sprechen oder sie um Hilfe bitten, 12 Personen sehen einmal täglich einen Mitarbeiter. Bei 13 Personen erfolgt der Kontakt mit den Mitarbeitern mehrmals in der Woche, 17 haben nur einmal wöchentlich Kontakt. Bei 11 Personen erfolgt der Kontakt nur bei Bedarf.

#### 6.4.1.6 Zufriedenheit mit der Wohnsituation

Frage 9 „Finden Sie, dass Ihre Wünsche hier am jetzigen Wohnort genügend unterstützt werden?“, Frage 10 „Möchten Sie lieber zurück nach .... (früherer Wohnort/Wohnform)?“ und Frage 11 „Finden Sie, dass Sie Ihre Wünsche und Meinung ausreichend sagen dürfen?“ geben Aufschluss über die Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation.

94 Personen sind mit der Unterstützung, die sie in der jeweiligen Wohnform bekommen, zufrieden, obwohl einige von ihnen einräumten, dass sie „nicht immer“ mit der Unterstützung zufrieden sind (vgl. Abb. 26). Fünf Personen sind nicht zufrieden. Eine Person konnte diese Frage nicht beantworten.

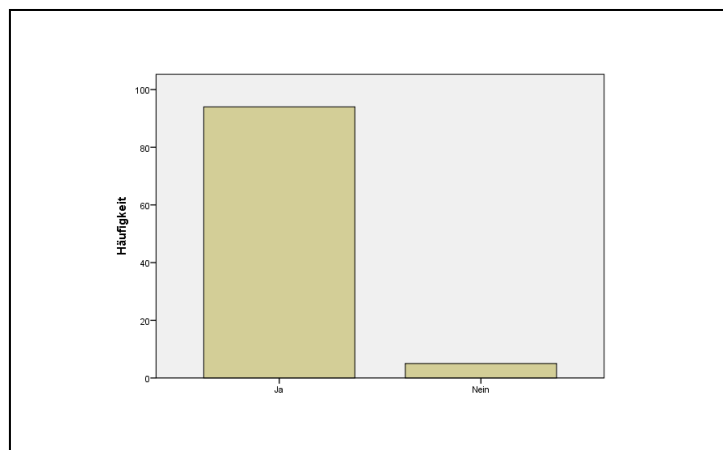


Abb. 26: Frage nach genügender Unterstützung in der jetzigen Wohnform

Auf die Frage, ob man lieber zurück möchte zu dem früheren Wohnort (vgl. Abb. 27), antworteten drei Personen mit „Ja“; hiervon wünschten sich eine Person, dass sie ins Elternhaus zurückziehen könnte, „wenn meine Eltern denn noch leben würden“. 92 Personen antworteten mit „nein“, sie möchten in der jetzigen Wohnform wohnen bleiben.

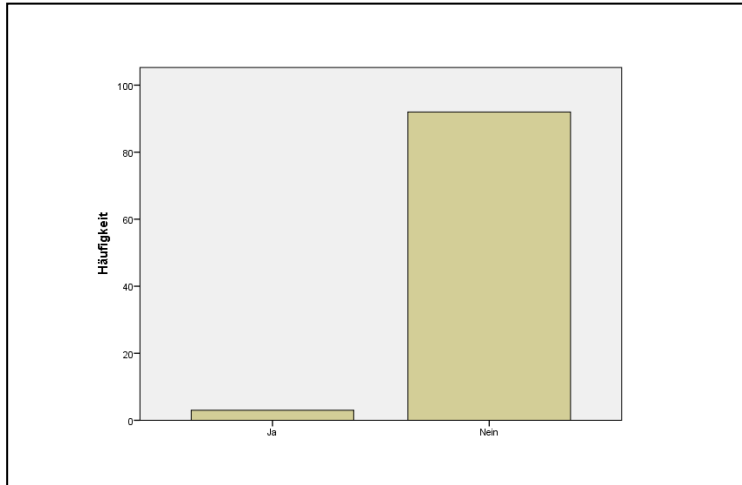


Abb. 27: Frage nach Rückzugswunsch in die vorherige Wohnform

Fünf Personen konnten diese Frage nicht eindeutig mit ja oder nein beantworten, weil sie teilweise zufrieden und teilweise unzufrieden mit der aktuellen Wohnsituation sind.

95 Personen sind der Meinung, dass sie ihre Wünsche und ihre Meinung sagen können (vgl. Abb. 28) und sie darin ernst genommen werden, obwohl einige von ihnen einräumten, dass dies „nicht immer“ der Fall sei. Fünf Personen haben angegeben, dass ihre Meinung nicht genügend berücksichtigt wird.

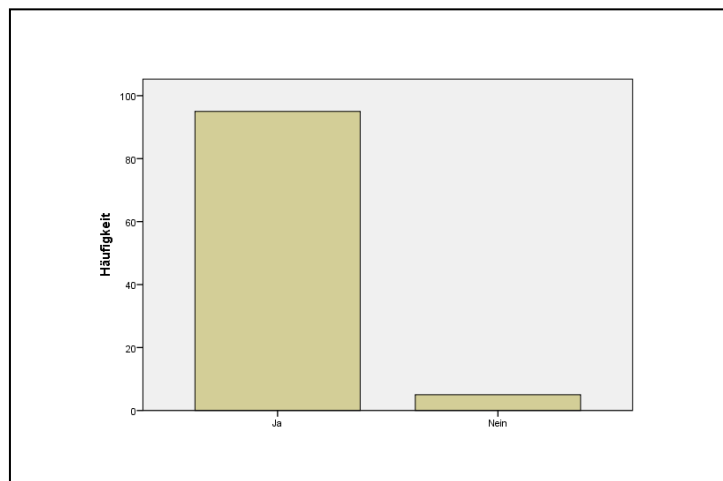


Abb. 28: Finden Sie, dass Sie Ihre Wünsche und Meinung ausreichen sagen dürfen?

#### 6.4.2 Befragungsergebnisse im Bereich Gesundheit

In wieweit die Teilnehmer mit ihrer Gesundheit zufrieden sind, wurde in Frage 12 thematisiert. 64 Personen sind mit ihrer Gesundheit zufrieden, obwohl einige von



ihnen äußerten, dass sie überwiegend zufrieden sind, aber ab und zu, beispielsweise wegen einer Erkältung o.ä., auch mal nicht zufrieden sind.

		Geschlecht:		Gesamt
		weiblich	männlich	
Sind sie mit Ihrer Gesundheit zufrieden?	Ja	19	45	64
	Nein	5	16	21
	Teils / teils	7	8	15
Gesamt		31	69	100

Tab. 13: Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (Differenzierung nach Geschlecht)

21 Personen sind nicht mit ihrer Gesundheit zufrieden und 15 sagten „teils-teils“. Als Gründe wurden genannt (Mehrfachnennungen waren möglich):

a) von den Männern:

- Muskel-, Gelenk- und Knochenbeschwerden (n=11)
- Zahnproblematik (n=1)
- Verletzungen (n=1)
- Übergewicht (n=1)
- Probleme mit der Haut (n=1)
- Diabetes (n=2)
- Schlafproblematik (n=1)
- Schmerzen (n=1)
- generelle Unzufriedenheit (n=5)

b) von den Frauen

- Probleme mit dem Gewicht (n=4)
- psychosomatische Beschwerden (n=4)
- Probleme mit dem Blutdruck (n=1)
- gesundheitliche Probleme in Folge von zu hoher Arbeitsbelastung (n=1)
- mehr epileptische Anfälle, weil sie sich durch ihr Umfeld stark unter Druck gesetzt fühlt (n=1)
- Epilepsie (n=1)
- Hüftproblematik (n=1)
- Diabetes (n=1)
- „Weil ich im Rollstuhl sitze, wenn das nicht so wäre, würde ich viel anders machen“
- „Wegen einer Krankheit“
- „einige Handicaps und es kam eine neue Erkrankung dazu“

Ob die Teilnehmer sich bei gesundheitlichen Problemen ausschließlich an den Betreuern wenden oder sich auch mit anderen (Bezugs)Personen beraten, konnte in Frage 13 beantwortet werden. Es waren Mehrfachnennungen möglich.

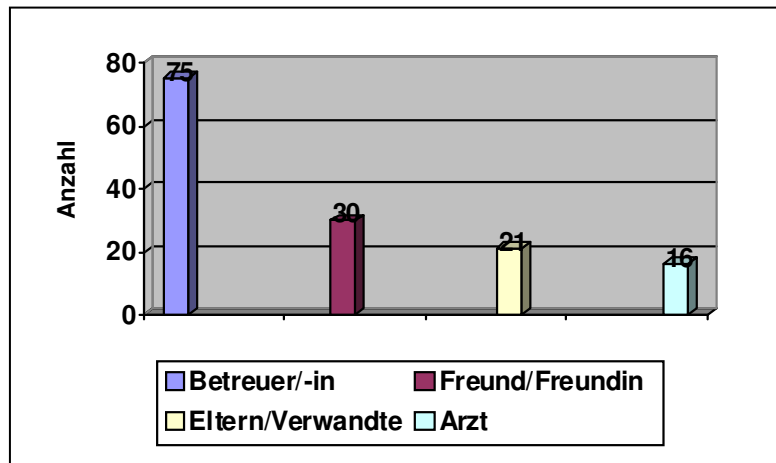


Abb. 29: Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen

Von den 100 Befragten wenden sich 75 bei gesundheitlichen Problemen an ihren Betreuer/Assistenten. 30 Personen beraten sich (auch) mit Freund oder Freundin; 21 Personen beraten sich (auch) mit den Eltern und/ oder mit Verwandten und 16 Personen sprechen (auch) mit ihrem Arzt. Als weitere Ansprechpartner wurden beispielsweise noch genannt: Mitbewohner (n=2), Meister (n=1), Arbeitskollegen (n=2), gesetzliche Betreuung (n=5) oder gute Bekannte (n=1). Auf die Frage, ob sie bei ihren Problemen nicht mit einem Betreuer sprechen könnte, antwortete ein Proband: „Ich mache das aber nicht, mache das lieber mit mir aus“.

#### 6.4.3 Befragungsergebnisse im Bereich Ernährung

Den Teilnehmern an den Interviews wurden auch Fragen zu unterschiedlichen Bereichen ihrer täglichen Ernährung gestellt. Diese Fragen wurden in den Fragebogen aufgenommen, weil sich bei der Evaluation des DIDAK<sup>®</sup>-Programms Hinweise auf eine für viele nicht gesundheitsförderliche Ernährung gegeben hatten. Indem diese Fragen mit in den Fragebogen aufgenommen wurden, sollten weitere Erkenntnisse zum Ernährungsverhalten der Zielgruppe gewonnen werden.

Mit Frage 14: „Wie häufig essen / trinken Sie folgende Lebensmittel / Getränke?“ sollte die Konsumhäufigkeit von verschiedene Genussmittel erfragt werden (vgl. Tab. 14).

	täglich	mehrmals wöchentlich	max. einmal wöchentlich	selten
Süßigkeiten	33	20	15	17
Knabbereien	28	11	10	42
Fast Food	10	4	13	45
Säfte	17	8	19	9
Cola/ Fanta/ Red Bull	34	12	10	18
Kaffee	75	1	0	4

Tab. 14: Angabe der Häufigkeit des Konsums der aufgelisteten Lebensmittel und Getränke

Auffallend ist, dass  $\frac{3}{4}$  aller Befragten (n=75) angegeben haben, dass sie täglich Kaffee konsumieren. Die angegebenen Mengen variieren von 1 Tasse bis zu 8 „Pott“ täglich, 1 – 2 Liter /Tag (n=5), 2 - 3 Liter /Tag und am Wochenende mehr (n=1) und 5 - 6 Liter löslichen „gestreckten“ Kaffee /Tag (n=1). Die Kaffeekonsumenten, die täglich 2 – 3L bzw. 5 - 6L Kaffee trinken, haben angegeben, dass sie „trockene Alkoholiker“ sind und der Kaffeekonsum geschieht in Absprache mit ihren Bezugspersonen. Ein großer Teil der Befragten trinkt Kaffee zum Frühstück und während der Pausen in der WfbM. Nach der Arbeit wird von vielen auch im privaten Wohnbereich Kaffee getrunken. Eine Person trinkt ausschließlich koffeinfreien Kaffee.

In 1/3 der Fälle wurde ein täglicher oder (mehrfach) wöchentlicher Konsum von Cola/Fanta/Red Bull sowie Süßigkeiten genannt. Einige Personen kaufen Cola/Fanta als 6-er Pack, damit sie „nicht so oft zu laufen brauchen“ und „einen Vorrat für eine Woche haben“.

Von den Befragten haben 33 Personen angegeben, dass sie täglich Süßigkeiten essen; in einem Fünftel der Fälle werden mehrmals in der Woche Süßigkeiten gegessen. Eine Person erzählte dass sie schokoladensüchtig sei, täglich Schokolade esse und „bei Problemen besonders viel“. Weitere Anmerkungen zum Thema Süßigkeitenkonsum waren u.a.

- dass jemand nicht jeden Tag Süßigkeiten isst, weil „ich dann noch dicker werde“;
- dass jemand nur Süßigkeiten isst wenn er was angeboten bekommt;
- „Ich kann Süßigkeiten auch gut liegen lassen“.

28 Personen essen jeden Tag Knabbereien; hierzu wurden Chips, Flips, Erdnüsse, Salzstangen etc. gerechnet; allerdings essen 42 Personen selten Knabbereien, in vielen Fällen findet der Konsum schwerpunktmäßig bei besonderen Anlässen (Geburtstag, Party, Silvester) statt; eine Person erzählte, dass sie Knabbereien nicht kauen kann. Außerdem gab es auch Aussagen wie: „Wenn ich mich nicht gut fühle, esse ich bis zu vier Tüten Chips“ oder „Ich esse kaum Süßigkeiten oder Chips, weil ich Diabetes habe“.

Von 17 Personen werden täglich Säfte getrunken. Ein Teil der Befragten hat angegeben (n=18), dass sie Säfte (oft) mit Wasser verdünnt und diese als Schorle trinken. Eine Person erhält täglich ein „Saftpäckchen“ in ihrem Lunchpaket, dass sie von der Arbeit gestellt bekommt, eine Person versucht ausschließlich „Light“-Säfte zu trinken. Eine Person hat erzählt, dass sie keinen Orangesaft trinken kann, weil sie davon Wund wird; daher trinkt sie nur ganz wenig Vitaminsaftschorle. Weitere Getränke, die noch genannt wurden, waren Kakao, Eistee, verschiedene Teesorten und Zitronenlimonade.

Obwohl die Mehrzahl der Befragten angegeben hat, dass sie selten Fast Food isst (n=45), haben immerhin 14 Personen angegeben, dass sie dies täglich (n=10) oder mehrmals in der Woche (n=4) tun. Von einigen wurde geäußert, dass es eine „Geldfrage“ ist, ob man sich das leisten kann, eine Person kauft diese Produkte nur, wenn es Gutscheine gibt, eine Person bereitet die Hamburger lieber selber nach eigenem Rezept zu und eine Person ist der Meinung, dass es „Hundefutter ist, wo man nicht satt von wird“. Zwei Personen essen nur Hamburger bei einem (selten stattfindenden) Ausflug.

Eine Person isst kaum Genussmittel, denn sie isst „lieber Fleisch, Kartoffeln, so warme Sachen als Süßes“. Dass es ein Bewusstsein für „gesunde“ und „ungesunde“ Produkte gibt, zeigen folgende Aussagen: „Ich weiß, dass das Süße nicht so gesund ist und dick macht. Aber ich muss mal einen anderen Geschmack haben und nicht immer dasselbe essen und trinken“ und „Ich lebe gesund, kaufe fettarme Produkte, esse Salat und Obst“. Ein Proband gibt fast sein gesamtes Taschengeld für Cola und Zigaretten aus; daher kann er sich nur, wenn er noch „Taschengeld übrig hat“, Süßigkeiten kaufen. Die Wirksamkeit der Produkt-Werbung belegt folgende Bemerkung: „Wenn ich fernsehe, bekomme ich Appetit, weil die immer wieder Essen zeigen oder Werbung kommt“. Eine Person erzählt, dass das Essen von Süßigkeiten und Knabberereien sehr abhängig ist von ihrer Befindlichkeit, denn ob sie etwas gut oder schlecht festhalten kann, ist abhängig von ihrer Spastik. Falls sie Schwierigkeiten mit der Verdauung und mit dem Wasserlassen hat, muss sie dies bei ihrem Ess- und Trinkverhalten berücksichtigen.

Die Frage, ob man schon mal bei einer Ernährungsberatung war, wurde von 27 Personen mit „ja“ beantwortet (Frage 16).

Je eine Person

- musste während einer stationären Rehabilitation zur Ernährungsberatung, damit er an Gewicht zunimmt;
- musste während einer stationären Rehabilitation wegen Alkoholproblematik zur Ernährungsberatung;
- war bei der Ernährungsberatung wegen offener Beine;
- geht z.Zt. zur Ernährungsberatung.

Zwei Personen erhielten eine Schulung wegen Diabetes. Drei Teilnehmer haben am DIDAK®-Präventionsprogramm teilgenommen.

In Frage 18 sollte ermittelt werden, in wie weit sich diese Personengruppe selber versorgt und Einfluss auf eine gesundheitsförderliche Ernährung nehmen kann. Zu dieser Frage gehörten acht Antwortmöglichkeiten und Mehrfachnennungen waren möglich.

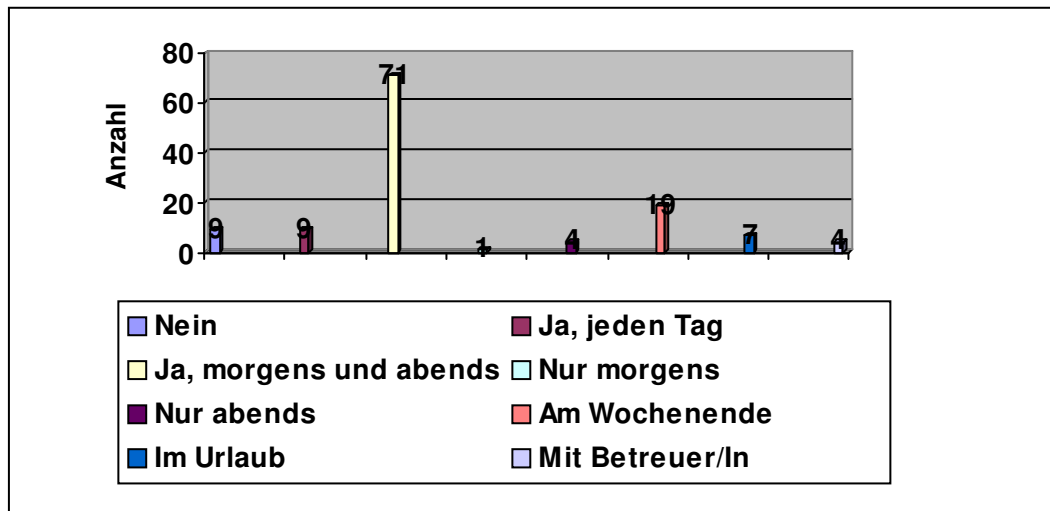


Abb. 30: Wann wird das Essen selber zubereitet?

Bei dieser Frage war nicht vorgegeben, dass es sich um das „Kochen einer warmen Mahlzeit“ handeln muss; das Richten eines Butterbrottes wurde somit auch als Mahlzeit gewertet. Aus Abbildung 30 wird ersichtlich, dass die Meisten der Befragten (n=71) Frühstück und Abendbrot selbst zubereiten. Die Abend-Mahlzeiten bestehen vielfach aus Brot und Brotbelag; manchmal gibt es eine warme Beilage. Diese werden häufig von den Betreuern (z.T. unter Mithilfe der Bewohner) zubereitet; in manchen Fällen wird auch ein Fertiggericht in der Mikrowelle warmgemacht (n=4) oder es wird beispielsweise Essen beim Pizzaservice bestellt (n=2). Neun Personen bereiten keine Mahlzeiten zu; von diesen Personen hat eine Person erzählt, dass sie „versorgt“ wird („Eltern machen alles“) und fünf Personen erzählten, dass sie bei den Eltern/bei Mutter essen. Neun Personen bereiten alle Mahlzeiten selber zu, davon hat eine Person betont, dass sie sich komplett allein versorgt. Mehrere Personen kochen gemeinsam mit ihren Partnern.

Mit weiteren Fragen zum Thema „Ernährung“ sollte differenzierter ermittelt werden, wo die Befragten im Normalfall ihr Mittagessen einnehmen bzw. wer für die Zubereitung des Mittagessens zuständig ist. Diese Fragen wurden von 46 Personen beantwortet. Die Auswertung ergab nachfolgende Ergebnisse:

46 Personen bekommen während der Woche ihr Mittagessen gestellt, davon essen 36 Personen (davon einige nicht täglich) in der WfbM und zehn Personen bekommen das Mittagessen in der Kantine/Firma/bei der Arbeit.

Die Situation am Wochenende stellt sich folgendermaßen dar:

22 Personen haben angegeben, dass die Betreuer am Wochenende kochen (wobei einige beim Kochen mithelfen können), dass das Essen geliefert wird (Hauswirtschaft, n=1) oder man zum Essen in die Einrichtung geht (n=2). Zwei Personen kochen zusammen mit den Mitbewohnern.

Sieben Personen bekommen am Wochenende ihr Mittagessen bei der Mutter/ bei den Eltern/ bei den Geschwistern.

12 Personen kochen am Wochenende ihr Essen selber; von diesen Personen haben fünf Personen angegeben, dass sie (Fertig)Gerichte aufwärmen (z.T. in der Mikrowelle) und sechs Personen sagten, dass sie gemeinsam mit Partner oder Ehefrau kochen. Eine Person ergänzte: „[...] und ich mache viele Ausflüge und esse dann“.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass für den größten Teil der 46 Befragten das Mittagessen zubereitet wird. In Folge dessen haben diese Personen möglicherweise wenig Einfluss auf die Nahrungsmittelauswahl. Außerdem können individuelle Vorlieben sowie individuelle Bedarfe möglicherweise weniger berücksichtigt werden. Darüber hinaus wäre es denkbar, dass diese Personen sich bislang wenig damit auseinandersetzen mussten, wie man sich gesundheitsförderlich und ausgewogen ernährt, weil sie sich nicht „darum kümmern brauchten“. Diese Kenntnisse sind jedoch bei einer zunehmenden Verselbstständigung dringend erforderlich.

Von den Befragten haben 85 Personen angegeben, dass sie sich jederzeit, wenn sie Hunger haben, etwas zu essen aus dem Kühlschrank/aus der Küche/aus den Vorräten nehmen können (Frage 19). 13 Personen können das nicht; als Gründe hierfür wurden u.a. genannt, dass der Kühlschrank abgeschlossen sei (man kann aber einen Mitarbeiter ansprechen wenn man was essen möchte; n=3) oder dass die Lebensmittel in der Zentralküche, die abgeschlossen ist, gelagert werden (n=4); auch diese Personen können einen Mitarbeiter ansprechen, wenn sie noch etwas zu essen haben möchten.

Die Frage: “Haben Sie die Möglichkeit, allein in einen Laden zu gehen und Essen und Trinken einzukaufen?” wurde von 91 Personen mit ja beantwortet. (Frage 20). Mehrere Personen haben erzählt, dass sie (auch) mit den Betreuern einkaufen gehen (n=11). Zwei Personen werden nur beim Großeinkauf von einem Betreuer begleitet; drei Personen werden beim Einkaufen durch Eltern bzw. Schwester begleitet. Zwei Personen haben angegeben dass sie durch das Personal der jeweiligen Geschäfte unterstützt werden. Eine Person wird wegen einer Gehbehinderung „versorgt“ und ein Proband, der Rollstuhlfahrer ist, wird beim Einkaufen immer von einem Betreuer begleitet. Allerdings darf eine Person nicht allein einkaufen „wegen den Ampeln“ und eine Person erzählt dass sie nicht allein

einkaufen geht, weil sie „keine Ahnung habe von Geld“. Eine Person geht z.Zt. immer in Begleitung eines Mitarbeiters einkaufen, weil dies nach einer Rehabilitation (wegen Alkoholproblematik) so vereinbart wurde.

#### 6.4.4 Befragungsergebnisse im Bereich Alkohol und Rauchen

Die Interviews enthielten Fragen über Substanzen und über Konsumgewohnheiten. Hierdurch konnten Daten, die sich auf das Konsumverhalten bezogen, gewonnen werden.

Mit Frage 21 wurden die Probanden gefragt, ob sie überhaupt schon (ein)mal in ihrem Leben Alkohol getrunken haben. 96 Personen haben diese Frage bejaht, davon waren 66 Personen männlich und 30 Personen weiblich; drei Personen haben angegeben, dass sie in ihrem Leben noch nie Alkohol getrunken haben (vgl. Abb. 31).

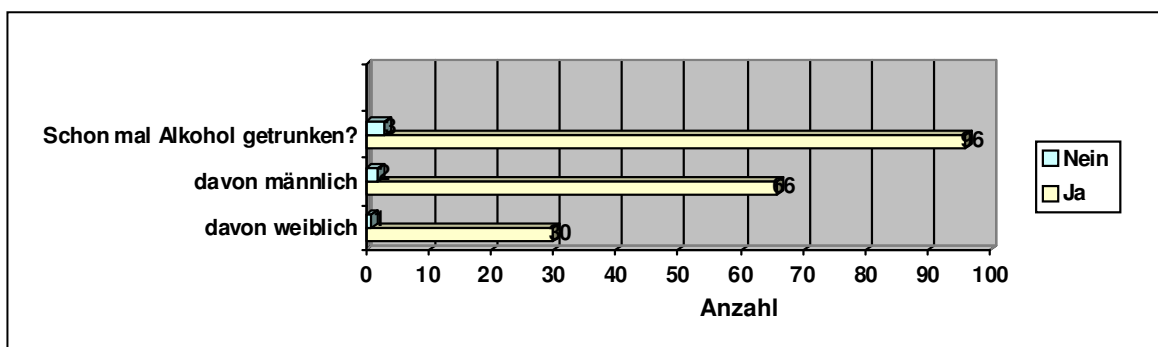


Abb. 31: Alkoholkonsumerfahrung

In welchem Alter man das erste Mal Alkohol getrunken hat, konnte nicht von allen Probanden beantwortet werden. Von denen, die diese Frage beantwortet haben, wurde als Alter beim Erstkonsum angegeben:

10-15 Jahre: neun Personen

16-17 Jahre: sieben Personen

18 Jahre: zehn Personen

19-20 Jahre: vier Personen

21 Jahre: drei Personen

25 – 29 Jahre: fünf Personen

40 Jahre: eine Person

Aus den Angaben wird ersichtlich, dass der Erstkonsum bei den meisten Personen im Alter von 18 Jahre oder jünger stattgefunden hat (n=26). Einige Probanden erzählten über die Situationen, bei denen der Erstkonsum stattfand: Konfirmation (n=1), bei einer „Alkoholzwangfete – es gab nur Alkohol“ (im Alter von 17 Jahren, n=1), beim „Volljährig werden“ (im Alter von 18 Jahren, n=1), eine Person hat ihren ersten Alkohol mit 18 oder 20, als sie im BBW kam, konsumiert. Eine Person

berichtete, dass sie während einer Ferienfreizeit den ersten Alkohol getrunken hat (im Alter von 29 Jahren), weil zu Hause kein Alkohol erlaubt war. Eine Person trank zum ersten Mal Alkohol im Alter von 21 Jahren und dies geschah im Schützenverein.

In Frage 23 wurde nach der Alkoholkonsumhäufigkeit gefragt (vgl. Abb. 32).

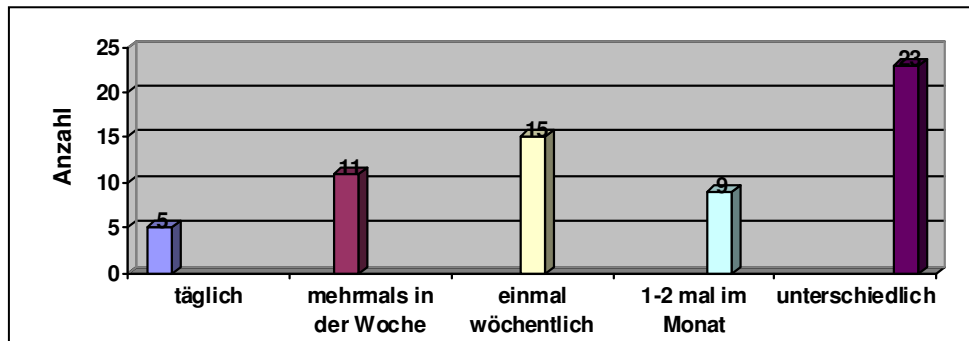


Abb. 32: Alkoholkonsum - Häufigkeit

Fünf Personen haben angegeben, dass sie täglich Alkohol konsumieren. 11 Personen gaben an, mehrmals wöchentlich zu konsumieren. 15 konsumieren einmal wöchentlich; neun Personen gaben an, ein bis zweimal im Monat zu konsumieren und 23 Personen sagten, dass sie dies nicht so genau sagen könnten. 22 Personen erzählten, dass sie Alkohol konsumieren, wenn es dafür (auch) einen besonderen Anlass gibt; hier wurden Feste, Feierlichkeiten, runder Geburtstag und Silvester genannt. Ebenfalls wurden Discobesuch (n=2), Stammtisch (n=1), beim Fußball gucken (n=2) und beim Kegeln (n=1) als Trinkanlass genannt.

Es gibt auch Gründe, die zu einem seltenen bzw. nicht täglichen Konsum von Alkohol beitragen. Zwei Personen haben erzählt, dass ihre Religion den Alkoholkonsum verbietet, daher trinken sie nur ganz selten (n=2). In einem Fall wurde gesagt, dass während der Woche nicht getrunken wird, allerdings bilden hier „Feste wie Karneval oder Urlaub“ eine Ausnahme. Eine Person äußerte: „In der Woche kann ich nicht trinken, weil ich am nächsten Morgen arbeiten muss“. Eine Person erzählte, dass sie nur bei besonderen Anlässen, wie Weihnachten, Silvester oder Geburtstage trinkt, weil sie „vorsichtig ist wegen der Medikation“. Dass auch situationsbedingt konsumiert wird, zeigen folgende Antworten: „Es kommt auf die Anlässe an“, Alkoholkonsum erfolgt „auch stressbedingt und abhängig von Freunden“ und „Nur wenn Dortmund spielt, aber nicht sonntags weil ich am Montag arbeiten muss“. Eine Person erläuterte noch „[...] und beim Abendmahl einen ganz, ganz kleinen Schluck“. Eine Person äußerte, dass sie „ein starker Anti-Alkoholiker“ ist. Ebenso wurde von einer Person auf die Frage, ob sie Alkohol konsumiert, geantwortet „Gar nicht mehr, und ich fühle mich wohl dabei“.



33 Personen haben erzählt, dass sie keinen Alkohol mehr trinken. Es wurde allerdings nicht explizit erfragt, ob jemand ein „trockener Alkoholiker“ sei. Daher können hierzu keine genauen Zahlen angegeben werden. 11 Personen haben von sich aus erzählt, dass sie „ein ehemaliger „Alkoholiker“ sind bzw. früher Alkoholiker waren; einige Probanden haben angegeben dass sie Medikamente gegen Suchtdruck bekommen (n=9). Zwei Personen können bei Suchtdruck auf eine Bedarfsmedikation zurückgreifen. Bei einer Person wurde in der Vergangenheit eine Psychose/Neurose medikamentös behandelt; die Medikamente (Perazin, Promethazin, Akineton und Tebonin) werden heute noch eingenommen. Eine Person ist lange zur Selbsthilfe (Blauen Kreuz) gegangen, braucht dies jedoch nicht mehr.

Auf die Frage, warum kein Alkohol getrunken wird, wurden unterschiedliche Gründe angegeben. Zwei Personen haben erzählt, dass ihnen der Alkohol nicht (mehr) bekommt, drei Personen sagten „Es schmeckt nicht“. Auch negative gesundheitlichen Folgen wurden genannt (n=5), z.B.: „Weil mir das schadet, weil es meiner Gesundheit schadet, dies will ich nicht aufs Spiel setzen“ oder auch: „Weil es Gift für den Körper ist. Man kann Kreislaufkollaps oder Herzinfarkt bekommen, das habe ich gehört. Seitdem packe ich keinen Alkohol mehr an“, als auch „Weil es nichts bringt, immer Entgiftungen [...]“. Weitere Zitate waren u.a.: „Ich möchte nicht wieder in die Klinik, ich möchte kein Ausgehverbot mehr“; „Weil ich ein trockener Alkoholiker bin“ (n=2); „Weil ich trocken leben wollte. Es ist nicht schön, wenn man betrunken ist, benebelt ist. Ich war jeden Tag im Tran. Ich brauche das nicht mehr“. Eine Person äußerte: „Weil ich viel Verantwortung habe in meinem Beruf, ich muss große Maschinen bedienen“.

Aus welchen Gründen Alkohol konsumiert wird wurde in Frage 25 thematisiert. Es gab einen Antwortkatalog und Mehrfachnennungen waren möglich (vgl. Tab. 15).

Aussagen:	Antworten der Frauen	Antworten der Männer	Gesamt
„Fühle mich gut dadurch“	10	23	33
„Mir schmeckt es“	18	39	57
„Wegen der Gruppe / den Freunden / um dazuzugehören“	9	23	32
„Aus Einsamkeit“	3	6	9
„Aus Angst“	0	2	2
„Aus Langeweile“	1	5	6
„Werde sonst unruhig“	1	4	5
„Werde sonst nervös“	0	6	6

Tab. 15: Alkoholkonsumgründe

Mehr als die Hälfte der Befragten hat gesagt, dass ihnen der Alkohol schmeckt (n=57), davon waren 39 Personen männlich und 18 Personen weiblich. Dass Alkohol

konsumiert wird, weil man sich gut dadurch fühlt, haben insgesamt 33 Personen als Konsumgrund angegeben, davon waren 23 männlich und 10 weiblich. 32 Personen konsumieren, um dazu zu gehören, auch hier sind es mehr Männer (n=23) als Frauen (n=9). Die Konsumgründe „aus Angst“ oder „werde sonst nervös“ wurden von den Frauen nicht als Konsumgrund angegeben, dies im Gegensatz zu den Angaben der Männer, von denen zwei „aus Angst“ und sechs „werde sonst nervös“ als Konsumgrund genannt haben.

Als Erklärungen für den Konsum in der Gruppe wurden beispielsweise genannt: „Ich passe mich den Leuten an; aber manchmal trinke ich auch nicht“ oder auch „Wenn andere das machen, mache ich das auch, aber nicht zuviel, dann geht mein Zucker hoch“, „Bin in der Gruppe dabei, dann schmeckt es mir“, „Mit der Gruppe macht das Spaß“ sowie „Weil alle was trinken“.

Konsum geschieht auch infolge von Problemen. Hier wurde Einsamkeit nach dem Tod der Partnerin (n=1), Abreagieren nach der Arbeit um Runterzukommen, denn „dann platzt mir der Kopf“ (n=1) und Traurigkeit (n=1) genannt. Dass auch das „jemanden nicht ernst und nicht annehmen“ zum Suchtmittelkonsum führen kann, zeigen die beiden nachfolgenden Aussagen: „Man hat mich nicht so genommen, wie ich bin, sie haben mir nicht zugehört“ oder auch „Ich wurde nicht ernst genommen“. Eine Person, die eine Tonuserhöhung der Muskulatur (Spastik) hat, erzählte: „Meine Muskeln werden locker, das ist irre“ und eine andere Person äußerte, dass sie Alkohol konsumiert um „Einfach mal den Kopf freizukriegen“. Ein Proband erzählte, dass ihn der Tod des Vaters sehr belaste und Alkohol und Cannabis den Kopf freimachen. In einem Fall wird Alkohol konsumiert, weil es „betäubt“ und eine andere Person kann nach Alkoholkonsum besser einschlafen. Ebenfalls wurden schwierige Lebenssituationen (Kummer, Sterbefälle) als Ursache für den Konsum benannt. Allerdings wurden auch Zweifel geäußert: „Es schmeckt nicht so, aber was soll ich denn da trinken?“

Welche alkoholischen Getränke konsumiert werden, wurde durch Frage 22 ermittelt (vgl. Abb. 33), hierbei waren Mehrfachnennungen möglich.

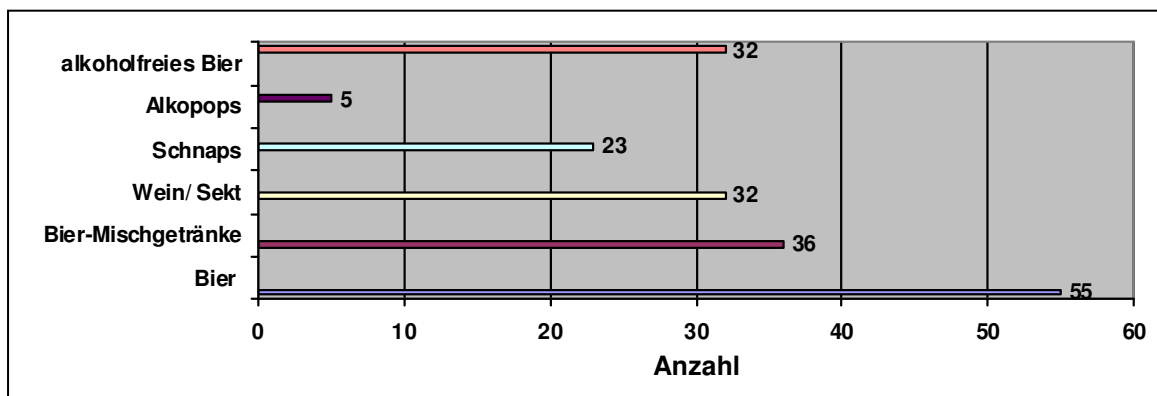


Abb. 33: Konsumierte alkoholische Getränke

Mehr als die Hälfte der Befragten (n=55) gab an, Bier zu konsumieren, an zweiter Stelle gefolgt durch Bier-Mischgetränke (n=36). 32 Personen erzählten, dass sie sowohl Wein und/oder Sekt trinken; 23 Personen trinken auch Schnaps und in fünf Fällen wurden Alkopops genannt. Immerhin trinken 36 Personen auch alkoholfreies Bier. An weiteren Getränken wurden u.a. genannt: je einmal: Baileys, Likör, Whisky, Erdbeerbowle, Kräuterschnaps, türkisches Bier und Rum. Fünf Personen nannten Weizenbier, drei trinken Cocktails, und sieben trinken auch Wodka (pur und/oder als Mixgetränk).

Die Frage nach der täglichen Konsummenge sollte mit Hilfe von Bildkarten mit der Größe der Gläser sowie mit je einem Anschauungs-Glas mit 100 ml und 250 ml Inhalt sowie einem Schnapsgläschen erfragt werden. Diese Datenabfrage gestaltete sich schwieriger als erwartet. Es gab Probanden, die ohne und mit Hilfe der Anschauungs-Gläser oder der Bildkarten ihre Konsummenge benennen konnten. Einige gaben an, dass sie je Trinkanlass ein Glas Bier, ein Glas Sekt oder ein Schnaps trinken, auch wurden 2-3 Gläser je Trinkanlass genannt. Ebenfalls wurden Mix-Getränke angegeben. Mehrere Probanden sagten, dass sie aus „anderen Gläsern“ oder „nur aus der Flasche“ trinken. Einige Probanden konnten nur Angaben in „kleines oder großes“ Glas bzw. „kleine oder große Flasche“ machen. Hier wären als Anschauungsmaterial Bier-Gläser mit 0,2L, 0,3L und 0,5L Inhalt, ein Weizenbiertglas und Bier-Flaschen mit unterschiedlichen Mengen (0,3L und 0,5L) sinnvoll gewesen. Somit lässt sich aus den von den Probanden angegebenen Mengen die tägliche Konsummenge nicht eindeutig und zuverlässig ermitteln. Hierzu wäre eine noch differenziertere Mengen-Abfrage erforderlich gewesen.

In Frage 26 wurde thematisiert, mit welchen Personen die Teilnehmer Alkohol trinken. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich (vgl. Tab. 16).

	Angaben der Frauen	Angaben der Männer	Gesamt
„Allein“	7	27	34
„Mit Partner/ Partnerin“	8	5	13
„Mit Freunden“	16	33	49
„Mit Mitbewohnern“	2	12	14
„Mit Geschwistern/ Eltern“	8	14	22

Tab. 16: Mit wem wird Alkohol konsumiert?

Der größte Teil der Befragten (n=49) hat gesagt, dass sie mit Freunden konsumieren, das tun 33 Männer und 16 Frauen. Außerdem wird in 34 Fällen auch allein getrunken, dies geschieht häufiger durch die männlichen (n=27) als durch die weiblichen (n=7) Probanden. An dritter Stelle wurde der Konsum bei/mit den Eltern / Geschwistern genannt; auch hier liegt der Anteil der Männer deutlich höher als bei

den Frauen. Dass in lediglich 14 Fällen auch mit Mitbewohnern und in 13 Fällen mit dem Partner konsumiert wird, ist bemerkenswert. Die Gründe hierfür wurden nicht erfragt, es wäre aber sicher interessant, diese noch zu ermitteln. Eine Person trinkt „mit Kumpeln, die Geld haben“ und ein Proband erzählte, dass er nur (mit den Mitbewohnern) trinkt, wenn mit den Betreuern zusammen gefeiert wird. Auf die Frage, ob er auch allein trinken würde, antwortete er, dass er das nicht darf, aber dass er wohl zusammen mit den Eltern/Geschwister trinken würde. Bei dieser Frage war kein Ranking der Antworten vorgesehen. Daher kann nicht gesagt werden, ob die meisten eher mit Freunden oder eher allein konsumieren.

Frage 27 beschäftigte sich mit dem Konsumort, um zu ermitteln, wo die Befragten ihren Alkohol konsumieren (vgl. Abb. 34). Es waren Mehrfachnennungen möglich.

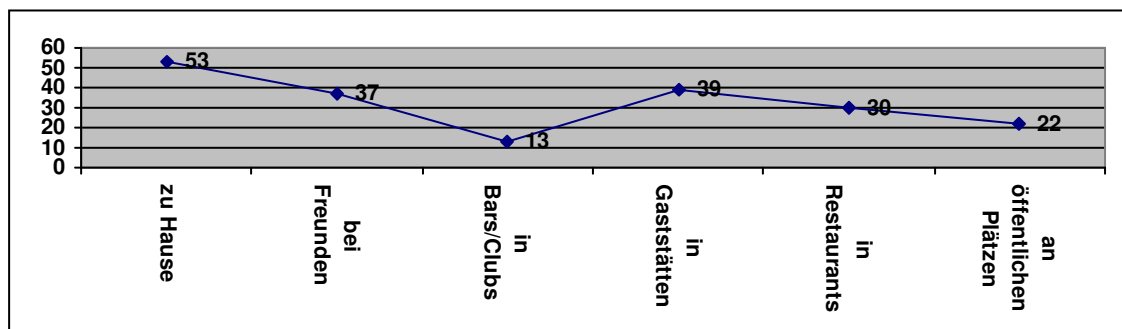


Abb. 34: Alkoholkonsum - Konsumorte

Der größte Teil derer, die diese Frage beantwortet haben, trinkt zu Hause (n=53) und 37 Personen trinken bei Freunden. Die Antwortmöglichkeiten „in Gaststätten“ (n=39) und „in Restaurants“ (n=30) wurden auch häufig genannt. 22 Personen haben angegeben, dass sie (auch) an öffentlichen Plätzen konsumieren. Weitere Konsumorte, die benannt wurden, waren Tankstelle (n=2), Imbissbude (n=1), Disko (n=4), Fußballstadion (n=2), Kegelbahn (n=1) und Schützenfest (n=1). Die Antwortmöglichkeit „am Arbeitsplatz“ wurde von einer Person gewählt aber nicht näher erläutert. Eine Person erzählte, dass sie an öffentlichen Plätzen trinkt, „Aber dann ein bisschen versteckt, damit es keiner sieht. Dann gucken die komisch, das ist mir peinlich“. Die Gründe, warum man auch an öffentlichen Plätzen trinkt, wurden nicht erfragt. Hier wäre es schon interessant, innerhalb dieser Personengruppe zu ermitteln, warum sie (auch) an öffentlichen Plätzen konsumiert. Viele Teilnehmer haben deutlich betont, dass man bei der Arbeit nicht trinken bzw. nicht betrunken zur Arbeit kommen darf, weil es „zu gefährlich ist“ oder weil man sich verletzen kann. Auch wurde von einigen benannt, dass es Ärger in der Werkstatt (WfbM) gibt, wenn man angetrunken zur Arbeit erscheint. Mehrere Bewohner aus dem stationären Wohnbereich haben geäußert, dass in ihrer Einrichtung ein „Alkoholverbot“ gilt. In einigen Fällen darf bei besonderen Anlässen, teilweise nur in Anwesenheit der Mitarbeiter oder nach Absprache, Alkohol getrunken werden.

Auf Frage 28 „Hatten Sie schon einmal Probleme, nachdem Sie Alkohol getrunken haben?“, antworteten 63 Personen mit ja, davon waren 16 Personen weiblich und 47 männlich. Von 37 Personen wurde diese Frage verneint.

Als Probleme wurden u.a. benannt:

- Kopfschmerzen (n=14)
- Übelkeit oder Erbrechen (n=13)
- sich schlecht fühlen (n=6)
- Schwindel (n=5)
- Aggressivität (n=6)
- „Rumpöbeln“ (n=3)
- gestürzt, umgekippt (n=5)
- besoffen (n=4)
- keine Orientierung (n=2)
- richtig zugehörnt (n=1)
- Kater (n=2)
- Fahren unter Alkoholeinfluss (n=1)

Es wurden auch Krankheiten als Folgeprobleme genannt, z.B.

- bin krank geworden (n=3)
- Hepatitis (n=1)

In zehn Fällen gab es Ärger mit der Polizei und in Folge dessen mussten zwei Personen Sozialstunden ableisten. In Folge des Alkoholkonsums waren vier Personen an Schlägereien/Prügeleien beteiligt. Je eine Person nannte: Arbeit verloren, Ärger am Arbeitsplatz, kein Geld mehr haben und Führerschein verloren. Vier Personen haben ihre Wohnung verloren und in einem Fall wurde der betreffenden Person zweimal gekündigt.

Mehrere Probanden kannten Personen, die Probleme nach dem Konsum von Alkohol hatten. Einige Probanden haben Familienmitglieder als Alkoholiker bezeichnet: ein Mal der Bruder; ein Mal der Vater und Geschwister; ein Mal die Mutter und die Schwester und ein Mal der Vater. Ein Proband hat gesagt, dass sein Vater und sein Bruder regelmäßig betrunken waren. Ein anderer Proband beschrieb, dass sein Vater alkoholsüchtig war; dabei war er aggressiv und hat die Mutter geschlagen. Eine Person hat einen Onkel als „ein bisschen alkoholkrank“ bezeichnet. Wegen der Alkoholproblematik des Vaters kam ein Proband im Alter von vier Jahren ins Heim.

Ob Teilnehmer in Folge von Alkoholkonsum Behandlung oder Therapie in Anspruch nehmen mussten, wurde ebenfalls erfragt. Die Ergebnisse sind in Tab. 17 dargestellt; es waren Mehrfachnennungen möglich (Frage 30).

	ja	davon weiblich	davon männlich
in ärztlicher Behandlung	29	8	21
im Krankenhaus	27	8	19
in einer Beratungsstelle	13	2	11
in Therapie	21	5	16

Tab. 17: Waren Sie aufgrund des Alkoholkonsums schon einmal in ....?

Die Antworten, wie sie in der Tabelle dargestellt sind, zeigen auf, dass 29 Personen (knapp ein Drittel) aufgrund des Alkoholkonsums bereits in ärztlicher Behandlung waren; hierbei ist der männliche Anteil mit 21 Personen deutlich höher als der Anteil an Frauen (n=8).

27 Personen gaben an, dass sie im Krankenhaus behandelt wurden. Hierbei wurde angegeben, dass der Magen ausgepumpt wurde (n=2), Entgiftung erfolgte (n=3, davon war eine Person drei Mal zur Entgiftung) und eine Person dort zum Ausnüchtern war. Außerdem erfolgten Aufenthalte in die Psychiatrie (n=1), im Psychiatrischen Krankenhaus (n=2) und in einem Therapeutischen Krankenhaus (n=2).

13 Personen waren in einer Beratungsstelle, eine Person davon geht wöchentlich noch weiter dorthin. Eine Person wurde gezwungen, zur Beratungsstelle zu gehen, „hat aber nichts genutzt“. Eine Person war einmal in der Beratungsstelle vorstellig geworden („Weil ein Mitarbeiter das so wollte“), es war jedoch keine Therapie notwendig.

Von den Befragten waren 21 Personen in Therapie. Eine Person war fünf bis sechs Mal in der Westfälischen Klinik. Therapien wurden ebenfalls in To Hus (n=2), in der stationären Rehabilitation (n=1) und in einem Psychiatrischen/Therapeutischen Krankenhaus (n=3) in Anspruch genommen. Zwei Personen nehmen in einer Klinik wöchentlich noch Therapie in Anspruch. Ein Proband äußerte, dass er wegen des Alkoholkonsums des Vaters in psychologischer Behandlung war.

Nikotin ist eine legale Substanz, die von vielen Menschen „konsumiert“ wird. Mit Frage 31 sollten Rauchverhalten und Konsummuster der Teilnehmer ermittelt werden. Auf die Frage „Rauchen Sie?“ antworteten 55 Personen mit ja. Hiervon sind 15 Personen weiblich und 40 Personen männlich.

Die Altersstruktur der Raucher ist in Tab. 18 dargestellt.

Rauchen Sie?	18-21 Jahre	22-25 Jahre	26-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre	61 und älter	Gesamt
Nein	2	0	6	10	11	12	2	43
Ja	1	10	6	4	16	15	3	55

Tab. 18: Rauchen Sie? Differenzierung nach Alter

In der Tabelle sind die Antworten nach Alter differenziert dargestellt. Es fällt auf, dass der größte Teil der Raucher älter als 40 Jahre ist (n=34). Personen aus der Altersgruppe von 22-25 Jahre rauchen, von allen die jünger als 40 Jahre sind, am meisten. Zwei Personen rauchen mehrmals in der Woche und 51 Personen haben angegeben, dass sie täglich rauchen.

Mit Frage 32 sollte ermittelt werden, wie viel täglich geraucht wird. Die Ergebnisse sind in Tab. 19 dargestellt.

Wie viel rauchen Sie täglich?	Häufigkeit
1-10 Zigaretten	16
11-20 Zigaretten	12
1 Schachtel (19 Stück)	19
2 Schachteln	3
Unterschiedlich	1

Tab. 19: Wie viel rauchen Sie täglich?

Von denen, die diese Frage beantwortet haben, rauchen 19 Personen täglich eine Schachtel Zigaretten; 16 Personen rauchen bis zu zehn und 12 Personen rauchen zwischen 11 und 20 Zigaretten täglich. Auch werden Zigarren (n=1) und Pfeife (n=2) geraucht. Ein Proband erklärt, dass er 25 Zigaretten am Tag raucht, wenn er denn welche hat; wenn er keine Zigaretten hat, dann „raucht er nicht“. Eine andere Person äußerte: „Wenn ich mehr Taschengeld hätte würde ich noch mehr rauchen, 3 Packungen pro Tag“.

#### 6.4.5 Befragungsergebnisse im Bereich „Medikamente“

Bislang stehen wenige Daten zur Verfügung, die Einblick geben im Gebrauch von Medikamenten durch Menschen mit geistiger Behinderung. Daher sollten die Probanden im Rahmen der Interviews zu ihrem Medikamentenkonsum befragt werden.

Insgesamt haben 31 Frauen und 69 Männer an den Interviews teilgenommen.

71% von ihnen haben schon mal Schmerztabletten verschrieben bekommen, davon waren 38% Frauen und 62% Männer.

Beruhigungsmittel bekamen 40% der Probanden schon mal verschrieben, davon waren 30% Frauen und 70% Männer.

Schlaftabletten wurden bei 26% der Probanden schon mal verschrieben, hier ist der Anteil von 50% für Frauen und Männer gleich. Im Vergleich haben die männlichen Teilnehmer häufiger Schmerz- und Beruhigungsmittel verschrieben bekommen als die weiblichen Teilnehmer.

	Gesamt	davon weiblich	davon männlich
Schmerztabletten	71	27	44
Beruhigungstabletten	40	12	28
Schlaftabletten	26	13	13

Tab. 20: Hat Ihnen ein Arzt schon einmal diese Medikamente verschrieben?

Wie aus Tab. 20 ersichtlich wird, haben die Probanden am häufigsten Schmerztabletten als die vom Arzt verschriebenen Medikamente genannt (n=71). Die Einnahme dieser Medikamente erfolgte häufiger durch Männer (n=44) als durch Frauen (n=27). Drei Personen haben angegeben, dass sie täglich Schmerztabletten einnehmen müssen. Eine Person nimmt regelmäßig Rheumamittel ein und eine Person erzählte, dass sie nach einer Augenoperation täglich Morphium bekam. Als Gründe für die Einnahme bei Bedarf wurden genannt: Kopfschmerzen (n=5), Rückenschmerzen (n=5) und elf Personen gaben als Grund „Schmerzen“ an; davon wurden spezifisch Beinschmerzen (n=1), Schmerzen wegen eines Tumors (n=1) und Schmerzen nach einer Vergewaltigung (n=1) genannt. Eine Person erzählte, dass sie versucht, durch Alternativen ohne diese Medikamente auszukommen.

Vierzig Personen haben schon mal Beruhigungsmittel verschrieben bekommen. Der Anteil der Männer, der diese Medikamente schon mal verschrieben bekam, ist mehr als doppelt so hoch (n=28) als der der Frauen (n=12). 22 Personen haben angegeben, dass sie täglich Beruhigungsmittel einnehmen müssen. Drei Personen berichteten, dass sie früher (als Kind (n=2)) Beruhigungsmittel einnehmen mussten. Auf die Frage, wann diese Medikamente als Bedarfsmedikation genutzt werden können wurde u.a. geantwortet, dass eine Einnahme abhängig vom Befinden ist (n=1) oder bei Unruhe erfolgt (n=1). In einem Fall wurden Beruhigungsmittel wegen einer Depression verschrieben und in einem Fall wird die Dosis bei Bedarf erhöht.

Von den Befragten haben 26 Personen die Frage, ob sie schon mal Schlaftabletten verschrieben bekommen haben, bejaht; der Anteil Männer-Frauen ist gleich hoch und liegt bei 50%. Vier Personen haben angegeben, dass sie diese Medikamente täglich einnehmen müssen und eine Person tut das fast täglich; eine Person nimmt zweimal wöchentlich ein Präparat auf pflanzlicher Basis ein. Als Beispiel für eine Einnahme bei Bedarf wurden Angstträume (n=1) und „beim Entzug“ (n=1) genannt. In einem Fall wurden Schlaftabletten nach einer Vergewaltigung „wegen der Gedanken beim Schlaf“ verschrieben.



Die Befragungsergebnisse verdeutlichen, dass Menschen mit geistiger Behinderung Medikamente einnehmen müssen. Allerdings war auffällig, dass mehrere Probanden bei der Beantwortung der Fragen über die Medikamenteneinnahme sehr unsicher waren. Sie hätten diese Frage zwar gern beantwortet, wussten aber nicht genau, welche Medikamente sie einnehmen und warum sie diese einnehmen müssen. Ebenfalls war nicht allen der Unterschied zwischen Dauermedikation und Bedarfsmedikation bekannt. Aus diesem Grund war es in einigen Interviews erforderlich, den Unterschied zwischen Dauer- und Bedarfsmedikation zu erklären. In dieser Datenauswertung sind nur Angaben über Medikamente, die täglich eingenommen werden müssen sowie Angaben zur Bedarfsmedikation (wenn die von den Probanden eindeutig als solches benannt werden konnte) berücksichtigt worden. Einige Probanden haben erzählt, dass sie freiverkäufliche Medikamente kaufen und einnehmen. Mehrere Probanden haben sich bei ihren Bezugspersonen erkundigt, damit sie die Fragen zur Medikation beantworten konnten.

In wieweit Menschen mit geistiger Behinderung Medikamente missbräuchlich oder abhängig konsumieren, lässt sich aus den erhobenen Daten nicht valide ermitteln. Für diese Personengruppe müsste ein praktikables Erhebungsinstrument entwickelt und evaluiert werden.

#### 6.4.6 Befragungsergebnisse im Bereich der illegalen Drogen

Bislang wurde angenommen, dass Menschen mit geistiger Behinderung kaum illegale Drogen konsumieren und dass sie wenig drogenbezogene Kenntnisse haben. Ob diese Annahme korrigiert werden muss, sollte durch Fragen, die sich auf Kenntnisse über illegale Drogen bezogen, ermittelt werden. Allerdings wurde nicht explizit erfragt, ob Probanden illegale Drogen konsumieren. Hierfür sind sehr präzise formulierte, erprobte und evaluierte Fragestellungen notwendig. Da bislang kein entsprechendes Erhebungsinstrument zur Ermittlung von Eigenkonsum von illegalen Drogen durch Menschen mit geistiger Behinderung existiert, wurde der Eigenkonsum nicht abgefragt. Einige Probanden haben allerdings von sich aus über (ihren) Drogenkonsum erzählt.

Fragen von Probanden, die sich auf Bezeichnung, Aussehen, Konsumform, Wirkung oder Beschaffung der Drogen bezogen, wurden von den Interviewerinnen grundsätzlich nicht beantwortet; in den wenigen Fällen, in denen Probanden drogenbezogene Fragen gestellt haben, wurden sie von den Interviewerinnen für die Beantwortung der Fragen auf die Bezugsbetreuung verwiesen.

Mit Frage 36 wurden generelle Kenntnisse über Drogen abgefragt. „Es gibt Drogen. Diese Drogen können Menschen krank und abhängig machen. Haben Sie schon mal gehört von .....?“:

1. Schnüffelstoffe. Die Antwort auf diese Frage wurde mit „ja“ gewertet, wenn der Proband korrekte „Substanzbeispiele“ nennen konnte. 42 Personen haben angegeben, dass sie Schnüffelstoffe kennen und konnten zutreffende Beispiele geben.

2. Sogenannt Drogenpilze. Bei dieser Frage gaben 28 Personen an, dass sie Drogenpilze kennen. Es wurden keine weiteren Angaben zu Drogenpilze erfragt.

Einige Personen haben erzählt, dass sie diese Drogen (entweder Schnüffelstoffe und/oder Drogenpilze) im Fernsehen gesehen haben (n=9), vier kennen diese aus dem Wohnheim („werden dort vertickt“, sagte eine Person), sechs haben diese in der Schule gesehen und vier Probanden haben erzählt, dass sie diese Drogen selbst genommen haben.

Zur Frage 37 „Sie sehen gleich Bilder von Drogen. Haben Sie diese schon mal gesehen? Wissen Sie evtl. den Namen davon?“ wurden den Probanden Bilder von verschiedenen Drogen vorgelegt. Zum besseren Verständnis wurde hier mit der Visualisierungshilfe der Fotokartenbefragung gearbeitet. Die Antwort wurde nach korrekter Nennung des Namens oder der Einnahmeform der Droge mit „ja“ gewertet (vgl. Tab. 21).

	18-21 Jahre	22-25 Jahre	26-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre	61 J. und älter	Gesamt
„Haschisch“	1	7	3	1	4	1	0	17
„Marihuana“	2	9	11	5	8	5	1	41
„Crack“	0	3	1	0	0	1	0	5
„Ecstasy“	2	10	6	3	2	2	2	27
„LSD“	0	6	2	0	0	1	0	9
„Heroin“	2	10	6	4	13	9	1	46
„Kokain“	2	9	7	4	7	3	0	32

Tab. 21: Abfragen von Drogenkenntnissen

Heroin wurde von 46 Personen erkannt und wurde in der Altersgruppe von 41-50 Jahre am häufigsten (n=13) genannt.

Marihuana kannten 41 Personen, diese Substanz wurde am häufigsten durch Personen aus der Altersgruppe von 26-30 Jahre (n=11) richtig bezeichnet.

An dritter Stelle kommt Kokain (n=32), dessen richtige Bezeichnung kannten die meisten Probanden aus der Altersgruppe 22-25 Jahre (n=9).

Ecstasy war ebenfalls bei den Probanden aus der Altersgruppe 22-25 Jahren am meisten bekannt (n=10).

Crack und LSD waren am wenigsten bekannt, diese Substanzen wurden schwerpunktmäßig von Probanden aus der Altersgruppe 22-25 Jahren richtig bezeichnet.

Eine Bong/Shisha/Wasserpfeife kannten 15 Personen.

Wenn man die Ergebnisse miteinander vergleicht, zeigt sich, dass die Personengruppe von 22-25 Jahren über eine große Suchtmittelkenntnis verfügt. Einige Probanden erzählten, dass sie selber Substanzen konsumieren bzw. konsumierten oder Substanzkonsum bei Freunden oder beim Bruder (n=1) gesehen haben. Der Bahnhof wurde als Ort, wo Drogenkonsum beobachtet wurde, angegeben und einige Probanden kennen Substanzen, weil sie den Konsum im Fernsehen gesehen haben.

Zwei Personen haben durch ihre Arbeit einen „indirekten Kontakt“ mit Drogen; während ihrer Arbeit im Außendienst der WfbM-Gärtnerei finden sie gelegentlich auch leere Drogenspritzen; sie müssen dann einem Betreuer Bescheid sagen, der die Spritzen dann einsammelt oder sie müssen „Handschuhe anziehen, die Spritze mit einer speziellen Zange aufheben und in einen speziellen Eimer tun“.

Die Ergebnisse der Datenauswertung zeigen auf, dass Menschen mit geistiger Behinderung durchaus über Kenntnisse von illegalen Substanzen verfügen, dass einige von ihnen sowohl Zugang zu legalen als auch zu illegalen Drogen haben und diese Substanzen auch konsumieren. Die Annahme, dass diese Personengruppe kaum Gelegenheit hat, Substanzen zu erwerben bzw. zu konsumieren, trifft offensichtlich nicht mehr zu.

#### 6.4.7 Befragungsergebnisse zu der Nutzung von Fernsehgerät und Computer sowie zu Glücksspiel

In wieweit die Interviewteilnehmer Fernsehgerät und Computer benutzen, sollte durch Fragen über die Nutzung dieser Geräte ermittelt werden (vgl. Abb. 35).

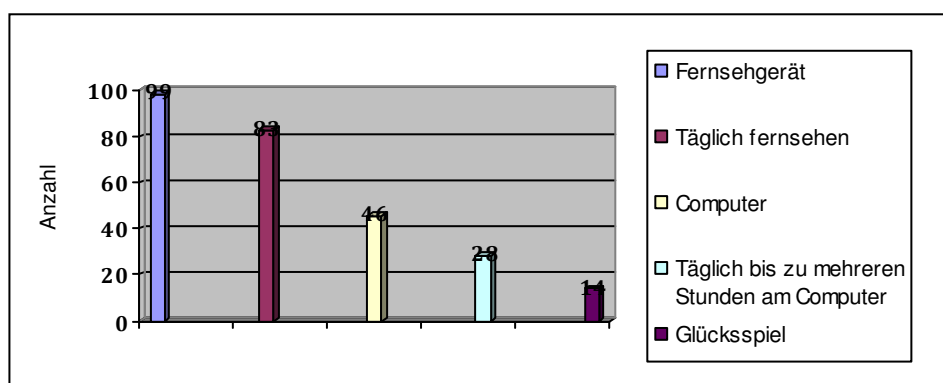


Abb. 35: Nutzung von Fernsehgerät und Computer sowie Glücksspiel

99 von 100 Befragten verfügen über ein eigenes Fernsehgerät. Fünfzehn Personen haben geäußert, dass sie nicht unbedingt jeden Tag fernsehen, sondern dass sie Fernsehsendungen aussuchen, die sie sich gern anschauen (z.B. Krimis, Musiksendungen, Aktuelle Stunde NRW, Nachrichten).

83 Personen sehen täglich fern; davon sehen 49 Personen täglich zwischen ein und drei Stunden und 29 Personen täglich länger als drei Stunden fern. Die Angaben, wie lange täglich ferngesehen wird, variieren von 15 Minuten bis zu sechs Stunden, wobei am Wochenende von einigen deutlich länger ferngesehen wird („Das kann am Wochenende bis zu zehn Stunden werden“, sagte ein Proband). Einige Probanden haben erzählt, dass sie bereits morgens vor der Arbeit fernsehen; eine Person schaut am Wochenende auch nachts ab zwei Uhr fern, er machte aber keine Angaben zum Programm.

Fast die Hälfte aller Befragten (n=46) nutzt einen Computer; 28 Personen haben angegeben dass sie jeden Tag ihren PC benutzen. Jedoch nicht alle verfügen über einen Internetzugang. Zwei Personen haben erzählt, dass sie zwei bis dreimal wöchentlich ins Internetcafe gehen.

Welche Tätigkeiten am PC gemacht werden (Frage 39), wurde ebenfalls erfragt und ergab folgende Antworten (vgl. Tab. 22, Mehrfachnennungen waren möglich):

Tätigkeiten am PC	Gesamtnennungen
Online-Spiele	17
Spiele allgemein	27
Chatten	17
Facebook/ICQ/SVZ	22
Informationen einholen	26
Mails verschicken	29
Kontakt zu Freunden	24
Glücksspiele	7

Tab. 22: Spiele/Tätigkeiten am Computer

Weitere Tätigkeiten, die am Computer durchgeführt werden, sind u.a. Skypen, Rechenaufgaben lösen, Bestellungen aufgeben, Briefe schreiben, Solitär spielen (und keine „Ballerspiele“), Musik hören und Online-Banking (n=1). Eine Person hat einen Schachcomputer, den er benutzt um für Schachturniere zu trainieren. Eine Person hat angegeben, dass er den PC für kostenpflichtige Online- und Glücksspiele nutzt. Allerdings hat eine Person auf die Frage, ob er den PC für den Kontakt zu Freunden nutzt, geantwortet: „Ja und nein; ich treffe mich lieber mit ihnen, ich habe keine virtuellen Freunde, die brauche ich nicht“.

Insgesamt gesehen nutzen die Teilnehmer ihren Computer sehr häufig um Kontakte zu pflegen. Auch für das Einholen von Informationen wird der Computer recht häufig genutzt.

Auf die Frage, ob sie regelmäßig an Glücksspielen teilnehmen, antworteten 14 Personen mit „ja“. Es wurden konkret genannt: Lotto (n=4), Spielautomat (n=1), Fifa-Spiele oder Bingo per Post (n=1). Eine Person spielt nur dann „wenn der Jackpot hoch ist“. Wie häufig oder regelmäßig sie an Glücksspielen teilnehmen, konnte nicht eindeutig ermittelt werden.

## 6.5 Resümee

Die Auswertungsergebnisse der Interviews zeigen auf, dass eine Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung zu brauchbaren Ergebnissen führt. Obwohl die Auswahl der Probanden nicht repräsentativ erfolgte, ermöglichen die ermittelten Daten aus den Klienteninterviews einen Einblick in die Konsumgewohnheiten der Probanden. Zu den Ergebnissen sind einige Anmerkungen erforderlich.

Wie bereits erläutert, können mehrere Faktoren dazu beitragen, dass Fehlerquellen die Validität und die Reliabilität der Ergebnisse gefährden:

- die unterschiedliche Befragungssituation bei den Probanden. Einige Treffen fanden in der Wohnstätte im eigenen Zimmer oder im Gruppenraum, in der Werkstatt oder in der eigenen Wohnung statt.
- Bei 18 Befragungen war eine Begleitperson anwesend.
- In der Untersuchung wurden ausschließlich Fragebögen verwendet. Obwohl bei der Fragebogenkonzeption sehr darauf geachtet worden war, möglichst einfach formulierte Fragen zu verwenden, war es in manchen Fällen erforderlich, die Fragestellung zu beschreiben oder noch anders zu formulieren.
- Aufgrund der Fragebogenkonstruktion wurde den Probanden die Möglichkeit zu Erklärungen und Erläuterungen gegeben. Im Nachhinein wurde deutlich, dass die Datenerhebung durch „integrierte“ Interviews hätte erweitert werden sollen, um zu noch genaueren Aussagen zu gelangen.
- Es hat sich gezeigt, dass Probanden einige Fragen anders interpretiert haben als beabsichtigt wurde „[...] Haben Sie schon einmal gehört von Schnüffelstoffen oder sogenannten Drogenpilzen?“ – „Nein, so was nehm ich nicht [...]“.
- Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass, trotz sorgfältiger Planung der Interviewtechnik und der Dokumentation der Antworten, das Verhalten der Interviewerinnen (bei der Interviewdurchführung) die Befragungsergebnisse mit beeinflusst haben.

Nach der Durchführung der ersten 41 Interviews wurde deutlich, dass der Fragebogen um einige Unterfragestellungen, die sich auf dem Bereich Alkohol bezogen, erweitert werden musste. Diese Unterfragestellungen bezogen sich auf den

Alkoholkonsum von „früher“. Dass es innerhalb dieser Personengruppe „trockene Alkoholiker“ geben könnte, war bei der Fragebogenkonzeption nicht berücksichtigt worden. Allerdings werden in dieser Dokumentation Ergebnisse, die sich auf diesen Konsum von „früher“ beziehen, nicht berücksichtigt.

Obwohl beide Interviewerinnen bereits Erfahrungen in der Konzeption eines Erhebungsinstruments vorweisen konnten, hat sich gezeigt, dass sich „ungenaue“ Fragestellungen sowie Interpretationsunterschiede nur durch einen Pretest aufdecken lassen. Daher sollten bei weiteren Befragungen zu dieser Thematik vorher mehrere Pretests durchgeführt werden. Außerdem sollten Bedingungen, die zu Objektivität beitragen, weiter erforscht und mit Hilfe von Standardisierungen festgelegt werden.

Das Abfragen von Kenntnissen der illegalen Drogen beschränkte sich auf die Substanzbezeichnung bzw. auf die Beschreibung der Anwendung; ob der Proband die Substanzen konsumiert, wurde nicht erfragt. Die Entscheidung, bei dieser Befragung auf Fragen zum Eigenkonsum von illegalen Drogen zu verzichten, hat sich aus unserer Sicht als richtig erwiesen. Hierfür müssen spezielle Fragestellungen entwickelt werden. Diese müssen in Pretests erprobt und anschließend evaluiert werden, damit für die Ermittlung von Eigenkonsum von illegalen Drogen durch Menschen mit geistiger Behinderung ein zuverlässiges Erhebungsinstrument zur Verfügung steht.

Die Frage, ob Menschen mit geistiger Behinderung legale und illegale Suchtmittel nutzen, kann auch nach der Auswertung der Interviews mit „ja“ beantwortet werden. Es manifestieren sich sowohl unproblematische als auch problematische Konsummuster. Aus den Auswertungsergebnissen der Vollerhebung und aus denen der Klienteninterviews geht hervor, dass Menschen mit geistiger Behinderung durchaus über Kenntnisse von legalen und illegalen Substanzen verfügen, dass einige von ihnen sowohl Zugang zu legalen als auch zu illegalen Drogen haben und dass diese Substanzen auch konsumiert werden.

Aus den Ergebnissen der Interviews wurde deutlich, dass ein Großteil der Befragten eine (zum Teil auch sehr) gute Einschätzung ihres Konsumverhaltens hat. Einige Personen konsumieren, trotz des Wissens um negative Auswirkungen, weiter. Hierbei zeigen sich (un)problematische, missbräuchliche und /oder abhängige Konsummuster. Die Tatsache, dass nicht nur legale sondern auch illegale Substanzen konsumiert werden, macht deutlich, dass Bedarf an präventiven und therapeutischen Maßnahmen für diese Personengruppe besteht.

In mehreren Fällen wurden Gründe für den Substanzkonsum benannt; Aussagen wie „Man hat mich nicht so genommen wie ich bin, sie haben mir nicht zugehört“ oder auch „Ich wurde nicht ernst genommen“, machen deutlich, dass in diesen Fällen Menschen mit geistiger Behinderung sich nicht ernst und nicht angenommen fühlten und diese Un-Achtsamkeit mit einen Grund dafür war, Substanzen zu konsumieren. Es war beeindruckend, wie präzise Menschen mit geistiger Behinderung ihre Gründe für den Suchtmittelkonsum beschreiben konnten. Hier zeigt sich, dass man sie selbstverständlich fragen sollte, was sie brauchen, was ihnen fehlt aber auch welche Ziele sie haben und wie ihre Lebensplanung aussieht. Das betrifft auch die Personen, die Suchtproblematik entwickelt haben und Therapien in Anspruch nehmen (möchten).

Ein Teil der Befragten hat bereits Erfahrungen mit Suchthilfeeinrichtungen gemacht; aber nur wenige von ihnen haben eigenständig den Kontakt zur Selbsthilfe hergestellt. Einige Probanden, die problematisch konsumiert haben und von sich sagen, dass sie trockene Alkoholiker sind, leben, zum Teil seit Jahren, abstinent. Die Therapien, an denen sie teilgenommen haben, waren erfolgreich und ihre Abstinenz bewerten sie als sehr positiv. Hier wird deutlich, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik therapiefähig sind.

Eine ebenfalls sehr wichtige Erkenntnis, die sich aus der Evaluation der Vollerhebung und der Klienteninterviews ergibt, ist nicht nur, dass Medien wie Fernsehen und Computer durch diese Personengruppe genutzt werden, sondern dass sich hier auch „süchtige“ Verhaltensweisen manifestieren. Die zum Teil sehr zeitintensive Nutzung von Fernsehen und Computer macht deutlich, dass die „Normalisierung“ bei dieser Personengruppe angekommen ist. Dies gilt ebenfalls für das Glücksspiel, immerhin haben 14% der Befragten im Interview angegeben, dass sie an Glücksspielen teilnehmen. Hier zeigt sich ein weiterer Bedarf an präventiven Maßnahmen für diese Zielgruppe.

Auf die Frage, ob man die Möglichkeit hat, allein in einen Laden zu gehen und Essen und Trinken einzukaufen, haben 91 Personen mit „ja“ geantwortet. Hieraus wird einerseits ersichtlich, dass diese Personen so mobil sind das sie zu den Geschäften gelangen können und andererseits, dass sie über ausreichende Fähigkeiten verfügen, sich allein in einer „Einkaufssituation“ zurechtzufinden. Allerdings ist nur ein Teil von ihnen selbst für die eigene Ernährung verantwortlich. Ein großer Teil der Probanden wird noch „versorgt“. Betrachtet man die Befragungsergebnisse über den Konsum von sog. Genussmitteln, dann geht hieraus hervor, dass viele Probanden diese täglich oder regelmäßig konsumieren; Alkohol wird als „legale Droge“ von vielen der befragten Personen getrunken, Nikotin ist ebenfalls eine häufig genutzte Substanz. In vielen Fällen wird nicht problematisch konsumiert. Aber bei einer zunehmenden Verselbstständigung sind Kenntnisse über gesundheitsförderliches

Verhalten schon sehr sinnvoll. Hier zeigt sich Bedarf an Präventionsprogrammen, die u.a. gesundheitsförderndes Verhalten thematisieren. Das Wissen über gesundheitsförderliches Verhalten und über die Bedeutung einer „gesunden“ Ernährung könnte dazu beitragen, dass beispielsweise beim Nahrungsmittel-Einkauf mehr gesundheitsförderliche Produkte eingekauft würden; ebenso könnte durch Aufklärung und Information ein möglichst risikoarmer Umgang mit Alkohol oder Beibehaltung der Abstinenz gefördert werden. Informationen über das Rauchen könnten dazu beitragen, dass Personen „Nicht-Raucher“ bleiben oder werden. Hier zeigt sich die zwingende Notwendigkeit, in Zukunft Präventionsmaßnahmen, auch mit Information über Wirkungen und Auswirkungen von Substanzen, für diese Personengruppe bereit zu stellen.

## 7 Ausblick

Die wichtigste Erkenntnis aus der Evaluation der Online-Befragung sowie aus der Evaluation der Klienteninterviews ist, dass Suchtmittel (substanzgebunden oder substanzungebunden) bei der Personengruppe Menschen mit geistiger Behinderung „angekommen“ und dass neben unproblematischem auch problematische Konsummuster vorhanden sind. Daraus ergeben sich Konsequenzen. Betrachtet man die medizinisch-therapeutische Versorgung dieser Personengruppe, dann ist festzustellen, dass Bedarf an suchtspezifischen Einrichtungen besteht. Diese müssen über therapeutische und präventive Konzepte für die Zielgruppe verfügen. Außerdem wurde in den Experteninterviews benannt, dass für die Beratung von Menschen mit geistiger Behinderung nicht genügend Zeit zur Verfügung steht. Es ist dringend notwendig, dass für diese Personengruppe Konzepte entwickelt werden, in denen berücksichtigt wird, dass die Teilnahme an einer Therapie über einen längeren Zeitraum erforderlich sein kann als bei der sog. „Normalbevölkerung“ und dass die Behandlungskosten daher auch von den Kostenträgern übernommen werden müssen.

Kenntnisse über Fähigkeiten und Einschränkungen von Menschen mit geistiger Behinderung wirken sich positiv auf die medizinisch-therapeutische Versorgung dieser Personengruppe aus. Dies hat man in den Niederlanden bereits erkannt. In Rotterdam wurde an der Erasmus Universität der weltweit erste Lehrstuhl für die medizinischen Belange von Menschen mit geistiger Behinderung eingerichtet; und „im Nachbarland gibt es auch rund 150 Fachärzte für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung“ (Baureithel, 2009, 43).

Für Einrichtungen der Behindertenhilfe sind ebenfalls suchtspezifische Konzepte erforderlich; diese müssen sowohl präventive als auch gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigen. Außerdem ist es notwendig, dass Konzepte entwickelt



werden, die sich an der individuellen Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung orientieren: das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf Privatsphäre aber auch das „sich mit Einbringen können (müssen) für die Gesellschaft“ sind Aspekte, die bei der Entwicklung solcher Konzeptionen mit einfließen sollten. Die Aussage, „dass Alkoholprobleme bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht kurzschlüssig auf neue (offene) Wohnformen zurückgeführt werden dürfen, sondern eher als ein relativ konstantes, universales Phänomen betrachtet und ernst genommen werden sollten“ (Schubert, Theunissen, 2005, 312) kann durch Ergebnisse dieser umfangreichen Studie nicht bestätigt werden. Denn dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Wohnform und Suchtmittelkonsum besteht, hat die Evaluation der Vollerhebung ergeben: der problematische Konsum von fast allen Substanzen manifestiert sich am häufigsten im Ambulant Betreuten Wohnen, eine Wohnform mit (zum Teil) wenig Assistenz.

Eine weitere Personengruppe, die zukünftig mehr in den Focus der Suchttherapie und -prävention genommen werden muss, ist die Personengruppe der „Senioren mit geistiger Behinderung“. Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e) – LEQUI; vgl. Dieckmann, Giovis, 2012,12 ff.) zeigen u.a. auf, dass die Anzahl der erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe von etwa 27.000 im Jahr 2010 auf 38.000 im Jahr 2030 steigen wird. Außerdem: „Im Jahre 2030 werden fast die Hälfte aller Bewohner(innen) in stationären Wohnheimen/-häusern 60 Jahre oder älter sein. [...] Wohnheime werden in 20 Jahren vor allem auch Lebensorte für geistig behinderte Senior(innen) sein – das gilt ganz unabhängig davon, ob es in den nächsten Jahren gelingen wird, ambulant unterstützte Wohndienste quantitativ und qualitativ weiter auszubauen, um die steigenden Bedarfszahlen zu decken“ (ebd. 16). Ebenso wird erwartet, dass die Anzahl der Erwachsenen mit geistiger Behinderung, die ambulant unterstützt wohnen, sich bis 2030 verdoppeln wird (vgl. ebd. 16). Diese Erkenntnisse sind auch für die Entwicklung und Konzeption von suchtpreventiven, suchtherapeutischen und gesundheitsförderlichen Konzepten von Bedeutung. Denn präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen müssen nicht nur zielgruppenorientiert sondern sollten auch auf die jeweiligen Wohnformen zugeschnitten, konzipiert werden.

Eine Kooperation zwischen beiden Hilfesystemen wird von beiden Bereichen befürwortet und bietet eine gute Ausgangsposition für die Zukunft. Die Bündelung von Ressourcen ermöglicht ein effektives Arbeiten im Interesse der Betroffenen; dies ist in Zeiten, wo sich personelle und finanzielle Ressourcen weiter reduzieren, äußerst sinnvoll. Hierbei ist die Frage, ob sich unter der Personengruppe der chronisch suchtkranken Menschen auch Menschen mit geistiger Behinderung befinden, durchaus relevant. In den Niederlanden wurde festgestellt, dass bei vielen Patienten mit Suchtproblematik nicht erkannt wurde, dass sie Einschränkungen in ihrer Intelligenz aufweisen; damit eine adäquate Therapie erfolgen kann wird eine

Überprüfung des IQ befürwortet (Konferenz mit „Tactus“-Kollegen in Silschede am 7.3.2012). Da die Wirksamkeit der Maßnahmen nicht unerheblich von der Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Zielsetzung und der Inhalte abhängig ist, wäre es sehr sinnvoll, unterschiedliche diagnostische Methoden und therapeutische Verfahren, die zur Optimierung der Behandlungssituation beitragen, in Betracht zu ziehen.

Abschließend kann festgestellt werden, dass ein nachweislicher Bedarf an zielgruppenorientierten therapeutischen und präventiven Konzepten besteht. Die Tatsache, dass Mitarbeiter aus Behinderten- und Suchthilfeeinrichtungen mehrheitlich eine Kooperation befürworten, ist als positives Signal zu werten, nämlich dahingehend, dass beide Hilfesysteme sich für die Personengruppe „Menschen mit geistiger Behinderung“ verantwortlich fühlen. Diese Ausgangsposition bietet gute Möglichkeiten, ein adäquates und zielgruppenorientiertes Angebot an präventiven und therapeutischen Maßnahmen zu implementieren. Die Erkenntnisse, die aus der Vollerhebung und den Klienteninterviews gewonnen wurden, können als Ausgangspunkt zu einer praxisnahen und klientenorientierten Konzeption dieser Maßnahmen beitragen. Entwicklung und Implementierung solcher Interventionen sind jedoch nur möglich, wenn ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. In Zukunft sollten sowohl Einrichtungs- als auch Leistungsträger diese veränderten finanziellen Rahmenbedingungen berücksichtigen und dafür Sorge tragen, dass genügend finanzielle Mittel, die zur medizinisch-therapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung (und Suchtproblematik) notwendig sind, zur Verfügung stehen.

## **8 Datenbank**

Während des Modellprojektes wurde eine Internetdatenbank entwickelt. Da die Mehrzahl der Mitarbeiter aus Behinderten- und Suchthilfeeinrichtungen keine bereits bestehende Therapie- und Beratungsangebote kannten, zeigte sich Bedarf an einer Plattform, wo man sich informieren kann. Die Datenbank bietet Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe die Möglichkeit, ihre Hilfeangebote für Menschen mit geistiger Behinderung (und Suchtproblematik) hier einstellen zu können. Außerdem bekommen Einrichtungen die Möglichkeit, sich über Hilfeangebote für Menschen mit geistiger Behinderung (zur Prävention und bei Suchtproblematik) zu informieren. Nachdem die Datenbank erprobt worden war, konnte sie im Mai 2013 im Internetportal [www.geistige-behinderung-und-sucht.de](http://www.geistige-behinderung-und-sucht.de) online gestellt werden. Es erfolgte ein Informationsschreiben an 850 Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe, sowie an Suchthilfeorganisationen, den Drogenbeauftragten der Bundesregierung, die Direktoren der Landschaftsverbände, an die Landesstelle Sucht NRW, an das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und an die DHS. Die Schirmherrschaft für die Datenbank übernahm

Herr Norbert Killewald, Beauftragter der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Nach Projektende wurde die Datenbank beim Landschaftverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht, verortet.

## **9 Master-Thesis**

Im Rahmen des Modellprojektes haben zwei Studentinnen ihre Master-Thesis im Studiengang Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen – Abteilung Paderborn – Fachbereich Sozialwesen, erstellt.

**Master-Thesis „Wir wollen so leben wie Ihr!“ Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung – Eine Betrachtung der Konsumentensichtweise und der Perspektive der Behindertenhilfe (Theresia Bentrup-Falke, 2012).**

### Zielsetzung und Untersuchungsbereich der Masterthesis

„Das Ziel der vorliegenden Untersuchung besteht darin, die Suchtmittel - Konsumgewohnheiten von Menschen mit geistiger Behinderung, die in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe oder im ambulanten Wohnsetting leben, zu erheben. Ein wichtiger Punkt dieser Untersuchung ist hierbei, die Bewohner der unterschiedlichsten Wohnunterstützungsformen als „Experten in eigener Sache“<sup>20</sup> selbst zu Wort kommen zu lassen.

Methodisch herausfordernd war an dieser Stelle die Tatsache, dass bei der vorliegenden Untersuchung die Einschätzung der Suchtmittelkonsumgewohnheiten nicht aus der Außenperspektive<sup>21</sup> ( z. B. von Mitarbeitern/ Betreuern der Behindertenhilfe) erfolgen kann, andererseits Befragungen von Menschen mit geistiger Behinderung – insbesondere zum Gebrauch von Suchtmitteln – im deutschsprachigen Raum bisher kaum durchgeführt wurden. Zwar gibt es einige vielversprechende Ansätze zur Entwicklung von Instrumenten zur Erhebung der Lebensbedingungen und der Lebenszufriedenheit<sup>22</sup> von Menschen mit geistiger Behinderung, allerdings erscheinen diese Befragungsinstrumente aufgrund ihres inhaltlichen Spektrums, formaler Gesichtspunkte und den Anforderungen gemäß der Standard-Gütekriterien nicht für den zu untersuchenden Gegenstand geeignet.

---

<sup>20</sup> Mit der Fokussierung der Nutzerperspektive wird die Zielrichtung verfolgt, eine vom Individuum und dessen Vorstellungen und Bedarfe orientierte Gestaltung der Angebote sowie die Qualität der Unterstützung aus ihrer Sicht bewerten zu können [vgl. Schäfers, 2008, S. 21].

<sup>21</sup> Vgl. hierzu die Untersuchungsergebnisse des Modellprojektes

<sup>22</sup> Folgende Befragungsinstrumente aus dem Deutschsprachigen Raum wurden für die vorliegende Arbeit eingesehen: Schöner Wohnen [Gromann & Niehoff 2003], Selbstbestimmung und Zufriedenheit von Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung [Sonnenberg 2004], Strukturelle und persönliche Alltagserfahrungen in charakteristischen Einrichtungen (SPACE) [Forschungsstelle Lebenswelten behinderter Menschen 1995].

Somit wurden für die vorliegende Untersuchung folgende Zielsetzungen und Aufgaben festgelegt:

Es soll ein Befragungsinstrument zur Erhebung der Suchtmittelkonsumgewohnheiten von Menschen mit geistiger Behinderung erstellt und empirisch überprüft werden (in Form eines teilstandartisierten Fragebogens).

Es sollen Daten der Suchtmittel - Konsumgewohnheiten von Menschen mit geistiger Behinderung, die in unterschiedlichsten Wohnformen leben, erhoben und analysiert werden.

Als ein wesentliches Ergebnis dieser Untersuchung soll ein Befragungsinstrument zur Erhebung der Suchtmittel – Konsumgewohnheiten von Menschen mit geistiger Behinderung hervorgebracht werden, welches bei Menschen mit geistiger Behinderung, die in den unterschiedlichsten Wohnformen leben, anwendbar erscheint. Durch dieses Erhebungsinstrument werden Erkenntnisse über das Ausmaß der Konsumgewohnheiten von Menschen mit geistiger Behinderung in unterschiedlichen Bereichen, deren Bedingungsfaktoren sowie Zusammenhänge zwischen den Suchtmittel – Konsumgewohnheiten und weiteren Variablen, wie z. B. den strukturellen Merkmalen der jeweiligen Wohnform, erwartet, die – neben inhaltlichen Erkenntnissen – auch Hinweise auf die Validität des Erhebungsinstruments geben können [vgl. Schäfers, 2008, S. 184]. Weiterhin soll die empirische Untersuchung eine Grundlage dafür bieten, aus Nutzersicht die Faktoren und Bedingungsvariablen zu identifizieren, die eine wichtige Rolle im Rahmen der Suchtmittel – Konsumgewohnheiten von Menschen mit geistiger Behinderung spielen. Herausgefunden werden soll, unter welchen Bedingungen und im Rahmen welcher Wohnformen und den damit zusammenhängenden Unterstützungsleistungen Nutzer Ressourcen und Kompetenzen für einen angemessenen Suchtmittelgebrauch entwickeln können. Auch soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern die einzelnen Wohnformen und Unterstützungsleistungen für Menschen mit geistiger Behinderung Ressourcen darstellen, mit deren Hilfe eine „Suchtmittelkompetenz“ entwickelt werden und eine eigenständige Lebensführung ermöglicht werden kann.

Bei der inhaltlichen Ausrichtung des Erhebungsinstruments ist vorrangig, dass der Fragebogen mit einem subjektbezogenen Blickwinkel die Konsumgewohnheiten von Menschen mit geistiger Behinderung im Kontext der Bedingungen in den verschiedenen Wohneinrichtungen im Fokus hat, jedoch darüber hinaus auch andere teilhaberelevante Bereiche berücksichtigt.

Aus den gewonnenen Ergebnissen können, im Anschluss an die Untersuchung, Praxisrelevante Rückschlüsse für Organisationen sowie die Konzeptentwicklung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe, aber auch für externe Hilfeformen für Menschen mit geistiger Behinderung, gezogen werden“ (Bentrup-Falke, 2012, 61-64).

Es wurde mit 41 Menschen mit geistiger Behinderung ein Interview geführt.

### Ausblick

„Die Untersuchungsstichprobe ist eine sehr kleine. Daher kann sie auch nicht als repräsentativ gelten. Die Ergebnisse sind daher nicht generalisierbar. Eine erste Bestandsaufnahme des untersuchten Gegenstandes „Suchtmittel-Konsumgewohnheiten von Menschen mit geistiger Behinderung“ ist aber durchaus möglich und durchaus von besonderer Bedeutung.

Durch die Darstellung der Ergebnisse wurde deutlich, dass das Thema des Suchtmittelkonsums für die Personengruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung oft eine Überforderung darstellt. Dies zeigten vor allem die persönlichen Kommentare „außerhalb“ der Fragebogenbefragung. Gleichzeitig wurde, wie bereits in der Grundlagenforschung angesprochen und für wichtig erachtet, bestätigt, dass spezifische Fortbildungen und Hilfsangebote von Seiten der Konsumenten gewünscht werden. Besonders wichtig war es den Interviewten in diesem Zusammenhang, dass die Fortbildungen bzw. Hilfsangebote in „leichter Sprache“ abgehalten werden, da, wie ein Interviewter treffend äußerte, „wenn ich merke, das einer leicht mit mir spricht, nicht so als wenn ich doof wär, sondern so, als wenn der wirklich was mit mir zu tun haben will, dann fühl ich mich zu Haus“.

Betrachtet man die zu Anfang aufgestellten Hypothesen zum Suchtmittelgebrauch von Menschen mit geistiger Behinderung, dann kann festgehalten werden:

1. Hypothese: Auch Menschen mit geistiger Behinderung konsumieren Suchtmittel. Anhand der gewonnenen Ergebnisse konnte die oben aufgeführte Hypothese verifiziert werden. Menschen mit geistiger Behinderung konsumieren auch Suchtmittel. Die Art des konsumierten Suchtmittels sowie die Häufigkeit des Konsums hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie dem Geschlecht, dem Alter und anderen beeinflussenden Größen.
2. Hypothese: Menschen mit geistiger Behinderung haben nur wenig Anbindung an die Hilfesysteme der Suchthilfe. Auch diese Hypothese konnte verifiziert werden: Im Rahmen der Ergebniserhebung konnte ermittelt werden, dass Menschen mit geistiger Behinderung diverse Gründe haben, bei Problemen die Suchthilfeeinrichtungen nicht aufzusuchen. Zum einen sind es die erwarteten kognitiven Schwierigkeiten, zum anderen die viel zu komplex formulierten Suchthilfekonzepte. Auch die Einsicht, dass hier ein „Behandlungsbedürftiges Problem“ vorliegt, ist nicht immer vorhanden.
3. Hypothese: Die „Konsumgewohnheiten“ stationärer Probanden unterscheiden sich zu denen der Probanden aus ambulanten Wohneinrichtungen. Auch diese Hypothese konnte anhand der ermittelten Ergebnisse verifiziert werden.

Betrachtet man die gewonnenen Ergebnisse und die Eigeneinschätzungen der befragten Personen, so kann zusammengefasst werden, dass ein Großteil der befragten Personen eine sehr gute Einschätzung ihres persönlichen „Suchtverhaltens“ hat. So haben gerade die „Vielfachnutzer“ diverser Drogen betont, dass sie um die Gefährlichkeit und die Gesundheitsgefährdung der Drogen wissen, jedoch: „keinen Grund darin sehen, aufzuhören, denn was ist die Alternative? Das Leben hat doch sonst nicht viel zu bieten, [...] ich arbeite in `ner WfbM und wenn ich nach Hause komme, dann is da nix mehr...“, „Mein Vatter hat das auch schon so gemacht und der ist jetzt über sechzig und lebt immer noch...“.

Da die Eigeneinschätzung der befragten Personen nicht Bestandteil der Befragung war, konnte sie nicht statistisch ausgewertet werden und wurde anhand des subjektiven Eindruckes der Interviewerin und den Mitschriften ausgewertet.

Eine der wichtigsten Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung ist, dass auch die neuartigen Süchte wie „Fernseh-, Computer-, und illegale Drogensucht“ bei den Menschen mit geistiger Behinderung schon längst „angekommen“ sind.

So schilderte der Großteil der Befragten eine starke Nutzung des Fernsehers bis zu mehreren Stunden täglich. Interessant wäre in diesem Zusammenhang die Beantwortung weiterer Fragestellungen, z. B. ob sich der Fernsehkonsum am Wochenende oder aber im Urlaub noch weiter steigert und aus welchem Grund der Fernsehkonsum so stark ist (mangelnde Alternativen?).

Auch der (oft stundenlange) Gebrauch des Computers für diverse Zwecke wurde häufig angegeben. Interessant in diesem Zusammenhang war, dass diejenigen, die angaben, keinen Computer zu nutzen, zu 50% berichteten, dass sie „eigentlich gerne einen Computer zur Verfügung hätten, weil man damit ja sprechen [z. B. über Skype] kann oder auch sofort eine Antwort von anderen bekommt“.

Im Bereich der illegalen Drogen wiesen die Befragten im Zuge der Untersuchung zum Teil fundierte Kenntnisse auf. So schilderten einige Befragte genau, wo und zu welchem Preis bestimmte „Produkte“ zu erwerben sind, welche Auswirkungen die jeweilige Droge hat und wie sie konsumiert werden kann (über die Schleimhaut eingerieben, geraucht, geschluckt, gespritzt etc.). Ein befragter Proband und „Vielfachnutzer“ führte die Möglichkeit des Konsums von Marihuana auch direkt vor.

Resümierend kann festgehalten werden, dass durch diese Untersuchung festgestellt wurde, dass Suchtmittel, ob substanzgebunden oder nicht substanzgebunden, schon längst bei der Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung „angekommen“ sind. Auch wenn die klassischen Suchtmittel Alkohol und Zigaretten auf der Nutzungsskala noch an der Spitze stehen, so scheint es nur eine Frage der Zeit zu sein, bis die neuartigen Suchtmittel, hier vor allem Computer und Fernsehen, deutlich aufholen werden“ (Bentrup-Falke, 2012, 123-126).

## Fazit

„Die Wohnraumversorgung innerhalb der Behindertenhilfe befindet sich in einer Umwandlungsphase, die gekennzeichnet ist durch eine Abkehr vom „Rundum-Versorgermodell“ hin zum Modell „Ambulant vor stationär.“ Dadurch bedingt wird die Aufgabe für die Behindertenhilfe immer dringlicher, die Menschen mit geistiger Behinderung so zu unterstützen, dass diese in der Lage sind, eigene Lebensentwürfe zu verwirklichen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Durch die Dezentralisierung und Ambulantisierung der Wohnformen haben die Menschen mit geistiger Behinderung mit vielfältigen Problemen zu tun. Deshalb ist es nicht verwunderlich, das auch bei Ihnen ein Suchtverhalten zur Bewältigung anderer Probleme, wie auch in der Allgemeinbevölkerung üblich, eine große Rolle spielt. Denn ein Suchtverhalten, so formuliert Schinner, ist immer ein „quid pro quo“, steht also für etwas anderes, was vermisst wird [vgl. Schinner, 2008, S. 153].

Ein Ziel dieser vorliegenden Masterthesis war es, ein geeignetes Erhebungsinstrument zu entwickeln, um verwertbare Aussagen über die Suchtmittelerfahrung und den Suchtmittelgebrauch direkt von den Menschen mit geistiger Behinderung zu erhalten. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen entwickelt, der sowohl dem Untersuchungsgegenstand (Suchtmittelgebrauch), als auch der Zielgruppe (Menschen mit geistiger Behinderung, die in ambulanten / stationären Wohnformen leben), gerecht wird.

Mit Hilfe des Erhebungsinstruments konnten verschiedene Suchtrelevante Daten von den Interviewten ermittelt werden. So konnte festgestellt werden, dass die zuvor aufgestellte erste These, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung Suchtmittel konsumieren, bestätigt werden.

Auch die zweite aufgestellte These, dass Menschen mit geistiger Behinderung nur wenig Anbindung an die Hilfesysteme der Suchthilfe haben, wurde bestätigt. So wurde im Rahmen der Erhebung herausgefunden, dass Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund von erwarteten kognitiven Schwierigkeiten von sich aus die Anbindung an die Suchthilfe nicht suchen, bzw. auch schon negative Erfahrungen mit den kognitiv ausgerichteten Suchthilfekzepten sammeln konnten.

Die dritte zu Beginn der Untersuchung aufgestellte These, dass sich die „Konsumgewohnheiten“ der stationären Probanden zu denen der Probanden aus ambulanten Wohneinrichtungen unterscheidet, wurde größtenteils auch bestätigt.

Da die Teilnehmermenge an der vorliegenden Untersuchung eine sehr kleine war, kann die Befragung daher auch nicht als repräsentativ gelten, weiterhin sind die Ergebnisse nicht generalisierbar. Wichtig zu betonen ist, dass diese erste Bestandsaufnahme aber ein Schritt in die richtige Richtung darstellt und somit durchaus von Bedeutung ist.

Es bleibt festzuhalten, dass das Interview zur Erhebung der Lebensgewohnheiten, in diesem Fall der Konsumgewohnheiten, auch bei Menschen mit geistiger Behinderung ohne gleichwertige methodische Alternative bleibt und für Studien, die auf subjektive Bedeutungsgehalte zielen, unverzichtbar ist [vgl. Schäfers, 2009, S.

226]. Schäfers führt an, dass auch bei gewissenhafter Vorbereitung und Durchführung „stets mit methodischen Problemen zu rechnen ist“ [ebd.], und plädiert dafür, trotz vorgenannter Probleme nicht von einer Befragung abzusehen, denn dies wäre „gänzlich unangemessen und unnötig“ [ebd.].

Aufgrund der jahrelangen Erfahrung mit der untersuchten Personengruppe, aber vor allem aufgrund der hier in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse sowie der bisher veröffentlichten Ergebnisse im Rahmen des Modellprojektes „Vollerhebung NRW Sucht und geistige Behinderung“ möchte sich die Autorin an diesem Punkt der Auffassung Beers' anschließen, der für sich festlegt:

„In Anbetracht dieses Wissens wäre es nicht nur unvernünftig, sondern geradezu fahrlässig, würde man mit einem Aufbau bzw. einer Modifikation der Dienstleistungssysteme zur Behandlung von Alkoholproblemen bei Menschen mit geistiger Behinderung warten, bis das Auftreten anhand umfassender empirischer Studien eindeutig wissenschaftlich belegt ist“ (Beer, 2006, 105).

Es ist, so führt er auf, an der Zeit, passende Hilfsmittel bereit zu stellen, damit den Betroffenen schnellstmöglich „geholfen“ werden kann.

Ausgehend von den bisherigen individuellen Konzepten der Einrichtungen der Behindertenhilfe ist es künftig notwendig, differenzierte, zielgruppenspezifische Konzepte zum Thema Suchtproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung, zu konzipieren. Diese sollten primär einen aufklärend-präventiven, gesundheitsvorsorgenden Ansatz verfolgen und zugleich erprobte, verlässliche Handlungsstrategien und personelle wie strukturelle Rahmenbedingungen für den Krisenfall vorsehen.

Hier kommt auf die Behindertenhilfe eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe zu, indem sie als das Bindeglied zwischen den präventiven Angeboten und den therapeutischen Angeboten fungieren muss, gleichzeitig aber dem Betroffenen seine Eigenständigkeit und sein Recht auf Selbstbestimmung lassen sollte und zeitweise im Sinne eines „Vorbildes“ dem Betroffenen die beste Chance bietet, einen verantwortungsvollen Umgang mit den Suchtmitteln zu finden:

„Schließlich ist gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung unsere eigene Vorbildwirkung entscheidend. Wir sollten uns also bei dem Thema ‚Gewohnheit, Abhängigkeit und Veränderungsbereitschaft‘ öfter mal an unsere eigene Nase fassen, um nicht hochmütig zu werden und in die Gefahr zu geraten, bei anderen das zu bekämpfen, wofür wir selbst zu schwach sind“ (Schinner, 2008, S. 155)“ (Bentrup-Falke, 2012, 127-129).



## **Master-Thesis „Sucht und geistige Behinderung - der Weg zum Dialog zwischen Sucht- und Behindertenhilfe Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung zum Thema Vernetzung“ (Anna-Carina Hornung, 2012)**

### Zielsetzung und Untersuchungsbereich der Master-Thesis

„Während im Modellprojekt (Vollerhebung) alle Mitarbeiter und Einrichtungsleitungen aller Einrichtungen der Sucht- und Behindertenhilfe befragt wurden, sollte eine qualitative Untersuchung explizit die Experten der Suchthilfe zu Wort kommen lassen. Diese qualitative Erhebung ist Hauptgegenstand dieser Master-Thesis. [...] Ziel dieser Untersuchung war es, herauszufinden, ob die Suchthilfe bereits Menschen mit geistiger Behinderung berät und behandelt und ob eine Vernetzung zwischen der Sucht- und der Behindertenhilfe besteht. Wünsche der Experten für eine optimale Vernetzung sollten detailliert gesammelt werden. Es sollte herausgefunden werden, ob der Suchthilfe die Problematik von Menschen mit geistiger Behinderung mit Suchtproblematiken bekannt ist und wie damit umgegangen wird.

Bislang existieren nur wenige Untersuchungen im Bereich Sucht und geistige Behinderung. Aus diesem Grund wurde zusätzlich zur quantitativen Vollerhebung diese qualitative Untersuchung durchgeführt. Im Modellprojekt, beziehungsweise der Vollerhebung, lag der Schwerpunkt der Befragung auf der Konsumhäufigkeit, den Konsumgewohnheiten, dem Umgang mit dem Konsum bei Menschen mit geistiger Behinderung und den Folgen des Konsums. Der Schwerpunkt der Experteninterviews lag beim Thema Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe.

Ein weiterer Grund für die qualitative Erhebung liegt in der Sensibilität der Thematik. Da die Suchthilfe vermutlich bislang die Problematik von Menschen mit geistiger Behinderung mit Suchtproblematiken nicht wahrgenommen hat, war dieses Thema besser „Face-to-Face“ anzusprechen, da so spezifisch und persönlich auf die Stimmung und Reaktion der Befragten eingegangen werden konnte. Es konnten unerwartete Antworten auftauchen, die in einem persönlich Interview gegebenenfalls direkt hinterfragt werden konnten“ (Hornung, 2012, 20-21).

### „Hypothesen

Zu Beginn des Projekts wurden zunächst verschiedene Hypothesen gebildet, welche anschließend mit Hilfe der Experteninterviews überprüft wurden.

1. Die Suchthilfe berät wenig bis gar keine Menschen mit geistiger Behinderung.
2. Der Suchthilfe ist die Problematik von Menschen mit geistiger Behinderung und problematischem Konsumverhalten nicht bewusst.
3. Die Suchthilfe ist nicht vorbereitet auf Beratung von Menschen mit geistiger Behinderung.
4. Es fehlt ein entsprechendes Instrumentarium in der Suchthilfe um Menschen mit geistiger Behinderung zu beraten.
5. Die Suchthilfe ist kaum bis gar nicht mit der Behindertenhilfe vernetzt

Die Überprüfung der Hypothesen soll Aufschluss geben in Bezug auf die Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe. Zudem soll der Umgang beziehungsweise die Beratungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung in der Suchthilfe näher beleuchtet werden“ (Hornung, 2012, 22).

Es fanden 10 Interviews mit Leiter (4) und Mitarbeiter (6) von Suchtberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen statt.

### Fazit

„Die qualitative Untersuchung in Form von Experteninterviews im Modellprojekt Vollerhebung Sucht und geistige Behinderung wurde in dieser Masterthesis zunächst im Hinblick auf die Entstehung und das Forschungsdesign dargestellt. Es ist festzustellen, dass schon bei der Entwicklung der Untersuchung häufig auffiel, wie wenig deutschsprachige Literatur zur Thematik Sucht und geistige Behinderung existiert. Diese Tatsache ließ darauf schließen, dass es sich um eine größtenteils unerforschte Thematik in Deutschland handelt. Schon bei der ersten Kontaktaufnahme mit Experten der Suchthilfe wurde dies bestätigt, denn es wurde deutlich, dass diese sich bislang nur sehr wenig mit der Thematik Sucht und geistige Behinderung auseinandergesetzt haben. Diese fehlende Auseinandersetzung führte zu Problemen in Bezug auf die Bereitschaft der Experten ein Interview zu geben. Häufig wurden Aussagen in die Richtung gehend getroffen, dass es Themen von mehr belang in den Suchthilfeeinrichtungen gäbe. Diese Aussagen stellen bereits einen bedeutsamen Teil der Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung dar, auch wenn kein Interview mit einigen der telefonisch eingeladen Experten stattfand. Denn schon an dieser Stelle wird deutlich, warum es an einigen Stellen nicht zu einer Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe kommen kann: weil die Suchthilfe teilweise überhaupt keinen Kontakt mit Menschen mit geistiger Behinderung hat und sich somit teilweise auch nicht zuständig zu fühlen scheint. Diese Aussage bezieht sich auf einen Teil der Experten, welche nicht bereit waren ein Interview zum Thema Sucht und geistige Behinderung zu führen. In Bezug auf die interviewten Experten trifft es nicht zu, dass die Suchthilfe sich nicht zuständig fühlt für Menschen mit geistiger Behinderung. Alle befragten Experten äußerten sich einstimmig dahingehend, dass Menschen mit geistiger Behinderung mit in das Angebot der Suchthilfe einbezogen werden sollten.

Die Schaffung eines Überblicks über die Beratung von Menschen mit Lernbehinderung beziehungsweise Minderbegabung in der Suchthilfe gelang mit den Interviews teilweise. Es wurde deutlich, dass Menschen mit Lernbehinderung beziehungsweise leichter Minderbegabung häufiger in der Suchthilfe beraten werden, als Menschen mit geistiger Behinderung. Die Experten machten im Interview jedoch deutlich, dass eine klare Zuordnung dieser Personen aufgrund häufig unklarer

Diagnosen sehr schwierig ist. Aus diesem Grund fiel es den Experten schwer sich zahlenmäßig festzulegen, was die Beratung dieses Personenkreises angeht.

Den Experten, die sich interviewen ließen, war die Problematik von Menschen mit geistiger Behinderung und problematischem Konsumverhalten durchaus bewusst, auch wenn mehrheitlich vermutet wurde, dass Menschen mit geistiger Behinderung nur legale und keine illegalen Drogen konsumieren. Ein generelles Problembewusstsein war deutlich zu erkennen. Interessant war es festzustellen, dass trotz des vorhandenen Problembewusstseins bislang keinerlei Angebote, Konzepte und auch kein Instrumentarium zur Beratung von Menschen mit geistiger Behinderung existieren, obwohl die Experten überwiegend der Meinung waren, dass ein spezielles Angebot hilfreich wäre. In einer Einrichtung von insgesamt sieben Einrichtungen, in denen Interviews durchgeführt wurden, wurde jedoch zur Zeit der Durchführung der Interviews ein entsprechendes Konzept und ein Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt. In Bezug auf ein entsprechendes Konzept gingen die Meinungen der Experten auseinander, wobei die Tendenz für ein spezielles Konzept dennoch zu erkennen war. Es wurde deutlich, dass entsprechende Angebote und Konzepte mit großer Wahrscheinlichkeit nur entwickelt werden, wenn der Bedarf für ein solches Angebot seitens der Behindertenhilfe an die Suchthilfe herangetragen wird. Dies geschieht derzeit offensichtlich kaum bis gar nicht. Die wenigen Menschen mit geistiger Behinderung, welche bislang in den Einrichtungen der Suchthilfe Hilfe suchen, können teilweise aufgrund von Zeitmangel, der in Bezug auf diesen Personenkreis offensichtlich besteht, nicht ausreichend beraten werden. Menschen mit geistiger Behinderung, die eine solche Erfahrung gemacht haben werden vermutlich nicht unbedingt erneut dort Hilfe suchen. Das führt wiederum zu einem geringeren Bedarf, welcher der Suchthilfe vermittelt wird. An dieser Stelle ergibt sich eine Art „Teufelskreis“, der dringend einer Lösung bedarf. Die Fragestellung, die sich an dieser Stelle ergab, warum die Behindertenhilfe ihren Bedarf nicht an die Suchthilfe heranträgt beziehungsweise, warum so wenige Menschen mit geistiger Behinderung und problematischem Konsumverhalten in der Suchthilfe „auftauchen“ bedurfte einer ausgiebigen Betrachtung. Generell ist diesbezüglich festzuhalten, dass drei von zehn Experten der Meinung sind, dass die Behindertenhilfe auftretende Suchtprobleme zunächst selbst zu lösen versucht oder sich an Ärzte beziehungsweise den Bereich der Psychiatrie wendet. Mangelnde Inklusion ist eine weitere Begründung für das Fernbleiben von Menschen mit geistiger Behinderung in der Suchthilfe, die genannt wurde.

Wenn nun der Teil von Menschen mit geistiger Behinderung mit problematischem Konsumverhalten, welcher bereits Kontakt mit der Suchthilfe hatte, in den Blick genommen wird, stellt sich bei mangelnden Angeboten und Konzepten seitens der Suchthilfe für die Beratung schnell die Frage nach aufgetretenen Problemen. Ängste durch Nicht-Verstehen und Nicht-Wissen der Klienten, sowie unklare Diagnosestellungen führten bei den wenigen stattgefundenen Kontakten bereits zu erheblichen Schwierigkeiten in der Beratung. Fehlende Motivation, sowie der Wunsch nach Selbstbestimmung, welcher besonders bei dieser Klientel laut

Experten sehr groß ist, erschweren die Beratung zusätzlich. Das Hauptproblem, welches immer wieder bei verschiedenen Experten zu verschiedenen Themenblöcken des Interviews durchklang ist fehlende Zeit. Alle Experten, die bereits mit Menschen mit geistiger Behinderung gearbeitet haben, berichteten von dem zeitlichen Mehraufwand, welcher bei der Beratung dieses Personenkreises festzustellen war.

Zeit ist somit ein Punkt, der in die Wünsche der Experten für die Beratung von Menschen mit geistiger Behinderung mit einfließt. Zeit wurde von mehreren Experten explizit als Wunsch genannt. 40 Prozent der Experten äußerten den Wunsch nach verbesserten Kommunikationswegen mit dem Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung. „Leichte Sprache“ vom Netzwerk People First Deutschland e.V. könnte beispielsweise eine Teillösung sein für die Kommunikationsprobleme in der Beratung und Information. Als ausgefallenster Wunsch ist die Idee für ein Expertentelefon bei der DHS zu verzeichnen. Hintergrundwissen zu geistiger Behinderung, Austausch mit der Behindertenhilfe, sowie Programme und Methoden zur Arbeit mit diesem Personenkreis werden ebenfalls von den Suchthilfeexperten gewünscht. Diese Wünsche könnten mit entsprechenden Fortbildungen und Tagungen gedeckt werden. Interesse an Fortbildungen und Tagungen entsteht bei 50 Prozent der befragten Experten. Die anderen 50 Prozent sind weniger desinteressiert an Fortbildungen, als dass sie bei den geringen Fallzahlen von Menschen mit geistiger Behinderung in ihren Einrichtungen den Aufwand und die Kosten für Fortbildungen scheuen, welche in keiner Relation stehen mit den Fallzahlen dieses Personenkreises in ihren Einrichtungen. Damit wird erneut beim „Grundproblem“ angelangt, dass die Suchthilfe nur selten Initiative ergreifen wird, solange der Bedarf seitens der Behindertenhilfe der Suchthilfe nur so gering wie derzeit aufgezeigt wird. Ein weiterer Punkt, welcher sich ebenfalls häufig wiederkehrend an unterschiedlichen Stellen der Interviews mit verschiedenen Experten manifestiert hat, ist der Wunsch nach Multiplikatorenarbeit. Mit voranschreitender Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe sollte dieser Punkt, trotz Angebots- und Konzeptentwicklung seitens der Suchthilfe, nicht außer Acht gelassen werden. Vielmehr kann die Multiplikatorenschulung und Multiplikatorenarbeit als weiterer Schritt der Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe angesehen werden.

Die Interviews konnten einen sehr guten Überblick über die derzeitige Vernetzungssituation zwischen Sucht- und Behindertenhilfe geben. Keinem Experten ist ganz allgemein eine Vernetzung von Suchthilfe und Behindertenhilfe bekannt. Auf persönlicher Ebene wird teilweise von Ansätzen einer Vernetzung gesprochen. Sechs von sieben Einrichtungen der befragten Experten sind kaum bis gar nicht mit der Behindertenhilfe vernetzt. Einige Einrichtungen weisen kleinere, informelle Vernetzungsstrukturen auf, welche jedoch keinesfalls ausgereift sind. Eine der sieben befragten Einrichtungen hingegen befindet sich aktuell in einem Vernetzungsprozess mit der Behindertenhilfe und entwickelt neben einem entsprechenden Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung auch ein Konzept für die Beratung dieses Personenkreises. Diese Vernetzung befindet sich derzeit in

der Entstehungsphase. Die informellen Kontakte zur Behindertenhilfe der anderen Einrichtungen bestehen bei 40 Prozent der befragten Experten seit acht bis über zehn Jahren. Umso erstaunlicher ist, dass diese langjährigen Kontakte nur als informell, locker und sporadisch beschrieben werden und keine intensiveren Vernetzungsformen daraus ausgestaltet worden sind. Die befragten Suchthilfeexperten äußerten jedoch den Wunsch nach Regelmäßigkeit und einer intensiveren Vernetzung. Bedarfsklärung, Transparenz, gemeinsame Fortbildungen, Multiplikatorenarbeit sowie gemeinsame Weiterentwicklung sind weitere Wünsche für die Vernetzungsarbeit seitens der Suchthilfe. Dennoch waren die Wünsche nicht bei allen zehn befragten Experten so vielfältig. Nicht nur bei den Telefonkontakten, aus denen sich kein Interview ergab, sondern auch bei zwei der interviewten Experten konnte starke Zurückhaltung zum Thema Vernetzung verzeichnet werden.

In Bezug auf eine die Vernetzung betreffende räumliche Frage besteht starke Uneinigkeit unter den Experten. Der Ort für die Beratung von Menschen mit geistiger Behinderung mit problematischem Konsumverhalten scheint keinesfalls klar zu sein. 50 Prozent der befragten Experten würden die Hilfe in die Behinderteneinrichtungen auslagern, während 30 Prozent der Experten die Komm-Struktur als wichtigen Teil der Beratung aufrecht erhalten wollen. Es klingt jedoch bei mehreren Experten durch, dass bei dieser Klientel immer im Einzelfall neu überlegt werden müsste, welcher Ort am geeignetsten für die Beratung ist.

Im Themenblock Austausch, Kommunikation und Information konnte in Bezug auf den externen Austausch und die Information der Behindertenhilfe mehr Einigkeit erzielt werden. 90 Prozent der Experten sind der Auffassung, dass Menschen mit geistiger Behinderung zunächst über ihre betreuenden Personen im Wohnumfeld und am Arbeitsplatz über den Zugang zur Suchthilfe informiert werden sollten. 30 Prozent könnten sich des Weiteren Informationsveranstaltungen und Angebote seitens der Suchthilfe in der Behindertenhilfe vorstellen. Angebote sollten der Behindertenhilfe aus Expertensicht über verschiedenste Wege vorgestellt werden: ganz allgemein durch Öffentlichkeitsarbeit, durch Gremienarbeit, durch Präventionsfachkräfte, durch Skripte und Flyer, durch regionalen Austausch, sowie durch persönliche Kontakte. Ein Experte fasst all diese Vorschläge zusammen, in dem er schlicht Vernetzung als den geeigneten Weg zur Informationsvermittlung nennt. 80 Prozent der befragten Experten haben Interesse an einer Internetplattform zum Thema Sucht und geistige Behinderung, welche ebenfalls im Rahmen des Modellprojekts Vollerhebung Sucht und geistige Behinderung entstehen soll.

Bezüglich des internen Austausches geht ebenfalls ein eindeutiges Bild hervor: 80 Prozent der befragten Experten tauschen sich derzeit noch nicht mit anderen Suchthilfeeinrichtungen zum Thema Sucht und geistige Behinderung aus. Auch dies zeigt erneut deutlich den Zustand der Aktualität der Thematik Sucht und geistige Behinderung in der Suchthilfe, sowie den derzeitigen Vernetzungszustand auf. 50 Prozent der befragten Experten wünschen sich jedoch den Austausch mit anderen Suchthilfeeinrichtungen zum Thema Sucht und geistige Behinderung. Der Wunsch nach Vernetzung mit Entgiftungs- und Therapieeinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung wird ebenfalls in diesem Zusammenhang genannt.

Im Interview wurde deutlich, dass nicht allen Experten Therapieeinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung bekannt sind. Insgesamt wurden zehn Einrichtungen in ganz Deutschland genannt, welche laut Experten ein spezielles Angebot für diesen Personenkreis anbieten. Die Fachklinik Oldenburger Land wurde dabei von 60 Prozent der Experten genannt. Die Bedeutung spezifischer Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung in Therapieeinrichtungen wurde von mehreren Experten im Interview betont.

Die qualitative Untersuchung hat viele Fragen zum Thema Menschen mit geistiger Behinderung in der Suchthilfe und zum Thema Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe beantworten können. Es sind jedoch auch neue Fragen aufgetaucht, die nicht abschließend beantwortet werden konnten, wie zum Beispiel die Frage nach Berührungängsten zwischen beiden Akteuren. Den Interviews konnte nicht klar entnommen werden, ob Berührungängste eine Vernetzung zwischen Suchthilfe und Behindertenhilfe verhindern. 30 Prozent der Experten sehen Selbstlösungsversuche der Behindertenhilfe als Grund mangelnder Vernetzung zwischen Sucht- und Behindertenhilfe an. Da 70 Prozent der Experten sich zu diesem Punkt nicht äußerten, bleibt auch diese Hypothese zunächst offen stehen. Diese Hypothese sollte jedoch in weiteren Untersuchungen überprüft werden, da sich drei von zehn Experten unabhängig voneinander in diese Richtung gehend äußerten. Dass politische beziehungsweise organisatorische und rechtliche Schwierigkeiten eine Hürde für Menschen mit geistiger Behinderung im Bereich der Suchthilfe darstellen können, wird bei dieser qualitativen Untersuchung sehr deutlich. Dies kann jedoch nicht als einziger Grund für die mangelnde Vernetzungssituation zwischen Sucht- und Behindertenhilfe gelten.

Die letzten Fragen und Hypothesen, welche in dieser Masterthesis diskutiert wurden, zielen indirekt auf das „Warum?“ ab. Warum die Suchthilfe noch nicht mit der Behindertenhilfe vernetzt ist, obwohl ein Problembewusstsein in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung mit problematischem Konsumverhalten vorhanden ist und die Frage der Zuständigkeit auch für die meisten der Experten offensichtlich ist, kann mit dieser qualitativen Untersuchung nicht vollständig geklärt werden. Diese Arbeit stellt jedoch als eine Säule des Modellprojekts Vollerhebung Sucht und geistige Behinderung und als ein Schritt, von vielen Schritten und derzeit stattfindenden Prozessen, exemplarisch an zehn zufällig ausgewählten Experten der Suchthilfe, den aktuellen Stand der Vernetzung von Suchthilfe und Behindertenhilfe dar und zeigt mit Hilfe der gesammelten Wünsche und Vorstellungen dieser Suchthilfeexperten einen möglichen Weg zum Dialog zwischen Suchthilfe und Behindertenhilfe auf“ (Hornung, 2012, 116-122).

## Literatur

**Assfalg, R. (2002):** Fachkliniken. In: Fengler, J. Hrsg. (2002): Handbuch der Suchtbehandlung, ecomed, Landsberg/Lech.

**Barth, J., Bengel, J. (1998):** Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 4. (Hrsg.): Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Abruf: 22.02.2011.

**Baureithel, U. (2009):** Stiefkinder der Medizin. In: MENSCHEN, das Magazin, 3/2009, 40-46.

**Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen:** Die staatliche Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-Behindertenrechtskonvention. Abruf: 22.01.2013.

**Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen:** Die UN-Behindertenrechtskonvention. Abruf: 12.02.2013.

<http://www.behindertenbeauftragter.de>

**Beer, O. (2008):** Suchtmittelgebrauch und geistige Behinderung. Eine Bestandsaufnahme mit dem Schwerpunkt Alkoholkonsum, Saarbrücken.

**Bentrup-Falke, T. (2006):** „Alkoholmissbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung - Evaluation eines Primär- und Sekundärpräventionsprogramms“. Diplomarbeit Katholische Hochschule NRW, Abteilung Paderborn.

**Bentrup-Falke, T. (2012):** „Wir wollen so leben wie Ihr!“ Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung – Eine Betrachtung der Konsumentenhinweise und der Perspektive der Behindertenhilfe – Master-Thesis, Katholische Hochschule NRW, Abteilung Paderborn.

**Bortz, J. (1999):** Statistik für Sozialwissenschaftler. (5., vollständig überarbeitete Aufl.), Springer-Verlag Berlin. In: Raab-Steiner, E., Benesch, M.: (2008): Der Fragebogen, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

**Bortz, J., Döring, N. (2002):** Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. (3., überarbeitete Aufl.), Springer-Verlag, Berlin. In: Raab-Steiner, E., Benesch, M.: (2008): Der Fragebogen, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

**Buckmann, J. F., Bates, M. E., Cisler, R. A. (2007):** Social Networks and Their Influence on Drinking Behaviors: Differences Related to Cognitive Impairment in Clients Receiving Alcoholism Treatment. In: Journal of studies on alcohol and drugs, 9/2007, 738-747.

**Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008):** ICF-Praxisleitfaden 2. (Hrsg.): Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt am Main. [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)

**Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011):** Unser Weg in eine Inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin.

**Bundesministerium der Justiz:** Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Abruf: 2013.

**Bundesministerium der Justiz:** SGB IX. Abruf: 2013.

**Bundesministerium der Justiz:** SGB XII. Abruf: 2013.

**Bundesministerium der Justiz:** Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen. Abruf: 2013.

**Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe - BeB (2008):** Orientierung. Fachzeitschrift der Behindertenhilfe, 2/2008.

**BZgA (2009):** Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Köln. Abruf: 17.03.2011.

**BZgA (2010):** Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Köln. Abruf: 22.02.2011

**Burghard, J. F., Donohue, B., Azrin, N. H., Teichner, G. (2000):** Prevalence and Treatment of Substance Abuse in the Mentally Retarded Population: An Empirical Review. In: Journal of Psychoactive Drugs, Vol. 32 (3), 293-298.

**Buschlinger, W. (2000):** Geistige Behinderung – Phantom oder Faktum? Ein Stück analytischer Philosophie des Geistes. In: Greving, H., Gröschke, D. (Hrsg.): Geistige Behinderung – Reflexionen zu einem Phantom, 19-31.

**Christian, LA., Poling, A. (1997):** Drug Abuse in Persons With Mental Retardation: A Review. In: American Journal on Mental Retardation, Vol. 102, No. 2, 126-136.

**Degenhardt, L. (2000):** Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature. In: Journal of Intellectual & Developmental Disability, Vol. 25, No. 2, 135-146.

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2003):** Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 1, Hamm.

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2012):** Jahrbuch Sucht 2012, Hamm.

**Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2013):** ICF. Startseite >> Klassifikationen, Terminologie, Standards >> ICF. Abruf: 15.01.2013.

**Dieckmann, F., Giovis, C. (2012):** Der demografische Wandel bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. In: Teilhabe 1/2012, Jg. 51, 12-19.

**Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2011):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011, Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle.

**Dorn, M. und Mitarbeiterinnen (2010):** Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2008. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 1/2010, [www.destatis.de](http://www.destatis.de) Abruf: 05.04.2011.

**Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012):** Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin.

**Duschek, K-J., Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (2011):** Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2009. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Febr. 2011, [www.destatis.de](http://www.destatis.de) Abruf: 29.03.2011.



- Duschek, K-J., Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (2012):** Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2010. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, März 2012, [www.destatis.de](http://www.destatis.de) Abruf: 13.06.2012.
- Duschek, K-J., Lemmer, A. (2013):** Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2011. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, März 2013, [www.destatis.de](http://www.destatis.de) Abruf: 15.04.2013.
- Eckstein, B. (2008):** Konzepte dringend gesucht. In: Neue Caritas, 20/2008. Abruf: 12.02.2013.
- Hagen, J. (2007):** Und es geht doch! Menschen mit einer geistigen Behinderung als Untersuchungspersonen in qualitativen Forschungszusammenhängen. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), 76. Jg., 22-34.
- Hornung, A-C. (2012):** Sucht und geistige Behinderung – der Weg zum Dialog zwischen Sucht- und Behindertenhilfe Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung zum Thema Vernetzung. Master-Thesis, Katholische Hochschule NRW, Abteilung Paderborn.
- Klauß, T. (2003a):** Sucht – (k)ein Thema der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung? In: Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge, Materialien der DGSGb, Band 7, Berlin. [www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)
- Klauß, T. (Hrsg.) (2003b):** Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge, Materialien der DGSGb, Band 7, Berlin. [www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)
- Kraus, L., Pabst, A., Steiner, S. (2008):** Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD). IFT - Institut für Therapieforschung, München. Abruf: 17.03.2011.
- Kretschmann-Weelink, M. (2003):** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik – Anforderungen und notwendige Kompetenzen. In: Klauß, T. (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge, Materialien der DGSGb, Band 7, Berlin. [www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)
- Kretschmann-Weelink, M. (2013):** Didaktisch-handlungsorientiertes Präventionsprogramm DIDAK<sup>®</sup> 2. aktualisierte Auflage 2013, (Hrsg.): Westfalenfleiß GmbH Arbeiten und Wohnen, Münster. [www.westfalenfleiss.de](http://www.westfalenfleiss.de) Wohnverbund – Projekte.
- Kretschmann-Weelink, M. (2007):** Projektdokumentation „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“. (Hrsg.): Westfalenfleiß GmbH Arbeiten und Wohnen, Münster. [www.westfalenfleiss.de](http://www.westfalenfleiss.de) Wohnverbund – Projekte.
- Krishef, C. H. (1986):** Do The Mentally Retarded Drink? A Study of Their Alcohol Usage. In: Journal of alcohol and drug education, Vol. 31, 64-70.
- LWL - Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2012):** Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht/Substanzmissbrauch, Forum Sucht, Band 44, Münster. [www.lwl-ks.de](http://www.lwl-ks.de)

**Landesregierung NRW (2012):** Landeskabinett verabschiedet Aktionsplan „NRW inklusiv“. <http://www.nrw.de/landesregierung/landeskabinett-verabschiedet-aktionsplan-nrw-inklusiv-13121> Abruf: 18.07.2012.

**LWL - Landschaftsverband Westfalen-Lippe / LVR - Landschaftsverband Rheinland (a):** Basisdaten zur weiteren Evaluation der Entwicklung der Eingliederungshilfe [...], Stichtag 31.12.2010. Per Email am 27.03.2012.

**LWL - Landschaftsverband Westfalen-Lippe / LVR - Landschaftsverband Rheinland (b):** Basisdaten zur weiteren Evaluation der Entwicklung der Eingliederungshilfe [...], Stichtag 31.12.2011. Per Email am 16.07.2012.

**LWL - Landschaftsverband Westfalen-Lippe / LVR - Landschaftsverband Rheinland (c):** Basisdaten zur weiteren Evaluation der Entwicklung der Eingliederungshilfe [...], Stichtag 30.06.2012. Per Email am 17.06.2013.

**Longo, L. P. (1997):** Alcohol Abuse in Persons with Developmental Disabilities. In: The Habilitative Mental Healthcare Newsletter, Vol. 16, No. 4, 61-64.

**Lebenshilfe-Zeitung 2/2009:** Lebenshilfe im Bundestagswahlkampf.

**Meyer, H. (2003):** Geistige Behinderung – Terminologie und Begriffsverständnis. In: Irblich, D., Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung, Hogrefe, Göttingen.

**McGillicuddy, N. B., Blane, H.T. (1999):** Substance use in individuals with mental retardation. In: Addictive Behaviors, Vol. 24, No 6, 869-878.

**McGillicuddy, N. B. (2006):** A Review of Substance Use Research Among Those with Mental Retardation. In: Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12: 41-47.

**Mc Laughlin, D. F., Taggart, L., Quinn, B., Milligan, V. (2007):** The experiences of professionals who care for people with intellectual disability who have substance-related problems. In: Journal of Substance Use, 12(1), 1-11.

**Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2012):** Aktionsplan der Landesregierung. Eine Gesellschaft für alle. Nrwinklusive, Düsseldorf.

**Niehoff, U. (2005):** Zum Begriff „Geistige Behinderung“. In: Fachdienst der Lebenshilfe, 4/2005, Marburg.

**Paxon, J. E. (1995):** Relapse Prevention for Individuals with Developmental Disabilities, Borderline Intellectual Functioning, or Illiteracy. In: Journal of Psychoactive Drugs, Vol. 27(2), 167-172.

**Raab-Steiner, E., Benesch, M. (2008):** Der Fragebogen. Von der Forschungsfrage zur SPSS - Auswertung. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

**Rechberg, K-H., Hinkl, P., König, J., Maiwald, M. (2010):** Subjektive Erfassung von Arbeits- und Lebenszufriedenheit bei Menschen mit Behinderung (S.A.L.Z.). In: Zeitschrift für Heilpädagogik 11, 413-423.

**Ruedrich, S. L., Rossvanes, C. F., Dunn, J. E. , Delano, M. K. (2003):** Cigarette Smoking, and the Use of Tobacco Products, by Persons With Developmental Disabilities. In: Mental Health Aspects of Developmental Disabilities 2003, Vol.6, No. 3, 99-106.

- Saß, H., Wittchen, H-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003):** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR, Hogrefe, Göttingen.
- Sarrazin, D., Fengels, C. (2009):** Problematischer Suchtmittelkonsum bei Menschen mit einer Intelligenzminderung. Eine RAR-Erhebung in Westfalen-Lippe von März – Juli 2009, LWL Koordinationsstelle Sucht, Münster.
- Schäfers, M. (2009):** Methodenforschung zur Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Heilpädagogische Forschung Band XXXV, Heft 4, 213-227.
- Schäper, S, Schüller, S., Dieckmann, F., Greving, H. (2010):** Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen – Ergebnisse einer Literaturanalyse und Expertenbefragung. Katholische Hochschule NRW, Abteilung Münster. [www.katho-nrw.de/lequi/](http://www.katho-nrw.de/lequi/)
- Schinner, P. (2000):** Beratung alkoholgefährdeter Menschen mit geistiger Behinderung. In: Fachdienst der Lebenshilfe, 3/2000, Marburg.
- Schinner, P. (2008):** Sucht und geistige Behinderung – Überlegungen zur Beratung und Therapie von abhängigen oder suchtgefährdeten Menschen mit geistiger Behinderung. In: Psychotherapie im Dialog, Nr. 2, 152-156.
- Schubert, M., Theunissen, G. (2005):** Alkoholkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), 74. Jg., 312-325, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.
- Schubert, M. (2006):** Menschen mit geistiger Behinderung und Alkoholproblemen im Spiegel der Suchthilfe. In: Suchttherapie, 2006, 7: 24-28.
- Seidel, M. (2008):** Psychotherapie mit Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe. In: Psychotherapie im Dialog, Nr. 2, 138-143.
- Seidel, M. (2009):** Behinderung und Gesundheit. Behinderung in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO. In: Orientierung, Fachzeitschrift der Behindertenhilfe, 3/2009.
- Sonnenberg, K. (2005):** Beteiligung statt Ausgrenzung – Zur Methodik der Befragung von Menschen mit Behinderungen. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Nr. 6/2005, 45-53.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., Milligan, V. (2006):** An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. In: Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 50, Part 8, 588-597.
- Taggart, L., Huxley, A., Baker, G. (2008):** Alcohol and illicit drug misuse in people with learning disabilities: implications for research and service development. In: Advances in Mental Health and Learning Disabilities, Vol. 2, Issue 1, March 2008.
- Theunissen, G. (2004):** Alkoholgefährdungen und Suchtprobleme bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, E. (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung, Kohlhammer, Stuttgart.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., Buitelaar, J., DeJong, C. (2011):** Staff Perspectives of Substance Use and Misuse Among Adults With Intellectual Disabilities Enrolled in Dutch Disability Services. In: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, Vol. 8, Nr. 3, 143-149.

**Weißenberg, S.:** UN-Konvention Menschenrechte: maßgeschneidert für Menschen mit Behinderungen. Lebenshilfe Österreich. Abruf: 03.01.2012.