



# **Zum Umgang mit Suchterkrankungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)**

*Eine Handreichung des  
Bundesverbands evangelische Behindertenhilfe e.V.  
und des  
Gesamtverbands für Suchtkrankenhilfe e.V.*

Herausgeber:

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.  
Postfach 33 02 20, 14172 Berlin  
Tel.: 030 83001-270  
Fax: 030 83001-275  
E-Mail: [info@beb-ev.de](mailto:info@beb-ev.de)  
Internet: [www.beb-ev.de](http://www.beb-ev.de)

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.  
Altensteinstr. 51, 14195 Berlin  
Tel.: 030 84312355  
Fax: 030 84418336  
E-Mail: [gvs@sucht.org](mailto:gvs@sucht.org)  
Internet: [www.sucht.org](http://www.sucht.org)

Verabschiedet durch die Vorstände des BeB am 06.11.2008 und des GVS am 22.10.2008.

Das Dokument steht als kostenloser Download zur Verfügung unter [www.beb-ev.de](http://www.beb-ev.de) und [www.bebnet.de](http://www.bebnet.de) – jeweils in der Rubrik „Fachthemen“ – und unter [www.gvs.org](http://www.gvs.org) – in der Rubrik „Startseite“

Redaktion:

Dr. Laurenz Aselmeier, Kurt Dörrbeck, Thomas Kreck-Hövel, Armin Schomberg, Andreas Schulz, Dr. Theo Wessel

© BeB und GVS  
Berlin, im November 2008

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	4
2.	Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke in WfbM .....	4
3.	Menschen mit Behinderung und/oder psychischer Erkrankung und Suchterkrankung in WfbM .....	6
4.	Auftrag der WfbM: Teilhabe am Arbeitsleben.....	9
5.	Grundsätzliche Ziele im Umgang mit Suchtmitteln.....	10
6.	Ansätze angemessener – sozialer – Kontrolle im Kontext von WfbM .....	10
7.	Umgang mit suchtspezifischen Krisensituationen in der WfbM.....	11
8.	Betriebliche Vereinbarung Sucht unter Einbezug von Beschäftigten und Mitarbeitern der WfbM am Beispiel von Alkoholabhängigkeit .....	14
9.	Personenzentrierter Ansatz im regionalen Suchthilfenetzwerk im Umfeld der WfbM.....	15
10.	Aufnahme des Themenfeldes Sucht in die Lehrgänge zur Sonderpädagogischen Zusatzqualifikation (SPZ) .....	16
11.	Weiterführende Literatur und Links .....	17
12.	Anhang .....	18

## 1. Einleitung

Die Begleitung von Menschen mit Suchterkrankung ist auf Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben angewiesen. In der Regel geht es dabei um Menschen mit chronischen Suchtentwicklungen und damit verbundenen mehrfachen Beeinträchtigungen im sozialen und gesundheitlichen Bereich (so genannte CMA). Die Behindertenhilfe sucht Möglichkeiten zur verbesserten Betreuung von Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen/Suchterkrankungen im Kontext einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). So kam es Anfang 2007 zu einem Experten-Workshop zum Thema „Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke in der WfbM“. Die große Resonanz, die diese Veranstaltung fand, veranlasste die Vorstände der Bundesfachverbände BeB und GVS, eine gemeinsame Arbeitsgruppe einzurichten mit folgenden Aufgabenstellungen:

- Erstellung einer Handreichung „Leitlinien für den Umgang mit CMA in WfbM“
- Erstellung eines Konzeptes zur suchtspezifischen Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Rahmen der sonderpädagogischen Zusatzausbildung (Modul) und eines darüber hinausgehenden Fortbildungskonzeptes.

Mit dieser Handreichung liegt nun das erste Teilergebnis der gemeinsamen Arbeitsgruppe von BeB und GVS vor. Ein vordringliches Anliegen war, die besonderen Bedingungen einer Abhängigkeitserkrankung und deren Berücksichtigung in Verfahren der Hilfe- bzw. Eingliederungsplanung herauszuarbeiten. Es ist von wesentlicher Bedeutung für die weitere Gestaltung von Unterstützungsleistungen, die Folgen und Auswirkungen einer Abhängigkeitserkrankung zu berücksichtigen. Die daraus resultierenden Anforderungen für die Hilfe- bzw. Eingliederungsplanung im Einzelfall werden in der vorliegenden Handreichung berücksichtigt werden.

## 2. Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke in WfbM

Die Suchtkrankenhilfe ist auf Möglichkeiten zur Teilhabe an Arbeit für einen Teil ihrer Klienten angewiesen, und findet diese immer seltener in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes. Vor allem chronisch mehrfachbeeinträchtigte abhängigkeitskranke Menschen (CMA) würden Arbeit und Rehabilitationsmöglichkeiten in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) finden. Diese Menschen sind behindert und gehören damit zum Personenkreis der Menschen mit Behinderungen im Sinne des SGB IX. Schwere körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigungen als Folge langjähriger Suchterkrankungen führen zur eingeschränkten Teilhabe in wesentlichen Lebensbereichen und zu einer zunehmenden sozialen Desintegration. Eigene Lebensgrundlagen können immer weniger durch eigene Initiative hergestellt werden, familiäre und andere personale Hilfe steht nicht genügend zur Verfügung, wodurch eine Angewiesenheit auf Hilfe von außen angezeigt ist. Medizinische Rehabilitationsbehandlungen waren in der Vorgeschichte erfolglos, auch weitere Maßnahmen in diesem Hilfesegment versprechen keinen nachhaltigen Erfolg. Es handelt sich um wesentliche Behinderungen, d.h. es geht hier um Menschen, die sich durch schwerwiegende Suchtentwicklungen an der Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere an der Arbeitsaufnahme behindern.

Die zugrundeliegende Erkrankung lässt sich beschreiben durch die Klassifikationsverfahren des ICD-10 oder des DSM-IV mit den Symptomen der Suchtmittelabhängigkeit (Abhängigkeitssyndrom). Für die Definition von „CMA“ ist dieser Klassifizierungsvorgang notwendig, aber noch nicht hinreichend. Nach Vorschlag der FOGS-Arbeitsgruppe<sup>1</sup> müssen drei Items aus den 4 Kriterienbereichen „Konsumerfahrung“ (Konsumintensität und -frequenz), „Behandlungserfahrung“ (Häufigkeit von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen), „Soziale

<sup>1</sup> vgl. Arbeitsgruppe CMA/Küfner 1999

und rechtliche Situation“ (Lebensunterhalt, Wohnsituation, sozialer Nahbereich, justitielle Belastung) und „Gesundheitliche Situation“ (körperliche Erkrankungen, psychische Störungen) zusätzlich erkennbar sein. Ein weiteres geeignetes Instrument zur Definition von „CMA“ ist die „Braunschweiger Merkmalsliste“<sup>2</sup>, hier muss von 11 Items aus den Bereichen soziale Situation, Behandlungsvorgeschichte und psychiatrisch-neurologischer Befund ein Kriteriumswert von 3 überschritten werden, um eine entsprechende Klassifikation vornehmen zu können.

#### **Zur Verdeutlichung die Schilderung eines konkreten Einzelfalls:**

*Herr M., ist zu Beginn des teilhabebezogenen Hilfeprozesses 48 Jahre alt, ist geschieden, hat 2 Kinder und verfügt über einen Realschulabschluss. Beruflicher Werdegang: Ausbildung zum Maler, danach 27 Jahre Berufstätigkeit im Ausbildungsbetrieb. Seinen Lebensunterhalt bestreitet er nach Hartz IV und wohnt in einer eigenen Wohnung, in der er zunehmend verwairst. Er ist alleinstehend, hat keine Partnerbeziehung, evt. sporadische suchtbezogene Kontakte und keine Kontakte zu Selbsthilfeorganisationen, diese wurden zuvor aufgegeben. Justizielle Belastungen: zweimal Fahren ohne Führerschein, einmal Ladendiebstahl. Körperliche Erkrankungen: Fettleber, chronische Gastritis, beginnende Polyneuropathie, Übergewicht. Psychische Störungen: depressive Symptome, hirnorganische Wesensänderung. Suchtmittelabhängigkeitsdiagnose zu den Substanzen Alkohol und Tabak. In der Behandlungsvorgeschichte zwei stationäre Entwöhnungsbehandlungen im Alter von 31 und 39 Jahren, dazu häufige Entgiftungsbehandlungen in allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern.*

*Die Suchtgeschichte: regelmäßiger Alkohol- und Nikotinkonsum seit ca. 27 Jahren. Erste Entwöhnungsbehandlung mit 31 Jahren. Anschließend 7 Jahre Abstinenz mit Kontakt zu Selbsthilfegruppen. Mit 41 Jahren Scheidung und zweite Entwöhnungsbehandlung, sofortige Rückfälligkeit. Danach Kontakte zu Selbsthilfegruppen nur noch sporadisch. Verlust des Arbeitsplatzes und Arbeitslosigkeit. Umschulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen bleiben erfolglos. Zunehmend regelmäßiges exzessives Trinken, wiederholte Entgiftungsbehandlungen. Spiegeltrinken in den letzten 7 Monaten vor einer langfristigen Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus. Von dort Vermittlung in eine suchtspezifische teilhabebezogene Einrichtung der Eingliederungshilfe mit Angeboten betreuten Wohnens, betreuter Arbeit und Beschäftigung ergänzt durch Freizeitmassnahmen.*

*Nach längerfristiger, insgesamt achtjähriger Betreuung in diesem Hilfesystem zeigen sich folgende Teilhabezugewinne in den Bereichen:*

- *Lebensunterhalt: Grundsicherung und WfbM-Lohn.*
- *Wohnen: betreutes Einzelwohnen mit 98 Fachleistungsstunden.*
- *Soziale Kontakte: allein stehend, Kontakte im Hilfekontext.*
- *Justizielle Belastungen: im Betreuungszeitraum keine weiteren Belastungen.*
- *Körperliche Erkrankungen: Verbesserung des körperlichen Allgemeinzustandes, Übergewicht konnte reduziert werden.*
- *Psychische Erkrankungen: seltener werdende depressive Symptomatik, hirnorganische Wesensänderung.*
- *Suchtmittelgebrauch: Alkoholabstinenz seit ca. 5 Jahren. Im Betreuungszeitraum kam es in ersten drei Jahren zu 6 Alkoholrückfällen. Tabakmissbrauch.*
- *Behandlungserfahrungen: im Betreuungszeitraum in den ersten 3 Jahren 6 Entgiftungen.*

<sup>2</sup> vgl. Hilge/Schulz 1999

*Fazit: Teilhabebezogene, suchtspezifische Eingliederungshilfen unter Einbeziehung von WfbM haben in diesem Einzelfall zu deutlichen Verbesserungen der Lebensqualität und Integration beigetragen.*

Hilfen richten sich also an Menschen, die aufgrund ihrer Suchterkrankung auf Dauer wesentlich behindert sind und einer längerfristigen Hilfe zur Erreichung von Teilhabe in wesentlichen Lebensbereichen bedürfen, um ein zufrieden stellendes und möglichst selbstständiges Leben führen zu können. Die persönliche, soziale, gesundheitliche und beruflich-arbeitsbezogene Situation soll soweit gefestigt werden, dass neue Lebensperspektiven sinnvoll erscheinen. So erschließt sich ein Rechtsanspruch auf berufsfördernde Maßnahmen und auf einen Arbeitsplatz für Menschen mit Behinderungen. Der Platz in der WfbM ist genau dann für „CMA“ geeignet, wenn ein entsprechend suchtspezifischer Betreuungsansatz im Werkstattkontext entwickelt ist. Das heißt, dass Suchtmittelabstinenz, zumindest Punktabstinenz während der Arbeitszeit, im Einzelfall erreichbar ist, eine Tagesstruktur im geschützten Rahmen angeboten werden kann, die Werkstattmaßnahmen individuell angepasst werden können, die Maßnahmen langfristig erfolgen und die Chancen, je nach Eignung, auf Vermittlung in den allgemeinen Arbeitsmarkt darüber hinaus gegeben sind.

### **3. Menschen mit Behinderung und/oder psychischer Erkrankung und Suchterkrankung in WfbM**

#### ***Psychose und Sucht***

Innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems und damit auch den Werkstätten für psychisch behinderte Menschen begegnen wir in den letzten 10–20 Jahren stetig mehr und mehr Menschen mit der doppelten Problematik einer psychischen und Suchterkrankung.<sup>3</sup> Patienten mit dieser Doppeldiagnose (DD-Patienten) sind keine Randgruppe mehr, sondern haben sich zu einer großen und schwer behandelbaren Kerngruppe unter den schizophrenen Patienten entwickelt. Als Ursachen für die steigende Prävalenz der Komorbidität kommen biologische, psychologische und soziale Faktoren in Frage, die miteinander interagieren können. Eine Statistik besagt, dass in Deutschland bis zu einem Drittel aller an Schizophrenie Erkrankten auch alkoholkrank ist.

Unter den Konsumenten von legalen und illegalen Drogen bilden schizophren Erkrankte eine bedeutende Gruppe: so findet sich bei der Hälfte aller Patienten mit schizophrener Psychose ein komorbider Substanzmissbrauch, bzw. -abhängigkeit. Andere Beobachter gehen davon aus, dass bei der Hälfte aller stationären Patienten und Patientinnen aus dem schizophrenen Formenkreis zumindest ein Suchtmittelmissbrauch vorliegt; wobei Alkohol und Cannabis an erster Stelle stehen.

Daneben gibt es noch den Personenkreis der Menschen, die an einer drogeninduzierten Psychose leiden. Bei Menschen mit Doppeldiagnose tritt die schizophrene Symptomatik im Durchschnitt 5 –10 Jahre früher auf, als bei Patienten ohne Drogenkonsum. In den letzten Jahren leicht vermehrt im Werkstattalltag angekommen, sind jüngere Menschen zwischen 20-25 Jahren alt, bei denen die Psychose und der Genuss von Cannabis in Verbindung stehen.

Psychisch kranke Menschen sind bei Eintritt in die WfbM im Durchschnitt über 30 Jahre alt, haben in über 60% der Fälle einen Schulabschluss- meist Hauptschulabschluss - und überwiegend eine berufliche Sozialisation, d.h. meist eine Ausbildung angefangen und auch ab-

<sup>3</sup> vgl. Addington/Duchak 1997

geschlossen, oder in irgendeiner Weise Erfahrungen mit dem Arbeitsleben gemacht. Das Klientel mit Doppeldiagnosen ist nun jünger, hat eine geringere Schulbildung und meist niedrigen Ausbildungsstand.

Eine Sozialisation in der Arbeitswelt mit „Pflichten und Rechten“ hat dabei noch kaum stattgefunden. Der Konsum von Cannabis ist bei dieser Klientel die Regel. Die Patienten haben (anfangs) überwiegend eine schlechte Compliance. Ein eher ungünstiger Verlauf ihrer Psychose mit häufigeren Rezidiven und stationären Aufenthalten ist sehr wahrscheinlich.

Die erfolgreiche Rehabilitation und die Teilhabe am Arbeitsleben dieser Patientengruppe benötigt ein langfristig angelegtes Konzept, welches personenzentriert dem behinderten Menschen ermöglicht, sein subjektives Krankheitsmodell für sich plausibel zu verstehen und mit Hilfe des Fachpersonals veränderungswirksame, abstinenzwirksame, stabilitätsrelevante Konsequenzen abzuleiten. Oft verstärken beispielsweise süchtige Verhaltensweisen psychotische Verhaltensweisen und umgekehrt. Die Doppeldiagnose Patienten leiden damit häufig unter einer erheblichen Chronifizierung, intellektuell-kognitiven Abbau, affektiver Verflachung, körperlichen Beeinträchtigungen, weitgehender sozialer Isolation und Desintegration.

Im Sinne einer effizienteren Behandlung dieser Personengruppen ist es erforderlich, Ansätze aus der psychiatrischen Krankenversorgung und der Suchttherapie zu integrieren und einander anzupassen.

### **Drogeninduzierte Psychose**

Auftreten akuter psychotischer Symptomatik nach Einnahme von Halluzinogenen (z.B. Kokain, Cannabis). Es gibt drei verschiedene Ursachetypen schizophrener Psychosen in Zusammenhang mit Drogenkonsum:

- Drogen als wesentliche Ursache (neurotoxisch), Symptomatik klingt bei nachlassender Drogenwirkung ab
- Drogen als Auslöser einer Schizophrenie bei entsprechender Vulnerabilität
- Unabhängig vom Drogenkonsum sich manifestierende Schizophrenie
- Wechselseitige, sich gegenseitig verstärkende Bedingung von Schizophrenie und Drogenabhängigkeit („Teufelskreismodell“).

### **Cannabis und Psychose**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt regelmäßig Studien zum Konsum psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen durch. Cannabis belegt dabei den 1. Platz, der am meisten konsumierten illegalen Droge.<sup>4</sup> Ist die Verbreitung dieser Substanz in den Jahren 1986 – 2004 stetig gestiegen, so hat eine Repräsentativbefragung im Jahre 2007 ergeben, dass es einen Rückgang im Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 – 19 Jahren gibt. So geben nur noch 15,1% der Befragten an, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben.

Cannabis steht im Verdacht, sowohl das Auftreten einer Schizophrenie bei dementsprechend veranlagten Personen zu beschleunigen, als auch Rezidive auslösen zu können. Als gesichert gilt, dass Cannabis den Verlauf einer psychotischen Erkrankung ungünstig beeinflusst. Charakteristisch für die Wirkung von Cannabis ist das breite Spektrum psychischer Effekte, die als positiv erlebt werden. So verändert sich im Rausch die Gefühlswelt in „euphorische erlebte Gemütszustände“, bei gleichzeitiger emotionaler Gelassenheit (entspannende Wirkung). Übliche Denkmuster, z.B. Grübelzwänge, Gedankenschleifen, treten zunächst in den

<sup>4</sup> vgl. Kurzbericht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2007)



Hintergrund, und Konsumenten erleben auch häufiger eine „wohligere Entspannung“. Diese Wirkung kann verständlicher Weise auch gerade für psychotisch Erkrankte als positiv, i.S. einer Selbstmedikation, erlebt werden.

Die Risiken des Cannabiskonsums ergeben sich aber aus der Unvorhersehbarkeit der Wirkung. So kann statt Euphorie „Paranoia“ entstehen, das Denken zum „uferlosen Durcheinander fixer Ideen“ werden, und die Wahrnehmung zu Halluzinationen neigen. Allerdings wird in Forschungsarbeiten davon ausgegangen, dass eine eigene „Cannabispsychose“ letztlich nicht belegt ist.<sup>5</sup> Keine Zweifel bestehen allerdings an der Aussage, dass Personen, die anfällig sind für eine Psychose, das Risiko für einen Ausbruch einer Psychose deutlich erhöhen, wenn sie „kiffen“. Ebenso unstrittig ist, dass Cannabis bei einer vorliegenden schizophrenen Psychose Rezidive auslösen kann und den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflusst. Auffällig bleibt aber auch, dass unter an Schizophrenie erkrankten Menschen ein höherer Anteil an Cannabiskonsumern ist, als in der übrigen Bevölkerung.

**Fallbeispiel eines 24 jährigen männlichen Teilnehmers einer Berufsbildungsmaßnahme:**

*Nach dem Besuch der Hauptschule siedelte er als 16 Jähriger mit seinen Eltern aus Kasachstan nach Deutschland über.*

*Er selbst ist der jüngste von 3 Brüdern. Nach der Umsiedlung nach Deutschland ist ein Ausbildungsversuch gescheitert; er habe daraufhin Gelegenheitsarbeiten angenommen.*

*Vater (60 Jahre) bekommt nach dem Umzug nach Deutschland zunächst Erwerbsminderungsrente und später Altersrente. Die Mutter (56 Jahre) verdient als Reinigungskraft noch etwas dazu.*

*Der junge Mann bleibt bei seinen Eltern wohnen. Das Verhältnis zu den Eltern – insbesondere zum Vater, der auch viel zuhause ist - ist sehr aggressiv und belastet.*

*In Russland habe er schon Alkohol getrunken, in Deutschland dann aber mit Cannabis und auch Ecstasy weiter gemacht. Bereits nach 2 Jahren in Deutschland manifestiert sich eine drogeninduzierte paranoide Psychose und der erste Klinikaufenthalt erfolgt.*

*Es folgen zunächst 4 Jahre nach diesem Schema. Durch Gelegenheitsjobs verdient er sich das Geld, das er für die Drogen braucht, lebenspraktisch wird er von den Eltern versorgt. In regelmäßigen Abständen erfolgen Klinikeinweisungen; er wird neuroleptisch eingestellt, die Compliance ist gering.*

*Sein Verhältnis zu seinen Eltern ist durch viele Streitereien geprägt, trotzdem erfolgt keine Ablösung.*

*Mit 21 Jahren erfolgt eine medizinisch-berufliche Rehabilitationsmaßnahme in einem RPK, die bereits nach der medizinischen Maßnahme in der heimatnahen WfbM fortgeführt wird, da die berufliche Perspektive allgemeiner Arbeitsmarkt gegenwärtig nicht zu erreichen ist.*

*In der WfbM erfolgt nach der Berufsbildungsmaßnahme durch Praktika initiiert nach 3 Jahren im Arbeitsbereich eine Vermittlung auf einen Außenarbeitsplatz.*

*Der Klient ist seit nunmehr 6 Jahren drogenfrei, trinkt kaum Alkohol, raucht allerdings ca. 15 Zigaretten am Tag, nimmt seine Medikamente regelmäßig und zuverlässig ein, dennoch erlebt er auch immer wieder sog. „Flashbacks“. Er hat sich handwerklich weiterentwickelt und in Psychoedukationsgruppen Bewältigungsstrategien für Stresssituationen gelernt, und den Zusammenhang von Erkrankung und Drogenkonsum erkannt und sich seinen individuellen Krisenplan erarbeitet.*

*Seit einem halben Jahr lebt er nun auch nicht mehr bei den Eltern, das Verhältnis hat sich deutlich entspannt.*

<sup>5</sup> vgl. Donati/Brodbeck/Hirsbrunner (2007)



Als erfolgversprechende Behandlungsansätze haben sich letztlich diejenigen erwiesen, die sich um beide Erkrankungen kümmern. Psychoedukation ist dabei dringend erforderlich, um die Compliance nachhaltig zu verbessern. Ebenso ist in der WfbM sicherlich von Vorteil, dass die Leistungen der WfbM langfristig angelegt sind.

In der WfbM besteht die Chance durch gesundheitsfördernde Behandlungskonzepte, die u.a. eine langfristige Beziehungsarbeit, individuelle berufliche Qualifizierung, Persönlichkeitsbildung, Psychoedukation, etc, ermöglichen, nachhaltig eine zufrieden stellende – und in diesem Sinne erfolgreiche – Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. So ist eine suchtspezifische Ergänzung eines Werkstattkonzeptes lohnenswert. Diese Handreichung gibt dazu hilfreiche Hinweise. So kann es besser gelingen, Menschen mit Doppeldiagnosen in der WfbM einen angemessenen Rahmen zu bieten, der Teilhabechancen im Arbeitsleben eröffnen kann, zumal diese durch akute Symptomaten und Folgen von Suchterkrankungen erheblich beeinträchtigt werden können.

### **Geistige Behinderung und Sucht**

Die Wahrnehmungen dieses Phänomens gehen weit auseinander, externe Beobachter mögen geistig behinderte Menschen in ihrer Lebenswirklichkeit nicht mit Alkohol oder Cannabis in Verbindung bringen. Wer ist schon in der Stadt einem betrunkenen Menschen mit Down-Syndrom begegnet, oder wer hat schon geistig behinderte Menschen einen Joint rauchen sehen? Mitarbeiter der Behindertenhilfe machen andere Erfahrungen: Suchtverhalten, besonders Missbrauch von Alkohol und so genannten „weichen Drogen“ spielen ebenso wie Essstörungen durchaus im Alltag eine beachtliche Rolle.

Warum sollten auch Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht in ähnlicher Weise gefährdet sein, suchtkrank zu werden, wie der Durchschnitt der Bevölkerung? Neuere Untersuchungen zeigen sogar, dass gerade diese Gruppe von Menschen in ihrer (früh)kindlichen Entwicklung überproportional höheren psychischen Belastungen ausgesetzt sind, erhebliche soziale Ausgrenzung und Diskriminierung erfahren und ein größeres Risiko haben psychisch zu erkranken. Gerade Alkohol und übermäßiges Essen haben in diesem Zusammenhang eine hohe Bedeutung in der scheinbaren Bewältigung innerer und äußerer Spannungszustände und Probleme.<sup>6</sup>

## **4. Auftrag der WfbM: Teilhabe am Arbeitsleben**

Der Auftrag der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) ergibt sich aus § 136 Absatz 1 SGB IX. Demnach ist die WfbM „eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie hat denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können,

1. eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis anzubieten und
2. zu ermöglichen, ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln.“

Weiterhin soll die WfbM den Übergang von Werkstattbeschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt fördern. Zudem steht die WfbM allen Menschen mit Behinderung offen, sofern diese spätestens nach Teilnahme an Maßnahmen im Berufsbildungsbereich in der Lage sind, ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen.

<sup>6</sup> vgl. Innere Mission Bremen (o.J.)

Neben dem SGB IX gibt es mit der Werkstättenverordnung (WVO) und der Werkstättenmitwirkungsverordnung (WMVO) weitere relevante gesetzliche Grundlagen. Als Personenkreis der in WfbM Beschäftigten kommen Menschen mit einer wesentlichen Behinderung, also geistigen, körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen in Frage. Zu diesem Personenkreis gehören auch chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke, da diese ebenfalls als wesentlich behindert gelten. Allerdings werden heute die Rechtsansprüche dieser Personengruppe auf Leistungen nach dem SGB IX noch nicht hinreichend erfüllt und Werkstätten erkennen diesen Personenkreis noch nicht als selbstverständliche Zielgruppe an,<sup>7</sup> obgleich einzuschätzen ist, dass sie bereits jetzt einen nicht unerheblichen Anteil der WfbM-Beschäftigten ausmachen. Zudem ist festzuhalten, dass Menschen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen durch diese Erkrankung in ihren Teilhabemöglichkeiten so behindert sind, dass sie zur Zielgruppe der Werkstätten werden.

## 5. Grundsätzliche Ziele im Umgang mit Suchtmitteln

„Schwelligkeit“ ist häufig ein konzeptioneller Knackpunkt in der Hilfe für chronisch mehrfachbeeinträchtigte abhängigkeitskranke Menschen, d.h. (dauerhafte) Abstinenz wird zur Voraussetzung für die Hilfeanspruchnahme gemacht. In der Suchtkrankenhilfe hat sich dagegen seit etwa 15 Jahren das gesamte Helfefeld so entwickelt, dass eine Zielesystematik als Orientierungsrahmen dient:

- Überleben sichern in Phasen des akuten Gebrauchs von Suchtmitteln
- Schädigungen minimieren und Gesundheit erhalten und fördern
- Soziale Desintegration verhindern
- Abstinenzzeiten verlängern
- Konsummengenreduktion stabilisieren
- Abstinenz dauerhaft erreichen.

Diese Zielesystematik reicht je nach Einzelfall von dringlichen, kurzfristigen Zielen bis hin zu weitreichenden und langfristigen Zielsetzungen. Die Ziele werden nicht vollständig getrennt voneinander und in zeitlicher Abfolge angestrebt. Sie sind nicht als Prioritätenrangfolge zu verstehen sondern gewähren die Möglichkeit, klienten- und problembezogenen Interventionsziele zu bestimmen und zu vereinbaren. Dabei sind die Schwere der Störungen, individuelle Eigenschaften sowie Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen zu berücksichtigen.

In der Regel ist eine suchtmittelfreie Umgebung im Werkstattkontext für CMA hilfreich, Arbeitssicherheit ist auf Punktabstinenz während der Arbeitszeit angewiesen. Entscheidend wird sein, wie der Umgang mit Krisen, insbesondere mit Suchtmittel-Rückfällen, gestaltet werden kann. Die vorgestellte Zielesystematik bildet dazu den Orientierungsrahmen.

## 6. Ansätze angemessener – sozialer – Kontrolle im Kontext von WfbM

Eine spezifische Symptomatik, die sich im Laufe einer Suchterkrankung entwickeln kann, ist die zunehmend beeinträchtigte eigene Kontrolle und Regulation des Substanzgebrauches (Alkohol, Tabak, Drogen). Dieser Kontrollproblematik gilt es in gezielter und empathischer Form entgegenzutreten. Dazu gehören insbesondere angemessene, soziale Kontrollansätze, die im Folgenden erörtert werden:

In dem Verstehen einer angemessenen Reaktion auf einen alkoholisierten auffälligen Beschäftigten im Rahmen einer WfbM sind zunächst folgende Fragen zu beantworten:

<sup>7</sup> vgl. GVS/BeB (2007), S. 49

- a. Ist der Beschäftigte zum ersten Mal auffällig?
- b. Bestand die Alkoholproblematik schon vor Aufnahme in den Betrieb?
- c. Wurde er durch den Geruch einer Fahne oder durch sein Verhalten auffällig?
- d. Hat sein Verhalten unter Alkoholeinfluss schon Auswirkungen auf den betrieblichen Ablauf?
- e. Benennt der Beschäftigte den Missbrauch von Alkohol als sein persönliches Problem?
- f. Hat er eine Einsicht in sein Fehlverhalten?
- g. Bietet er seine Mitarbeit an, um ein erneutes Auffälligwerden zu vermeiden?

Die Fragen a und b entscheiden über das Verfahren und die Akzeptanz einer Kontrolle. Hat der Beschäftigte schon vor Aufnahme in die WfbM eine Alkoholproblematik, ist dies zu Beginn im Rahmen eines Suchtkonzeptes thematisiert worden und mit ihm ein suchtspezifisches Verfahren besprochen worden. Hier liegt also ein Rückfall vor, der aufgrund der Gefahr einer Chronifizierung behandelt werden muss. Die Kontrolle bei Auffälligkeiten und auch die routinemäßige Kontrolle ist eine vereinbarte Betreuungsleistung dem Beschäftigten gegenüber.

Ist der Beschäftigte zum ersten Mal auffällig, ist dies oft mit der Beantwortung der Fragen c und d verbunden. Die Kontrolle mit einem Atemluftmessgerät ist dann nicht mehr notwendig, da ein Alkoholmissbrauch offensichtlich ist. Eine Atemluftkontrolle könnte jedoch ein objektives Messergebnis für beide Seiten herbeiführen, auch im Hinblick auf die anstehenden Hilfemaßnahmen, die dem alkoholisierten Beschäftigten angeboten werden. In diesem Zusammenhang tauchen die Fragen auf, ob die Abhängigkeit erst jetzt bemerkt worden ist oder ob sie schon lange bewusst ignoriert wurde oder ob eine Co-Abhängigkeit in dem System der Gruppe besteht.

Die Fragen e, f und g geben eine Antwort auf die Möglichkeiten oder Schwierigkeiten im weiteren Kontakt mit dem betroffenen Beschäftigten. Menschen mit einer Suchtproblematik vermeiden eine direkte Konfrontation mit ihrem Umfeld. Wird der Druck von außen größer oder entsteht eine Belastung am Arbeitsplatz wird der Alkohol entlastend eingesetzt. Der Alkoholmissbrauch ist ein Symptom für eine nicht gelungene Konfliktlösung im Außen oder im Innen des Betroffenen.

Der Betroffene ist von sich aus nicht in der Lage, sein Suchtmittel aufzugeben und wird den Missbrauch leugnen oder eine Entdeckung vermeiden. Ohne sein Suchtmittel fühlt er sich in der Phase der Abhängigkeit hilflos. Ein Konfrontieren durch eine Kontrolle oder ein Konfliktgespräch muss daher immer mit weitergehenden Hilfsangeboten verbunden sein, z.B.:

- Hinweis auf ein Gespräch mit dem Sozialdienst;
- Entfernen vom Arbeitsplatz mit Hinweis auf die vernetzten sozialtherapeutischen Hilfsangebote;
- Schritte im Sinne der Vereinbarung Sucht am WfbM-Arbeitsplatz (siehe Kap. 8).

## 7. Umgang mit suchtspezifischen Krisensituationen in der WfbM

### ***Krisenvorbeugung durchführen***

Das Herausfinden aus der Sucht ist ein langfristig angelegter Prozess, der unterschiedlichste Hilfen und Unterstützung erfordert. Deren Funktion besteht darin, Rückfällen vorzubeugen, ihre Dauer zu begrenzen und die gesundheitliche Stabilisierung zu beschleunigen. Für die Bewältigung von Krisen muss gerade in stabilen Zeiten rechtzeitig die Grundlage gelegt werden.

Ein Element zur Vorbeugung von Krisen und Rückfällen ist das Schaffen eines strukturierten, schützenden und stabilisierenden Umfeldes. Gerade Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen bieten chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken die zwingend erforderliche Struktur und Kontinuität in ihrem Tagesablauf. Dies kann am wirksamsten durch geregelte Arbeit oder Beschäftigung erbracht werden. Darüber hinaus ist die Teilhabe am Arbeitsleben sinngebend, sie trägt dem Bedürfnis nach selbstwertsteigernder und - soweit im Rahmen der Werkstatterlöse möglich - auch finanziell erfolgreicher Betätigung Rechnung und trägt damit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bei.

Durch die Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen und das Wahrnehmen deren arbeitsbegleitender Angebote können soziale Fähigkeiten und Kompetenzen, Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Entscheidungsfreude, Ausdauer und Verantwortungsbewusstsein gefordert und gefördert werden. Neben der Verbesserung von Konzentrations- und Merkfähigkeit geht es bei diesen Angeboten auch um das Erspüren möglicher individueller Ressourcen und damit verbundenen Perspektiven. Eine gelungene berufliche und soziale Reintegration sichert Therapieerfolge, reduziert Rückfallgefährdung und erhöht so die Lebensqualität suchtkranker Menschen.

Auf der anderen Seite unterstützt die Werkstatt die Chance zur Abstinenz z.B. durch Alkoholkontrollen mit Hilfe eines Alkoholtestgerätes oder durch in Apotheken erhältliche Drogentests (Multi-Test) in unregelmäßigen Abständen zu unregelmäßigen Zeiten.

Entscheidenden Einfluss auf die Zusammenarbeit mit dem Suchtkranken hat die Art, wie sich die professionelle Beziehung zu ihm gestaltet. Der Krankheitsprozess des Suchtkranken ist nicht nur durch den systematischen Abbau von Basiskompetenzen wie z.B. Vernachlässigung der Körperhygiene, Merkfähigkeits- und Orientierungsstörungen gekennzeichnet sondern auch durch den Sachverhalt, dass er über ein reduziertes soziales Netzwerk verfügt oder sich außerhalb des schützenden Werkstattraumens im „nassen Milieu“ wiederfindet. Beim Gesundungsprozess geht es um den systematischen Aufbau von positiven Beziehungen. Ein aufrichtiges positives Vorleben im Alltag ist eine wichtige Voraussetzung für ein ehrliches Miteinander gerade für Suchtkranke. Wenn der Betroffene merkt, dass es dem Mitarbeitenden um sein Wohl geht, dass er angenommen und ernst genommen wird, kann er auch notwendige Enttäuschungen, die man ihm zumutet, verkraften können.

Werkstätten, die chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke beschäftigen, haben in besonderem Maße zu beachten, dass die angebotenen Arbeiten und Tätigkeiten auf die Fähigkeiten des Einzelnen abgestimmt sind. Im Gegensatz zu Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung haben chronisch mehrfachbeeinträchtigte Menschen in der Regel eine Berufssozialisation, sind aber aufgrund der Mehrfachbeeinträchtigung oftmals bereits erwerbsunfähig. Dennoch hat die Werkstatt beim Personenkreis der Suchtkranken die Durchlässigkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, in Integrationsbetriebe oder für Zuverdienstmöglichkeiten bei EU-Rentnern zu fördern und zu gewährleisten.

Im Rahmen der Rückfallprophylaxe ist für den Moment unmittelbar nach dem Trinkbeginn bzw. erneuten Drogen- oder Tablettenkonsum ein Notfallplan hilfreich, mit dem Hauptziel, die Konsumperiode möglichst rasch und vollständig abzubrechen. Dieser Krisenplan kann in der akuten Rückfallsituation nur dann greifen, wenn er in nüchterner bzw. drogen- oder tablettenfreier Distanz vorbereitet wird mit Vorgaben für konkretes Handeln, wie zum Beispiel die Situation sofort zu verlassen und jemanden anzurufen, mit dem ein solcher Fall vorab besprochen wurde. Rückfallvorbeugung umfasst das Spektrum von einfacher, einmaliger Beratung über vorbereitende Verhaltensübungen bis hin zu intensiver psychotherapeutischer Behandlung. Für die Werkstatt ist es daher erforderlich, durch Schulung und Qualifizierung der Mitarbeitenden und die Zusammenarbeit mit der lokalen Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegrup-

pen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, Soziotherapeutischen Wohneinrichtungen etc. Teil des Hilfesystems für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke zu werden.

### **Kriseninterventionen gestalten**

Der Rückfall ist das zentrale Phänomen der Abhängigkeit, er ist Teil der Krankheit. In der akuten Rückfallsituation ist das Hauptziel die möglichst kurzfristige Unterbrechung des Konsums. Der Suchtkranke muss starke negative Gefühle ertragen und bewältigen. Zugleich sind das Erinnerungsvermögen und die Denk- und Handlungsfähigkeit durch die direkte Wirkung der psychoaktiven Substanzen oder deren Nachlassen eingeschränkt. Das Bedürfnis zum weiteren Konsum steht im Vordergrund.

Ein Rückfall bedeutet nicht immer eine Entscheidung gegen die zuvor erwünschte Abstinenz. Oftmals sind Rückfälle als kontraproduktive Versuche zur Bewältigung von Problemen und Überforderungssituationen zu verstehen. In der Werkstatt wird der Suchtkranke in dieser Phase aus Gründen der Arbeitssicherheit aber auf keinen Fall beschäftigt.

Vorrangig in dieser Situation ist die Klärung, ob bei starker Intoxikation und begleitenden somatischen oder psychiatrischen Symptomen Maßnahmen zum Schutz des Suchtkranken ergriffen werden müssen. Körperliche Symptome sind Zittern (in allen Abstufungen), Schweißausbrüche, Schlafstörungen, hoher Blutdruck, Herzrasen, Übelkeit, Erbrechen oder Durchfälle und/oder psychomotorische Unruhe und Angstzustände. In schweren Stadien können Bewusstseinsstörungen (Desorientierung), Wahnvorstellungen und Halluzinationen auftreten. Das Delir ist eine lebensbedrohliche, organisch begründete Psychose, die zwingend einer stationären Behandlung bedarf.

Der Suchtkranke ist so weit wie möglich in die Verantwortung einzubeziehen, indem man ihn beharrlich fragt, was er zur Klärung und Verbesserung seiner Situation tun kann. Zu diesem Interventionsabschnitt gehört auch das Anwenden des in Vorfeld vereinbarten individuellen Notfallplanes und der Betonung der Verantwortung für die weitere Bewältigung der Krankheit gemäß dem Motto: „Es ist keine Schande, von psychoaktiven Substanzen krank und abhängig zu werden, wohl aber ein Versäumnis, nichts dagegen zu tun.“ Es kann durchaus sein, dass der Suchtkranke sich zum Weiterkonsumieren entscheidet und dass dies – so schwer das auch sein mag - zu akzeptieren ist, sofern keine Hinweise auf eine akute Gefährdung oder eine deutliche Einschränkung der Steuerungsfähigkeit vorliegen. Dies schließt eine Weiterbeschäftigung in der Werkstatt für den Zeitraum der Abstinenzunterbrechung jedoch aus.

Sich realistisch auf die Möglichkeit eines Rückfalls vorzubereiten, ist ein langwieriges Vorhaben. Kritische Ereignisse und Phasen werden in der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen mit den zuständigen Fachdiensten besprochen, abstinente Bewältigungsmöglichkeiten entwickelt, wenn möglich im Rollenspiel erprobt und in der lebenspraktischen Umsetzung begleitet. Die chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken müssen bei der Entwicklung eines eigenverantwortlichen und risikominimierenden Konsums konsequent unterstützt werden.

Je enger die Werkstatt und ihre Angebote in ein suchtherapeutisches Umfeld mit Selbsthilfegruppen, Sozialpsychiatrischem Dienst, psychiatrischer Institutsambulanz etc. eingebunden ist und je konkreter die Vorbereitung des individuellen Notfallplanes ist, desto wahrscheinlicher werden positive Selbstwirksamkeitserwartungen verstärkt.



## 8. Betriebliche Vereinbarung Sucht unter Einbezug von Beschäftigten und Mitarbeitern der WfbM am Beispiel von Alkoholabhängigkeit<sup>8</sup>

Menschen, die in Folge ihrer Abhängigkeitserkrankung im Sinne des § 136 SGB IX Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben bedürfen, sind in der Regel mehrjährig nicht mehr erwerbstätig gewesen, bzw. verfügen über nur wenige oder keine Erfahrungen mit regelmäßiger Erwerbstätigkeit. Die Alkoholerkrankung hat im Laufe ihrer progressiv negativen Entwicklung zu wesentlichen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit geführt. Mehrere Arbeitsversuche scheiterten bei diesem Personenkreis durch das nicht akzeptieren ihrer Erkrankung und den Auswirkungen auf kognitive, psychische und körperliche Aspekte der Arbeitsfähigkeit.

Die Erfahrungen in der Begleitung dieses Personenkreises zeigen, dass im direkten Kontakt und dem Dialog über zu erbringende Leistungen eine Fehleinschätzung der Person und deren Leistungsfähigkeit entstehen. Zum einen ist dies in einem falschen Selbstbild begründet und zum anderen wirkt die Person vordergründig oft nicht eingeschränkt. Die Reduzierung der Arbeitsfähigkeit liegt nicht in der Arbeitskraft und der Motivation zur Arbeitsaufnahme sondern in den Schlüsselqualifikationen, die ebenso zur Arbeitsbefähigung führen, z.B. Frustrationstoleranz, Kritikfähigkeit, Umgang mit der Körperlichkeit und den Grenzen, sozialer Umgang mit Kolleginnen und Kollegen sowie einem konstruktiven Verhalten Vorgesetzten gegenüber. Erlebte Konflikte, Ängste und Scheitern werden suchtspezifisch gelöst und enden in einem sozial nicht akzeptierten Verhalten.

### *Erster Schritt präventiv:*

Konflikte, Ängste und Probleme sollen in einem sozialtherapeutisch begleiteten Setting im Vorfeld aufgefangen werden. Dazu muss sich der Beschäftigte in einem Rahmen befinden, der diese Gesprächsangebote und Dialoge ermöglicht. Idealerweise befinden sich die Beschäftigten im stationären oder ambulanten betreuten Wohnen. Alternativ kann ein Netzwerk von sozialtherapeutischen Angeboten eine Wohnhilfe ersetzen.

### *Zweiter Schritt Krisenmanagement:*

Gespräche und Dialoge sind nicht immer erfolgreich bzw. im Konfliktfall meidet der suchterkrankte Beschäftigte oft den Kontakt zu Bezugspersonen. Der Rückfall ist dann ein Symptom für die erlebte psychische Krise.

### Vorgehen:

- Der alkoholisierte Beschäftigte wird im WfbM - Rahmen an diesem Tag oder während der Krisenzeit nicht beschäftigt, sondern erhält eine tagesstrukturierende Hilfe im Wohnbereich mit sozialtherapeutischer Begleitung. In dieser Zeit soll der Anlass der Krise eruiert werden. Mögliche Lösungen, die dem Beschäftigten bis dahin nicht klar waren oder nicht möglich waren, sollen die Rückkehr an den Arbeitsplatz beschleunigen. Hintergrund: Ohne diese Krisenbewältigung würde der suchtkranke Beschäftigte keine Qualifikationen erwerben und im alten Krankheitsmuster verbleiben.
- Parallel muss abgeklärt werden, ob der alkoholisierte Beschäftigte vorher eine Entgiftungsbehandlung und/oder weitere psychiatrische Interventionen benötigt.

---

<sup>8</sup> Betriebliche Vereinbarungen Sucht beziehen sich derzeit in der Regel auf Alkoholerkrankungen, da die Erfahrungen mit Alkoholerkrankungen am größten sind und der Personenkreis der CMA in der Regel eine Alkoholproblematik aufweist. Illegaler Drogenkonsum (insbesondere Cannabis) wächst allerdings und wird künftig stärker einbezogen werden müssen.



Gliederungspunkte für eine Vereinbarung:

1. Erstellung einer Betriebsvereinbarung Sucht für alle Mitarbeiter des Unternehmens. Als Vorlage hierzu dient die vom GVS erstellte Broschüre zur freiwilligen Mitarbeit in der Suchtkrankenhilfe.<sup>9</sup>
2. Schulung der Mitarbeiter, um frühzeitig einen Suchtmittelmissbrauch erkennen zu können und Kenntnis über Behandlungsmöglichkeiten zu erlangen.
3. Bildung eines Gesundheitskreises/ Erweiterung des suchtspezifischen Wissens über Prävention im Betrieb in einem bestehenden Kreis
4. Aufklärung durch präventive Veranstaltungen und Angebote in der WfbM
5. Erstellung eines Maßnahmenkataloges für das Verfahren mit einem auffälligen Beschäftigten.

Im Anhang dieser Handreichung befinden sich ein Maßnahmenkatalog zum Umgang mit vermuteter und festgestellter Suchterkrankung und ein entsprechendes Praxisbeispiel.

## 9. Personenzentrierter Ansatz im regionalen Suchthilfenetzwerk im Umfeld der WfbM

### **Der Personenzentrierte Ansatz**

Ausgehend von der im Einzelfall angestrebten Lebenssituation, von vorhandenen Ressourcen und Hilfsmöglichkeiten im Umfeld sowie unter Berücksichtigung der für die Zielerreichung relevanten Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen werden die erforderlichen Hilfen mit allen Beteiligten ausgehandelt und vereinbart (Integrierte Hilfeplanung). Die ausgehandelten und erforderlichen Hilfen werden anschließend in koordinierter Form erbracht.

Dabei stehen vier zentrale Kriterien im Mittelpunkt:

1. Welche Hilfe benötigt der Werkstattbesucher?
2. Welches verfügbare Angebot ist für ihn das geeignete?
3. die bedarfsgerechten Hilfen sollten weitgehend im Lebensumfeld stattfinden
4. Wie lässt sich das verfügbare Angebot an den individuellen Hilfebedarf im Einzelfall flexibel anpassen?

Der personenzentrierte Ansatz formuliert damit Qualitätsanforderungen nicht nur für den Prozess der Hilfeplanung selbst, sondern auch für die Steuerung eines Hilfesystems und die Ausgestaltung von Leistungen in der WfbM.

Hilfeplanverfahren wie z.B. der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)<sup>10</sup> ist in diesem Zusammenhang ein Instrument zur Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes auf der Ebene der fallbezogenen Hilfeplanung und -steuerung.

### **Das regionale Suchthilfenetzwerk um eine WfbM**

Die personenzentrierten Rehabilitations- und Hilfeangebote in einer WfbM für behinderte suchtkranke Menschen können nicht isoliert von weiteren notwendigen Hilfeangeboten gesehen werden - sie sind ein Baustein im Hilfesystem. Die Vernetzung aller beteiligten Angebote und Anbietern ist notwendig und vor allem in Krisensituationen unbedingt erforderlich. Folgende Akteure gehören nach unserem Erachten zum Suchthilfenetzwerk um eine WfbM:

- Beratungsstellen für suchtkranke Menschen
- psychiatrisches Krankenhaus
- gesetzliche Betreuer

<sup>9</sup> siehe GVS (2005/2008)

<sup>10</sup> siehe [www.ibrp-online.de](http://www.ibrp-online.de)

- ambulante bzw. stationäre Wohnangebote
- Arbeitsangebote
- Selbsthilfe

Die integrierte Hilfeplanung im Sinne des IBRP bietet ideale Voraussetzungen zur Koordination der regional Beteiligten.

Dies könnte wie folgt aussehen: Eine koordinierende Bezugsperson z. B. Sozialdienst der Werkstatt oder des psychiatrischen Krankenhauses, Mitarbeiter im Wohnheim oder einer Beratungsstelle für Suchtkranke, (beauftragt durch die Beteiligten im Hilfesystem) erstellt mit dem behinderten Suchtkranken und den beteiligten Institutionen eine individuelle Hilfeplanung im Rahmen einer Abstimmungskonferenz. Die Hilfeplanung umfasst alle notwendigen Hilfen in den Bereichen:

- Selbstversorgung z. B. Wohnen, medizinische Hilfen
- Tagesgestaltung und Kontaktstiftung z. B. Pflege sozialer Kontakte
- Arbeit und Ausbildung z. B. WfbM

Es entsteht ein Hilfeplan, der dann in einer regionalen Hilfeplankonferenz unter Beteiligung der entsprechenden Kostenträger vorgestellt und beschieden wird. Dieser Hilfeplan ist Instrument für das weitere Vorgehen in einem entsprechend verabredeten Zeitraum. Neben der regelmäßigen Fortschreibung der Hilfeplanung ist insbesondere in Krisensituationen z. B. Rückfall in die Suchterkrankung die Abstimmungskonferenz das Instrument zur Überprüfung der individuellen Hilfeplanung, sie kann von allen Beteiligten einberufen werden.

Die Abstimmungskonferenz überprüft dann die vereinbarten Ziele im Hilfeplan und modifiziert sie ggf. Die Abstimmungskonferenz ist bei der Betreuung von behinderten Suchtkranken das zentrale Instrument zur Rehabilitationssteuerung und Vernetzung der Akteure im regionalen Hilfesystem.

## **10. Aufnahme des Themenfeldes Sucht in die Lehrgänge zur Sonderpädagogischen Zusatzqualifikation (SPZ)**

Die Werkstättenverordnung (WVO) schreibt in § 9 vor, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in WfbM über eine sonderpädagogische Zusatzqualifikation verfügen müssen. Der Nachweis dieser Zusatzqualifikation kann durch eine Prüfung erbracht werden. Dies ist in der „Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Abschluss Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für behinderte Menschen (BehWerkPrV)“ geregelt. Dabei soll erreicht werden, dass die Absolventinnen und Absolventen der Prüfung über „ausreichende Kenntnisse über Arten sowie typische Erscheinungsformen von Behinderungen und die damit häufig verbundenen Beeinträchtigungen geistig, seelisch und körperlich behinderter Menschen“ (§ 3 Absatz 2 BehWerkPrV) verfügen. Zudem sollen sie „Auswirkungen der Behinderung auf die körperliche, geistige und psychische Verfassung, auf das Arbeits-, Sozial- und Lernverhalten kennen und in der Lage sein, den behinderten Menschen in seiner individuellen Situation und in seinem sozialen Umfeld einzuschätzen, zu akzeptieren und mit den jeweiligen Besonderheiten umgehen“ (§ 7 BehWerkPrV) zu können.

Eine explizite Erwähnung der Notwendigkeit, ausreichend Kenntnis über Erscheinungsformen und Beeinträchtigungen zu haben, die durch eine chronische Suchtmittelabhängigkeit entstehen, findet sich in der Verordnung nicht. Da chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke ebenfalls als wesentlich behindert gelten und ihnen demnach die Eingliederungsleistungen der WfbM zur Verfügung stehen, ist es zu empfehlen, die sich aus einem solchen Beeinträchtigungsbild ergebenden Anforderungen in die sonderpädagogischen Zu-

satzausbildung aufzunehmen. Da sich bei solchen Größenordnungen eigene Arbeitsgruppen i.d.R. nicht einrichten lassen, ist eine profunde Kenntnis über CMA in der Breite der Werkstattmitarbeiterinnen und -mitarbeiter wichtig, um eine angemessene Begleitung und Unterstützung von Menschen aus diesem Personenkreis gewährleisten zu können, wenn sie in Arbeitsgruppen einer WfbM eingegliedert sind.

Wie schon auf dem gemeinsamen Workshop von GVS und BeB zum Thema „Chronisch mehrfachbeeinträchtigte abhängigkeitskranke Menschen in WfbM“ am 07.02.2007 hingewiesen, ist es keineswegs hinreichend, chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke wie Menschen mit psychischer Erkrankung zu behandeln, da sich aus der Abhängigkeitserkrankung und damit zusammenhängenden Rückfällen besondere Herausforderungen für die Werkstätten und ihre Arbeitsgruppen ergeben. Werkstattplätze für diesen Personenkreis müssen somit mit einem suchtspezifischen Ansatz und suchtspezifischen Strukturen vorgehalten und eingerichtet werden.<sup>11</sup> Dazu ist eine gute Schulung der Werkstattmitarbeiterinnen und -mitarbeiter unerlässlich und eine Eingliederung dieses Themenspektrums in die sonderpädagogische Zusatzqualifikation (FAB) anzuraten. Ein entsprechendes Modul müsste durch Personen mit Praxiserfahrungen umgesetzt werden und Möglichkeiten der Nachqualifizierung bieten. Jedoch sollte die Ausbildung nicht nur fachspezifisches Wissen über Sucht und ihre Kontrollmöglichkeiten enthalten, sondern sich auch mit der Steuerung von dynamischen Gruppenprozessen befassen.

Letztlich müsste jede WfbM in der Lage sein, chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte zu betreuen. Damit dies fachgerecht geschehen kann, sollte der Umgang mit dieser Personengruppe als eigenständiges Modul in die sonderpädagogische Zusatzausbildung aufgenommen werden.

## 11. Weiterführende Literatur und Links

- Addington J./Duchak V. (1997) Reasons for substance use in schizophrenia. In: Acta Psychiatr Scand Jg. 96, S. 329-333
- Arbeitsgruppe CMA/Küfner, H. (1999): Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. In: Sucht, Jg. 45, Nr. 1, S. 6-13
- Dämelio, R./ Behrendt, B./ Wobrock T. (2006) Psychoedukation. Schizophrenie und Sucht. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen. München u.a.
- Donati, R./Brodbeck, J./Hirsbrunner, H.P. (2007) Doppeldiagnose-Patienten. In: Böker W./Brenner HD (Hrsg) Behandlung schizophrener Psychose. Stuttgart
- Fiedler, P. (2000): Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007): Komorbidität Psychose und Sucht - Grundlagen und Praxis. Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie. Heidelberg
- GVS/BeB (Hrsg.) (2007): Dokumentation zum gemeinsamen Workshop „Chronisch mehrfachbeeinträchtigte abhängigkeitskranke Menschen in WfbM“. Quelle: [www.beb-ev.de/files/pdf/2007/dokus/wfbm/ws\\_04.pdf](http://www.beb-ev.de/files/pdf/2007/dokus/wfbm/ws_04.pdf)
- GVS (Hrsg.) (2005, 2008) Freiwillige Mitarbeit in der Suchtkrankenhilfe – nach GVS-Standards. Quelle: [www.sucht.org](http://www.sucht.org)
- Hilge, T./Schulz, W (1999): Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholabhängiger: Die Braunschweiger Merkmaliste (BML). In: Sucht, Jg. 45, Nr. 1, S. 55-68
- Innere Mission Bremen (o.J.): Info Sucht. Suchtverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bremen

---

<sup>11</sup> vgl. GVS/BeB (2007)

- Knoll, A. (2002): Sucht - was ist das? Wuppertal
- Rennert, M. (1990): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Geesthacht 1990
- Steingass, H.-P. u.a. (2000): Soziotherapie chronisch Abhängiger - ein Gesamtkonzept. Geesthacht
- Wienberg, G./Driessen, M. (Hrsg.) (2001): Auf dem Weg zur Vergessenen Mehrheit, Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn

[www.bzga.de](http://www.bzga.de): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGä).

[www.dhs.de](http://www.dhs.de): Informationen zum Thema Sucht, Suchtmittel und Statistik.

[www.drugcom.de](http://www.drugcom.de): Ein Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGä), sehr gut für jugendliche Betroffene geeignet.

[www.pille-palle.net](http://www.pille-palle.net): Eine Gemeinschaftseinrichtung der Anode e.V., der Psychosozialen Beratungsstelle der Diakonie Friedrichshafen und der Suchthilfe gGmbH Ravensburg.

[www.westfalenfleiss.de/projekte/didak](http://www.westfalenfleiss.de/projekte/didak): Präventionsprogramm für Erwachsene mit geistiger Behinderung für gesundheitsförderliches Verhalten und risikoarmen Umgang mit Alkohol.

## 12. Anhang

### **Maßnahmekatalog zum Umgang mit vermuteter und festgestellter Suchterkrankung, Blaukreuz Kassel**

1. Die Fachkraft für Arbeits- und Berufsförderung oder der Mitarbeiter eines Zusatzangebotes ist verantwortlich für das Ansprechen des Beschäftigten, falls eine Auffälligkeit erkennbar ist.
  - a. Er spricht den Beschäftigten in einem vertrauensvollen Setting an und
  - b. macht sich ein Bild über den Zustand und die Kooperationsbereitschaft.
  - c. Hilfsangebote werden angesprochen.
2. Der auffällige Beschäftigte wird in dem Mitarbeiterteam besprochen.
  - a. Notwendige Bezugspersonen werden hinzugezogen.
  - b. Ein Vorgehen wird abgestimmt.
  - c. Eine verantwortliche Person wird benannt, die mit dem Beschäftigten weitere Schritte vereinbart.
3. Ein zweites Gespräch findet mit dem auffälligen Beschäftigten statt, die in 2 beauftragte Person ist für die Begleitung der weiteren Schritte zuständig.
  - a. Schritt eins wird festgelegt
    - Vermittlung an eine Beratungsstelle
    - Kooperation mit dem Wohnangebot
    - Kontrollen durch Atemluftmessung
    - Veränderung des Arbeitsplatzes
    - Psychiatrische Krisenintervention
    - Medizinische Rehabilitation
    - Regelmäßige sozialtherapeutische Gespräche
      - Hilfe in der Lösung der erlebten Probleme
      - Reduzierung der Trinkphase durch Krisenintervention
      - Verlängerung der Abstinenzphasen
      - ...
  - b. Die Durchführung und die Nachvollziehbarkeit wird vereinbart
  - c. Die Kooperation im Netzwerk wird mit dem Beschäftigten vereinbart und durch Schweigepflichtsentbindung bestätigt.
4. Wird der Beschäftigte weiterhin als Krisenhaft erlebt, bespricht sich das Team über weitere Schritte im Sinne der Vereinbarung.
5. Der in 2 beauftragte Mitarbeiter lädt zu einem zweiten Gespräch mit dem Beschäftigten und Personen des hinzugezogenen Netzwerkes ein.

- a. macht sich ein Bild über den bisherigen Verlauf und
  - b. die Kooperations- und Behandlungsbereitschaft des Beschäftigten
    - Ist keine Kooperation zu erwarten, muss hier über die Beendigung des Werkstattvertrages gesprochen werden, falls weitere Behandlungsschritte nicht zum Erfolg führen.
  - c. vereinbart mit dem Beschäftigten Schritt zwei
    - weitere Behandlungsangebote
    - weitere Lösungsstrategien
    - Vermittlung an eine Beratungsstelle
    - Kooperation mit dem Wohnangebot
    - Kontrollen durch Atemluftmessung
    - Veränderung des Arbeitsplatzes
    - Psychiatrische Krisenintervention
    - Medizinische Rehabilitation
    - Regelmäßige sozialtherapeutische Gespräche
      - Hilfe in der Lösung der erlebten Probleme
      - Reduzierung der Trinkphase durch Krisenintervention
      - Verlängerung der Abstinenzphasen
      - ...
    - Abklärung über
      - Möglichkeiten der Abstinenzfähigkeit
      - Klärung der Beschäftigungsfähigkeit
      - Erfolgsaussichten einer klinischen/ambulanten Behandlung
  - d. Die Durchführung und die Nachvollziehbarkeit wird vereinbart
  - e. Die Kooperation im Netzwerk wird mit dem Beschäftigten vereinbart und durch Schweigepflichtsentbindung bestätigt.
6. Wird der Beschäftigte weiterhin als Krisenhaft erlebt, bespricht sich das Team über weitere Schritte im Sinne der Vereinbarung. In die Teambesprechung werden die Mitarbeiter des Netzwerkes eingeladen, die mit dem Beschäftigten in dem Rahmen der Vereinbarung bisher zu tun hatten.
- a. Punkt 5 kann sich hier im Sinne des Betreuungsauftrages einer WfbM wiederholen.
  - b. Der in 2 beauftragte Mitarbeiter zieht weitere Mitarbeiter des Netzwerkes hinzu.
  - c. vereinbart mit dem Beschäftigten Schritt drei
    - Weitere Behandlungsangebote
    - Veränderungen am Arbeitsplatz
    - Verlegung in eine Einrichtung für CMA
7. Sinn und Zweck des Ablaufs ist die Einbindung des suchtmittelabhängigen Beschäftigten in ein in sich strukturiertes System, dass sich miteinander abspricht und den Betroffenen einbezieht und sich nicht von seinem pathogenen System beeinflussen lässt.

### ***Praxisbeispiel für einen Maßnahmenkatalog bei auffälligem Alkoholkonsum geistig behinderter Bewohner/innen, Hoffnungstaler Anstalten Lobetal***

Der Maßnahmenkatalog ist als unterstützende Handlungsrichtlinie zu verstehen, der Mitarbeiter/innen Sicherheit bieten soll im Umgang mit Bewohner/innen mit auffälligem Alkoholkonsum.



**1.Schritt:**

Wurde ein auffälliges Trinkverhalten bei einem Bewohner/ einer Bewohnerin festgestellt ist zuerst im Team einvernehmlich festzulegen, wie mit der Situation umgegangen werden soll (bei WfbM-Beschäftigten auch den zuständigen WfbM-Betreuer hinzuziehen).

Wichtig hierbei ist es festzustellen, welche Auswirkungen

- a. bewohnerbezogen,
- b. wohngruppenbezogen und
- c. mitarbeiterbezogen

durch das auffällige Trinkverhalten der BewohnerInnen von allen Teammitgliedern beobachtet werden.

Die vorherige Abstimmung im Team ist dringend erforderlich, um zu vermeiden, dass dem Bewohner/ der Bewohnerin gegenüber widersprüchliche Botschaften gesendet werden.

Besteht der begründete Verdacht, dass es sich um eine beginnende oder manifeste Abhängigkeit handelt (Trinkzwang, Entzugssymptomatik), sollte von Anfang an ein Arzt eingeschaltet werden.

Erst nachdem diese Klärung erfolgt ist, sollte das Gespräch mit dem Bewohner/ der Bewohnerin gesucht werden.

**2.Schritt:**

Der/die BezugsbetreuerIn führt ein Gespräch mit dem/ der betroffenen BewohnerIn. Bei Bedarf ist ein Mitarbeiter der AG Sucht des Behindertenbereiches und/oder der Suchtberatungsstelle hinzuzuziehen. Das Gespräch soll vorwurfsfrei, in vertrauensvoller Atmosphäre geführt werden. Im Gespräch werden die Gründe für das auffällige Trinkverhalten hinterfragt, gleichzeitig sollte auf die Risiken und negativen sozialen Folgen des kritischen Alkoholkonsums hingewiesen werden.

Hat der Bewohner/ die Bewohnerin einen gerichtlich bestellten Betreuer, können dieser, Verwandte, die regelmäßigen Kontakt pflegen, oder auch sonstige Vertrauenspersonen (auch u.U. Mitbewohner) zu diesem Gespräch hinzugezogen werden.

Am Ende des Gespräches sollte eine Vereinbarung zwischen dem Bewohner und dem Team abgeschlossen werden, die Schritte in einem definierten Zeitraum festlegt, die zu einer positiven Veränderung der auslösenden Situation führen.

Abhängig vom definierten Zeitraum wird ein Reflektionsgespräch terminiert.

**3.Schritt:**

Das zweite Gespräch sollte mit den gleichen Teilnehmern geführt werden wie das erste.

Ist eine positive Veränderung zu verzeichnen, ist diese besonders hervorzuheben, um ein Erfolgserlebnis für den/ die betreffende/n BewohnerIn zu schaffen, um die positive Veränderung zu stabilisieren.

Kam es zu keiner positiven Veränderung, wird im zweiten Gespräch festgelegt, welche eventuell auch einschränkende Maßnahmen (Barbetragsregelung, Einkaufsregelung) ergriffen werden, um den kritischen Alkoholkonsum abzuwenden. Hierbei ist die Anwesenheit des gerichtlich bestellten Betreuers dringend erforderlich.

Bei negativen Auswirkungen auf das Zusammenleben in der Wohngruppe, sollte die Bewohnervertretung hinzugezogen werden.

Abschluss einer weiteren Arbeitsvereinbarung in einem festgelegten Zeitrahmen mit der Zielsetzung, weitere Maßnahmen, wie Klinikeinweisung zwecks Entgiftungs- und/oder Entwöhnungsbehandlung zu verhindern.

**4.Schritt:**

Bei positiver Veränderung wie Schritt 3.

Bei keiner positiven Veränderung, oder Verschlechterung der Situation zusammen mit dem Betreuer über den behandelnden Arzt eine Klinikeinweisung erwirken.



## 5. Schritt:

Nach erfolgter Klinikbehandlung ist ein Rückfallkonzept zu erarbeiten, das eine wiederholte Einweisung beinhaltet, oder die Kündigung des Heimvertrages in Aussicht stellt, sollte der/die Bewohner/Bewohnerin sich allen Hilfsangeboten entziehen.

Eventuell Verlegung in eine adäquatere Betreuungsform (CMA-Einrichtung)

Prüfung: Was steht im Vordergrund? Abhängigkeit oder geistige Behinderung

### **Handlungsablauf bei auffälligem Alkoholkonsum von Beschäftigten in den Hoffnungstaler Werkstätten:**

Ergänzend zu den im Vorfeld genannten Maßnahmen gilt in der Hoffnungstaler Werkstätten gGmbH, dass Beschäftigte die im Sinne der Werkstattordnung infolge Alkoholgenusses oder anderer berauschender Mittel nicht mehr in der Lage sind, ihre Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, nach Hause geschickt werden. Ist dies nicht möglich werden sie nicht mehr mit Arbeit beschäftigt. Jeder Beschäftigte wird in Zusammenhang mit den regelmäßigen Arbeitsschutzbelehrungen über das Alkoholverbot am Arbeitsplatz belehrt.

Folgender **Handlungsablauf** ist von den Fachkräften für Arbeits- und Berufsförderung bei auffällig gewordenen Beschäftigten einzuhalten:

- schnellstmögliches Gespräch mit dem/der Beschäftigten und Information über mögliche Folgen, Ziel ist es, eine Vereinbarung zu treffen
- Kontaktaufnahme zum Wohnbereich, zu Angehörigen oder/ und zu gesetzlichen Betreuern

Bei Wiederholung sind mit der/dem Beschäftigten, dem Wohnbereich bzw. Angehörigen oder/und gesetzlichen Betreuern konkrete Festlegungen zu treffen:

- die/der Beschäftigte wird nach Hause geschickt
- Heimfahrtregelung mit Kostenübernahme durch den Beschäftigten
- die/der Beschäftigte erhält einen Fehltag

Mögliche andere Konsequenzen können sein:

- Arbeitsplatzwechsel
- Ruhendes Arbeitsverhältnis
- Entgeltanpassung wegen verminderter Leistung
- Kündigung des Werkstattvertrages