



# Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung: Stand der Forschung, Angebote und Herausforderungen für Hilfesysteme und Prävention

## Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s11553-022-00987-5>) enthalten.

**Bei Menschen mit geistiger Behinderung<sup>1</sup> wurden ein (problematischer) Substanzkonsum und Suchtverhalten lange nicht als Gegenstand der Gesundheitswissenschaften und Prävention betrachtet. Mittlerweile gewinnt die Thematik bei Menschen mit Behinderung laut nationalen [1, 6, 21,**

**25] und internationalen Studien [8, 34, 36] in Forschung, Prävention und Hilfesystemen immer mehr an Bedeutung.**

Seit der Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) und dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat sich im Zuge der zunehmenden Inklusion und des Normalisierungsbestrebens die (Wohn-)Situation von Menschen mit (geistiger) Behinderung von den Sondersystemen der Eingliederungshilfe zu mehr eigenverantwortlichem Leben (eigenes Zuhause) verändert [4, 32]. Durch den Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe und den Anspruch auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben entfällt zunehmend der durch Werkstätten oder betreute Wohneinrichtungen gebotene behütete Rahmen [1, 21, 24]. Inklusive Lebenswelten ermöglichen einen selbstbestimmten Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln für Menschen mit geistiger Behinderung [25]. Dies erfordert allerdings in den Hilfesystemen (Behinderten- und Suchthilfe) sowohl fachlich-methodisches Wissen für geeignete Präventionsmaßnahmen als auch ausreichende Ressourcen für Hilfeangebote bei problematischem Konsum sowie etablierte und funktionierende Netzwerke [1, 6, 21, 25].

Ziel des Beitrags ist es, 1) einen Überblick über den Forschungsstand

zum Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung und 2) den damit verbundenen Herausforderungen für die Klient\*innen sowie für die Hilfesysteme (insbesondere die Behinderten- und Suchthilfe) zu geben. Zudem werden 3) Anforderungen und Aufgaben für die Hilfesysteme abgeleitet und 4) Möglichkeiten zum Erheben des Substanzkonsums (mit bestehenden Screeninginstrumenten) gegeben. Der Beitrag mündet in 5) der Darstellung von Präventionsprogrammen im nationalen und internationalen Raum, die Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung und weitere Adressat\*innen in der Sucht- und Behindertenhilfe bereitstellen (z. B. Fachkräfte, Betreuungspersonen).

<sup>1</sup> „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Artikel 1 Absatz 2 UN-BRK) [2].

Gemäß der „American Association on Intellectual and Developmental Disabilities“ ist eine geistige Behinderung „eine substanzielle Einschränkung kognitiver und sozialer Fähigkeiten mit Manifestation im Kindesalter. Mit ihr verbunden sind eine bleibende eingeschränkte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen, ein vermindertes Lernvermögen sowie eine eingeschränkte Selbstständigkeit“ [5].

Katharina Rathmann und Stephanie Karg teilen sich die Erstautorenschaft und haben zu gleichen Teilen zu dem Manuskript beigetragen.

**Tab. 1** Merkmale eines Abhängigkeits-syndroms nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

Abhängigkeitssyndrom
Starker bzw. übermächtiger Wunsch, psychoaktive Substanzen zu konsumieren
Verminderte Kontrollfähigkeit
Toleranzerhöhung
Körperliches Entzugssyndrom
Vernachlässigung von Interessen und anderer Vergnügungen
Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen
Quelle: Eigene Darstellung nach [12]

**Tab. 2** Studienergebnisse zu Häufigkeiten des Substanzkonsums bei Menschen mit geistiger Behinderung

Substanz	Menschen mit geistiger Behinderung		Allgemeinbevölkerung
	Geschätzte Häufigkeit eines problematischen Konsums in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Deutschland (in %; [21])	Lebenszeitprävalenzen aus internationalen Studien (in %) (unterschiedliche Behinderungsgrade) [36]	Lebenszeitprävalenzen aus Studien, die sich auf Deutschland beziehen (in %; [11])
Nikotin	32,5	Von 2,0–98,4	61,3 (18–25 Jahre)
Alkohol	15,7	Von 2,5–97,3	95,5 (18–25 Jahre) 96,4 (18–64 Jahre)
Cannabis	5,3	Bis zu 59,6	40,5 (18–25 Jahre) 31,9 (18–59 Jahre)

Quelle: Eigene Darstellung

## Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung

Substanzkonsum beschreibt den Konsum von psychoaktiven Substanzen wie Tabak, Alkohol und Cannabis. Sucht<sup>2</sup> steht als synonyme Bezeichnung für eine Abhängigkeit von einer Substanz oder einem Verhalten. Das Klassifikationssystem ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der WHO verwendet den Begriff des Abhängigkeitssyndroms. „Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden“ [12]. **Tab. 1** stellt die Merkmale eines Abhängigkeitssyndroms dar. Es müssen mindestens 3 Kriterien über einen Zeitraum von 12 Monaten erfüllt sein, um ein Abhängigkeitssyndrom zu diagnostizieren [12].

Repräsentative Erhebungen zum Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung liegen bisher nicht vor. Es gibt jedoch in Deutschland bundesländerspezifische Erhebungen aus den letzten 20 Jahren zu diesem Thema (Anhang: Tabelle Online-Anhang A1) sowie inter-

ationale Studienergebnisse [8, 34, 36]. Die Erhebungen verdeutlichen, dass problematischer Konsum von psychoaktiven Substanzen sowie Suchtprobleme auch bei Menschen mit geistiger Behinderung auftreten und für die Zielgruppe von Bedeutung sind (**Tab. 2**). Dabei spielen der Tabak- und Alkoholkonsum eine bedeutende Rolle im Vergleich zu Cannabis oder anderen illegalen Substanzen [21, 30].

Laut Studienergebnissen wird deutlich, dass die Prävalenzen von Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr heterogen ausfallen (**Tab. 2**). Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung und einer schwereren geistigen Behinderung. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass es zwar eine geringere Prävalenz des Alkohol- und Drogenkonsums bei Menschen mit geistiger Behinderung gibt, jedoch ein erhöhtes Risiko dafür, eine Abhängigkeit bei der Einnahme dieser psychoaktiven Substanzen zu entwickeln [10, 36]. In Bezug auf den Konsum von Tabak werden kaum Unterschiede zwischen der Allgemeinbevölkerung und Menschen mit geistiger Behinderung festgestellt [8]. Der Konsum von Alkohol fällt etwas geringer aus im Vergleich zu dem der Allgemeinbevölkerung, ist aber die bedeutendste Substanz, die konsumiert wird [36].

Die Ergebnisse bisheriger internationaler Studien zeigen, dass Menschen mit leichten intellektuellen Einschränkungen sowie konsumierende Kinder und Jugendlichen (11 bis 21 Jahren) mit geistiger Behinderung ein höheres Risiko für Substanzgebrauchsstörungen aufweisen als Menschen mit mittlerer bis schwe-

rer geistigen Behinderung bzw. Jugendliche ohne Behinderung [36]. Ungefähr 5 % der Menschen mit geistiger Behinderung weisen eine Substanzgebrauchsstörung auf [8]. Eine Annahme ist, dass Personen mit einer sehr leichten bzw. leichten kognitiven Einschränkung und/oder einem fortgeschrittenen sozioemotionalen Entwicklungsstand eher körperlich und finanziell unabhängig sind und einen leichteren Zugang zu psychoaktiven Substanzen haben. Hingegen scheinen Menschen mit einer stärkeren kognitiven Einschränkung einen erschwerten Zugang zu haben, was u. a. aus der Wohnform in stationären Einrichtungen resultieren könnte [8].

## Herausforderungen durch (problematischen) Substanzkonsum für Klient\*innen und Hilfesysteme

Für die Entwicklung eines problematischen Konsums von psychoaktiven Substanzen können bei Klient\*innen (insbesondere mit einer leichten geistigen Behinderung) verschiedene persönliche und soziale Einflussfaktoren verantwortlich sein. Als Hauptursachen für Frustration, die zum Substanzkonsum führen kann, werden folgende Faktoren angesehen [1, 7, 29]:

- soziale Ausgrenzung aus der Gesellschaft,
- fehlende Anerkennung und soziale Kontakte,
- Unveränderlichkeit des kognitiven Zustands
- begrenzte Aussichten auf normale Lebensziele wie bei Menschen ohne Behinderung (z. B. eigenes Auto, eigenes Haus, Familie, Karriere).

<sup>2</sup> Es kann zwischen substanzgebundenen (entspricht stoffgebunden) und substanzungebundenen (entspricht stoffungebundenen) Süchten unterschieden werden. Substanzgebundene Süchte beinhalten den Konsum psychoaktiver Substanzen, während substanzungebundene Süchte Verhalten umfassen, welche das Suchtgeschehen verursacht [22]. Der Fokus dieses Beitrags liegt auf dem Substanzkonsum und den substanzgebundenen Süchten.

K. Rathmann · S. Karg · M. Schierenbeck · L. M. Kogel

## Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung: Stand der Forschung, Angebote und Herausforderungen für Hilfesysteme und Prävention

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Studien weisen darauf hin, dass der Konsum von stoffgebundenen Substanzen (insbesondere Alkohol und Tabak) von Menschen mit geistiger Behinderung mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbar ist. Dies kann durch Maßnahmen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und den zunehmenden Bestrebungen der Inklusion, Dezentralisierung, Selbstbestimmung und des Normalisierungsprinzips begründet werden. **Methoden.** Auf Grundlage bisheriger Reviews, Studien und Projekte zum Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung wird ein Überblick über den nationalen und internationalen Forschungsstand zum Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung gegeben. Zudem sind die Herausforderungen des Substanzkonsums für die Klient\*innen und die Hilfesysteme

der Sucht- und Behindertenhilfe mit ihren Anforderungen und Aufgaben aufgezeigt. Dabei werden Screeninginstrumente und bisherige Präventionsangebote und -programme dargestellt.

**Ergebnisse.** Repräsentative Studienergebnisse sind bislang rar. Die angegebenen Häufigkeiten zum Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum variieren. Es gibt verhaltens- und verhältnisorientierte Präventionsprogramme für unterschiedliche Zielgruppen. Herausforderungen für die Hilfesysteme ergeben sich z. B. durch Koabhängigkeit und dem Spannungsverhältnis von Selbst- und Fremdbestimmung. An Präventionsansätze sind besondere Anforderungen zu stellen, wie z. B. Lebensweltbezug, zielgruppengerechte Materialien und Methoden sowie wieder-

holende Elemente und die Einbindung des sozialen Umfelds.

**Schlussfolgerung.** Im Rahmen der zunehmenden Inklusion sollte dem Thema Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung stärker Beachtung in Forschung und Praxis geschenkt werden. Für die Prävention von Substanzkonsum sind verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen mit aktivierenden Einheiten und zielgruppenspezifische Materialien und Medien, eine stärkere Vernetzung der Hilfesysteme sowie die stärkere Berücksichtigung von (kommunalen) Präventionsketten notwendig.

### Schlüsselwörter

Intellektuelle Beeinträchtigung · Substanzkonsum · Prävention · Sucht- und Behindertenhilfe · Screening

## Substance use among people with intellectual disability: state of the art, prevention programs and challenges for helping systems and prevention

### Abstract

**Background.** Studies indicate that substance use (especially alcohol and tobacco) among people with intellectual disabilities is comparable to the general population. This development is related to the Convention of the United Nations on the rights of persons with disabilities and the increasing efforts of inclusion, decentralization, self-determination and the principle of normalization. **Methods.** Based on previous reviews, studies and projects on substance use among people with intellectual disabilities, an overview of the national and international state of research on substance use among people with intellectual disabilities is given and the challenges of substance use for the clients and the support systems of addiction and disability services with their requirements

and tasks are shown. Screening possibilities and previous prevention interventions and programs are presented.

**Results.** Representative study results are rare, so far. The frequencies of alcohol, tobacco and cannabis consumption vary for this population group. There are behavioral and relationship-oriented prevention programs for different target groups. Challenges for the help systems arise, for example, from co-dependency and the tense relationship between self-determination and external determination. Prevention approaches require special requirements, e.g., real life relevance, target-group-oriented materials and methods, and recreational elements as well as initiatives that address the social context.

**Conclusion.** In the context of increasing inclusion, the topic of substance use among people with intellectual disabilities should be given more attention in research and practice. For the prevention of substance use, behavioral and relationship-oriented measures with activating elements and target group-specific materials and media, stronger networking of the help systems and greater consideration of (municipal) prevention chains are necessary.

### Keywords

Cognitive disability · Substance use · Prevention · Addiction services and facility for people with disability · Screening

Durch den Substanzkonsum wird der Versuch unternommen, das Gefühl des „Dazugehörens“ zur „normalen“ Bevölkerung herzustellen [1, 18, 24, 28]. Ein erster Substanzkonsum erfolgt häufig bereits im Jugendalter. Die Präsenz von gleichaltrigen Peers und der Konsum innerhalb des Freundeskreises kann diesen hervorrufen oder verstärken. Damit er-

folgt die Anpassung an Gruppennormen und die Orientierung an z. T. negativen Vorbildern. Ein Mangel an Problemlösungsstrategien und die Fähigkeit, diese zu entwickeln, sowie der Wunsch nach Selbstbestimmung und Widerstand gegen Fremdbestimmung durch Hilfe- und Unterstützungssysteme werden als weitere Bedingungsfaktoren des Substanz-

konsums gesehen [7, 28, 29]. Als Risikofaktoren werden für den Substanzkonsum zudem ein niedriger sozioökonomischer Status, schlechte Lebensbedingungen, mangelnde Tagesaktivitäten bzw. tagesstrukturierende Maßnahmen, persönliche Schwierigkeiten sowie der Mangel an Wissen über den Substanzkonsum in Verbindung gebracht [36].

**Tab. 3** Leitideen der Behinderten- und Suchthilfe

Behindertenhilfe	Suchthilfe
Normalisierung	Teilhabe und Eingliederung/Integration
Selbstbestimmung	Personen- und Sozialraumorientierung
Inklusion	Ambulantisierung
Partizipation und Teilhabe	Selbstbestimmung
Empowerment	Empowerment
Personen- und Sozialraumorientierung	

Quelle: Eigene Darstellung nach [6]

Neben persönlichen und sozialen Einflussfaktoren hat die Betreuungsform von Menschen mit geistiger Behinderung einen Einfluss auf den Substanzkonsum. Im ambulant betreuten Wohnen und in Werkstätten zeigen sich die häufigsten Probleme durch Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit; in Tagesförderstätten sind diese am geringsten [21]. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass mit abnehmender Betreuungsintensität und der eher leichteren geistigen Behinderung das Risiko für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit steigt. Zusätzlich werden weniger Freizeitaktivitäten vorgegeben, sodass vermehrt auf den Konsum von Substanzmittel als Freizeitgestaltung zurückgegriffen wird. Im betreuten Einzelwohnen kommt Isolation und Einsamkeit noch verstärkend hinzu [17, 21, 29].

In Bezug auf die gesundheitliche Lage weisen Menschen mit geistiger Behinderung insgesamt ein erhöhtes Gesundheitsrisiko, häufigere Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten sowie psychische Störungen auf und leben häufiger mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen – sog. Ko- und Multimorbiditäten – als Menschen ohne Behinderung. Die Erkrankungsmuster können sich unterschiedlich äußern und mit der Ursache der Behinderung zusammenhängen [27]. Bei gleichzeitiger Einnahme von (verschriebenen) Medikamenten und Substanzkonsum kann sich die Wirkung der Medikamente dahingehend verändern, dass es zu einer (dauerhaften) gesundheitlichen Schädigung kommt [14, 15, 20]. Daher besteht

eine besondere Gefährdung durch den Substanzkonsum für Menschen mit geistiger Behinderung, die Medikamente einnehmen müssen, verglichen mit Menschen ohne Behinderung bzw. ohne Medikation.

Als Folgen des Substanzkonsums werden bei Menschen mit geistiger Behinderung

- körperliche (z. B. Konzentrationsstörungen, Unruhe, übermäßiges Schwitzen, Gleichgewichtsstörungen),
- psychische (z. B. vermindertes Selbstwertgefühl, Stress),
- soziale und rechtliche (z. B. soziale Isolation, Aggressivität und Gewalt) sowie
- finanzielle Probleme (z. B. hohe Ausgaben aufgrund des Konsums) genannt [28, 33].

Neben Herausforderungen für die Klient\*innen ergeben sich auch Herausforderungen aufgrund eines problematischen Substanzkonsums und Sucht für die Behinderten- und Suchthilfe. Die Systeme der Behinderten- und Suchthilfe erlebten gleichermaßen grundlegende Veränderungen im Umgang mit von Substanzmissbrauch und Sucht betroffenen Personen. Der Wandel der Perspektiven und des normativen Rahmens beider Hilfesysteme wird als Paradigmenwechsel verstanden. Dabei zeigt sich, dass sich die geltenden Leitprinzipien der Behinderten- sowie der Suchthilfe als weitestgehend kompatibel erweisen (■ Tab. 3), obwohl die Hilfesysteme selten vernetzt und ihre Tätigkeiten wenig aufeinander bezogen sind [6].

Allerdings ist nicht außer Acht zu lassen, dass die Prinzipien der modernen Behindertenarbeit, insbesondere mit Fokus auf Normalisierung und Selbstbestimmung, eine paradoxe Wirkung entfalten können. Während die zuvor geltende „Fürsorge“ nicht mehr zeitgemäß ist und einer Überbehütung und Fremdbestimmung gleichgesetzt wird, gehen die geltenden Prinzipien mit mehr (gewollten) Freiheiten und der Entwicklung von Selbstverantwortung bei Menschen mit geistiger Behinderung bzw. einer Befähigung für eigenverantwortliches Handeln durch das Fachpersonal

einher [21, 31]. Inklusive Lebenswelten beinhalten einen selbstbestimmten Konsum von Genuss- und Substanzmitteln, die unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine Suchtgefährdung erhöhen können [21, 26, 29]. Daraus folgt das Ausbalancieren eines Spannungsverhältnisses von Selbstbestimmung und ihrer Grenzen zum Schutz der Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung [14]. Praxisorientierte Handlungskonzepte der Behindertenhilfe vernachlässigen allerdings oftmals die Auseinandersetzung mit den Grenzen von Inklusion, Teilhabe und Selbstbestimmung, sodass Entscheidungen in Verantwortungsfragen individuell gehandhabt werden [26]. Der Umgang mit (problematischem) Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung bedarf einer personenzentriert und ressourcenorientiert ausgerichteten Begleitung statt einer überholten defizitorientierten Betreuung und Fürsorge [18, 21].

Konsequenzen durch den Substanzkonsum beziehen sich zwar primär auf die Klient\*innen selbst (körperlich, psychisch, sozial, beruflich, ökonomisch), jedoch sind Herausforderungen für das Fachpersonal und die Mitmenschen in Wohn- und Werkstätten nicht zu unterschätzen. Für das Fachpersonal zeigt sich bspw. ein erhöhter Betreuungsbedarf mit Mehraufwand und der Gefahr von Vernachlässigung anderer Aufgaben und Klient\*innen, inklusive des Spannungsverhältnisses zwischen „Fürsorge“ und Unterstützung zur Selbstbestimmung [21].

Auch ein sog. koabhängiges Verhalten<sup>3</sup> des betreuenden Fachpersonals in Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie des sozialen Umfelds stellt eine weitere Herausforderung von pro-

<sup>3</sup> „Verhaltensmuster, die Suchtverhalten nahestehender Personen begünstigen“ [22]. Koabhängigkeit impliziert, dass eine Sucht(gefahr) durch das Verhalten von nahestehenden Personen oder Institutionen bestehen bleibt (z. B. Aufgaben der Betroffenen übernehmen, Konsum kontrollieren, rationieren und finanzieren). Aus diesem Grund müssen systemische Aspekte des Umfelds bei Menschen mit Suchtverhalten beachtet, analysiert und in die präventiven Ansätze einbezogen werden [22].

**Tab. 4** Anforderungen an und Aufgaben für die Behinderten- und Suchthilfe

Behindertenhilfe	Suchthilfe
Begleitung statt Betreuung zur Gewährleistung der Selbstbestimmung [29]	Sozialraumbezug und wohnortnahe Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung [26]
Unterstützungsmöglichkeiten von Peers als Multiplikator*innen im Umgang mit Informationsvermittlung und Beratungsangeboten [1]	Anpassung von Strukturmerkmalen der Suchthilfe und Suchtberatung an die Bedürfnisse der Klient*innen (hin zu einem niedrigschwelligem, praxisnahem und klient*innenorientiertem Angebot) [29]
Suchtprävention und Maßnahmen der Gesundheitsförderung umsetzen [6]	Berücksichtigung des Diversitätsansatzes und Umsetzung individueller Angebote [1, 6]
Vorbildfunktion wahrnehmen [29]	Abbau von Mobilitätsproblemen und baulichen Barrieren in der Suchthilfe [1]
<b>Beide Hilfesysteme</b>	
Zielgruppenadäquate Informationen und Materialien verwenden, u. a. in Leichter Sprache [1, 28]	
Aufbau langfristiger persönlicher Beziehungen zu den Klient*innen [29]	
Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals beider Hilfesysteme zur Sensibilisierung für das Thema, möglicher Wechselwirkungen mit Medikamenten, Vorbildfunktion, koabhängiges Verhalten [29]	
Schulung der Klient*innen zu Multiplikator*innen (Peer-to-peer-Ansatz)	
Bündelung von Ressourcen und Kompetenzen der beiden Hilfesysteme in gemeinsame Konzepte zur Prävention, Weiterbildung etc. – im Sinne der Vernetzung von Know-how und Kompetenzen [6]	
Kooperation und Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe (z. B. gegenseitige Hospitationen, gegenseitiger Team-Support durch Fallbesprechungen, gemeinsame Fortbildungen; [1, 6, 21, 25])	

Quelle: Eigene Darstellung

blematischem Substanzkonsum für die Hilfesysteme dar. Aufgrund fehlender Konfrontation bzw. Intervention unterstützt und stabilisiert eine koabhängige Person den Substanzkonsum bzw. das Abhängigkeitsverhalten und den Krankheitsverlauf der Klient\*innen [23]. Hier bedarf es besonderer Aufmerksamkeit beider Hilfesysteme sowie die Selbstreflexion hinsichtlich der Motivation für eine Verhaltensänderung bei Klient\*innen mit problematischem Konsum.

Aufgrund des Paradigmenwechsels, gestützt durch die UN-BRK und das BTHG, müssen die sich ergebenden Herausforderungen, Chancen und Aufgaben beider Hilfesysteme im Umgang mit Klient\*innen neu bedacht werden.

### Umgang mit Substanzkonsum: Anforderungen und Aufgaben der Hilfesysteme

Ein (problematischer) Substanzkonsum oder eine Sucht von Menschen mit geistiger Behinderung führen aufgrund der besonderen Bedarfe der Klientel, wie z. B.

eingeschränkter Selbstreflexion, zu spezifischen Anforderungen an die Hilfesysteme, wie Begleitung und Strukturierung des Alltags der Klient\*innen. Folgende Anforderungen zum Umgang mit Substanzkonsum (■ Tab. 4) lassen sich an die Behinderten- und Suchthilfe adressieren:

Anhand der Anforderungen lassen sich explizite Aufgaben für die Hilfesysteme ableiten:

- das Verhalten und die Folgen des Substanzkonsums den Klient\*innen spiegeln, um Veränderungsbereitschaft zu entwickeln statt zu strafen oder zu sanktionieren [3],
- „nudging“: Anstoßen von Verhaltensänderungen ohne bevormundend und moralisierend zu wirken [1],
- Stärkung der Schutzfaktoren der Klient\*innen und Förderung von Kompetenzen [18],
- Unterstützung bei der Problembewältigung durch alternative Handlungsmöglichkeiten anstelle des Substanzkonsums geben [18, 29],
- Aufklärung und Beratung (Wissensvermittlung, Handlungsalternativen aufzeigen, Reflexion des eigenen Verhaltens anregen, Problemlösestra-

tegien aufzeigen, Sinnesschärfung) abhängig vom Grad der Behinderung und des sozioemotionalen Entwicklungsstandes der Klient\*innen [24],

- Weiterbildung des Fachpersonals [1, 21, 29].

Insgesamt verdeutlichen die Ausführungen zum Umgang mit Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung, dass es bedarfsgerechte, niedrigschwellige Unterstützungs- und Hilfsangebote (Schulung, Prävention, Beratung, Therapie) in der Behinderten- und Suchthilfe braucht, die Menschen mit geistiger Behinderung a) beraten, b) aufklären, c) zu Abstinenz oder kontrolliertem Konsum motivieren und bei einem Suchtproblem d) in ambulante oder teilstationäre Therapie begleiten und e) im Rahmen der Nachsorge auch nachbetreuen [16]. Daneben braucht es auch ein umfassendes Schulungs- und Vernetzungsangebot für Fachkräfte der Hilfesysteme.

### Erfassung und Screening des Substanzkonsums bei Menschen mit geistiger Behinderung

Da ein (problematischer) Substanzkonsum alle Akteure der Behindertenhilfe und das private Umfeld betreffen kann, erfordert es eine genaue Betrachtung des individuellen Verhaltens bzw. des (problematischen) Substanzkonsums. Um herauszufinden, ob und wie häufig Klient\*innen psychoaktive Substanzen konsumieren, liegen mittlerweile unterschiedliche Instrumente zum Screening – insbesondere aus den Niederlanden – vor (■ Tab. 5). Die vier dargestellten Screeninginstrumente und -methoden haben das Ziel, einen (problematischen) Substanzkonsum zu erkennen und entsprechende Präventionsmaßnahmen einzuleiten.

Das Screeninginstrument *SumID-Q* („Substance Use & Misuse in Intellectual Disability Questionnaire“) wurde in den Niederlanden als Interviewfragebogen zur Erfassung des Substanzkonsums mit Risikofaktoren und Auswirkungen bei Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt und erprobt ([34]; ■ Tab. 6).

## Übersicht

**Tab. 5** Screeninginstrumente zur Erfassung des Substanzkonsums bei Menschen mit geistiger Behinderung

<b>SumID-Q: Substance Use &amp; Misuse in Intellectual Disability Questionnaire [34]</b>	<i>Interviewgespräch mit Fragebogen für Klient*innen:</i> (1) Erfassung der Bekanntheit, Terminologie und Einstellung zu Substanzen mittels Bilder/Piktogramme, (2) Berichte über Substanzkonsum von Personen aus dem persönlichen Umfeld, (3) Berichte über eigenen Substanzkonsum der Klient*innen, (4) Erfassung des Konsummusters (Menge, Häufigkeit, Umstände), Wiederholung für weitere Substanzen
<b>Ampelmodell [19, 35]</b>	<i>Bewertung des Substanzkonsums von Klient*innen durch Betreuungs-/ Bezugspersonen:</i> (1) Bewertung nach Schulung mittels Farbcodes (grün-orange-rot), (2) Ableitung entsprechender selektiver/indizierter Maßnahmen und Hilfsangebote bzw. Suchtbehandlung
<b>3-Ebenen-Diagnostik [7]</b>	<i>Problemanalyse des Substanzkonsums durch Betreuungs-/Bezugspersonen:</i> (1) Diagnostik anhand der DSM-IV-Kriterien mittels Beobachtung und Dokumentation des Konsums (Zeit, Menge, Muster), (2) Feststellung der Konsumfolgen für Klient*innen und soziales Umfeld sowie ggf. Veränderungsnotwendigkeit, (3) Ermittlung des Betreuungsbedarfs durch psychiatrische Komorbiditäten, Störungen der Ich-Funktion und Coping-Strategien
<b>RAR: Rapid Assessment and Response [28]</b>	<i>Sozialwissenschaftlicher Ansatz zur Erfassung des Substanzkonsums bei Menschen mit Behinderung aus verschiedenen Perspektiven (geeignet für die Forschung); abhängig von Kontext/Rahmenbedingungen variabel einsetzbar:</i> Methodenmix qualitativer Forschung (Interviews, Fokusgruppen, Observation oder Schätztechniken) und Perspektivenmix verschiedener Professionen, z. B. Fachpersonal in Wohneinrichtungen, WfbM oder (Förder)schulen und Soziale Arbeit, Jugend- oder Suchthilfe

Quelle: Eigene Darstellung

WfbM Werkstatt für Menschen mit Behinderung

**Tab. 6** Screeningprozess des Instruments SumID-Q („Substance Use & Misuse in Intellectual Disability Questionnaire“)

Schritte	Beschreibung
Vor Schritt 1	Gute Arbeitsatmosphäre herstellen, offene und einfühlsame Diskussionsweise
Schritt 1	<i>Über Substanzen sprechen:</i> Erhebung der Vertrautheit des/der Klient*in mit Substanzen und Terminologie (Verwendung von Bildern/Piktogrammen), Erhebung des Wissens des/der Klient*in über die Substanz, Erhebung der Einstellung des/der Klient*in zur Substanz
Schritt 2	<i>Über Konsum anderer Personen im Allgemeinen sprechen:</i> Besprechen z. B. des Substanzmittelkonsums einer anderen Person (Gleichaltrige, Mitarbeiter*innen, Familienmitglieder)
Schritt 3	<i>Schritt für Schritt über den Substanzmittelkonsum des/der Klient*in sprechen:</i> Fragen nach der Nutzung („Haben Sie ... jemals selber konsumiert?“)
Schritt 4	<i>Über den Konsum der Substanz und weiterer Substanzen sprechen:</i> Nutzungsmuster (Häufigkeit, Menge), Umstände (allein/mit anderen, zu Hause/anderswo), Auswirkungen (positiv/negativ), Wiederholung des Prozesses für weitere Substanzen

Quelle: Eigene Darstellung, übersetzt und angepasst nach [34]

Der zweite Bestandteil des SumID-Q-Screenings ist das *Ampelmodell*, das auch unabhängig durchgeführt werden kann. Ziel der Methode ist eine Einschätzung durch Bezugs- oder Betreuungspersonen über die Problematik bei Substanzkonsum sowie Ableitung zielgenauer Inter-

ventionen [19, 35]. Die *3-Ebenen-Diagnostik* ermöglicht ein Screening des Substanzkonsums unter Einbeziehung der Betreuungs- bzw. Bezugspersonen, die unter Berücksichtigung der drei Ebenen in der Kombination die Folgen und den

Betreuungsbedarf beeinflussen und eine adäquate Intervention erfordern [7].

Das Erhebungsverfahren „*rapid assessment and response*“ (RAR) bietet einen sozialwissenschaftlichen Ansatz zur Erfassung von Informationen aus verschiedenen Perspektiven mittels Methodenmix. Dadurch wird ein verlässliches Bild über die Hintergründe und Wahrnehmung der Problematik des Substanzkonsums generiert, sodass über Interventionen entschieden werden kann [28].

Bei allen Instrumenten sollte eine einfühlsame und nicht konfrontative Atmosphäre geschaffen werden, mit dem Ziel, ein offenes und ehrliches Gespräch zu führen. Befragte sollen sich trotz der ungewohnten Situation möglichst wohlfühlen und keine Angst vor „falschen“ Antworten haben. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Interviewer\*innen eine interessierte Haltung – ohne moralische oder wertende Beurteilung oder Bevormundung – zeigen [34].

## Übersicht zu Präventionsangeboten und -programmen

Die Förderung eines gesundheitsbewussten und reflektierten Umgangs mit Substanzmitteln ist als eigenständiges Arbeitsfeld der Prävention anzuerkennen [22]. Maßnahmen der Prävention setzen eine Orientierung an den Lebenswelten der Zielgruppe voraus und beeinflussen die Schutz- und Risikofaktoren von Menschen. Hierbei wird mit unterschiedlichen Ansätzen gleichermaßen eine Verhaltensänderung des Individuums als auch eine Verhältnisänderung der Strukturen in der Lebenswelt fokussiert. Der universelle Präventionsansatz richtet sich an die gesamte oder große (Teil-)Populationen, die noch nicht von einem (problematischen) Substanzkonsum betroffen sind. Im Gegensatz dazu interveniert der selektive Präventionsansatz bei Zielgruppen mit erhöhtem Risiko und wird im Falle von sicheren Risikofaktoren oder manifestierten Störungen bei Individuen oder Gruppen um indizierte Präventionsmaßnahmen erweitert (■ Tab. 7; [13]).

Die vorhandenen Präventionsmaßnahmen und Informationsmaterialien

**Tab. 7** Ansätze der Suchtprävention bei Menschen mit geistiger Behinderung**Suchtprävention als Beeinflussung der Risiko- und Schutzfaktoren von Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer Lebenswelten**

	Verhaltensprävention	Verhältnisprävention
<i>Universell</i>	Z. B. Informationsbroschüren in Leichter Sprache	Z. B. Besteuerung, Ladenöffnungszeiten, Werbeverbote
<i>Selektiv</i>	Z. B. Sensibilisierung durch zielgruppengerechte Maßnahmen und Programme in Einrichtungen der Behindertenhilfe (WfbM und Wohneinrichtungen)	Z. B. Qualifizierung von Mitarbeitenden in Einrichtungen der Behindertenhilfe hinsichtlich der Suchtthematik bei Menschen mit geistiger Behinderung
<i>Indiziert</i>	Z. B. Angebote für konsumauffällige Mitarbeitende und Bewohner*innen in Einrichtungen der Behindertenhilfe	Z. B. Regulierung von Konsum in Einrichtungen der Behindertenhilfe: keine Rauchecken, kein Verkauf von Alkohol und Tabakwaren in Kiosken auf dem Einrichtungsgelände, Verzicht aller Teilnehmenden auf Alkoholkonsum bei Feiernlichkeiten

Quelle: Eigene Darstellung

WfbM Werkstatt für Menschen mit Behinderung

**Tab. 8** Übersicht zu Präventionsprogrammen und -maßnahmen für Menschen mit geistiger Behinderung im internationalen und nationalen Raum

Programm/Quelle	Substanz	Ziel/Zielgruppe	Präventionsansatz	Thematik/Umsetzung
Aktionsberatung [1], [37]	Alkohol, Tabak, Cannabis	Verhaltens- und verhältnisorientierte Suchtprävention (Beratung)/K + F	U + S + I	Weiterbildung und Vernetzung von Behinderten- und Suchthilfe, Bereitstellung von Konzepten/Arbeitshilfen zur Prävention und Beratung bei Substanzkonsum
DIDAK [20]	Alkohol	Verhaltensorientierte Suchtprävention/K	U + S	Programm zur Sensibilisierung und Befähigung zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen und risikoarmem Umgang mit Substanzen bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung
Less Booze or Drugs (LBoD) [42]	Alkohol, weitere Drogen	Verhaltensorientierte Suchtprävention (Therapie)/K	I	Verhaltenstherapeutische Maßnahme mit dem Ziel, das Konsumverhalten zu reduzieren
PeP – Unterrichtsprogramm [38]	Alkohol, Tabak, Cannabis, Ernährung, Medien	Verhaltensorientierte (Sucht)prävention/K	S	Unterrichtsprogramm zur Förderung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen bei Schüler*innen mit einem besonderem Förderbedarf der Primär- und Sekundärstufe
Prävention inklusiv [46]	Alkohol, Tabak	Verhaltens- und verhältnisorientierte Suchtprävention/K + F	U + S	Workshops zur Förderung eines gesundheitsbewussten Substanzkonsums im Rahmen der institutionsspezifischen Verhältnisse
Sag NEIN [24]!	Alkohol, Tabak, Cannabis	Verhaltens- und verhältnisorientierte Suchtprävention/K	S	Schulprojektwoche zur Sensibilisierung von Substanzmittelkonsum bei Schüler*innen mit geistiger Behinderung an Förderschulen der Sekundärstufe
SKoL – Substanzmittelkompetenz Toolbox [44]	Alkohol, Tabak, Energy-Drinks	Verhaltensorientierte Suchtprävention/K + F	U + S	Partizipativ entwickelte hybride Toolbox mit analogen und digitalen Tools und Praxisleitfaden zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf Substanzmittel
Suchthilfe für Alle [39]	Alkohol	Verhaltensorientierte Suchtprävention/K	S	Workshop zur Sensibilisierung eines risikoarmen Konsums mittels praktischer Materialien: Alkoholkoffer
SUPi – Suchtprävention inklusiv [40]	Alkohol, Tabak	Verhaltens- und verhältnisorientierte Suchtprävention/K + F	U + S	Vernetzung von Behinderten- und Suchthilfe zur Etablierung von Präventions- und Selbsthilfeangeboten sowie Befähigung eines gesundheitsbewussten Umgangs mit Substanzen
Take it personal [45]	Alle Substanzen	Verhaltensorientierte Suchtprävention (Therapie)/K	I	Präventions- und Therapieprogramm zur Verringerung des generellen Konsumverhaltens und Vermittlung von Kompetenzen zur Verhinderung einer Substanzkonsumstörung mit spezifischem Material angepasst an Persönlichkeitsprofile
TANDEM [43]	Alle Substanzen	Verhaltens- und verhältnisorientierte Suchtprävention/K + F	S + I	Vernetzung von Behinderten- und Suchthilfe zur Etablierung umfassender Strukturen für Präventions- und Hilfsangebote bei problematischem Substanzkonsum (inklusive SumID-Q, Sag NEIN! und LBoD)

Quelle: eigene Darstellung. Quellenangaben [37–40, 42–46] in der Tabelle sind dem Online-Anhang (Anhang: Literatur Programme) zu entnehmen.

K Klient\*innen, d. h. Menschen mit Behinderung und/oder (problematischem) Substanzkonsum, F Fachpersonal der Behinderten- und/oder Suchthilfe, U Universeller Präventionsansatz, S Selektiver Präventionsansatz, I Indizierter Präventionsansatz, SumID-Q „Substance Use & Misuse in Intellectual Disability Questionnaire“, LBoD „Less Booze or Drugs“

für die Allgemeinbevölkerung sind im Kontext von Arbeits- und Freizeit- bzw. Wohnbereich nicht ohne Anpassung an die Bedarfe der Zielgruppe anwendbar. Um für einen gesundheitsbewussten Umgang mit Substanzmitteln zu sensibilisieren, wurden Modellprojekte und Präventionsprogramme entwickelt, die an die Bedarfe von Menschen mit geistiger Behinderung angepasst sind (■ Tab. 8). Dies beinhaltet didaktische und methodische Elemente, bspw. die Verwendung von Leichter Sprache, regelmäßigen Wiederholungen, Piktogrammen und Bildern, lebensnahen Zielen sowie die Darstellung realitätsnaher Lebenssituationen und Beispiele [6, 20, 29]. Zusätzlich wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS; [9]) eine Reihe entsprechender Informationsmaterialien zum Substanzkonsum in Leichter Sprache zur Verfügung gestellt.

Präventionsmaßnahmen sollten die Zielgruppe mit ihren Bedarfen und Rahmenbedingungen der jeweiligen Lebenswelten fokussieren, indem zielgruppenadäquate Elemente eingesetzt werden und Klient\*innen und das Fachpersonal dazu sensibilisiert werden. Zur gezielten Förderung von Schutzfaktoren und alternativen Verhaltensweisen bedarf es der Berücksichtigung der situativen Ausgangslage. Dafür ist es notwendig, dass Menschen mit geistiger Behinderung und Fachkräfte der Sucht- und Behindertenhilfe für die Problematik sensibilisiert und zu einem gesundheitsbewussten Umgang mit Substanzmitteln angemessen befähigt werden [24].

Daneben ist es wichtig, Angebote für Klient\*innen (Peer-to-peer-Ansatz) und zur Fort- und Weiterbildung sowie Schulungen von Fach-/Betreuungspersonal (Multiplikator\*innen-/Lots\*innenansatz) fortzuführen und nachhaltig zu implementieren (s. TANDEM). Langfristig bedarf es umfassender Konzepte zur Prävention von (problematischem) Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung und ihrem Umfeld, der Sensibilisierung und der Schulung von Klient\*innen und Fachpersonal. Diese Aufgabe ist gleichzeitig eine Chance für eine stärkere Zusammenarbeit von Sucht- und Behindertenhilfe, um personen- und sozialraumorientierte Ange-

bote in Netzwerken zu etablieren [1, 6, 21, 25].

Ein problematischer Substanzkonsum erfordert zudem eine Suchtberatung und Therapie, die ebenso an die individuellen sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten der Klient\*innen mit geistiger Behinderung angepasst werden müssen; mit zielgruppenadäquaten Elementen, die die Vernetzung und Schnittstellenproblematik zwischen Behinderten- und Suchthilfe fokussieren und langfristig Präventionsketten lebensweltübergreifend und lebensphasenübergreifend berücksichtigen.

### Fazit für die Praxis

- Bisherige Studienergebnisse – insbesondere im internationalen Raum – verdeutlichen die Relevanz von weiteren Studien zur Erfassung der Prävalenz bzw. Häufigkeit des Substanzkonsums von Menschen mit (geistiger) Behinderung in Deutschland.
- Eine Zusammenarbeit und Vernetzung des Fachpersonals in Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe sollte angestrebt werden, um Menschen mit geistiger Behinderung bestmöglich beim Zugang zu und der Inanspruchnahme von Beratung, Prävention und Therapie zu unterstützen.
- Zur stärkeren Vernetzung der beiden Hilfesysteme bedarf es u. a. der Entwicklung und Anwendung von Konzepten in beiden Hilfesystemen sowie der Sensibilisierung und Schulung von Fachkräften und Bezugspersonen.
- Für Menschen mit geistiger Behinderung sind Maßnahmen zur Gesundheitsbildung und Kompetenzstärkung, Peer-to-Peer-Ansätze und Schulung notwendig.
- Es bedarf verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen der Suchtprävention, die u. a. partizipativ, bedürfnis- und bedarfsbezogen, zielgruppengerecht entwickelt werden und die Materialien u. a. in Leichter Sprache, mit Bildern und Piktogrammen, mit vielen Wiederholungen,

aktivierende Einheiten und digitalen Angeboten umfassen.

- Künftig sollte das Thema Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung insbesondere im ambulant betreuten Wohnen stärker in (kommunalen) Präventionsketten, den Lebenswelten und über die Lebensphasen hinweg berücksichtigt werden.

### Korrespondenzadresse

#### Katharina Rathmann

Hochschule Fulda, Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Public Health Zentrum Fulda (PHZF)  
Leipziger Straße 123, Fulda, Deutschland  
katharina.rathmann@gw.hs-fulda.de

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** K. Rathmann, S. Karg, M. Schierenbeck und L.M. Kogel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

### Literatur

1. Abel T (2020) Grundlagen der Beratungsarbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum. aktionberatung



- Beratungshandbuch, Bd. 1. Bundesmodellprojektkonferenz, Wiesbaden
2. Beauftragte der Bundesregierung über die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017) Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein. [https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2). Zugegriffen: 16. Apr. 2021
  3. Beine W (2003) Suchtgefährdete Menschen mit geistiger Behinderung im Betreuungsalltag – ausgewählte Aspekte. In: Klauf T (Hrsg) Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit Geistiger Behinderung, Berlin, S 13–19
  4. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2021) Dritter Teilhabebereich der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Publikationsversand der Bundesregierung, Bonn
  5. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2011) Geistige Behinderung – Ursache liegt oftmals in den Genen – Seltener als bislang vermutet erben Kinder die Mutation von ihren Eltern. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/geistige-behinderung.php>. Zugegriffen: 16. Apr. 2021
  6. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) (2015) Fachexpertise Geistige Behinderung und Sucht. Ergebnisse der verbandübergreifenden Arbeitsgruppe. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V., Berlin
  7. Buschkämper S (2012) „Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch“ – Hilfreiche Interventionsstrategien und Anforderungen an das Betreuungssetting. In: LWL Koordinationsstelle Sucht, Diakonische Stiftung Wittekindshof (Hrsg) Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster, S 37–58
  8. Carroll Chapman SL, Wu LT (2012) Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. Res Dev Disabil 33(4):1147–1156. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.02.009>
  9. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2021) DHS Infomaterial. <https://www.dhs.de/infomaterial#page-content>. Zugegriffen: 29. Apr. 2022 (Publikationen-Reihe Leichte Sprache)
  10. Didden R, Embregts P, van der Toorn M, Laarhoven N (2009) Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: a pilot study. Res Dev Disabil 30(5):927–932. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.01.002>
  11. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2019) Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2019. Publikationsversand der Bundesregierung, Berlin
  12. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg) (2016) Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Hogrefe, Bern
  13. Franzkowiak P (2018) Prävention und Krankheitsprävention. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, S 776–797
  14. Habermann-Horstmeier L (2018) Gesundheitsförderung in Behindertenwohnheimen. Zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod. Hogrefe, Bern
  15. Häßler F (2011) Intelligenzminderung. Eine ärztliche Herausforderung. Springer, Berlin, Heidelberg
  16. Heinz TW (2012) Erfolgreiche Behandlungsansätze für Abhängige mit einer Intelligenzminderung – Erfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation. In: LWL Koordinationsstelle Sucht; Diakonische Stiftung Wittekindshof (Hrsg) Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster, S 23–30
  17. Klauf T (Hrsg) (2003) Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit Geistiger Behinderung, Berlin
  18. Klauf T (2014) Sucht – (k)ein Thema für Menschen mit geistiger Behinderung? Pädagogische Sicht. [https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/wp/wp-klaus/Sucht\\_GB\\_Klau%C3%9F\\_Berlin\\_2014.pdf](https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/wp/wp-klaus/Sucht_GB_Klau%C3%9F_Berlin_2014.pdf). Zugegriffen: 29. Apr. 2022
  19. Klose U (2012) Großes Interesse an lange vernachlässigtem Thema. Zusammenfassender Artikel zur Fachtagung. In: LWL Koordinationsstelle Sucht; Diakonische Stiftung Wittekindshof (Hrsg) Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster, S 89–94
  20. Kretschmann-Weelink M (2006) Projektdokumentation zum Modellprojekt „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“. Westfalenfließ GmbH Arbeiten und Wohnen, Münster
  21. Kretschmann-Weelink M (2013) Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse einer Vollerhebung in Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe, Ergebnisse von Klienteninterviews. Modellprojekt Vollerhebung Sucht & Geistige Behinderung. AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr, Gevelsberg
  22. Laging M (2020) Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte – Methoden, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
  23. Lamm J (2012) Sucht erkennen – konsequent handeln. Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeiter in der Behindertenhilfe? In: LWL Koordinationsstelle Sucht, Diakonische Stiftung Wittekindshof (Hrsg) Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster, Münster, S 7–12
  24. LWL Koordinationsstelle Sucht (2017) Sag Nein! Suchtpräventions-Programm an Förderschulen für geistige Entwicklung, Praxishandbuch. LWL Koordinationsstelle Sucht, Münster
  25. Neugebauer F, Foof A, Schütz E, Hardeling A (2018) Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe. Projektdokumentation und Abschlussbericht, Berichtszeitraum 01.09.2017–28.02.2018. LIGA der Freien Wohlfahrtspflege – Spitzenverbände im Land Brandenburg und Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V., Potsdam
  26. Reker M (2012) Spezielle Aspekte von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 24. Nov. 2012 (Vortrag)
  27. Sappok T, Diefenbacher A, Winterholler M (2019) Medizinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dtsch Arztebl 116(48):809–816. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0809>
  28. Sarrazin D, Fengels C (2012) Problematischer Suchtmittelkonsum bei Menschen mit einer Intelligenzminderung. Eine RAR-Erhebung in Westfalen-Lippe von März–Juli 2009. In: LWL Koordinationsstelle Sucht, Diakonische Stiftung Wittekindshof (Hrsg) Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster, S 73–88
  29. Schinner P (2015) Sucht und Geistige Behinderung, Beratung und Therapie von abhängigen oder gefährdeten Menschen mit geistiger Behinderung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (Hrsg) Teilhabe durch Arbeit. Ergänzbares Handbuch zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Lebenshilfe-Verlag, Berlin, Marburg, S 1–5
  30. Schubert M, Theunissen G (2005) Alkoholkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer landesweiten Erhebung in Sachsen-Anhalt. Vierteljahresschr Heilpädagogik Ihre Nachbargebiete 74(4):312–325
  31. Seifert M (2009) Selbstbestimmung und Fürsorge im Hinblick auf Menschen mit besonderen Bedarfen. Teilhabe – Die Fachz Lebenshilfe 48(3):122–128
  32. Stöppler R (2017) Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. Mit Übungsaufgaben und Online-Ergänzungen, 2. Aufl. Ernst Reinhardt, München, Basel
  33. Taggart L, McLaughlin D, Quinn B, Milligan V (2006) An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res 50(8):588–597. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00820.x>
  34. van der Nagel J (2016) Is it just the tip of the iceberg? Substance use and misuse in individuals with intellectual disability (SumID). Radboud University, Nijmegen (Dissertation)
  35. van Dijk M, van der Nagel J, den Ouden R (2012) Ergebnisse der niederländischen SumID-Studie (Substance Use & Misuse in Intellectual Disability). In: LWL Koordinationsstelle Sucht; Diakonische Stiftung Wittekindshof (Hrsg) Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster, S 13–22
  36. van Duijvenbode N, van der Nagel J (2019) A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. Eur Addict Res 25:263–282