



EEEwiss

Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines digitalen **wissenschaftlichen** Weiterbildungsangebots für Heilerziehungspfleger*innen

Studienmaterial

wissenschaftliches Weiterbildungsangebot EEEwiss

Modul Nr. 2

„Sucht in der Versorgung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung“

Autorin: Prof. Dr. Katharina Rathmann

Modulverantwortliche: Prof. Dr. habil. Martina Hasseler

Kontakt:

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen

Rothenfelder Str. 6-10

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361-8922-23430

Fax: 05361-8922-23432

Email: a.heitmann-moeller@ostfalia.de

Web: <http://blogs.sonia.de/eeewiss/>

Impressum:

Herausgeber: Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen, Wolfsburg 2023

(Veröffentlichung der unveränderten 1. Auflage des 2021 intern in der Erprobung genutzten Lehrbriefes)

Das Masterdokument orientierte sich an der „Handreichung für Autorinnen und Autoren“ der berufsbegleitenden Studiengänge des Centers für lebenslanges Lernen (C3L) der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Copyright: Vervielfachung oder Nachdruck auch auszugsweise zum Zwecke einer Veröffentlichung durch Dritte nur mit Zustimmung der Herausgeber, 2021.

Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds unter dem Förderkennzeichen ZAM-85046268 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen/ Autoren.

CC BY-NC-SA Namensnennung, nicht kommerziell, Weitergabe unter gleichen Bedingungen

Bitte zitieren als:

Rathmann, Katharina (2023): Studienmaterial wissenschaftliches Weiterbildungsangebot EEEwiss Modul Nr. 2 „Sucht in der Versorgung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung“, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg, ID10.26271/opus-1331

Autorinnen-/ Autorenprofil

Prof. Dr. Katharina Rathmann

Professur für Sozialepidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung



Kurzbiographie und Angaben zum Tätigkeitsgebiet

- **seit 2020:** Sprecherin und Mitglied des Leitungsgremiums des Public Health Zentrums Fulda (PHZF), Hochschule Fulda
- **seit 10/2018:** Professur für „Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung“, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda.
- **10/2016 – 03/ 2018:** Vertretungsprofessur (W3), Fachgebiet Rehabilitationssoziologie, Fakultät Rehabilitationswissenschaften, TU Dortmund.
- **2013 –2016:** Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie (IMS), Medizinische Fakultät, MLU Halle-Wittenberg.
- **2014:** Promotion zum Dr. phil. im europäischen PhD-Programm „Socio-Economic and Statistical Studies“ (Sess.EuroPhD), Berlin Graduate School of Social Sciences (BGSS), Humboldt-Universität zu Berlin.
- **2012:** Forschungsaufenthalt im Rahmen der Dissertation an der University of Southampton, Großbritannien.
- **2010:** Diplom der Soziologie an der Universität Bielefeld.
- **2007:** Bachelor of Science der Health Communication an der Universität Bielefeld

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	7
1 Grundlegende Aspekte des Themas	8
1.1 Lernziel	8
1.2 Sucht: Eine Einführung.....	8
1.2.1 Psychotrope Substanzen	14
1.2.2 Verhaltenssüchte	19
1.3 Zusammenfassung.....	21
1.4 Schlüsselbegriffe	21
1.5 Merksätze	22
1.6 Lernkontrolle/ Praxisaufgabe	23
1.7 Quellennachweise	23
1.8 Weiterführende Links	28
2 Komorbidität Sucht und Behinderung	29
2.1 Lernziel	29
2.2 Komorbidität und Sucht bei geistiger Behinderung	29
2.2.1 Komorbidität und Multimorbidität bei Menschen mit geistiger Behinderung	31
2.2.2 Komorbidität und Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung	33
2.3 Zusammenfassung.....	34
2.4 Schlüsselbegriffe	34
2.5 Merksätze	35
2.6 Lernkontrolle / Praxisaufgabe	36
2.7 Quellennachweise	37
2.8 Weiterführende Links	39
3 Leitprinzipien der Sucht- und Behindertenhilfe	40
3.1 Lernziel	40
3.2 Einführung in die Sucht- und Behindertenhilfe.....	40
3.2.1 Das System der Suchthilfe in Deutschland.....	41
3.2.2 Leitprinzipien der Suchthilfe	42
3.2.3 Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe.....	46
3.2.4 Die Leitprinzipien Normalisierung, Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe.....	49
3.2.5 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).....	51
3.2.6 Bedeutung des Paradigmenwechsels für die Hilfesysteme.....	55
3.3 Zusammenfassung.....	57

3.4	Schlüsselbegriffe	58
3.5	Merksätze	59
3.6	Lernkontrolle/ Praxisaufgabe	60
3.7	Quellennachweise	60
3.8	Weiterführende Links	65
4	Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung	68
4.1	Lernziel	68
4.2	Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung	68
4.2.1	Besonderheiten des Klientels	68
4.2.2	Herausforderungen durch den Substanzgebrauch auf Klient*innen-, Personal- und Einrichtungsebene	69
4.2.3	Maßnahmen zum Umgang mit Substanzmittelkonsum in der Behindertenhilfe	72
4.2.4	Anforderungen und Weiterbildung des Fachpersonals	73
4.2.5	Hinweise zum Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung	76
4.3	Zusammenfassung	78
4.4	Schlüsselbegriffe	79
4.5	Merksätze	79
4.6	Lernkontrolle/ Praxisaufgabe	80
4.7	Quellennachweise	80
4.8	Weiterführende Links	82
5	Angebote der Suchthilfe für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung	83
5.1	Lernziel	83
5.2	Suchtprävention allgemein	83
5.2.1	Hindernisse beim Zugang zur Suchthilfe und -beratung	86
5.2.2	Anforderungen an die Angebote der Suchthilfe für Menschen mit geistiger Behinderung	87
5.2.3	Suchtberatung	91
5.2.4	Maßnahmen und Programme zur Suchtbehandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung	92
5.2.5	Trainings und Methoden im Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung	94
5.3	Zusammenfassung	96
5.4	Schlüsselbegriffe	97
5.5	Merksätze	98
5.6	Lernkontrolle/ Praxisaufgabe	99
5.7	Quellennachweise	99
5.8	Weiterführende Links	102
	Schlüsselwortverzeichnis	103

Abkürzungsverzeichnis

BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BeB	Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V.
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BRK	Behindertenrechtskonvention
BTHG	Bundesteilhabegesetz
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DHG	Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MmB	Menschen mit Behinderung
RAR	Rapid Assessment and Response
SGB	Sozialgesetzbuch
SumID-Q	Substance use and misuse in Intellectual Disability – Questionnaire
UN	United Nations
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Suchtdreieck	12
Abbildung 2: Risiko- und Schutzfaktoren des Substanzkonsums.....	14
Abbildung 3: Zeitstrahl der wichtigsten Entwicklungen und Paradigmenwechsel des Suchthilfesystems	42
Abbildung 4: Die klassische Zielpyramide der Suchthilfe	45
Abbildung 5: Zielsetzung in der Suchthilfe jenseits des Abstinenzparadigmas	46
Abbildung 6: Zeitstrahl zum Paradigmenwechsel in der Behindertenpädagogik	47
Abbildung 7: Von der Exklusion zur Inklusion	49
Abbildung 8: Struktur der ICF	52
Abbildung 9: ICF-orientierte Fallstrukturierung bei Alkoholabhängigkeit	54
Abbildung 10: Folgen des Substanzmittelkonsums (in Prozent)	71
Abbildung 11: Mehraufwand für Mitarbeiter*innen (in Prozent)	73
Abbildung 12: Anforderungen an das Fachpersonal bei Suchtproblematik	74
Abbildung 13: Bestandteile der Suchthilfe	84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien nach DSM-IV und ICD-10 für schädlichen Gebrauch/Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen	9
Tabelle 2: DSM-5 Kriterien zur Substanzgebrauchsstörung	10
Tabelle 3: Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen	15
Tabelle 4: Übersicht über Studien zum generellen Substanzmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	16
Tabelle 5: Übersicht über Studien zum Alkoholkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	17
Tabelle 6: Punktprävalenzen der chronischen Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung	32
Tabelle 7: Abhängigkeitserkrankungen unter Bezugnahme auf die ICF.....	53
Tabelle 8: Leitideen der Behinderten- und Suchthilfe	55
Tabelle 9: Anforderungen an die Behindertenhilfe aufgrund des Paradigmenwechsels	55
Tabelle 10: Auswirkungen auf und Voraussetzungen für die Hilfesysteme	56
Tabelle 11: Fragen an Fachpersonal zum Substanzmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	75
Tabelle 12: Hinweise zur Gestaltung und Verwendung von Materialien.....	77
Tabelle 13: Ansatzpunkte für Suchtprävention bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	85
Tabelle 14: Beispiele für Suchtbehandlungsmaßnahmen für Menschen mit geistiger Behinderung.....	92

1 Grundlegende Aspekte des Themas

1.1 Lernziel

Ziel des Kapitels ist es, eine Übersicht über psychotrope Substanzen und Verhaltenssüchte sowie deren Verbreitung bei Menschen mit geistiger Behinderung zu geben. Zu Beginn werden die Begriffe Missbrauch und Abhängigkeit sowie Substanzgebrauchsstörung definiert. Die Bedingungsfaktoren zur Entstehung von Sucht werden anhand des Suchtdreiecks und des Modells der Risiko- und Schutzfaktoren dargestellt. Es erfolgt die Unterscheidung von psychotropen Substanzen in legale und illegale Substanzen, wobei der Schwerpunkt in diesem Kapitel auf den legalen Substanzen Alkohol und Nikotin liegt. Dabei werden die gesundheitliche Bedeutung und die Verbreitung des Alkohol- und Tabakkonsums in der Bevölkerung und speziell bei Menschen mit geistiger Behinderung beschrieben. Darüber hinaus wird Bezug auf den Substanzmittelkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung genommen und relevante deutsche und internationale Studienergebnisse dargestellt. Zudem werden die wichtigsten Verhaltenssüchte in der Allgemeinbevölkerung und bei Menschen mit geistiger Behinderung berichtet.¹

1.2 Sucht: Eine Einführung

Der Begriff Sucht wird vom althochdeutschen Wort „suht“ (dem späteren „siechen“) abgeleitet und bedeutet das Leiden an einer Krankheit und hat nichts mit „suchen“ zu tun (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) 2020a: 11). 1963 wurde der Begriff von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch den Begriff Abhängigkeit ersetzt (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) 2020a: 11). Seit 1986 ist Sucht in Deutschland als Krankheit anerkannt (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 12; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) 2020a: 11). Es kann zwischen substanzgebundenen (entspricht stoffgebundenen) und substanzungebundenen (entspricht stoffungebundenen) Süchten unterschieden werden. Substanzgebundene Süchte umfassen den Konsum psychoaktiver Substanzen (Bsp. Alkohol, Opiode, Cannabinoide, Stimulanzien), während substanzungebundene Süchte Verhalten (Bsp. Essstörungen, Störungen der Impulskontrolle, u.a. Pathologisches Spielen, Medienabhängigkeit, Arbeitssucht oder Kaufzwang) umfassen, welche das Suchtgeschehen verursacht (Laging 2020: 15).

¹ „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) (Beauftragte der Bundesregierung über die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017). 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“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2011). Der Grad der Behinderung kann anhand der Bestimmung des Intelligenzquotienten (IQ) gemessen werden. Nach ICD-10 wird die Intelligenzminderung (synonym zur geistigen Behinderung) (F70) folgendermaßen eingeteilt (DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) 2015; Häßler 2011):

- IQ-Bereich von 70-85: Lernbehinderung
- IQ-Bereich von 50-69: Leichte Intelligenzminderung (leichte geistige Behinderung)
- IQ-Bereich 35-49: Mittelgradige Intelligenzminderung (Mittelgradige geistige Behinderung)
- IQ-Bereich 20-34: Schwere Intelligenzminderung (Schwere geistige Behinderung)
- IQ unter 20: Schwerste Intelligenzminderung (Schwerste geistige Behinderung)

Definition von Missbrauch und Abhängigkeit

Seit 1969 erfolgt die Unterscheidung von Missbrauch und Abhängigkeit, die jedoch keine Konsummuster ausdrücken (Ullrich 2016: 2f.). Klinische Diagnosen von Missbrauch und Abhängigkeit erfolgen über das Klassifikationssystem ICD-10 der WHO und DSM-4 bzw. DSM-5 der American Psychiatric Association. In Deutschland findet in der Praxis vor allem die ICD-10-Klassifikation zur Vereinheitlichung der Diagnosestellung Anwendung (Ullrich 2016: 3). In Tabelle 1 sind die diagnostischen Kriterien der beiden Klassifikationssysteme für Missbrauch (DSM-IV) und schädlichen Gebrauch (ICD-10) sowie bei einer Abhängigkeit mit ihren jeweiligen Definitionen dargestellt.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien nach DSM-IV und ICD-10 für schädlichen Gebrauch/Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen

DSM-IV	ICD-10
Missbrauch <ul style="list-style-type: none"> • Unangepasster Gebrauch, der zu einem wiederholten Versagen bei der Erfüllung wichtiger Pflichten führt • Wiederholter Gebrauch in Situationen, in denen es zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann • Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz im Zusammenhang mit dem Gebrauch • Fortgesetzter Gebrauch trotz sozialer Probleme • Abhängigkeitsdiagnose nach DSM-IV liegt nicht vor 	Schädlicher Gebrauch <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis, dass Substanzgebrauch verantwortlich ist für körperliche oder psychische Schäden. • Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 liegt nicht vor.
Abhängigkeit <p>3 oder mehr der folgenden Kriterien innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toleranzentwicklung • Entzugssymptome oder Substanzkonsum, um diese zu vermeiden • Gebrauch in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt • Anhaltender Wunsch/erfolglose Versuche, den Gebrauch zu vermindern/einzustellen • Viel Zeit für Beschaffung, Gebrauch und Erholung von den Wirkungen • Einschränkung wichtiger sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten • Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis der Verursachung oder Verschlimmerung eines körperlichen oder psychischen Problems durch den Konsum 	Abhängigkeitssyndrom <p>3 oder mehr der folgenden Kriterien innerhalb des letzten Jahres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starker Wunsch/Zwang zu konsumieren • Verminderte Kontrollfähigkeit • Körperliches Entzugssyndrom • Nachweis einer Toleranz • Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Konsums • Konsum trotz schädlicher Folgen

Quelle: Eigene Darstellung nach Bühringer/Behrendt 2011: 69.

Folgende stoffgebundene Substanzen können zu Abhängigkeiten führen (Laging 2020: 15):

- Alkohol,
- Tabak,
- Cannabinoide,
- Opioide,
- Kokain,
- Sedativa,
- Halluzinogene,
- Hypnotika,
- weitere Stimulantien
(z. B. Koffein, flüchtige Lösungsmittel und andere psychotrope Substanzen)

Als erste stoffungebundene Sucht wird die Glücksspielsucht als Abhängigkeitserkrankung im DSM-5 (Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen) aufgenommen (Laging 2020: 16; Ullrich 2016: 5).

Substanzgebrauchsstörung

Im amerikanischen Diagnosesystem DSM-5 wird nicht mehr zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden, sondern der Begriff „Substanzgebrauchsstörung“ (Substance Use Disorder) eingeführt. In Tabelle 2 werden die insgesamt elf Kriterien dargestellt, die Hinweise zum Vorliegen einer Substanzgebrauchsstörung geben (Ullrich 2016: 4).

Tabelle 2: DSM-5 Kriterien zur Substanzgebrauchsstörung

1	Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt.
2	Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
3	Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme.
4	Toleranzentwicklung, charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis.
5	Entzugssymptome oder auch deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum.
6	Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt.
7	Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
8	Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen.
9	Aufgabe oder Einschränkung wichtiger anderer Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums.
10	Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme.
11	Starkes Verlangen nach der Substanz (Craving).

Quelle: Eigene Darstellung nach Falkai et al. 2018.

Die Schwere der Symptomatik wird im DSM-5 durch die Anzahl des Auftretens der Kriterien bestimmt. Wenn mindestens zwei Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten auftreten, kann die Diagnose „Substanzgebrauchsstörung“ gestellt werden. Demnach ist auch die Abbildung eines schleichenden Krankheitsverlaufs im DSM-5 möglich. Ein Auftreten von zwei bis drei Kriterien deuten auf eine leichte Ausprägung der Substanzgebrauchsstörung hin. Vier bis sechs Kriterien bedeuten eine moderate Substanzgebrauchsstörung und bei sieben oder mehr Kriterien wird von einer schweren Substanzgebrauchsstörung gesprochen (Falkai et al. 2018; Ullrich 2016: 4).

Entstehung von Sucht

Eine Vielzahl von Sichtweisen und Kombinationen von Einflussfaktoren aus Biologie, Psychologie und Soziologie, die sich zusätzlich gegenseitig beeinflussen, resultieren in mehrdimensionalen Entstehungsmodellen von Sucht (Bühler/Bühringer 2014: 258; Ullrich 2016: 6). Einigkeit in der Wissenschaft besteht darin, dass die Entstehung einer Sucht ein multifaktorielles Ereignis mit verschiedenen Elementen unterschiedlicher Ausprägung ist (Laging 2020: 25). Im Folgenden werden die biologischen und psychologischen Faktoren sowie multifaktorielle Ansätze erläutert, um einen Einblick zur Entstehung von Sucht zu erhalten.

(Neuro-)Biologische Faktoren: In naturwissenschaftlichen Erklärungen zur Entstehung von suchtbezogenen Störungen werden die Genetik sowie Auswirkungen eines Konsums betrachtet. Bei dem Konsum von Substanzen oder Verhalten können unterschiedliche positive und/oder negative Symptome auftreten oder gegebenenfalls fehlen. Negative Symptome können vor einem übersteigerten Konsum als Warnsignal schützen. Allerdings wird durch positives Erleben und eine darauffolgende Konsumsteigerung ein so genannter „Gewöhnungseffekt“ in den Gehirnstrukturen und im Stoffwechsel bewirkt. Als Bestandteil der biologischen Faktoren bedeuten diese Erkenntnisse, dass ein Körper eine Substanz bis zu einem bestimmten Maß tolerieren kann oder eine manifestierte Sucht entwickelt und bei fehlendem Konsum Erscheinungen eines Entzugs zeigt (Ullrich 2016: 6). Zusätzlich sind substanzspezifische Charakteristika differenziert zu betrachten. Die Entstehung und Ausprägung einer Sucht kann abhängig von Zeit und Dosis der jeweiligen Substanz oder dem Verhalten sein (Bühler/Bühringer 2014: 258).

Psychologische Faktoren: In lerntheoretischen Modellen wird eine enge Verknüpfung mit (neuro-)biologischen Faktoren dargestellt. Ein positiv-berauschendes Erleben verstärkt den Wunsch nach weiterem stimulierenden Konsum aufgrund des angenehmen Gefühls, fordert eine regelmäßige Verhaltensweise und kann sich zu einer Konditionierung, einer automatischen Reaktion auf Reize, entwickeln (Ullrich 2016: 7 f.). Weitere Modelle gehen davon aus, dass bei häufig wiederholendem Konsum verschiedener Substanzen oder Verhaltensweisen ein Muster erkennbar ist, das die neuronalen Strukturen im „Belohnungssystem“ des Gehirns verändern lässt und trotz negativer Auswirkungen das Konsummuster beibehalten wird (Ullrich 2016: 8).

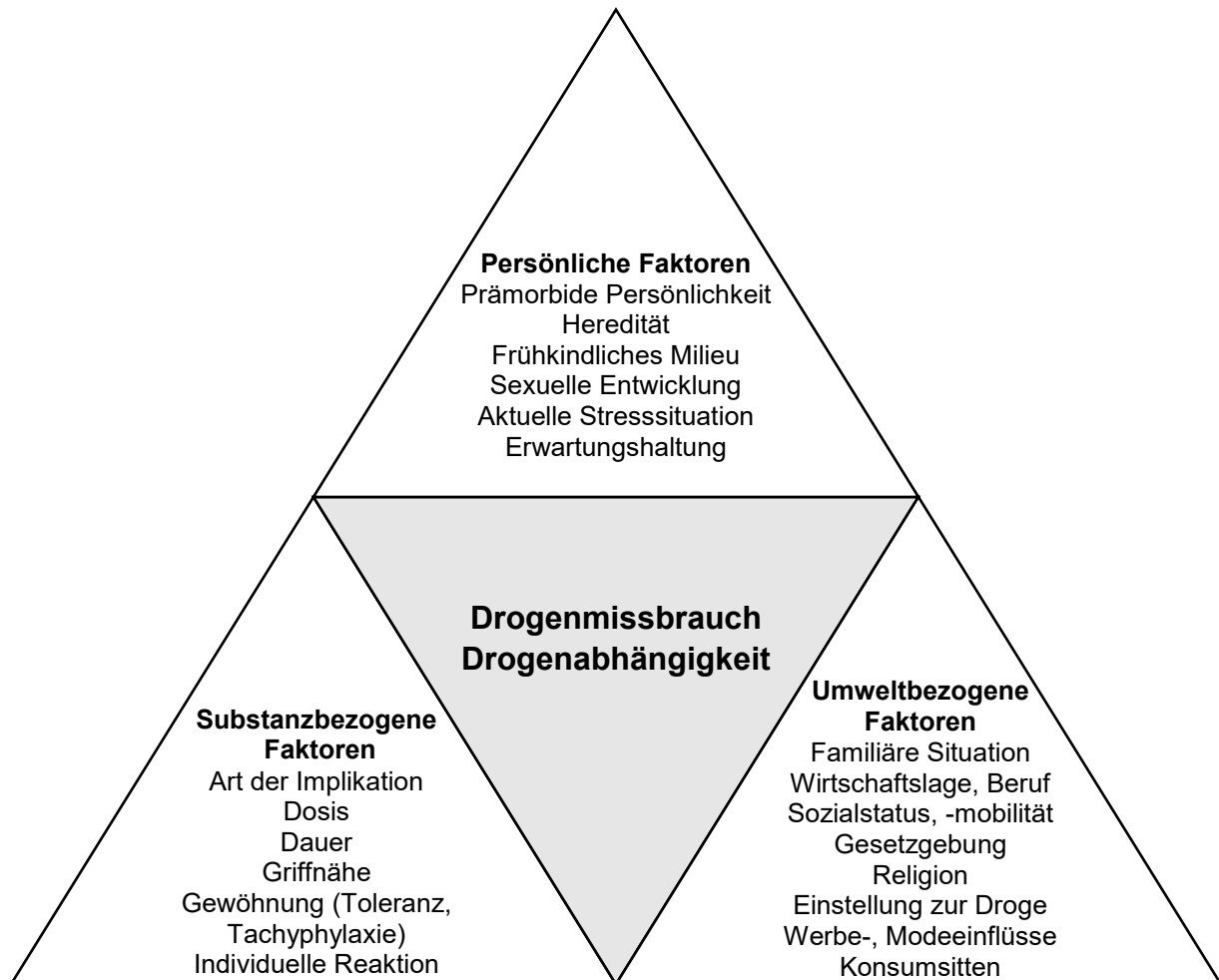
Ein anderer Ansatz zur Erläuterung von Suchtverhalten seien (entwicklungs-)psychologische Erklärungen, in denen das Konsumverhalten mit der Persönlichkeit in Relation betrachtet wird. Konkret wird der Substanzmittelkonsum als Komponente der persönlichen Entwicklung und Selbstfindung zum Erwachsenwerden verstanden (Bühler/Bühringer 2014: 256). Aus dieser Perspektive sei ein Konsum nicht ausschließlich negativ, sondern eher funktional zur Orientierung der eigenen Lebenswelten zu betrachten (Laging 2020: 28 f.). Allerdings kann sich das Verhalten im Sinne einer Bewältigungsreaktion von problematischen Situationen, Konflikten oder der individuellen Entfaltung zu einer suchtbezogenen Störung nachteilig verändern (Ullrich 2016: 8 f.).

Multifaktorieller Ansatz: Multifaktorielle Ansätze beziehen nicht nur biologische und psychologische Faktoren in die Suchtentstehung mit ein, sondern berücksichtigen das gesamte Umfeld einer Person (Individuum, Familie, Freunde, Politik, Umwelt). Ein multifaktorielles Modell zur Suchtentstehung ist das Suchtdreieck nach Kielholz und Ladewig (1973). Es beinhaltet die drei Kategorien Person, Droge bzw. allgemein Substanz und Soziales Milieu/Umwelt (Laging 2020: 25).

Suchtdreieck

Das **Suchtdreieck**, dargestellt in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**, wird unterteilt in persönliche Schutz- und Risikofaktoren, Umweltfaktoren und Faktoren, die im Zusammenhang mit der Substanz stehen.

Abbildung 1: Suchtdreieck



Quelle: Eigene Darstellung, modifiziert nach Laging 2020: 26

- **Persönliche Faktoren:** Bei den persönlichen oder personenbezogenen Faktoren spielen u. a. die Persönlichkeitseigenschaften und die psychosoziale Entwicklung der Person eine Rolle, z. B. Erfahrungen in der Kindheit. Das Vorhandensein von Ressourcen, Problemlösekompetenzen und Konfliktbewältigungsstrategien sind wichtige Faktoren, die eine Suchtentstehung beeinflussen können. Bei Menschen mit geistiger Behinderung können eine geringere Selbstkontrolle und vermindertes Selbstwertgefühl zu einer Sucht beitragen. Verminderte Problemlösestrategien können dazu führen, dass eine eigenständige Suchtbewältigung nicht erfolgen kann (Abel 2020: 15).
- **Umweltbezogene Faktoren:** Umweltbezogene Faktoren sind Faktoren, die von außen auf eine Person einwirken. Diese betreffen das soziale Umfeld und die Gesellschaft der

Person. Darunter sind die schulische oder berufliche Situation, die Familie und Freunde, aber auch der Einfluss von Werbung und die gesellschaftliche Bewertung der jeweiligen Substanz zu verstehen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung nimmt das Zugehörigkeitsgefühl zu einzelnen Menschen oder Personengruppen (meist ohne Behinderung) einen wichtigen Stellenwert ein. Auch das Gefühl von Akzeptanz und Beteiligung kann als Grund zur Nachahmung von Verhaltensweisen und somit dem Konsum von Substanzen angesehen werden (Abel 2020: 15).

- **Substanzbezogene Faktoren:** Zu den substanzbezogenen Faktoren zählen die Erreichbarkeit, die Konsumform, die Wirkungsweise und Einnahmedauer der Substanz. Insbesondere Gewöhnungseffekte und die körperliche Verfassung der Konsumierenden spielen eine Rolle. Bei Menschen mit geistiger Behinderung kann dabei ebenfalls eine Wechselwirkung mit Medikamenten eine Rolle spielen, die den Substanzkonsum beeinträchtigen (Abel 2020: 57).

Modell der Risiko- und Schutzfaktoren des Substanzkonsums

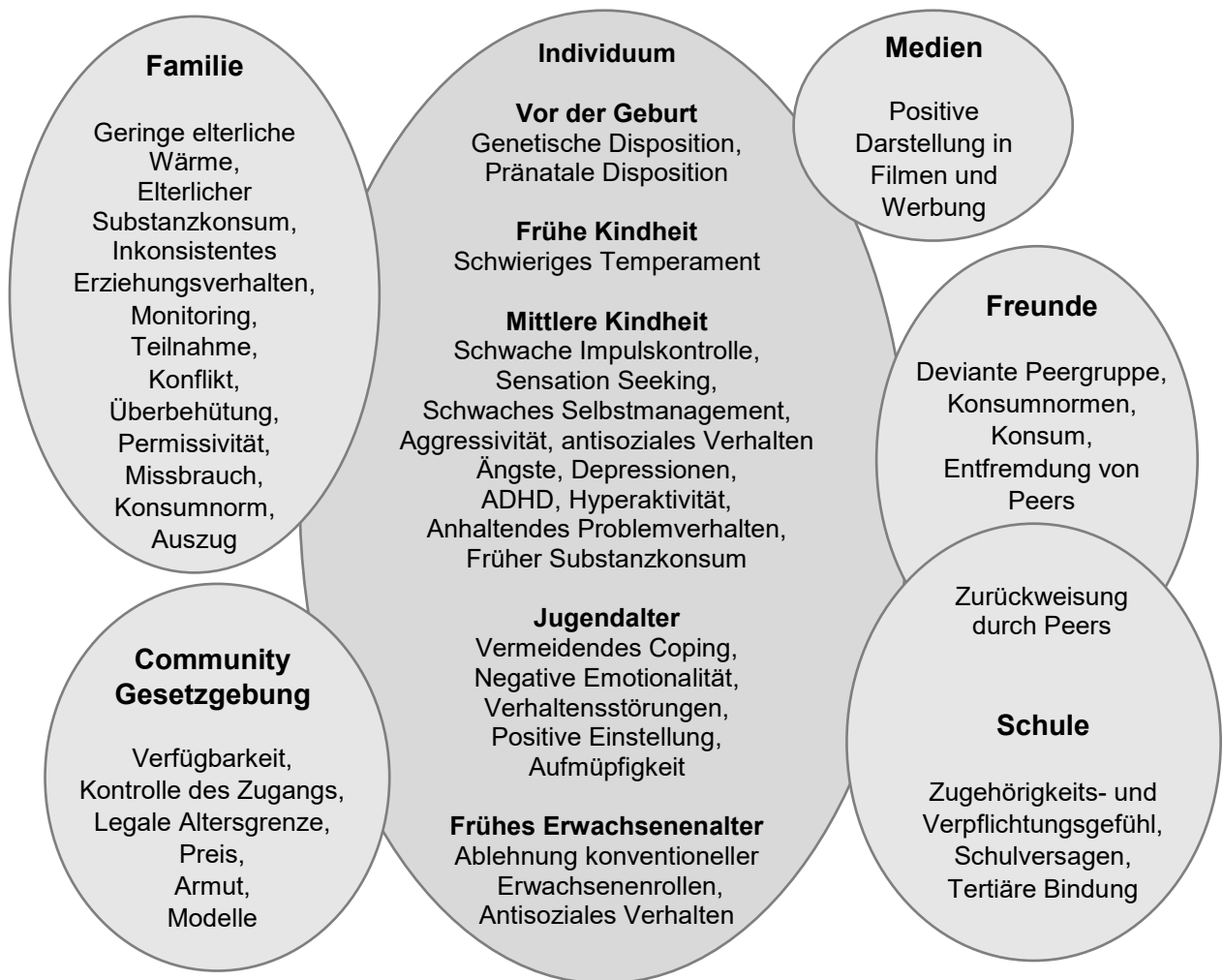
Ein aus dem Suchtdreieck weiterentwickeltes Modell von Bühler und Bühringer (2014) ist das „Modell der Risiko- und Schutzfaktoren“ (Abbildung 2). Es besagt, dass sich die einzelnen Determinanten je nach Ausprägung schützend oder riskant auf das Konsumverhalten auswirken können. In diesem Modell wurden die komplexen und miteinander vernetzten Faktoren in Lebenswelten unterteilt. Beispiele dafür sind:

- Familie bzw. das familiäre (Wohn-)Umfeld und die Erziehung
- Freunde und Peers
- Schule/Beruf und Freizeit
- Gesellschaft und Gesetzgebung
- Medien

Auch hierbei spielt das Individuum mit den verschiedenen Entwicklungsstufen, die es durchläuft, eine große Rolle, z. B. vor der Geburt, frühe und mittlere Kindheit, Jugendalter sowie frühes Erwachsenenalter (Bühler/Bühringer 2014: 257).

Des Weiteren hat insbesondere der vermittelte und erlernte Umgang mit Substanzen oder verhaltensbezogenen Suchtstörungen einen erheblichen Einfluss auf den individuellen Konsum. Konkret zählen dazu die Verfügbarkeit (Schutzgesetze, (il)legaler Verkauf, Preis), kulturelle Wertvorstellungen und soziale Akzeptanz, Präsenz in Medien und Öffentlichkeit (Ullrich 2016: 9). Gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung sind viele dieser Faktoren zum Teil nur eingeschränkt vorhanden. Insbesondere das Fehlen eines positiven Selbstkonzepts, geringeren Problemlöse- und Handlungskompetenzen, Schwierigkeiten im Erfassen von komplexen Zusammenhängen sowie Kontrollverluste sind bei Menschen mit geistiger Behinderung im Zusammenhang mit Substanzmittelkonsum von Bedeutung (Jung/Nachtigal 2018: 16).

Abbildung 2: Risiko- und Schutzfaktoren des Substanzkonsums



Quelle: Eigene Darstellung, modifiziert nach Laging 2020: 27.

Die sich gegenseitig bedingenden bio-psycho-sozialen Faktoren sind abhängig von den komplexen und variierenden Lebensumständen eines Individuums und können sich je nach persönlicher Entwicklung und den zeitlichen oder sozialen Veränderungen in einer Gesellschaft verändern. Diese individuellen Lebensumstände und multifaktoriellen Ansätze der Suchtentstehung sollten daher in Präventionsmaßnahmen und Suchtbehandlungen (siehe Kapitel 5) berücksichtigt werden (Bühler/Bühringer 2014: 259; Laging 2020: 25; Ullrich 2016: 10).

1.2.1 Psychotrope Substanzen

Psychotrope Substanzen oder synonym psychoaktive Substanzen sind Wirkstoffe oder Wirkstoffmischungen, die sich auf die menschliche Psyche auswirken. Dabei kann zwischen einer anregenden Wirkung mit Entspannung sowie positiver Stimmungsänderung und Veränderungen des Bewusstseinszustands mit Störungen und Krampfanfällen unterschieden werden. Der Begriff „Psychotrope Substanz“ wird anstelle der Begriffe „Rauschgift“ und „Rauschmittel“ verwendet. Dabei ist der Begriff psychotrop neutral und gibt keinen Hinweis darauf, ob eine Substanz legal oder illegal ist (Laging 2020: 36). Bei den illegalen Substanzen ist der Besitz, Erwerb, Handel und die Herstellung verboten. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen.

Tabelle 3: Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen

legal	illegal
Alkohol	Amphetamine (z. B. Speed)
Tabak	Cannabis (z. B. Haschisch, Marihuana)
Medikamente	Ecstasy
Koffein	Opiate (z. B. Heroin, Opium, Morphin)
	Kokain
	Halluzinogene (z. B. LSD)
	Neue psychoaktive Substanzen

Quelle: Eigene Darstellung nach Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) o. J.

Insgesamt lassen sich drei Gruppen psychotroper Substanzen unterscheiden (Geschwinde 2018: 1):

- Erlebnis- und wahrnehmungsverändernde Wirkung durch Halluzinogenen wie z. B. LSD, Meskalin, Engelstropete sowie bei Cannabisprodukten
- psychostimulierende und antreibende Wirkung durch z. B. Kokain, Ecstasy, Amphetamine inkl. Crystal Meth
- zentral dämpfende und zugleich euphorisierende Wirkung durch Alkohol und Opiode

Zu den am meisten konsumierten psychotropen Substanzen in Deutschland zählen Alkohol und Tabak (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) 2020a: 3).

Substanzmittelkonsum und Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung

Auch wenn die Suchtproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung lange nicht als Thema betrachtet wurde, gewinnt die Thematik Sucht bei Menschen mit Behinderung laut Studien in Deutschland (Abel 2020; Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015; Kretschmann-Weelink 2013; Neugebauer et al. 2018) und international immer mehr an Bedeutung (Carroll Chapman/Wu 2012; van der Nagel et al. 2011; van der Nagel 2016; van Duijvenbode/van der Nagel 2019).

Eine bundesweite Erhebung zum Substanzmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung liegt bisher nicht vor. Es gibt jedoch Studien in einzelnen Bundesländern zu diesem Thema, die in Tabelle 4 und

Tabelle 5 dargestellt sind. Die Studienergebnisse verdeutlichen, dass der problematische Substanzkonsum sowie Suchtprobleme auch bei Menschen mit geistiger Behinderung auftreten (Kretschmann-Weelink 2013; Schubert/Theunissen 2005; van Duijvenbode/van der Nagel 2019).

Tabelle 4: Übersicht über Studien zum generellen Substanzmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung

Autor	Jahr	Zielgruppe und Erhebung	Ziele	Ergebnisse
Hörning & Kretschmann-Weelink	2011	<p>Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen</p> <p>Befragung von Mitarbeitenden aus Einrichtungen der Sucht- und Behindertenhilfe</p> <p>Behindertenhilfe: n=780 Fragebögen Suchthilfe: n=115 Fragebögen</p>	Erfassung des Suchtmittelkonsums bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung	<p>Problematischer Konsum in der eigenen Einrichtung der Behindertenhilfe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei 32,5% im Bereich Nikotin, • bei 15,7% im Bereich Alkohol, • bei 11,6% im Bereich Medikamente • bei 5,3% im Bereich Cannabis <p>Problematischer Konsum in Einrichtungen der Suchthilfe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei 44% im Bereich Nikotin • bei 32% im Bereich Alkohol • bei 19% im Bereich Medikamente • bei 10% im Bereich Cannabis
Klauß	2003	<p>18 Einrichtungen in Rheinland-Pfalz: 4 Wohnheime 3 Außenwohngruppen 6 Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) 5 Tagesförderstätten</p> <p>Befragung von Betreuungspersonen und Leitungspersonen der Einrichtungen</p>	Erfassung der Suchtabhängigkeit und Suchtgefährdung bei Menschen mit geistiger Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> • Rauchen: 16,3% abhängig und 6,0% gefährdet • Alkoholkonsum: 1,0% abhängig und 10,0% gefährdet • Beruhigungsmittel: 0,3% abhängig und 0,3% gefährdet • Schmerz-/Betäubungsmittel: 0,0% abhängig und 2,0% gefährdet • Fernsehen: 13,0% abhängig und 7,9% gefährdet • Essen: 3,6% abhängig und 8,5% gefährdet
Sarrazin/Fengels	2009	<p>10 Beschäftigte aus der Sucht- und Behindertenhilfe in Westfalen Lippe</p> <p>Interview- und Fokusgruppenbefragung der Beschäftigten aus Sucht- und Behindertenhilfe</p>	Erfassung des Suchtmittelkonsums bei Menschen mit Intelligenzminderung	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptsächlich konsumierte Suchtmittel bei Menschen mit Intelligenzminderung: Alkohol, Tabak und Cannabis • Verhaltensbezogene Süchte sind von Bedeutung: Glücksspiel, Mediennutzung und unkontrolliertes Essen

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 5: Übersicht über Studien zum Alkoholkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung

Autor	Jahr	Zielgruppe und Erhebung	Ziele	Ergebnisse
Schubert/Theunissen	2005	<p>Wohneinrichtungen und WfbM in Sachsen-Anhalt</p> <p>Erhebung durch Fremdbeurteilung von Mitarbeitenden der Wohneinrichtungen und WfbM</p> <p>Aussagen über: n=2.560 Bewohner*innen mit geistiger Behinderung n=2.688 Mitarbeitende mit geistiger Behinderung</p>	Erfassung des Alkoholkonsums	<p>In Wohneinrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3,7% täglich Alkohol • 4,4% mehrmals wöchentlich Alkohol • 10,9% gelegentlich Alkohol • 2,4% überwiegend am Wochenende <p>6,7% gelten als alkoholgefährdet und 4,2% als alkoholabhängig</p> <p>In WfbM: Alkoholgefährdung bei 2,7% und Alkoholabhängigkeit bei 1,4%.</p>

Quelle: Eigene Darstellung

Entstehung und Gründe für den Substanzmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung konsumieren aus ähnlichen Gründen Substanzen, wie z. B. Alkohol, wie die Allgemeinbevölkerung (Schinner 2015). Für den Konsum von Substanzen bei Menschen mit geistiger Behinderung sind folgende Gründe von Bedeutung (Abel 2020; Kretschmann-Weelink 2006; Kretschmann-Weelink 2013; Schinner 2015):

- Zugehörigkeit: Menschen mit geistiger Behinderung wollen dazugehören
- Probleme am Arbeitsplatz
- Lockeres Gefühl durch bspw. den (Alkohol-)Konsum, Abbau von Spannungen
- Vergessen der Lebensumstände (z. B. eigene Beeinträchtigung, Kummer, Sterbefälle)
- Fehlende soziale und unterstützende Netzwerke: Einsamkeit, fehlende Partnerschaft und soziale Kontakte
- Fehlende Anerkennung
- Fehlendes Vertrauen in eigene Ressourcen und Fähigkeiten
- Erhöhtes Auftreten psychischer Störungen
- Aufgrund von Mangel an Problemlösestrategien und Fähigkeiten der Selbstkontrolle
- Fehlende Kontrolle durch Institutionen
- Form der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung
- Anpassung an Gruppennormen
- Aufgrund von Angstgefühlen
- Aufgrund von Langeweile

Menschen mit geistiger Behinderung erhalten und nutzen seltener die Gelegenheit, sich vielfältige Möglichkeiten der Unterhaltung, der Herstellung von Wohlbefinden und der Bewältigung von Problemen, Anspannung und des Erhalts eines positiven Selbstwertgefühls zu verschaffen. Dadurch sind sie gefährdet, bei den selbst gefundenen und in der Umgebung vorzufindenden „Ersatzmitteln“ zu bleiben, den Konsum zu steigern und davon abhängig zu werden (Klauß 2014). Möglicherweise spielt auch eine **fehlende Bildung** im Bereich der Unterhaltung, der Tagesgestaltung, aber auch des Eingehens sozialer Beziehungen eine bedeutende Rolle (Klauß 2014).

Ebenfalls unterscheidet sich der Konsum nach der Betreuungsform von Menschen mit geistiger Behinderung:

- Im ambulant betreuten Wohnen und in Werkstätten zeigen sich die häufigsten Probleme durch Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit (Klauß 2003; Kretschmann-Weelink 2013).
- Generell wird die Suchtabhängigkeit und -gefährdung in Tagesförderstätten am geringsten wahrgenommen im Vergleich zu WfbM, Wohnheimen und Außenwohngruppen (Klauß 2003).
- Die Ergebnisse der Erhebungen deuten darauf hin, dass mit abnehmender Betreuungsintensität 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 (Klauß 2003; Kretschmann-Weelink 2013; Schinner 2015).

Folgen des Substanzkonsums bei Menschen mit geistiger Behinderung

Als Folgen des Substanzkonsums werden bei Menschen mit geistiger Behinderung körperliche (z. B. Konzentrationsstörungen), psychische (z. B. vermindertes Selbstwertgefühl), soziale (z. B. soziale Isolation) und finanzielle Probleme (z. B. hohe Ausgaben aufgrund des Konsums) genannt (Sarrazin/Fengels 2012; Taggart et al. 2006). In der Erhebung von Hörning und Kretschmann-Weelink wurden von den befragten Einrichtungen mit 35 % am häufigsten Krankheiten und Verletzungen sowie Fehlzeiten bei der Arbeit, mit 32 % aggressives Verhalten und Beziehungsstörungen zu Bezugspersonen genannt. Auch nachlassende Körperhygiene und verminderte Leistungsfähigkeit, Krankenhausaufenthalte, Entgiftungen und Medikamenteneinnahme sowie delinquentes Verhalten werden als Folgen angegeben (Kretschmann-Weelink 2013).

Insgesamt verdeutlicht dieser Abschnitt, dass Menschen mit geistiger Behinderung ebenfalls wie die Allgemeinbevölkerung Substanzmittel konsumieren und negative Konsequenzen durch problematischen und exzessiven Konsum entstehen. Von Bedeutung beim Konsum von Substanzen ist das Normalisierungsprinzip, womit die erhöhte Eigenverantwortung und ein selbstbestimmteres Leben der Menschen mit geistiger Behinderung ermöglicht wird. Dies bedeutet jedoch auch unter Umständen einen leichteren Zugang zu Substanzmittel und weniger Regulierung.

1.2.2 Verhaltenssüchte

Unter Verhaltenssüchten sind exzessive Verhaltensweisen zu verstehen, die „Ähnlichkeiten mit der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen aufweisen“ (Rumpf 2012). Der Suchteffekt ergibt sich nicht aus der Einnahme von Substanzen, sondern aus körpereigenen biochemischen Prozessen, die durch exzessive und belohnende Verhaltensweisen hervorgerufen werden (Wölfig 2014: 35). Laut ICD-10 sind Verhaltenssüchte jedoch als Impulskontrollstörung klassifiziert und stehen den Zwangsstörungen nahe, nicht aber den substanzbezogenen Störungen (Petersen 2014: 28). Offiziell wurde die Glücksspielsucht als die erste Abhängigkeitserkrankung im DSM-5 (Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen) aufgenommen (Laging 2020: 16; Ullrich 2016: 5). Zusätzlich wurde die Computerspielabhängigkeit in den Anhang des DSM-5 als Forschungsdiagnose integriert und Diagnosekriterien formuliert (Rehbein et al. 2013). Weitere Verhaltenssüchte, wie Sexsucht, Essstörungen und pathologisches Kaufen sind nicht als Abhängigkeitserkrankung in ICD-10 und DSM-5 anerkannt (Rumpf 2012)². Bei allen Verhaltenssüchten erfolgt eine intensive Beschäftigung mit entsprechenden Verhaltensweisen und betroffene Personen weisen eine verminderte Kontrollfähigkeit auf, sodass ein unwiderstehliches Verlangen nach dem Verhalten stattfindet. Trotz der mit dem Verhalten einhergehender Gefahr für sich und andere Personen, wird das Verhalten exzessiv ausgeführt. Negative psychosoziale Konsequenzen und Entzugserscheinungen sind möglich. Ebenfalls kann eine Toleranzentwicklung damit verbunden sein, bei der die Intensität der Verhaltensweise kontinuierlich gesteigert wird (Mann/Fauth-Bühler 2014: 3 f.).

- **Glücksspielsucht:** Das pathologische Glücksspiel beinhaltet ein dauerhaftes und wiederholendes Spielen, welches trotz negativer Konsequenzen umgesetzt wird und bei Bedarf eine Steigerung des Verhaltens umfasst. Es werden nicht nur chronische Verlaufsformen von Glücksspiel festgestellt, sondern auch episodische und kurvenförmige Varianten. Mit der Glücksspielsucht können negative Folgen verbunden

² Diese werden nicht der Sucht zugeordnet, sondern anderen diagnostischen Kategorien. Pathologisches Kaufen wird als Impulskontrollstörung eingeordnet, während Sexsucht als „Hypersexuelle Störung“ als Form einer sexuellen Dysfunktion im DSM-5 betrachtet wird. Dennoch sind hier auch Ähnlichkeiten mit dem Abhängigkeitssyndrom zu erkennen, weshalb eine Erweiterung des Sucht- und Abhängigkeitsbegriffs nahegelegt wird (Rumpf 2012; Mann et al. 2013).

sein, wie Verschuldung, erhöhtes Suizidrisiko, Kriminalität und soziale Isolation (Böning et al. 2013: 563). Als Risikofaktoren für Glücksspielsucht gelten eine geringe Bildung, Migrationshintergrund und Arbeitslosigkeit. Darüber hinaus scheinen Männer häufig von pathologischem Glücksspiel betroffen zu sein (Böning et al. 2013: 563; Müller/Giralt 2014: 65).

- **Computerspiel- und Internetsucht:** Computerspiel- und Internetsucht wird als ein Phänomen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen angesehen (Petersen/Steffen 2014: 103).
- **Kaufsucht:** Im Vordergrund steht das positive Erleben beim Kauf und weniger das Besitzen von Gütern. Es erfolgt als eine impulsive Reaktion auf negative Gefühle, Ereignisse und niedrigem Selbstbewusstsein (Mann et al. 2013). Mit der Kaufsucht sind negative Konsequenzen verbunden, wie Verschuldung, familiäre Konflikte und psychische Störungen (Müller/Voth 2014: 128).

Verhaltenssüchte bei Menschen mit geistiger Behinderung

Neben der Verbreitung stoffgebundener Süchte bei Menschen mit geistiger Behinderung sind auch Verhaltenssüchte bei der Personengruppe von Bedeutung (Abel 2020; Kretschmann-Weelink 2013). In Studien konnten problematische Verhaltensweisen mit übermäßigem und unkontrolliertem Essverhalten sowie Spiel- und Mediensucht auch bei Menschen mit geistiger Behinderung nachgewiesen werden (Kretschmann-Weelink 2013; Neugebauer et al. 2018; Sarrazin/Fengels 2012).

Eine Erhebung der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen (Neugebauer et al. 2018) bei Mitarbeitenden aus Einrichtungen der Sucht- und Behindertenhilfe (19 Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtabhängige und 81 Einrichtungen der Behindertenhilfe) ergab, dass Esssucht, pathologisches Glücksspiel, problematischer Internet-/ PC-Gebrauch und Kaufsucht bei Menschen mit geistiger Behinderung von Bedeutung sind. Esssucht und problematischer Internet-/PC-Gebrauch werden in 35,8 % der Einrichtungen der Behindertenhilfe als problematische Verhaltensweisen genannt, sowie Glücksspiel in 30,9 % und Sonstiges wie z. B. Kaufsucht in 17,3 % der Einrichtungen. Es handelt sich dabei jedoch nicht um Diagnosen, sondern die subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden in den jeweiligen Einrichtungen der Behindertenhilfe. 26,3 % der Einrichtungen der Suchthilfe geben an, dass Verhaltenssüchte wie Medien, pathologisches Glücksspiel und Essstörungen dazu geführt haben, dass Menschen mit geistiger Behinderung die Suchthilfeeinrichtung aufsuchten. Angaben zur Anzahl an Personen mit problematischem Suchtverhalten konnten dabei nicht gemacht werden.

Die Ergebnisse verdeutlichen weiterhin, dass mehr als ein Drittel der befragten Einrichtungen der Behindertenhilfe einen problematischen Internet- und PC-Gebrauch sowie Esssucht bei den Menschen mit geistiger Behinderung wahrnehmen, gefolgt von pathologischem Glücksspiel und sonstigem problematischem Verhalten, wie Kaufsucht (Neugebauer et al. 2018: 20).

Wie die Studienergebnisse verdeutlichen, scheint bei Menschen mit geistiger Behinderung Esssucht und Adipositas ein weit verbreitetes Problem darzustellen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Verhaltenssüchte bei Menschen mit geistiger Behinderung ebenfalls neben den stoffgebundenen Süchten eine Rolle spielen und diese Verhaltensweisen teils exzessiv betrieben werden. Die damit einhergehenden finanziellen, sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden. Aus diesem Grund müssen Verhaltenssüchte ebenfalls in Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden.

1.3 Zusammenfassung

Substanzmittelkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung ist ein bisher kaum bearbeitetes Thema in der Wissenschaft und auch in der Praxis bislang von geringer Bedeutung. Wie die hier aufgeführten Studienergebnisse zu den substanzgebundenen und substanzungebundenen Suchtmitteln verdeutlichen, sind Suchtmittel – insbesondere Alkohol und Tabak – auch bei Menschen mit geistiger Behinderung verbreitet. Dabei sind sowohl unproblematische als auch problematische Konsummuster vorhanden, von einer gelegentlichen Einnahme von Substanzen und Auftreten eines bestimmten Verhaltens bis zu exzessivem Substanzkonsum, wie Rauschtrinken und Verhaltensweisen (Kretschmann-Weelink 2013: 112).

In der Gesamtschau wird auch deutlich, dass die repräsentativen Surveys zum Thema Substanzmittelkonsum und Süchten in Deutschland sich ausschließlich auf Menschen ohne Behinderungen beziehen. Daher stammen die berichteten Ergebnisse zu den Konsumhäufigkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung meist aus individuellen Studien, die in Deutschland von unterschiedlichen Wissenschaftler*innen, Praktiker*innen der Sucht- oder Behindertenhilfe durchgeführt wurden (Hörning/Kretschmann-Weelink 2012; Klauß 2003; Neugebauer et al. 2018; Sarrazin/Fengels 2012; Schubert/Theunissen 2005). Wichtig ist, dass die Suchterkrankung nicht als Symptom der geistigen Behinderung, sondern als eigenständige Erkrankung anzusehen ist und somit auch als eigenständige Störung behandelt wird (Schinner 2015).

1.4 Schlüsselbegriffe

Abhängigkeitssyndrom:

„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. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren“ (Dilling et al. 2016: 114). Laut ICD-10 sollte die Diagnose Abhängigkeit nur dann gestellt werden, „wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x.3 und F1x.4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nah verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.

6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.“ (Dilling et al. 2016: 115).

Alkopops

„Alkopops sind Fertiggerichtsaufbauten auf der Basis von Rum, Wodka und anderen Spirituosen, in denen der Alkohol geschmacklich meist durch die Süße von Limonaden oder Fruchtsäften überdeckt wird und die im Durchschnitt einen Alkoholgehalt von 5 bis 6 Volumenprozent haben“ (Habermann-Horstmeier 2018b: 139).

Beeinträchtigung

„Liegt aufgrund einer Schädigung von Körperfunktionen oder Körperstrukturen eine verminderte Leistungsfähigkeit, z. B. beim Sehen, Hören, Gehen etc. vor, handelt es sich um eine Beeinträchtigung“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2016).

Behinderung

„Erst wenn im Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung Teilhabe und Aktivitäten durch ungünstige Kontextbedingungen dauerhaft eingeschränkt werden, wird in diesem Bericht abweichend vom Sprachgebrauch des SGB IX und der → ICF und dem Behinderungsverständnis der → UN-BRK entsprechend von Behinderung gesprochen“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2016).

Epidemiologie

„Epidemiologie ist die Lehre von der Häufigkeit und von den Determinanten gesundheitsbezogener Zustände und Ereignisse in einer Bevölkerung. Dies schließt die Untersuchung von Gesundheitspotenzialen und Versorgungsaspekten ein. Die Epidemiologie stellt eine Kerndisziplin der Gesundheitswissenschaften/Public Health dar“ (Kuhn/Bolte 2020).

Substanzmissbrauch/schädlicher Gebrauch:

„Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten. Schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen. Die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft ist kein Beweis für den schädlichen Gebrauch, ebenso wenig wie etwaige negative soziale Folgen z. B. Inhaftierung oder Eheprobleme. Eine akute Intoxikation (siehe F1x.0) oder ein ‚Kater‘ (hangover) beweisen allein noch nicht den ‚Gesundheitsschaden‘, der für die Diagnose schädlicher Gebrauch erforderlich ist. Schädlicher Gebrauch ist bei einem Abhängigkeitssyndrom (F1x.2), einer psychotischen Störung (F1x.5) oder bei anderen spezifischen alkohol- oder substanzbedingten Störungen nicht zu diagnostizieren“ (Dilling et al. 2016: 114).

1.5 Merksätze

- Auch wenn die Suchtproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung lange nicht als Thema betrachtet wurde, gewinnt die Suchtproblematik laut deutschen und internationalen Studien immer mehr an Bedeutung.

- Die Normalisierung führt dazu, dass viele Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmteres Leben führen können, was auch beinhaltet, dass sie mehr Möglichkeiten haben, Alkohol oder Drogen zu konsumieren oder Verhaltenssüchte zu zeigen.
- Der Konsum von Alkohol und Nikotin von Menschen mit geistiger Behinderung gleicht sich dem Konsum der Allgemeinbevölkerung an.
- Zu den vielfältigen Gründen für Substanzmittelkonsum, die auch in der Allgemeinbevölkerung zu finden sind, sind bei Menschen mit geistiger Behinderung weitere Faktoren zu zählen. Bspw. spielen mangelnde Problemlösefähigkeiten, der Wunsch nach mehr Selbstbestimmung und einem Dazugehören eine große Rolle. Für die Suchthilfe ist es wichtig, diese zusätzlichen Konsumgründe zu beleuchten.
- Folgen des Substanzmittelkonsums bei Menschen mit geistiger Behinderung können zum einen Krankheiten und Verletzungen oder nachlassende Körperhygiene, aber auch Fehlzeiten bei der Arbeit oder aggressives und delinquentes Verhalten sein. Zudem können Beziehungen zu Bezugspersonen gestört sein.

1.6 Lernkontrolle/ Praxisaufgabe

1. Wie wird Sucht, Abhängigkeit und Missbrauch definiert?
2. Was sind psychotrope Substanzen?
3. Was wird unter Verhaltenssüchten verstanden?
4. Was sind Bedingungsfaktoren einer Sucht allgemein? Was sind Faktoren, die eine Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung begünstigen?
5. Was sind mögliche Folgen eines problematischen Substanzmittelkonsums und Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung?

1.7 Quellennachweise

Abel, T. (2020): Beratungshandbuch Teil 1. Grundlagen der Beratungsarbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum). Wiesbaden.

Atzendorf, J.; Rauschert, C.; Seitz, N.-N.; Lochbühler, K.; Kraus, L. (2019): Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt 116 (35-36): 577–584.

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. Online verfügbar unter: https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_d_utsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2. (abgerufen am: 16.04.2021).

Beck, A.; Rosenthal, A.; Müller, C.; Heinz, A.; Charlet, K. (2017): Alkohol. In: von Heyden, M.; Jungaberle, H.; Majić, T. (Hrsg.): Handbuch Psychoaktive Substanzen. Berlin, Heidelberg: Springer: 1–28.

- Böning, J.; Meyer, G.; Hayer, T. (2013): Glücksspielsucht. *Der Nervenarzt* 84 (5): 563–568.
- Bühler, A.; Bühringer, G. (2014): Prävention von substanzbezogenen Störungen. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG: 255–265.
- Bühringer, G.; Behrendt, S. (2011): Begriffsbestimmungen. In: Singer, M.; Batra, A.; Mann, K. (Hrsg.): *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag: 65–72.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung.). Bonn.
- 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. Online verfügbar unter: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/geistige-behinderung.php>. (abgerufen am: 16.04.2021).
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) (2015): *Fachexpertise Geistige Behinderung und Sucht. Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe*. Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2020b): Info-Blatt "Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019". Online verfügbar unter: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/BZgA_Info-Blatt_DAS2019_Teilband_Computer_Internet_201215.pdf. (abgerufen am: 12.02.2021).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2020a): Info-Blatt "Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019". Online verfügbar unter: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Info-Blatt_01._Juli_2020.pdf. (abgerufen am: 12.02.2021).
- Carroll Chapman, S. L.; Wu, L.-T. (2012): Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities* 33 (4): 1147–1156.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2013): *Tabakabhängigkeit*. 4. Aufl. Hamm: DHS e.V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2020b): *Alkohol. Basisinformation*. 16. Aufl. Hamm: DHS e.V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2018a): *Alkohol. Die Sucht und ihre Stoffe. (Die Sucht und ihre Stoffe)*. Hamm.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2020a): *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 1*. 9. Aufl. Hamm: DHS e.V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (o. J.): *Illegale Drogen*. Online verfügbar unter: <https://www.dhs.de/suechte/illegale-drogen>. (abgerufen am: 14.12.2020).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2018b): *Nikotin. Die Sucht und ihre Stoffe. (Die Sucht und ihre Stoffe)*. Hamm.

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2020c): Tabak. Basisinformation. 10. Aufl. Hamm: DHS e.V.
- Deutsches Krebsforschungszentrum; Pötschke-Langer, M.; Kahnert, S.; Schaller, K.; Viariso, V.; Heidt, C.; Schunk, S.; Mons, U.; Fode, K. (2015): Tabakatlas Deutschland 2015. 1. Aufl. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Diden, 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. *Research in developmental disabilities* 30 (5): 927–932.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H.; Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2016): Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. ICD–10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Hogrefe.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2015): Intelligenzminderung (F70-F79). Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2016/block-f70-f79.htm>. (abgerufen am: 16.04.2021).
- Emerson, E.; Brigham, P. (2013): Health behaviours and mental health status of parents with intellectual disabilities: cross sectional study. *Public health* 127 (12): 1111–1116.
- Falkai, P.; Wittchen, H.-U.; Döpfner, M.; Gaebel, W.; Maier, W.; Rief, W.; Saß, H.; Zaudig, M. (Hrsg.) (2018): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. Göttingen: Hogrefe.
- Geschwinde, T. (2018): Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen. 8. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Habermann-Horstmeier, L. (2018): Gesundheitsförderung in Behindertenwohneinrichtungen. Zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod. 1. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- Hassiotis, A.; Strydom, A.; Hall, I.; Ali, A.; Lawrence-Smith, G.; Meltzer, H.; Head, J.; Bebbington, P. (2008): Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of intellectual disability research* 52 (Pt 2): 95–106.
- Häßler, F. (2011): Intelligenzminderung. Eine ärztliche Herausforderung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Hörning, M.; Kretschmann-Weelink, M. (2012): Ergebnisse der Vollerhebung NRW "Geistige Behinderung und Sucht". In: LWL Koordinationsstelle Sucht; Diakonische Stiftung Wittekindshof (Hrsg.): Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 30–36.
- John, U.; Hanke, M.; Freyer-Adam, J.; Baumann, S.; Meyer, C. (2020): Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2020. Lengerich: Pabst Science Publishers: 33–48.
- Jung, F.; Nachtigal, P. (2018): Suchtselbsthilfe für Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Praxisbericht). Bremen.
- Klauß, T. (2014): Sucht - (k)ein Thema für Menschen mit geistiger Behinderung? Pädagogische Sicht). Berlin.

- Klauß, T. (Hrsg.) (2003): Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit Geistiger Behinderung.
- 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). Gevelsberg.
- Kretschmann-Weelink, M. (2006): Projektdokumentation zum Modellprojekt "Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik". Münster.
- Kuhn/Bolte (2020): Epidemiologie und Sozialepidemiologie. Online verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/epidemiologie-und-sozialepidemiologie/>. (abgerufen am: 15.03.2021).
- Laging, M. (2020): Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen - Konzepte - Methoden. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Lange, J. (2020): Intelligenzminderung und Schuldfähigkeit. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 14 (4): 419–429.
- Mann, K.; Fauth-Bühler, M. (2014): Konzept und Positionierung der Verhaltenssuchte in der Klassifikation psychischer Erkrankungen. In: Mann, K. (Hrsg.): Verhaltenssuchte. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention. Berlin, Heidelberg: Springer: 1–9.
- Mann, K.; Fauth-Bühler, M.; Seiferth, N.; Heinz, A.; Expertengruppe Verhaltenssuchte der DGPPN (2013): Konzept der Verhaltenssuchte und Grenzen des Suchtbegriffs. Der Nervenarzt 84 (5): 548–556.
- McGillivray, J. A.; Moore, M. R. (2001): Substance use by offenders with mild intellectual disability. Journal of Intellectual & Developmental Disability 26 (4): 297–310.
- Meyer, C.; Rumpf, H.-J.; Kreuzer, A.; de Brito, S.; Glorius, S.; Jeske, C.; Kastirke, N.; Porz, S.; Schön, D.; Westram, A.; Klinger, D.; Goeze, C.; Bischof, G.; John, U. (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE). Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport). Greifswald, Lübeck.
- Müller, A.; Voth, E. M. (2014): Suchtartiges Kaufverhalten. In: Bilke-Hentsch, O.; Wölfling, K.; Batra, A.; Bilke-Hentsch, O.; Wölfling, K.; Batra, A. (Hrsg.): Praxisbuch Verhaltenssucht. Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag: 128–139.
- Müller, K.; Giral, S. (2014): Spezifische Epidemiologie. In: Bilke-Hentsch, O.; Wölfling, K.; Batra, A.; Bilke-Hentsch, O.; Wölfling, K.; Batra, A. (Hrsg.): Praxisbuch Verhaltenssucht. Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag: 65–67.
- Neugebauer, F.; Foof, A.; Schütz, E.; Hardeling, A. (2018): Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe. Projektdokumentation und Abschlussbericht. Berichtszeitraum 01.09.2017 - 28.02.2018. Potsdam.
- Petersen, K. U. (2014): Methodische klassifikatorische Fragestellung. In: Bilke-Hentsch, O.; Wölfling, K.; Batra, A.; Bilke-Hentsch, O.; Wölfling, K.; Batra, A. (Hrsg.): Praxisbuch Verhaltenssucht. Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag: 27–31.

- Petersen, K. U.; Steffen, S. (2014): Spezifische Epidemiologie. In: Bilke-Hentsch, O.; Wölfling, K.; Batra, A.; Bilke-Hentsch, O.; Wölfling, K.; Batra, A. (Hrsg.): Praxisbuch Verhaltenssucht. Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag: 102–104.
- Rehbein, F.; Mößle, T.; Arnaud, N.; Rumpf, H.-J. (2013): Computerspiel- und Internetsucht. Der aktuelle Forschungsstand. *Der Nervenarzt* 84 (5): 569–575.
- Rumpf, H.-J. (2012): Die Grenzen des Suchtbegriffs. *SUCHT* 58 (2): 81–83.
- 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. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 73–88.
- 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. Ergänzbare Handbuch zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin, Marburg: Lebenshilfe-Verlag: 1–5.
- Schubert, M.; Theunissen, G. (2005): Alkoholkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer landesweiten Erhebung in Sachsen-Anhalt. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 74 (4): 312–325.
- Seitz, N.-N.; Lochbühler, K.; Atzendorf, J.; Rauschert, C.; Pfeiffer-Gerschel, T.; Kraus, L. (2019): Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Auswertung des Epidemiologischen Suchtsurveys von 1995 bis 2018. *Deutsches Ärzteblatt* 116 (35-36): 585–591.
- Settertobulte, W. (2019): Alkoholkonsum – ein wichtiges Feld der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M.; Mohokum, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege - Therapie - Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer: 1–10.
- Soyka, M.; Küfner, H.; Feuerlein, W.; Dittmann, V. (2008): Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie. 6., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Taggart, L.; McLaughlin, D.; Quinn, B.; Milligan, V. (2006): An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research* 50 (8): 588–597.
- Ullrich, J. (2016): Sucht, Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch. Klassifikationen und Erklärungsansätze. In: von Heyden, M.; Jungaberle, H.; Majić, T. (Hrsg.): Handbuch Psychoaktive Substanzen. Berlin, Heidelberg: Springer: 1–11.
- van der Nagel, J.; Kiewik, M.; Buitelaar, J.; DeJong, C. (2011): Staff Perspectives of Substance Use and Misuse Among Adults With Intellectual Disabilities Enrolled in Dutch Disability Services. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 8 (3): 143–149.
- van Duijvenbode, N.; van der Nagel, J. E. L. (2019): A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *European addiction research* 25: 263–282.

Wölfling, K. (2014): Erklärungsmodelle der Verhaltenssucht. In: Bilke-Hentsch, O.; Wölfling, K.; Batra, A.; Bilke-Hentsch, O.; Wölfling, K.; Batra, A. (Hrsg.): Praxisbuch Verhaltenssucht. Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag: 31–35.

1.8 Weiterführende Links

aktionberatung – einfach.gut.beraten (o. J.): Projekt „Geistige Behinderung und problematischer Substanzkonsum. Verfügbar unter: <https://www.aktionberatung.de/> (abgerufen am: 01.06.2021).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o. J.): Suchtprävention. Verfügbar unter: <https://www.bzga.de/programme-und-aktivitaeten/suchtpraevention/> (abgerufen am: 01.06.2021).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (o. J.): Süchte. Verfügbar unter: <https://www.dhs.de/suechte> (abgerufen am: 01.06.2021).

LWL-Koordinationsstelle Sucht (o. J.): Datenbank Geistige Behinderung und Sucht. Verfügbar unter: <https://www.lwl-ks.de/de/schwerpunkte/geistige-behinderung-und-sucht/> (abgerufen am: 01.06.2021).

2 Komorbidität Sucht und Behinderung

2.1 Lernziel

Menschen mit geistiger Behinderung sind häufiger von somatischen Erkrankungen und dies in mehrfacher Weise durch sog. Komorbiditäten betroffen. Das Kapitel gibt einen Überblick über typische (chronische) somatische sowie syndromspezifische (d. h. behinderungsspezifische) Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Die Leserschaft lernt zwischen Verhaltensauffälligkeiten bzw. -störungen und psychischen Störungen als komorbide Krankheitslast bei Menschen mit geistiger Behinderung zu unterscheiden. Substanzmittelkonsum und Sucht werden als sog. Verhaltensauffälligkeit und als eine unabhängig von der geistigen Behinderung zu betrachtende Komorbidität definiert und erläutert. Wie in Kapitel 1 bereits beschrieben wurde, handelt es sich bei einer manifestierten Sucht um ein eigenständiges Krankheitsbild, welches unabhängig von einer geistigen Behinderung auftreten kann und zu betrachten ist. Da die komorbide Krankheitslast und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung insbesondere in Einrichtungen der Behindertenhilfe mit Psychopharmaka und weiteren Medikationen häufig nicht nur als Monotherapie, sondern als Polypharmazie behandelt wird, sind Neben- und Wechselwirkungen – insbesondere bei gleichzeitigem Alkoholkonsum – wichtig zu kennen und zu erkennen.

2.2 Komorbidität und Sucht bei geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung weisen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko, häufigere Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen auf und leben häufiger mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sog. Mehrfachbehinderungen oder mehrfachen Erkrankungen – bekannt als Komorbidität und Multimorbidität³ – als Menschen ohne Behinderung. Die Erkrankungsmuster können sich unterschiedlich äußern und mit der Ursache der Behinderung zusammenhängen (Sappok et al. 2019).

Menschen mit geistiger Behinderung haben oftmals Erkrankungen wie z. B. zerebrale Lähmungen, sensorische Störungen, Epilepsie mit schweren und ständigen Anfällen, rezidivierende Infektionen der Atemwege, Muskelschwund, Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auffällig ist, dass Menschen mit geistiger Behinderung eine hohe Prävalenzrate von vielen unbehandelten, aber behandelbaren einfacheren Erkrankungen (wie Hör-/Seherschädigung und Schilddrüsen-Erkrankungen) aufweisen (Habermann-Horstmeier 2018; Haveman/Stöppler 2014; Stöppler 2017). Sie haben häufig unbehandelte spezifische Gesundheitsprobleme, die im Zusammenhang mit der individuellen Behinderung stehen, wie bspw. Demenz bei Menschen mit Down-Syndrom (Häßler 2011: 81). Des Weiteren fällt die sehr geringe Teilnahme an allgemeinen Gesundheitschecks (wie Blutdruckkontrolle) und an Vorsorgeuntersuchungen auf.

Auch erkranken Menschen mit geistiger Behinderung häufiger an psychischen Störungen als die Allgemeinbevölkerung (Schützwohl/Sappok 2020). Zudem zeigen sie häufig Verhaltensauffälligkeiten, die ebenfalls einen psychiatrisch-psychotherapeutischen

³ Komorbiditäten sind (Begleit-) Erkrankungen oder gesundheitliche Probleme, die zusätzlich zu einer bestehenden Index- bzw. Grunderkrankung vorliegen und den Krankheitsverlauf oder die Prognose der Grunderkrankung negativ beeinflussen können. Die Grunderkrankung geht der Komorbidität dabei voraus. Multimorbiditäten hingegen liegen dann vor, wenn zwei Erkrankungen gleichzeitig bestehen. Dabei ist allerdings keine der Erkrankungen vorrangig vor der anderen zu sehen.

Versorgungsbedarf implizieren. Dieser erfordert angesichts der Einschränkungen der Kognition und der damit verbundenen Schwierigkeiten in der Anamnese- und Befunderhebung sowie häufiger körperlicher Multimorbiditäten und seltener Erkrankungen ein spezifisches Fachwissen (Habermann-Horstmeier 2018; Häßler 2011; Sappok et al. 2019; Schützwohl/Sappok 2020).

Mit Multimorbiditäten sind häufig sog. „Mehrfachdiagnosen“ gemeint, wie bspw. psychisch krank und geistig behindert. Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten wurden in der Vergangenheit häufig als Ausdruck einer geistigen Behinderung – als quasi wesensbedingte Erscheinungsform – aufgefasst und bspw. als unmittelbare Folge von geistiger Behinderung, Hirnstörung, Stoffwechselstörung oder anderen organischen Beeinträchtigungen angesehen (Beer 2012: 13).

Mittlerweile ist diese Auffassung überholt und auch Menschen mit geistiger Behinderung können die gleichen Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen aufweisen wie Menschen ohne Behinderung auch. Somit „dürfen Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen (...) nicht einzig und allein als personen-inhärente Merkmale oder Probleme ausgelegt werden – und erst recht nicht als „genetisch festgelegte Verhaltensmuster“ (Ling/Theunissen 2000: 21, zit. n. Beer 2012: 14), die genuin an die geistige Behinderung gekoppelt sind.

Da Verhaltensauffälligkeiten auch das Suchtverhalten umfassen (Häßler et al. 2014; Lange 2020), wie Alkohol-, Drogen-, Kaffee- oder Medikamentenabhängigkeit, sind Doppeldiagnosen nicht mehr als genetisch festgelegte Verhaltensmuster, sondern als das reziproke Zusammenwirken biologisch-organischer, psychischer und sozialer Aspekte zu verstehen (Beer 2012). Daher sind Süchte und Abhängigkeiten als eigenständige Erkrankung – wie für Menschen ohne Behinderung auch – zu betrachten und als solche auch zu behandeln (Abel 2020; Häßler 2011; Kretschmann-Weelink 2013). Nahezu alle Untersuchungen kommen mittlerweile zu der Schlussfolgerung, dass eine Intelligenzminderung⁴ allein kein erhöhtes Risiko für einen (übermäßigen) Substanzmittelkonsum darstellt (Häßler 2011: 89).

In Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung sind suchtbegünstigende Faktoren – wie bei Menschen ohne Behinderung auch – zu berücksichtigen, um diese Faktoren zu verstehen und erkennen zu können. Neben einer u. a. geringeren Selbstkontrolle, einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls oder dem Wunsch nach sozialer Anerkennung und Zugehörigkeit, sind auch höhere Komorbiditäten mit Erkrankungen, wie Depression oder Posttraumatischen Belastungsstörungen zu berücksichtigen (Abel 2020: 15).

Gerade im Zusammenspiel mit einer (Dauer-)Medikation oder gleichzeitiger Verabreichung mehrerer Medikationen (Polypharmazie) ist der Substanzkonsum (insbesondere in Form eines Alkoholabusus) besonders kritisch zu betrachten und von den Betreuungspersonen in der Behindertenhilfe zu erkennen.

⁴ Einige Autor*innen sprechen von Menschen mit Intelligenzminderung (siehe dazu die Definition in Kapitel 1). Daher wird im Text, wenn Literatur von den Autor*innen zitiert wird, die Bezeichnung beibehalten. Ansonsten wird analog die Bezeichnung Menschen mit geistiger Behinderung verwendet.

2.2.1 Komorbidität und Multimorbidität⁵ bei Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung leben häufig mit einem syndrombedingt erhöhten Gesundheitsrisiko und dadurch bedingt meist mit mehreren somatischen Erkrankungen oder komplexen Mehrfachbehinderungen (Stöppler 2017: 120). Mit fortschreitendem Alter nimmt das Risiko für Krankheiten (z. B. Demenz, Herz-Kreislaufkrankungen) wie in der Allgemeinbevölkerung – jedoch auf höherem Niveau – zu (Haveman/Stöppler 2014). Bei Menschen mit geistiger Behinderung findet ein normaler körperlicher Alterungsprozess wie bei Menschen ohne Behinderung statt, der individuell unterschiedlich verlaufen kann. Vor allem chronische Krankheiten treten bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich mit der allgemeinen Bevölkerung häufiger auf. Dies liegt vor allem daran, dass Erkrankungen oftmals gar nicht oder erst viel später erkannt und behandelt werden, was zu einer Multimorbidität – d. h. mehrfachen Krankheitslast – führen kann. Zu nennen sind hier Beeinträchtigungen des Sehens und Hörens, des Stütz- und Bewegungsapparates, des Herz- und Kreislaufsystems, des Verdauungssystems, der Nieren und Blase, der Geschlechtsorgane, der Schilddrüse, des Immunsystems sowie Hepatitis (Haveman/Stöppler 2014).

Typische (chronische) Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Inzwischen weisen etwa 1,5 Millionen Menschen in Deutschland eine geistige Behinderung auf (Sappok et al. 2019). Diese Bevölkerungsgruppe ist besonders gefährdet für diverse chronische bzw. körperliche und psychische Erkrankungen (Sappok et al. 2019). Menschen mit Intelligenzminderung sind nicht nur vulnerabler bzw. anfälliger für das Auftreten koinzidenter somatischer Störungen und Erkrankungen, sondern auch für psychische Störungen sowie impulsive und aggressive Verhaltensauffälligkeiten (Häßler 2016).

Morbidität und Mortalität sind bei Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung teilweise deutlich erhöht. Die Studienlage verdeutlicht, dass eine hohe Anzahl an Menschen mit geistiger Behinderung unter komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Mehrfachbehinderungen und Multimorbiditäten leidet (Haveman/Stöppler 2014; Sappok et al. 2019). Diese Menschen haben meist mehr Erkrankungen und zusätzliche Gesundheitsstörungen als Menschen ohne Behinderung (Stöppler 2017: 129), wie bspw. häufigere Krankheiten des Herzkreislaufsystems, des Magen-Darm-Traktes und der Atemwege (Habermann-Horstmeier 2018; Häßler 2011).

Verhaltensauffälligkeiten/-störungen vs. psychische Störungen

Generell werden die Bezeichnungen Verhaltensauffälligkeiten, -probleme und -störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig synonym verwendet. Unter Verhaltensstörungen fallen syndrombedingte Verhaltensstörungen, bei denen das auffällige Verhalten zum Behinderungsbild bei einem genetischen Behinderungssyndrom gehören (Habermann-Horstmeier 2018). Zumeist werden Verhaltensauffälligkeiten, -probleme bzw. -störungen als kulturell unangemessenes Verhalten im Rahmen der geistigen Behinderung verstanden und abgegrenzt von komorbiden psychischen Störungen (Lange 2020), wobei eine eindeutige

⁵ Es existieren zahlreiche Definitionen und Operationalisierungen von Multimorbidität. In der Leitlinie der DEGAM „Multimorbidität - S3-Leitlinie (AWMF-Register-Nr. 053-047, DEGAM-Leitlinie Nr. 20) wird Multimorbidität bezeichnet als „(...) das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen (drei oder mehr), wobei nicht eine einzelne Erkrankung im besonderen Fokus der Aufmerksamkeit steht und Zusammenhänge zwischen den Krankheiten zwar bestehen können (z. B. über geteilte Risikofaktoren, oder bei Folgeerkrankungen), aber nicht müssen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) 2017).

Abgrenzung von Verhaltensproblemen und psychischen Störungen nicht immer möglich ist (Häßler et al. 2014).

Psychische Störungen sind häufiger bei Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vorzufinden (Habermann-Horstmeier 2018; Schützwahl/Sappok 2020). Im Vergleich zur „Normalbevölkerung“ geht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von einer 3- bis 4-fach erhöhten Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung aus (Sappok et al. 2019; Sappok et al. 2010). In der Übersichtsarbeit von Sappok et al. (2010) wird genauer auf die Ergebnisse einer populationsbasierten Studie eingegangen: Schätzungsweise weisen etwa 28,3 % der Menschen mit geistiger Behinderung eine psychische Störung bzw. Erkrankung auf.

Menschen mit Intelligenzminderung leiden häufig an **komorbid auftretenden psychischen Störungen** (Lange 2020; Schützwahl/Sappok 2020). Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung äußern sich oftmals durch auffälliges Verhalten und münden häufig in manifesten Verhaltensauffälligkeiten (Habermann-Horstmeier 2018: 118). In der Gesamtschau wird aus Studien deutlich, dass ca. jeder zweite Mensch mit geistiger Behinderung Verhaltensstörungen und/oder eine komorbide psychische Störung aufweist (Lange 2020: 423). In Tabelle 6 werden die jeweiligen Punktprävalenzen der hier aufgezeigten (chronischen) Erkrankungen für Menschen mit geistiger Behinderung prozentual dargestellt.

Tabelle 6: Punktprävalenzen der chronischen Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Art der chronischen Erkrankung	Punktprävalenz		
	leichte IM	schwere IM	leichte u. schwere IM (kein Unterschied)
Epilepsie	15 %	30-50 %	
Gastrointestinale Störungen	< 50 %	> 50 %	
Kardiovaskuläre Erkrankungen			12 %
Psychiatrische Störungen (Substanzabhängigkeit, Schizophrenie, Affektive Störungen, Angststörungen, Traumafolgestörungen, Autismus-Spektrum-Störungen)			20 %
Schwerwiegende Verhaltensstörungen (ohne somatische und/oder psychische Erkrankung)			25 %
Substanzabhängigkeit	1,8 %	0,5 %	
Schizophrenie	6 %	< 6 %	
Affektive Störungen			6-7 %
Angststörungen	6 %	2,4 %	
Traumafolgestörungen			6 %
Autismus-Spektrum-Störungen			7,5-15 %

Abkürzung: IM=Intelligenzminderung;

Quelle: Eigene Darstellung nach Dornquast et al. 2016: 704; Sappok et al. 2019: 811 ff.

2.2.2 Komorbidität und Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung

In den vorangegangenen Abschnitten wurde bereits dargestellt, dass Menschen mit geistiger Behinderung deutlich häufiger von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung (Beer 2012; Habermann-Horstmeier 2018; Häßler 2011; Sappok et al. 2019; Schützwahl/Sappok 2020).

Hervorzuheben ist, dass in bisherigen Studien zur Komorbidität von Sucht und Behinderung häufig unklar bleibt, ob es sich dabei um Folgeerscheinungen, um auslösende Momente oder um reziproke Aspekte handelt (Kretschmann-Weelink 2006: 54). Die meisten dieser Faktoren sind aber nicht nur spezifisch für eine Suchtentwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Sie stellen auch Risikofaktoren für eine Suchterkrankung bei Menschen ohne Behinderung dar.

Zur Verdeutlichung soll das Beispiel Alkoholkonsum herangezogen werden:

Alkoholabhängigkeit und -missbrauch haben oftmals erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit zur Folge, die allerdings von einer geringen, vor der Gesundheitsstörung vorhandenen, Intelligenz abgegrenzt werden müssen (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 22). Beeinträchtigungen, die im Lebenslauf erworben werden, können wiederum mit einer „geistigen Behinderung“ einhergehen, da bspw. ein fetaler Alkoholschaden (Fetales Alkoholsyndrom FASD) das Risiko für exzessiven Alkoholkonsum erhöht (Carroll Chapman/Wu 2012).

Psychose und Substanzmittelkonsum: Studienergebnisse implizieren Schizophrenie-Spektrum-Störungen insbesondere als wichtiges Korrelat für die Erfahrung einer Substanzkonsumstörung (Beer 2012; Carroll Chapman/Wu 2012; van Duijvenbode/van der Nagel 2019). So sind bspw. „geistige Behinderung und Psychose“ häufiger mit einer Substanzabhängigkeit assoziiert als tiefgreifende Entwicklungsstörungen, die mit einem niedrigen Intelligenzquotienten einhergehen (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 22).

Wechselwirkungen zwischen der Medikation und Alkoholkonsum stellen ein dringliches Problem dar: Menschen mit Behinderung nehmen häufig Medikamente (Psychopharmaka⁶) ein; häufig ist die Medikation⁷ auch durch mehrere Medikationen (Polypharmazie) geprägt. Psychopharmaka können in Wechselwirkung mit einem übermäßigen oder chronischen Alkoholkonsum zu schwerwiegenderen körperlichen und/oder psychischen Auswirkungen führen (Carroll Chapman/Wu 2012). Auch kann der (übermäßige) Alkoholkonsum den Verlauf von Epilepsien negativ beeinflussen (Reker 2003).

⁶ Es existiert eine große Anzahl an Publikationen, die weltweit die Prävalenz der Verordnung von Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung untersuchten (Schmidt 2018: 12) Obwohl in einer Vielzahl von Studien nachgewiesen wurde, dass die Psychopharmakotherapie die am wenigsten erfolgversprechende Intervention bei reinen Verhaltensstörungen ist, werden Psychopharmaka oftmals außerhalb der zugelassenen Indikation und ohne Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz verordnet (Schmidt 2018). Der Einsatz von Psychopharmaka ist in Einrichtungen der Behindertenhilfe weit verbreitet (Habermann-Horstmeier 2018; Hennische 2008; Schmidt 2018). Unter dem Begriff „Psychopharmaka“ werden Substanzen subsumiert, „die auf bestimmte Stoffwechselforgänge im Gehirn einwirken und auf diese Weise die Psyche (d. h. Geist, Seele) eines Menschen beeinflussen“ (Habermann-Horstmeier 2018: 119). Zu Psychopharmaka zählen: Antidepressiva, Antipsychotika (Neuroleptika) sowie Anxiolytika und Hypnotika.

⁷ Bislang liegen nur wenige Studien und epidemiologische Daten zu Medikamentenneben- und -wechselwirkungen bei Menschen mit (geistiger) Behinderung vor (Habermann-Horstmeier 2018; Häßler 2016; Hennische 2008). Wie bereits dargestellt, sind insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung häufiger von chronischen (Mehrfach-)Erkrankungen (Multimorbidität) betroffen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Medikation und Mehrfachmedikation besonders hoch ausfallen.

Zusammenfassend zeigen insbesondere internationale Studienergebnisse einen Zusammenhang zwischen einem regelmäßigen Substanzkonsum und anderen psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (Carroll Chapman/Wu 2012; van Duijvenbode/van der Nagel 2019). Die Ergebnisse weisen zudem darauf hin, dass Komorbiditäten und ein problematischer Substanzkonsum bzw. Sucht in Behandlungspläne für Menschen mit geistiger Behinderung in der präventiven Arbeit und Therapie zu integrieren sind.

2.3 Zusammenfassung

Das zweite Kapitel dieses Lehrbriefs beinhaltet die Darstellung somatischer und behinderungsspezifischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Diese Erkrankungen werden im Rahmen einer Behinderung als Komorbidität oder auch Multimorbidität bezeichnet. Letztere Bezeichnung gilt für das Vorliegen mehrerer gleichzeitiger Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In diesem Kontext wird zwischen Verhaltensauffälligkeiten bzw. -störungen und psychischen Störungen als Komorbiditäten und auch als Multimorbiditäten unterschieden. Dabei zählen Epilepsie, Demenz, gastrointestinale Störungen, kardiovaskuläre Erkrankungen und weitere psychische Erkrankungen, wie z. B. der Substanzmittelkonsum, Depressionen, Traumafolgestörungen oder Autismus-Spektrum Störungen zu den am häufigsten ausgeprägtesten Begleiterkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Dabei ist die Sucht als gesonderte Komorbidität zu betrachten und nicht als Folge der geistigen Behinderung zu sehen. Generell ist die Vulnerabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung, also eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber bestimmten Erkrankungen im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung besonders hoch ausgeprägt. Auf dieser Grundlage sind Menschen mit geistiger Behinderung auch häufiger von Folgeproblemen ihrer Krankheit betroffen. Um dem entgegenzuwirken, gibt es unterschiedliche Therapiemöglichkeiten, welche bei Menschen mit geistiger Behinderung angewendet werden. Dazu zählt die medikamentöse Behandlung u. a. in Form von Polypharmazie. Der Einsatz von Psychopharmaka kommt meist in Einrichtungen der Behindertenhilfe zum Einsatz. Vor diesem Hintergrund betrachtet dieses Kapitel auch die Wechselwirkung zwischen Medikation und Alkoholkonsum, da diese zu schwerwiegenden körperlichen und/oder psychischen Auswirkungen führen können.

2.4 Schlüsselbegriffe

Komorbidität

Bezeichnet das Vorliegen einer (Begleit-) Erkrankung oder eines gesundheitlichen Problems zusätzlich zu der Grunderkrankung. Die Begleiterkrankung kann einen negativen Einfluss auf die Grunderkrankung oder ihre Prognose haben.

Medikation

Die Medikation umfasst die Auswahl eines Arzneimittels sowie die Darreichungsform (z. B. Tablette, Salbe oder Injektion), Dosierung, Anwendungsdauer und den Zeitpunkt der Einnahme.

Multimorbidität

Multimorbidität bezeichnet „das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen (drei oder mehr), wobei nicht eine einzelne Erkrankung im besonderen Fokus der Aufmerksamkeit steht und Zusammenhänge zwischen den Krankheiten zwar bestehen

können (z. B. über geteilte Risikofaktoren, oder bei Folgeerkrankungen), aber nicht müssen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) 2017: 8).

Polypharmazie

Mit Polypharmazie wird die Einnahme mehrerer Medikamente über einen längeren Zeitraum bezeichnet (Stöppler 2017: 120).

Psychische Störungen

Psychische Störungen, wie bspw. **Autismus-Spektrum-Störungen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen** und **schizophrene Psychosen**, treten bei Menschen mit geistiger Behinderung wesentlich häufiger auf als bei Menschen mit einem durchschnittlichen bzw. mittleren Intelligenzniveau, da diese aufgrund bestimmter Risikofaktoren anfälliger für psychische Erkrankungen sind als die Allgemeinbevölkerung (Sappok et al. 2010: 827).

Verhaltensauffälligkeiten / Verhaltensstörungen

Verhaltensstörungen, synonym auch als Verhaltensauffälligkeiten, Verhaltensbesonderheiten oder Problemverhalten, treten bei Menschen mit geistiger Behinderung häufiger als in der Allgemeinbevölkerung auf und stellen eine besondere diagnostische und therapeutische Herausforderung dar (Habermann-Horstmeier 2018; Schmidt 2018; Schützwohl/Sappok 2020). Menschen mit geistiger Behinderung sind nicht nur vulnerabler bzw. anfälliger für das Auftreten koinzidenter somatischer Störungen und Erkrankungen, sondern auch für psychische Störungen sowie impulsive und aggressive Verhaltensauffälligkeiten (Häßler 2016).

2.5 Merksätze

- Menschen mit geistiger Behinderung weisen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko, häufigere Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen auf und leben häufiger mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen – sog. Komorbiditäten und Multimorbiditäten – als Menschen ohne Behinderung. Die Erkrankungsmuster können sich unterschiedlich äußern und mit der Ursache der Behinderung zusammenhängen (Sappok et al. 2019).
- Bei gleichzeitiger Einnahme von (verschriebenen) Medikamenten und Substanzmittelkonsum kann sich die Wirkung der Medikamente dahingehend verändern, dass erhöhte Risiken einer (dauerhaften) gesundheitlichen Schädigung zur Folge haben (Habermann-Horstmeier 2018; Kretschmann-Weelink 2006: 53 f.). Daher besteht eine besondere Gefährdung durch den Substanzmittelkonsum für Menschen mit einer Behinderung, die Medikamente einnehmen müssen verglichen mit Menschen ohne eine Behinderung bzw. ohne Medikation.
- Psychopharmaka sollten auch bei Menschen mit geistiger Behinderung nur bei eindeutiger Indikation verschrieben und die Leitlinien und ethischer Grundprinzipien beachtet werden. Verhaltensauffälligkeiten sollten allenfalls vorübergehend und nicht ausschließlich psychopharmakologisch behandelt werden (Häßler 2011; Schützwohl/Sappok 2020: 276).
- Für die Alkoholsucht nimmt man bspw. für Menschen mit geistiger Behinderung die gleichen alkoholbezogenen Probleme an, wie bei Menschen ohne Behinderung. Auch für

Menschen mit geistiger Behinderung gehen Folgeprobleme durch (übermäßigen) Alkoholkonsum in dieser Zielgruppe auf sozialer, rechtlicher und körperlicher bzw. gesundheitlicher Ebene einher (siehe Kapitel 1).

2.6 Lernkontrolle / Praxisaufgabe

1. Was ist der Unterschied zwischen Komorbidität und Multimorbidität?
2. Was sind typische (chronische) Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung?
3. Was wird unter dem Begriff Polypharmazie verstanden?
4. Welche Nebenwirkungen können bei Menschen mit geistiger Behinderung bei der Einnahme von Medikamenten auftreten?
5. Welche physiologischen Symptome fördern die gleichzeitige Einnahme von Medikamenten und Alkohol?

2.7 Quellennachweise

- Abel, T. (2020): Beratungshandbuch Teil 1. Grundlagen der Beratungsarbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum. Wiesbaden.
- Akker, M. van den; Buntinx, F.; Knottnerus, J.; Roos, S. (2001): Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *Journal of Clinical Epidemiology* 54 (7): 675–679.
- Baumeister, H.; Kury, S.; Bengel, J. (2011): Somatopsychische Komorbidität. Definition und Verständnis. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54 (1): 9–14.
- Beer, O. (2012): Suchtmittelgebrauch und geistige Behinderung. Eine Bestandsaufnahme mit dem Schwerpunkt Alkoholkonsum. Chisinau: AV AKADEMIKERVERLAG.
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) (2015): Fachexpertise Geistige Behinderung und Sucht. Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe. Berlin.
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB); Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) (2008): Zum Umgang mit Suchterkrankungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Berlin.
- Carroll Chapman, S. L.; Wu, L.-T. (2012): Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities* 33 (4): 1147–1156.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2017): Multimorbidität S3-Leitlinie. AWMF-Register-Nr. 053-047. (DEGAM-Leitlinie (20)). Berlin.
- Dornquast, C.; Kroll, L. E.; Neuhauser, H. K.; Willich, S. N.; Reinhold, T.; Busch, M. A. (2016): Regionale Unterschiede in der Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen. Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA) 2009-2012. *Deutsches Arzteblatt international* 113 (42): 704–711.
- Feinstein, A. R. (1970): The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases* 23 (7): 455–468.
- Habermann-Horstmeier, L. (2018): Gesundheitsförderung in Behindertenwohneinrichtungen. Zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod. Bern: Hogrefe Verlag.
- Häßler, F. (2016): Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Messer, T.; Schmauß, M. (Hrsg.): Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Wien: Springer Vienna: 115–130.
- Häßler, F. (2011): Intelligenzminderung. Eine ärztliche Herausforderung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Häßler, F.; Bienstein, P.; Buscher, M.; Caby, F.; Hennicke, K.; Hoffmann, K.; Irblich, D.; Mendes, U.; Menzel, M.; Peters, H.; Roosen-Runge, G. (2014): S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. AWMF-Register Nr. 028-042. Berlin.
- Haveman, M.; Stöppler, R. (2014): Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Handbuch für eine inklusive medizinisch-pädagogische Begleitung. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

- Hennicke, K. (Hrsg.) (2008): Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen? Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 9.11.2007 in Kassel. Berlin, Bielefeld: DGSGB.
- 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. Gevelsberg.
- Kretschmann-Weelink, M. (2006): Projektdokumentation zum Modellprojekt "Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik". Münster.
- Lange, J. (2020): Intelligenzminderung und Schuldfähigkeit. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 14 (4): 419–429.
- Reker, M. (2003): Sucht und Missbrauch - eine kurze Einführung. In: Klauß, T. (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit Geistiger Behinderung: 4–12.
- Sappok, T.; Budczies, J.; Dziobek, I.; Bölte, S.; Dosen, A.; Diefenbacher, A. (2014): The missing link: delayed emotional development predicts challenging behavior in adults with intellectual disability. Journal of autism and developmental disorders 44 (4): 786–800.
- Sappok, T.; Diefenbacher, A.; Winterholler, M. (2019): Medizinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Deutsches Ärzteblatt 116 (48): 809–816.
- Sappok, T.; Voss, T.; Millauer, E.; Schade, C.; Diefenbacher, A. (2010): Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Theoretischer Hintergrund und praktische Umsetzung. Der Nervenarzt 81 (7): 827–836.
- Schmidt, B. (2018): Psychopharmakotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Eine retrospektive Analyse der Verordnungsmuster von Psychopharmaka in einem spezialisierten akutpsychiatrischen Zentrum eines Versorgungskrankenhauses über einen Zeitraum von 10 Jahren (1997-2007). Unveröffentlichte Dissertation. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Schützwohl, M.; Koch, A.; Koslowski, N.; Puschner, B.; Voß, E.; Salize, H.; Pfennig, A.; Vogel, A. (2016): Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 51 (5): 767–776.
- Schützwohl, M.; Sappok, T. (2020): Psychische Gesundheit bei Personen mit Intelligenzminderung. CME Zertifizierte Fortbildung. Der Nervenarzt 91 (3): 271–281.
- Stöppler, R. (2017): Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. Mit Übungsaufgaben und Online-Ergänzungen. 2., aktualisierte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Valderas, J. M.; Starfield, B.; Sibbald, B.; Salisbury, C.; Roland, M. (2009): Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. Annals of family medicine 7 (4): 357–363.
- van Duijvenbode, N.; van der Nagel, J. E. L. (2019): A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. European addiction research 25: 263–282.

2.8 Weiterführende Links

Häßler, F.; Bienstein, P.; Buscher, M.; Caby, F.; Hennicke, K.; Hoffmann, K.; Irblich, D.; Mendes, U.; Menzel, M.; Peters, H.; Roosen-Runge, G. (2014): S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. AWMF-Register Nr. 028-042. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042I_S2k_Intelligenzminderung_2014-12_verlaengert_01.pdf (abgerufen am: 15.03.2021).

3 Leitprinzipien der Sucht- und Behindertenhilfe

3.1 Lernziel

In diesem Kapitel werden die Leitprinzipien der Sucht- und Eingliederungshilfe vorgestellt. Dafür wird der historische und rechtliche Kontext des Suchthilfesystems dargestellt und die daraus entwickelten Leitprinzipien erläutert. Die Lesenden kennen die Grundlagen und Modelle sowie Prinzipien des Suchthilfesystems: das Dimensionenmodell, Personenzentrierung, Selbstbestimmung und Sozialraumorientierung, das Abstinenzparadigma im Kontrast zum Modell der zieloffenen Hilfen im Umgang mit Suchterkrankung. Als leitende Prinzipien in der Behindertenhilfe und in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung kennen die Lesenden die Prinzipien der Normalisierung, Selbstbestimmung, Personenzentrierung sowie Teilhabe und Inklusion. Schließlich werden Gemeinsamkeiten der Leitprinzipien beider Hilfesysteme erläutert. Auch die Anforderungen an die Hilfesysteme im Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung werden dargestellt. Die Forderung nach einer stärkeren Verzahnung im Sinne der Vernetzung zwischen der Behinderten- und Suchthilfe wird aufgezeigt.

3.2 Einführung in die Sucht- und Behindertenhilfe

Seit der Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (United Nations 2008) und dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) haben immer mehr Menschen mit (geistiger) Behinderung im Zuge der zunehmenden Inklusion und des Normalisierungsbestrebens die Möglichkeit, nicht mehr in sog. Sondersystemen der Eingliederungshilfe, sondern in familiärer oder eigener Verantwortung im eigenen Zuhause zu leben (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2021; Stöppler 2017). Durch den Anspruch auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben entfällt allerdings damit auch der behütete Rahmen, der durch Werkstätten, Wohnstätten oder betreute Wohneinrichtungen geboten wurde und wird (LWL Koordinationsstelle Sucht 2017: 9). Durch den Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe geht eine Änderung der Haltung einher, die sich auch auf das Konzept der Betreuung in den Wohneinrichtungen und im ambulanten Wohnbereich auswirkt. Inklusiv Lebenswelten ermöglichen daher einen selbstbestimmten Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln (Neugebauer et al. 2018). Dies erfordert allerdings in den Hilfesystemen (Behindertenhilfe und Suchthilfe) sowohl fachlich-methodisches Wissen für geeignete Präventionsmaßnahmen als auch – wenn der Konsum problematisch wird – ausreichende Ressourcen für Hilfeangebote sowie etablierte und funktionierende Netzwerke (Abel 2020; Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015; Kretschmann-Weelink 2013; Neugebauer et al. 2018).

Die **Ausgangslage der zunehmenden Inklusion und Normalisierung**: Zunehmende Anfragen aus der Behindertenhilfe in Beratungsstellen der Suchthilfe weisen in den vergangenen Jahren auf einen problematischen Suchtmittelkonsum der Klient*innen mit geistiger Behinderung hin (Neugebauer et al. 2018; Sarrazin/Fengels 2012). Wie die vorangegangenen Zusammenfassungen zur epidemiologischen Studienlage zum problematischen Substanzmittelkonsum und Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung verdeutlicht haben (siehe Kapitel 1), sind folgende Besonderheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung zu berücksichtigen:

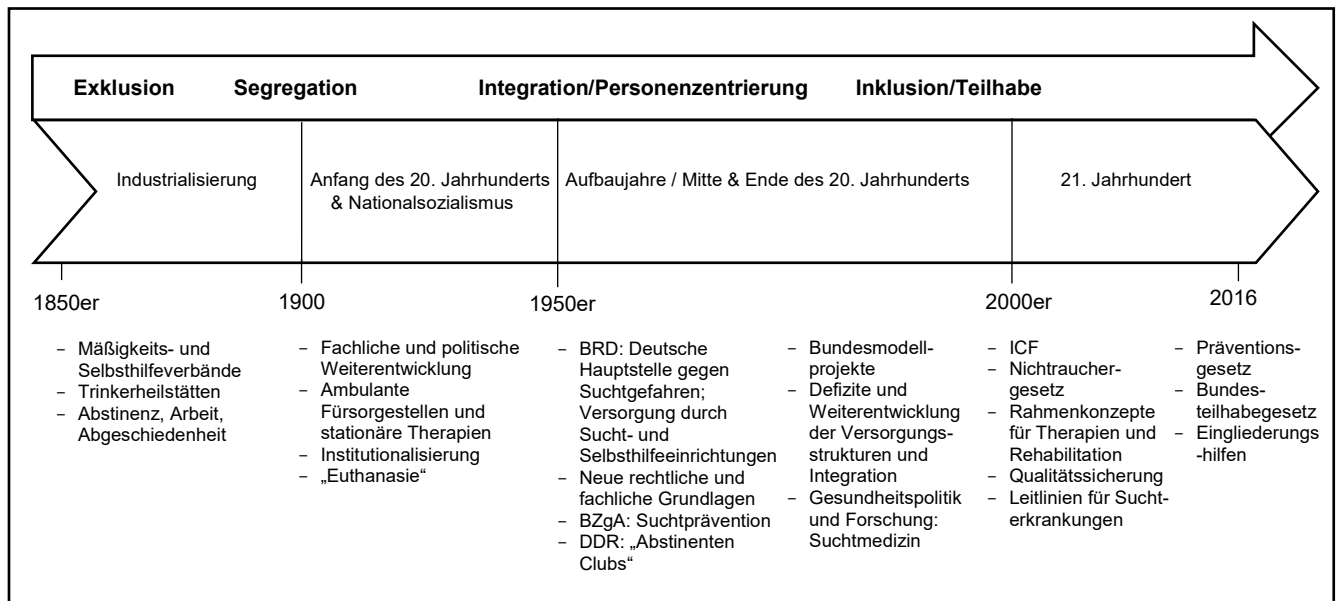
- Menschen mit geistiger Behinderung sind oftmals den gleichen Risiken für einen problematischen Substanzkonsum und Sucht ausgesetzt wie Menschen ohne Behinderung.
- Vielen von ihnen fehlt eine angemessene Lösungsstrategie für den Umgang mit problematischen Situationen und Substanzkonsum.
- Menschen mit geistiger Behinderung konsumieren im Durchschnitt offenbar weniger, vor allem illegale, Substanzmittel als die Allgemeinbevölkerung,
- sie konsumieren allerdings umso mehr, je geringer ihre geistige Behinderung ausfällt, und
- sie konsumieren umso mehr, je mehr sie von sog. kustodialen (d. h. schützenden, protektiven, abschirmenden) Beschränkungen befreit sind (Abel 2020; Kretschmann-Weelink 2013; Reker 2012). Reker (2012) beschreibt dies als den „Fluch der Freiheit“ (Reker 2012: 2).

Anstatt Menschen mit geistiger Behinderung vor möglichen negativen Einflüssen und Risiken zu schützen, ist nach dem Inklusionsprinzip gesellschaftlich beabsichtigt, dass Menschen mit geistiger Behinderung sowohl mit den Chancen als auch mit den Risiken und Gefährdungen des (Substanz-)Konsums konfrontiert werden. Sie sollen dadurch bewusst mit Substanzen in Kontakt kommen und hier Gelegenheit zum Ausprobieren und Konsum erhalten (Abel 2020; Kretschmann-Weelink 2013; LWL Koordinationsstelle Sucht 2017: 10). Mit dem Paradigmenwechsel in der Sucht- und Behindertenhilfe gehen eine Reihe an Herausforderungen einher, die im Folgenden erläutert werden. Zunächst werden die Systeme Sucht- und Behindertenhilfe beschrieben und die Notwendigkeit der Verknüpfung der Systeme erläutert.

3.2.1 Das System der Suchthilfe in Deutschland

In den vergangenen Jahren haben die Suchthilfe und insbesondere Suchtprävention für Fachkräfte verschiedener Berufsrichtungen, bspw. der Sozialen Arbeit, Forschung und Gesundheitspolitik, an Bedeutung gewonnen. Das Kapitel zum System der Suchthilfe stellt die wichtigsten Aspekte der historischen Entwicklung seit den 1850er Jahren in Deutschland und deren Leitprinzipien dar (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die Historie zur Entwicklung des Suchthilfesystems in Deutschland wird von der Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) ausführlich beschrieben (siehe Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) 2019).

Abbildung 3: Zeitstrahl der wichtigsten Entwicklungen und Paradigmenwechsel des Suchthilfesystems



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Stöppler 2017: 69; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) 2019.

3.2.2 Leitprinzipien der Suchthilfe

Aus den Entwicklungen in den rechtlichen, fachlichen und gesellschaftlichen Normen in der Suchthilfe wurden Leitgedanken abgeleitet.

Der normative Rahmen

Der normative Rahmen eines jeweiligen Kontextes, beispielsweise die Organisation der Suchthilfe oder kulturelle Vorstellungen, formt den Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen und der Prävention von Sucht. Es ist zwischen verschiedenen Normen zu unterscheiden:

- **Relevante Rechtsnormen** (Gesetze, rechtliche Vorschriften und Verordnungen, internationale Abkommen)
- **Fachliche Normen** (Standards der sozialen Arbeit, Leistungsbeschreibungen, Qualitätsanforderungen)
- **Ethische und soziale Normen** (Personenzentrierung, zieloffene Hilfen, Diversity-Ansatz)

Alle Normen beeinflussen sich gegenseitig und unterliegen gesellschaftlichen Wandlungsprozessen. Sozialrechtlich wird Sucht als eine „seelische Behinderung“ gefasst. Vor allem gab es in den letzten 15 Jahren einen Paradigmenwechsel in Gesundheits- und Sozialbereich (Aldrian 2019: 89 f.; Laging 2020: 111; Schay 2020).

Die normative Rahmung in der Suchthilfe wurde in den letzten Jahren maßgeblich durch folgende Änderungen und Gesetzesvorgaben beeinflusst (Laging 2020: 112):

1. Einführung des Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (2001),
2. Herausgabe der „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2001, und

3. Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahr 2006 durch die Vereinten Nationen sowie Ratifizierung (=Bestätigung, Inkraftsetzung) durch die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2009.

Dimensionenmodell und Leitgedanken der Suchthilfe

Die Suchthilfe findet heute auf unterschiedlichen Ebenen statt, die von unterschiedlichen Akteuren getragen und ausgeführt wird sowie in unterschiedlichen Strukturen organisiert ist. Es besteht fachlich weitgehende Einigkeit, dass es sich bei der Sucht um ein mehrschichtiges Geschehen handelt. Die Sucht spielt sich in drei Dimensionen ab: Biologisch, Psychologisch und Sozial bzw. Multifaktoriell (siehe Kapitel 1).

- **Dimensionenmodell:** Das Dimensionenmodell stellt die zentrale theoretische Grundlage für die Suchthilfe dar und liefert Ansatzpunkte für eine theoriegeleitete Begründung der Prävention. Suchthilfe und Präventionsmaßnahmen sollen so konzipiert werden, dass ersichtlich wird, welche relevanten Risiko- und Schutzfaktoren adressiert werden. Aufgrund der Vielzahl an komplexen Wirkmechanismen ist es schwierig, eine einzelne hinreichende Präventionsmaßnahme zu entwickeln. Die Komplexität der Ursachenzusammenhänge von Sucht erfordert dementsprechend ebenso vielschichtige und vielfältige Ansatzpunkte für die Suchtprävention. Somit wird heutzutage die Suchtprävention allgemein verstanden als die Beeinflussung der Risiko- und Schutzfaktoren, welche die so genannten Lebenswelten der Menschen prägen. Die Lebenswelten sind mit den Handlungsfeldern der Suchtprävention gleichzusetzen und werden demnach auch als Setting bezeichnet.
- **Personenzentrierung:** Die *personenzentrierte Sichtweise* ist ein zentrales Paradigma, welches durch die genannten Rechtsnormen vermittelt wird. Mit dieser Sichtweise wird den individuellen Ressourcen und den Kontextfaktoren eines suchtkranken Menschen im Beratungs- und Behandlungsprozess neue und große Bedeutung beigemessen. In diesem Zusammenhang ist die Relevanz der **Teilhabe** hervorzuheben, dessen Ziel es ist, Menschen mit Behinderungen als gleichberechtigte Bürger*innen zu verstehen und zu behandeln. Die Gleichberechtigung zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft wird von der UN-BRK als Rechtsanspruch formuliert. Dabei werden Menschen mit Behinderungen als Bürger*innen gesehen, die beträchtliche Beeinträchtigungen aufweisen, aber vor allem an der vollen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehindert werden. In der Suchthilfe haben beide Paradigmen Eingang gefunden, indem eine individuelle und kontextbezogene Haltung in der Arbeit mit suchtkranken Menschen heute als fachlich vorausgesetztes Leitprinzip gilt (Laging 2020: 112).
- **Selbstbestimmung:** Darüber hinaus werden als Prinzipien der Suchthilfe eine weitgehende autonome, selbstbestimmte und selbstverantwortliche Grundeinstellung des eigenen Handelns vorausgesetzt. Diese Grundsätze sollen im gesamten Prozess mit Klient*innen, beginnend mit der Kontaktaufnahme, weiterführend in der Beratung und selbstständigen Zielsetzung und der Vermittlung von Behandlungsangeboten, beachtet werden. Die Selbstverantwortlichkeit wird im Sinne von Perspektiven und nicht der Ursachen verstanden, sodass alle Menschen die Fähigkeiten und Ressourcen haben sollten, um die individuelle Situation zu verändern und ihr Handeln selbst zu verantworten. Allerdings könne aus dem Prinzip nicht automatisch die Motivation von Klient*innen abgeleitet werden (Abel 2020: 18).

Der Anspruch nach Personenzentrierung und Teilhabe drückt sich in der Suchthilfe in individuell angepassten Maßnahmeplänen und der Förderung sowie Unterstützung der

Selbstbestimmung und Freiwilligkeit der Menschen aus. Dazu gehören unter anderem das Wunsch- und Wahlrecht und insbesondere die Mitwirkung in den Einrichtungen und Diensten innerhalb des Beratungs- und Behandlungssettings (Abel 2020: 18; Laging 2020: 112). Das bedeutet, dass auch das Suchthilfesystem bestimmte Merkmale aufweisen sollte, damit diese Leitprinzipien eingelöst werden können. Dafür ist ein integrierter Gesamtversorgungsansatz notwendig, in dem eine Verknüpfung von personenorientierten Angeboten und Maßnahmen des Suchthilfesystems⁸ stattfindet.

- **Ambulantisierung:** Ambulante Angebote in der Suchthilfe haben verschiedene Vorteile für Hilfesuchende und gleichermaßen für die Gesellschaft und das Versorgungssystem in Deutschland. Die Leistungen in der ambulanten Suchthilfe umfassen Präventionsarbeit auf allen Ebenen sowie konkrete Unterstützungsmöglichkeiten für Personen mit substanz- und verhaltensbezogenen Störungen und hilfesuchende Angehörige (Bürkle 2015). Die fortschreitende Ambulantisierung von Angeboten, bspw. Beratung, Begleitung, Behandlung oder Integrationshilfen, ermöglicht eine regionale Grundversorgung, zumeist innerhalb der Kommune, die als zentrale Fachstellen das Suchthilfesystem mittragen. Dafür sind neben der fachlichen Qualifizierung auch psychosoziale Hilfen und weiterführende tagesstrukturierende Angebote in der ambulanten Suchthilfe notwendig, um Menschen so früh wie möglich und bedarfsgerecht zu erreichen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) 2019: 25).

Um die Strukturen der regionalen Grundversorgung, inklusive ihrer hohen Qualität, zu gewährleisten, ist eine angemessene Finanzierung und Ressourcenbereitstellung notwendig. Dies gilt als eine der wichtigsten Perspektiven und gleichzeitig größten Herausforderung der ambulanten Suchthilfe (Bürkle 2015). Gleichmaßen müssen Angebote stetig an die Entwicklung der Gesellschaft und hilfesuchende Menschen angepasst werden, bspw. durch Kooperationen mit der Wohnungslosenhilfe, Behinderten-, Jugend- und Altenhilfe oder der medizinischen und psychiatrischen Versorgung. Dadurch werden Fachpersonen zunehmend von „Spezialist*innen“ zu „Generalist*innen“ und können als multidisziplinäre Teams in der Netzwerkarbeit gesehen werden (Bürkle 2015).

Das Abstinenzparadigma versus zieloffene Hilfe

Für einige Süchte (wie Alkoholsucht) wird im Suchthilfesystem das lange Zeit präferierte **Abstinenzparadigma** bevorzugt. Daneben erweitert die **zieloffene Hilfe** das primär abstinenzorientierte (Therapie-)Angebot der Suchthilfe um Behandlungen mit individuellen Zielvereinbarungen.

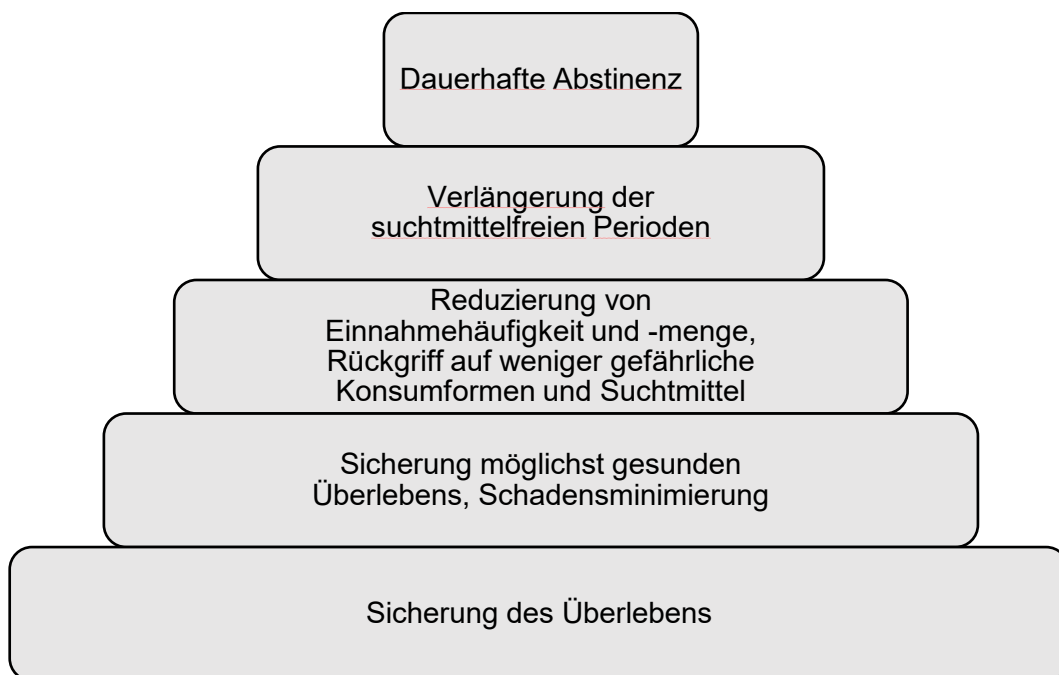
- **Abstinenzparadigma:** Dieses Paradigma folgt seit ca. 150 Jahren dem Gedanken, dass eine Suchterkrankung nur durch den Verzicht auf die entsprechenden Substanzen zu

⁸ Die Struktur des Suchthilfesystems besteht aus einer Vielzahl von Einrichtungen und Diensten, die wiederum in unterschiedlichen Trägerschaften und mit unterschiedlichen Finanzierungsquellen arbeiten. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit der Vernetzung und Kooperationen der Suchtversorgung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) 2019; Laging 2020; Oliva/Walter-Hamann 2013).

stoppen ist. Die daraus folgenden sozialen und gesundheitlichen Schäden sollten sich laut Paradigma durch die Abstinenz von selbst erledigen. Allgemein wird das Abstinenzparadigma für einige Süchte als kritisch betrachtet, da dadurch kein Risikobewusstsein, abstinenz zu leben, entwickelt werde (Aldrian 2019: 89 f.; Laging 2020: 114). Jedoch zeigt sich, dass viele Menschen mit einem abhängigen Substanzkonsum aus ganz unterschiedlichen Gründen nicht für ein abstinentes Leben zu gewinnen sind (u. a. Karriere des Scheiterns, Überforderung). De Facto werden diese Menschen vom Hilfesystem ausgeschlossen. Aufgrund dessen wurden in den 1970er Jahren Hilfen unter dem Stichwort „Schadensminimierung“ entwickelt und angeboten. Sie zielen nicht vorrangig auf Abstinenz ab, sondern auf eine Reduktion der schwersten Schädigungen und auf die Verbesserung der Lebensqualität (z. B. Spritzentausch, Konsumräume und Wärmestuben) (Aldrian 2019: 90; Laging 2020: 114).

Abbildung 4 verdeutlicht die klassische Zielpyramide, in der schadensminimierende Hilfen zunächst das Überleben sichern sollen, um dann das Ziel eines möglichst gesunden Überlebens zu sichern. Diese Argumentation versteht die schadensminimierenden Ziele als Zugangsmöglichkeit und Vorbereitung für das Ziel der Abstinenz (Laging 2020: 115).

Abbildung 4: Die klassische Zielpyramide der Suchthilfe

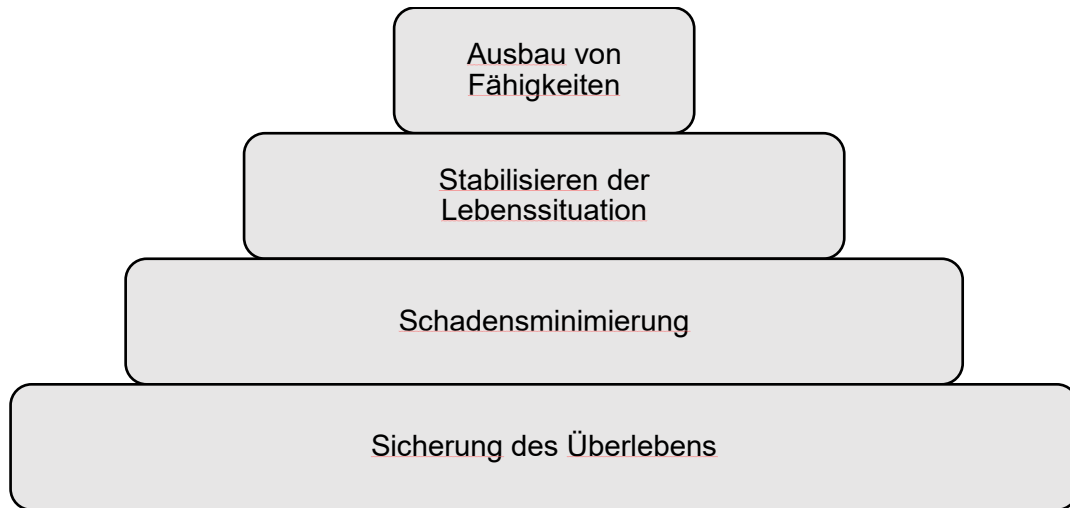


Quelle: Eigene Darstellung nach Laging 2020: 115.

- **Zieloffene Hilfen:** Eine Alternative zum klassischen Abstinenzparadigma wird im sog. „zieloffenen“ Angebot der Suchthilfe deutlich. Mit der **zieloffenen Hilfe** werden die Wahlfreiheit und Selbstbestimmung der Klient*innen betont. So ist den Klient*innen freigestellt aus der Vielfalt der Angebote zu wählen, um den individuellen Umgang mit Sucht in die eigenen Bedarfslage zu integrieren (Aldrian 2019). Neben der Sicherung des Überlebens und der Schadensminimierung liegt der Fokus im Modell der zieloffenen Hilfen auf einer allgemeinen persönlichen Stabilisierung und Entwicklung der Lebenssituation und der individuellen Fähigkeiten (Laging 2020: 115). Diese Zielsetzung

jenseits des Abstinenzparadigmas wird in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** dargestellt.

Abbildung 5: Zielsetzung in der Suchthilfe jenseits des Abstinenzparadigmas



Quelle: Eigene Darstellung nach Laging 2020: 115.

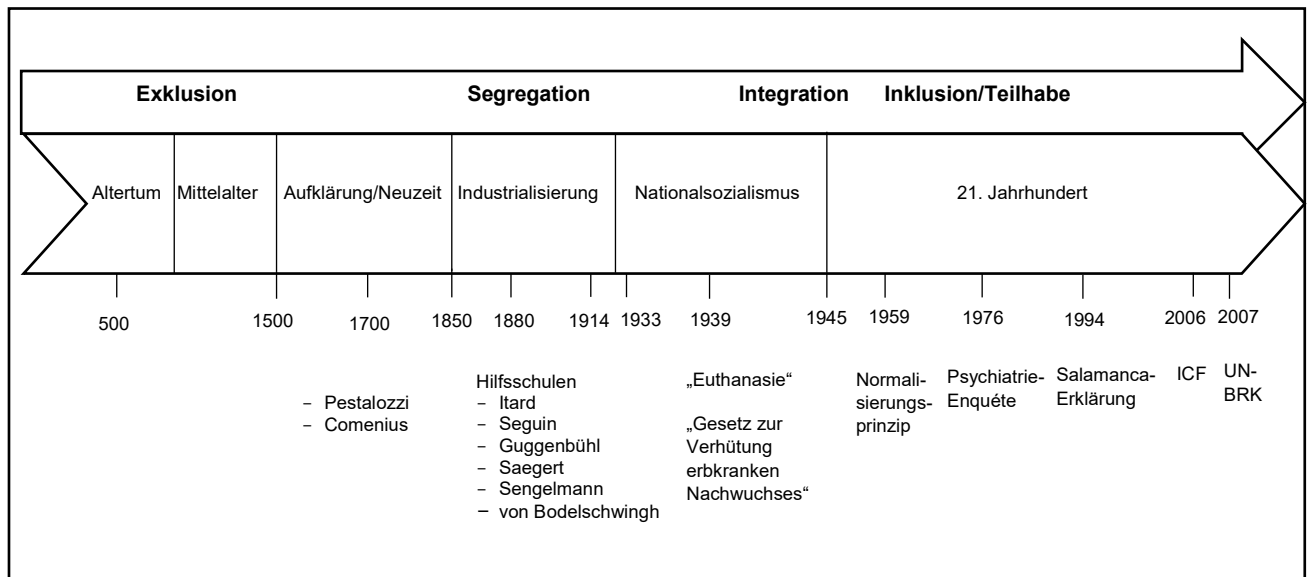
Entwicklungen der Suchthilfe mit Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung:

Wichtige Schritte für die Zielgruppe Menschen mit Behinderung erfolgten durch die Einführung des SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen und resultierte in einem Gesetzesrahmen für alle Leistungen der Rehabilitation und in der Autonomiestärkung von Menschen mit Behinderung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) 2019: 74). Die UN-Behindertenrechtskonvention trat 2009 in Kraft und bildet die Grundlage für Gleichberechtigung und persönliche Freiheit bei Konsumententscheidungen von Menschen mit Behinderung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) 2019: 76). Das Bundesteilhabegesetz und die Eingliederungshilfe werden zwischen 2016 und 2023 in das SGB IX integriert. Darin werden die Förderung der Teilhabe und/oder Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und insbesondere Abhängigkeitserkrankungen, adressiert (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) 2019: 79).

3.2.3 Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe

Dieses Kapitel adressiert die Leitprinzipien der Behindertenhilfe, die sich in den letzten Jahrzehnten und insbesondere seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) der Vereinten Nationen (United Nations, UN) und durch die Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in Deutschland stark gewandelt haben – zum Vorteil für Menschen mit (geistiger) Behinderung. Zu den Leitprinzipien der Behindertenhilfe zählen Normalisierung, Selbstbestimmung bzw. Empowerment, Personenzentrierung sowie Inklusion und Teilhabe von Menschen mit (geistiger) Behinderung im Kontrast zu lang andauernden Prinzipien der Fürsorge und Bevormundung (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) 2021; Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2013). Abbildung 6 stellt den Zeitstrahl des Paradigmenwechsels in der Behindertenpädagogik zum Umgang mit Menschen bei geistiger Behinderung dar (Stöppler 2017: 69).

Abbildung 6: Zeitstrahl zum Paradigmenwechsel in der Behindertenpädagogik



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Stöppler 2017: 69.

Insgesamt werden **vier Phasen** des Umgangs mit Menschen mit (geistiger) Behinderung unterschieden (Theunissen/Schwalb 2018: 11 ff.):

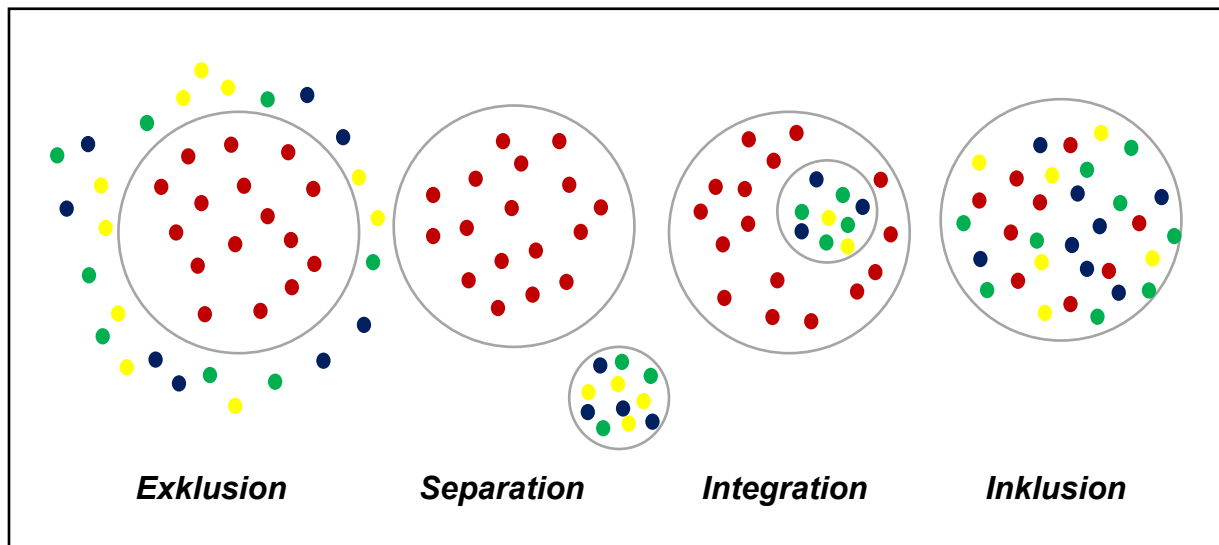
1. Phase: Exklusion
 2. Phase: Segregation
 3. Phase: Integration
 4. Phase: Inklusion / Teilhabe
- **1. Phase: Exklusion:** In der ersten Phase der Exklusion waren Menschen mit Behinderung von der Teilhabe an gesellschaftlichen Regelsystemen ausgeschlossen (Stöppler 2017; Theunissen/Schwalb 2018). Häufig wurden Menschen mit Behinderung in dieser Phase weggeschlossen – entweder zuhause oder in Anstalten für „von der Norm abweichende Menschen“ (Theunissen/Schwalb 2018: 11).
 - **2. Phase: Segregation:** in der zweiten Phase der „Segregation“ wurden Menschen mit Behinderung zwar immer noch als „krank“, behandlungs- und versorgungsbedürftig betrachtet, es wurden allerdings unter dem Leitprinzip der „Fürsorge“ in eigene von der Gesellschaft getrennte (Sozialisations-)Einrichtungen geschaffen, in denen sie gezielt gefördert werden konnten (Stöppler 2017; Theunissen/Schwalb 2018: 11). Diese Art der Aufteilung nach bestimmten Kriterien und bspw. Betreuung in gesonderten Formen wird als „Separation“ bezeichnet (Wiederer 2020: 69). Hauptaugenmerk in dieser Phase der Segregation war neben den christlichen Beweggründen der Nächstenliebe und Barmherzigkeit auch die Heilung und Erziehung zur „Brauchbarkeit“ für die Gesellschaft (Theunissen/Schwalb 2018: 11). Es zeigte sich jedoch schnell, dass diese Brauchbarkeit für viele Menschen mit Behinderung nicht erfüllbar war, weswegen sich die Institutionalisierung dieser Menschen an einem Zwei-Klassen-System orientierte: Anstalten oder Abteilungen für „bildbare“ Menschen mit Behinderung und Anstalten versus Abteilungen für „bildungs- und erziehungsunfähige“ Menschen mit Behinderungen (Theunissen/Schwalb 2018: 11 ff.).

- **3. Phase: Integration:** Menschen mit Behinderung wurden in der dritten Phase der „Integration“ zwar immer noch als „defizitär ausgestattet“ beschrieben, es wurde jedoch nunmehr erkannt, dass die diagnostizierten Defizite durch Forderung soweit reduzierbar seien, dass Menschen mit Behinderung an normale Lebensbedingungen herangeführt werden können (Theunissen/Schwalb 2012: 12). Dies war die Stunde der heilpädagogischen Förderung. Integration impliziert nach wie vor eine Gruppenbildung hinsichtlich des Leistungsniveaus (Theunissen/Schwalb 2012: 12), wodurch eine Gruppe etikettiert wird. Von Integration wird genau dann gesprochen, wenn Personen bspw. in Regelinstitutionen im Sinne der Normalisierung eingegliedert werden. Der Integrationsbegriff ist aufgrund seiner selektiven Eigenschaften in die Kritik geraten und wird vom Begriff der Inklusion abgelöst (Stöppler 2017: 76).
- **4. Phase: Inklusion:** Die Leitidee der Inklusion wird in Abgrenzung zu den Konzepten der Integration betrachtet. Die bisherigen Konzepte der Normalisierung und des Empowerments zielen darauf ab, Menschen mit Teilhabebeeinträchtigungen in ein bestehendes System einzugliedern (Wiederer 2020: 18). Bei der Inklusion gehören Personen in ihrer Differenz zur Normalität einer vielfältigen und heterogenen Gesellschaft. Inklusion bezieht sich auf die Veränderung etablierter Denkmuster und richtet die Perspektive auf die gesellschaftliche Heterogenität und Vielfalt. Die Verschiedenheit (Diversität) der Menschen in ihrer individuellen Differenz und die Verwirklichung der persönlichen Lebensentwürfe gehören im Sinne der Leitidee Inklusion zur anerkannten pluralen Normalität (Wiederer 2020: 69). Die Inklusion stellt die Handlungsmaxime der UN-BRK und des Bundesteilhabegesetzes dar. Die Leitidee lautet daher „Inklusion heißt Gemeinsamkeit von Anfang an“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2011: 11) und soll das „aufwendige Wechselspiel von Exklusion (= ausgrenzen) und Integration (= wieder hereinholen) beenden“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2011: 11). Das Inklusionsprinzip wird zum Leitprinzip bei der praktischen Umsetzung der UN-BRK. Ziel ist es, dass Menschen mit und ohne Behinderungen von Anfang an gemeinsam in allen Lebensbereichen selbstbestimmt leben und zusammenleben (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2011: 8).

Inklusion ist nicht gleichzusetzen mit Integration in bestehende gesellschaftliche Strukturen (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) o. J.; Theunissen/Schwalb 2018: 11 ff.). Inklusion bedeutet vielmehr das Verändern dieser Strukturen. Im Umkehrschluss bedeutet dies Folgendes: **Inklusion erfordert vorrangig Anpassungsleistungen der Gesellschaft an die Individualität von Menschen mit Behinderungen, und nicht die Anpassung von Menschen mit Behinderungen an die Gesellschaft.**

Anknüpfend an den Zeitstrahl zur zeitlichen Entwicklung der Behindertenpädagogik ist zusammenfassend folgende Abbildung 7 für die Behindertenhilfe und die Gesellschaft handlungsweisend, um Teilhabe und Inklusion in allen gesellschaftlichen (Teil-) Bereichen zu realisieren (Kahle 2019: 89).

Abbildung 7: Von der Exklusion zur Inklusion



Quelle: Eigene Darstellung nach Kahle 2019: 89.

3.2.4 Die Leitprinzipien Normalisierung, Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe

Der Fokus liegt bei der nachfolgenden Beschreibung auf den **Leitprinzipien der Behindertenhilfe**, die sich in den vergangenen Jahren in Deutschland vollzogen und durchgesetzt haben.

- **Normalisierung:**

Das Normalisierungsprinzip stellt einen wichtigen und nachhaltigen Meilenstein in der Behindertenhilfe dar (Stöppler 2017: 74). Ziel ist es, das Leben von Menschen mit geistiger Behinderung in allen Lebensphasen durch die Verwirklichung kultur-, alters- und geschlechtsgemäßer Rollenbeziehungen so normal wie möglich zu gestalten (Stöppler 2017: 74). Seit den 1980er Jahren hat es als neue Leitidee der Behindertenhilfe die Betreuungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland maßgeblich beeinflusst.

Der Schwede Bengt Nirje konkretisierte das Normalisierungsprinzip in den 1960er Jahren basierend auf dem dänischen Fürsorgegesetz und formulierte acht Forderungen, die das Recht von Menschen mit (geistiger) Behinderung darstellen, unter den gleichen Voraussetzungen in der Gesellschaft zu leben (Abel 2020: 12):

- normaler Tagesrhythmus
- Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen
- normaler Jahresrhythmus
- normaler Lebenslauf
- angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern
- Respektierung von Bedürfnissen
- normaler wirtschaftlicher Standard
- Orientierung der Standards von Einrichtungen an den Bedingungen von Menschen ohne Beeinträchtigung, d. h. normale Standards von Einrichtungen.

Ausgehend von der Maxime „Ein Leben so normal wie möglich“ (Bank-Mikkelsen 2005, Erstveröffentlichung 1978) wurde das Normalisierungsprinzip im Jahr 1959 von Bank-Mikkelsen in Dänemark in das dänische Fürsorgegesetz aufgenommen. Die Quintessenz dieses Prinzips lässt sich wie folgt zusammenfassen: Alle Menschen haben das Recht darauf, unter den gleichen Voraussetzungen in der Gesellschaft zu leben (Thimm 2005). Ziel war es, Menschen mit Behinderung ein Leben unter „normalen“ Bedingungen zu ermöglichen und einen bislang weitgehend ausgesonderten Personenkreis in die Gesellschaft zu integrieren. Als Alternative zur traditionellen Versorgung in Großeinrichtungen gibt es heute eine Vielzahl gemeindeintegrierter Wohnformen, die ihre pädagogische Arbeit an den Grundsätzen des Normalisierungsprinzips orientieren (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2021; Stöppler 2017) .

- **Selbstbestimmung/Empowerment:**

Das weitergehende Konzept des Empowerments fokussiert den Aspekt der Selbstbestimmung. Häufig wird der Begriff mit Selbstbefähigung, Selbstermächtigung oder Selbstbemächtigung übersetzt (Theunissen/Schwalb 2018: 25 ff.; Wagner 1997). Empowerment meint Selbstermächtigung und wird von der Lebenshilfe folgendermaßen definiert: „Möglichkeiten und Hilfen, die es Menschen in einer eher machtlosen Situation ermöglichen, Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen, indem sie eigene Stärken im Austausch mit anderen erkennen und sich gegenseitig ermutigen, ihr eigenes Leben und ihre soziale Umwelt zu gestalten“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte 1994: 4 ff.).

Es ist davon auszugehen, dass jeder Mensch unter Nutzung seiner persönlichen und sozialen Ressourcen Selbstbestimmungspotenziale entwickeln kann – auf jeweils unterschiedlichen Ebenen und in jeweils unterschiedlicher Weise. Notwendig ist die Bereitschaft der Umwelt, die Sensibilität für die individuellen Bedürfnisse zu schärfen, auf elementarer Ebene Möglichkeiten zur Entwicklung von Kompetenzen zu selbstbestimmtem Handeln zu eröffnen und Wege zur wirksamen Beteiligung an Prozessen zu erschließen, die Auswirkungen auf die eigene Lebensqualität haben (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) 2021: 20).

Aufgrund des Paradigmenwechsels in der Eingliederungs- und Behindertenhilfe hat sich die traditionell defizitorientierte Sichtweise von Menschen mit (geistiger) Behinderung durch eine Orientierung an den Ressourcen und Stärken der Menschen mit (geistiger) Behinderung durchgesetzt (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) 2021: 18 ff.; Kretschmann-Weelink 2006: 18).

- **Personenzentrierung:**

Personenzentrierung ist kein eigenständiger Leitbegriff, wie er in dem BTHG verwendet wird. Es handelt sich vielmehr um eine Leitidee zur Umsetzung von Selbstbestimmung und Teilhabe auf der Leistungsebene“ (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) 2021: 22):

„Personenzentrierung dient dazu, eine Verbindung zu schaffen zwischen einer abstrakten, paradigmatischen Ebene (...) und einer konkreteren, gesetzpolitischen Ebene, auf der letztlich ausgehandelt wird, welche Veränderungsbedarfe und Umsteuerungsmaßnahmen als notwendig erscheinen. Die Veränderungsbedarfe werden insbesondere von der Oppositionsfigur Institutionszentrierung abgeleitet: Die Reform soll den einrichtungsbezogenen Charakter der Eingliederungshilfe überwinden, und diese

Stoßrichtung wird als Schlüssel zur Individualisierung der Hilfen gedeutet.“ (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) 2021: 22)

Mit dem Wandel von der institutionellen zur personalen Perspektive werden Leistungen der Eingliederungshilfe ausschließlich personenzentriert erbracht (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) 2021: 22). „Die erforderliche Unterstützung ist am individuellen Bedarf auszurichten, unabhängig von der jeweiligen Wohnform. Die Individualität von Menschen mit Behinderungen soll bei der Bedarfsermittlung, der Leistungsplanung und der Leistungsgestaltung stärker als bisher Berücksichtigung finden. Das heißt konkret: Die Unterstützungsarrangements sollen den persönlichen Vorstellungen von einem „guten Leben“ möglichst nahekommen. Sie sollen mit dem Betroffenen gemeinsam – partizipativ – entwickelt werden. Es geht also nicht länger darum, in welches Angebot eine Person „passt“, sondern darum, wie eigene Lebensentwürfe umgesetzt werden können. In der Begründung zur Aufnahme des Begriffs Assistenz im BTHG wird das veränderte Verständnis von professioneller Hilfe gegenüber förderzentrierten Ansätzen der Betreuung ausdrücklich hervorgehoben“ (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) 2021: 22).

- **Teilhabe:**

In der Fachdiskussion wird der Begriff der Teilhabe als „unscharf“ verwendet, der je nach Interessenlage unterschiedlich Verwendung findet (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) 2021: 16). Der Begriff „**Teilhabe**“ wurde mit dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) 2001 in Deutschland eingeführt und hat den Begriff „Rehabilitation“ abgelöst (Grampp et al. 2013: 15; zit. n. Tielking 2016: 7). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht Teilhabe und Partizipation mit der gleichen Bedeutung und versteht darunter „das Einbezogenessein in eine Lebenssituation“ (Grampp et al. 2013: 17; zit. n. Tielking 2016: 7; Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) 2021: 16). Die geänderten (gesetzlichen) Rahmenbedingungen im Sinne der Selbstbestimmung, Inklusion bzw. Teilhabe für Menschen mit Behinderung gehen mit einer Zunahme an Selbstständigkeit und Unabhängigkeit einher, die eine eigene Entwicklung anderer bzw. neuer Kompetenzen zur Bewältigung der neuen „Umweltbedingungen“ erforderlich macht (Kretschmann-Weelink 2006: 18), u. a. im Umgang mit Substanzen und Suchtmitteln.

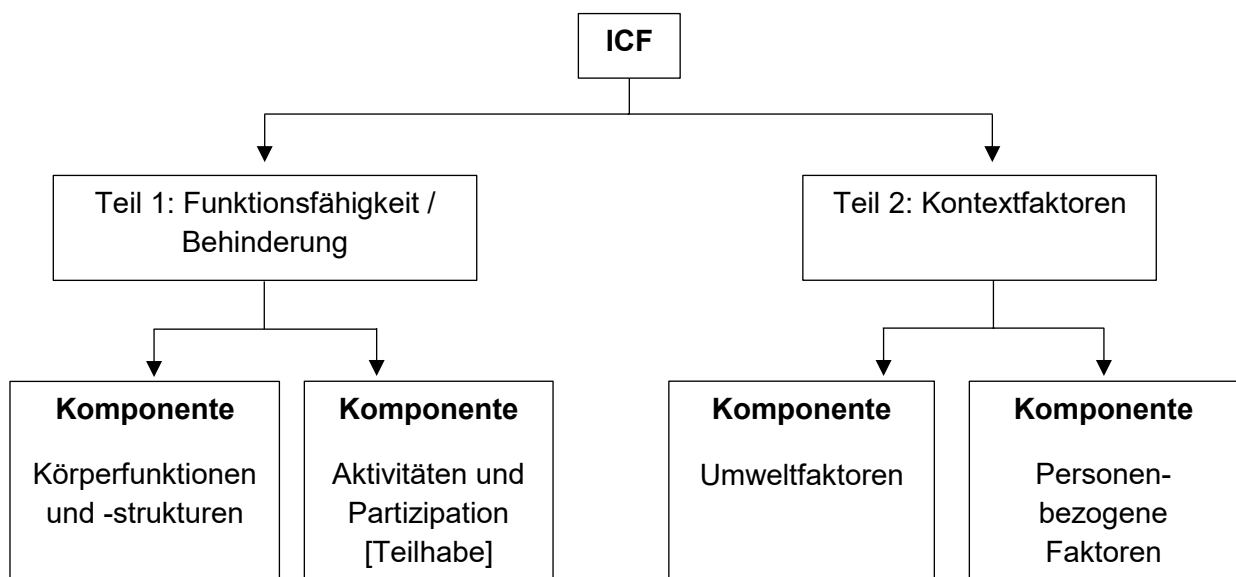
3.2.5 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Der komplexe Wirkzusammenhang für die Realisierung von Teilhabe ist im bio-psycho-sozialen Modell der WHO dargestellt, das der **ICF** (englisch: „International Classification of Functioning, Disability and Health“, Deutsch: „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“) zugrunde liegt (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) 2021: 16). In diesem Modell wird Behinderung als Beeinträchtigung der Teilhabe definiert, als Ergebnis einer negativen Wechselwirkung zwischen den individuellen Voraussetzungen und den jeweils gegebenen personen- und umweltbezogenen Bedingungen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2013; Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) 2021: 16). Diese dient zur fach- und länderübergreifenden Standardisierung der Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, insbesondere in Bezug auf Behinderungen und Beeinträchtigungen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2020; Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2016b: 543; Wenzel/Morfeld 2016: 1125). Der ICF liegt das bio-psycho-soziale Modell zugrunde und rückt damit nicht die bestehenden körperlichen Defizite in den Fokus, sondern die vorhandenen Ressourcen sowie Umweltfaktoren und

personenbezogenen Faktoren (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2015: 9; Wenzel/Morfeld 2016: 1125). Die ICF geht von dem momentanen Gesundheitszustand eines Individuums aus und stellt die Ist-Situation dar (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2015: 11). Dabei werden die Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem, der Funktionsfähigkeit und den Kontextfaktoren der Menschen beschrieben (Wenzel/Morfeld 2016: 1125). Es erfolgt die systematische Beschreibung der Funktionsfähigkeit und Behinderung auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, den Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2015: 9).

Struktur und Klassifikation der ICF: Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. s teilt die Struktur der ICF dar. Die ICF umfasst zwei Teilbereiche mit je zwei Komponenten.

Abbildung 8: Struktur der ICF



Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2015: 12.

Teil 1 enthält die Funktionsfähigkeit und Behinderung und Teil 2 die Kontextfaktoren. Die Differenzierung gestaltet sich wie folgt: Zu Teil 1 lassen sich die Aspekte „Körperfunktionen und -strukturen“ sowie „Aktivitäten und Partizipation“ einordnen. Unter Teil 2 werden die Komponenten „Umweltfaktoren“ sowie „Personenbezogene Faktoren“ aufgeführt. Mittels der ICF werden sodann die Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie das individuelle gesundheitliche Befinden einer Person beurteilt. Um fundierte Aussagen treffen zu können, erfolgt die Unterteilung der Komponenten in verschiedene Codes, wobei vor allem eine Erweiterung der Beurteilungsmerkmale (z. B. Schweregrad) für eine präzisere Beschreibung erfolgen muss (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2015: 12).

Sucht im Fokus der Teilhabe

Die (internationalen) Rahmenbedingungen (hier speziell die ICF) und die gesetzlichen Vorgaben haben zu einem auf die Abhängigkeitserkrankungen insgesamt bezogenen Ansatz geführt, den die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wie folgt zusammenfasst (Tielking 2016: 13): Die Übersicht in Tabelle 7 umfasst Zuordnungen bezogen auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und kann analog auf die Arbeitsfelder Prävention, Beratung, Therapie und Betreuung von Menschen mit Suchtproblemen übertragen werden (Tielking 2016: 13).

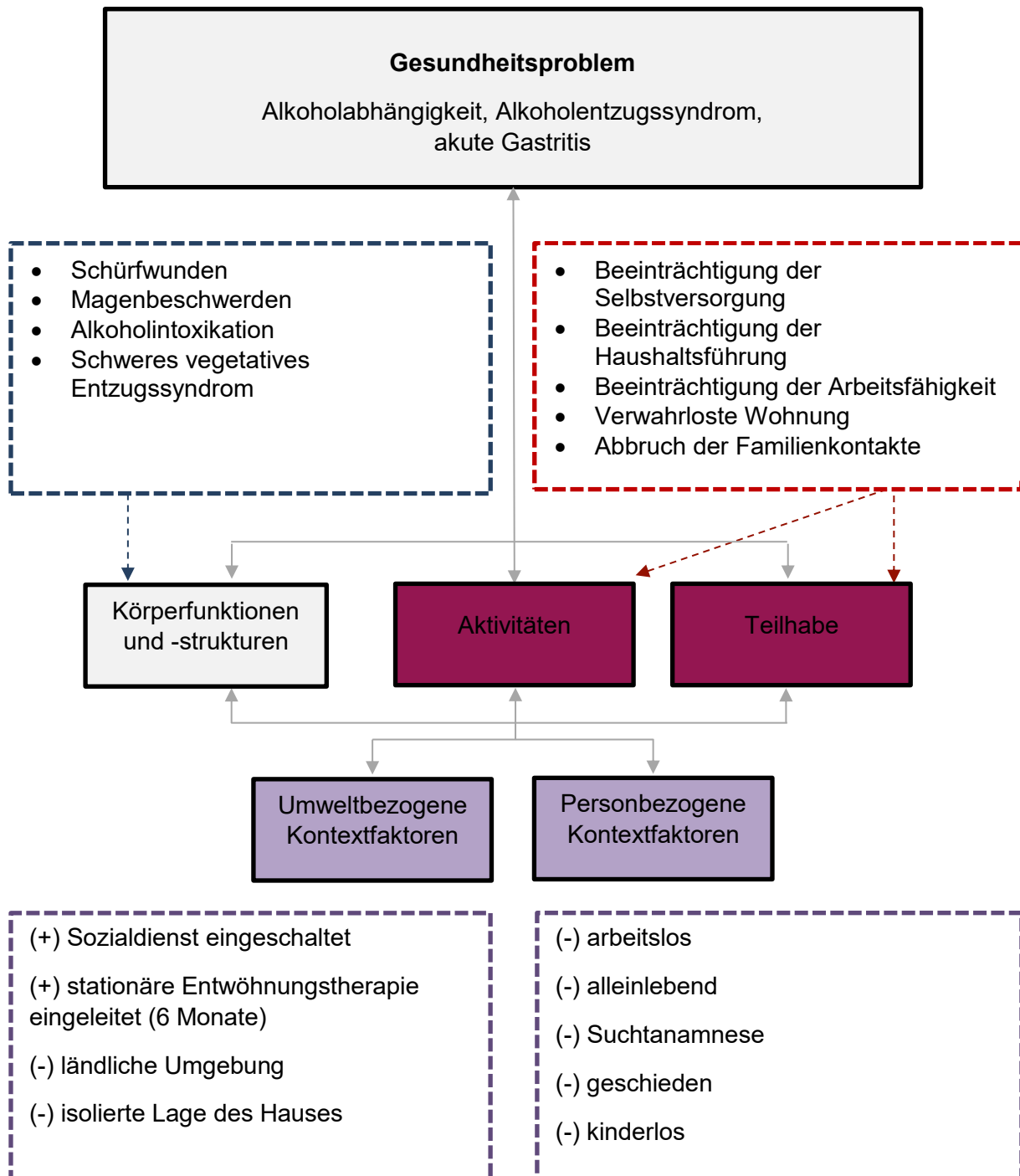
Tabelle 7: Abhängigkeitserkrankungen unter Bezugnahme auf die ICF

Körperfunktionen und Körperstrukturen	Aktivitäten	Teilhabe an Lebensbereichen
Gestört können z.B. sein: <ul style="list-style-type: none"> - Der Stoffwechsel - Innere Organe - Das Denken - Das Gedächtnis - Die emotionale Stabilität - Das Selbstwertgefühl - Die Wahrnehmung - Die Urteilsfähigkeit - Die Selbsteinschätzung (Ich-Strukturen) 	Beeinträchtigt können z.B. sein: <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitäten im Zusammenhang mit Schule, Ausbildung und Arbeit - des täglichen Lebens (Selbstversorgung, Körper- und Kleiderpflege) - der Kommunikation - und interpersonale Aktivitäten (Aufnahme und Pflege sozialer Kontakte) - Aktivitäten zur Nutzung medizinischer, sozialer, kultureller Angebote 	Beeinträchtigt können z.B. sein: <ul style="list-style-type: none"> - Die Teilhabe an sozialen Beziehungen (Familie, Freunde, Bekannte, Gleichaltrige) - an Ausbildung entlohnter oder unbezahlter Arbeit - an Wohnung und Unterkunft - an Erholung, Freizeit, Kultur - am wirtschaftlichen Leben
Personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren		

Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2006: 19; Tielking 2016: 13.

Der Einsatz der ICF soll im Folgenden auf das Beispiel der „Alkoholabhängigkeit“ von Klient*innen übertragen werden. Abbildung 9 verdeutlicht laut der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2010: 28 f.), wie die ICF-Klassifizierung auf das Gesundheitsproblem Alkoholabhängigkeit bezogen werden kann. Hierbei wird anhand der ICF lediglich der aktuelle Ist-Stand abgebildet.

Abbildung 9: ICF-orientierte Fallstrukturierung bei Alkoholabhängigkeit



Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2010: 29.

Insgesamt ist für die Zielplanung und (integrierte) Teilhabeplanung der Einbezug der Klient*innen mit Suchtproblematik zu berücksichtigen: „Im Mittelpunkt der Zielplanung steht der Mensch mit Behinderung, dessen vorhandene Kompetenzen, Interessen und Ressourcen“ (Tielking 2016: 32). An der Aufstellung eines (integrierten) Gesamtplans und der Durchführung der Maßnahmen wirken schließlich weitere Akteure und Fachpersonen mit, wie bspw. der behandelnde Arzt/ die behandelnde Ärztin, das Gesundheitsamt, etc. Daher fasst Tielking die Suchthilfe im gegliederten Sozialsystem als „Kooperationsthema“ zusammen (Tielking 2016: 50). Auch die zielgruppenadäquate und bedarfsgerechte Nachsorge ist erforderlich (Kretschmann-Weelink 2013).

3.2.6 Bedeutung des Paradigmenwechsels für die Hilfesysteme

Die moderne Eingliederungshilfe und die aktuelle Behindertenpolitik basieren auf drei Grundsatzprinzipien: **Normalisierung, Selbstbestimmung und Inklusion**. Alle drei Leitprinzipien zielen darauf ab, dass Menschen mit (geistiger) Behinderung eine gleichberechtigte Teilhabe an allen gesellschaftlichen Lebensbereichen ermöglicht werden kann. Ob und wie diese Prinzipien den Substanzkonsum von Klient*innen beeinflussen können, aber auch, wie diese für eine gelingende Beratung von Menschen mit geistiger Behinderung genutzt werden können, soll im Folgenden näher erläutert werden. Die **Prinzipien der Normalisierung und der Selbstbestimmung** in der modernen Behindertenarbeit können unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Bereich des Konsums von Suchtmitteln eine paradoxe Wirkung entfalten und das Risiko der Suchtgefährdung sogar noch erhöhen (Schinner 2015: 2).

Obwohl vielfach berichtet wurde, dass die Behinderten- und Suchthilfe bislang wenig vernetzt und ihre Tätigkeiten wenig aufeinander bezogen sind, erweisen sich die meisten Leitprinzipien der Behindertenhilfe und der Suchthilfe als weitestgehend kompatibel (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 17 ff.).

Tabelle 8 stellt die Leitideen der Eingliederungs- und Suchthilfe zusammenfassend dar. Die Leitprinzipien sind für beide Hilfesysteme sehr ähnlich.

Tabelle 8: Leitideen der Behinderten- und Suchthilfe

Behindertenhilfe	Suchthilfe
<ul style="list-style-type: none"> - Normalisierung - Empowerment/ Selbstbestimmung - Ambulantisierung - Personenorientierung - Sozialraumorientierung - Integration/Inklusion und Partizipation - ICF 	<ul style="list-style-type: none"> - Personenorientierung - Ambulantisierung - Integration und Inklusion - Empowerment - Sozialraumorientierung - ICF

Quelle: Eigene Darstellung

In der Alltagspraxis der Behindertenhilfe ist es bisher nur bedingt gelungen, die Leitprinzipien der Selbstbestimmung, der gleichberechtigten Teilhabe und der Inklusion, wie sie in der UN-Behindertenrechtskonvention beschrieben werden, umzusetzen (Wiederer 2020: 5). Für die Hilfskonzepte der Behindertenhilfe und insbesondere für den Bereich Wohnen gehen mit diesem Paradigmenwechsel deutliche Änderungen und Anforderungen einher, die in Tabelle 9 zusammengefasst sind (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 17 ff.).

Tabelle 9: Anforderungen an die Behindertenhilfe aufgrund des Paradigmenwechsels

Hilfskonzepte der Behindertenhilfe	Bereich Wohnen
<ul style="list-style-type: none"> • Die Hilfe richtet sich individuell an den Menschen mit Behinderung, er ist Prozessbeteiligter. • Der Hilfebedarf wird individuell ermittelt, die Ausgestaltung der Hilfe beruht auf 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit Behinderung wohnen außerhalb von Institutionen, im Gemeinwesen

<p>einem Aushandlungsprozess mit dem Leistungsträger, auch entsprechend der örtlichen Möglichkeiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Hilfe ist ganzheitlich, auf die Lebenswelt des Menschen mit Behinderung bezogen (Arbeit, Wohnen, Freizeit). • Die Hilfe ist sozialraumorientiert, ambulant und wohnortnah organisiert. • Die Hilfe bezieht die Angehörigen mit ein. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit Behinderung leben in der Öffentlichkeit, mit freiem Zugang zu Suchtmitteln • Menschen mit Behinderung haben Freiräume • die früher auch Orientierung vermittelnde Begrenzung ist entfallen, Menschen mit Behinderung sind allen Risiken des Lebens außerhalb von Einrichtungen ausgesetzt, • Menschen mit Behinderung leben mit dem gleichen Risiko der Gesundheitsgefährdung und der Suchtgefährdung wie Menschen ohne Behinderung.
--	--

Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 17 ff.

Auch seitens der Suchthilfe wird in Berichten und Studien seit Längerem deutlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung zunehmend Unterstützung in Beratung und Therapie suchen (Abel 2020; Kretschmann-Weelink 2013; Neugebauer et al. 2018; Sarrazin/Fengels 2012). Eine Verzahnung der beiden Hilfesysteme Sucht- und Behindertenhilfe bedarf der Entwicklung neuer Angebote und Maßnahmen für Menschen mit Behinderung in beiden Hilfesystemen. Eine Rolle spielen dabei die Einstellungen und Ziele des jeweiligen Systems und die Schaffung von Voraussetzungen, damit eine gute Verzahnung gelingen kann. In Tabelle 10 werden die Voraussetzungen und Auswirkungen einer guten Zusammenarbeit beschrieben.

Tabelle 10: Auswirkungen auf und Voraussetzungen für die Hilfesysteme

Behindertenhilfe	Suchthilfe
Auswirkungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Angebote und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung als Bestandteil der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Angebot von u. a. präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Menschen mit geistiger Behinderung • Qualifizierung von Fachpersonal für die Arbeit mit der Klientel • Vernetzung mit Einrichtungen der Behindertenhilfe
Voraussetzungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Zeit und Know-How im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung • Qualifizierung von Fach- und Betreuungspersonal • Vernetzung zur Suchthilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungsinterne Vernetzung • Vernetzung zur Behindertenhilfe
Einstellung zu Substanzen	
<ul style="list-style-type: none"> • Hausregeln • Schutz der Klient*innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Entscheidungen • Aufzeigen von Vor- und Nachteilen durch Konsum/Sucht
Ziele und Methoden	

<ul style="list-style-type: none"> • Schadensbegrenzung • Unterstützend 	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch der Klient*innen • Verbaler Ansatz • Gruppentherapie
Erwartungen und Zugänglichkeit	
<ul style="list-style-type: none"> • Erwartet aktive Interventionen und Lösungen • Verwendung von Substanzen kann zum Ausschluss von Dienstleistungen führen 	<ul style="list-style-type: none"> • Patientengerichteter Ansatz: „Unmotivierter“ Patient wird schwerlich akzeptiert • Behinderung als (relative) Kontraindikation, aufgrund von strukturellen Barrieren, die die Zugangsmöglichkeiten erschweren

Quelle: Eigene Darstellung nach Kretschmann-Weelink 2016; van der Nagel 2018.

In der Zusammenarbeit zwischen Behinderten- und Suchthilfe sind beide Professionen darauf angewiesen, sich wechselseitig das erforderliche Fachwissen soweit anzueignen, damit

- einerseits die Mitarbeitenden in den Wohneinrichtungen in die Lage versetzt werden, Handlungskompetenzen für den adäquaten Umgang mit suchtmittelgefährdeten und -kranken Bewohner*innen und Klient*innen zu entwickeln, und damit
- andererseits Ärzt*innen, Therapeut*innen und Sozialpädagog*innen in den Institutionen der Suchthilfe (Fachkliniken, Fachambulanzen, Beratungsstellen) lernen können, einen Zugang zu Menschen mit geistiger Behinderung zu finden (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 9).

3.3 Zusammenfassung

Die Relevanz der Suchthilfe wurde bereits im 19. Jahrhundert erkannt und erste Strukturen des Systems im Sinne von Verbänden, Selbsthilfegruppen, Einrichtungen und Netzwerken für Fachpersonen aufgebaut. In den folgenden Jahren lieferten die Forschung, politische und ethische Normen sowie die Weiterentwicklung des Sozialversicherungssystems immer neue Grundlagen für die Arbeit der Suchthilfe. Insbesondere seit den 1960er und 1970er Jahren wurden fachliche Angebote weiterentwickelt und weitgehende rechtliche und organisatorische Änderungen geschaffen, die neue Aufgabenfelder, z. B. Prävention und Eingliederungshilfen, für die Suchthilfe ergaben. Der normative Rahmen, bedingt durch rechtliche, fachliche und ethische Aspekte, bildet Leitprinzipien für den Umgang mit (hilfesuchenden) Klient*innen. Neben der Personenzentrierung und Interdisziplinarität bzw. Qualität von Leistungen gilt das Paradigma der Schadensminimierung und zieloffenen Hilfe. Darüber hinaus definiert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen aktuell 12 Segmente des Versorgungssystems der Suchthilfe. Die langjährige Differenzierung und Institutionalisierung der Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung steht nun vor verschiedenen Herausforderungen. Das Suchthilfesystem muss sich demnach politisch und fachlich weiterentwickeln, um die Gesundheit aller Menschen der Gesellschaft zu fördern. Dazu gehören adäquate und wirksame Leistungen, die niedrigschwellig und barrierefrei erreichbar sind, sowie die Weiterbildung von Fachpersonal und Etablierung von Kooperationen innerhalb des Versorgungssystems.

Die Behindertenhilfe entwickelte sich parallel zum System der Suchthilfe. Dabei wurden verschiedene Phasen durchlaufen, in denen andere Leitgedanken vorherrschten. Folgende Phasen prägten die Arbeit der Behindertenhilfe: Exklusion, Segregation, Integration und

Inklusion / Teilhabe. Die Entwicklung des Systems war dabei immer politisch geprägt, bspw. durch die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) oder das Bundesteilhabegesetz. Ein Paradigmenwechsel vollzog sich in der Behindertenhilfe vor allem durch das Normalisierungsprinzip, durch das den Menschen mit Behinderung ein Leben „so normal wie möglich“ ermöglicht werden soll. Heute leitet das Prinzip der Inklusion die Arbeit der Behindertenhilfe. Inklusion bedeutet vor allem eine Anpassung der Gesellschaft an die Menschen mit Behinderungen, und nicht die Anpassung von Menschen mit Behinderungen an die Gesellschaft.

Vielfach wurde berichtet, dass die Behinderten- und Suchthilfe bislang wenig vernetzt und ihre Tätigkeiten wenig aufeinander abgestimmt sind. Dennoch erweisen sich die meisten Leitprinzipien der Behindertenhilfe und der Suchthilfe als weitestgehend kompatibel (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 17 ff.). Seitens der Sucht- und Behindertenhilfe wird berichtet, dass Menschen mit geistiger Behinderung zunehmend Unterstützung in Beratung und Therapie suchen (Abel 2020; Kretschmann-Weelink 2013; Neugebauer et al. 2018; Sarrazin/Fengels 2012). Dennoch schien die Suchthilfe nicht ausreichend auf diese Klientel vorbereitet gewesen zu sein. Die Öffnung des Lebensalltags bietet geistig beeinträchtigten Menschen viele neue Perspektiven der Lebensgestaltung und damit auch der Zugang zu Suchtmitteln. Die bestehenden Hilfseinrichtungen sind hier gefordert, sich den Problemlagen geistig beeinträchtigter Menschen zu stellen und sich auf deren Fähigkeiten und Bedürfnisse auszurichten. Die Einrichtungen sollen ihnen Hilfestellungen geben, autonom ihr Leben zu gestalten. Bislang gelingt dies allerdings nur bedingt.

3.4 Schlüsselbegriffe

Inklusion

Unter Inklusion versteht man einen Prozess, der die Aussonderung einzelner Gruppen innerhalb der Gesellschaft verhindert (Klauß 2010: 342). Der Begriff der Inklusion wird von den Begriffen Integration, Segregation und Exklusion abgegrenzt. Die bisherigen Konzepte der Normalisierung und des Empowerments zielen darauf ab, Menschen mit Teilhabebeeinträchtigungen in ein bestehendes System einzugliedern (Wiederer 2020: 18). Bei der Inklusion gehören alle Menschen zur Normalität einer heterogenen Gesellschaft. Inklusion bezieht sich demnach auf die Veränderung der Gesellschaft und nicht des Individuums. Die Diversität der Menschen in ihrer individuellen Differenz und die Verwirklichung der persönlichen Lebensentwürfe gehören im Sinne der Leitidee Inklusion zur anerkannten pluralen Normalität (Wiederer 2020: 69). Um allen Menschen eine volle und gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen, erfordert Inklusion Anpassungsleistungen der Gesellschaft an die Besonderheiten von Menschen mit Behinderungen und nicht umgekehrt eine Anpassung der Menschen mit Behinderung an die Gesellschaft.

Integration

Beim Prinzip der Integration sollen Menschen mit Behinderung an die „normalen“ Lebensbedingungen herangeführt werden. Dabei werden sie in die Gesellschaft eingegliedert. Das bedeutet, dass die Gruppen der Menschen mit und ohne Behinderung zusammengeführt werden. Menschen mit Behinderung sind dabei allerdings nur am Rande sichtbar. Es kommt also nicht zu einer Durchmischung der Gruppen, so wie es bei der Inklusion der Fall ist (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2021). Der Integrationsbegriff ist aufgrund seiner selektiven Eigenschaften in die Kritik geraten und wird vom Begriff der Inklusion abgelöst (Stöppler 2017: 76).

Normalisierung

Das Ziel der Normalisierung ist es, das Leben von Menschen mit geistiger Behinderung in allen Lebensphasen so normal wie möglich zu gestalten (Stöppler 2017: 74). Der Grundsatz der Normalisierung ist dabei, dass alle Menschen das Recht haben, unter den gleichen Voraussetzungen in der Gesellschaft zu leben (Thimm 2005). Vor der Normalisierung handelte es sich bei Menschen mit einer geistigen Behinderung um einen weitgehend ausgegrenzten Personenkreis. Normalisierung sollte eine Integration in die Gesellschaft ermöglichen.

Personenzentrierung

Mit der personenzentrierten Sichtweise werden die individuellen Ressourcen und Kontextfaktoren einer Person in den Fokus gerückt. Für Menschen mit Behinderung bedeutet das, dass Unterstützungsleistungen nicht mehr in Abhängigkeit von der Wohnform bestimmt werden, sondern sich immer am individuellen Bedarf orientieren (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2018). Personenzentrierung soll die Selbstbestimmung und die Teilhabe von Menschen mit Behinderung fördern (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2018).

Selbstbestimmung/ Empowerment

Der Begriff Empowerment wird häufig mit Selbstbefähigung, Selbstermächtigung oder Selbstbemächtigung übersetzt (Theunissen/Schwalb 2018: 25 ff.; Wagner 1997). Durch Empowerment sollen Menschen mit (geistiger) Behinderung dazu befähigt werden, weitestgehend nach ihren Wünschen und Vorstellungen, möglichst unabhängig, selbstbestimmt und selbstständig innerhalb der Gesellschaft zu leben (Kretschmann-Weelink 2006: 18; Stöppler 2017: 76 ff.). Das bedeutet allerdings nicht, dass Menschen mit Behinderung sich selbst überlassen werden, stattdessen kommt dem Fachpersonal der Behindertenhilfe eine große Bedeutung zu.

Teilhabe

Unter Teilhabe oder auch **Partizipation** versteht man das Eingebundensein in eine Lebenssituation (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)/World Health Organisation (WHO) 2005): Der Begriff „Teilhabe“ wurde mit dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) 2001 in Deutschland eingeführt. Teilhabe bedeutet, dass eine Person alle Lebensbereiche selbstbestimmt gestalten kann und dadurch ein gleichberechtigtes Mitglied der Gesellschaft ist (Brütt et al. 2016; Morfeld/Koch-Gromus 2016). Eine zunehmende Teilhabe an der Gesellschaft geht mit einer Zunahme an Selbstständigkeit und Unabhängigkeit einher. Dadurch werden, gerade in Bezug auf den Substanzmittelkonsum, neue Kompetenzen zur Bewältigung notwendig (Kretschmann-Weelink 2006: 18).

3.5 Merksätze

- Anfragen aus der Behindertenhilfe in Beratungsstellen der Suchthilfe weisen in den vergangenen Jahren auf einen problematischen Suchtmittelkonsum der Menschen mit geistiger Behinderung hin (Neugebauer et al. 2018; Sarrazin/Fengels 2012).
- Anstatt Menschen mit geistiger Behinderung vor Einflüssen und Risiken zu schützen, ist nach dem Prinzip der Inklusion beabsichtigt, dass sie sowohl mit den Chancen als auch mit den Risiken des Konsums konfrontiert werden (Abel 2020; Kretschmann-Weelink

2013; LWL Koordinationsstelle Sucht 2017: 10). Die Eingliederungshilfe sieht sich dadurch zunehmend vor Herausforderungen gestellt.

- Die beiden Hilfesysteme Sucht- und Behindertenhilfe haben beide eine lange Geschichte, die allerdings in weiten Teilen getrennt verlief. Betrachtet man aber die Leitprinzipien und Grundsätze der beiden Systeme, so fällt auf, dass es Überschneidungen zwischen den Systemen gibt: Obwohl vielfach berichtet wurde, dass die Behinderten- und Suchthilfe bislang wenig vernetzt und ihre Tätigkeiten wenig aufeinander bezogen sind, erweisen sich die meisten Leitprinzipien der Behindertenhilfe und der Suchthilfe als weitestgehend kompatibel (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 17 ff.).
- Die drei Grundsatzprinzipien der Behindertenhilfe sind die Normalisierung, Selbstbestimmung und Inklusion. Alle drei Leitprinzipien zielen darauf ab, dass Menschen mit (geistiger) Behinderung eine gleichberechtigte Teilhabe an allen gesellschaftlichen Lebensbereichen ermöglicht werden kann.
- Bei den Leitgedanken der Suchthilfe handelt es sich um die Prinzipien Personenorientierung, Ambulantisierung, Integration, Empowerment, Sozialraumorientierung und ICF.
- Für Menschen mit geistiger Behinderung werden Hindernisse beim Zugang zur und Inanspruchnahme von Diensten der Suchthilfe berichtet (Kretschmann-Weelink 2016: 35). Konzepte zur Suchtprävention sollten sich insbesondere an der individuellen Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung orientieren und das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf Privatsphäre sowie das „sich mit einbringen können (müssen) für die Gesellschaft“ als zentrale Aspekte berücksichtigen. Für Einrichtungen der Behindertenhilfe hingegen sind vermehrt suchtspezifische Konzepte erforderlich, die sowohl präventive als auch gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigen (Kretschmann-Weelink 2013: 112).

3.6 Lernkontrolle/ Praxisaufgabe

1. Beschreiben Sie die Leitprinzipien der Sucht- und der Behindertenhilfe.
2. Warum ist eine Verzahnung der beiden Hilfesysteme sinnvoll?
3. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit eine Verzahnung der Systeme gelingen kann bzw. welche Anforderungen an die Hilfesysteme ergeben sich?

3.7 Quellennachweise

Abel (2021): Beratungshandbuch Teil 2. Materialien-Sammelordner. Online verfügbar unter: <https://www.aktionberatung.de/datenbank?dbkat=65>. (abgerufen am: 14.06.2021).

Abel, T. (2020): Beratungshandbuch Teil 1. Grundlagen der Beratungsarbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum). Wiesbaden.

Aldrian, S. (2019): Illegalisierter Substanzkonsum von Akteuren aus der Suchthilfe. Eine Gratwanderung zwischen Freizeit und professionellem Auftrag. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Bank-Mikkelsen, N. E. (2005): Das Normalisierungsprinzip - Betrachtungen aus Dänemark (1978). In: Thimm, W. (Hrsg.): Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzeptes. Marburg: Lebenshilfe-Verlag: 50-61.
- 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. Online verfügbar unter: https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_d_utsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2. (abgerufen am: 16.04.2021).
- beta Institut (o. J.): Bundesteilhabegesetz. Online verfügbar unter: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Umsetzung_BTHG/Gesetz_BTHG/Gesetz_node.html. (abgerufen am: 30.06.2021).
- Brütt, A. L.; Buschmann-Steinhage, R.; Kirschning, S.; Wegscheider, K. (2016): Teilhabeforschung: Bedeutung, Konzepte, Zielsetzung und Methoden. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (9): 1068–1074.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2015): ICF-Praxisleitfaden 1. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt am Main: BAR.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2010): ICF-Praxisleitfaden 3. 3Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für das Krankenhausteam. Frankfurt am Main: BAR.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2006): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. (Schriftenreihe der BAR - Heft 12). Frankfurt am Main.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2020): ICF. Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>. (abgerufen am: 22.08.2020).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bonn: Publikationsversand der Bundesregierung.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2018): Fragen und Antworten zum Bundesteilhabegesetz (BTHG). Online verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Fragen-und-Antworten-Bundesteilhabegesetz/faq-bundesteilhabegesetz.html>. (abgerufen am: 30.06.2021).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bonn: Publikationsversand der Bundesregierung.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2011): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: Publikationsversand der Bundesregierung.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (o. J.): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Online verfügbar unter: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Umsetzung_BTHG/Gesetz_BTHG/Gesetz_node.html. (abgerufen am: 30.06.2021).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2016a): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Berlin: Publikationsversand der Bundesregierung.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2016b): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bonn: Publikationsversand der Bundesregierung.
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) (2015): Fachexpertise Geistige Behinderung und Sucht. Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe. Berlin.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte (1994): Empowerment. Fachdienst der Lebenshilfe (3): 4–5.
- Bürkle (2015): Ambulante Suchthilfe - ein unverzichtbarer Akteur. Online verfügbar unter: <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2015/artikel/ambulante-suchthilfe--ein-unverzichtbarer-akteur>. (abgerufen am: 30.06.2021).
- Dauber, H.; Specht, S.; Künzel, J.; Braun, B. (2018): Suchthilfe in Deutschland 2017. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (o. J.): UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Online verfügbar unter: <https://www.dguv.de/medien/inhalt/presse/hintergrund/aktionsplan/wissensbaustein.pdf>. (abgerufen am: 30.06.2021).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2019): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland. Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019. Hamm.
- Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) (2021): Standards zur Teilhabe von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und komplexem Unterstützungsbedarf. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)/World Health Organisation (WHO) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/icf/icfbp2005.zip>. (abgerufen am: 17.08.2020).
- Evers-Meyer, K. (2010): Zur Situation von Menschen mit Behinderungen in Deutschland. In: Wernstedt, R.; Joon-Ohnesorg, M. (Hrsg.): Inklusive Bildung. Die UN-Konvention und ihre Folgen. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung: 27–31.

- Franzkowiak, P.; Homfeldt, H. G. (2012): Partizipation in der Sozialen Arbeit. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber: 79–90.
- GKV-Spitzenverband (2020): Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs. 2 SGB V. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf. (abgerufen am: 30.06.2021).
- Grampp, G.; Jackstell, S.; Wöbke, N. (2013): Teilhabe, Teilhabemanagement und die ICF. 1. Auflage. Köln: Balance Buch+Medien Verlag.
- Häßler, F. (2011): Intelligenzminderung. Eine ärztliche Herausforderung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Häßler, F. (2009): Polypharmazie in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Messer, T.; Schmauß, M. (Hrsg.): Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Wien: Springer Vienna: 119–136.
- Hörning, M.; Kretschmann-Weelink, M. (2012): Ergebnisse der Vollerhebung NRW "Geistige Behinderung und Sucht". In: LWL Koordinationsstelle Sucht; Diakonische Stiftung Wittekindshof (Hrsg.): Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 30–36.
- Jung, F.; Nachtigal, P. (2018): Suchtselbsthilfe für Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Praxisbericht). Bremen.
- Kahle, U. (2019): Inklusion, Teilhabe und Behinderung. Herausforderungen und Perspektiven der Transformationsprozesse von Organisationen der Behindertenhilfe aus institutioneller Sicht. 1. Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Klauß, T. (2010): Inklusive Bildung: Vom Recht aller, alles Wichtige über die Welt zu erfahren. Behindertenpädagogik 49 (4): 341–369.
- König, M. (2020): Diversität in der Suchtarbeit. Leitlinien zum Umgang mit der Vielfalt der KlientInnen. Allgemeiner Teil.). Bern.
- Kretschmann-Weelink (2016): Sektfrühstück und Happy Hour - Was hat Inklusion mit Prävention zu tun? Vortrag beim Fachtag "Suchthilfe für Alle" (27.01.2016). Online verfügbar unter: http://www.caritas-emsdetten-greven.de/cms/contents/cvemsdetten.caritas/medien/dokumente/downloads/menschen-mit-geistig/menschen_mit_geistiger_behinderung_und_sucht_kompatibilitaetsmodus.pdf?d=a&f=pdf. (abgerufen am: 10.01.2021).
- 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). Gevelsberg.
- Kretschmann-Weelink, M. (2006): Projektdokumentation zum Modellprojekt "Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik"). Münster.
- Laging, M. (2020): Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen - Konzepte - Methoden. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

- LWL Koordinationsstelle Sucht (2017): Sag Nein! Suchtpräventions-Programm an Förderschulen für geistige Entwicklung. Praxishandbuch. Münster: Praxishandbuch.
- LWL Koordinationsstelle Sucht; Diakonische Stiftung Wittekindshof (Hrsg.) (2012): Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht.
- Morfeld, M.; Koch-Gromus, U. (2016): Behinderung und gesellschaftliche Teilhabe. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (9): 1045–1047.
- Neugebauer, F.; Foof, A.; Schütz, E.; Hardeling, A. (2018): Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe. Projektdokumentation und Abschlussbericht. Berichtszeitraum 01.09.2017 - 28.02.2018. Potsdam.
- Oliva, H.; Walter-Hamann, R. (2013): Suchthilfe in Netzwerken. Praxishandbuch zu Strategie und Kooperation. 1. Aufl. Freiburg: Lambertus.
- Reker, M. (2012): Spezielle Aspekte von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Vortrag beim Symposium der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (24.11.2012). Berlin.
- Rohrmann, A. (2019): Behinderung – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M.; Mohokum, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege - Therapie - Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer: 1–10.
- 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. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 73–88.
- Schay, P. (2020): Das Leistungssystem der sozialen und medizinischen Rehabilitation).
- 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. Ergänzbare Handbuch zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin, Marburg: Lebenshilfe-Verlag: 1–5.
- Schu, M.; Martin, M.; Czycholl, D. (2013): Zugänge finden, Türen öffnen: transkulturelle Suchthilfe. Praktische Erfahrungen aus dem Modellprogramm transVer. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Stahl, S. (2010): Alle unter einen Hut? Wenn Heterogenität auf einmal Normalfall ist. Die UN-Behindertenrechtskonvention verändert Schule. Bildung bewegt - Amt für Lehrerbildung 11: 4–7.
- Stöppler, R. (2017): Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. Mit Übungsaufgaben und Online-Ergänzungen. 2., aktualisierte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Theunissen, G.; Schwalb, H. (2018): Einführung: Von der Integration zur Inklusion im Sinne von Empowerment. In: Schwalb, H.; Theunissen, G. (Hrsg.): Inklusion, Partizipation

- und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best Practice-Beispiele: Wohnen - Leben - Arbeit - Freizeit. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH: 11–36.
- Theunissen, G.; Schwalb, H. (2012): Einführung - Von der Integration zur Inklusion im Sinne von Empowerment. In: Schwalb, H.; Theunissen, G. (Hrsg.): Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best-Practice-Beispiele: Wohnen - Leben - Arbeit - Freizeit. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer: 11–20.
- Thimm, W. (2005): Tendenzen gemeinwesenorientierter Hilfen - Gesellschaftliche Ausrichtung und fachliche Konsequenzen (2005). In: Thimm, W. (Hrsg.): Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzeptes. Marburg: Lebenshilfe-Verlag: 219-240.
- Tielking, K. (2016): Sucht und Teilhabe. Eine Expertise für Niedersachsen. Hannover.
- United Nations (2008): Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. Online verfügbar unter: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>. (abgerufen am: 30.06.2021).
- van der Nagel (2018): Sucht und geistige Behinderung Ergebnisse aus den Niederlanden. Online verfügbar unter: https://www.arkadis.ch/upload/rm/joanneke-van-der-nagel.pdf?_=1604487454000. (abgerufen am: 30.06.2021).
- van der Nagel, J. (2016): Is it just the tip of the iceberg? Substance use and misuse in individuals with intellectual disability (SumID). [Niederland]: [Uitgever niet vastgesteld].
- Wagner (1997): Empowerment - Möglichkeiten und Grenzen geistig behinderter Menschen zu einem selbstbestimmten Leben zu finden. Online verfügbar unter: <http://schleichbrilon.net/empowerment.pdf>. (abgerufen am: 30.06.2021).
- Wenzel, T.-R.; Morfeld, M. (2016): Das biopsychosoziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Beispiele für die Nutzung des Modells, der Teile und der Items. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 59 (9): 1125–1132.
- Wiederer, W. (2020): Stärkung der Selbstbestimmung und Teilhabe. Entwicklungspotentiale personenbezogener Unterstützung für Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung. Unveröffentlichte Dissertation. Siegen: Universität Siegen.
- Wunder, M. (2013): Inklusion - nur ein neues Wort oder ein anderes Konzept? In: Wittig-Koppe, H.; Bremer, F.; Hansen, H. (Hrsg.): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte. Neumünster: Paranus-Verlag: 22–37.

3.8 Weiterführende Links

- Abel, T. (2020): Beratungshandbuch Teil 1. Grundlagen der Beratungsarbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum. Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.aktionberatung.de/userfiles/files/aktionberatung_handbuch.pdf (abgerufen am 30.06.2021).

- 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. Online verfügbar unter: https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_d_utsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2. (abgerufen am: 16.04.2021).
- BRK-Allianz (2013): Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion! Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.brk-allianz.de/attachments/article/87/parallelbericht_barrierefrei_layoutfassung.pdf. (abgerufen am: 30.06.2021).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bonn: Publikationsversand der Bundesregierung. Online verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf;jsessionid=4B7B2902EE7B4E94CEAEA5301A10BB4A.delivery1-replication?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 30.06.2021).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2016b): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bonn: Publikationsversand der Bundesregierung. Online verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 30.06.2021).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bonn: Publikationsversand der Bundesregierung. Online verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (abgerufen am: 30.06.2021).
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2015): Menschen mit besonderen Bedürfnissen. Online verfügbar unter: https://erwachsenenbildung.at/downloads/bildungsinfo/materialien_psa_fuer_rueckmeldung/GuS/GuS-beispiemenschenmitbesonderenbeduerfnissen.pdf?m=1502108635&. (abgerufen am: 30.06.2021).
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) (2015): Fachexpertise Geistige Behinderung und Sucht. Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Handreichung/BeB_GVS_Geistige_Behinderung_und_Sucht.pdf (abgerufen am: 30.06.2021).
- Schu, M.; Martin, M.; Czycholl, D. (2013): Zugänge finden, Türen öffnen: transkulturelle Suchthilfe. Praktische Erfahrungen aus dem Modellprogramm transVer. Lengerich: Pabst Science Publishers. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Broschuere/Handreichung_transVer.pdf (abgerufen am: 30.06.2021).

Wagner (1997): Empowerment - Möglichkeiten und Grenzen geistig behinderter Menschen zu einem selbstbestimmten Leben zu finden. Online verfügbar unter: <http://schleibrilon.net/empowerment.pdf>. (abgerufen am: 30.06.2021).

4 Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung

4.1 Lernziel

Gegenstand des Kapitels ist der Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung. Es werden die Besonderheiten der Zielgruppe aufgrund der geistigen Behinderung und die Besonderheiten der Zielgruppe mit Bezug zum Substanzmittelkonsum dargestellt. Zudem werden Probleme und Konsequenzen im Zusammenhang mit (problematischem) Suchtverhalten auf Klient*innenebene, Personal- und Einrichtungsebene erläutert, um die Herausforderungen beim Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung zu kennen. Der Leserschaft wird das Konzept der Co-Abhängigkeit näher vorgestellt. Dieser Hintergrund ist für den Umgang mit Klient*innen mit einem (problematischen) Verhalten zentral, um Maßnahmen der Prävention ableiten zu können. Schließlich werden Maßnahmen, Richtlinien und Sanktionen bei problematischem Substanzmittelkonsum in Einrichtungen der Behindertenhilfe aufgezeigt und Hinweise zum Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung dargestellt.

4.2 Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit einer geistigen Behinderung sind oftmals den gleichen Risiken für einen (problematischen) Suchtmittelkonsum ausgesetzt wie Menschen ohne Behinderung auch. Aufgrund der Intelligenzminderung ist die Reflexionsfähigkeit in Bezug auf Substanzwirkung, Suchtentwicklung und Bewältigungsmechanismen eingeschränkt möglich. Vielen Menschen mit geistiger Behinderung fehlen eine angemessene Lösungsstrategie in problematischen Situationen und alternative bedarfsorientierte Handlungsmöglichkeiten.

Wie in Kapitel 3 „Leitprinzipien der Behinderten- und Suchthilfe“ dargestellt wurde, sehen sich beide Hilfesysteme mit der Herausforderung konfrontiert, zielgruppenspezifische Angebote zur Prävention und zur Vermeidung riskanter Konsumformen zu entwickeln. Hierzu ist es notwendig, bestehende Angebote zur Suchtprävention an die Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen mit geistiger Behinderung anzupassen, indem eigene Methoden berücksichtigt, entwickelt und an die spezifischen Voraussetzungen der Menschen mit geistiger Behinderung ausgerichtet werden (Abel 2020). Auch die Einbindung zentraler Akteure (u. a. Betreuungspersonen, Angehörige und Institutionen (Behindertenhilfe) ist zu berücksichtigen.

Ansatzpunkte für den Umgang mit Sucht und zur Suchtprävention sind bei den Betreuungs- und Bezugspersonen der Menschen mit geistiger Behinderung zu suchen, die den engsten Kontakt zu den Klient*innen bzw. Angehörigen haben. Der Einbezug von Betreuungspersonen aus der Behindertenhilfe in den Prozess der Suchtberatung ist notwendig und sinnvoll. Die Kooperation und Zusammenarbeit der Hilfesysteme zur Qualifizierung und Vernetzung wird an vielen Orten und (Suchtberatungs-)Stellen bereits umgesetzt (Abel 2020; Neugebauer et al. 2018).

4.2.1 Besonderheiten des Klientels

Eine geistige Behinderung stellt nicht nur eine Einschränkung in gewissen kognitiven Fähigkeiten und damit verbunden im Erlernen von Kulturtechniken – wie Lesen, Schreiben, Rechnen – dar. Eine Intelligenzminderung im engeren Sinne geht in der Regel mit weiteren

anhaltenden (gesundheitlichen) Herausforderungen und Einschränkungen⁹ einher (Buschkämper et al. 2012; Haveman/Stöppler 2014; Kultusministerkonferenz (KMK) 1998; Schinner 2015). In Bezug zum Substanzmittelkonsum werden Besonderheiten folgend aufgeführt:

Besonderheiten der Zielgruppe mit Bezug zum Substanzmittelkonsum (Buschkämper et al. 2012; Schinner 2015):

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

Insgesamt werden neue Anforderungen und Spontaneität in Bezug auf neue Situationen oder neue Aufgaben von Menschen mit geistiger Behinderung häufig als Überforderung wahrgenommen. Aus den beschriebenen Besonderheiten der Zielgruppe ergibt sich nach Schinner (2015) die Notwendigkeit von spezifischen Angeboten der Beratung und Therapie: „Obwohl die Suchterkrankung eines Menschen mit geistiger Behinderung nicht direkt aus der geistigen Behinderung abgeleitet werden kann, so führt diese doch zu spezifischen Bedingungen, die sowohl die Genese der Erkrankung als auch deren Therapie so entscheidend beeinflussen, dass sie nicht mit den traditionellen suchttherapeutischen Maßnahmen allein behandelt werden kann“ (Schinner 2015).

4.2.2 Herausforderungen durch den Substanzgebrauch auf Klient*innen-, Personal- und Einrichtungsebene

Mit Bezug zu Konsumgründen (siehe Kapitel 1) und einem (problematischen) Substanzmittelkonsum gehen meist Herausforderungen und Konsequenzen einher, die sich primär auf den/die Klient*in selbst beziehen. Nicht zu unterschätzen sind allerdings auch Herausforderungen für die Mitbewohner*innen bzw. Mitmenschen (insbesondere in Einrichtungen), für das Betreuungs- und Fachpersonal sowie die Einrichtungen (Leitungsebene) im Umgang mit dem Substanzmittelkonsum. Herausforderungen, die durch

⁹ Die geistige Behinderung macht sich nach der Kultusministerkonferenz vor allem in folgenden Schwierigkeiten bemerkbar (Kultusministerkonferenz (KMK) 1998): im situations-, sach- und sinnbezogenen Lernen, in der selbständigen Aufgabengliederung, Planungsfähigkeit und im Handlungsvollzug, durch das persönliche Lerntempo sowie die geringere Durchhaltefähigkeit im Lernprozess, durch die individuelle Gedächtnisleistung, durch eine geringere kommunikative Aufnahme-, Verarbeitungs- und Darstellungsfähigkeit, durch geringere Fähigkeiten, sich auf wechselnde Anforderungen einzustellen, durch die Übernahme von Handlungsmustern, in der Selbstbehauptung und Selbstkontrolle, durch die geringe Selbsteinschätzung und geringes Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten.

den Substanzmittelkonsum einhergehen, werden im Folgenden auf den genannten Ebenen skizziert.

Ebene der Klient*innen: In erster Linie ergeben sich Folgeprobleme eines Substanzmittelgebrauchs für die „Betroffenen“ selbst. Häufige Folgeprobleme wurden bereits in Kapitel 1 dargestellt.

Diese beziehen u. a. auf folgende Bereiche (Sarrazin/Fengels 2012):

- **Körperliche Folgen:** z. B. Konzentrationsstörungen, Beeinträchtigung des Leistungsvermögens,
- **Psychische Folgen:** z. B. vermindertes Selbstwertgefühl, Stressreaktionen, verringerter Selbstschutz,
- **Soziale Folgen:** z. B. Verarmung sozialer Kontakte, soziale Isolation, Freizeitprobleme und
- **Finanzielle Probleme:** z. B. geringes Taschengeld durch Ausgaben für Substanzmittel.
- **Strafrechtliche Probleme:** Delinquenz und Straftaten durch die Illegalität von Substanzmitteln wurden eher als Befürchtung genannt, denn als tatsächlich erlebt.

Mitmenschen: Auch die Mitmenschen bzw. Mitbewohner*innen sind von (einschränkenden) Maßnahmen und Restriktionen bzw. Sanktionen betroffen, wie bspw. durch eine verschlossene Küche oder Kühlschränke sowie durch die Vermeidung von Restaurant-Besuchen (Beer 2012).

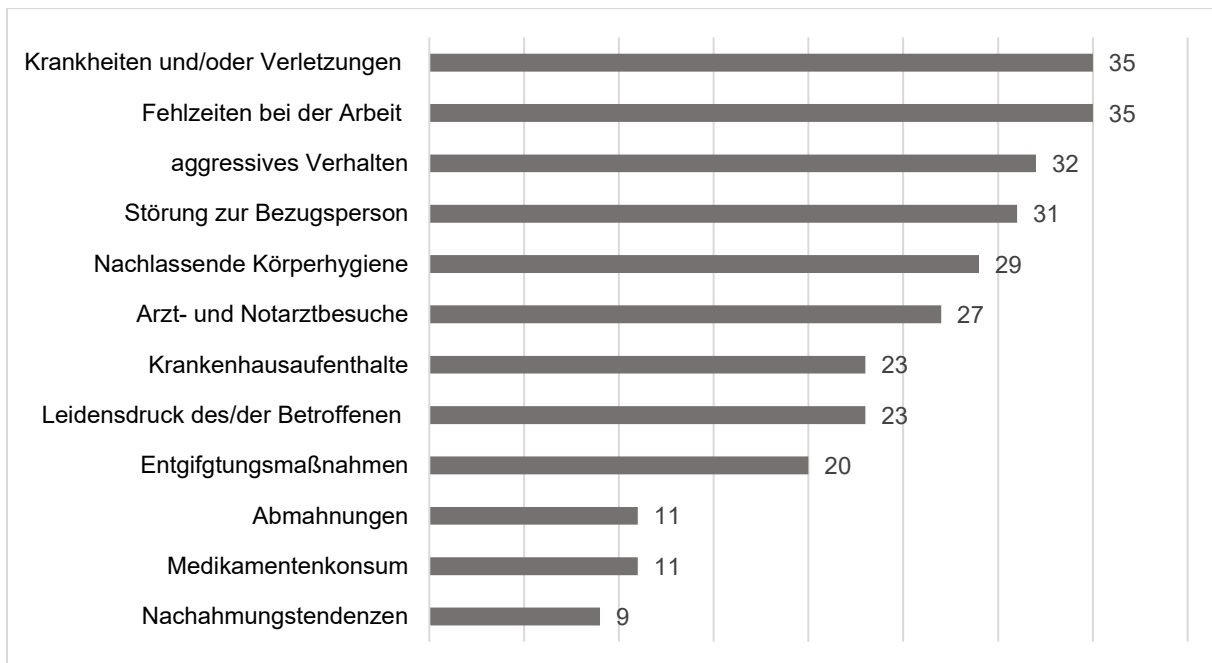
Betreuungs- und Fachpersonal: Für Betreuungspersonen zeigt sich ein erhöhter Bedarf an (pädagogischer) Betreuung von Klient*innen – immer im Spannungsverhältnis zwischen Förderung und Unterstützung auf der einen Seite und „Loslassen“ auf der anderen Seite (Beer 2012).

Für die Einrichtungen: In der repräsentativen Befragung von Einrichtungen der Behindertenhilfe in NRW (Kretschmann-Weelink 2013) gaben fast zwei Drittel der Befragten (66,7%) an, dass der Substanzgebrauch von Menschen mit einer geistigen Behinderung bereits zu Problemen in der eigenen Einrichtung geführt habe. Es zeigten sich zudem deutliche einrichtungsspezifische Unterschiede: Vor allem in Werkstätten (ca. 70%) und im ambulant betreuten Wohnen¹⁰ (< 70%) wurden Probleme aufgrund des Konsums genannt, hingegen gibt das nur etwas mehr als der Hälfte der Beschäftigten von Außenwohngruppen und Wohnstätten an (Hörning/Kretschmann-Weelink 2012). Das spricht dafür, „dass mit abnehmender Betreuungsintensität das Risiko für Substanzmissbrauch zunimmt“ (Klauß 2014).

Von den Mitarbeiter*innen, die über Probleme berichteten, wurden folgende Folgen des Substanzkonsums (Abbildung 10) genannt (Hörning/Kretschmann-Weelink 2012; Kretschmann-Weelink 2013):

¹⁰ Unter ambulant betreutem Wohnen versteht man Wohnformen, in denen Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen eigenständig leben können und dabei bei verschiedenen Aktivitäten durch Fachpersonal unterstützt werden.

Abbildung 10: Folgen des Substanzmittelkonsums (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Hörning/Kretschmann-Weelink 2012: 33; Kretschmann-Weelink 2013: 40.

Daneben können auch Faktoren innerhalb der Wohngruppe zum Suchtverhalten beitragen, bspw. die Gruppenzusammensetzung, die Strukturierung des Alltags, Konflikte, Co-abhängiges Verhalten¹¹ von Mitbewohner*innen und Co-abhängiges Verhalten von Mitarbeitenden (Kretschmann-Weelink 2006). Präventive Maßnahmen sollten daher berücksichtigen, dass ein Wechselspiel verschiedener Faktoren (die des/der Klient*in, die der Wohngruppe bzw. Mitmenschen, der Angehörigen bzw. des sozialen Umfelds sowie die des Fachpersonals) – ganz im Sinne des Suchtdreiecks (siehe Kapitel 1) – zur Entstehung bzw. zur Aufrechterhaltung von bestimmten Suchtverhaltensweisen beitragen.

Da Co-abhängiges Verhalten sowohl Klient*innen bzw. Mitbewohner*innen als auch Mitarbeitende betreffen kann, bedarf es besonderer Aufmerksamkeit in Einrichtungen und Wohngruppen. Für die Behindertenhilfe bedeutet dies, dass das Fachpersonal die eigene Rolle und Motivation für eine (Verhaltens-)Änderung bei Klient*innen mit einer Suchtproblematik neu denken und reflektieren muss. Die co-abhängige Person fühlt sich dem/der Süchtigen nahe, will helfen und lindern und stabilisiert damit, ohne es eigentlich zu wollen, den weiteren Krankheitsverlauf, indem nicht konfrontiert oder interveniert wird (Lamm 2012). Ein Beispiel soll die (institutionelle) Co-Abhängigkeit demonstrieren: Co-abhängiges Verhalten kann „z. B. darin bestehen, dass ein Mitarbeiter einen Menschen mit geistiger Behinderung nach übermäßigem Alkoholkonsum immer wieder wegen Übelkeit oder Ähnlichem in der Werkstatt als „krank“ entschuldigt“ (Beer 2012).

¹¹ Ganz allgemein ausgedrückt, beschreibt das Konzept der Co-Abhängigkeit „Verhaltensmuster, die Suchtverhalten nahestehender Personen begünstigen“ (Laging 2020: 149). Das Konzept der Co-Abhängigkeit stellt Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale der Angehörigen bzw. Akteure in den Vordergrund, die als suchtunterstützend charakterisiert werden. Co-Abhängigkeit impliziert, dass das Verhalten von Personen, Institutionen und Gruppen dazu beiträgt, dass ein süchtiger oder suchgefährdeter Mensch „süchtig oder suchgefährdet bleiben kann“ (Kretschmann-Weelink 2006: 39). Daher ist im Umgang mit suchterkrankten Menschen wichtig, systemische Aspekte des Umfelds zu beachten, zu analysieren und diese sowohl in die Konzeption und Durchführung von präventiven Ansätzen als auch in den Beratungs- und Behandlungsprozess mit einzubeziehen (Laging 2020: 149).

Dieser Erkenntnisgewinn kann durchaus durch begleitende Beratung durch das Fachpersonal in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe etc. unterstützt werden. Aufgabe und Anforderungen ergeben sich dabei häufig im Spannungsverhältnis zwischen den Leitprinzipien der Behinderten- im Abgleich zur Suchthilfe. Die Behindertenhilfe sieht die Betreuung und Förderung der Klient*innen mit Nähe und Beziehung vor – die Suchthilfe orientiert sich dagegen an der Behandlung der Klient*innen mit professioneller Distanz (Lamm 2012).

4.2.3 Maßnahmen zum Umgang mit Substanzmittelkonsum in der Behindertenhilfe

Auf Einrichtungsebene liegen für Deutschland nur wenig Studienergebnisse vor, welche Maßnahmen im Umgang mit dem (problematischen) Substanzmittelkonsum und Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und von Betreuungspersonen umgesetzt werden. In der repräsentativen Online-Befragung in NRW wurde dies im Jahr 2013 erfasst und danach gefragt, wie man innerhalb der eigenen Einrichtung mit einem problematischen Substanzkonsum umgeht (Kretschmann-Weelink 2013). Von N=780 der befragten Einrichtungen in NRW gab das befragte (Leitungs-) Personal an, dass am häufigsten Gespräche mit den Betroffenen geführt wurden, Informationen an Wohnstätte oder Arbeitsstätte erforderlich waren und auch Klient*innen an externe Therapeut*innen vermittelt wurden. Seltener wurden Verbote des Konsums, Sanktionen, Zimmerkontrollen oder ein Verweis aus der Einrichtung genannt (Kretschmann-Weelink 2013).

Im Rahmen der Online-Befragung von Kretschmann-Weelink (2013) war es zudem möglich, offene Angaben zu erfassen. Hier wurden folgende Beispiele im Umgang mit problematischem Konsum am häufigsten genannt (Kretschmann-Weelink 2013):

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

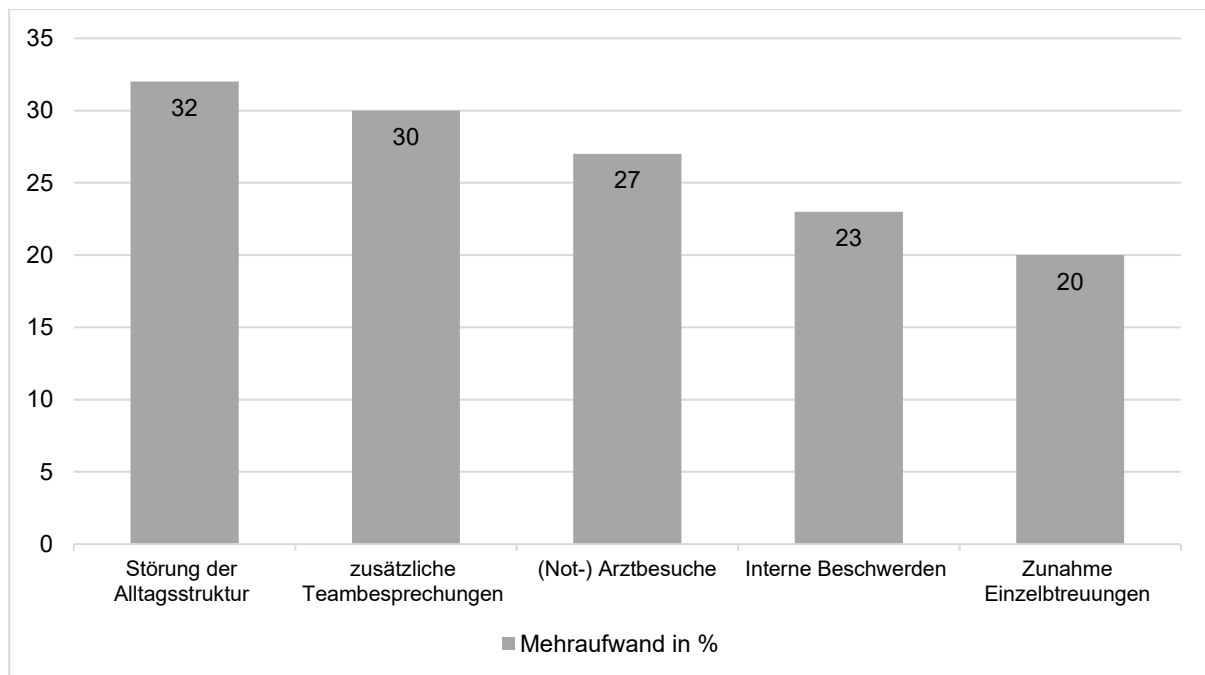
Weitere Maßnahmen, die einmal genannt wurden, waren u.a.:

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

Auch internationale Studien zu Maßnahmen im Umgang mit Substanzen in Einrichtungen der Behindertenhilfe weisen auf ein ähnliches Muster hin (Carroll Chapman/Wu 2012; van der Nagel 2016; van Dijk et al. 2012; van Duijvenbode/van der Nagel 2019). In einer Befragung von Behinderteneinrichtungen in den Niederlanden gaben die meisten Einrichtungen an, dass sie bereits Maßnahmen, insbesondere restriktive und psychosoziale Interventionen, zur Reduzierung des Substanzgebrauchs durchführten (van der Nagel 2016).

Mit einem problematischen Substanzkonsum bzw. Sucht der Klient*innen geht meist auch ein Mehraufwand für die Fachpersonen in der Behindertenhilfe einher, der in Abbildung 11 dargestellt sind (Kretschmann-Weelink 2013).

Abbildung 11: Mehraufwand für Mitarbeiter*innen (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Hörning/Kretschmann-Weelink 2012: 33; Kretschmann-Weelink 2013: 40.

In der Gesamtschau lässt sich aus der Auflistung von Maßnahmen schließen, dass viel Zeit für Maßnahmen aufgewendet werden muss, die im Umgang mit problematischem Substanzkonsum erforderlich werden – zusätzlich zu der alltäglichen Unterstützungs- und Assistenzzeit (Kretschmann-Weelink 2013: 47). Daraus ergeben sich Anforderungen an das Fachpersonal, die in die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung im ambulanten und stationären (Wohn-)Bereich involviert sind.

4.2.4 Anforderungen und Weiterbildung des Fachpersonals

Wie bereits dargestellt, geht der (problematische) Substanzmittelkonsum bei Bewohner*innen und Beschäftigten mit Behinderung meist mit einem Mehraufwand für das Fachpersonal einher. Daraus resultiert ein hoher Bedarf an Weiterbildungen zum Thema Sucht und geistige Behinderung für das (Betreuungs-)Personal. Dieser wird bei den Mitarbeiter*innen der Behindertenhilfe nach wie vor als sehr hoch eingeschätzt (Klauß 2014: 14; Kretschmann-Weelink 2013; Neugebauer et al. 2018). Bevorzugt würden Coachings in der eigenen Institution und externe Weiterbildungsseminare (Hörning/Kretschmann-Weelink 2012: 34). Auch der Bedarf einer engeren Zusammenarbeit zwischen Behindertenhilfe, Suchthilfe sowie Therapiemöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung wird genannt (Kretschmann-Weelink 2013).

Hilfe zur Bewältigung und Prävention einer Suchtproblematik bei Klient*innen und Angehörigen braucht immer die Bereitschaft, ein Problem überhaupt als solches zu erkennen, anzuerkennen und eine Veränderung herbeiführen zu wollen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung müssen dazu auch das Hilfesystem und relevante Bezugspersonen bereit sein (Heinz 2012: 27 f.), wie

- die Familie und Partner*innen,
- die Peer-Gruppe (z. B. WG, Wohneinrichtung/-gruppe, Klinik),
- Betreuungspersonen und Therapeut*innen,
- das Arbeitsumfeld, wie Werkstatt / am Arbeitsplatz, und
- das weitere Wohnumfeld („Trinkhalle“, Nachbar*innen).

Auch die Zugänglichkeit zu Angeboten der Suchtberatung und -hilfe sollte für Menschen mit geistiger Behinderung gegeben sein und der Zugang zum Suchthilfesystem seitens der Bezugspersonen unterstützt werden (siehe Kapitel 5) (Neugebauer et al. 2018). Um bei Suchtproblematik angemessen zu reagieren und Interventionsmaßnahmen umsetzen zu können (Abel 2020; Beer 2012: 90), wird im Folgenden eine Übersicht der Weiterbildungen und Anforderungen an das Betreuungs- und Fachpersonal (Abbildung 12) dargestellt:

Abbildung 12: Anforderungen an das Fachpersonal bei Suchtproblematik



Quelle: Eigene Darstellung

Eindämmung von negativen Konsequenzen: Folgende Aspekte sind in den Einrichtungen bzw. bei Betreuungspersonen genau zu spezifizieren (Heinz 2012: 27 f.), um Konsequenzen in Folge eines (problematischen) Substanzmittelkonsums einzudämmen.

Verhalten spiegeln statt Strafen oder Sanktionieren: Die Aufgabe von Mitarbeitenden und Betreuungspersonen, insbesondere im Betreuten Wohnen (und in anderen Betreuungsformen) besteht „in der Begleitung und nicht in der Sanktionierung tatsächlichen oder vermeintlichen Fehlverhaltens“ (Beine 2003: 19).

Aufklärung und Beratung: Ziel von Aufklärung und Beratung sowie Früh- und Kurzinterventionen ist es ausdrücklich nicht, Konsumierende abzuschrecken oder zu warnen; solche Methoden sind häufig kontraproduktiv. Vielmehr geht es um die Vermittlung von Wissen, Reflexion des eigenen Verhaltens, Achtsamkeits- und Persönlichkeitsstärkung, Sinnesschärfung und darum, den Klient*innen Handlungsalternativen zum Substanzkonsum bzw. Sucht aufzuzeigen (LWL Koordinationsstelle Sucht 2017: 22, 28).

Vermittlung und Aneignung von Kompetenzen bei den Klient*innen: Gerade die Befähigung, Krisen und Wünsche bemerkbar zu machen, Hemmungen, Ängste und Misstrauen im Kontakt abzubauen, eigene Grenzen kennen zu lernen, die eigene Suchtentwicklung zu begreifen und sich damit auseinander zu setzen, seine Frustrationstoleranz zu stärken und eigene Defizite wahrzunehmen und zu akzeptieren, spielen eine wichtige Rolle (Klauß 2014: 14).

Anforderungen an die Beratungs- und Behandlungsangebote: Fachpersonal in Einrichtungen der Behindertenhilfe sollte primär zur Vermeidung von co-abhängigem Verhalten (Prävention) und dem Anbieten von Alternativen zu süchtigem Verhalten beraten werden. Wenn neben der Prävention und Beratung therapeutische Angebote erforderlich sind, müssen diese auf die Bedürfnisse des Klientels abgestimmt sein (Heinz 2012: 27).

Konzeptanforderungen sind u. a. (Abel 2020; Heinz 2012):

- Vereinfachte Sprache und Wissensvermittlung über Substanzmittel
- Formulierung konkreter und schneller erreichbarer Ziele
- Stärkerer Einbezug des Umfeldes (Familien/Angehörige/Betreuungspersonal)
- Verlängerte Behandlungsdauer (für Prävention, Beratung und Therapie)
- Verstärkte verhaltenstherapeutische Arbeit
- Häufigere Einzel- statt Gruppentherapie
- Individualisiertes Behandlungskonzept
- Vermehrt Psychoedukation und gestaltungstherapeutische Arbeit

Insgesamt verdeutlichen die Ausführungen zum Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung, dass es **bedarfsgerechte, niedrigschwellige Unterstützungs- und Hilfsangebote** (Prävention, Beratung, Therapie) braucht, die suchtgefährdete Menschen mit Intelligenzminderung a) beraten, b) „aufklären“, c) zu Abstinenz oder kontrolliertem Konsum motivieren, d) in ambulante oder teilstationäre Therapie begleiten und e) im Rahmen der Nachsorge auch nachbetreuen (Heinz 2012: 27 f.). Tabelle 11 stellt exemplarisch dar, welche Fragen an das Fachpersonal der Behindertenhilfe gestellt werden können, um den Substanzmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht des Fachpersonals zu erheben.

Tabelle 11: Fragen an Fachpersonal zum Substanzmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung

Externe Auslöser	Interne Auslöser	Verhalten	Kurzzeitige positive Verstärker	Langfristige negative Konsequenzen
Mit wem konsumiert Ihr*e Klient*in?		Was konsumiert Ihr*e Klient*in für gewöhnlich?	Was glauben Sie gefällt Ihrem*r Klient*in daran, gemeinsam mit ... zu konsumieren?	Was glauben Sie sind die negativen Auswirkungen des Konsumverhaltens

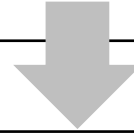
Wo konsumiert Ihr*e Klient*in?	Wie viel konsumiert Ihr*e Klient*in gewöhnlich?	Was glauben Sie gefällt Ihrem*r Klient*in daran, an diesem Ort zu konsumieren?	Ihr*s*r Klient*in bezogen auf die folgenden Bereiche: A. Zwischenmenschlich B. Körperlich C. Emotional D. Rechtlich E. Arbeit F. Finanziell
Wann konsumiert Ihr*e Klient*in?	Wie lang bzw. wie oft sind die Konsumphasen?	Was glauben Sie gefällt Ihrem*r Klient*in daran, zu diesem Zeitpunkt zu konsumieren?	
	Was glauben Sie denkt Ihr*e Klient*in bevor er*sie konsumiert?	Welche angenehmen Gedanken könnte Ihr*e Klient*in während des Konsumierens haben?	
	Was glauben Sie fühlt Ihr*e Klient*in bevor er*sie konsumiert?	Welche angenehmen Gefühle könnte Ihr*e Klient*in während des Trinkens empfinden?	

Quelle: Eigene Darstellung, angepasst nach Reker 2012: 21

4.2.5 Hinweise zum Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung weisen verschiedene Besonderheiten auf, die nicht nur innerhalb der Behindertenhilfe berücksichtigt werden müssen. Aus diesem Grund erfordern Tools und Maßnahmen in der Suchthilfe gezielte Anpassungen an die Bedarfe von Menschen mit Behinderung. Durch die Anpassung an die Sprache und die kognitive Leistungsfähigkeit der Menschen mit geistiger Behinderung, müssen Methoden des Screenings, der Prävention und der Suchtberatung vorab genau betrachtet und gezielt ausgewählt werden. Methoden, die in der Allgemeinbevölkerung Einsatz finden, sind nicht ohne weiteres für Menschen mit geistiger Behinderung passend. Für jede individuelle Zielgruppe müssen Methoden hinterfragt und angepasst werden. Die folgenden didaktischen Fragen müssen im Vorfeld beantwortet sein. Daraus ergeben sich weiterführende Fragen zur Anpassung der einzelnen Methoden (Abel 2020):

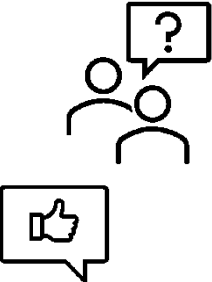
- Was soll (konkret) vermittelt und welches Ziel soll erreicht werden?
- Wie hoch ist die kognitive Leistungsfähigkeit der Gruppe?
- Welches Alter haben die Teilnehmenden (Minder- oder Volljährig)?
- Welche Wünsche und Bedürfnisse der Gruppe wurden vielleicht schon geäußert?
- Welche Rahmenbedingungen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

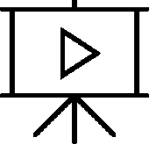
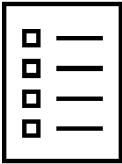


- Wie hoch muss die Abstraktionsfähigkeit der Menschen mit Behinderung für diese Methode sein?
- Wie kann ich die Methode so vereinfachen, dass die zentrale Aussage vermittelt werden kann, ohne zu überfordern?
- Mit welchen Mitteln können die zentralen Inhalte anschaulicher dargestellt werden (Bilder,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

Auch o.g. Hemmnisse und Hindernisse beim Zugang zur Suchtberatung von Menschen mit geistiger Behinderung sind im Vorfeld zu bedenken und so gering wie möglich zu halten. In Tabelle 12 werden weitere methodische Hinweise zur Gestaltung und Verwendung von Materialien beim Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung dargestellt.

Tabelle 12: Hinweise zur Gestaltung und Verwendung von Materialien

<p>Hinweise zur Gestaltung von Materialien (Abel 2020):</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. „Gestalte das Material einfach.“ 2. „Wiederhole die Information öfters innerhalb des Materials.“ 3. „Wenn Kassetten (Sprachaufnahmen) erstellt werden, sprich langsam und deutlich.“ – Im Hinblick auf die Fortbildung kann dieser Aspekt auf die Sprache und Sprachgeschwindigkeit des Referenten angewendet werden. 4. „Stelle nicht zu viele Aspekte auf einmal dar. Wähle z. B. einen Punkt zum Alkoholismus aus und sprich darüber. Zu viele Informationen auf einmal überfordern Menschen mit geistiger Behinderung.“ 5. „Wenn das Material erstellt wird, nutze möglichst viele Bilder zur Veranschaulichung.“ 6. „Das Material muss altersentsprechend sein.“
---	---

<p>Audio-visuelle Materialien:</p> 	<p>Auch audiovisuelle Materialien, wie (Erklär-)Videos zur (sprachunabhängige) Darstellung einer Suchtentwicklung und die zeitliche Kürze des Films sind bei der Gestaltung der Materialien für Menschen mit geistiger Behinderung wichtige Kriterien. Zunächst wurden die inhaltlichen Themen, die standardmäßig in Informations-Workshops der Fachstellen vorkommen, zusammengestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung von Substanzmitteln und süchtigen Verhaltensweisen, • mögliche Entstehung einer Sucht/Abhängigkeit, • Merkmale einer Suchterkrankung, • Schutzfaktoren (Resilienzen), • Informationen zu Hilfsangeboten vor Ort.
<p>Materialien in Leichter Sprache:</p> 	<p>Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat eine Reihe von Schriften in Leichter Sprache herausgegeben, in denen über die verbreitetsten Substanzen und Verhaltenssuchte informiert wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Kiffen ist riskant“ • „Rauchen ist riskant“ • „Alkohol ist gefährlich“ • „Medikamente – ab wann sind sie riskant?“ • „Glücksspiele sind riskant“ <p>Diese Hefte sind unter www.dhs.de als Druckversion oder PDF-Datei zu beziehen.</p>

Quelle: Eigene Darstellung

Eine ausgewählte Übersicht über bestehende Angebote zur Prävention (siehe Kapitel 5) zeigt, dass es bereits eine Auswahl von Präventionsmöglichkeiten und sog. Tools (d. h. Techniken und Methoden) gibt, die sich explizit an Menschen mit geistiger Behinderung richten. Viele der entwickelten Tools werden in mehreren Präventions- und Beratungsangeboten eingesetzt. Häufig richten sie sich allerdings an Schüler*innen von Förderschulen und müssen daher, je nach Zielgruppe, abgewandelt werden. Insgesamt wird ersichtlich, dass die Maßnahmen und Programme für Menschen mit geistiger Behinderung entsprechend angepasst werden sollten, bspw. durch die Verwendung von leichter Sprache, Bildern oder Piktogrammen.

4.3 Zusammenfassung

Damit der Umgang mit Substanzmitteln bei Menschen mit geistiger Behinderung ohne negative Konsequenzen für das Individuum und das soziale Umfeld gelingen kann, müssen einige Besonderheiten der Zielgruppe beachtet werden. Das gilt sowohl für den Umgang mit Substanzmitteln in Einrichtungen der Behindertenhilfe als auch in der Prävention, Suchtberatung und Therapie. Hilfsangebote müssen zielgerichtet auf die Menschen mit geistiger Behinderung ausgerichtet sein. Die in diesem Kapitel dargestellten Studienergebnisse machen darauf aufmerksam, dass auf die Unterschiede zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und ohne eine solche in den Interventions- und Handlungsstrategien ein besonderes Augenmerk gelegt werden muss. Es ist besonders wichtig individuell auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen mit geistiger Behinderung einzugehen, da sich bspw. Konsumgründe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung unterscheiden. Aspekte, die in der Allgemeinbevölkerung keine oder eine eher

untergeordnete Rolle spielen, wie bspw. institutionelle Co-Abhängigkeit, können bei Menschen mit Behinderung hingegen bedeutsam sein. Es zeigt sich, dass ein gutes Screening, d. h. Erfassung des Konsums, nicht nur für die Betroffenen selbst wichtig ist, um passgenaue Interventionen auszuwählen, sondern auch um das Betreuungspersonal und Bezugspersonen zu schulen und in die Prävention und Suchtberatung mit einzubeziehen. Ein inadäquater Umgang mit Substanzen stellt nicht nur die Betroffenen vor Probleme, sondern betrifft auch das Betreuungspersonal, Bezugspersonen, Mitbewohner*innen und Kolleg*innen. Daher ist es wichtig, die speziellen Anforderungen, die durch einen Substanzmittelkonsum in Wohneinrichtungen oder Werkstätten entstehen, genau zu beleuchten.

In der Gesamtschau wird deutlich, dass der Substanzmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung besondere Anforderungen und Herangehensweisen erfordert. Ein geschultes Personal und eine gute Zusammenarbeit der Sucht- und Behindertenhilfe erweist sich als hilfreich, um Menschen mit Behinderung bestmöglich zu schützen und zu unterstützen sowie ihnen einen selbstbestimmten Umgang mit Substanzen zu ermöglichen, ohne die eigene Gesundheit zu gefährden.

4.4 Schlüsselbegriffe

Co-Abhängigkeit und institutionelle Co-Abhängigkeit

Die Konzepte fokussieren Verhaltensweisen und Merkmale im sozialen Umfeld einer Person mit problematischem oder abhängigem Substanzmittelkonsum, sodass die Suchtproblematik bestehen bleibt. Co-abhängige Personen können innerhalb der Familie, des Freundeskreises, des Arbeitsplatzes oder in den institutionellen Strukturen der Behindertenhilfe auftreten. Aus diesem Grund sollte das soziale Umfeld in den Prozessen der Suchthilfe miteinbezogen werden.

Interventions- und Handlungsstrategien

Angebote der Prävention, Beratung und Techniken der Suchthilfe müssen bedarfsgerecht, niedrigschwellig und klient*innenorientiert an die Bedürfnisse und Besonderheiten von Menschen mit geistiger Behinderung methodisch und didaktisch angepasst werden. Strategien und Tools zielen darauf ab, die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung zu fördern und einen gesunden Umgang mit Substanzen zu trainieren.

Screening

Die Methode des Screenings wird verwendet, um den Schweregrad oder die Problematik eines Substanzmittelkonsums festzustellen. Erhebungsinstrumente und Methoden, wie z.B. SumID-Q, RAR, oder die 3-Ebenen-Diagnostik sollen physische, psychische Symptome sowie soziale Probleme erfassen, die ggf. auf einen Missbrauch hindeuten. Idealerweise schließt an den Prozess des Screenings die Beratung und weiterführende Begleitung im System der Suchthilfe.

4.5 Merksätze

- Menschen mit einer geistigen Behinderung sind oftmals den gleichen Risiken für einen (problematischen) Suchtmittelkonsum ausgesetzt wie Menschen ohne Behinderung auch. Vielen Menschen mit geistiger Behinderung fehlen aufgrund der Intelligenzminderung eine angemessene Lösungsstrategie in problematischen Situationen und alternative bedarfsorientierte Handlungsmöglichkeiten.

- Ansatzpunkte für den Umgang mit Sucht und zur Suchtprävention sind bei den Betreuungs- und Bezugspersonen der Menschen mit geistiger Behinderung zu suchen, die den engsten Kontakt zu den Klient*innen bzw. Angehörigen haben.
- Menschen mit Behinderung stellen eine Bevölkerungsgruppe mit besonderen Bedarfen dar, da durch die geistige Behinderung Einschränkungen in kognitiven Fähigkeiten und Schwierigkeiten im Erlernen und Umsetzen von Kulturtechniken bestehen können.
- Es gibt zur Einschätzung des Substanzmittelkonsums bei Menschen Instrumente, die eingesetzt werden können. Diese sind speziell unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt worden und können daher zielgenau eingesetzt werden.

4.6 Lernkontrolle/ Praxisaufgabe

1. Welche Besonderheiten sind im Umgang mit Substanzmitteln bei Menschen mit geistiger Behinderung zu beachten?
2. Was besagt das Konzept der Co-Abhängigkeit? Was wird unter einer institutionellen Co-Abhängigkeit verstanden und wieso stellt dies möglicherweise ein Problem dar?
3. Welche Anforderungen ergeben sich für das Fachpersonal bei einem problematischem Substanzmittelkonsum bzw. bei Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung?

4.7 Quellennachweise

- Abel, T. (2020): Beratungshandbuch Teil 1. Grundlagen der Beratungsarbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum. Wiesbaden.
- Beer, O. (2012): Suchtmittelgebrauch und geistige Behinderung. Eine Bestandsaufnahme mit dem Schwerpunkt Alkoholkonsum. Chisinau: AV AKADEMIKERVERLAG.
- Beine, W. (2003): Suchtgefährdete Menschen mit geistiger Behinderung im Betreuungsalltag - ausgewählte Aspekte. In: Klauß, T. (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit Geistiger Behinderung: 13–19.
- Buschkämper, S.; Struck, D.; Peter, K. (2012): Von der geschlossenen Wohngruppe zum Wohnen im Apartment: Ein abstinenz- und entwicklungsorientiertes Wohnangebot für Menschen mit geistiger Behinderung und erheblicher Sucht- / Substanzmissbrauchsproblematik. In: LWL Koordinationsstelle Sucht; Diakonische Stiftung Wittekindshof (Hrsg.): Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 63–72.
- Carroll Chapman, S. L.; Wu, L.-T. (2012): Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities* 33 (4): 1147–1156.
- Haveman, M.; Stöppler, R. (2014): Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Handbuch für eine inklusive medizinisch-pädagogische Begleitung. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Heinz, T. W. (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. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 23–30.
- Hörning, M.; Kretschmann-Weelink, M. (2012): Ergebnisse der Vollerhebung NRW "Geistige Behinderung und Sucht". In: LWL Koordinationsstelle Sucht; Diakonische Stiftung Wittekindshof (Hrsg.): Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 30–36.
- Klauß, T. (2014): Sucht - (k)ein Thema für Menschen mit geistiger Behinderung? Pädagogische Sicht). Berlin.
- Knight, J. R.; Sherritt, L.; Harris, S. K.; Gates, E. C.; Chang, G. (2006): Validity of Brief Alcohol Screening Tests Among Adolescents: A Comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27 (1): 67–73.
- 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). Gevelsberg.
- Kretschmann-Weelink, M. (2006): Projektdokumentation zum Modellprojekt "Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik"). Münster.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (1998): Empfehlungen zum Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Online verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1998/1998_06_20_F_S_Geistige_Entwickl.pdf. (abgerufen am: 15.04.2021).
- Laging, M. (2020): Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen - Konzepte - Methoden. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- 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. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 7–12.
- LWL Koordinationsstelle Sucht (2017): Sag Nein! Suchtpräventions-Programm an Förderschulen für geistige Entwicklung. Praxishandbuch. Münster: Praxishandbuch.
- Neugebauer, F.; Foof, A.; Schütz, E.; Hardeling, A. (2018): Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe. Projektdokumentation und Abschlussbericht. Berichtszeitraum 01.09.2017 - 28.02.2018. Potsdam.
- Reker, M. (2012): Spezielle Aspekte von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Vortrag beim Symposium der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (24.11.2012). Berlin.
- 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. Ergänzbare Handbuch zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin, Marburg: Lebenshilfe-Verlag: 1–5.
- Selzer, M. L. (1971): The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *The American journal of psychiatry* 127 (12): 1653–1658.

- van der Nagel, J. (2016): Is it just the tip of the iceberg? Substance use and misuse in individuals with intellectual disability (SumID). [Nederland]: [Uitgever niet vastgesteld].
- 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. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 13–22.
- van Duijvenbode, N.; van der Nagel, J. E. L. (2019): A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *European addiction research* 25: 263–282.

4.8 Weiterführende Links

- Lebenshilfe Bremen (o.J.): Bilder aus dem Online-Shop der Lebenshilfe. Online verfügbar unter: <https://shop.lebenshilfe-bremen.de/produkt-kategorie/gefuehle/page/2/> (abgerufen am 15.05.2021).
- 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. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 73–88.

5 Angebote der Suchthilfe für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung

5.1 Lernziel

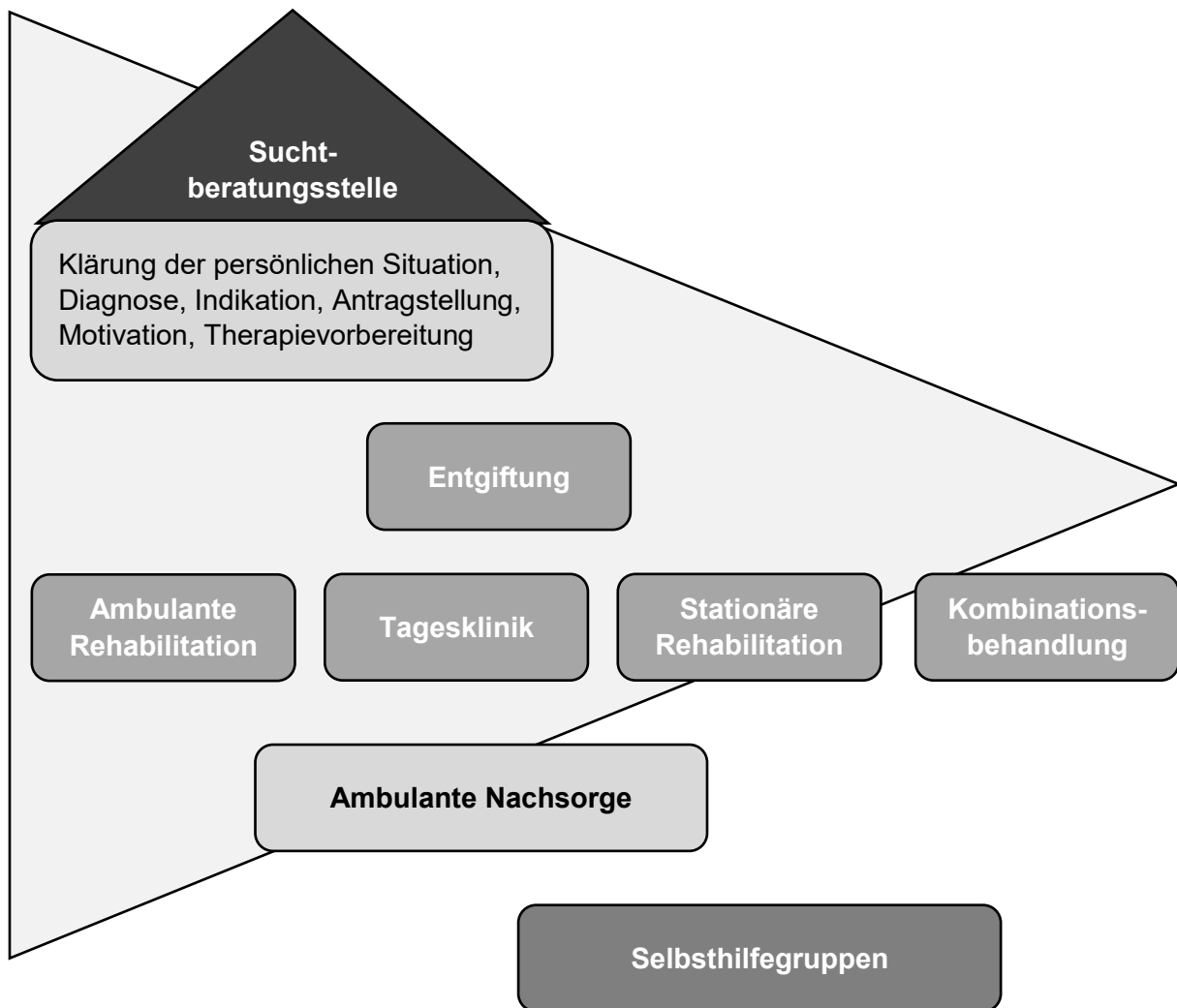
Das Kapitel führt in Angebote der Suchthilfe für Menschen mit geistiger Behinderung ein. Es wird ein Überblick über die Suchtprävention mit universellen, selektiven und indizierten Präventionsmaßnahmen gegeben. Neben der Suchtprävention ist die Suchtberatung ein wesentlicher Bestandteil der Suchthilfe. In Bezug auf die Suchtberatung werden der Ablauf mit dem Erstkontakt und der weiterführenden Beratung dargestellt und Hemmnisse beim Zugang zur Suchtberatung für Menschen mit geistiger Behinderung erläutert. Weiterhin werden Therapiemaßnahmen und Behandlungsansätze bei Suchterkrankungen allgemein und mit Bezug zu Menschen mit geistiger Behinderung dargestellt. Beispielhafte Techniken wie z. B. Motivierende Gesprächsführung und Achtsamkeitstraining, die in der Suchthilfe bei Menschen mit geistiger Behinderung angewendet werden können, schließen das Kapitel ab.

5.2 Suchtprävention allgemein

Die Suchtprävention hat eine langjährige Tradition in Deutschland und stellt ein eigenständiges Arbeitsfeld mit spezifischer Expertise dar (Laging 2020). Sie leistet einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, indem Todesfälle, Erkrankungen und soziale Probleme durch den Substanzkonsum und Abhängigkeiten vorgebeugt werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2020). Prävention allgemein hat zum Ziel das Auftreten von Erkrankungen zu verhindern und Risikofaktoren, die zu Erkrankungen führen können, zu minimieren (Leppin 2010: 35). Bei der Prävention ist es wichtig, dass sie sich immer an die Lebenswelt der Zielgruppe orientiert und neben der Verhaltensänderung des Individuums auch die Verhältnisse, in denen Menschen aufwachsen, leben und arbeiten, fokussiert (Pawils 2020). Mit dem Leitfadens Prävention legt der GKV-Spitzenverband Handlungsfelder in der Primärprävention und Gesundheitsförderung in betrieblichen und nicht-betrieblichen Lebenswelten nach den §§ 20, 20a und 20b des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) vor. Ein Handlungsfeld des GKV-Leitfadens Prävention (§20 SGB V) stellt Sucht neben weiteren Themen, wie Ernährung, Bewegung und Stress- und Ressourcenmanagement dar (GKV-Spitzenverband 2020).

Abbildung 13 stellt die zentralen Bestandteile der Suchthilfe und Therapie von Suchterkrankungen dar.

Abbildung 13: Bestandteile der Suchthilfe



Quelle: Eigene Darstellung nach Neugebauer/Hardeling 2016.

Suchtprävention findet auf unterschiedlichen Ebenen statt, sodass die Präventionsmaßnahmen in drei verschiedene Klassifizierungen eingeteilt werden können: universell, selektiv und indiziert (siehe Tabelle 13). Die Maßnahmen der Suchtprävention orientieren sich dabei an den Lebenswelten der Adressat*innen und umfassen die folgenden Ebenen:

Universelle Suchtprävention: So richtet sich die universelle Suchtprävention an die gesamte Bevölkerung.

Selektive Suchtprävention: Die selektive Suchtprävention wird bei Zielgruppen mit erhöhtem Risiko für eine spätere substanzbezogene Störung durchgeführt.

Indizierte Suchtprävention: Eine indizierte Suchtprävention richtet sich vor allem an Personen, bei denen ein riskanter Konsum und negative Folgeerscheinungen wahrscheinlich oder bereits erkennbar sind (Abel 2020; Bühler/Bühringer 2014; Leppin 2010: 38). Es sollte dabei nicht nur der Fokus auf die Verhinderung des Konsums von Substanzen gerichtet sein, sondern auch „das Erlernen von angemessenen Umgangsformen mit psychotropen

Substanzen und problematischen Verhaltensweisen sowie die Vermeidung/Verringerung von (konsumspezifischen) Schäden“ (Stöver 2020: 8).

Tabelle 13: Ansatzpunkte für Suchtprävention bei Menschen mit geistiger Behinderung

Suchtprävention als Beeinflussung der Risiko- und Schutzfaktoren von Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer Lebenswelten		
	Verhaltensprävention	Verhältnisprävention
universell	z. B. Informationsbroschüren in Leichter Sprache	z. B. Besteuerung, Ladenöffnungszeiten, Werbeverbote
selektiv	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 Behinderung
indiziert	z. B. Angebote für konsumauffällige Mitarbeitende in Einrichtungen der Behindertenhilfe	z. B. Regulierung von Konsum durch Verbote in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Quelle: Eigene Darstellung

Mit Bezug zu Menschen mit geistiger Behinderung bedeutet das, dass universelle, selektive und indizierte Angebote zur Suchtprävention sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention berücksichtigen sollten.

Verhaltens- und Verhältnisprävention: Die Verhaltens- und Verhältnisprävention sind zwei unterschiedliche Ansatzpunkte, um gesundheitliche Veränderungen beim Individuum oder in Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Bei der Verhaltensprävention steht das Individuum im Vordergrund und alle Maßnahmen sind auf das individuelle Gesundheitsverhalten oder den individuellen Gesundheitszustand ausgerichtet. Dabei soll individuelles Risikoverhalten zugunsten eines gesundheitsförderlichen Verhaltens verändert werden, z. B. das Rauchen zu reduzieren oder Früherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen. Auch Maßnahmen, die vor dem Konsum von psychotropen Substanzen wie Alkohol, Tabak und illegalen Drogen schützen sollen, zählen zu den verhaltenspräventiven Maßnahmen (Bühler/Bühringer 2014; Leppin 2010: 39). Im Vergleich dazu werden bei der Verhältnisprävention die strukturellen Gegebenheiten der Umwelt (ökologische, soziale, ökonomische und kulturelle Umweltbedingungen) und die Lebensbedingungen der Menschen verändert, um dadurch Einfluss auf die Gesundheit der Gesellschaft zu nehmen und diese zu verbessern. Beispiele für verhältnisbezogene Maßnahmen sind gesetzliche Verbote, wie z. B. kein Alkohol wie Bier und Wein unter 16 Jahren (Bühler/Bühringer 2014; Leppin 2010: 39).

Insbesondere die Verhältnisprävention gewinnt zunehmend an Bedeutung. Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die für die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft und am gesellschaftlichen Leben eintritt, nimmt die Normalisierung und Selbstständigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung eine bedeutende Rolle ein. Durch eine höhere Eigenverantwortung und einem selbstbestimmten Leben der Zielgruppe ist der Zugang zu Suchtmitteln erleichtert. Durch die freie Wahl der Wohnart und des Wohnorts sind sie nicht verpflichtet, in besonderen

Wohnformen der Behindertenhilfe zu leben (Artikel 19 UN BRK). Daraus ergibt sich eine Veränderung hin zu weniger betreuten Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung und einem höheren Maß an eigenverantwortlicher Lebensführung. Dies erfordert die Gestaltung des eigenen Lebens und beinhaltet z. B. die Berücksichtigung eigener Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen, eine gesundheitsbewusste Lebensweise, das Erlernen und Aufrechterhalten von sozialen Beziehungen, den Umgang mit Problem- und Konfliktsituationen sowie den Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 5; Kretschmann-Weelink 2013; Neugebauer et al. 2018).

5.2.1 Hindernisse beim Zugang zur Suchthilfe und -beratung

Gerade beim Erstkontakt und Zugang zum Suchthilfesystem existieren zahlreiche Barrieren und Hindernisse (u. a. in der Vermittlung, Gestaltung der Materialien, im Zugang zur Suchtberatung durch mangelnde Barrierefreiheit). Es wurde dabei deutlich, dass es unterschiedliche Barrieren gibt, die ein Wahrnehmen des Beratungsangebotes durch die Zielgruppe der Menschen mit Behinderung erschweren. Folgende Hindernisse wurden im Handbuch von aktionberatung aufgeführt, die beim Zugang zur Suchtberatung für Menschen mit geistiger Behinderung auftreten können und daher im Vorfeld bedacht werden sollten (Abel 2020: 45):

- **„Mangelnde Information:** Abhängigkeitserkrankungen würden in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht oder nur wenig thematisiert. Auch sei wenig bekannt, dass es eine Suchthilfeeinrichtung gebe. Die Klientinnen und Klienten machten deutlich, dass sie sich mehr Informationen, vor allem in Leichter Sprache, zu dem Thema wünschen“ (Abel 2020: 45).
- **„Probleme mit Kontaktaufnahme und Kommunikation:** Ein weiterer genannter Punkt war, dass aufgrund der Beeinträchtigung die Kontaktaufnahme und Kommunikation erschwert sein könne. Dadurch sei es oftmals nicht möglich, eigenständig in der Suchtberatungsstelle anzurufen und einen Termin zu vereinbaren. Hinzu komme die Erfahrung, dass sich die Klientinnen und Klienten oft miss- oder unverstanden fühlten oder die Befürchtung hätten, sie könnten sich in der Beratung nicht verständlich machen“ (Abel 2020: 45).
- **„Ängste vor neuen, unbekanntem Situationen“:** Einige Personen berichteten von Ängsten, wenn die gewohnte Umgebung verlassen werde und neue Situationen aufkämen. Dies betreffe den Weg, den Ort bzw. die Räume und auch die Personen“, wie u. a. Berater*innen (Abel 2020: 45).
- **„Mobilitätsprobleme und strukturelle Barrieren:** Eine dringliche Frage war: „Wie komme ich dort hin?“ Dieser Aspekt betrifft vor allem Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, aber auch jene, die einer Begleitung bedürfen. Hierzu gehören Aspekte wie Anbindung an den ÖPNV und barrierefreie Haltestellen, Parkplätze, Stufen und Treppen im Haus, barrierefreie Sanitäreinrichtungen, breite Türen etc.“ (Abel 2020: 45).

5.2.2 Anforderungen an die Angebote der Suchthilfe für Menschen mit geistiger Behinderung

Für Menschen mit geistiger Behinderung mit Suchtproblematik gibt es nur wenige spezifische Hilfsangebote und auch die Anzahl an Beratungsstellen und Kliniken zur Durchführung einer Therapie ist nach wie vor eher als gering einzustufen (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 22; Kretschmann-Weelink 2006: 58). Die Behandlungsansätze bei Suchtproblemen (vor allem Alkohol) von Menschen mit geistiger Behinderung sind daher vergleichbar mit Ansätzen bei Menschen ohne Behinderung. Zur Suchtberatung, -therapie und für Präventionsmaßnahmen bei Menschen mit Behinderung sind deren behinderungsspezifische Besonderheiten und ggf. Einschränkungen zu berücksichtigen. Daher sind bisherige Beratungs- und Therapieansätze sowie Präventionsmaßnahmen für die Allgemeinbevölkerung an die besonderen Bedarfe der Menschen mit geistiger Behinderung anzupassen. Folgende Aspekte sollten bei Menschen mit geistiger Behinderung in der Suchthilfe beachtet werden: (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 22; Burgemeister et al. 2019; Kretschmann-Weelink 2006: 59; Schinner 2015):

- Vereinbarung von erreichbaren und praxisorientierten Zielen
- Berücksichtigung von persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren
- Individuelle Unterstützung
- Durchführung von kurzen, gut strukturierten Informationseinheiten
- Einbeziehung von Bezugspersonen
- Verwendung von leicht zu verstehenden Materialien über die Substanzmittel und übersichtliche Informationen
- Wiederholung von Inhalten
- Gebrauch von Leichter Sprache
- Nutzung von Bildern, Piktogrammen und Symbolen
- Umsetzung von Rollenspielen und gruppendynamischen Spielen
- Anpassung der Behandlungsdauer an Fortschritte
- Nutzung vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten
- Förderung der Motivation und Veränderungsbereitschaft
- Abbau von Hemmschwellen
- Training von persönlichen, sozialen und kommunikativen Kompetenzen
- Erlernen von Ablehnungstechniken
- Umsetzung von Strategien, die die Gefühlsebene ansprechen
- Darstellung realitätsnaher Lebenssituationen und lebensnaher Beispielen

Ziele in der Suchthilfe sollten sein, Überforderung und Frustration sowie Bevormundung und Entmündigung bei den Menschen mit geistiger Behinderung zu vermeiden und Veränderungsbereitschaft und Selbstvertrauen zu fördern (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 22). In Bezug auf die Suchthilfe für Menschen mit geistiger Behinderung bedeutet dies, dass die Angebote zur Suchtprävention, -beratung und -therapie an die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung angepasst werden müssen. Nur durch zielgruppenadäquate Strategien können Menschen mit geistiger Behinderung Angebote der Suchthilfe wahrnehmen.

Die dargestellten Aspekte weisen auf Herausforderungen in der Arbeit der Suchtberatung aufgrund der Besonderheiten der Menschen mit geistiger Behinderung hin. Um eine erfolgreiche Beratung mit effektiven Ergebnissen zu erhalten, ist es wichtig, die Methoden

und Materialien, die im Beratungsprozess eingesetzt werden, zielgruppengerecht und an die Situation der Klient*innen anzupassen. Dafür kann es notwendig sein, im Prozess des Erstkontaktes und der fortlaufenden Beratung individuelle Lösungen zu finden.

Das **Angebot der Suchthilfe** sollte künftig folgende **Aufgaben** erfüllen:

- Es berät suchtgefährdete oder suchterkrankte Menschen mit geistiger Behinderung, motiviert sie zum kontrollierten Substanzmittelkonsum oder zur Abstinenz, begleitet sie bei einer ambulanten oder teilstationären Therapie und übernimmt die Aufgabe der Nachsorge (Schinner 2015: 3).
- Es berät die Einrichtungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf die Vermeidung eines co-abhängigen Verhaltens, auf die vermehrte Schaffung von Möglichkeiten der Selbstbestimmung und von Alternativen zu süchtigem Verhalten (Schinner 2015: 3).
- Auch ist für die Suchthilfe wichtig zu betonen, dass ein problematischer Substanzmittelkonsum oder eine Suchterkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht als Symptom der Beeinträchtigung zu betrachten ist, sondern eine eigenständige Erkrankung darstellt (siehe Kapitel 2 „Komorbidität Sucht und geistige Behinderung“). Demnach können Menschen mit geistiger Behinderung unabhängig von ihren kognitiven Fähigkeiten süchtig werden. Dies gilt es den Fachpersonen in der Suchthilfe und -beratung zunächst zu verdeutlichen.
- Es sollen Lösungsansätze genutzt werden, die im Einklang mit anerkennungstheoretischen Überlegungen einen verstehenden Zugang zu den Klient*innen mit geistiger Behinderung suchen und auf eine Beziehungskontinuität mit den Klient*innen setzen (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 9). Hierbei sollen sowohl biografische Aspekte der Klient*innen und der Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (i. S. d. Komorbidität – siehe Kapitel 2) bei der Suchtberatung und -behandlung berücksichtigt werden, als auch mögliche Wechselwirkungen mit dem sozialen Umfeld, individuellen Lernerfahrungen und dem Nutzen, der aus einer anvisierten Verhaltensänderung resultiert (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 9).
- Das Hilfsangebot der Suchthilfe sollte in Abstimmung mit der Behindertenhilfe Beratungsangebote sowie medizinische und psychiatrische Angebote entwickeln. Da gerade Menschen mit geistiger Behinderung auf eine hohe Beziehungskontinuität angewiesen sind, kann die Lösung hier nicht in der Schaffung neuer Spezialangebote durch die Suchthilfe liegen (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) 2015: 9).
- Ein solches Angebot kann einerseits die Einrichtungen der Behindertenhilfe von der Überforderung entlasten, mit suchtgefährdeten, geistig behinderten Menschen umzugehen. Andererseits können durch gute Kooperation die vorhandenen ambulanten und stationären suchtherapeutischen Angebote diesem Personenkreis zugänglich gemacht werden (Schinner 2015: 3).
- Folgende **allgemeine Schutzfaktoren** sollten im Rahmen von Programmen zur Suchtprävention im Fokus stehen:
 - Beziehungs- und Konfliktfähigkeit (u. a. Kommunikationsfähigkeit),
 - Realistische Selbsteinschätzung,

- Vertrauen in die Selbstwirksamkeit („Ich werde schon fertig mit den Problemen“),
- Kompetenz zur Problembewältigung statt zur Problemvermeidung („Problemkonsument/-trinker*in“),
- Risikobewusstsein/-kompetenz,
- Genuss- und Erlebnisfähigkeit.

Programme zur Suchtprävention für Menschen mit geistiger Behinderung (z. B. PeP, Sag Nein!) legen ihren Fokus auf die Stärkung der Fähigkeit, sich besser abgrenzen zu können, sich von Gruppendruck zu lösen, auf die positive (Um-)Gestaltung von Risikosituationen sowie auf die Förderung der Genuss- und Erlebnisfähigkeit (LWL Koordinationsstelle Sucht 2017: 13).

Für die Entwicklung und Durchführung von präventiven Maßnahmen sind folgende Aspekte zu betonen (Buschkämper 2012: 40 ff.): Eingeschränkte Kompetenzen und Fähigkeiten seitens der Klient*innen mit geistiger Behinderung erfordern eine handlungsorientierte Vorgehensweise in Programmen zur Prävention von Suchtproblematiken bei Menschen mit geistiger Behinderung. Dies kann geschehen durch:

- Informationsvermittlung, möglichst ausgehend von der individuellen Lebenssituation (realitätsnah);
- Einbeziehung von gemachten Erfahrungen der Teilnehmenden;
- Einbettung der Informationen in bereits vorhandenes Wissen;
- Festigung der Lerninhalte durch didaktische und handlungsorientierte Vorgehensweisen;
- Nutzung von vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten;
- Entwicklung von praxisorientierten Lösungs- und Handlungsstrategien;
- Einbeziehung des Umfeldes durch Informationen über die Lerninhalte.

Präventionsprogramme sollten daher folgende Eigenschaften berücksichtigen:

- eine Auswahl an Lösungs- und Handlungsstrategien vorsehen,
- die individuell und praxisnah entwickelt werden.
- Bereits entwickelte Strategien im risikoarmen Umgang mit Alkohol oder anderen Substanzen und Abstinenz müssen bestärkt werden und
- in Maßnahmen mit den Klient*innen immer wieder besonders betont werden (Buschkämper 2012: 40 ff.).

Die Gestaltung dieser Präventionsprogramme sollte an die sprachlichen und kognitiven Kompetenzen der Menschen mit geistiger Behinderung angepasst sein und mehrfache Wiederholungen der Inhalte umfassen, damit das Wissen über Substanzen und Inhalte von präventiven Maßnahmen längerfristig behalten werden kann (Abel 2020; Buschkämper 2012; Sarrazin/Fengels 2012).

Im Rahmen der *universellen Suchtprävention* liegen für Menschen mit geistiger Behinderung freizugängliche Informationsbroschüren in Leichter Sprache zum Thema Alkohol, Rauchen, Cannabis, Medikamente und Glücksspielsucht vor. Herausgeber dieser Informationsbroschüren sind die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Büro für Leichte Sprache des Christlichen Jugenddorfwerks Deutschlands gemeinnütziger e. V. (CJD) in Erfurt und Sucht.Hamburg. Die Informationsmaterialien können auf den entsprechenden Internetseiten bestellt oder direkt als PDF-Version heruntergeladen werden. Ebenfalls können auf den Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die

Informationsbroschüren erworben und heruntergeladen werden. Die Informationsbroschüren geben einen Überblick über die wichtigsten Themen der jeweiligen Substanzen (Alkohol, Nikotin, Cannabis, Medikamente), z. B. zu Risikofaktoren, Folgeerscheinungen und Hilfsmöglichkeiten. Durch die zielgruppenadäquate Aufbereitung der Informationsbroschüren dienen diese als Grundlage der Informationsbeschaffung über die verschiedenen Substanzen für Menschen mit geistiger Behinderung.

Auch das Beratungshandbuch des Modellprojekts aktionberatung (Abel 2020) ist als Handreichung für das Fach- und Betreuungspersonal empfehlenswert.

Beratungshandbuch: Grundlagen der Beratungsarbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum

Auf Grundlage des Modellprojekts „Geistige Behinderung und problematischer Substanzkonsum“ wurde im Jahr 2020 ein Beratungshandbuch für Fachkräfte veröffentlicht, in dem die Konzeption und Ergebnisse des Projektes vorgestellt werden. Das Beratungshandbuch beinhaltet Handlungsempfehlungen, die aus den Erfahrungen des Suchthilfezentrums in Wiesbaden resultieren und eine Anregung zur strukturierten Zusammenarbeit und Weiterentwicklung der Sucht- und Eingliederungshilfen bieten sollen (Abel 2020).

Das Projekt zielte drauf ab, ein adäquates Beratungsangebot für Menschen mit geistiger Behinderung zu entwickeln, bei dem Klient*innen sich verstanden fühlen und eine wirkungsvolle Unterstützung bei einer Suchterkrankung erhalten. Aus diesem Grund wurde das Beratungsangebot nicht nur für, sondern vor allem mit Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt. Im ersten Schritt sollten mögliche Barrieren identifiziert und abgebaut werden. Diese Herausforderungen können beispielsweise die Kontaktaufnahme und Kommunikation, die Angst vor Unbekanntem, oder Mobilitätsprobleme sein. Dafür kann es sinnvoll sein eine Begleitung oder betreuende Person mitzubringen. Im zweiten Schritt ermöglicht ein Erstkontakt zwischen Klient*in und Berater*in ein Kennenlernen, in dem persönliche Anliegen und Möglichkeiten der Beratung erläutert werden. Einzelgespräche in angenehmen Settings fördern den Aufbau einer vertrauensvollen Beratungsbeziehung ohne das Gefühl von Zuschauern oder der Überforderung in Gruppensitzungen. In einem dritten Schritt wird die fortlaufende Beratung mittels Motivierender Gesprächsführung umgesetzt. Das Beratungshandbuch beschreibt die zielgruppengerechte Methode als eine Motivation zur Verhaltensänderung, die von äußeren Bedingungen beeinflusst wird. Personen können einen Prozess nur durchlaufen, wenn positive oder vorteilhafte Argumente für eine Verhaltensänderung erkannt werden. Mithilfe gezielter Fragen werden die Klient*innen durch die Methode und den Prozess geleitet, und eine selbstständige Zielsetzung unterstützt.

Erfahrungen und Beispiele der aktiven Partizipation aus dem Modellprojekt in Wiesbaden wurden in dem Beratungshandbuch aufgegriffen und sollen als Inspiration für mögliche Folgeprojekte der Zielgruppe dienen. Das Beratungshandbuch ist in drei Teilen aufgebaut und beginnt mit grundsätzlichen Rahmenbedingungen und Hintergründen der Thematik. Im zweiten Teil werden organisatorische und fachliche Voraussetzungen der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Sucht- und Eingliederungshilfen erläutert, die im dritten Teil durch exemplarische Methoden und Materialien der Suchtprävention abgerundet werden. Darin sind Hilfen zur Implementierung, praxisorientierte Anleitungen und abschließende Checklisten enthalten sowie ein eigens erarbeitetes Fortbildungscurriculum für Fachkräfte beschrieben (Abel 2020).

Ergänzend zu dem Beratungshandbuch entstand eine Datenbank mit Medien und Informationsmaterialien über den Projektprozess (Abel 2021). Eine Besonderheit hat das Projekt mit der Produktion von Videoclips in Leichter Sprache, die eine Länge von etwa vier Minuten haben und über einen YouTube Kanal frei abrufbar sind. In den Videos werden Suchterkrankungen erklärt und die Substanzen Alkohol, Tabak und Cannabis diskutiert. Zusätzlich werden in den bisher sieben veröffentlichten Videos Tipps zum Konsum und Hilfsangebote thematisiert. Mithilfe von Untertiteln sowie visuellen und auditiven Komponenten werden mögliche Barrieren für Lernende / Klient*innen reduziert, sodass ein individueller Lernprozess unterstützt wird.

5.2.3 Suchtberatung

Ein wichtiger Bestandteil der Suchthilfe ist, bei einer manifestierten Problematik, die Suchtberatung. Häufig ist die Suchtberatung der erste Schritt, den Klient*innen gehen müssen, um eine Verbesserung ihres Substanzkonsums zu erreichen. Vielfach ergeben sich für Menschen mit geistiger Behinderung bereits Hindernisse bei der Inanspruchnahme der Angebote, sei es durch die fehlende Bereitstellung von Materialien in Leichter Sprache oder durch (infra-)strukturelle und räumliche Barrieren.

Um die Ambivalenzen und Konflikte besser zu verstehen, kommen in der Suchtberatung verschiedene Materialien zum Einsatz. Diese können auch für Menschen mit Behinderung verwendbar gemacht werden. Folgende didaktische und methodische Elemente können bei bestehender Suchtproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung eingesetzt werden und wurden im Modellprojekt aktionberatung bereits angewendet (Abel 2020: 55):

- **Protokolle und Tagebuch:** Es können Konsumprotokolle oder -tagebücher geführt werden. Dadurch soll das Konsumverhalten der/des Klient*in verdeutlicht werden.
- **Sammlung von Pro & Kontra:** Argumente für bzw. gegen den Konsum sowie für bzw. gegen die Veränderung können mit der/dem Klient*in besprochen werden (siehe Motivationswaage). Dazu kann z. B. die Methode „Motivationswaage“ verwendet werden. Dabei handelt es sich um eine Übung zur Auseinandersetzung mit Ambivalenzen und Verhaltensänderungen sowie zur Bewertung von Substanzmittelkonsum und Alternativen. Dazu wird das Bild einer Waage verwendet, in dessen Waagschalen Pro- und Contra-Argumente für und gegen Substanzmittelkonsum gesammelt werden (Bilder, Symbole). Die Motivationswaage kann in der Suchtprävention als auch der Suchtberatung verwendet werden.
- **Skills-Training, Trigger-Training oder Ablehntraining:** Gemeinsam können Methoden erarbeitet werden, wie Risikosituationen erkannt werden und wodurch sie umgangen oder bewältigt werden können (Abel 2020: 58), u. a. mittels Rollenspiele. Durch das Trigger-Training soll erreicht werden, dass die Teilnehmenden weniger Gedanken an den Substanzmittelkonsum haben und dadurch einen geringeren Suchtdruck erleben. Eine bereits entwickelte Skills-Box aus der Schweiz enthält Materialien zum Skills-Training. Dieses soll dazu dienen, Fähigkeiten und Handlungsalternativen für herausfordernde Situationen zu entwickeln (Abel 2020). Risikosituationen, in denen ohne entsprechende Fähigkeiten (Skills) Substanzen konsumiert oder Verhaltensweisen gezeigt werden, sollen so ohne ein solches Verhalten bewältigt werden.

- **Mögliche Rückfallsituationen besprechen:** Unter Verwendung von Symbolen oder Bildern können beratende Personen mit den Menschen mit geistiger Behinderung mögliche Situationen, in denen es zu einem Rückfall kommen könnte, besprechen und Handlungsstrategien für diese Situationen gemeinsam entwickeln.

5.2.4 Maßnahmen und Programme zur Suchtbehandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung

Werden Menschen mit geistiger Behinderung in eine (Selbsthilfe-/Therapie-)Gruppe, Beratungsgespräch oder eine Fachklinik zur Behandlung vermittelt, entstehen häufig folgende Herausforderungen für Menschen mit geistiger Behinderung (Schinner 2015: 3):

- große Gruppen,
- relativ hohe kognitive Ansprüche,
- abstrakte Themen,
- hoher kommunikativer Anteil,
- wortgewandte Mitpatient*innen,
- Schwierigkeiten der Orientierung (z. B. wechselnde Therapieveranstaltungen und Orte, Verstehen der Haus- und Therapieordnung),
- Scham über eingeschränkte Fähigkeiten im Lesen,
- wenig Wissen gegenüber behindertenspezifischen Fragestellungen durch fehlende Klientel.

Nachfolgend werden in Tabelle 14 beispielhaft zwei Suchtbehandlungsmaßnahmen, ein Raucherentwöhnungsprogramm und eine Kurzintervention bei Alkoholmissbrauch dargestellt, die speziell für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt oder auf die Besonderheiten von Menschen mit geistiger Behinderung angepasst wurden. Diese werden sowohl in Deutschland als auch im internationalen Kontext umgesetzt.

Tabelle 14: Beispiele für Suchtbehandlungsmaßnahmen für Menschen mit geistiger Behinderung

Maßnahme	Programmdetails	Quelle
„Less Booze or Drugs“ für Menschen mit geistiger Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> - Eine ambulante Suchtbehandlungsmaßnahme und -leitlinie für Menschen mit geistiger Behinderung, die in den Niederlanden entwickelt wurde. - Die Maßnahme umfasst eine kognitive Verhaltenstherapie, die speziell für Menschen mit geistiger Behinderung angepasst wurde, u. a durch die Verwendung von Leichter Sprache, konkreten Beispielen und häufigen Wiederholungen. Das Ziel der Suchtbehandlung liegt in einer schrittweisen Verhaltensänderung bis zur Abstinenz mit Erkennen des Konsums, Techniken zur Selbstkontrolle, individuellen Behandlungszielen und Belohnungen sowie Rückfallprävention. - Die Maßnahme ist in 12 Einzel- und 12 Gruppensitzungen aufgebaut. Dabei werden in 45-minütigen Einzelsitzungen individuelle Lernphasen 	Kiewik/den Ouden (2012)

	<p>vermittelt und Behandlungsziele festgelegt. In 90-minütigen Gruppensitzungen werden die Inhalte wiederholt und trainiert und im Alltag angewendet. Für die Umsetzung und Anwendung der erlernten Fähigkeiten in der Praxis wird die Vertrauensperson berücksichtigt. Interaktive Methoden, z. B. Lernspiele, visualisiertes Material, Entspannungs- und Sportübungen unterstützen den Lernprozess.</p>	
<p>„Suchttherapie für Menschen mit Intelligenzminderung“ der DIAKO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ein therapeutischer Behandlungsansatz, der in dem Projekt „Suchttherapie für Menschen mit Intelligenzminderung“ von der DIAKO Nordfriesland, ein Verbund mehrerer Institutionen zur Förderung der seelischen Gesundheit, in den Jahren 2015/2016 entwickelt und durchgeführt wurde. - Vorrangig wurde das Konzept bei dem Suchtmittel Alkohol, teilweise in Kombination mit anderen Süchten angewendet. Ein langfristiges Ziel sollte die Entwicklung eines ambulanten zielgruppengerechten Rehabilitationskonzeptes sein. Ziel für die teilnehmenden Klient*innen war die Abstinenz, verbunden mit Konsumreduzierungen als Zwischenschritte. - Das entwickelte Konzept zur Suchtprävention kennzeichnete die Kooperation zwischen Sucht- und Behindertenhilfe, eine niedrigschwellige und individuelle Maßnahme, kleine Gruppengröße und Therapieeinheiten von kurzer Dauer. Weiterhin wurde eine positive Atmosphäre in der Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung berücksichtigt sowie klient*innenorientierte Leichte Sprache und angepasste Therapieansätze, z. B. Motivationstraining, Psycho- und Verhaltenstherapie in vereinfachter Form oder Problemlösetechniken mit konkreteren Herangehensweisen und Visualisierungen verwendet. 	<p>Bauer et al. (2016)</p>
<p>Rauchentwöhnungsprogramm für Menschen mit geistiger Behinderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Speziell zur Verringerung des Tabakkonsums wurde 2011 ein Rauchentwöhnungsprogramm und ein Präventionsprogramm von Chester et al. in Großbritannien evaluiert. - Ziel der Studie war die Auswertung eines Baseline-Audits eines Raucherentwöhnungsprogramms bei Menschen mit geistiger Behinderung in Einrichtungen. Das Audit beschreibt die Prävalenz des Tabakkonsums und die Wirkung der Intervention. - In dem Interventionsprogramm wurden in sieben Gruppensitzungen Informationen zu allgemeinen Gesundheitsthemen und speziell dem Thema Rauchen vermittelt und in der Gruppe diskutiert. Zusätzlich füllten die Teilnehmenden einen Zeitplan aus, in dem sie ihren Konsum eintragen konnten. Das Material war dabei einfach gestaltet und an die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit geistiger Behinderung angepasst. 	<p>Chester et al. (2011)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Die Studienergebnisse zeigen, dass es sich bei dem Raucherentwöhnungs- und Präventionsprogramm um eine Intervention handelt, mit der auch Menschen mit geistiger Behinderung erreicht werden können. - 	
Kurzintervention zum Thema Alkoholmissbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Studie beschreibt und evaluiert die Anwendung einer Kurzintervention (Extended Brief Intervention for alcohol misuse – kurz EBI) bei Menschen mit geistiger Behinderung (Kouimtsidis et al. 2017a) und die Entwicklung eines Studienmanuals (Kouimtsidis et al. 2017b). - In der Studie von wurden dazu 30 Erwachsene mit geistiger Behinderung und einem problematischen Alkoholkonsum in wöchentlich stattfindenden 30-minütigen Sitzungen informiert, beraten und behandelt. Die erste Sitzung diente dabei dem Vertrauensaufbau, die Sitzungen zwei bis fünf der eigentlichen Intervention, während die letzte Sitzung zum Zusammenfassen und Übersicht diente. - Genutzte Materialien der Suchthilfe wurden in dieser Intervention ebenfalls individuell an die Menschen mit Behinderung angepasst. Es zeigte sich, dass die Intervention sowohl von den Therapeut*innen als auch von den Menschen mit geistiger Behinderung gut angenommen und positiv bewertet wurde. Ebenso lassen die Studienergebnisse vermuten, dass sich der Alkoholkonsum bei den Teilnehmenden reduziert hat und lassen damit den Rückschluss zu, dass sich die Kurzintervention auch für Menschen mit geistiger Behinderung gut zur Prävention und Therapie von Alkoholmissbrauch eignet. 	Kouimtsidis et al. (2017a; 2017b)

Quelle: Eigene Darstellung

5.2.5 Trainings und Methoden im Umgang mit Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung weisen vielfach häufiger Komorbiditäten und Defizite in den sozialen und kognitiven Fähigkeiten auf, als die Allgemeinbevölkerung. Aus diesem Grund ist es notwendig, zusätzliche Techniken in die Methoden der Prävention, Beratung und Therapie mit weiterführender Verhaltensänderung zu integrieren. Weiterhin sind diese Techniken auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe anwendbar. Insbesondere bei einem problematischen Alkoholkonsum ist bei der Planung von Präventions- und Verhaltensänderungsmaßnahmen zu beachten, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufig auch eine komorbide Alkoholkonsumstörung und andere psychische Störungen aufweisen (siehe Kapitel 2). Die Behandlungsprognose ist daher häufig schlechter aufgrund der höheren Behandlungskomplexität (Degenhardt 2000).

Eine systematische Übersichtsarbeit von Kerr et al. (2013) liefert Hinweise, dass das Wissen und die Motivation zur Verhaltensänderung sowie die Bereitschaft zum Beenden des

Substanzmittelkonsums (insbesondere von Alkohol und Nikotin) bei Menschen mit geistiger Behinderung gefördert und gestärkt werden sollte (Latteck 2017: 48):

- **Wissens- und Handlungskompetenz:** Der Schwerpunkt der Zielsetzungen bei den meisten Interventionen zur Prävention des Substanzmittelkonsums bei Menschen mit geistiger Behinderung liegt auf der Wissenskompetenz über eine gesunde Lebensführung und den Gebrauch von Alkohol und Nikotin mit ihren gesundheitlichen Nebenwirkungen und Risiken.
- **Auf der konzeptionellen Ebene:** Die Interventionen beinhalten überwiegend Kommunikations- und Motivationsstrategien, die bei den Teilnehmenden zu gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen führen sollen.
- **Methodische Hilfsmittel:** Besonders unterstützend wirkten Nikotinersatztherapien und speziell an die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen angepasste methodische Hilfsmittel z. B. Bilder, Videos und Gruppenarbeiten.
- **Dauer:** Die Interventionen dauerten zwischen 3 Wochen bis zu 1 Jahr und schlossen Jugendliche und Erwachsene mit einer geistigen Behinderung ein.

In einer Übersichtsarbeit von Degenhardt (2000) werden spezifische Methoden dargestellt, die Menschen mit geistiger Behinderung unterstützen sollen, eine Verhaltensänderung hinsichtlich ihres Substanzmittelkonsums anzustreben und zu planen. Die Methoden können im Rahmen von Präventionsmaßnahmen, der Beratung oder weiterführenden Therapie eingesetzt und abgewandelt werden.

- **Skills-Training:** Das (teilweise) Fehlen von sozialen und kognitiven Kompetenzen ist charakteristisch für Menschen mit geistiger Behinderung und erschwert oftmals das Suchen und Erreichen von Unterstützung bei problematischem Substanzmittelkonsum. Dieses Defizit kann mit gezieltem Skills-Training abgebaut werden, sodass individuelle Ressourcen zur Bewältigung des Alltags gestärkt werden. Die Skills-Training zielen insbesondere auf die Entwicklung von Sozial- und Kommunikationskompetenz ab (Degenhardt 2000: 141):
 - Sozialkompetenz-Trainings [social skills] fördern den Umgang und die Bewältigung verschiedener Alltags- und Stresssituationen. Das Training kann beispielsweise beinhalten: Emotionen zum Ausdruck bringen, auf Kritik reagieren, Augenkontakt und Komplimente verteilen bzw. annehmen. Beispielsweise sind Rollenspiele eine effektive Methode, um die sozialen Interaktionen in konkreten Situationen zu üben.
 - Kommunikationskompetenz-Trainings [communication skills] fördern die Fähigkeiten, sich in angemessener Weise auszudrücken. Ergänzend zu den zuvor genannten Skills ermöglichen Ablehnungstrainings das Üben von erfolgreichem Verweigern durch „nein“ sagen zu der angebotenen Substanz. Ablehnungstrainings erproben nicht nur die Ausdrucksweise, sondern auch Methoden der Körpersprache sowie Intonation.
- **Zielsetzung [goal setting]:** Die Methodik beinhaltet das Aufstellen von konkreten, Zielen mit den Klient*innen und stellt einen wichtigen Bestandteil der Intervention oder Therapie dar. Dadurch werden Einblicke gewonnen, wie die konsumierende Person motiviert werden kann und gleichzeitig bieten diese eine Struktur für die Behandlungsschritte. Das Festhalten von vielseitigen Zielen, z. B. im Bereich Familie, Beschäftigung oder Wohnen,

ermöglicht das zeitliche Verfolgen des Prozesses. Auf diese Weise können Erfolge wahrgenommen und Anpassungen beobachtet werden (Degenhardt 2000: 140).

- **Problemlösetechniken [problem solving techniques]:** Einen weiteren Ansatz beinhaltet das Erlernen von strukturierten Problemlösetechniken, bei denen das Konsumproblem definiert wird, selbstständige Lösungsentwicklungen unterstützt und die individuellen Kompetenzen zur realen Umsetzung berücksichtigt werden. Beispielsweise kann mit der Frage nach einem Problem im Leben der Person begonnen werden. Dieses kann im nächsten Schritt heruntergebrochen werden, sodass einzelne Verhaltensweisen erkennbar sind, die die Person langsam ändern kann (Degenhardt 2000: 141 f.).

Die drei dargestellten Methoden sind nicht ausschließlich für Interventionen bei problematischem Substanzmittelkonsum einsetzbar, sondern ermöglichen die Förderung von relevanten Lebenskompetenzen und Schutzfaktoren in verschiedenen Alltagssituationen. Darüber hinaus werden in der Literatur weitere Interventionen dargestellt, die das Ziel der Prävention und Verhaltensänderung bei Substanzmittelkonsum verfolgen. Vielfach zum Einsatz kommende Maßnahmen bei Menschen mit und ohne Behinderungen sind die a) **„Motivierende Gesprächsführung“**, b) **„Kurzintervention Motivierende Gesprächsführung (MOVE)“**, c) **„Achtsamkeitstraining“**, und d) **Biografiearbeit**¹².

Auch bei Menschen mit geistiger Behinderung zeigen diese Techniken und Maßnahmen eine gute Wirkung bei der Prävention von (problematischem) Substanzmittelkonsum (Abel 2020; van Duijvenbode/van der Nagel 2019).

5.3 Zusammenfassung

Im Bereich der Prävention, Beratung und Therapie von Suchterkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung gibt es erste Angebote in Form von universellen, selektiven und indizierten Präventionsmaßnahmen, Suchtberatungen sowie Therapiemaßnahmen und Behandlungen speziell für Menschen mit geistiger Behinderung. Informationsbroschüren zu verschiedenen Substanzen und stoffungebundenen Süchten, wie Glücksspielsucht, werden von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Leichter Sprache zur Verfügung gestellt. Weiterhin gibt es selektive Suchtpräventionsprogramme, wie z. B. DIDAK und SAG NEIN! zu den Themen Alkohol, Nikotin und Cannabis. Indizierte Präventionsmaßnahmen beziehen sich auf Personen, die bereits einen riskanten Konsum aufweisen und umfassen die Reduzierung und Abstinenz von Substanzkonsum. Daneben gibt es zahlreiche didaktische, spielerische und wahrnehmungsorientierte Elemente, die in den verschiedenen Präventionsprogrammen Anwendung finden und speziell auf Menschen mit geistiger Behinderung ausgerichtet werden müssen. In diesem Kapitel werden Möglichkeiten der Suchtberatung bei Menschen mit geistiger Behinderung aufgezeigt und der Ablauf der Suchtberatung mit Erstkontakt und der weiterführenden Beratung dargestellt.

¹² Die Methode „Biografiearbeit“, die in der Suchtberatung und -therapie angewendet wird, geht der Frage nach, welche Einflussfaktoren an der Entwicklung einer Problematik beteiligt sind (Wittchen/Hoyer 2011). Diese Einflussfaktoren beziehen sich dabei auf persönliche, soziale, familiäre und biologische Faktoren, die die Entstehung einer Suchtproblematik sowie den anhaltenden Konsum trotz auftretender Schwierigkeiten oder negativen Folgen beeinflussen.

Die Therapie von Suchterkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung orientiert sich an der Behandlung von Menschen ohne Behinderung. Jedoch muss auf die Besonderheiten der Zielgruppe geachtet werden und die Therapien entsprechend angepasst sein. Neben der Abstinenz sollte die aktive Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft und eine gesunde Lebensführung mit entsprechender Konflikt- und Stressbewältigung und Selbstwirksamkeit angestrebt werden. Spezielle Suchtbehandlungsmaßnahmen aus den Niederlanden und Deutschland zeigen, wie diese bei Menschen mit geistiger Behinderung umgesetzt werden können. Motivierende Gesprächsführung, Achtsamkeitstraining und Biografiearbeit werden beispielhaft als erfolgreiche Maßnahmen in Prävention, Beratung und Therapie von Suchterkrankungen bei Menschen mit Behinderung angeführt.

5.4 Schlüsselbegriffe

Leichte Sprache

„Als Leichte Sprache bezeichnet man ein spezielles, besonders leicht verständliches Deutsch, dessen Regeln seit 2006 vom *Netzwerk Leichte Sprache* erarbeitet werden. Sie soll es Menschen, die nur über eine geringe Sprachkompetenz verfügen, ermöglichen, die deutsche Sprache zu verstehen. Hierzu gehören u. a. auch Menschen mit einer geistigen Behinderung. Über die leichte Sprache soll eine einfache Zugänglichkeit zu Informationen gewährleistet werden, sie dient damit der Barrierefreiheit“ (Habermann-Horstmeier 2018: 310).

Universelle Prävention

Universelle Prävention „spricht die Gesamtbevölkerung bzw. große Teilpopulationen an“ (Franzkowiak 2018).

Selektive Prävention

Selektive Prävention „interveniert bei umrissenen Zielgruppen mit einem vermuteten, eventuell überdurchschnittlichen Risiko (Risikoträger*innen)“ (Franzkowiak 2018).

Indizierte Prävention

Indizierte Prävention „zielt auf Personen und Gruppen mit gesicherten Risikofaktoren bzw. manifesten Störungen oder Devianzen“ (Franzkowiak 2018).

Verhältnisprävention

„Verhältnisprävention = Einflussnahme auf Gesundheit/Krankheit durch Veränderung der Lebensbedingungen/Umwelt der Person“ (Leppin 2010: 39).

„Verhältnisprävention will die Gesundheit von Menschen dadurch verbessern, dass sie ihre Umwelt sowie ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen positiv beeinflusst. Auf diese Weise sollen Gefahren, die möglicherweise von solchen Bedingungen ausgehen, abgewendet werden (Beispiele: Bekämpfung der Luftverschmutzung, Angebot gesünderer Nahrung in der Kantine, Ausbau des Fahrradwegenetzes in einer Stadt“ (Habermann-Horstmeier 2018: 332).

Verhaltensprävention

„Verhaltensprävention = Einflussnahme auf den individuellen Gesundheitszustand oder auf individuelles Gesundheitsverhalten“ (Leppin 2010: 39).

„Maßnahmen der Verhaltensprävention sind darauf ausgerichtet, das Verhalten der Menschen so zu beeinflussen, dass es ihrer Gesundheit dient. Da das individuelle Handeln und Verhalten der Menschen insbesondere bei der Entstehung chronischer Erkrankungen eine bedeutende Rolle spielt (Beispiele: Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel), kann auf diese Weise ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit sinken“ (Habermann-Horstmeier 2018: 332).

Primärprävention

Ziel der Primärprävention ist es eine Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Viele Krankheiten können durch eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebens, bspw. durch ausreichende Bewegung oder gesunde Ernährung, vermieden oder verzögert werden (Bundesministerium für Gesundheit 2019). Maßnahmen der Primärprävention beziehen sich dabei immer auf den Zeitraum vor der Manifestation einer Erkrankung. Mit der Primärprävention sollen demnach gesunde Personen erreicht werden (Leppin 2018: 48).

Sekundärprävention

Ziel der Sekundärprävention ist die Früherkennung und frühzeitige Therapie von Krankheiten (Bundesministerium für Gesundheit 2019). Zu Maßnahmen der Sekundärprävention zählen bspw. Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs- oder Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes mellitus (Leppin 2018: 48). Wie auch die Primärprävention richtet sich die Sekundärprävention an die betroffenen Personen selbst.

Tertiärprävention

Ziel der Tertiärprävention ist es Krankheitsfolgen einer manifestierten Erkrankung zu verringern und einen Rückfall sowie eine Verschlechterung oder Komplikation des Krankheitsverlaufs zu verhindern (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Suchtberatung

Die Suchtberatung ist ein wichtiger erster Schritt in der Suchthilfe. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung und einem problematischen Substanzmittelkonsum stellen strukturelle Barrieren (z. B. mangelnde Informationen, Probleme in der Kontaktaufnahme, Kommunikation oder Mobilität (Abel 2020: 45), Hindernisse in der Inanspruchnahme dar. Aus diesem Grund sind klient*innenorientierte Lösungen notwendig, um den Prozess des Erstkontaktes und der fortlaufenden Beratung angenehmer und erfolgreicher zu gestalten.

5.5 Merksätze

- Die Behandlungsansätze bei Suchtproblemen von Menschen mit geistiger Behinderung sind vergleichbar mit Ansätzen bei Menschen ohne Behinderung. Jedoch sind dabei die behinderungsspezifischen Besonderheiten und ggf. Einschränkungen der Menschen mit geistiger Behinderung zu berücksichtigen.
- Die bisherigen Therapieansätze und Präventionsmaßnahmen für die Allgemeinbevölkerung sind an die besonderen Bedarfe der Menschen mit geistiger Behinderung anzupassen (z. B. Leichte Sprache, Wiederholungen, Verwendung von Piktogrammen und Bildern, lebensnahe Ziele, Darstellung realitätsnaher Lebenssituationen und Beispiele) (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.

(BeB) 2015: 22; Burgemeister et al. 2019; Kretschmann-Weelink 2006: 59; Schinner 2015).

- Suchtprävention kann auf universeller, selektiver und indizierter Ebene stattfinden und Verhaltens- sowie Verhältnisprävention umfassen.
- Um Menschen mit geistiger Behinderung einen guten Umgang mit Substanzmitteln zu ermöglichen, der die Gesundheit nicht gefährdet, wurden speziell für die Zielgruppe Programme zur Prävention entwickelt. Diese beinhalten sowohl didaktische als auch spielerische Elemente und können in verschiedenen Kontexten, wie der Förderschule, in Wohneinrichtungen oder Werkstätten eingesetzt werden.
- Im Falle eines problematischen Substanzmittelkonsums wird eine Suchtberatung notwendig. Diese kann nicht in gleicher Weise wie bei Menschen ohne eine Behinderung durchgeführt werden, sondern bedarf einer Anpassung an die individuellen kognitiven Fähigkeiten der Menschen mit geistiger Behinderung.

5.6 Lernkontrolle/ Praxisaufgabe

1. Welche zielgruppenspezifischen Besonderheiten von Menschen mit geistiger Behinderung sollten bei der Suchtprävention und -therapie berücksichtigt werden?
2. Welche Präventionsprogramme liegen speziell für Menschen mit geistiger Behinderung vor?
3. Welche Barrieren liegen vielfach bei der Inanspruchnahme der Suchtberatung und Suchthilfe für Menschen mit geistiger Behinderung vor?

5.7 Quellennachweise

Abel, T. (2020): Beratungshandbuch Teil 1. Grundlagen der Beratungsarbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum. Wiesbaden.

Bauer, A.; Hübenthal, R.; Grote, W. (2016): Suchttherapie für Menschen mit Intelligenzminderung. Theoretischer Hintergrund und Evaluation.

Bühler, A.; Bühringer, G. (2014): Prävention von substanzbezogenen Störungen. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG: 255–265.

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Glossar: Prävention. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>. (abgerufen am: 08.05.2021).

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) (2015): Fachexpertise Geistige Behinderung und Sucht. Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe. Berlin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2020): Suchtprävention. Online verfügbar unter: <https://www.bzga.de/programme-und-aktivitaeten/suchtpraevention/>. (abgerufen am: 07.01.2021).

- Burgemeister, G.; Funke, S.; Richarz, S.; Feldmann, J.; Schmidt, W.; Seewald; Manuel (2019): Fachklinik für Menschen mit Beeinträchtigungen und Abhängigkeitserkrankungen. Konzeption). Dötlingen-Neerstedt.
- 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. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 37–58.
- Chester, V.; Green, F.; Alexander, R. (2011): An audit of a smoking cessation programme for people with an intellectual disability resident in a forensic unit. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities* 5 (1): 33–41.
- Degenhardt, L. (2000): Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 25 (2): 135–146.
- Franzkowiak, P. (2018): Prävention und Krankheitsprävention. In: (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018. Köln: BZGA - Federal Centre for Health Education: 776–797.
- GKV-Spitzenverband (2020): Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs. 2 SGB V. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf. (abgerufen am: 30.06.2021).
- Habermann-Horstmeier, L. (2018): Gesundheitsförderung in Behindertenwohneinrichtungen. Zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod. Bern: Hogrefe Verlag.
- Kerr, M.; Gil-Nagel, A.; Glynn, M.; Mula, M.; Thompson, R.; Zuberi, S. M. (2013): Treatment of behavioral problems in intellectually disabled adult patients with epilepsy. *Epilepsia* 54 (1): 34–40.
- Kiewik, M.; den Ouden, R. (2012): Factsheet Minder Drank of Drugs). Deventer.
- Kouimtsidis, C.; Bosco, A.; Scior, K.; Baio, G.; Hunter, R.; Pezzoni, V.; Mcnamara, E.; Hassiotis, A. (2017a): A feasibility randomised controlled trial of extended brief intervention for alcohol misuse in adults with mild to moderate intellectual disabilities living in the community; The EBI-LD study. *Trials* 18 (216):
- Kouimtsidis, C.; Scior, K.; Baio, G.; Hunter, R.; Pezzoni, V.; Hassiotis, A. (2017b): Development and evaluation of a manual for extended brief intervention for alcohol misuse for adults with mild to moderate intellectual disabilities living in the community: The EBI-LD study manual. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 30 (1): 42–48.
- 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). Gevelsberg.
- Kretschmann-Weelink, M. (2006): Projektdokumentation zum Modellprojekt "Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik"). Münster.

- Laging, M. (2020): Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen - Konzepte - Methoden. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Latteck, Ä.-D. (2017): Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Behinderung und Auswertung der vorliegenden Evidenz. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Leppin, A. (2018): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, K.; Richter, M.; Klotz, T.; Stock, S. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag: 47–56.
- Leppin, A. (2010): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber: 35–44.
- LWL Koordinationsstelle Sucht (2017): Sag Nein! Suchtpräventions-Programm an Förderschulen für geistige Entwicklung. Praxishandbuch. Münster: Praxishandbuch.
- Miller, W. R.; Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Neugebauer, F.; Foof, A.; Schütz, E.; Hardeling, A. (2018): Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe. Projektdokumentation und Abschlussbericht. Berichtszeitraum 01.09.2017 - 28.02.2018. Potsdam.
- Neugebauer, F.; Hardeling, A. (2016): Genuss - Missbrauch - Gewöhnung - Abhängigkeit. Fachtag 06.07.2016.
- Pawils, S. (2020): Prävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Zielgruppen. In: Tiemann, M.; Mohokum, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer: 1–5.
- 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. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht: 73–88.
- 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. Ergänzbare Handbuch zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin, Marburg: Lebenshilfe-Verlag: 1–5.
- Stöver, H. (2020): Konsum illegaler Drogen – ein wichtiges Feld der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M.; Mohokum, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer: 1–11.
- van Duijvenbode, N.; van der Nagel, J. E. L. (2019): A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. European addiction research 25: 263–282.
- Wittchen, H.-U.; Hoyer, J. (2011): Diagnostische Prozesse in der Klinischen PSYchologie und Psychotherapie. In: Wittchen, H.-U.; Hoyer, J. (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer: 383–418.

5.8 Weiterführende Links

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o. J.): Suchtprävention.

<https://www.bzga.de/programme-und-aktivitaeten/suchtpraevention/> (abgerufen am: 07.01.2021).

GKV-Spitzenverband (2020): Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs. 2 SGB V. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf. (abgerufen am: 30.06.2021).

LWL Koordinationsstelle Sucht (o.J.): Geistige Behinderung und Sucht. Das Einrichtungsverzeichnis. Verfügbar unter: <https://www.lwl-ks.de/de/schwerpunkte/GeiBuS/gbs-verzeichnis/> (abgerufen am: 18.01.2021).

Schlüsselwortverzeichnis

Abhängigkeitssyndrom:	21
Alkopops	22
Beeinträchtigung	22
Behinderung	22
Epidemiologie	22
Substanzmissbrauch/schädlicher Gebrauch:	22
Komorbidität	34
Medikation	34
Multimorbidität	34
Polypharmazie	35
Psychische Störungen	35
Verhaltensauffälligkeiten / Verhaltensstörungen	35
Inklusion	58
Integration	58
Normalisierung	59
Personenzentrierung	59
Selbstbestimmung/ Empowerment	59
Teilhabe	59
Co-Abhängigkeit und institutionelle Co-Abhängigkeit	79
Interventions- und Handlungsstrategien	79
Screening	79
Leichte Sprache	97
Universelle Prävention	97
Selektive Prävention	97
Indizierte Prävention	97
Verhältnisprävention	97
Verhaltensprävention	97
Primärprävention	98
Sekundärprävention	98
Tertiärprävention	98
Suchtberatung	98