

Thomas Gredner, Nina Ploch, Beate Erbas

Substanzkonsum und Abhängigkeit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Forschungsstand, Versorgungsbedarfe und
Handlungsperspektiven





Thomas Gredner, Nina Ploch, Beate Erbas

Substanzkonsum und Abhängigkeit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Forschungsstand, Versorgungsbedarfe und Handlungsperspektiven

1. Auflage (August 2026)

© Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, BAS gGmbH
Landwehrstr. 60-62, 80336 München

Foto Cover: © [Nathalia Segato](#)

Vorwort

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung konsumieren ebenso **Alkohol, Tabak, Medikamente oder andere psychoaktive Substanzen** wie Menschen ohne Beeinträchtigung. Dennoch wurde das Thema lange Zeit nur am Rande wahrgenommen – sowohl in der Forschung als auch in der Praxis. Bis heute ist die Datenlage, insbesondere für Deutschland und Bayern, lückenhaft. Verlässliche epidemiologische Zahlen liegen kaum vor, gleichzeitig berichten Fachkräfte aus der Sucht- und der Eingliederungshilfe seit Jahren von konkreten Herausforderungen in ihrem Arbeitsalltag. Gerade an der Schnittstelle beider Hilfesysteme entstehen Versorgungsfragen, auf die es bislang häufig keine einfachen Antworten gibt.

Als **Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen** (BAS) verstehen wir uns als Plattform für Austausch, Wissenstransfer und Vernetzung. Unser Ziel ist es, Fachkräfte unterschiedlicher Disziplinen miteinander ins Gespräch zu bringen, gemeinsame Perspektiven zu entwickeln und die Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe zu stärken. Denn eine bedarfsgerechte Unterstützung kann nur gelingen, wenn beide Systeme ihre jeweiligen Kompetenzen einbringen und gemeinsam weiterentwickeln.

Mit unseren Fachtagungen „**Inklusion gestalten – Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung und Sucht**“ im Juni 2024 sowie „**Inklusion und Sucht – Vernetzung für eine bessere Versorgung**“ im Juni 2025 konnten wir zahlreiche Fachkräfte aus beiden Arbeitsfeldern zusammenbringen. Die intensive Beteiligung und der fachliche Austausch haben deutlich gemacht, wie groß das Interesse an diesem Thema ist – aber auch, wie hoch der Bedarf an praxisnahen Informationen, Orientierung und Vernetzung weiterhin bleibt.

Dieser **Informationsband** ist aus diesem Bedarf heraus entstanden. Er versteht sich weder als abschließendes Nachschlagewerk noch als Leitlinie, sondern als **Überblick** über den aktuellen Forschungsstand sowie über zentrale rechtliche, konzeptionelle und versorgungsbezogene Fragestellungen. Da sich der Band gleichermaßen an Fachkräfte der Sucht- und der Eingliederungshilfe richtet, werden einzelne Inhalte bewusst ausführlich dargestellt und teilweise wiederholt: Was für die eine Zielgruppe selbstverständlich ist, kann für die andere wichtiges Orientierungswissen sein. Wo belastbare wissenschaftliche Erkenntnisse fehlen, weisen wir ausdrücklich auf bestehende Wissenslücken hin. Gleichzeitig möchten wir Fachkräften konkrete Anregungen für ihre tägliche Arbeit geben und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, die bereits heute zu einer inklusiveren und besser zugänglichen Versorgung beitragen können.

Wir hoffen, dass dieser Informationsband dazu beiträgt, den **Dialog** zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe weiter zu fördern, Unsicherheiten abzubauen und die Versorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und substanzbezogenen Problemlagen nachhaltig zu verbessern. Denn gute Versorgung entsteht nicht allein durch neue Angebote, sondern vor allem durch Zusammenarbeit, gegenseitiges Verständnis und die Bereitschaft, voneinander zu lernen.

Dr. Thomas Gredner und Dr. Nina Ploch

München, August 2026

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1. Einleitung	7
2. Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen	8
Begriffe im sozialrechtlichen und menschenrechtlichen Kontext.....	9
Medizinisch-diagnostische Klassifikationen.....	10
Selbstbezeichnungen und pädagogische Begrifflichkeiten	11
3. Rechtlicher Rahmen: Behinderung, Teilhabe und Paradigmenwechsel.....	13
UN-Behindertenrechtskonvention.....	13
Bundesteilhabegesetz und Neufassung des SGB IX.....	14
Behinderungsverständnis in UN-BRK und SGB IX	14
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).....	15
Konsequenzen für die Eingliederungshilfe.....	16
Recht auf gleichberechtigte Gesundheitsversorgung	16
Bedeutung für den Umgang mit Substanzkonsum	17
4. Aktueller Forschungsstand und epidemiologische Datenlage	18
Substanzkonsum, substanzbezogene Störungen und suchtnahe Verhaltensweisen in Deutschland	19
Einordnung der substanzbezogenen Befunde.....	21
Internationale Konsumbefunde	22
Einordnung der systematischen Übersichtsarbeit.....	23
Zusammenfassende Bewertung.....	23
Komorbidität.....	24
Medikamentenkonsum und weitere potenziell problematische Verhaltensweisen	24
Exkurs: Versorgungssituation und Unterstützungsbedarfe aus Sicht von Fachkräften in Bayern	25
Methodische Grenzen und Forschungslücken	27
5. Risiko- und Schutzfaktoren sowie Funktionen des Substanzkonsums.....	30
Individuelle und entwicklungsbezogene Einflussfaktoren.....	31
Soziale und lebensweltbezogene Einflussfaktoren	32
Konsummotive	32
Strukturelle Einflussfaktoren	33
Mögliche Schutzfaktoren und unterstützende Bedingungen	33
6. Folgen problematischen Substanzkonsums	35
Körperliche Folgen	35
Psychische und verhaltensbezogene Folgen.....	36
Soziale und teilhabebezogene Folgen.....	36
Folgen für Diagnostik und Unterstützung	37
7. Bedarfe und Angebote der Suchthilfe und Suchtprävention	39

Anforderungen an zugängliche Präventions- und Beratungsangebote	40
Niedrigschwelliger Zugang und Kontinuität	40
Kommunikative Barrierefreiheit und Leichte Sprache	40
Qualitätssicherung und Beteiligung	42
Bezugspersonen und personenzentrierte Zielsetzung	43
Lebensweltorientierung, Partizipation und Peer-Ansätze	43
Kooperation der Hilfesysteme	44
Bestehende Programme, Projekte und Materialien	45
Bewertung der vorhandenen Angebotslandschaft	47
8. Versorgung und Behandlung.....	49
Grundsätze einer bedarfsgerechten Versorgung	50
Diagnostik und Behandlungsplanung	50
Komorbidität und differenzialdiagnostische Abklärung.....	51
Individuelle Behandlungsplanung.....	51
Medizinische und psychiatrische Behandlung	52
Intoxikation, Entzug und Krisenversorgung	52
Behandlung körperlicher und psychischer Begleiterkrankungen.....	52
Aufklärung, Einwilligung und unterstützte Entscheidungsfindung	54
Suchtberatung, Psychotherapie und Rehabilitation	55
Suchtberatung	55
Psychotherapie	55
Medizinische Rehabilitation	57
Behandlungsziele und individuelle Therapieplanung	58
Behandlungsformen und Wahl des Rehabilitationssettings	58
Nachsorge und Rückfallprävention	59
Wohnen und Alltag	59
Selbstbestimmung, Risikokompetenz und Schutzverantwortung.....	60
Sozialraum und Teilhabe	61
9. Fazit	62
Literatur	63
Impressum	71

Abkürzungsverzeichnis

BTHG	Bundesteilhabegesetz
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
FASD	Fetale Alkoholspektrumstörungen
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
SGB	Sozialgesetzbuch
SumID-Q	Substance Use and Misuse in Intellectual Disability Questionnaire
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Der Konsum psychoaktiver Substanzen sowie die Entwicklung substanzbezogener Störungen stellen auch für Menschen mit **intellektueller Beeinträchtigung** ein relevantes, lange Zeit jedoch unzureichend beachtetes Gesundheits- und Teilhabethema dar. In den vergangenen Jahren wurde es zunehmend in den Fokus fachlicher und wissenschaftlicher Diskussionen gerückt. Gleichwohl bleibt die empirische Datenlage insbesondere für Deutschland begrenzt. Belastbare Aussagen zu Konsumprävalenzen, Risikoprofilen und Versorgungsbedarfen sind bislang nur eingeschränkt möglich (Rathmann et al., 2023).

Ein Grund hierfür ist das heterogene Bild, das internationale Studien zeichnen: Die berichteten Konsumprävalenzen unterscheiden sich je nach Substanz, untersuchter Personengruppen, Setting und Erhebungsmethode. Bei Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung oder grenzwertiger intellektueller Funktionsfähigkeit können sie niedriger, ähnlich hoch oder höher ausfallen als in der Allgemeinbevölkerung (van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019; Didden et al., 2020). Unabhängig davon weisen die bisherigen Befunde auf ein **erhöhtes Risiko** hin, substanzbezogene Störungen und negative Konsumfolgen zu entwickeln. Eine aktuelle schwedische Registerstudie fand bei Menschen mit diagnostizierter intellektueller Beeinträchtigung höhere Prävalenzen dokumentierter Alkohol- und Drogenkonsumstörungen als in der Vergleichsbevölkerung. Innerhalb dieser Gruppe wurden die höchsten Prävalenzen bei Personen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung beobachtet (Brown et al., 2026).

Das Thema betrifft neben der **Gesundheit** auch **soziale Teilhabe, Selbstbestimmung** und **Lebensqualität**. Substanzbezogene Probleme können bestehende Teilhabeeinschränkungen verstärken, Unterstützungsbedarfe erhöhen und Exklusionsrisiken verschärfen. Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sind besonders von Barrieren beim Zugang zu Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangeboten betroffen (Slayter, 2008). Zugleich sind sie häufig spezifischen Belastungslagen ausgesetzt, etwa eingeschränkten Bildungs- und Teilhabechancen, sozialer Isolation oder institutionellen Abhängigkeiten, die ihr Risiko für gesundheitliche Problemlagen erhöhen können (Krahn et al., 2015). Vor diesem Hintergrund ist eine differenzierte Betrachtung des Substanzkonsums im Kontext individueller Lebenslagen, vorhandener Unterstützungsstrukturen und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen erforderlich (van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019; Rathmann et al., 2023). Den normativen Rahmen bildet die **UN-Behindertenrechtskonvention** (UN-BRK), insbesondere mit den Grundsätzen der individuellen Autonomie und wirksamen Teilhabe (Art. 3) sowie dem Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung (Art. 25; Vereinte Nationen, 2006).

Ziel dieses Informationsbands ist es, den **aktuellen Wissensstand zu Substanzkonsum und substanzbezogenen Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung** zusammenzuführen, zentrale Herausforderungen in Prävention und Versorgung zu analysieren und praxisnahe Handlungsperspektiven für Fachkräfte aufzuzeigen. Berücksichtigt werden individuelle und strukturelle Risiko- und Schutzfaktoren, Folgen des Substanzkonsums, Prävention und Versorgung, die Schnittstellen zwischen den Hilfesystemen, begriffliche und rechtliche Grundlagen sowie der aktuelle Forschungsstand.

Der Informationsband richtet sich an **Fachkräfte der Suchthilfe**, die mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung arbeiten, ebenso wie an **Fachkräfte der Behinderten- und Eingliederungshilfe**, die mit Substanzkonsum oder entsprechenden Problemlagen konfrontiert sind. Es soll dazu beitragen, ein gemeinsames fachliches Verständnis zu fördern und Impulse für eine inklusivere, barriereärmere und besser vernetzte Praxis zu geben.

2. Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen



ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS

Begriffe rund um intellektuelle Beeinträchtigung sind **nicht wertneutral**, sondern prägen Wahrnehmung, Zuschreibungen und professionelles Handeln – und können zu Stigmatisierung beitragen (Etikettierung, Stereotypisierung, Statusverlust, Diskriminierung).

Drei Begriffsebenen sind zu unterscheiden:

- (1) der **sozialrechtliche Begriff** „geistige Behinderung“ (§ 2 SGB IX), der Behinderung als Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigung und Barrieren versteht;
- (2) **medizinisch-diagnostische Klassifikationen**, die sich von der defizitorientierten „Intelligenzminderung“ (ICD-10) zu entwicklungsbezogenen Begriffen wie „Störungen der Intelligenzentwicklung“ (ICD-11) bzw. „intellektuelle Beeinträchtigung/-Entwicklungsstörung“ (DSM-5) gewandelt haben;
- (3) **Selbstbezeichnungen** wie „Menschen mit Lernschwierigkeiten“, die von Selbstvertretungsorganisationen bevorzugt werden.

Die **Diagnose** einer Störung der Intelligenzentwicklung erfordert neben einem IQ von unter etwa 70 auch deutliche Einschränkungen des adaptiven Verhaltens (konzeptuell, sozial, praktisch) sowie Beginn in der Entwicklungsperiode.

Die Auseinandersetzung mit Substanzkonsum bei Menschen mit kognitiver oder intellektueller Beeinträchtigung erfordert zunächst eine präzise **begriffliche Klärung**. Dies betrifft insbesondere die unterschiedlichen fachlichen, diagnostischen und sozialrechtlichen Begrifflichkeiten sowie deren implizite normative Setzungen. Die Begriffe sind nicht deckungsgleich: Diagnostische Kategorien beschreiben gesundheitliche Funktionsmerkmale, sozialrechtliche Begriffe bestimmen unter anderem den Zugang zu Leistungen, während Selbstbezeichnungen die Perspektive und das Selbstverständnis der betreffenden Menschen zum Ausdruck bringen.

Die Wahl der Begriffe ist dabei **nicht wertneutral**. Sie prägt, wie Menschen wahrgenommen werden, welche Eigenschaften ihnen zugeschrieben werden und wie professionelles Handeln gestaltet wird. Damit rücken auch Prozesse der Stigmatisierung in den Blick. Diagnostische oder sozialadministrative Zuschreibungen können dazu beitragen, dass Menschen auf einzelne Merkmale reduziert werden. Stigmatisierung entsteht dabei im Zusammenspiel von Etikettierung, Stereotypisierung, Statusverlust, Diskriminierung und gesellschaftlichen Machtverhältnissen (Link & Phelan, 2001). Sie kann soziale Exklusion verstärken und Teilhabechancen einschränken.

Auch im Kontext substanzbezogener Störungen besteht die Gefahr sich **überlagernder Stigmatisierungen**: Betroffene können sowohl aufgrund ihrer Behinderung als auch aufgrund ihres Substanzkonsums bzw. einer substanzbezogenen Störung abgewertet oder von Angeboten ausgeschlossen werden. Forschung zu den Überschneidungen von Behinderung und substanzbezogenen Störungen verweist entsprechend auf miteinander verschränkte Stigmatisierungs- und Zugangsbarrieren (Reif et al., 2023).

Begriffe im sozialrechtlichen und menschenrechtlichen Kontext

Der im deutschsprachigen Raum verbreitete Begriff der „**geistigen Behinderung**“ ist historisch gewachsen und wird insbesondere in fachlichen und sozialrechtlichen Kontexten verwendet. Er findet sich weiterhin im Wortlaut des § 2 Abs. 1 des **neunten Sozialgesetzbuchs** (SGB IX), der körperliche, seelische, geistige und Sinnesbeeinträchtigungen unterscheidet. Er verweist im heutigen sozialrechtlichen Verständnis nicht allein auf ein personenbezogenes Merkmal, sondern auf eine Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigung und Barrieren (näher dazu [▶ Kapitel 3](#)).

Damit wird Behinderung nicht ausschließlich als individuelles Defizit verstanden, sondern als **relationale Kategorie**, die eng mit Umweltbedingungen und Zugängen zu gesellschaftlichen Ressourcen verknüpft ist. Dieses Verständnis hat unmittelbare praktische Bedeutung, da es unter anderem den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe sowie zu verschiedenen Schutzrechten bestimmt.

DSM und ICD – die wichtigsten Klassifikationssysteme

Das **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)** ist das diagnostische Klassifikationssystem der *American Psychiatric Association (APA)*. Es wird vor allem in der psychiatrischen Forschung sowie in vielen internationalen wissenschaftlichen Publikationen verwendet und hat die Entwicklung diagnostischer Konzepte maßgeblich geprägt. Der DSM-IV von 1994 wurde 2013 durch die fünfte Ausgabe, den DSM-5, abgelöst.

Die **International Classification of Diseases (ICD)** wird von der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* herausgegeben und dient international als Standardklassifikation für Krankheiten und Gesundheitsstörungen. In Deutschland bildet sie die Grundlage der ambulanten und stationären Diagnosenkodierung. Verwendet wird dabei die **ICD-10-GM (German Modification)** – eine an das deutsche Gesundheitssystem angepasste Fassung der ICD-10, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) jährlich aktualisiert und veröffentlicht wird.

Die ICD-10 wurde international in den 1990er-Jahren eingeführt. In Deutschland erfolgte zunächst 1999 die Einführung einer Vorläuferversion für den sozialrechtlichen Bereich. Seit 2004 wird die ICD-10-GM als amtliche Klassifikation für die ambulante und stationäre Versorgung verwendet und seither jährlich fortgeschrieben. Die Nachfolgeklassifikation, die **ICD-11**, wurde 2019 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet und trat am 1. Januar 2022 international in Kraft. Für die reguläre Morbiditätskodierung in Deutschland ist sie bislang jedoch noch nicht eingeführt. Bis zu ihrer Umsetzung bleibt die ICD-10-GM die verbindliche Grundlage der Diagnosenkodierung (BfArM, 2026).

Medizinisch-diagnostische Klassifikationen

Medizinisch-diagnostische Klassifikationen verfolgen einen anderen Zweck als **sozialrechtliche Begriffe**. Sie dienen der Beschreibung und Einordnung gesundheitlicher Beeinträchtigungen anhand definierter diagnostischer Kriterien und orientieren sich stärker an funktionalen Merkmalen.

Allerdings führte die deutschsprachige Fassung des **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (DSM-IV) bis zur Ablösung durch das DSM-5 ebenfalls den Begriff „geistige Behinderung“. Das DSM-IV definierte diese jedoch als diagnostische Kategorie anhand unterdurchschnittlicher intellektueller Fähigkeiten, Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit und eines Beginns vor dem 18. Lebensjahr. Das heutige Verständnis von Behinderung als Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigung und Barrieren stammt dagegen insbesondere aus der **Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit** (ICF), der **UN-Behindertenrechtskonvention** (UN-BRK) und dem daran ausgerichteten Sozialrecht. Es sollte daher nicht unmittelbar dem DSM-IV zugeschrieben werden.

In der ICD-10 von 2004, die in Deutschland weiterhin gültig ist, wird die Diagnosegruppe unter der Überschrift „**Intelligenzstörung**“ geführt; die einzelnen Diagnosen F70 bis F73 tragen die Bezeichnung „**Intelligenzminderung**“. Unterschieden werden leichte (F70), mittelgradige (F71), schwere (F72) und schwerste Intelligenzminderung (F73). Hinzu kommen die dissoziierte Intelligenz (F74), andere Intelligenzminderung (F78) und die nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79).

Die ICD-11 sowie das DSM-5 verwenden demgegenüber entwicklungsbezogene Bezeichnungen. In der ICD-11 lautet die Diagnosegruppe „Störungen der Intelligenzentwicklung“ (*disorders of intellectual development*) und trägt den Code 6A00. Das DSM-5 verwendet „Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung)“ bzw. im englischen Original *intellectual disability (intellectual developmental disorder* (American Psychiatric Association, 2022; BfArM, 2026). Diese begriffliche Verschiebung reflektiert eine stärkere Orientierung an entwicklungsbezogenen und funktionalen Kriterien sowie eine Abkehr von potenziell stigmatisierenden Begrifflichkeiten.

Die Diagnose einer Störung der intellektuellen Entwicklung basiert dabei nicht auf einem einzelnen Messwert, sondern auf der **Beurteilung mehrerer Kriterien**. Zentral ist eine deutlich unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit, die mithilfe standardisierter, normierter und individuell durchgeführter Intelligenztests erfasst wird und etwa zwei oder mehr Standardabweichungen unter dem Mittelwert liegt. Bei Intelligenztests mit einem Mittelwert von 100 und einer Standardabweichung von 15 entspricht dies näherungsweise einem IQ unter 70. Dieser Wert stellt jedoch keine für sich allein ausreichende Diagnosegrenze dar. Testbedingungen, Messfehler, sprachliche und kulturelle Voraussetzungen sowie weitere Beeinträchtigungen müssen bei der diagnostischen Beurteilung berücksichtigt werden (BfArM, 2026).

Ergänzend müssen deutliche Einschränkungen im adaptiven Verhalten vorliegen. Eine Diagnose setzt neben einer unterdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit auch relevante Beeinträchtigungen der adaptiven Funktionsfähigkeit in **mindestens einem der folgenden drei Bereiche** voraus (vgl. Selmayr & Kölbl, 2025):

- **Konzeptuell:** Sprache, lesen, schreiben, rechnen, Geld, Zeit und Selbststeuerung
- **Sozial:** Empathie, soziale Urteilskraft, Kommunikationsfähigkeit sowie das Finden und Halten von Freunden
- **Praktisch:** Körperpflege (Selbstversorgung), Arbeit, Geldverwaltung, Freizeit und die Organisation von Alltag oder Schule.

Das **adaptive Funktionsniveau** beschreibt damit, in welchem Umfang eine Person alltägliche Anforderungen unter Berücksichtigung ihres Alters und ihres soziokulturellen Umfelds bewältigen kann. Im DSM-5 wird die Bestimmung des Schweregrades stärker am adaptiven Funktionsniveau als am IQ-Wert ausgerichtet (American Psychiatric Association, 2022).

Ein weiteres diagnostisches Kriterium ist das Auftreten der Beeinträchtigung in der Entwicklungsperiode, also in der Phase, in der sich intellektuelle und adaptive Fähigkeiten herausbilden. Während das DSM-IV hierfür noch explizit einen Beginn vor dem 18. Lebensjahr voraussetzte, verwenden DSM-5 und ICD-11 den weiter gefassten Begriff der Entwicklungsperiode. Dadurch wird die diagnostische Abgrenzung weniger an eine starre Altersgrenze gebunden. Gleichzeitig bleibt eine klare Unterscheidung zu erworbenen kognitiven Beeinträchtigungen bestehen, wie sie beispielsweise infolge von Schädel-Hirn-Traumata, Schlaganfällen oder neurodegenerativen Erkrankungen wie Demenzen auftreten können (American Psychiatric Association, 2022).

Die ICD-11 ordnet Störungen der Intelligenzentwicklung den neuronalen Entwicklungsstörungen zu. Damit folgt sie einem entwicklungsbezogenen Verständnis, bei dem intellektuelle und adaptive Funktionsbeeinträchtigungen als Teil der individuellen Entwicklung betrachtet werden.

Selbstbezeichnungen und pädagogische Begrifflichkeiten

Neben medizinischen und sozialrechtlichen Begriffen existieren auch Selbstbezeichnungen und fachliche Alternativkonzepte. Der Begriff „**Menschen mit Lernschwierigkeiten**“ wird insbesondere von Selbstvertretungsorganisationen bevorzugt, da er als weniger stigmatisierend wahrgenommen wird und stärker die Perspektive der Betroffenen berücksichtigt. So fordert beispielsweise der Selbstvertretungsverein „**Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland**“ ausdrücklich, anstelle von „geistig behindert“ die Bezeichnung „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ zu verwenden (Mensch zuerst, o. J., [Webseite](#)).

Dabei handelt es sich ausdrücklich um eine Selbstbezeichnung und nicht um eine diagnostische Kategorie. Der Begriff eignet sich daher nicht dazu, Menschen anhand diagnostischer Merkmale oder Schweregrade voneinander abzugrenzen. Grundsätzlich kann er auch Menschen mit hohem oder mehrfachem Unterstützungsbedarf einschließen. Zugleich ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Menschen – insbesondere Menschen, die nicht oder nur unterstützt kommunizieren – ihre bevorzugte Bezeichnung selbst äußern können. Daraus darf weder ein Ausschluss aus der bezeichneten Gruppe noch die stellvertretende Festlegung einer einheitlichen Selbstbezeichnung abgeleitet werden. Im professionellen Kontakt sollte deshalb, soweit möglich, die von der jeweiligen Person bevorzugte Bezeichnung verwendet werden.

In der Sozial- und Behindertenpädagogik wird zudem häufig von „**kognitiven**“ oder „**intellektuellen Beeinträchtigungen**“ gesprochen, um eine differenziertere und weniger defizitorientierte Beschreibung zu ermöglichen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass insbesondere der Begriff „kognitive Beeinträchtigung“ weiter gefasst sein kann als eine Störung der Intelligenzentwicklung und beispielsweise auch erworbene kognitive Beeinträchtigungen einschließen kann. Wenn eine diagnostisch klar abgegrenzte Zielgruppe gemeint ist, ist daher eine entsprechende Definition erforderlich.

Die **begriffliche Vielfalt** verdeutlicht, dass unterschiedliche Bezeichnungen mit verschiedenen fachlichen Perspektiven und normativen Vorstellungen verbunden sind. Dies betrifft nicht nur Diagnostik und Unterstützung, sondern auch Fragen gesellschaftlicher Teilhabe und Anerkennung. Begriffe wie „anders“, „besonders“ oder „besonders sein“ erscheinen zwar auf den ersten Blick wertschätzend, sind fachlich jedoch unscharf und können bestehende Unterstützungsbedarfe oder gesellschaftliche Barrieren verdecken. Entscheidend ist deshalb nicht allein die Wahl eines vermeintlich positiven Begriffs, sondern eine respektvolle, präzise und partizipativ abgestimmte Sprachpraxis.

 Tipp-Box

Für die Praxis: Fragen Sie im direkten Kontakt, wie eine Person selbst genannt werden möchte – es gibt keine einheitlich "richtige" Bezeichnung. Nutzen Sie diagnostische Begriffe (z. B. "Intelligenzminderung") nur dort, wo es fachlich notwendig ist, im übrigen Kontakt die von der Person bevorzugte Bezeichnung.

3. Rechtlicher Rahmen: Behinderung, Teilhabe und Paradigmenwechsel



ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS

Das Verständnis von Behinderung hat sich vom individuellen Defizitmodell zu einem relationalen Modell gewandelt: Behinderung entsteht in der **Wechselwirkung** zwischen **Beeinträchtigung und gesellschaftlichen Barrieren**.

Zentrale Grundlage ist die **UN-BRK** (2006, in Deutschland seit 2009 Bundesgesetz), die bestehende Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen konkretisiert (u. a. Art. 1 Behinderungsbegriff, Art. 3 Grundsätze, Art. 25 Gesundheit).

Das **Bundesteilhabegesetz** (BTHG, 2016–2023 in vier Stufen umgesetzt) übertrug dieses Verständnis ins deutsche Sozialrecht und reformierte das SGB IX grundlegend: Personenzentrierung, individuelle Bedarfsermittlung, Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts.

Die **ICF** (WHO) liefert dazu den konzeptionellen bio-psycho-sozialen Rahmen, ohne selbst ein Menschenrechtsinstrument zu sein. Art. 25 UN-BRK begründet das Recht auf **gleichberechtigte Gesundheitsversorgung** – inklusive angemessener Vorkehrungen wie verständliche Information, ausreichend Zeit und unterstützte Kommunikation.

Das Verständnis von Behinderung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten grundlegend verändert. Während Behinderung lange Zeit vor allem als individuelles Defizit betrachtet wurde, rücken heute zunehmend gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Barrieren in den Mittelpunkt. Die **UN-Behindertenrechtskonvention** (UN-BRK) und das **Sozialgesetzbuch IX** (SGB IX) verstehen Behinderung als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen individuellen Beeinträchtigungen und gesellschaftlichen, einstellungs- sowie umweltbedingten Barrieren. Damit stehen Selbstbestimmung, Nichtdiskriminierung und gleichberechtigte Teilhabe im Zentrum.

UN-Behindertenrechtskonvention

Einen zentralen Bezugspunkt dieses Verständnisses bildet die UN-BRK, die am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde. Deutschland ratifizierte sie am 24. Februar 2009; seit dem 26. März 2009 gilt sie in Deutschland im Rang eines Bundesgesetzes (Deutsches Institut für Menschenrechte, o. J.; Vereinte Nationen, 2006).

Die UN-BRK begründet keine von den allgemeinen Menschenrechten getrennten Rechte für Menschen mit Behinderungen, sondern konkretisiert die bereits bestehenden Menschenrechte für ihre unterschiedlichen Lebenslagen. Sie verpflichtet die Vertragsstaaten, Diskriminierungen abzubauen und die rechtlichen, institutionellen und gesellschaftlichen Voraussetzungen für eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe zu schaffen.

Nach Art. 1 UN-BRK zählen zu den Menschen mit Behinderungen Personen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen, die in Wechselwirkung mit Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe gehindert werden können. Behinderung wird damit nicht allein einer Person zugeschrieben, sondern entsteht oder verstärkt sich im Zusammenspiel mit unzugänglichen Strukturen, fehlender Unterstützung und negativen Einstellungen.

Die allgemeinen Grundsätze des Art. 3 UN-BRK umfassen insbesondere die Achtung der Menschenwürde und individuellen Autonomie, Nichtdiskriminierung, die volle und wirksame Teilhabe, die Anerkennung menschlicher Vielfalt sowie Chancengleichheit und Zugänglichkeit.

Link-Box

- Vollständiger Text des UN-BRK:
 -  [Seite der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen](#)
- Monitoring-Stelle des Deutschen Instituts für Menschenrechte:
 -  [Seite des Deutschen Instituts für Menschenrechte](#)

Bundesteilhabegesetz und Neufassung des SGB IX

Das menschenrechtlich geprägte Verständnis der UN-BRK wurde im deutschen Sozialrecht unter anderem mit dem **Bundesteilhabegesetz** (BTHG) aufgegriffen. Das 2016 verabschiedete Gesetz trat zwischen 2017 und 2023 in vier Reformstufen in Kraft (BTHG, 2016; Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz, o. J.,  [Webseite](#))

Als Artikelgesetz änderte das BTHG mehrere bestehende Gesetze und führte insbesondere zu einer umfassenden Neugestaltung des SGB IX. Zentrale Elemente waren die Personenzentrierung der Eingliederungshilfe, die individuelle Bedarfsermittlung und Gesamtplanung sowie die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts. Übergeordnetes Ziel ist eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe (§§ 1, 8, 90 und 117 SGB IX).

Behinderungsverständnis in UN-BRK und SGB IX

Die durch das BTHG neu gefasste sozialrechtliche Definition von Behinderung steht in § 2 Abs. 1 SGB IX:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“

Wie Art. 1 UN-BRK beruht auch diese Definition auf einem relationalen Verständnis von Behinderung: Behinderung wird nicht ausschließlich als Eigenschaft einer Person verstanden, sondern entsteht im Zusammenspiel zwischen individuellen Beeinträchtigungen und gesellschaftlichen Bedingungen. Das SGB IX konkretisiert dieses Verständnis für das deutsche Sozialrecht, indem es die relevanten Barrieren näher beschreibt und eine voraussichtliche Dauer von mehr als sechs Monaten als Kriterium nennt. Während die UN-BRK allgemein von „langfristigen“ Beeinträchtigungen und „verschiedenen Barrieren“ spricht, benennt das SGB IX ausdrücklich einstellungs- und umweltbedingte Barrieren.

Eine medizinische Diagnose allein begründet daher keine sozialrechtlich relevante Behinderung und führt nicht automatisch zu einem Leistungsanspruch. Entscheidend sind vielmehr die gesetzlichen Voraussetzungen sowie die konkreten Auswirkungen einer Beeinträchtigung auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Einen konzeptionellen Rahmen für das bio-psycho-soziale Verständnis von Behinderung bietet die **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)** der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001). Sie beschreibt Funktionsfähigkeit und Behinderung nicht allein medizinisch, sondern unter Einbezug psychischer, sozialer und umweltbezogener Faktoren.

Nach dem Modell der ICF entstehen Funktionsfähigkeit und Behinderung aus dynamischen Wechselwirkungen zwischen einem Gesundheitsproblem, Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Teilhabe sowie Umwelt- und personenbezogenen Faktoren. Dabei wird Behinderung nicht als lineare Folge eines einzelnen Merkmals verstanden, sondern als Ergebnis komplexer Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Einflussbereichen.

Umweltfaktoren können als Barrieren oder unterstützende Faktoren wirken. Dazu gehören beispielsweise bauliche und kommunikative Zugänglichkeit, soziale Beziehungen, gesellschaftliche Einstellungen und verfügbare Gesundheits- oder Sozialleistungen. Personenbezogene Faktoren werden berücksichtigt, wegen ihrer kulturellen und sozialen Variabilität jedoch nicht innerhalb der ICF klassifiziert (WHO, 2001, ► Abbildung 1).

Eine intellektuelle Beeinträchtigung führt somit nicht zwangsläufig zu einer bestimmten Teilhabebeeinschränkung. Deren Ausmaß hängt unter anderem von **zugänglicher Kommunikation, sozialer Unterstützung, institutionellen Bedingungen und den Einstellungen des Umfelds** ab.



► **Abbildung 1:** Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Inhaltlich nach WHO (2001).

Die ICF und die UN-BRK erfüllen dabei unterschiedliche Funktionen. Die ICF stellt einen konzeptionellen und klassifikatorischen Rahmen zur Beschreibung von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Kontextfaktoren bereit. Die UN-BRK ist dagegen ein verbindlicher Menschenrechtsvertrag. Sie formuliert staatliche Verpflichtungen und individuelle Rechte. Beide Ansätze ergänzen sich, dürfen aber nicht gleichgesetzt werden.

Konsequenzen für die Eingliederungshilfe

Das veränderte Verständnis von Behinderung hat auch Konsequenzen für die Ausgestaltung der Eingliederungshilfe. Im Mittelpunkt stehen zunehmend **Personenzentrierung, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe**. Nach § 90 SGB IX soll die Eingliederungshilfe eine individuelle, der Menschenwürde entsprechende Lebensführung ermöglichen und Leistungsberechtigte dazu befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten.

Unterstützungsleistungen sollen deshalb an den individuellen Zielen, Wünschen und Teilhabebedarfen der leistungsberechtigten Person ausgerichtet werden. Das **Wunsch- und Wahlrecht** (§ 8 SGB IX) sowie die **Beteiligung am Gesamtplanverfahren** (§ 117 SGB IX) setzen voraus, dass Informationen verständlich vermittelt und die betroffenen Personen wirksam in Planung und Entscheidungen einbezogen werden. Darüber hinaus sind sozialräumliche Ressourcen sowie die Zusammenarbeit verschiedener Leistungssysteme einzubeziehen.

Die gesetzlichen Vorgaben müssen sich in Organisationsstrukturen, Leistungsangeboten und im Handeln der Fachkräfte niederschlagen. Schutzmaßnahmen bleiben erforderlich, dürfen aber nicht pauschal an die Stelle selbstbestimmter Entscheidungen treten. Maßgeblich ist eine am konkreten Unterstützungs- und Gefährdungsbedarf ausgerichtete Balance zwischen Autonomie, Assistenz und Schutz.

Recht auf gleichberechtigte Gesundheitsversorgung

Von besonderer Bedeutung ist **Art. 25 UN-BRK**. Danach haben Menschen mit Behinderungen das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, eine Gesundheitsversorgung sicherzustellen, die Menschen mit Behinderungen in derselben Bandbreite, Qualität und nach denselben Standards zugänglich ist wie anderen Menschen.

Gleichberechtigte Gesundheitsversorgung bedeutet dabei nicht, dass allen Menschen identische Leistungen angeboten werden müssen. Zugänglichkeit nach Art. 9 UN-BRK und angemessene Vorkehrungen nach Art. 5 UN-BRK können erforderlich sein, damit Gesundheitsleistungen tatsächlich gleichberechtigt genutzt werden können.

Dazu gehören beispielsweise **verständliche Gesundheitsinformationen, ausreichend Zeit für Beratung und Diagnostik, unterstützte Kommunikation, räumliche Barrierefreiheit** sowie – mit Zustimmung der betroffenen Person – die **Einbeziehung von Assistenz- oder Vertrauenspersonen**. Inhalte und Methoden müssen an die individuellen kommunikativen und kognitiven Voraussetzungen angepasst werden (NICE, 2016; Sappok et al., 2019).

Dieser Anspruch gilt gleichermaßen für Prävention, Diagnostik, Beratung und Behandlung substanzbezogener Störungen. Angebote der Suchthilfe dürfen deshalb nicht nur formal für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung offenstehen. Sie müssen auch kommunikativ, konzeptionell, räumlich und organisatorisch zugänglich sein.

Bedeutung für den Umgang mit Substanzkonsum

Vor diesem Hintergrund können Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nicht ausschließlich als individuelles Verhalten betrachtet werden. Konsummuster stehen in **Wechselwirkung** mit den Lebenslagen, sozialen Beziehungen, Teilhabechancen, institutionellen Rahmenbedingungen und verfügbaren Unterstützungsangeboten der betreffenden Person.

Auch soziale und diagnostische Zuschreibungen entfalten Wirkungen auf individueller und struktureller Ebene. Sie können professionelle Haltungen, Zugänge zu Hilfesystemen, die Selbstwahrnehmung und die Handlungsmöglichkeiten der betroffenen Menschen beeinflussen. Das ist insbesondere dann relevant, wenn intellektuelle Beeinträchtigung und substanzbezogene Problemlagen zu sich überschneidenden Stigmatisierungserfahrungen führen (vgl. [▶ Kapitel 2](#)).

Für Prävention und Versorgung folgt daraus, dass **individuelle und strukturelle Einflussfaktoren** gemeinsam betrachtet werden müssen. Erforderlich sind barrierearme und adressatengerechte Präventionsangebote sowie personenzentrierte Beratung und Behandlung. Gleichzeitig müssen Selbstbestimmung und Gesundheitskompetenz gestärkt, institutionelle Zugangshürden abgebaut und die Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe verbessert werden. Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sollten zudem an der Entwicklung, Erprobung und Evaluation der für sie bestimmten Angebote beteiligt werden.

Tipp-Box

Für die Praxis: Prüfen Sie bei Unterstützungsentscheidungen aktiv das Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX) – auch bei Substanzkonsum. Eine Diagnose allein begründet keinen Leistungsanspruch; entscheidend sind die konkreten Auswirkungen auf die Teilhabe.

4. Aktueller Forschungsstand und epidemiologische Datenlage



ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS

Die Evidenzbasis ist wachsend, aber **lückenhaft** und **methodisch heterogen**. Weltweit wird die Prävalenz intellektueller Beeinträchtigung auf etwa 1 % geschätzt (Maulik et al., 2011).

Deutsche Studien (v. a. Sachsen-Anhalt, NRW) zeigen besonders hohe Raucherquoten und relevanten Alkoholkonsum in Einrichtungen der Eingliederungshilfe; internationale Studien (Niederlande, Belgien) mit dem zielgruppenspezifischen **Substance Use and Misuse in Intellectual Disability Questionnaire** (SumID-Q) bestätigen erhöhte Tabak- und teils Alkoholprävalenzen gegenüber der Allgemeinbevölkerung.

Die methodisch stärkste Evidenz liefert eine **schwedische Registerstudie** (Brown et al., 2026): Menschen mit dokumentierter Intelligenzminderung hatten **deutlich höhere Prävalenzen** von Alkohol- und Drogenkonsumstörungen (adjustierte Hazard Ratios 1,95 bzw. 1,72), mit den höchsten Werten bei leichter Beeinträchtigung.

Eine **bayernweite Fachkräftebefragung** (Manrique et al., 2026) zeigt eine strukturelle Versorgungslücke: Zwar hat die Mehrheit der Suchthilfe-Fachkräfte bereits Menschen mit Beeinträchtigung beraten, aber nur wenige Einrichtungen verfügen über spezifische Konzepte; kommunikative Barrieren werden häufiger als problematisch bewertet als räumliche.

Grundsätzliche methodische Probleme sind fehlende repräsentative deutsche Studien, unterschiedliche Falldefinitionen (Lebenszeit- vs. 30-Tage-Prävalenz), nicht angepasste Erhebungsinstrumente, Ausschluss von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf und „diagnostische Überschattung“. Zielgruppenspezifische Instrumente wie der SumID-Q verbessern die Erhebungsqualität.

Die Forschung zu Substanzkonsum und substanzbezogenen Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung weist auf eine **relevante Problemlage** hin, ist jedoch weiterhin durch eine **begrenzte** und methodisch heterogene Evidenzbasis gekennzeichnet. Internationale Studien zeigen, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung verschiedene psychoaktive Substanzen konsumieren, darunter Alkohol, Tabak, Cannabis, Medikamente und andere Substanzen. Die berichteten Konsumhäufigkeiten unterscheiden sich jedoch erheblich zwischen den Untersuchungen.

Diese Unterschiede lassen sich nicht allein durch tatsächliche **Unterschiede im Konsumverhalten** erklären. Sie hängen auch mit der Zusammensetzung der untersuchten Gruppen, unterschiedlichen Altersbereichen und Schweregraden der Beeinträchtigung, verschiedenen Wohn- und Unterstützungsformen sowie abweichenden Erhebungsmethoden zusammen. Zudem erfassen Studien unterschiedliche Formen des Konsums: Während einige Untersuchungen beispielsweise den Lebenszeitkonsum oder den Konsum innerhalb der vergangenen zwölf Monate betrachten, untersuchen andere aktuellen Konsum, regelmäßige Einnahme, riskante Konsummuster oder diagnostizierte substanzbezogene Störungen. Die daraus resultierenden

Prävalenzangaben beziehen sich somit auf unterschiedliche Sachverhalte und sind nicht ohne Weiteres miteinander vergleichbar.

Epidemiologisch wird die Prävalenz von intellektuellen Entwicklungsstörungen weltweit auf etwa ein Prozent der Bevölkerung geschätzt. Eine Metaanalyse von 52 bevölkerungsbezogenen Studien ermittelte eine Gesamtprävalenz von 10,37 Fällen pro 1.000 Personen (entsprechend etwa 1,04 %). Die Schätzungen unterschieden sich jedoch deutlich in Abhängigkeit von Alter, Untersuchungsmethode und Einkommensniveau der einbezogenen Länder (Maulik et al., 2011). Diese Befunde verdeutlichen die gesundheitspolitische Relevanz der Thematik und die Notwendigkeit an bedarfsgerechten Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen.

Der systematische Review von van Duijvenbode und VanDerNagel (2019) schloss 138 Publikationen zum Substanzkonsum bei Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung oder sogenannter Borderline-Intelligenz ein. Die Autorinnen kamen zu dem Schluss, dass diese Gruppe wahrscheinlich ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung substanzbezogener Störungen aufweist. Gleichzeitig betonten sie die erheblichen Unterschiede zwischen den Studien sowie den Mangel an methodisch belastbaren Prävalenzschätzungen.

Auch neuere Übersichtsarbeiten zeichnen ein differenziertes Bild. Bei Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung oder Borderline-Intelligenz können Konsumhäufigkeiten und substanzbezogene Störungen ähnlich häufig oder teilweise häufiger auftreten als bei Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigung. Zudem sind Personen aus dieser Gruppe in suchtmedizinischen und forensischen Versorgungskontexten überrepräsentiert. Diese Befunde können jedoch nicht ohne Weiteres auf Menschen mit mittelgradiger, schwerer oder schwerster intellektueller Beeinträchtigung übertragen werden (Didden et al., 2020).

Substanzkonsum, substanzbezogene Störungen und suchtnahe Verhaltensweisen in Deutschland

Für Deutschland liegen bislang **keine repräsentativen epidemiologischen Erhebungen** zum Substanzkonsum bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vor. Die verfügbare Evidenz stammt überwiegend aus regionalen Untersuchungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Befragungen von Fachkräften sowie kleineren direkten Befragungen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.

Die berichteten Häufigkeiten beziehen sich dabei auf unterschiedliche Sachverhalte. Erfasst werden unter anderem Lebenszeit- oder aktuelle Konsumerfahrungen, fachliche Einschätzungen eines „problematischen Konsums“ sowie dokumentierte Abhängigkeitsdiagnosen. Um den vorhandenen Forschungsstand möglichst vollständig abzubilden, werden im Folgenden auch Befunde aus Studien mit methodischen Einschränkungen berücksichtigt.

Für die Interpretation der Ergebnisse ist grundsätzlich zwischen drei Formen von Angaben zu unterscheiden:

1. **Konsumprävalenzen** beschreiben, ob und wie häufig eine bestimmte Substanz konsumiert wird.
2. **Einschätzungen problematischen Konsums** beruhen auf der Bewertung eines Konsumverhaltens als auffällig oder mit negativen Folgen verbunden.
3. **Prävalenzen substanzbezogener Störungen** setzen standardisierte diagnostische Kriterien oder dokumentierte Diagnosen voraus.

Diese Angaben sind nicht gleichbedeutend und können nicht unmittelbar miteinander verglichen werden. Die folgende  **Tabelle** ordnet daher jeden Befund einer konkreten Studie bzw. einem klar abgegrenzten Erhebungsteil zu. Übersichtsarbeiten werden ausdrücklich als solche gekennzeichnet und nicht als eigenständige Prävalenzstudien interpretiert.

Die folgende Übersicht fasst zentrale internationale und deutsche Studien zum Substanzkonsum und zu substanzbezogenen Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zusammen. Aufgrund der unterschiedlichen Zielgruppen, Erhebungsmethoden und untersuchten Konsumformen werden die Befunde nicht als unmittelbar vergleichbare Prävalenzwerte dargestellt, sondern jeweils in ihrem methodischen Kontext eingeordnet.

Tabelle 1: Empirische Befunde zum Substanzkonsum und zu substanzbezogenen Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Studie, Land und Setting	Zentrale Ergebnisse	Methodische Einordnung	Quelle
Vollerhebung in Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe in Sachsen-Anhalt; Angaben von Einrichtungsleitungen und Mitarbeitenden zu 2.560 Nutzer:innen	Alkohol: 3,7 % täglicher Konsum, 4,4 % mehrmals wöchentlich, 10,9 % gelegentlich und 2,4 % überwiegend am Wochenende. Von den Fachkräften wurden 6,7 % als „alkoholgefährdet“ und 4,2 % als „alkoholabhängig“ eingestuft.	Große einrichtungsbezogene Erhebung, aber keine individuelle Befragung und keine standardisierte klinische Diagnostik.	Theunissen & Schubert, 2006
Vollerhebung in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen; 780 ausgefüllte Fragebögen von Mitarbeitenden unterschiedlicher Wohn- und Arbeitsangebote	Geschätzter problematischer Konsum: Nikotin 32,5 %, Alkohol 15,7 %, Medikamente 11,6 %, Cannabis 5,3 %, intravenös applizierbare Drogen 2,1 %, Ecstasy bzw. Designerdrogen 1,4 %, Schnüffelfstoffe 1,4 %, Kokain 1,0 %, psychoaktive Pilze 0,4 % und synthetische Kräuterdrogen 0,4 %.	Nicht standardisierte Schätzungen des Anteils problematisch konsumierender Personen in den Einrichtungen. Die Angaben beruhen nicht auf 780 individuell untersuchten Menschen mit Intelligenzminderung. „Problematischer Konsum“ ist nicht mit diagnostizierter Abhängigkeit gleichzusetzen.	Kretschmann-Weelink, 2013
Direktbefragung in Nordrhein-Westfalen; strukturierte Interviews mit 100 Erwachsenen mit Intelligenzminderung aus unterschiedlichen unterstützten Wohnformen	Alkohol: 96 % hatten mindestens einmal Alkohol getrunken; 31 % konsumierten mindestens wöchentlich, darunter 5 % täglich. Tabak: 55 % rauchten; 51 % rauchten täglich. Medikamente: Verschreibungserfahrungen mit Schmerzmitteln 71 %, Beruhigungsmitteln 40 % und Schlafmitteln 26 %.	Selbstauskünfte der Zielgruppe, jedoch kleine; nicht zufällig ausgewählte Stichprobe. Verschreibungserfahrungen sind kein Indikator einer Medikamentenabhängigkeit.	Kretschmann-Weelink, 2013
Multizentrische Befragung in 16 Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe in den Niederlanden; 419 Erwachsene mit leichter Intelligenzminderung	Lebenszeit/letzte 30 Tage: Tabak 83,1 %/61,6 %, Alkohol 93,8 %/63,7 %, Cannabis 47,0 %/14,6 % und Stimulanzien 15,8 %/1,2 %. 97 % hatten mindestens einmal Alkohol oder Tabak und 50 %	Direkte Befragung mittels SumID-Q. Große internationale Zielgruppenstichprobe. Keine repräsentative Zufallsstichprobe; Rekrutierung durch Einrichtungen. Menschen mit erheblichen Kommunikationsproblemen waren	VanDerNagel et al., 2017

Studie, Land und Setting	Zentrale Ergebnisse	Methodische Einordnung	Quelle
oder Borderline Intellectual Functioning, IQ 50–85	mindestens einmal eine illegale Substanz konsumiert.	ausgeschlossen. Die Studie umfasst außerdem Personen im Grenzbereich intellektueller Leistungsfähigkeit.	
Querschnittsstudie in Flandern, Belgien; strukturierte Interviews mit 123 Erwachsenen mit leichter bis mittelgradiger Intelligenzminderung, die mit Unterstützung weitgehend selbstständig lebten	Lebenszeit/letzte 30 Tage: Tabak 77,2 %/48,0 %, Alkohol 92,7 %/45,5 % und illegale Substanzen – ausschließlich Cannabis – 20,3 %/1,6 %. Hinweise auf tabakbezogene Probleme wurden bei 32,2 % und auf alkoholbezogene Probleme bei 33,3 % berichtet.	Direkte, strukturierte Befragung mit SumID-Q. Die Stichprobe umfasst nur Nutzer:innen unterstützten selbstständigen Wohnens aus einer flämischen Provinz und ist nicht repräsentativ. Die Angaben zu konsumbezogenen Problemen stellen keine standardisierten klinischen Diagnosen dar.	Swerts et al., 2017
Nationale schwedische Registerstudie; 38.818 Personen mit dokumentierter Intelligenzminderung und rund 3,93 Millionen Vergleichspersonen; Geburtsjahrgänge 1958–1997	Dokumentierte Lebenszeitprävalenz: Alkoholkonsumstörung: 8,0 %; leichte Intelligenzminderung 10,8 %, mittelgradige 5,9 %, schwere bzw. schwerste 2,2 %. Störung durch illegale Drogen: 11,8 %; leichte Intelligenzminderung 15,8 %, mittelgradige 8,7 %, schwere bzw. schwerste 6,5 %.	Große nationale Registerstudie mit einer Ziel- und Vergleichsgruppe aus denselben Registern. Erfasst wurden ausschließlich Fälle, die in den einbezogenen Gesundheits-, Arzneimittel-, Todesursachen- oder Justizregistern dokumentiert waren. Nicht erkannte oder nicht dokumentierte Störungen bleiben unberücksichtigt.	Brown et al., 2026

Einordnung der substanzbezogenen Befunde

Die folgenden Vergleichswerte beruhen auf unterschiedlichen Bezugszeiträumen, Stichproben und Erhebungsjahren und sind daher nur eingeschränkt direkt miteinander vergleichbar.

Die deutschen Studien zeigen übereinstimmend, dass insbesondere Alkohol und Tabak für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung relevante Substanzen darstellen. Besonders auffällig ist der hohe Anteil rauchender Personen in der nicht repräsentativen Direktbefragung aus Nordrhein-Westfalen (vgl.  Tabelle 1; Kretschmann-Weelink, 2013).

Zur Einordnung können diese Befunde den Ergebnissen des **Epidemiologischen Suchtsurveys 2024** gegenübergestellt werden. Danach hatten 21,8 % der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung in Deutschland innerhalb der vergangenen 30 Tage konventionelle Tabakprodukte und 68,6 % Alkohol konsumiert. Der Anteil rauchender Personen erscheint in der nordrhein-westfälischen Zielgruppenstudie damit deutlich höher. Der berichtete Alkoholkonsum lässt sich dagegen nicht unmittelbar vergleichen, da unterschiedliche Bezugszeiträume zugrunde liegen: Während die Zielgruppenstudie Lebenszeitkonsum sowie wöchentlichen und täglichen Konsum erfasste, weist der Epidemiologische Suchtsurvey eine 30-Tage-Prävalenz aus. Zusätzlich unterscheiden sich die Studien hinsichtlich Alter, Stichprobenauswahl und Erhebungsjahr (Kretschmann-Weelink, 2013; Oltorbak et al., 2025).

Auch die Einschätzungen der Fachkräfte in Nordrhein-Westfalen weisen auf eine besondere Bedeutung von Nikotin und Alkohol hin, gefolgt von Medikamenten und Cannabis (vgl.  **Tabelle 1**; Kretschmann-Weelink, 2013). Diese Angaben sind jedoch nicht mit diagnostizierten substanzbezogenen Störungen gleichzusetzen.

Im Epidemiologischen Suchtsurvey 2024 erfüllten 8,3 % der Befragten die DSM-IV-Kriterien einer Tabakabhängigkeit, 4,2 % die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit und 1,0 % die Kriterien einer Cannabisabhängigkeit. Für Analgetika wurde eine Abhängigkeitsprävalenz von 2,8 %, für Hypnotika und Sedativa von 1,5 % sowie für Kokain und Amphetamine von jeweils 0,1 % berichtet (Olderbak et al., 2025). Diese Werte beziehen sich auf die deutsche Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren und beruhen auf einer standardisierten diagnostischen Erfassung anhand der DSM-IV-Kriterien. Die nordrhein-westfälischen Angaben beruhen dagegen auf nicht standardisierten Einschätzungen von Mitarbeitenden. „Problematischer Konsum“ und diagnostizierte Abhängigkeit beschreiben somit unterschiedliche Sachverhalte und können nicht direkt gleichgesetzt werden.

Auch die medikamentenbezogenen Angaben erfordern eine vorsichtige Interpretation. Eine ärztlich verordnete Dauer- oder Bedarfsmedikation kann medizinisch notwendig sein und stellt nicht automatisch einen problematischen Gebrauch dar. In der nordrhein-westfälischen Erhebung wurde bei der Einschätzung problematischen Medikamentenkonsums nicht ausreichend zwischen verordneter Medikation, Bedarfsmedikation und selbstständiger zusätzlicher Einnahme unterschieden. Aus dem berichteten Wert von 11,6 % kann daher keine Prävalenz einer Medikamentenabhängigkeit abgeleitet werden. Gleiches gilt für die in den Direktinterviews erhobenen Verschreibungserfahrungen mit Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln (Kretschmann-Weelink, 2013).

Internationale Konsumbefunde

Internationale Direktbefragungen zeigen, dass insbesondere bei Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung oder **Borderline Intellectual Functioning** relevante Konsumerfahrungen auftreten können (vgl.  **Tabelle 1**; VanDerNagel et al., 2017). Besonders deutlich wird dies beim Tabakkonsum: In der niederländischen Zielgruppenstudie lag die 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums bei 61,6 % und damit deutlich über dem Vergleichswert der deutschen Allgemeinbevölkerung von 21,8 %. Der Anteil des Alkoholkonsums innerhalb der vergangenen 30 Tage unterschied sich dagegen weniger stark (63,7 % gegenüber 68,6 %). Für Cannabis ist ein direkter Vergleich nicht möglich, da für die niederländische Stichprobe eine 30-Tage-Prävalenz von 14,6 %, für die deutsche Allgemeinbevölkerung im Epidemiologischen Suchtsurvey dagegen eine Zwölfmonatsprävalenz von 9,8 % berichtet wird. Zusätzlich unterscheiden sich die Studien hinsichtlich Land, Erhebungsjahr und Stichprobenzusammensetzung (VanDerNagel et al., 2017; Olderbak et al., 2025).

Ein ähnliches Muster zeigte sich in der flämischen Studie, wobei die Unterschiede weniger ausgeprägt waren: Auch hier lag der Tabakkonsum über dem deutschen Bevölkerungswert, während der Alkoholkonsum niedriger ausfiel. Aufgrund der begrenzten regionalen Stichprobe von Personen aus unterstützten Wohnformen können diese Ergebnisse jedoch nicht als allgemeine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne intellektuelle Beeinträchtigung interpretiert werden (Swerts et al., 2017; Olderbak et al., 2025).

Methodisch bedeutsam ist, dass beide internationalen Studien das strukturierte Interview **Substance Use and Misuse in Intellectual Disability Questionnaire** (SumID-Q) einsetzten, das speziell für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen entwickelt wurde. Dies stellt gegenüber nicht angepassten Standardinstrumenten einen Vorteil dar, da die Erhebung stärker an die kommunikativen Voraussetzungen der Zielgruppe angepasst ist. Gleichzeitig handelt es sich nicht um repräsentative Bevölkerungsstichproben. Zudem schloss die niederländische Studie Personen mit IQ-Werten zwischen 50 und 85 ein und erfasste damit neben Menschen

mit leichter intellektueller Beeinträchtigung auch Personen mit **Borderline Intellectual Functioning**, die nicht zwingend alle diagnostischen Kriterien einer intellektuellen Entwicklungsstörung erfüllen (VanDerNagel et al., 2017).

Einordnung der systematischen Übersichtsarbeit

Die systematische Übersichtsarbeit von van Duijvenbode und VanDerNagel (2019) verdeutlicht insbesondere die erhebliche Heterogenität der internationalen Forschung. Die berichteten Prävalenzen reichen je nach untersuchter Gruppe, Setting und Erhebungsmethode von sehr niedrigen bis zu sehr hohen Werten (vgl.

 **Tabelle 1**).

Diese Spannweiten dürfen nicht als Unter- und Obergrenze der tatsächlichen Prävalenz bei allen Menschen mit Intelligenzminderung verstanden werden. Die Übersichtsarbeit verbindet Untersuchungen aus unterschiedlichen Ländern sowie aus allgemeinen, institutionellen, psychiatrischen und forensischen Settings. Auch Alter, Ausprägung der Beeinträchtigung, Bezugszeitraum und Definition von Konsum bzw. substanzbezogener Störung unterschieden sich erheblich. Es wurde keine gemeinsame Prävalenzschätzung im Sinne einer Metaanalyse berechnet (van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019).

Die Übersichtsarbeit zeigt außerdem, dass ein pauschaler Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung nicht angemessen ist. Abhängig von Alter und Setting kann der Konsum bei Menschen mit Intelligenzminderung niedriger, ähnlich hoch oder höher ausfallen. Besonders hohe Werte finden sich häufig in ausgewählten Gruppen, etwa bei Menschen mit leichter Intelligenzminderung, in forensischen Kontexten oder bei Personen, die bereits psychiatrische bzw. suchtspezifische Hilfen erhalten. Diese Gruppen sind für die Versorgung bedeutsam, aber nicht repräsentativ für alle Menschen mit Intelligenzminderung.

Zusammenfassende Bewertung

Insgesamt zeigen die verfügbaren Befunde, dass Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen auch bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vorkommen und für die Versorgung relevant sind. Die vorhandenen deutschen und internationalen Studien weisen insbesondere auf die Bedeutung von Tabak und Alkohol hin. Besonders für Tabakkonsum zeigen einzelne Stichproben von Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung bzw. Borderline Intellectual Functioning deutlich höhere Werte als Vergleichsdaten der deutschen Allgemeinbevölkerung. Für Alkohol, Cannabis und andere Substanzen ergibt sich dagegen kein einheitliches Bild.

Eine besonders wichtige Evidenzquelle stellt die **schwedische Registerstudie** dar, da sie höhere dokumentierte Prävalenzen von Alkohol- und Drogenkonsumstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung zeigt als in der Vergleichsgruppe ohne Intelligenzminderung. Registerstudien erfassen allerdings nur diagnostizierte oder im Versorgungssystem dokumentierte Fälle. Befragungsstudien wiederum können Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf ausschließen und unterliegen möglichen Erinnerungs- und Auskunftverzerrungen.

Eine geringere Konsumhäufigkeit bedeutet daher nicht zwangsläufig ein geringeres gesundheitliches Risiko. Auch bei vergleichsweise seltenem Konsum können körperliche Begleiterkrankungen, psychische Belastungen, gleichzeitige Medikamenteneinnahme, eingeschränkte Möglichkeiten der Risikoeinschätzung sowie fehlende barrierefreie Hilfsangebote dazu beitragen, dass negative Folgen wahrscheinlicher oder schwerer zu bewältigen sind (Didden et al., 2020; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019).

Umgekehrt darf Konsum nicht vorschnell pathologisiert werden. Eine Substanzabhängigkeit setzt zusätzliche diagnostische Merkmale voraus, etwa Kontrollverlust, starkes Verlangen, Toleranzentwicklung,

Entzugssymptome, fortgesetzten Konsum trotz schädlicher Folgen oder die Vernachlässigung anderer Lebensbereiche (BfArM, 2026).

Komorbidität

Neben substanzbezogenen Störungen sind auch **psychische Erkrankungen** ein zentraler Aspekt der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Psychische Erkrankungen treten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung (Brown et al., 2026). Cooper et al. (2007) ermittelten in einer bevölkerungsbezogenen Untersuchung von 1.023 Erwachsenen eine Punktprävalenz psychischer Erkrankungen von 40,9 % bei klinischer Beurteilung. Bei der Anwendung spezifischer diagnostischer Kriterien für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung lag der Wert bei 35,2 %. Die erheblichen Unterschiede zwischen den verwendeten Diagnoseverfahren zeigen zugleich, wie stark Prävalenzschätzungen von den jeweiligen Kriterien abhängen (Cooper et al., 2007).

Die **psychische Komorbidität** ist auch für das Verständnis von Substanzkonsum von Bedeutung. Psychische Belastungen können problematischen Konsum begünstigen, während Substanzkonsum psychische Symptome auslösen oder verstärken kann. Zudem können beide Problembereiche durch gemeinsame Belastungsfaktoren entstehen (Didden et al., 2020; Khantzian, 1997; vertiefend in [Kapitel 5](#)). Aus dem gleichzeitigen Auftreten einer psychischen Erkrankung und einer substanzbezogenen Störung lässt sich daher nicht automatisch auf eine eindeutige Ursache-Wirkungs-Beziehung schließen.

Medikamentenkonsum und weitere potenziell problematische Verhaltensweisen

Bei der fachlichen Einschätzung von Substanzkonsum und suchtbefugten Verhaltensweisen ist grundsätzlich zwischen Nutzung bzw. Konsum, problematischen Mustern und klinisch relevanten Störungen zu unterscheiden. Eine regelmäßige Einnahme oder Nutzung ist für sich genommen kein ausreichender Hinweis auf eine Abhängigkeit oder Störung. Entscheidend sind unter anderem Kontrollverlust, die Funktion des Verhaltens, negative Folgen sowie Beeinträchtigungen relevanter Lebensbereiche.

Der Umgang mit **Medikamenten** sollte als eigenständiger Bereich betrachtet werden. Dabei ist zwischen einer ärztlich verordneten Einnahme, unbeabsichtigten Einnahmefehlern und einem gezielten nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zu unterscheiden. Ein problematischer Gebrauch kann beispielsweise vorliegen, wenn Medikamente ohne Verordnung, in höheren Dosen, häufiger oder über einen längeren Zeitraum als vorgesehen eingenommen werden. Auch eine gezielte Einnahme zur Veränderung von Stimmung, Wachheit oder Bewusstsein kann relevant sein.

Eine dauerhafte oder bedarfsbezogene Einnahme ärztlich verordneter Medikamente ist für sich genommen kein Hinweis auf einen problematischen Gebrauch. Für eine fachlich angemessene Einschätzung müssen der jeweilige Wirkstoff, die Verordnung, die tatsächliche Einnahmeweise, der Verwendungszweck und mögliche Wechselwirkungen mit Alkohol oder anderen Substanzen berücksichtigt werden.

Auch potenziell **problematische Verhaltensweisen** wie Glücksspiel, Computerspielen oder Internetnutzung müssen differenziert betrachtet werden. Eine regelmäßige oder mindestens wöchentliche Nutzung von Computerspielen ist beispielsweise für sich genommen kein Hinweis auf eine Gaming-Störung. Ebenso kann aus der Nutzungsdauer allein keine Abhängigkeit abgeleitet werden.

Eine **Gaming-Störung** setzt vielmehr ein anhaltendes Muster mit eingeschränkter Kontrolle über das Spielen, einer zunehmenden Priorisierung gegenüber anderen Aktivitäten sowie einer Fortsetzung oder Steigerung

trotz negativer Folgen voraus. Das Verhalten muss zu einer erheblichen Beeinträchtigung persönlicher, familiärer, sozialer, schulischer, beruflicher oder anderer wichtiger Lebensbereiche führen und besteht gewöhnlich über mindestens zwölf Monate (BfArM, 2026).

Die aktuelle Evidenz zu **Glücksspiel- und Gaming-Störungen** bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist sehr begrenzt. Ein Umbrella-Review identifizierte mehrere systematische Übersichtsarbeiten zum Substanzkonsum, jedoch keine geeigneten Reviews zu Glücksspiel- oder Gaming-Störungen. Belastbare Prävalenzangaben sind daher derzeit nicht möglich (Udeanu et al., 2026).

Auch für andere suchtnahe Verhaltensweisen ist die Datenlage deutlich schwächer als für den Substanzkonsum. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit identifizierte lediglich zehn Studien zu problematischem Glücksspiel, Gaming sowie problematischer Internet-, Mobiltelefon- oder Pornografienutzung bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Nur zwei Studien berichteten Prävalenzschätzungen zur problematischen Internet- bzw. Mobiltelefonnutzung; für die übrigen Bereiche lagen keine belastbaren Prävalenzangaben vor. Die meisten Untersuchungen bezogen sich zudem auf jüngere Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung. Aufgrund der geringen Studienzahl, der heterogenen Erhebungsinstrumente und der überwiegend eingeschränkten Studienqualität war keine Metaanalyse möglich (García-Aller et al., 2026).

Häufige Internet-, Smartphone- oder Computerspielnutzung darf daher *nicht* mit einer klinisch relevanten Verhaltenssucht gleichgesetzt werden. Entsprechende Befunde sollten sowohl in Tabellen als auch im Fließtext präzise als Nutzungshäufigkeit, problematische Nutzung, Screeningauffälligkeit oder diagnostizierte Störung gekennzeichnet werden.

Exkurs:

Versorgungssituation und Unterstützungsbedarfe aus Sicht von Fachkräften in Bayern

Während die bisherigen Befunde vor allem Aussagen zu Konsumhäufigkeiten und substanzbezogenen Störungen ermöglichen, liegen deutlich weniger Erkenntnisse dazu vor, wie die Versorgungssysteme mit entsprechenden Problemlagen umgehen. Eine aktuelle bayernweite Untersuchung von Manrique et al. (2026) liefert hierzu eine versorgungsbezogene Perspektive aus Sicht von Fachkräften der Sucht- und Eingliederungshilfe.

Sie ist keine Prävalenzstudie und bezieht sich nicht ausschließlich auf Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, sondern auf Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen Beeinträchtigungen (vgl. [Kapitel 2](#)). Im Rahmen eines Projekts der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen in Zusammenarbeit mit der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern wurden Erfahrungen mit dem Suchtverhalten von Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen Beeinträchtigungen, der Zugänglichkeit vorhandener Hilfen und der Zusammenarbeit beider Hilfesysteme untersucht.

Die Datenerhebung erfolgte zwischen Juli und Oktober 2024. In die Auswertung gingen Angaben von 268 Fachkräften ein, davon 157 aus der Suchthilfe und 111 aus der Eingliederungshilfe. Erfasst wurden Beratungserfahrungen, wahrgenommene Konsumprobleme, vorhandene Beratungskonzepte, Zugangsbarrieren und Kooperationsstrukturen. Ein besonderer Fokus lag auf problematischem Glücksspiel.

Von den befragten Fachkräften der Suchthilfe gaben 86,0 % an, bereits Menschen mit kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen zu suchtbefunden Problemen beraten zu haben. Demgegenüber berichteten lediglich 7,6 %, in ihrer Einrichtung ein spezifisches Beratungskonzept oder einen entsprechenden Leitfaden einzusetzen. Dieser Unterschied weist auf eine Diskrepanz zwischen der weitverbreiteten bisherigen Beratungserfahrung und der geringen Verfügbarkeit zielgruppenspezifischer Konzepte oder Leitfäden hin.

Die häufigsten substanzbezogenen Beratungsanlässe waren Alkohol mit 75,2 %, Cannabis mit 48,4 % und illegale Substanzen mit 40,1 %. Unter den nicht substanzbezogenen Problemlagen wurde pathologisches Glücksspiel mit 28,7 % am häufigsten genannt, gefolgt von problematischer Mediennutzung mit 24,2 %. Die Prozentwerte bezeichnen den Anteil der Fachkräfte, die von entsprechenden Beratungserfahrungen berichteten, und nicht die Häufigkeit dieser Problemlagen in der betroffenen Bevölkerung.

Besonders ausgeprägt waren Defizite im Bereich der kommunikativen Barrierefreiheit. 47,8 % der Fachkräfte aus der Suchthilfe bewerteten die in ihrer Einrichtung verfügbaren Kommunikationshilfen als unzureichend. Die bauliche und physische Zugänglichkeit wurde von 27,4 % als ungenügend eingeschätzt. Damit wurden kommunikative Barrieren deutlich häufiger als problematisch bewertet als räumliche Zugangshürden.

Auch die Angaben der Fachkräfte aus der Eingliederungshilfe unterstreichen die praktische Relevanz des Themas. Insgesamt berichteten 87,4 %, in ihrem Arbeitsfeld Kenntnis von Substanzkonsum bei betreuten, dort wohnenden oder beschäftigten Personen zu haben. Am häufigsten wurden Nikotin mit 78,4 % und Alkohol mit 77,5 % genannt. Es folgten Cannabis mit 47,7 % und Medikamente mit Missbrauchspotenzial mit 42,3 %. Diese Angaben stellen keine Konsumprävalenzen dar. Sie zeigen lediglich, wie viele Fachkräfte den jeweiligen Konsum in ihrem Arbeitskontext wahrgenommen hatten.

Von nicht substanzbezogenen Problemlagen berichteten 57,6 % der Fachkräfte aus der Eingliederungshilfe. Problematische Mediennutzung wurde von 45,9 % und als problematisch bzw. pathologisch eingeschätztes Glücksspiel von 32,4 % genannt. Auch diese Werte beruhen auf Fremdeinschätzungen und erlauben keine Aussage darüber, ob die diagnostischen Kriterien einer entsprechenden Störung erfüllt waren.

Insgesamt hatten 54,0 % der Fachkräfte aus der Eingliederungshilfe bereits ein Suchthilfeangebot für die von ihnen unterstützten Personen organisiert. Am häufigsten wurden – bezogen auf alle 111 befragten Fachkräfte der Eingliederungshilfe und bei möglichen Mehrfachnennungen – Suchtberatungsstellen mit 42,3 %, Krankenhäuser bzw. Entzugsbehandlungen mit 34,2 % und Einrichtungen der ambulanten oder stationären Suchtrehabilitation mit 27,9 % genutzt. Die Bewertung der erhaltenen Hilfen fiel geteilt aus: Etwa die Hälfte der Befragten zeigte sich zufrieden, während die andere Hälfte die Angebote eher kritisch bewertete. Als Probleme wurden insbesondere eine unzureichende Anpassung an Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, kommunikative Schwierigkeiten, lange Wege, Wartezeiten und fehlende Behandlungsplätze genannt.

Ein weiterer zentraler Befund betrifft die Zusammenarbeit der Hilfesysteme. In der Suchthilfe berichteten rund 45 % von bestehenden Kooperationsbeziehungen zur Eingliederungshilfe, während 43 % keine entsprechenden Strukturen angaben. Von den Fachkräften der Eingliederungshilfe nahmen 35,1 % eine bestehende Vernetzung wahr; 40,5 % berichteten, dass keine Vernetzungsstrukturen

vorhanden seien. Unter den Fachkräften ohne bestehende Kooperation äußerten 62,2 % Interesse an einer zukünftigen Zusammenarbeit mit der Suchthilfe. Aus Sicht der Fachkräfte aus der Suchthilfe bestand insbesondere Bedarf an Fortbildungen und Fachveranstaltungen (70,0 %), geeigneten Informationsmaterialien und Leitfäden (69,4 %) sowie einer stärkeren Vernetzung beider Hilfesysteme (63,7 %).

Die Ergebnisse liefern aktuelle Hinweise auf eine strukturelle Versorgungslücke: Menschen mit Beeinträchtigungen sind in der Suchthilfe präsent, die Einrichtungen verfügen jedoch nur selten über zielgruppenspezifische Beratungskonzepte. Zugleich erweisen sich kommunikative Barrieren und unzureichende Kooperationsstrukturen als zentrale Herausforderungen. Die Befunde stützen damit die Forderung nach fachlich angepassten Beratungskonzepten, barrierefreier Kommunikation, systematischer Qualifizierung und verbindlicher Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe.

Die Untersuchung liefert somit keine Aussagen zur Prävalenz von Substanzkonsum oder substanzbezogenen Störungen, sondern beschreibt zentrale Herausforderungen der gegenwärtigen Versorgungspraxis. Die Ergebnisse weisen insbesondere auf Entwicklungsbedarfe in den Bereichen Barrierefreiheit, zielgruppenspezifische Konzepte, Qualifizierung von Fachkräften und die systematische Kooperation zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe hin.

Methodische Grenzen und Forschungslücken

Die wenigen vorhandenen deutschen Erhebungen sind überwiegend regional oder auf einzelne Versorgungskontexte begrenzt und basieren häufig auf **Einrichtungs- und Fachkräftebefragungen** oder **kleinen, selektiven Stichproben** (Rathmann et al., 2023). Ein erheblicher Teil der Forschung konzentriert sich zudem auf Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung bzw. grenzwertiger intellektueller Funktionsfähigkeit, die selbstständig oder mit Unterstützung an Befragungen teilnehmen können (van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Die Übertragbarkeit entsprechender Ergebnisse auf Menschen mit mittelgradiger, schwerer oder tiefgreifender intellektueller Beeinträchtigung ist deshalb eingeschränkt.

Menschen mit hohem und komplexem Unterstützungsbedarf werden dagegen häufig nicht einbezogen oder ausschließlich über Angaben von Fachkräften und Angehörigen erfasst. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass standardisierte Selbstausskunftsverfahren bei diesen Personengruppen häufiger nicht durchführbar sind, sofern keine geeigneten sprachlichen, visuellen und kommunikativen Anpassungen vorgenommen werden. Insbesondere bei Menschen mit mittelgradiger bis schwerer intellektueller Beeinträchtigung wurden niedrigere Antwortraten und stärkere Antwortverzerrungen festgestellt (Hartley & MacLean, 2006; Kooijmans et al., 2022).

Internationale Untersuchungen weisen zudem darauf hin, dass Menschen mit leichter oder bislang nicht erkannter intellektueller Beeinträchtigung in der Suchthilfe vertreten sein können, ohne dort als solche identifiziert zu werden. Eine niederländische **Capture-Recapture-Studie** (ein ökologisches Stichprobenverfahren, mit dem die Gesamtpopulation geschätzt wird, wenn eine Zählung jedes einzelnen Individuums nicht möglich ist) zeigte nur eine geringe Überschneidung zwischen den in der Behindertenhilfe und den in der Suchthilfe erfassten Personen. Prävalenzschätzungen, die ausschließlich auf einem der beiden Hilfesysteme beruhen, können die Zahl der Menschen mit gleichzeitig bestehender intellektueller Beeinträchtigung und Substanzgebrauchsstörung daher unterschätzen (VanDerNagel et al., 2014). Für Deutschland ist das Ausmaß einer solchen Untererkennung bislang nicht belastbar quantifiziert. Auf diese Weise können bestimmte

Personengruppen in Studien unterrepräsentiert sein, während andere, etwa Personen mit bereits bekannten Konsumproblemen oder institutioneller Betreuung, überproportional häufig untersucht werden.

Ein weiteres grundlegendes Problem besteht in der mangelnden Vergleichbarkeit der erhobenen Endpunkte. Lebenszeit-, Zwölfmonats-, 30-Tage- und aktuelle Prävalenzen beschreiben unterschiedliche Sachverhalte. Ebenso müssen die Häufigkeit eines Konsums, riskanter oder problematischer Konsum, schädlicher Gebrauch und eine diagnostizierte Substanzgebrauchsstörung voneinander unterschieden werden. Die Studien verwenden jedoch unterschiedliche Falldefinitionen, Bezugszeiträume und Erhebungsmethoden – beispielsweise Selbstberichte, Fremdeinschätzungen, Aktenauswertungen, Registerdiagnosen oder klinische Untersuchungen. Hinzu kommen stark voneinander abweichende Settings wie besondere Wohnformen, forensische Einrichtungen, psychiatrische Angebote, Suchthilfeeinrichtungen und ambulant unterstütztes Wohnen. Große Spannweiten zwischen Studien sollten daher nicht als statistische Streubreite einer einheitlich definierten Prävalenz interpretiert werden (Rathmann et al., 2023; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019).

Weitere Schwierigkeiten ergeben sich daraus, dass viele Screening- und Befragungsinstrumente ursprünglich nicht für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entwickelt wurden. Komplexe Formulierungen, abstrakte Mengenangaben, wechselnde Bezugszeiträume und schwer verständliche Antwortskalen können die Verständlichkeit sowie die Reliabilität und Validität der Ergebnisse beeinträchtigen. Auch Anforderungen an das Erinnerungsvermögen und an mathematische Fähigkeiten können zu Fehleinschätzungen führen. Hinzu kommen mögliche Antworttendenzen, insbesondere eine Zustimmungstendenz, soziale Erwünschtheit und die Befürchtung, bei einer offenen Auskunft über den eigenen Konsum mit Verboten oder Sanktionen konfrontiert zu werden. Untersuchungen zur Befragung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zeigen, dass unter anderem abstrakte Begriffe, mehrstufige Antwortskalen, wechselnde Frageformate und suggestive Formulierungen die Antwortqualität beeinflussen können. Empfohlen werden deshalb kurze und konkrete Fragen, einheitliche Bezugszeiträume, verständliche Antwortmöglichkeiten, visuelle Unterstützung, Vorabtests sowie Möglichkeiten für Rückfragen und Verständnisprüfungen (Finlay & Lyons, 2001; Hartley & MacLean, 2006; Kooijmans et al., 2022).

Eine ausschließliche **Fremdeinschätzung** durch Fachkräfte ist ebenfalls kritisch zu betrachten. Fachkräfte können sichtbare Konsumfolgen und Veränderungen im Verhalten wahrnehmen, haben jedoch nicht zwangsläufig Einblick in alle Konsumsituationen, Konsummengen oder subjektiven Beweggründe für den Konsum. Empirische Vergleiche von Selbst- und Fremdauskünften zeigen allerdings ein differenziertes Bild: In einer niederländischen Untersuchung wurde der Lebenszeitkonsum durch Bezugspersonen deutlich seltener berichtet als durch die befragten Personen selbst. Bei zeitlich näher zurückliegendem Konsum war die Übereinstimmung höher, wobei sie je nach Substanz und Erhebungsmethode variierte. Fremdauskünfte können daher eine wichtige ergänzende Perspektive darstellen, sollten die Selbstauskunft der betroffenen Person jedoch nicht grundsätzlich ersetzen (VanDerNagel, Kiewik, van Dijk, et al., 2017).

Ein zielgruppenspezifischer Ansatz zur Erfassung von Substanzkonsum ist der **SumID-Q**. Dabei handelt es sich um ein strukturiertes Interviewverfahren, das an die kommunikativen Bedürfnisse von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung angepasst ist und unter anderem verständliche Sprache sowie visuelle Unterstützungsmaterialien nutzt. Der in den Niederlanden entwickelte Fragebogen erfasst beispielsweise den Lebenszeitkonsum, den Konsum im zurückliegenden Monat sowie den aktuellen Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis und stimulierenden Substanzen.

i Link-Box

Der Fragebogen **SumID-Q** steht aufgrund seines geschützten klinischen Charakters und der erforderlichen speziellen Schulungen nicht als kostenloser Open-Source-Download zur Verfügung. Sie können das Instrument, das Handbuch und die dazugehörigen visuellen Materialien über bestimmte institutionelle und akademische Kanäle beziehen.

Über das **LWL-Portal** werden regelmäßig Schulungen zum Fragebogen angeboten:

[!\[\]\(c3d993ca47bfe2a953c700506ce31fa0_img.jpg\) Zur Webseite](#)

In einer Untersuchung mit 112 Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung bzw. grenzwertiger intellektueller Funktionsfähigkeit aus sechs niederländischen Einrichtungen zeigte die Selbstauskunft – mit Ausnahme der Alkoholmessung – eine überwiegend substanzielle Übereinstimmung mit Biomarkern. Aufgrund der selektiven Einstichprobe lassen sich die Ergebnisse jedoch nicht ohne Weiteres auf Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf oder auf die Gesamtpopulation übertragen (VanDerNagel, Kiewik, van Dijk, et al., 2017). Der SumID-Q dient der Erfassung und dem Screening von Substanzkonsum und kann eine klinische Diagnostik einer Substanzgebrauchsstörung nicht ersetzen.

Auch bei angepassten Instrumenten erscheint es sinnvoll, die Selbstauskunft der betroffenen Person mit weiteren Informationen zu verbinden. Dazu können – bei vorliegender Einwilligung und transparentem Vorgehen – Angaben von Bezugspersonen, Beobachtungen, medizinische Unterlagen und gegebenenfalls Biomarker gehören. Dies muss jedoch transparent geschehen und darf nicht dazu führen, dass ihre eigene Perspektive durch Fremdeinschätzungen ersetzt wird (VanDerNagel et al., 2017).

Aus der gegenwärtigen Forschungslage ergibt sich ein Bedarf an bundesweit repräsentativen bzw. möglichst populationsnahen und längsschnittlich angelegten Studien. Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungs- und Unterstützungsbedarfen sollten systematisch einbezogen werden. Dafür sind barrierearme Erhebungsverfahren, unterschiedliche Kommunikationsformen sowie angemessene Unterstützungsangebote erforderlich. Die Studien sollten Behinderungsgrad, Alter, Geschlecht, Wohn- und Unterstützungsform, Rekrutierungsweg, Bezugszeitraum, Falldefinition und Erhebungsquelle transparent ausweisen. Nur so lässt sich beurteilen, für welche Personengruppe die jeweils berichteten Prävalenzen tatsächlich gelten.

Darüber hinaus sind **partizipative Forschungsansätze** erforderlich, bei denen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung an der Entwicklung von Fragestellungen, Erhebungsinstrumenten und Auswertungen beteiligt werden. Eine systematische Übersichtsarbeit (Hewitt et al., 2023) zeigt, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung insbesondere an Datenerhebung, Auswertung und Ergebnisvermittlung beteiligt werden können. Als förderlich gelten barrierearme Methoden, ausreichende zeitliche und finanzielle Ressourcen, geteilte Entscheidungsmacht und eine verlässliche Zusammenarbeit im Forschungsteam. Partizipation ersetzt allerdings keine sorgfältige Stichprobenziehung und gewährleistet für sich genommen keine Repräsentativität. Sie kann jedoch die Verständlichkeit, Relevanz und angemessene Interpretation der Forschung verbessern.

i Tipp-Box

Für die Praxis: Verwenden Sie keine unangepassten Standard-Screeningfragebögen. Nutzen Sie stattdessen zielgruppenspezifisch entwickelte oder adaptierte Instrumente wie den SumID-Q, und ergänzen Sie die Selbstauskunft – mit Zustimmung der Person – um Fremdb Berichte.

5. Risiko- und Schutzfaktoren sowie Funktionen des Substanzkonsums



ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS

Substanzbezogene Störungen entstehen **multifaktoriell** – die intellektuelle Beeinträchtigung selbst ist keine unmittelbare Ursache.

Auf **individueller Ebene** können eingeschränktes Substanzwissen, Schwierigkeiten der Mengeneinschätzung, Impuls-/Emotionsregulationsprobleme und erhöhte soziale Beeinflussbarkeit das Risiko erhöhen – dies betrifft vor allem Menschen mit leichter Beeinträchtigung und ist nicht pauschal übertragbar.

Sozial wirken Zugehörigkeitsbedürfnis, eingeschränkte Bildungs-/Berufschancen, Langeweile und wiederholte Stigmatisierungserfahrungen als **Risikofaktoren**.

Schijven et al. (2019) unterscheiden **vier Konsummotive**: soziale, Konformitäts-, Verstärkungs- und Bewältigungsmotive – letztere besonders relevant für Schwere des Drogenkonsums.

Die **Selbstmedikationshypothese** beschreibt Konsum als Versuch, psychische Belastungen zu regulieren – ein möglicher, aber kein alleingültiger Erklärungsansatz. Strukturell beeinflusst die Wohnform Zugangsmöglichkeiten; weder maximale Kontrolle noch maximale Freiheit sind per se schützend – entscheidend sind transparente Regeln und eine nicht moralisierende Gesprächskultur.

Schutzfaktoren umfassen stabile Beziehungen, sinnvolle Alltagsstruktur, Wahlmöglichkeiten, Risikokompetenz-Förderung und barrierefreie Unterstützungsangebote.

Substanzbezogene Störungen entstehen nicht aufgrund einer einzelnen Ursache, sondern aus dem **Zusammenspiel verschiedener biologischer, psychischer, sozialer und struktureller Einflussfaktoren**. Auch bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist nicht die Beeinträchtigung selbst als unmittelbare Ursache einer Abhängigkeit zu verstehen. Entscheidend sind vielmehr die individuellen Lebensbedingungen, vorhandenen Ressourcen, psychischen Belastungen, sozialen Beziehungen sowie die Zugänglichkeit unterstützender Angebote (Didden et al., 2020; Reif et al., 2023; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019).

Biologische Faktoren können zur individuellen Vulnerabilität beitragen. Dazu zählen beispielsweise genetische Dispositionen, körperliche Begleiterkrankungen, pränatale Schädigungen und neurobiologische Besonderheiten. Für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung liegen bislang jedoch keine belastbaren Hinweise auf einen einheitlichen neurobiologischen Mechanismus oder ein grundsätzlich erhöhtes biologisches Suchtrisiko vor. Befunde zu einzelnen Erkrankungen oder Syndromen können daher nicht auf die gesamte Gruppe übertragen werden (Didden et al., 2020; Reif et al., 2023).

Ein Beispiel für die Heterogenität möglicher Ursachen zeigt der Exkurs zu **fetalen Alkoholspektrumstörungen**.

Exkurs: Fetale Alkoholspektrumstörungen

Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bezeichnen eine Gruppe neuroentwicklungsbezogener Störungsbilder infolge pränataler Alkoholexposition. Sie sind damit ein Beispiel für eine spezifische, gut untersuchte Ursache intellektueller Beeinträchtigung – eine Intelligenzminderung gehört jedoch nicht zu den durchgängigen Merkmalen aller FASD-Unterformen (Landgraf et al., 2024, [PDF-Version der Langfassung](#)).

Bei Kindern mit FASD zeigen sich besonders konsistente Beeinträchtigungen der Planungsfähigkeit und der kognitiven Flexibilität; auch das Arbeitsgedächtnis kann betroffen sein (Kingdon et al., 2016).

Diese syndromspezifischen Erkenntnisse lassen sich nicht auf Menschen mit anderen Ursachen intellektueller Beeinträchtigung übertragen. Sie werden an dieser Stelle als Beispiel dafür angeführt, wie unterschiedlich die neurobiologischen Profile innerhalb der Gruppe von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ausfallen können – nicht als Beleg für einen allgemeinen Zusammenhang zwischen Ursache der Beeinträchtigung und Suchtrisiko.

Das Beispiel der FASD verdeutlicht, dass die Gruppe der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung hinsichtlich ihrer biologischen Voraussetzungen und Unterstützungsbedarfe sehr heterogen ist. Für die Einschätzung von Risikofaktoren ist daher eine individuelle Betrachtung erforderlich, die über die Diagnose oder Ursache der Beeinträchtigung hinausgeht.

Individuelle und entwicklungsbezogene Einflussfaktoren

Auf individueller Ebene können eingeschränktes Wissen über psychoaktive Substanzen und Schwierigkeiten bei der Einschätzung von Mengen, zeitlichen Verläufen und langfristigen Folgen eine Rolle spielen. Auch Beeinträchtigungen der Impuls- oder Emotionsregulation, eine erhöhte soziale Beeinflussbarkeit und ein begrenztes Repertoire an Bewältigungsstrategien können das Risiko problematischer Konsummuster erhöhen. Diese Faktoren werden vor allem für Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung oder grenzwertiger intellektueller Funktionsfähigkeit beschrieben; ihre jeweilige Bedeutung unterscheidet sich individuell (Didden et al., 2020; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Gleichzeitig weisen nicht alle Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung diese Merkmale auf. Sie dürfen daher weder pauschal vorausgesetzt noch als Begründung für eine Einschränkung von Selbstbestimmung verwendet werden.

Die Berücksichtigung **individueller Risikofaktoren** darf jedoch nicht zu einer defizitorientierten Betrachtung führen. Schwierigkeiten bei der Informationsverarbeitung oder Risikoeinschätzung bedeuten nicht automatisch eine fehlende Entscheidungsfähigkeit. Vielmehr geht es darum, notwendige Unterstützung bereitzustellen, damit Menschen informierte Entscheidungen treffen können.

Das Sammeln eigener Erfahrungen gehört auch für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu einer selbstbestimmten Lebensführung. Prävention sollte deshalb nicht vorrangig durch Verbote, Kontrolle und pauschale Abstinenzforderungen geprägt sein. Ihr Ziel sollte vielmehr darin bestehen, Menschen dazu zu befähigen, Wirkungen und Risiken zu verstehen, eigene Grenzen wahrzunehmen, informierte Entscheidungen zu treffen und bei Problemen frühzeitig Unterstützung zu suchen (Abel, 2020; Rathmann et al., 2023; Vereinte Nationen, 2006).

Eine besondere Herausforderung besteht darin, allgemeine Informationen in konkrete Alltagssituationen zu übertragen. Eine Person kann beispielsweise wissen, dass Alkohol gesundheitliche Schäden verursacht, ohne einschätzen zu können, wie viel Alkohol in einem bestimmten Getränk enthalten ist oder wie sich die Wirkung durch Medikamente verändert. Prävention muss deshalb lebensnah, wiederholend und handlungsorientiert gestaltet werden (Abel, 2020; Rathmann et al., 2023).

Soziale und lebensweltbezogene Einflussfaktoren

Substanzkonsum kann unterschiedliche **soziale Funktionen** erfüllen. Er kann dazu dienen, Zugehörigkeit zu einer Gruppe herzustellen, Anerkennung zu erfahren oder sich als erwachsen und selbstständig zu erleben. Ebenso kann er soziale Unsicherheit verringern, Kontakte erleichtern oder als Form der Abgrenzung gegenüber institutionellen Regeln und Kontrollen verstanden werden.

Eine qualitative Studie mit zehn gezielt ausgewählten Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und bereits bestehendem problematischem Alkohol- oder Drogenkonsum identifizierte psychische Traumatisierungen und soziale Distanz zur Gemeinschaft als zentrale Themen. Aufgrund der kleinen, selektiven Stichprobe sind diese Ergebnisse nicht verallgemeinerbar, liefern jedoch wichtige Hinweise auf mögliche subjektive Funktionen des Konsums (Taggart et al., 2007).

Weitere Belastungen können sich aus eingeschränkten Bildungs- und Berufsmöglichkeiten, geringen Wahlmöglichkeiten in den Bereichen Wohnen und Beschäftigung sowie fehlenden oder wenig attraktiven Freizeitangeboten ergeben. Langeweile und eine unzureichende Alltagsstruktur können den Konsum begünstigen, wenn alternative Möglichkeiten der Freizeitgestaltung, Entspannung oder sozialen Begegnung fehlen (Rathmann et al., 2023; Reif et al., 2023; Taggart et al., 2007).

Auch wiederholte Erfahrungen von **Bevormundung und Stigmatisierung** sind zu berücksichtigen. Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung können erleben, dass ihnen gesellschaftlich anerkannte Lebensziele wie Partnerschaft, Familie, eigenständiges Wohnen, berufliche Entwicklung oder individuelle Mobilität schwerer zugänglich sind. Solche Erfahrungen können den verständlichen Wunsch nach Zugehörigkeit, Anerkennung und gleichberechtigter Teilhabe verstärken. Substanzkonsum kann dabei subjektiv als Möglichkeit erlebt werden, soziale Distanz zu verringern oder Zugehörigkeit herzustellen (Schijven et al., 2019; Taggart et al., 2007).

Konsummotive

Für das Verständnis von Substanzkonsum ist es hilfreich, nicht ausschließlich nach der konsumierten Substanz und der Konsummenge zu fragen, sondern auch danach, welche **Funktion der Konsum** für die betreffende Person erfüllt. Schijven et al. (2019) unterscheiden im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenkonsum vier zentrale Motivbereiche: soziale Motive, Konformitätsmotive, Verstärkungsmotive und Bewältigungsmotive.

Bei **sozialen Motiven** wird konsumiert, um gemeinsam mit anderen etwas zu erleben oder soziale Kontakte zu erleichtern. **Konformitätsmotive** beziehen sich auf den Wunsch, dazuzugehören und Ablehnung zu vermeiden. Bei **Verstärkungsmotiven** steht das Erleben positiver Gefühle, von Anregung oder Entspannung im Vordergrund. **Bewältigungsmotive** liegen vor, wenn Substanzen eingesetzt werden, um Stress, unangenehme Gefühle oder psychische Beschwerden kurzfristig zu verringern.

In der Untersuchung von Schijven et al. (2019) mit 163 Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung oder grenzwertiger intellektueller Funktionsfähigkeit standen soziale Motive mit der Häufigkeit des Alkohol-, Cannabis- und weiteren Drogenkonsums in Zusammenhang. Konformitäts-,

Bewältigungs- und Verstärkungsmotive waren mit der Schwere des Alkoholkonsums assoziiert; für die Schwere des Drogenkonsums zeigte sich insbesondere ein Zusammenhang mit Bewältigungsmotiven. Die Teilnehmenden lebten in stationären bzw. besonderen Wohnformen und wiesen zusätzlich Verhaltensprobleme auf. Die Querschnittsdaten erlauben daher weder eine Übertragung auf alle Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung noch den Nachweis, dass bestimmte Motive den Konsum ursächlich verstärken.

Eine besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang Bewältigungsmotive, da sie an die **Selbstmedikationshypothese** anschließen. Diese geht davon aus, dass Menschen psychoaktive Substanzen einsetzen können, um psychische oder körperliche Belastungen zu regulieren. Der Konsum kann dabei subjektiv als Möglichkeit erlebt werden, Angst, Anspannung, belastende Gefühle oder andere unangenehme Zustände kurzfristig zu verringern. Abhängig von der Substanz können auch Erwartungen hinsichtlich Beruhigung, Aktivierung oder emotionaler Entlastung eine Rolle spielen (Khantzian, 1997).

Die Beschreibung solcher Konsummotive bedeutet jedoch nicht, dass Substanzen eine geeignete oder wirksame Behandlung darstellen. Kurzfristig als entlastend erlebte Wirkungen können langfristig Beschwerden verstärken, zusätzliche Belastungen verursachen und die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung begünstigen. Konsummotive sind daher als mögliche Erklärungsansätze zu verstehen, nicht als eindeutige Ursachen oder allgemeingültige Erklärungen für die Entstehung substanzbezogener Störungen (Khantzian, 1997).

Strukturelle Einflussfaktoren

Auch institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen beeinflussen Konsummöglichkeiten und Konsumrisiken. Die jeweilige Wohnform kann den Zugang zu Substanzen, die Gestaltung sozialer Kontakte und die Möglichkeiten selbstbestimmter Freizeitgestaltung verändern. Dabei ist weder ein hohes Maß institutioneller Kontrolle grundsätzlich schützend noch größtmögliche Unabhängigkeit automatisch risikosteigernd (Abel, 2020; Rathmann et al., 2023; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019).

Restriktive Regeln können dazu führen, dass Konsum verborgen wird und offene Gespräche vermieden werden. Betroffene Personen können befürchten, bei einer offenen Mitteilung mit Sanktionen, Ausgangsbeschränkungen oder dem Verlust von Unterstützungsangeboten konfrontiert zu werden (Abel, 2020; Rathmann et al., 2023). Umgekehrt kann eine unzureichende Begleitung in selbstständigen Wohnformen dazu führen, dass problematische Entwicklungen erst spät wahrgenommen werden.

Ein angemessener Umgang mit Substanzkonsum setzt deshalb transparente und verständliche Regeln, verlässliche Ansprechpersonen sowie eine nicht moralisierende Gesprächskultur voraus. Konsum sollte ansprechbar sein, ohne dass jede Mitteilung automatisch Sanktionen auslöst. Gleichzeitig müssen akute Gefährdungen und der Schutz anderer Personen berücksichtigt werden.

Mögliche Schutzfaktoren und unterstützende Bedingungen

Schutzfaktoren wirken nicht isoliert, sondern entstehen im Zusammenspiel individueller Ressourcen, sozialer Beziehungen und unterstützender Rahmenbedingungen. Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung können insbesondere Bedingungen relevant sein, die Selbstbestimmung, soziale Zugehörigkeit und den Zugang zu verständlichen Informationen und Hilfen fördern (Didden et al., 2020; Rathmann et al., 2023; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019).

Auf **individueller Ebene** können ein angemessenes Wissen über Substanzen und deren Wirkungen, Fähigkeiten zur Emotions- und Stressregulation sowie Erfahrungen von Selbstwirksamkeit dazu beitragen, Risiken

besser einzuschätzen und alternative Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Verständliche und alltagsnahe Informationen sind dabei besonders bedeutsam, da allgemeines Wissen über gesundheitliche Risiken allein nicht immer ausreicht, um dieses Wissen auf konkrete Situationen zu übertragen (Abel, 2020; Rathmann et al., 2023).

Eine zentrale Bedeutung haben **soziale Beziehungen**. Stabile, wertschätzende Beziehungen können Belastungen frühzeitig erkennbar machen und Unterstützung bei der Bewältigung schwieriger Situationen ermöglichen. Verlässliche Vertrauenspersonen und soziale Zugehörigkeit außerhalb konsumorientierter Gruppen können alternative Möglichkeiten für Anerkennung, Gemeinschaft und Teilhabe eröffnen (Abel, 2020; Taggart et al., 2007).

Auch die **Lebensbedingungen und Unterstützungsstrukturen** beeinflussen das Risiko problematischer Konsummuster. Eine strukturierte und als sinnvoll erlebte Alltagsgestaltung, attraktive Freizeitmöglichkeiten sowie reale Wahlmöglichkeiten in zentralen Lebensbereichen können Langeweile, soziale Isolation und fehlende Zukunftsperspektiven reduzieren. Frühzeitige psychologische oder psychiatrische Unterstützung sowie barrierefreie Beratungs- und Behandlungsangebote tragen dazu bei, Belastungen frühzeitig aufzugreifen.

Auf **struktureller Ebene** sind insbesondere zugängliche Hilfesysteme und eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen Eingliederungs-, Sucht- und Gesundheitsversorgung bedeutsam (Manrique et al., 2026; Schote & Rathmann, 2024). Auch wenn empirisch bestätigte Schutzfaktoren für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bislang weniger untersucht sind als Risikofaktoren, zeigen die vorhandenen Befunde und praxisbezogenen Erkenntnisse, dass Teilhabe, Unterstützung und Zugänglichkeit zentrale Ansatzpunkte für Prävention darstellen.

Tipp-Box

Für die Praxis: Fragen Sie nicht nur nach der konsumierten Substanz, sondern auch nach der Funktion des Konsums (sozial, Verstärkung, Bewältigung, Zugehörigkeit). Das eröffnet oft mehr Handlungsspielraum als eine reine Verbots- oder Kontrollhaltung.

6. Folgen problematischen Substanzkonsums



ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS

Die **Folgen** problematischen Substanzkonsums hängen von **Substanz, Dosis, Konsumdauer und individuellen Voraussetzungen** ab. Körperlich drohen Intoxikationen, Entzugsbeschwerden, Organschäden (Leber, Lunge, Herz-Kreislauf, Nervensystem), erhöhtes Sturz-/Unfallrisiko sowie – bei bestehender Epilepsie – erhöhtes Anfallsrisiko.

Besonders relevant sind **Wechselwirkungen** mit verordneten **Medikamenten**. Psychisch/verhaltensbezogen können Aufmerksamkeit, Emotionsregulation und Urteilsvermögen beeinträchtigt werden; Veränderungen sind jedoch unspezifisch und dürfen nicht vorschnell dem Konsum oder der Beeinträchtigung zugeschrieben werden – eine sorgfältige **Differenzialdiagnostik** ist notwendig.

Sozial/teilhabebezogen drohen Konflikte, Fehlzeiten, finanzielle Probleme, Vernachlässigung der Selbstversorgung sowie – besonders gravierend – der Verlust von Wohn-, Arbeits- und Unterstützungsangeboten.

Für **Diagnostik** und **Unterstützung** besteht die Gefahr der „**diagnostischen Überschattung**“ (Konsumfolgen werden fälschlich als Ausdruck der Beeinträchtigung interpretiert) sowie umgekehrt der Fehlinterpretation von Unterstützungsbedarfen als mangelnde Motivation in der Suchthilfe.

Die möglichen Folgen eines Substanzkonsums sind ebenso vielfältig wie die Bedingungen, unter denen Konsum entsteht. Sie lassen sich nicht allein aus der konsumierten Substanz ableiten, sondern ergeben sich aus dem Zusammenspiel von Konsummuster, individuellen Voraussetzungen, gesundheitlicher Situation und sozialen Rahmenbedingungen. Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung können bestehende gesundheitliche Einschränkungen, Kommunikationsbarrieren oder erschwerte Zugänge zu Unterstützung die Auswirkungen zusätzlich beeinflussen.

Gleichzeitig ist wichtig, zwischen einem gelegentlichen Konsum, riskanten Konsummustern und substanzbezogenen Störungen zu unterscheiden. Nicht jeder Konsum führt zu nachteiligen Folgen, und beobachtete Veränderungen dürfen nicht vorschnell dem Substanzkonsum zugeschrieben werden. Im Folgenden werden mögliche **körperliche, psychische, soziale** und **versorgungsbezogene Auswirkungen** problematischer Konsummuster dargestellt.

Körperliche Folgen

Die Auswirkungen des Substanzkonsums hängen von der konsumierten Substanz, der Dosis, der Häufigkeit, der Konsumdauer und der Einnahmeform ab. Ebenso bedeutsam sind individuelle gesundheitliche Voraussetzungen, körperliche Begleiterkrankungen und die gleichzeitige Einnahme von Medikamenten. Nicht jeder Konsum führt zwangsläufig zu den nachfolgend beschriebenen Problemen. Umgekehrt können bereits geringe Mengen mit erheblichen Risiken verbunden sein, wenn Wechselwirkungen mit Medikamenten oder bestimmte Vorerkrankungen vorliegen.

Zu den möglichen körperlichen Folgen gehören akute **Intoxikationen und Überdosierungen** sowie **Beschwerden** im Zusammenhang mit einer Reduktion oder Beendigung eines regelmäßigen Konsums. Je nach Substanz können Tremor, Schwitzen, motorische Unruhe, Veränderungen von Herzfrequenz und Blutdruck, Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen sowie gastrointestinale Beschwerden auftreten. Auch Schlaf, Gewicht und Ernährungsverhalten können sich verändern. Bei längerfristigem problematischem Konsum können unter anderem Erkrankungen der Leber, der Lunge, des Herz-Kreislauf-Systems und des Nervensystems entstehen (Carroll Chapman & Wu, 2012).

Darüber hinaus kann das Risiko für Stürze, Unfälle und Verletzungen steigen. Das ist insbesondere relevant, wenn bereits motorische, sensorische oder neurologische Beeinträchtigungen bestehen. Bei bestehender Epilepsie können insbesondere erheblicher Alkoholkonsum, die Phase nach Beendigung starken Konsums sowie begleitende Faktoren wie Schlafmangel oder eine unregelmäßige Einnahme antiepileptischer Medikamente das Anfallsrisiko erhöhen (Hamerle et al., 2018).

Besondere Aufmerksamkeit erfordern **Wechselwirkungen** zwischen psychoaktiven Substanzen und ärztlich verordneten Medikamenten. Alkohol kann die Wirkungen und Nebenwirkungen verschiedener Medikamente verstärken oder deren Verstoffwechselung verändern. Dies betrifft insbesondere Medikamente mit zentral dämpfender Wirkung; Art und Ausmaß der Wechselwirkung hängen jedoch vom jeweiligen Präparat und vom Konsummuster ab (Traccis et al., 2022). Insbesondere Kokain, Methamphetamin und andere nicht medizinisch eingesetzte Stimulanzien können Herzfrequenz, Blutdruck und Herzrhythmus beeinträchtigen (Dominic et al., 2022). Die jeweiligen Risiken müssen individuell medizinisch beurteilt werden und lassen sich nicht allein aus der Diagnose einer intellektuellen Beeinträchtigung ableiten.

Psychische und verhaltensbezogene Folgen

Problematischer Substanzkonsum kann Aufmerksamkeit, Konzentration, Emotionsregulation und Urteilsvermögen beeinträchtigen. Möglich sind emotionale Instabilität, erhöhte Impulsivität, Enthemmung, Reizbarkeit oder aggressives Verhalten. Je nach Substanz, Konsummenge und zeitlichem Verlauf können Angst, depressive Beschwerden oder psychotische Symptome während einer Intoxikation oder eines Entzugs auftreten; bereits bestehende psychische Beschwerden können sich zugleich verstärken. Aus dem gemeinsamen Auftreten lässt sich jedoch keine eindeutige Ursache-Wirkungs-Beziehung ableiten (Carroll Chapman & Wu, 2012; Didden et al., 2020).

Mit fortschreitender Problematik können frühere Interessen an Bedeutung verlieren. Selbstversorgung, Alltagsaufgaben und soziale Verpflichtungen werden möglicherweise vernachlässigt. Einige Personen ziehen sich zurück, während andere zunehmend Kontakte zu konsumierenden Gruppen suchen.

Diese Veränderungen sind allerdings **unspezifisch**. Sie können ebenso durch psychische Erkrankungen, körperliche Beschwerden, Medikamentennebenwirkungen, Überforderung, Kommunikationsprobleme oder belastende Lebensbedingungen verursacht werden. Veränderungen des Verhaltens dürfen daher nicht vorschnell dem Substanzkonsum oder der intellektuellen Beeinträchtigung zugeschrieben werden. Erforderlich ist eine umfassende diagnostische Abklärung, die körperliche, psychische, soziale und medikamentöse Einflussfaktoren berücksichtigt (National Institute for Health and Care Excellence, 2016; Sappok et al., 2019).

Soziale und teilhabebezogene Folgen

Problematischer Substanzkonsum kann **bestehende Teilhabeeinschränkungen** verstärken. Fehlzeiten und Leistungsabfälle können zu Problemen in Schule, Ausbildung, Werkstatt oder Beschäftigung führen. Konflikte

mit Fachkräften, Angehörigen oder Mitbewohnenden können soziale Beziehungen belasten. Im weiteren Verlauf können Freundschaften verloren gehen und soziale Isolation zunehmen.

Finanzielle Probleme können entstehen, wenn ein wachsender Anteil der verfügbaren Mittel für Substanzen ausgegeben wird oder wenn Schulden aufgenommen werden. Gleichzeitig können Selbstversorgung, Wohnungsführung, Ernährung und Körperpflege vernachlässigt werden. Rechtliche Probleme und delinquentes Verhalten sind ebenfalls möglich, dürfen aber nicht als zwangsläufige Folge des Konsums dargestellt werden (Carroll Chapman & Wu, 2012).

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung weisen unabhängig vom Substanzkonsum ein erhöhtes Risiko insbesondere für **gewaltsame und sexualisierte Viktimisierung** auf (Fogden et al., 2016). Der Zusammenhang zwischen Viktimisierung und Substanzkonsum ist dagegen bislang nur begrenzt untersucht. In einer kleinen qualitativen Studie, wie in [▶ Kapitel 5](#) beschrieben, berichteten einzelne Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum von finanzieller oder sexualisierter Ausbeutung durch Personen aus ihrem Konsumumfeld (Taggart et al., 2007). Aufgrund der kleinen und gezielt ausgewählten Stichprobe lassen sich daraus keine Aussagen zur Häufigkeit solcher Erfahrungen ableiten.

Besonders schwerwiegend können **institutionelle Folgen** sein. Problematischer Konsum kann zum Verlust oder zur Einschränkung von Wohn-, Arbeits- und Unterstützungsangeboten führen (Carroll Chapman & Wu, 2012; Taggart et al., 2007). Dadurch können sich soziale Ausgrenzung und gesundheitliche Risiken gegenseitig verstärken. Einrichtungen sollten deshalb prüfen, wie sie Sicherheit gewährleisten können, ohne betroffene Personen durch vorschnelle Ausschlüsse aus bestehenden Unterstützungsstrukturen zu verdrängen (Rathmann et al., 2023).

Folgen für Diagnostik und Unterstützung

Substanzbezogene Probleme können sowohl in der Eingliederungs- als auch in der Suchthilfe unerkannt bleiben. In der Eingliederungshilfe besteht das Risiko einer sogenannten diagnostischen Überschattung: Konsumfolgen werden dann ausschließlich als herausforderndes Verhalten oder als Ausdruck der intellektuellen Beeinträchtigung interpretiert, statt als eigenständiges gesundheitliches Problem erkannt zu werden. In der Suchthilfe können kognitive und kommunikative Unterstützungsbedarfe umgekehrt als mangelnde Motivation, fehlende Einsicht oder unzureichende Mitarbeit missverstanden werden (Carroll Chapman & Wu, 2012; Slayter, 2008).

Eine angemessene Einschätzung erfordert deshalb **verständliche**, bei Bedarf **wiederholte Gespräche** sowie eine sorgfältige **differenzialdiagnostische Abklärung** möglicher körperlicher oder psychischer Ursachen. Die konkrete diagnostische Vorgehensweise wird in [▶ Kapitel 8](#) ausführlich dargestellt.

Eine wirksame Unterstützung setzt schließlich die Zusammenarbeit von Eingliederungshilfe, Suchthilfe und medizinischer bzw. psychotherapeutischer Versorgung voraus. Keine dieser Versorgungsstrukturen kann die komplexen Unterstützungsbedarfe allein abdecken. Erforderlich sind klar geregelte Zuständigkeiten, barrierefreie Kommunikation und ein gemeinsames, personenzentriertes Vorgehen (Rathmann et al., 2023; Schöte & Rathmann, 2024).

 Tipp-Box

Für die Praxis: Ordnen Sie Verhaltensänderungen nicht vorschnell dem Substanzkonsum oder der Beeinträchtigung selbst zu (diagnostische Überschattung). Ziehen Sie bei unklaren Veränderungen immer eine körperliche und psychische Abklärung hinzu.

7. Bedarfe und Angebote der Suchthilfe und Suchtprävention



ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS

Trotz Rechtsanspruchs auf gleichberechtigten Zugang (Art. 25 UN-BRK) ist die Suchthilfe bislang nur teilweise angepasst. Eine bundesweite **Fachkräftebefragung** (Schote & Rathmann, 2024) zeigt: ~87 % der Einrichtungen halten **kein zielgruppenspezifisches Angebot** vor.

Zentrale Zugangsbarriere ist die **Komm-Struktur** der Suchthilfe, die hohe Anforderungen an Problembewusstsein, Planung und Kommunikation stellt.

Notwendige Anforderungen an zugängliche Angebote: niedrigschwelliger, aufsuchender und kontinuierlicher Zugang; kommunikative Barrierefreiheit (Leichte/Einfache Sprache, Zwei-Sinne-Prinzip, DIN SPEC 33429); Qualitätssicherung durch Zielgruppenbeteiligung; einbezogene Bezugspersonen (mit Zustimmung); individuell erweiterte Zielsetzungen (nicht nur Abstinenz, auch Risikoreduktion); Lebensweltorientierung, Partizipation und Peer-Ansätze.

Es existieren zahlreiche **Programme** und **Materialien** (PeP, DIDAK, SAG NEIN!, SUPi, TANDEM, SKoL u. a.), deren Evidenzbasis jedoch sehr unterschiedlich ist – nur wenige (z. B. SUPi) verfügen über eine veröffentlichte Wirkungsevaluation.

Die **zentrale Lücke** liegt weniger im Fehlen von Konzepten als in ihrer begrenzten Verbreitung, projektgebundener Finanzierung und dem fehlenden Transfer in die Regelversorgung.

Kooperation zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe erhöht nachweislich die Verfügbarkeit zielgruppenspezifischer Angebote (21,8 % vs. 4,5 %).

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung haben grundsätzlich Anspruch auf einen **gleichberechtigten Zugang zu Prävention, Beratung, Behandlung und Nachsorge** (Vereinte Nationen, 2006, Art. 25). In der Praxis sind die Strukturen der Suchthilfe und Suchtprävention jedoch bislang nur teilweise auf ihre kommunikativen, kognitiven und lebensweltbezogenen Bedürfnisse ausgerichtet. Zwar bestehen einzelne zielgruppenspezifische Programme, Materialien und Modellprojekte, eine flächendeckende und regelhaft finanzierte Versorgungsstruktur ist bislang jedoch nicht etabliert (Rathmann et al., 2023; Schote & Rathmann, 2024).

Einen differenzierten Einblick in die aktuelle Versorgungspraxis bietet eine bundesweite Onlinebefragung von Fachkräften des Suchthilfesystems durch Schote und Rathmann (2024). Knapp zwei Drittel der Befragten gaben an, keine spezifischen Programme oder Maßnahmen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu kennen. Rund 87 % berichteten, dass ihre eigene Einrichtung kein entsprechendes Angebot vorhalte. Dabei zeigten sich Unterschiede zwischen Suchthilfe und Suchtprävention: Während 9,3 % der Fachkräfte aus der Suchthilfe ein zielgruppenspezifisches Angebot angaben, lag dieser Anteil in der Suchtprävention bei 27,7 %. Aufgrund des nicht repräsentativen Erhebungsdesigns können diese Ergebnisse nicht auf alle Einrichtungen in Deutschland übertragen werden. Sie weisen jedoch darauf hin, dass entsprechende Angebote bislang eher punktuell als regelhaft verfügbar sind (Schote & Rathmann, 2024).

Eine wesentliche Zugangshürde liegt in der ausgeprägten **Komm-Struktur** vieler Suchthilfeangebote, bei der Hilfesuchende die Initiative zur Kontaktaufnahme und Organisation der Unterstützung selbst übernehmen müssen. Die ratsuchende Person muss zunächst ein mögliches Problem erkennen, Informationen über geeignete Hilfen finden, Kontakt aufnehmen, einen Termin organisieren und das eigene Anliegen in der Beratung verständlich vermitteln. Dies setzt unter anderem Problembewusstsein, Planungskompetenz, Kommunikation, Mobilität und Selbstorganisation voraus. Für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung können daraus erhebliche Barrieren entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Informationen ausschließlich in komplexer Schriftsprache bereitgestellt werden, eine telefonische Kontaktaufnahme vorausgesetzt wird oder Beratungsstellen nicht barrierefrei bzw. nur schwer erreichbar sind (Rathmann et al., 2023).

Weitere Hindernisse können durch **abstrakte Erklärungen**, ein **hohes Gesprächstempo**, **lange Beratungseinheiten** oder den **fehlenden Einsatz visueller und handlungsorientierter Methoden** entstehen. Gleichzeitig bestehen Herausforderungen aufseiten der Fachkräfte. Mitarbeitende der Eingliederungshilfe verfügen nicht immer über ausreichende Kenntnisse zu Substanzkonsum, Suchtdiagnostik und regionalen Behandlungsmöglichkeiten. Fachkräfte der Suchthilfe sind umgekehrt häufig nicht ausreichend mit unterstützter Kommunikation, Leichter Sprache, den Lebensbedingungen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder den Strukturen der Eingliederungshilfe vertraut. Dies kann dazu beitragen, dass problematischer Konsum spät erkannt wird oder Zuständigkeiten zwischen den Hilfesystemen ungeklärt bleiben (Rathmann et al., 2023; Schöte & Rathmann, 2024).

Anforderungen an zugängliche Präventions- und Beratungsangebote

Die zuvor beschriebenen Zugangshürden machen deutlich, dass Barrierefreiheit nicht auf die reine Bereitstellung von Informationen reduziert werden kann. Erforderlich sind vielmehr Anpassungen auf mehreren Ebenen: beim Zugang zu Angeboten, in der Kommunikation, in der Gestaltung von Beratungsprozessen sowie in der Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld. Zugängliche Prävention und Beratung müssen sich dabei an den **individuellen Voraussetzungen**, **Lebenswelten** und **Zielen** der jeweiligen Person orientieren.

Niedrigschwelliger Zugang und Kontinuität

Aus der beschriebenen Versorgungslage ergibt sich zunächst ein Bedarf an niedrigschwelligen, wohnortnahen und aufsuchenden Angeboten. Beratung sollte nicht ausschließlich in der Suchtberatungsstelle stattfinden, sondern bei Bedarf auch in Wohnangeboten, Werkstätten, Tagesförderstätten, Förderschulen oder anderen vertrauten Sozialräumen angeboten werden. Mobile Sprechstunden, offene Informationsveranstaltungen und feste Ansprechpersonen können den Erstkontakt erleichtern. Aufsuchende Elemente dürfen jedoch nicht dazu führen, dass Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und das Recht auf eine unabhängige Beratung eingeschränkt werden.

Bei manchen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung kann der Aufbau einer tragfähigen **Arbeitsbeziehung** sowie die Verarbeitung und Anwendung neuer Informationen mehr Zeit und wiederholte Unterstützung erfordern. Einmalige Informationsveranstaltungen reichen deshalb häufig nicht aus. Erforderlich sind wiederkehrende Angebote, feste Ansprechpersonen und geregelte Übergänge zwischen Prävention, Beratung, medizinischer Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge (Rathmann et al., 2023; Slayter, 2008).

Kommunikative Barrierefreiheit und Leichte Sprache

Ein weiterer zentraler Bedarf betrifft die kommunikative Barrierefreiheit. Informationen sollten in Leichter oder Einfacher Sprache bereitgestellt und durch Bilder, Piktogramme, Videos, Audiomaterialien oder

praktische Übungen ergänzt werden. Wesentliche Inhalte müssen wiederholt, in überschaubare Lernschritte unterteilt und anhand konkreter Alltagssituationen vermittelt werden. Geeignet ist dabei häufig eine Kombination verschiedener Darstellungsformen, beispielsweise Text, Bild und gesprochene Erklärung. Dieses **Zwei-Sinne-Prinzip** kann die selbstständige Nutzung von Informationsangeboten unterstützen. Digitale Materialien sollten zudem über Vorlesefunktionen verfügen und mit mobilen Endgeräten zugänglich sein (Rathmann & Karg, 2026).

Dabei reicht es nicht aus, lediglich vorhandene Texte sprachlich zu vereinfachen. Auch Beratungsabläufe, Terminvereinbarungen, Einwilligungserklärungen, diagnostische Verfahren und Behandlungskonzepte müssen auf Verständlichkeit und Zugänglichkeit geprüft werden.

Leichte Sprache ist von Einfacher Sprache zu unterscheiden. Einfache Sprache reduziert die sprachliche Komplexität und richtet sich an eine breite Gruppe von Menschen mit unterschiedlichen Verständnisschwierigkeiten. Für **Deutsche Leichte Sprache** liegt seit März 2025 mit der **DIN SPEC 33429** eine umfassende Empfehlung zur sprachlichen und visuellen Gestaltung sowie zur Beteiligung von Menschen mit Lern- und Leseschwierigkeiten vor. Dabei handelt es sich um eine DIN SPEC und nicht um eine verbindliche DIN-Norm (Deutsches Institut für Normung e. V., 2025).

Unterstützung bei der praktischen Umsetzung bietet die bayerische **Landesfachstelle Barrierefreiheit** im Rahmen ihrer [!\[\]\(e2376d476d06eb31946dc01a69a4403a_img.jpg\) kostenlosen Erstberatung zu Leichter Sprache](#). Das Angebot umfasst allgemeine Informationen zu Leichter Sprache, ihrer Abgrenzung von Einfacher Sprache und ihren Zielgruppen sowie Beratung zum Ablauf von Übersetzungsaufträgen und zur Umsetzung konkreter Übersetzungsprojekte. Menschen mit Lernschwierigkeiten können sich außerdem dazu beraten lassen, wo sie Informationen in Leichter Sprache finden, welche Ansprüche auf verständliche Kommunikation bestehen können und wie Vorurteilen gegenüber Leichter Sprache begegnet werden kann. Die Beratung kann auch in einem inklusiven Team erfolgen, an dem neben einer Fachberaterin eine Prüferin bzw. Nutzerin Leichter Sprache beteiligt ist. Auf diese Weise können Organisationen bereits bei der Planung eines Angebots unmittelbar erfahren, welche sprachlichen Barrieren aus Sicht der Zielgruppe bestehen. Die Landesfachstelle weist zugleich darauf hin, dass Leichte Sprache nicht für alle Menschen ausreichend verständlich ist. Abhängig vom individuellen Kommunikationsbedarf können daher ergänzend oder alternativ Mittel der Unterstützten Kommunikation erforderlich sein (Landesfachstelle Barrierefreiheit, o. D.).

Beispiel:

Online-Selbsttest zum Glücksspielverhalten in Leichter Sprache

Die BAS hat im Rahmen der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern einen bestehenden Online-Selbsttest zum Glücksspielverhalten in Leichte Sprache adaptiert. Ziel des Angebots ist es, Personen eine niedrigschwellige Möglichkeit zu bieten, ihr eigenes Glücksspielverhalten zu überprüfen.

Durch die Verwendung von Leichter Sprache ist der Test insbesondere für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung barrierearm zugänglich. Nach Abschluss des Tests erhalten die Nutzenden eine wissenschaftlich fundierte Einschätzung ihres Glücksspielverhaltens. Ergänzend werden Informationen zu geeigneten Beratungs- und Unterstützungsangeboten bereitgestellt, um bei Bedarf den Zugang zu weiterführender Hilfe zu erleichtern.

Der Selbsttest steht kostenlos und anonym zur Verfügung unter:

[!\[\]\(6bb0e4f14c4133b37d2887cb37e67ddd_img.jpg\) verspiel-nicht-dein-leben.de](https://www.verspiel-nicht-dein-leben.de)

Bei Informationen über Substanzkonsum und Sucht darf die sprachliche Vereinfachung nicht zu fachlichen Verkürzungen oder missverständlichen Aussagen führen. Verständlich erläutert werden müssen insbesondere Wirkungen und Risiken verschiedener Substanzen, mögliche Wechselwirkungen mit Medikamenten,

Merkmale problematischen Konsums sowie Möglichkeiten der Konsumreduktion, Beratung und Behandlung. Geeignet sind kurze und eindeutige Sätze, vertraute Wörter, unmittelbar erklärte Fachbegriffe, eine übersichtliche Gestaltung und eindeutig zuordenbare Bilder oder Piktogramme.

Qualitätssicherung und Beteiligung

Eine fachgerechte Übertragung in Leichte Sprache umfasst neben der sprachlichen Anpassung eine **Prüfung** durch Menschen aus der Zielgruppe. Eine solche Prüfung kann zeigen, ob Wörter, Bilder und Beispiele tatsächlich verstanden werden. Sie ersetzt jedoch nicht die fachliche Kontrolle: Während Menschen mit Lernschwierigkeiten die Verständlichkeit prüfen, müssen Fachpersonen aus Prävention, Medizin oder Suchthilfe die inhaltliche Richtigkeit und Aktualität sicherstellen.

Informationen müssen darüber hinaus konkrete Handlungswege enthalten. Die bloße Aufforderung, „Hilfe zu suchen“, reicht nicht aus. Benötigt werden verständliche Angaben dazu, an wen sich eine Person wenden kann, wie die Kontaktaufnahme abläuft, ob das Angebot kostenlos und vertraulich ist, ob eine Begleitperson mitkommen darf und was beim ersten Termin geschieht. Telefonnummern, Adressen, Öffnungszeiten und digitale Kontaktmöglichkeiten sollten deutlich hervorgehoben und regelmäßig aktualisiert werden.

Die **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen** (DHS) stellt zu mehreren Substanzen und Verhaltensweisen Informationsmaterialien in Leichter Sprache bereit. Ihre bloße Verfügbarkeit gewährleistet jedoch noch nicht, dass sie die vorgesehenen Personen erreichen oder selbstständig genutzt werden können. Die Materialien sollten deshalb in persönliche Beratungs- oder Präventionsangebote eingebettet werden. Fachkräfte können die Inhalte gemeinsam mit der Person bearbeiten, Verständnisfragen klären und Bezüge zur individuellen Lebenssituation herstellen. Das Material dient dabei als Unterstützung und Erinnerung, ersetzt aber weder eine individuelle Beratung noch eine medizinische oder therapeutische Behandlung (DHS, o. D.; Rathmann et al., 2023).

Kommunikative Barrierefreiheit muss sich durch den gesamten Hilfeprozess ziehen. Eine Broschüre in Leichter Sprache entfaltet nur begrenzte Wirkung, wenn Terminvereinbarung, Anmeldebogen, Datenschutzerklärung oder Behandlungsvereinbarung weiterhin hohe sprachliche und kognitive Anforderungen stellen. Barrierefreie Kommunikation betrifft daher die öffentliche Darstellung des Angebots ebenso wie Kontaktaufnahme, Beratung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge.

Link-Box

- Die **DIN SPEC 33429**:  [Dinmedia.de](https://www.dinmedia.de) (PDF-Download)
- Materialien der **DHS**
 - Die Seite der DHS in leichter Sprache:  <https://www.dhs.de/leichte-sprache/>
 - DHS Informationsmaterial in Leichter Sprache:  [Zum Bestellcenter](#)
- Bayerische **Landesfachstelle Barrierefreiheit**
 - Kostenlose Erstberatung zu Leichter Sprache, auch im inklusiven Beratungsteam:  [Weitere Informationen](#)

Bezugspersonen und personenzentrierte Zielsetzung

Bezugspersonen können eine wichtige vermittelnde Funktion übernehmen. Sie können Informationen erklären, bei der Kontaktaufnahme unterstützen, Veränderungen im Konsumverhalten wahrnehmen und bei der Umsetzung vereinbarter Schritte helfen. In der Gesundheitskompetenzforschung werden Personen, die andere beim Zugang zu Gesundheitsinformationen und deren Verarbeitung unterstützen, teilweise als „**Literacy Mediators**“ bezeichnet und als Bestandteil einer sozial verteilten Gesundheitskompetenz verstanden (Geukes et al., 2019).

Ihre Beteiligung sollte jedoch nur mit Zustimmung der betroffenen Person erfolgen. Unterstützungspersonen dürfen nicht an die Stelle der direkten Kommunikation mit der ratsuchenden Person treten. Ebenso müssen Schweigepflicht, Datenschutz, Entscheidungsfreiheit und mögliche Interessenkonflikte berücksichtigt werden.

Notwendig ist außerdem eine **inhaltliche Erweiterung von Prävention und Beratung**. Zielsetzungen müssen individuell bestimmt werden und können neben Abstinenz auch die Reduktion von Risiken, die Verringerung des Konsums oder die Stabilisierung gesundheitlicher und sozialer Teilhabe umfassen. Abhängig vom individuellen Risiko, dem diagnostischen Befund und den Wünschen der Person können auch die Förderung eines gesundheitsbewussten Umgangs, die Reduktion des Konsums, die Vermeidung besonders riskanter Situationen, die Vermittlung von Konsumalternativen oder die Motivation zur weiterführenden Behandlung angemessen sein.

Bei bestehender Abhängigkeit, erheblichen gesundheitlichen Risiken oder fehlender Fähigkeit zur Konsumkontrolle können dagegen abstinenzorientierte und therapeutische Maßnahmen erforderlich werden. Die Zielentscheidung sollte personenzentriert, fachlich begründet und möglichst gemeinsam mit der betroffenen Person getroffen werden (Rathmann et al., 2023).

Lebensweltorientierung, Partizipation und Peer-Ansätze

Geeignete Maßnahmen sollten **lebensweltorientiert** sein. Inhalte müssen an Situationen anknüpfen, in denen Substanzen tatsächlich konsumiert oder angeboten werden, beispielsweise bei Feiern, in der Freizeit, in Beziehungen, am Arbeitsplatz oder im Wohnumfeld. Praktische Übungen zum Nein-Sagen, zum Erkennen riskanter Situationen, zum Umgang mit Gruppendruck oder zur Entwicklung von Konsumalternativen sind daher oft besser geeignet als eine ausschließlich abstrakte Wissensvermittlung.

Ebenso wichtig ist die **Partizipation der Nutzenden**. Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sollten nicht lediglich nachträglich zur Verständlichkeit fertiger Materialien befragt, sondern möglichst früh an Bedarfserhebung, Themenauswahl, Entwicklung und Erprobung beteiligt werden. Kreativwerkstätten, inklusive Arbeitsgruppen, Fokusgruppen und systematische Nutzertestungen bieten hierfür geeignete Formate. Das Projekt SKoL zeigt beispielsweise, wie Materialien und digitale Anwendungen gemeinsam mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entwickelt und anschließend in ihren Lebenswelten erprobt werden können (Rathmann & Karg, 2026).

Peer-Ansätze können die Zugänglichkeit zusätzlich verbessern. Geschulte Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung können Informationen aus einer geteilten Lebens- und Erfahrungsperspektive vermitteln und dadurch einen niedrigschwelligen Zugang unterstützen. Die Wirksamkeit solcher Ansätze hinsichtlich Zugang, Inanspruchnahme und langfristiger Effekte ist bislang noch nicht ausreichend untersucht.

Peer-Education benötigt eine fachliche Begleitung, angemessene Qualifizierung, verständliche Materialien und klare Grenzen der Verantwortung. Peers sollen professionelle Beratung und Behandlung ergänzen, nicht ersetzen. Das **Bundesmodellprojekt „einfach.gut.beraten – aktionberatung – die peers“** erprobte diesen

Ansatz vom 1. Februar 2023 bis zum 1. August 2025 an vier Modellstandorten in Wohnangeboten und Werkstätten. Das Projekt wurde extern evaluiert; aus der veröffentlichten Projektbeschreibung lassen sich jedoch noch keine abschließenden Wirksamkeitsaussagen ableiten (Bundesministerium für Gesundheit, 2023).

Insgesamt erfordern zugängliche Präventions- und Beratungsangebote daher einen Ansatz, der Schutz und Selbstbestimmung miteinander verbindet. Pauschale Verbote oder Sanktionen können dazu führen, dass Konsum verborgen wird; erforderlich sind stattdessen nachvollziehbare, gemeinsam entwickelte Unterstützungs- und Schutzkonzepte.

Kooperation der Hilfesysteme

Die Unterstützung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum erfordert eine **Zusammenarbeit verschiedener Hilfesysteme**. Weder die Eingliederungshilfe noch die Suchthilfe kann die damit verbundenen Anforderungen allein abdecken. Die Eingliederungshilfe verfügt über Kenntnisse der individuellen Lebenssituation, der kommunikativen Möglichkeiten und des konkreten Unterstützungsbedarfs einer Person. Die Suchthilfe bringt Expertise zu Substanzwirkungen, Suchtdiagnostik, Beratung, Motivationsarbeit, Behandlung und Rückfallprävention ein. Erst durch die Verbindung dieser Perspektiven kann eine Unterstützung entstehen, die sowohl fachlich angemessen als auch zugänglich gestaltet ist.

Die Bedeutung von Kooperation wird auch durch die bundesweite Fachkräftebefragung von Schöte und Rathmann (2024) verdeutlicht. Einrichtungen, die mit mindestens einer Einrichtung der Eingliederungshilfe kooperierten, verfügten häufiger über zielgruppenspezifische Angebote als Einrichtungen ohne entsprechende Kooperationen (21,8 % gegenüber 4,5 %). Aufgrund des Studiendesigns lässt sich daraus jedoch kein kausaler Zusammenhang ableiten. Der Befund liefert dennoch einen Hinweis darauf, dass bestehende Kooperationsstrukturen die Entwicklung und Umsetzung zielgruppenspezifischer Angebote unterstützen können.

Für die Eingliederungshilfe bedeutet dies zunächst, problematischen Substanzkonsum als mögliches **Gesundheitsthema** wahrzunehmen, ohne ihn vorschnell zu moralisieren, zu pathologisieren oder zu sanktionieren. Fachkräfte können Veränderungen ansprechen, verständliche Informationen vermitteln, individuelle Ziele im Alltag unterstützen und bei Bedarf den Zugang zur Suchthilfe begleiten. Eine professionelle Haltung bedeutet dabei Unterstützung und gemeinsame Entscheidungsfindung statt bevormundender Kontrolle. Gleichzeitig schließt Selbstbestimmung die fachliche Rückmeldung, die gemeinsame Einschätzung von Risiken und notwendige Schutzmaßnahmen nicht aus.

Auch die Suchthilfe steht vor der Aufgabe, ihre Angebote stärker an die Bedürfnisse von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung anzupassen. Dazu gehören verständliche Informationsmaterialien, flexible Terminvereinbarungen, ausreichend Zeit für Gespräche, gegebenenfalls auf mehrere Termine verteilte Beratungsschritte, barrierefreie Räumlichkeiten, aufsuchende Elemente sowie individuell angepasste Beratungs- und Behandlungsmethoden.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert die **Diagnostik**. Bei der Auswahl und Interpretation diagnostischer Instrumente müssen deren psychometrische Eignung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die sprachliche Verständlichkeit sowie mögliche ergänzende Informationsquellen berücksichtigt werden. Verfahren, die nicht ausreichend validiert oder für die Zielgruppe sprachlich und kognitiv ungeeignet sind, sollten nicht unkritisch eingesetzt werden (Kooijmans et al., 2022; VanDerNagel et al., 2013).

Nachhaltige Kooperation erfordert verbindliche Strukturen. Dazu können feste Ansprechpersonen, gemeinsame Fallbesprechungen mit Einwilligung der betroffenen Person, gegenseitige Hospitationen, gemeinsame Fortbildungen, schriftliche Kooperationsvereinbarungen und abgestimmte Krisenwege gehören.

Zusammenarbeit sollte dabei nicht erst bei akuten Krisen oder manifesten Abhängigkeitserkrankungen einsetzen, sondern bereits Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung einschließen.

Bestehende Programme, Projekte und Materialien

Die beschriebenen Anforderungen finden sich bislang nur teilweise in der Versorgungspraxis wieder. Im Folgenden werden daher bestehende Programme, Materialien und Modellprojekte dargestellt, die Ansätze für eine zugänglichere Prävention und Beratung bieten ( **Tabelle 2**). Der jeweilige Status und die Art der vorhandenen wissenschaftlichen bzw. projektbezogenen Nachweise werden deshalb gesondert ausgewiesen.

Die Aufnahme eines Angebots bedeutet nicht, dass es flächendeckend verfügbar oder seine Wirksamkeit umfassend nachgewiesen ist. Bei mehreren älteren Programmen liegen vor allem Projektdokumentationen und Praxiserfahrungen, jedoch keine belastbaren kontrollierten Wirksamkeitsstudien vor.

 **Tabelle 2:** Bestehende Programme, Projekte und Materialien.

PeP-Unterrichtsprogramm	Schwerpunkt Gesundheitsförderung sowie Sucht- und Gewaltprävention für Schülerinnen und Schüler mit besonderem Förderbedarf	Ansatz Unterrichtsprogramm für Förderschulen
PeP wurde vom Nordverbund suchtpreventiver Fachstellen und dem IFT-Nord für Förder- bzw. Sonderschulen entwickelt. Das Manual und entsprechende Fortbildungsangebote sind weiterhin verfügbar; eine belastbare kontrollierte Wirksamkeitsevaluation ist in den ausgewerteten Quellen nicht ausgewiesen (Nordverbund suchtpreventiver Fachstellen, 2008).		
DIDAK®	Schwerpunkt Umgang mit alkoholbezogenen Problemlagen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung	Ansatz Unterstützung in Wohn- und Arbeitsbereichen
Im Modellprojekt „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“ entwickelt und erprobt. Es handelt sich um ein historisches Modellprojekt; die Projektdokumentation stammt aus dem Jahr 2006. Eine aktuelle Verfügbarkeit oder kontrollierte Wirksamkeitsevaluation ist nicht ausgewiesen (Kretschmann-Weelink, 2006).  https://www.westfalenfleiss.de/ueber-uns/besonderes/didak-alkoholpraeventionsprogramm.html		
SAG NEIN!	Schwerpunkt Umgang mit Alkohol, Tabak und Cannabis; Stärkung von Ablehnungs- und Handlungskompetenzen	Ansatz Projektwoche an Förderschulen
Praxishandbuch der Landschaftsverband-Westfalen-Lippe (LWL)-Koordinationsstelle Sucht. Das Programm wird im Rahmen von TANDEM-Transfer weiterhin in Fachkräfteschulungen vermittelt (LWL-Koordinationsstelle Sucht, 2017).  https://www.lwl-ks.de/de/qualifizierung/zertifikatskurse/zfk-sag-nein/		

SUPi – Suchtprävention inklusiv	Schwerpunkt Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol und Nikotin; Prävention und Frühintervention	Ansatz Gruppentraining in Einrichtungen der Eingliederungshilfe
Vom Caritasverband für die Diözese Osnabrück entwickelt. Für SUPi liegt inzwischen eine veröffentlichte Wirkungsevaluation vor. Berichtet werden positive Veränderungen unter anderem beim Wissen, bei konsumbezogenen Einstellungen und beim Umgang mit Substanzen (Tielking & Klinkhamer, 2025). ▶ https://www.caritas-os.de/themen/mein-leben-ohne-sucht/angebote/supi--suchtpraevention-inklusiv ▶ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/supi		

TANDEM	Schwerpunkt Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol und Nikotin; Prävention und Frühintervention	Ansatz Gruppentraining in Einrichtungen der Eingliederungshilfe
BMG-gefördertes Modellprojekt mit Laufzeit 2018 bis 2022 vom 1. September 2018 bis zum 28. Februar 2022. Untersucht wurden vor allem Passung und Umsetzung der übertragenen Instrumente; eine langfristige Wirksamkeitsprüfung war nicht Gegenstand des Projekts. Materialien und Berichte sind weiterhin verfügbar (Bundesministerium für Gesundheit, 2022). ▶ https://www.lwl-ks.de/de/projekte/tandem-transfer/		

TANDEM-Transfer und TANDEM-Hilfe-Finder	Schwerpunkt Transfer der Projektergebnisse, Qualifizierung von Fachkräften und Vermittlung geeigneter Einrichtungen	Ansatz Schulungen zu SumID-Q, „Less Booze or Drugs“ und „SAG NEIN!“; bundesweites Onlineverzeichnis
Fortführung der TANDEM-Ergebnisse. Der Hilfe-Finder enthält Beratungs-, Präventions- und Behandlungsangebote im Themenfeld intellektuelle Beeinträchtigung und Sucht (TANDEM-Hilfe-Finder) und wird als bundesweites Einrichtungsverzeichnis fortgeführt. Das Verzeichnis befindet sich weiterhin im Aufbau und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit (LWL-Koordinationsstelle Sucht, o. D.). ▶ https://www.lwl-ks.de/de/schwerpunkte/tandem-datenbank/		

aktionberatung – einfach.gut.beraten	Schwerpunkt Beratung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum	Ansatz Beratungshandbücher und Schulungen
Aus dem Modellprojekt ging unter anderem ein mehrbändiges Beratungshandbuch hervor (Abel, 2020). ▶ https://www.aktionberatung.de/projekt		

einfach.gut.beraten – die peers	Schwerpunkt Peer-Education und Stärkung von Selbstvertretung	Ansatz Qualifizierung von Peers
BMG-gefördertes Nachfolgeprojekt mit Laufzeit Februar 2023 bis August 2025. Das Projekt endete am 1. August 2025 und wurde an vier Modellstandorten extern evaluiert. Die Veröffentlichung übertragbarer Schulungsmaterialien war als Projektergebnis vorgesehen; aus der bisherigen Projektbeschreibung lassen sich jedoch noch keine belastbaren Wirksamkeitsaussagen ableiten (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). ▶ https://www.aktionberatung.de/projekt		

Prävention inklusiv	Schwerpunkt Entwicklung einrichtungsbezogener Präventionsstrukturen	Ansatz Organisationsentwicklung
Konzept der Fachstelle für Suchtprävention Berlin. Es handelt sich weniger um einen einzelnen Kurs als um eine Arbeitshilfe zur Entwicklung einer einrichtungsweiten Präventionsstrategie (Schmidt, 2020).  https://www.berlin-suchtpraevention.de/bestellportal/infoblaetter-und-broschueren/praeventioninklusiv/		

Suchthilfe für Alle	Schwerpunkt Verbesserung des Zugangs von Menschen mit Behinderungen zur Suchtberatung	Ansatz Vernetzung regionaler Dienste, Fortbildungen, Workshops und praktische Materialien
Das von Aktion Mensch geförderte regionale Modellprojekt des Caritasverbands Emsdetten-Greven lief bis 2017. Entwickelt wurden unter anderem Vernetzungsstrukturen sowie zielgruppenspezifische Kurs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote. Eine kontrollierte Wirksamkeitsevaluation ist nicht ausgewiesen (Caritasverband Emsdetten-Greven, 2016).		

SKoL	Schwerpunkt Förderung von Substanzkompetenz und Gesundheitswissen	Ansatz Toolbox und App
Projektlaufzeit 2020 bis 2024. Materialien und App wurden gemeinsam mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entwickelt und erprobt. Die wissenschaftliche Projektdarstellung erschien 2026 (Rathmann & Karg, 2026).  https://skol-substanzbox.de/		

Bewertung der vorhandenen Angebotslandschaft

Die Übersicht zeigt, dass inzwischen eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze zur Prävention, Beratung und Unterstützung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entwickelt wurde. Sie reichen von schulischen Präventionsprogrammen (z. B. PeP, SAG NEIN!) über gruppenbasierte Interventionen (SUPi), Beratungs- und Qualifizierungskonzepte (aktionberatung – einfach.gut.beraten) bis hin zu Projekten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Eingliederungshilfe (TANDEM, TANDEM-Transfer) sowie partizipativ entwickelten Materialien und digitalen Anwendungen (SKoL). Ergänzt werden diese Ansätze durch organisationsbezogene Konzepte wie Prävention inklusiv, die weniger auf einzelne Personen als auf die strukturelle Verankerung von Prävention in Einrichtungen abzielen.

Die vorhandenen Angebote unterscheiden sich jedoch nicht nur hinsichtlich ihrer Zielsetzung, sondern auch hinsichtlich ihres Entwicklungsstands und ihrer wissenschaftlichen Absicherung. Einige Programme wurden vor allem im Rahmen zeitlich befristeter Modellprojekte entwickelt und praktisch erprobt (z. B. DIDAK® oder Suchthilfe für Alle). Andere verfolgen insbesondere das Ziel, Fachkräfte zu qualifizieren, Materialien bereitzustellen oder die Vernetzung zwischen den Hilfesystemen zu verbessern, ohne dass die unmittelbare Wirkung auf das Konsumverhalten untersucht wurde.

Die Evidenzlage ist entsprechend heterogen. Für SUPi liegt inzwischen eine veröffentlichte Wirkungsevaluation vor, die positive Veränderungen unter anderem hinsichtlich des Wissens über Substanzen, konsumbezogener Einstellungen und des Umgangs mit Alkohol und Nikotin berichtet (Tielking & Klinkhamer, 2025). Für die übrigen dargestellten Angebote liegen überwiegend Programmbeschreibungen,

Projektdokumentationen, Implementationsberichte oder Untersuchungen zur praktischen Umsetzbarkeit vor. Kontrollierte Wirksamkeitsstudien und Erkenntnisse zu langfristigen Effekten sind bislang selten.

Aus der Existenz eines Manuals, einer Toolbox oder eines Modellprojekts kann daher weder auf eine flächendeckende Verfügbarkeit noch auf eine nachgewiesene Wirksamkeit geschlossen werden. Für die fachliche Einordnung ist vielmehr zwischen Konzeptentwicklung, praktischer Erprobung, Implementationsuntersuchung und Wirkungsevaluation zu unterscheiden.

Für eine nachhaltige Weiterentwicklung erscheint es sinnvoll, bereits vorhandene Materialien stärker zu bündeln, regelmäßig zu aktualisieren und in verbindliche Kooperationsstrukturen einzubetten. Darüber hinaus bedarf es einer dauerhaften Finanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen, barrierefreier Kommunikation, aufsuchender Beratung und langfristiger Begleitung, damit erfolgreiche Modellansätze in die Regelversorgung überführt werden können.

Ein tragfähiges Versorgungskonzept verbindet universelle Prävention, zielgruppenspezifische Früherkennung, individuell angepasste Beratung und Behandlung sowie eine verlässliche Nachsorge. Erst wenn diese Bestandteile ohne besondere Zugangsbarrieren verfügbar sind und von den beteiligten Hilfesystemen gemeinsam getragen werden, kann von einer inklusiven Versorgung im Bereich der Suchthilfe gesprochen werden.

Tipp-Box

Für die Praxis: Prüfen Sie vorhandene Informationsmaterialien auf Leichte-Sprache-Qualität (DIN SPEC 33429) und binden Sie sie in persönliche Beratung ein, statt sie nur auszulegen. Nutzen Sie den TANDEM-Hilfe-Finder, um passende Angebote in Ihrer Region zu identifizieren.

8. Versorgung und Behandlung



ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS

Behandlung folgt grundsätzlich denselben **fachlichen Standards** wie bei Menschen ohne Beeinträchtigung, erfordert aber **Anpassungen** an sprachliche, kognitive und adaptive Voraussetzungen. Die Diagnostik muss abstrakte Begriffe durch konkrete Fragen und visuelle Hilfen ersetzen; standardisierte Instrumente wie der SumID-Q unterstützen, ersetzen aber keine klinische Diagnostik.

Bei **Komorbidität** ist eine sorgfältige differenzialdiagnostische Abklärung nötig, um „diagnostische Überschattung“ zu vermeiden. **Medizinisch-psychiatrisch** gelten dieselben Behandlungsleitlinien wie in der Allgemeinbevölkerung (z. B. S3-Leitlinien zu Alkohol, Opioiden, Psychosen mit Sucht-Komorbidität), ergänzt um verständliche Vorbereitung, feste Bezugspersonen und reizarme Bedingungen bei Entzugsbehandlungen. Medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V können bei komplexem Bedarf ergänzend einbezogen werden.

Zentral ist die **rechtssichere Einwilligung**: Eine Beeinträchtigung schließt Einwilligungsfähigkeit nicht automatisch aus (§§ 630d, 630e BGB); unterstützte Entscheidungsfindung hat Vorrang vor Fremdentcheidung (Art. 12 UN-BRK). **Suchtberatung/Psychotherapie** sollten angepasst, nicht separat organisiert werden (kürzere, strukturierte Sitzungen, Wiederholung, konkrete Übungen).

Bei der Wahl des **Settings** (ambulant/teilstationär/stationär) ist die Passung zu Unterstützungsbedarf und Risiko entscheidend, nicht die Fähigkeit, ein unverändertes Standardprogramm zu absolvieren.

Im Wohnalltag gilt: Wohnangebote sind privater Lebensort, keine Entzugseinrichtung – Regeln müssen sachlich begründet und verhältnismäßig sein.

Selbstbestimmung schließt das Recht auf risikobehaftete Entscheidungen ein; professionelles Handeln bewegt sich zwischen Unterversorgung und Überkontrolle.

Die zuvor beschriebenen Anforderungen an Prävention und Beratung setzen sich in **Diagnostik, Behandlung und Nachsorge** fort.

Die Versorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und substanzbezogenen Problemen folgt grundsätzlich denselben fachlichen Standards wie die Versorgung von Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigung. Gleichzeitig stellt sie besondere Anforderungen an das Gesundheits- und Unterstützungssystem. Diese ergeben sich weniger aus der Beeinträchtigung selbst als aus Barrieren in Kommunikation, Diagnostik, Zugänglichkeit und der Zusammenarbeit der beteiligten Hilfesysteme.

Erforderlich sind **angemessene Anpassungen** an die sprachlichen, kognitiven, emotionalen und adaptiven Voraussetzungen der jeweiligen Person. Die Versorgung sollte personenzentriert, barrierefrei und multiprofessionell erfolgen. Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Suchthilfe und Eingliederungshilfe verfügen jeweils über unterschiedliche Kompetenzen, die in komplexen Versorgungssituationen miteinander verbunden werden müssen. Eine intellektuelle Beeinträchtigung darf dabei weder als pauschaler Ausschlussgrund für Beratung oder Behandlung noch als Erklärung für sämtliche körperlichen, psychischen oder sozialen Auffälligkeiten dienen (Sappok et al., 2019; Didden et al., 2020).

Grundsätze einer bedarfsgerechten Versorgung

Ausgangspunkt der Versorgung ist der in  **Kapitel 3** dargestellte Anspruch auf gleichberechtigte Gesundheitsversorgung nach Art. 25 UN-BRK. Gleichbehandlung bedeutet dabei nicht, allen Menschen unabhängig von ihren Voraussetzungen identische Angebote zu machen. Vielmehr müssen allgemeine Versorgungsangebote so angepasst werden, dass sie tatsächlich verstanden, erreicht und genutzt werden können.

Eine bedarfsgerechte Versorgung erfordert daher nicht nur eine fachlich angemessene Behandlung, sondern auch geeignete Vorkehrungen für Kommunikation, Orientierung und Unterstützung. Dazu gehören ausreichend Zeit, verständliche Informationen, überschaubare Behandlungsabläufe, feste Ansprechpersonen und bei Bedarf die Nutzung von Leichter Sprache, Bildern oder unterstützter Kommunikation. Behandlungsschritte sollten nachvollziehbar erklärt und möglichst gemeinsam mit der betroffenen Person geplant werden.

Die Unterstützung sollte sich nicht ausschließlich an Defiziten orientieren. Zu berücksichtigen sind ebenso die Kompetenzen, Interessen, sozialen Beziehungen und bisherigen Bewältigungsstrategien der Person. Dies gilt auch für die Festlegung von Behandlungszielen. Ziel ist eine Balance zwischen Selbstbestimmung und Schutz, ohne problematischen Konsum zu verharmlosen oder Menschen aufgrund ihrer intellektuellen Beeinträchtigung zu bevormunden.

Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Diagnostik substanzbezogener Störungen kann durch Einschränkungen des Sprachverständnisses, des Erinnerungsvermögens, der zeitlichen Orientierung und der Selbstreflexion erschwert sein. Fragen nach Konsummengen, Konsumhäufigkeiten oder Zeiträumen werden möglicherweise anders verstanden, als sie von den Fachkräften gemeint sind. Abstrakte Begriffe wie „gelegentlich“, „regelmäßig“, „Kontrollverlust“ oder „starkes Verlangen“ sollten daher durch konkrete Fragen und anschauliche Beispiele ergänzt werden.

Hilfreicher als eine **allgemeine Frage** nach dem Alkoholkonsum kann beispielsweise die gemeinsame Rekonstruktion einer typischen Woche sein. Bilder von Getränken oder Verpackungen, Mengenabbildungen, Kalender sowie die Zuordnung des Konsums zu Arbeitstagen, Wochenenden und Freizeitaktivitäten können die Erinnerung und Verständigung unterstützen. Fragen sollten einzeln gestellt und Antworten nicht durch komplexe Formulierungen oder suggestive Vorgaben beeinflusst werden (Finlay & Lyons, 2001; Kooijmans et al., 2022; VanDerNagel et al., 2013).

Standardisierte Screeningverfahren, die für die Allgemeinbevölkerung entwickelt wurden, dürfen *nicht* unkritisch übernommen werden. Ihre sprachlichen und kognitiven Anforderungen können dazu führen, dass Risiken übersehen oder Antworten falsch interpretiert werden. Wie bereits erwähnt sollen hier angepasste Verfahren wie der SumID-Q zum Einsatz kommen. Der SumID-Q kann die Anamnese strukturieren und die Erfassung des Konsumverhaltens unterstützen; er ersetzt jedoch keine klinische Diagnostik. Zudem ist ihre Übertragbarkeit auf den deutschsprachigen Versorgungskontext teilweise noch nicht ausreichend untersucht (van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019; Rathmann et al., 2023).

Die **Selbstauskunft** der betroffenen Person bleibt die **zentrale Informationsquelle**. Ergänzend können – mit ihrer Zustimmung und unter Wahrung der Schweigepflicht – Angehörige, Assistenzpersonen oder Mitarbeitende aus Wohn- und Arbeitsangeboten einbezogen werden. Ergänzende Fremdb Berichte können insbesondere dabei helfen, um Veränderungen gegenüber dem früheren Verhalten zu erkennen. Sie dürfen die Perspektive der betroffenen Person jedoch nicht ersetzen.

Für die diagnostische Beurteilung ist eine individuelle Ausgangslinie wichtig. Veränderungen von Schlaf, Appetit, Kommunikation, Stimmung, Aktivität, Selbstversorgung oder sozialem Verhalten können Hinweise auf Intoxikation, Entzug, eine psychische Erkrankung, Schmerzen oder andere körperliche Beschwerden sein. Sie sind für sich genommen jedoch nicht beweisend. Erforderlich ist deshalb eine multiperspektivische diagnostische Einschätzung, die die betroffene Person, ihr soziales Umfeld, den zeitlichen Verlauf sowie die jeweiligen Lebensbedingungen berücksichtigt (NICE, 2016).

Die diagnostische Einschätzung beschränkt sich nicht auf den Substanzkonsum selbst. Für die Behandlungsplanung ist ebenso bedeutsam, ob weitere psychische oder körperliche Erkrankungen vorliegen und wie diese mit dem Konsum zusammenhängen.

Komorbidität und differenzialdiagnostische Abklärung

Der Begriff **Doppeldiagnose** wird in der Fachliteratur und Versorgungspraxis uneinheitlich verwendet. Je nach Kontext bezeichnet er entweder das gleichzeitige Vorliegen einer intellektuellen Beeinträchtigung und einer psychischen Erkrankung oder das gemeinsame Auftreten einer psychischen Erkrankung und einer Substanzgebrauchsstörung. Für eine fachlich präzise Darstellung sollten die jeweils vorliegenden Diagnosen daher konkret benannt werden.

Intellektuelle Beeinträchtigung, Substanzgebrauchsstörung und weitere psychische Erkrankungen können unabhängig voneinander bestehen und sich zugleich wechselseitig beeinflussen. Depressionen, Angststörungen, Traumafolgestörungen oder psychotische Erkrankungen können problematischen Konsum begünstigen. Umgekehrt können psychoaktive Substanzen psychische Symptome auslösen, verstärken oder überdecken. Auch Intoxikationen und Entzugssyndrome können mit Unruhe, Angst, Wahrnehmungsveränderungen, Aggressivität oder kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen.

Zur differenzialdiagnostischen Abklärung gehören außerdem körperliche Erkrankungen, Schmerzen, Schlafstörungen, Epilepsien, sensorische Einschränkungen und Medikamentennebenwirkungen. Gerade bei eingeschränkter verbaler Kommunikation können körperliche Beschwerden vorrangig durch Verhaltensveränderungen sichtbar werden.

Wie in  [Kapitel 6](#) beschrieben, besteht eine besondere Gefahr in der **diagnostischen Überschattung**. Dabei werden neue körperliche oder psychische Symptome vorschnell als Bestandteil der intellektuellen Beeinträchtigung interpretiert. Ebenso wenig darf jede Verhaltensänderung vorschnell dem Substanzkonsum zugeschrieben werden. Eine belastbare Einordnung erfordert daher eine körperliche Untersuchung, eine vollständige Medikamentenanamnese, eine psychiatrische Differenzialdiagnostik und eine Analyse der zeitlichen Zusammenhänge zwischen Konsum, Symptomen und Lebensereignissen (Sappok et al., 2019; NICE, 2016).

Individuelle Behandlungsplanung

Die Ergebnisse der Diagnostik sollten in eine gemeinsame **biopsychosoziale Fallbeschreibung** einfließen. Diese beschreibt nicht nur die Diagnosen, sondern auch deren mögliche Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen sowie vorhandene Schutzfaktoren und Ressourcen. Darüber hinaus sollten die konsumierte Substanz, das Konsummuster und die Konsumfolgen ebenso berücksichtigt werden wie körperliche und psychische Begleiterkrankungen, kommunikative Fähigkeiten, Alltagskompetenzen sowie die Wohn- und Arbeitssituation. Ebenso wichtig sind die persönlichen Ziele und Wünsche der betroffenen Person.

Aus dieser Fallbeschreibung wird ein individueller Behandlungsplan entwickelt. Er sollte konkrete und verständliche Ziele, Zuständigkeiten, Behandlungsmaßnahmen sowie Kriterien zur Überprüfung des Verlaufs enthalten. Der Behandlungsplan sollte außerdem festlegen, wie bei Krisen, erneutem Konsum oder einer Unterbrechung der Behandlung vorgegangen werden soll.

Medizinische und psychiatrische Behandlung

Intoxikation, Entzug und Krisenversorgung

Akute Intoxikationen und **Entzugssyndrome** werden grundsätzlich nach den jeweiligen suchtmmedizinischen Standards behandelt. Die intellektuelle Beeinträchtigung verändert nicht die medizinische Gefährlichkeit eines Entzugs. Das medizinische Risiko richtet sich insbesondere nach der konsumierten Substanz, Dosis und Konsumdauer, gleichzeitig konsumierten Substanzen, früheren Entzugskomplikationen sowie körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen. Eine intellektuelle Beeinträchtigung ist kein Grund, dieses Risiko geringer einzuschätzen. Sie kann jedoch die Anamnese, die Mitteilung und Einordnung von Beschwerden sowie die klinische Verlaufsbeobachtung erschweren. Veränderungen des Verhaltens dürfen nicht vorschnell der intellektuellen Beeinträchtigung zugeschrieben werden, sondern müssen auch im Hinblick auf Intoxikation, Entzug, Schmerzen, körperliche Erkrankungen und psychische Störungen abgeklärt werden (Sappok et al., 2019; McCormick et al., 2021).

Unabhängig von der jeweiligen Behandlung können ungewohnte Behandlungsumgebungen, wechselndes Personal, Wartezeiten und schwer verständliche Abläufe Angst und Überforderung verstärken. Studien zur Akutversorgung beschreiben insbesondere Kommunikationsprobleme, unzureichend angepasste Abläufe und eine mangelnde Einbeziehung der betroffenen Personen als wiederkehrende Barrieren. Akut- und Entzugsbehandlungen sollten deshalb auf der Grundlage des individuellen Kommunikations-, Orientierungs- und sensorischen Unterstützungsbedarfs angepasst werden. Hilfreich können feste Bezugspersonen, verständliche Tagespläne, reizärmere Bedingungen und die Möglichkeit sein, eine vertraute Person einzubeziehen. Die Einbeziehung einer vertrauten Person sollte mit der betroffenen Person abgestimmt werden und darf das direkte Gespräch mit ihr nicht ersetzen (Moloney et al., 2021; McCormick et al., 2021).

Auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe sollten über **klar geregelte Krisenwege** verfügen, damit bei Intoxikation, Entzug, Überdosierung oder akuter psychischer Gefährdung rasch und angemessen gehandelt werden kann. Krisenpläne sollten Zuständigkeiten, erreichbare medizinische Ansprechstellen, Notrufrkriterien, vorhandene Notfallmedikation sowie die Weitergabe relevanter Informationen festlegen. Sie müssen den Mitarbeitenden und – in verständlicher Form – auch den betroffenen Personen bekannt sein.

Behandlung körperlicher und psychischer Begleiterkrankungen

Die medizinische Behandlung sollte sowohl mögliche Folgen des Substanzkonsums als auch bereits bestehende körperliche und psychische Erkrankungen berücksichtigen. Die somatische Diagnostik sollte sich an der konsumierten Substanz, der Applikationsform, der Konsumdauer, den berichteten Beschwerden und bestehenden Erkrankungen orientieren. Besondere Aufmerksamkeit erfordern Wechselwirkungen mit verordneten Medikamenten und Erkrankungen, die durch Substanzkonsum verschlechtert werden können. Bei eingeschränkter verbaler Kommunikation können Verhaltensänderungen, Schlafstörungen, veränderte Nahrungsaufnahme oder ein Rückgang von Alltagsfähigkeiten Hinweise auf körperliche Beschwerden sein (Sappok et al., 2019).

Psychische Begleiterkrankungen sollten nicht grundsätzlich erst nach Erreichen einer vollständigen Abstinenz diagnostiziert und behandelt werden. Zwar können einzelne Symptome substanzbedingt sein und sich im Verlauf verändern, aber ihr Beginn, ihr zeitlicher Zusammenhang mit Konsum, Intoxikation und Entzug sowie ihr Verlauf in Phasen reduzierten Konsums müssen berücksichtigt werden. Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sollten – mit Zustimmung der betroffenen Person bzw. auf einer anderen rechtlich tragfähigen Grundlage – zusätzlich Beobachtungen von Personen einbezogen werden, die das übliche Verhalten und Funktionsniveau kennen. Die diagnostische Einordnung kann im Verlauf revidiert werden; eine notwendige psychiatrische Akutbehandlung darf jedoch nicht allein deshalb aufgeschoben werden, weil noch keine vollständige Abstinenz erreicht wurde (Sappok et al., 2019; DGPPN & DG-Sucht, 2025).

Neben der spezialisierten Suchtbehandlung übernimmt insbesondere die **hausärztliche Versorgung** eine zentrale Rolle bei der Früherkennung, der körperlichen Diagnostik, der Überprüfung der Medikation und der Koordination fachärztlicher Behandlungen. Psychiatrische Fachversorgung ist insbesondere bei unklaren Verhaltensänderungen, schweren psychischen Erkrankungen oder komplexer Psychopharmakotherapie einzubeziehen. Die Suchthilfe bringt Kompetenzen in Motivationsarbeit, Beratung, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung sowie Rückfallprävention ein. Entscheidend ist eine verbindliche Festlegung der Zuständigkeiten, damit körperliche, psychiatrische und suchtbetogene Probleme nicht jeweils an ein anderes Hilfesystem verwiesen werden (Didden et al., 2020; Sappok et al., 2019).

Reichen die ambulanten Regelangebote aufgrund der Komplexität des Unterstützungsbedarfs nicht aus, können **Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung** oder schweren Mehrfachbehinderungen (§ 119c SGB V) ergänzend einbezogen werden. Ihre Behandlung richtet sich nach dem Gesetz an Erwachsene, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in einem solchen Zentrum angewiesen sind. Ein allgemeiner Anspruch allein aufgrund einer intellektuellen Beeinträchtigung besteht daraus nicht. Die Zentren sollen eng mit anderen behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie mit Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe zusammenarbeiten (§ 119c SGB V).

Link-Box

Ein aktuelles und vollständiges Verzeichnis aller **Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung** (MZEB) in Deutschland finden Sie über die interaktive Suchkarte und Liste der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB:  [Zur Webseite](#)

Erforderlich sind eine vollständige Medikationsübersicht, nachvollziehbare Indikationen und regelmäßige Kontrollen von Wirkung, Nebenwirkungen und fortbestehendem Behandlungsbedarf. Die Übersicht sollte auch Bedarfsmedikation, frei verkäufliche Präparate und tatsächlich konsumierte psychoaktive Substanzen umfassen. Für jedes Psychopharmakon sollten Indikation, Zielsymptome, Behandlungsbeginn, beobachtete Wirkung, Nebenwirkungen und Kriterien für Fortführung, Dosisreduktion oder Absetzen dokumentiert werden. Dies ist besonders relevant, weil Psychopharmaka bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung häufig eingesetzt werden und ein Teil der Verordnungen auf die Kontrolle herausfordernden Verhaltens statt auf eine diagnostizierte psychische Erkrankung zielt (Costello et al., 2022).

Verhaltensveränderungen dürfen nicht ohne sorgfältige diagnostische Abklärung Anlass für eine psychopharmakologische Behandlung sein. Zunächst sind unter anderem körperliche Erkrankungen und Schmerzen, Intoxikation oder Entzug, Nebenwirkungen bestehender Medikamente, psychische Erkrankungen,

kommunikative Überforderung und umfeldbezogene Auslöser zu prüfen. Antipsychotika sollen nicht allein zur Kontrolle herausfordernden Verhaltens eingesetzt werden. Nach NICE kommen sie hierfür nur unter eng begrenzten Voraussetzungen in Betracht, etwa wenn psychosoziale Interventionen und die Behandlung zugrunde liegender körperlicher oder psychischer Erkrankungen nicht ausreichen oder ein sehr hohes Risiko für die Person oder andere besteht. Auch dann sind sie in einen Gesamtbehandlungsplan einzubetten und engmaschig zu überprüfen (NICE, 2015; Sappok et al., 2019).

Schwierigkeiten bei der Medikamenteneinnahme oder der Wahrnehmung von Terminen sollten nicht vorschnell als mangelnde Motivation oder fehlende Compliance interpretiert werden. Häufig liegen Verständnisschwierigkeiten, organisatorische Hürden oder fehlende Unterstützung zugrunde. Darüber hinaus sind Nebenwirkungen, Schluckbeschwerden, mangelnde Beteiligung an der Behandlungsentscheidung, unverständliche Informationen oder ein nicht zur Lebenssituation passendes Einnahmeschema zu prüfen. Verständliche Einnahmepläne, Dosierhilfen, Erinnerungen und vereinfachte Behandlungsschemata können als individuelle Anpassungen vereinbart werden. Solche Hilfen sollten gemeinsam festgelegt und regelmäßig daraufhin überprüft werden, ob sie wirksam, weiterhin erforderlich und von der Person gewünscht sind (Ghosh et al., 2025).

Aufklärung, Einwilligung und unterstützte Entscheidungsfindung

Eine intellektuelle Beeinträchtigung bedeutet nicht automatisch, dass eine Person nicht in eine medizinische oder therapeutische Behandlung einwilligen kann. **Einwilligungsfähigkeit** ist immer bezogen auf die konkrete Entscheidung und den jeweiligen Zeitpunkt zu beurteilen. Auch eine bestehende rechtliche Betreuung erlaubt keinen pauschalen Rückschluss auf Einwilligungsunfähigkeit. Maßgeblich ist, ob die Person nach einer an ihre Voraussetzungen angepassten Aufklärung Wesen, Bedeutung, Nutzen, Risiken und Alternativen der konkreten Maßnahme verstehen, gegeneinander abwägen und eine darauf beruhende Entscheidung treffen kann. Der aktuelle Wille einer einwilligungsfähigen Person bleibt auch bei bestehender rechtlicher Betreuung maßgeblich (Bundesärztekammer, 2019; Dunn et al., 2024).

Vor einer Behandlung müssen **Zweck, Ablauf, Nutzen, Risiken und Alternativen** in verständlicher Form erläutert werden. Nach § 630e BGB muss die Aufklärung außerdem so rechtzeitig erfolgen, dass die Entscheidung wohlüberlegt getroffen werden kann. Leichte Sprache, Bilder, Wiederholungen, konkrete Beispiele und zusätzliche Bedenkzeit können die Entscheidungsfähigkeit unterstützen. Informationen sollten in überschaubare Abschnitte gegliedert und Verständnisfragen nicht lediglich mit Ja oder Nein gestellt werden. Je nach Wunsch der betroffenen Person kann eine vertraute oder unterstützende Person einbezogen werden; diese darf jedoch nicht anstelle der betroffenen Person angesprochen werden (Dunn et al., 2024; § 630e BGB).

Ist eine Person hinsichtlich der konkreten medizinischen Maßnahme trotz angemessener Unterstützung nicht einwilligungsfähig, ist nach § 630d Abs. 1 BGB die Einwilligung einer hierzu **berechtigten Person** einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung die Maßnahme gestattet oder untersagt. Berechtigt ist nicht automatisch jede angehörige oder betreuende Person, sondern insbesondere eine entsprechend bevollmächtigte Person oder eine rechtliche Betreuerin bzw. ein rechtlicher Betreuer mit dem hierfür erforderlichen Aufgabenbereich. Kann bei einer unaufschiebbaren Maßnahme die erforderliche Einwilligung nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen der betroffenen Person entspricht (§ 630d BGB).

Auch in diesem Fall bleibt die betroffene Person entsprechend ihren Möglichkeiten einzubeziehen. § 630e Abs. 5 BGB verlangt, ihr die wesentlichen Umstände entsprechend ihrem Verständnis zu erläutern, soweit sie die Erläuterung aufnehmen kann und diese ihrem Wohl nicht zuwiderläuft. Maßgeblich sind zudem eine vorhandene Patientenverfügung, frühere Behandlungswünsche und der feststellbare oder mutmaßliche Wille der Person (§§ 1827 und 1828 BGB). Ihre Wünsche, Äußerungen und ablehnenden Reaktionen sind zu

berücksichtigen. Soweit eine rechtliche Betreuung besteht, hat die Betreuerin oder der Betreuer die Person nach § 1821 BGB dabei zu unterstützen, ihre Angelegenheiten möglichst selbst rechtlich zu besorgen, und ihre Wünsche grundsätzlich zu beachten. Eine stellvertretende Entscheidung ist daher nicht der Ausgangspunkt, sondern kommt erst in Betracht, wenn die Person die konkrete Entscheidung trotz angemessener Unterstützung nicht selbst treffen kann (Vereinte Nationen, 2006, Art. 12; § 1821 BGB).

Sind die Voraussetzungen für eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung geschaffen, folgt die eigentliche Beratung und Behandlung. Diese orientiert sich grundsätzlich an den fachlichen Standards der Suchthilfe, muss jedoch an die individuellen kommunikativen und kognitiven Voraussetzungen angepasst werden.

Suchtberatung, Psychotherapie und Rehabilitation

Suchtberatung

Suchtberatungsstellen können eine **frühe und niedrigschwellige fachliche Anlaufstelle** bei riskantem oder abhängigem Konsum sein. Zu ihren Aufgaben gehören die Klärung des Hilfebedarfs, soziale Diagnostik, die Förderung von Veränderungsmotivation, Beratung zu Schadensminderung und Behandlung sowie die Vermittlung in weiterführende medizinische und psychosoziale Hilfen. Sie können außerdem die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation unterstützen und nach Abschluss der Rehabilitation an der Nachsorge und weiteren Stabilisierung mitwirken (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2019; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2025).

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sollten grundsätzlich Zugang zu den regulären Angeboten der Suchthilfe haben. Diese müssen jedoch kommunikativ, organisatorisch und methodisch zugänglich gestaltet werden. Spezialisierte Angebote und Fachberatung können die Regelversorgung ergänzen, insbesondere bei komplexem Unterstützungsbedarf. Versorgungsbarrieren können unter anderem durch schwer verständliche Informationen, unklare Zugangswege, fehlende Erfahrung der Fachkräfte und eine unzureichende Kooperation zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe entstehen (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, 2015; Slayter, 2008).

Zur Anpassung der Beratung gehören verständliche Informationen, konkrete statt abstrakter Fragen, visuelle Materialien, ausreichend Zeit sowie eine begrenzte Anzahl von Themen pro Gespräch. Inhalte und Vereinbarungen sollten in verständlicher Form festgehalten und in späteren Gesprächen wieder aufgegriffen werden. Dabei ist jeweils zu prüfen, ob die verwendete Sprache und die Materialien tatsächlich verstanden werden. Die Anpassung sollte sich nicht allein am IQ-Wert orientieren, sondern unter anderem Sprachverständnis, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, lebenspraktische Fähigkeiten und den individuellen Unterstützungsbedarf berücksichtigen (Abel, 2020; Finlay & Lyons, 2001; Poku et al., 2026).

Mit Zustimmung der betroffenen Person können Angehörige oder Assistenzpersonen die Kontaktaufnahme, Terminorganisation und Umsetzung von Vereinbarungen unterstützen. Ihre Beteiligung darf jedoch weder die unmittelbare Kommunikation mit der betroffenen Person noch deren Perspektive und Entscheidungsbeteiligung ersetzen. Aufgaben und Grenzen der Beteiligung sollten gemeinsam geklärt werden.

Psychotherapie

Eine intellektuelle Beeinträchtigung stellt für sich genommen keinen Ausschlussgrund für **Psychotherapie** dar. Die Indikation richtet sich nach der substanzbezogenen oder weiteren psychischen Störung, dem individuellen Leidensdruck, den Behandlungszielen und den Möglichkeiten, eine Teilnahme durch geeignete

Anpassungen zu unterstützen. Psychotherapie kann sich sowohl auf die substanzbezogene Störung als auch auf psychische Belastungen oder Erkrankungen richten, die mit dem Konsum in Wechselwirkung stehen.

In der Regel müssen psychotherapeutische Verfahren nicht vollständig ersetzt, sondern an die kognitiven, kommunikativen und sozial-emotionalen Voraussetzungen der Person **angepasst** werden. Eine systematische Übersichtsarbeit mit 122 eingeschlossenen Studien ordnet solche Anpassungen unter anderem den Bereichen Kommunikation, Struktur, zusätzliche Unterstützung, multisensorische Vermittlung, Aktivitäten und Art der Durchführung zu. Die Übersicht zeigt, welche Anpassungen in der Praxis eingesetzt werden; ihre jeweilige Wirksamkeit ist jedoch noch nicht ausreichend vergleichend untersucht (Poku et al., 2026).

Geeignet sein können eine konkrete und verständliche Sprache, kürzere und klar gegliederte Gesprächsabschnitte, häufige Wiederholungen, visuelle Darstellungen und praktische Übungen. Therapieinhalte sollten möglichst unmittelbar auf Alltagssituationen übertragen werden. Rollenspiele, Modelllernen und das wiederholte Einüben konkreter Handlungsmöglichkeiten können die Bearbeitung ergänzen. Die Auswahl der Anpassungen sollte sich nicht allein am IQ-Wert orientieren, sondern Sprachverständnis, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, emotionale Entwicklung, lebenspraktische Fähigkeiten und vorhandene Unterstützung berücksichtigen (Kleischmann & Willutzki, 2026; Poku et al., 2026).

Bezugspersonen können mit Einwilligung der betroffenen Person einbezogen werden, beispielsweise als Wegeassistent, bei der Terminorganisation oder bei der Übertragung therapeutischer Inhalte in den Alltag. Ihre Rolle und die Grenzen ihrer Beteiligung müssen ausdrücklich vereinbart werden. Die therapeutische Beziehung und die fachliche Verantwortung verbleiben bei der behandelnden Psychotherapeutin bzw. dem behandelnden Psychotherapeuten.

In der psychotherapeutischen Versorgung bestehen weiterhin Zugangsbarrieren. Beschrieben werden unter anderem fehlende Erfahrung mit der Zielgruppe, zu wenige zugängliche Angebote, Schwierigkeiten bei der Wegeassistent, ein zusätzlicher Aufwand bei der Zusammenarbeit mit Bezugspersonen und kaum finanzierte aufsuchende Leistungen. Diese Versorgungseinschätzungen werden sowohl durch eine internationale Übersichtsarbeit als auch durch den Bericht der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen gestützt (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, 2022; Whittle et al., 2018).

Tapp et al. (2023) identifizierten 33 kontrollierte Studien zur Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung; 19 Studien konnten metaanalytisch ausgewertet werden. Die Ergebnisse liefern vorsichtige Hinweise darauf, dass angepasste psychotherapeutische Interventionen in einzelnen Indikationsbereichen wirksam sein können. Erhebliche methodische Schwächen der eingeschlossenen Studien schränken die Aussagekraft jedoch ein. Zudem bezog sich die Übersichtsarbeit nicht speziell auf substanzbezogene Störungen und erlaubt daher keine Aussage zur Wirksamkeit von Suchtpsychotherapie bei dieser Zielgruppe.

Noch begrenzter ist die **Evidenz zu suchtbefugten Interventionen**. Udeanu et al. (2025) identifizierten 16 Studien zu Interventionen bei Substanzkonsum oder problematischem Glücksspiel, darunter drei randomisierte kontrollierte Studien, sechs nicht randomisierte Studien und sieben Fallstudien. Die überwiegend kleinen Stichproben bestanden vor allem aus Männern mit leichter intellektueller Beeinträchtigung. Untersucht wurden insbesondere Interventionen zu Tabak, kombiniertem Substanzkonsum und Alkohol. Einzelne Ergebnisse zu achtsamkeitsbasierten Interventionen sowie zur Kombination kognitiver Verhaltenstherapie mit motivationsfördernden Verfahren waren vielversprechend. Wegen der geringen und heterogenen Datenbasis war jedoch keine Metaanalyse möglich. Belastbare Aussagen zur vergleichenden Wirksamkeit, zur Nachhaltigkeit der Effekte und zu Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf sind daher bislang nicht möglich.

Medizinische Rehabilitation

Während die Entzugsbehandlung der medizinischen Behandlung von Intoxikations- und Entzugssymptomen sowie der Vorbereitung weiterführender Hilfen dient, zielt die **medizinische Rehabilitation** auf eine längerfristige Stabilisierung, die Entwicklung bzw. Sicherung von Abstinenzfähigkeit und die Verbesserung gesellschaftlicher und beruflicher Teilhabe. Sie kann ambulant, ganztägig ambulant, stationär oder als Kombination verschiedener Behandlungsformen durchgeführt werden. Dauer und Setting richten sich nach dem individuellen Rehabilitationsbedarf (Deutsche Rentenversicherung Bund).

Die Diagnose einer intellektuellen Beeinträchtigung ist in den **allgemeinen Zugangskriterien der Deutschen Rentenversicherung** nicht als Ausschlussgrund genannt. Maßgeblich sind insbesondere Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, eine positive Rehabilitationsprognose, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und die Eignung der Rehabilitationseinrichtung. Bei der Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit sollte berücksichtigt werden, welche verständliche Kommunikation, Assistenz und methodischen Anpassungen eine aktive Beteiligung ermöglichen. Ein fehlender Zugang zu einem nicht angepassten Standardprogramm sollte nicht vorschnell mit fehlender Rehabilitationsfähigkeit gleichgesetzt werden (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2011; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2026; UN-BRK, Art. 25 und 26).

Der **individuelle Rehabilitationsplan** sollte die Abhängigkeitserkrankung, körperliche und psychische Begleiterkrankungen, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Wohn- und Arbeitssituation, vorhandene Assistenz sowie persönliche Teilhabeziele berücksichtigen. Ziele und Behandlungsschritte müssen verständlich vermittelt, gemeinsam festgelegt und im Verlauf überprüft werden.

Die Wahl der Behandlungsform richtet sich nach dem individuellen Bedarf. Eine ambulante Rehabilitation setzt unter anderem eine ausreichende Stabilität, erreichbare Behandlungsangebote und ein Wohn- und Unterstützungsumfeld voraus, in dem die vereinbarten Ziele umgesetzt werden können. Eine ganztägig ambulante Rehabilitation bietet eine intensivere Tagesstruktur, während die Person abends und am Wochenende in ihr Wohnumfeld zurückkehrt. Eine stationäre Rehabilitation kann insbesondere bei hohem Strukturbedarf, schwerer psychischer oder körperlicher Komorbidität oder einem instabilen, stark konsumfördernden Umfeld angezeigt sein. Eine ggf. erforderliche Entzugsbehandlung muss vor Beginn der Rehabilitation abgeschlossen sein (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2011).

Öffentlich dokumentierte **Rehabilitationsangebote**, die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ausdrücklich berücksichtigen, sind bislang nur vereinzelt erkennbar. Ein Beispiel ist die Fachklinik Fischer-Haus. Sie behandelt erwachsene Männer mit chronifizierten Abhängigkeitserkrankungen und nimmt auch Menschen mit zusätzlichen kognitiven Einschränkungen auf. Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen werden grundsätzlich gemeinsam behandelt; Therapieziele und indikative Angebote werden individuell angepasst und im multiprofessionellen Team abgestimmt (Fachklinik Fischer-Haus, 2022).

Dabei handelt es sich nicht um ein ausschließlich für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entwickeltes oder wissenschaftlich evaluiertes Rehabilitationsprogramm. Das veröffentlichte Behandlungskonzept belegt die Ausrichtung und Vorgehensweise der Einrichtung, nicht deren Wirksamkeit für diese Zielgruppe. In den für dieses Kapitel geprüften Quellen ließ sich kein wissenschaftlich evaluiertes deutsches Suchtrehabilitationsprogramm identifizieren, das ausschließlich für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entwickelt wurde. Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass keine weiteren regionalen oder nicht veröffentlichten Angebote bestehen.

Behandlungsziele und individuelle Therapieplanung

Art und Intensität der Behandlung richten sich nach der konsumierten Substanz, Art und Schwere der substanzbezogenen Störung, den körperlichen und psychischen Risiken, den vorhandenen Ressourcen, dem sozialen Umfeld und den persönlichen Zielen der betroffenen Person. Der IQ-Wert allein ist weder eine Behandlungsindikation noch ein sachgerechter Ausschlussgrund.

Behandlungsziele müssen **substanz-, risiko- und settingbezogen** festgelegt werden. In Beratung und ambulanter Behandlung können zunächst die Verringerung gesundheitlicher Risiken, Konsumreduktion, eine frühere Hilfesuche oder die Förderung der Behandlungsbereitschaft im Vordergrund stehen. In der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ist die Entwicklung und Stabilisierung einer abstinenten Lebensweise dagegen regelmäßig ein zentrales Ziel. Bei Substanzen, bei denen bereits geringe Konsummengen mit erheblichen Risiken verbunden sind, kann Abstinenz auch außerhalb der Rehabilitation vorrangig sein. Die Ziele sollten gemeinsam mit der betroffenen Person festgelegt und regelmäßig überprüft werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2025).

Behandlungsziele sollten **verständlich, konkret und überprüfbar formuliert** werden. Die allgemeine Absicht, „weniger zu trinken“, ist beispielsweise weniger handlungsleitend als eine konkrete Vereinbarung für bestimmte Tage oder Risikosituationen. Fortschritte sollten nicht ausschließlich anhand vollständiger Abstinenz beurteilt werden. Abhängig vom jeweiligen Behandlungsziel können auch eine verbesserte Risikowahrnehmung, frühere Hilfesuche, weniger gefährliche Konsumsituationen, eine stabilere Tagesstruktur und eine verbesserte soziale Teilhabe relevante Ergebnisse darstellen.

Zur Therapieplanung gehört die Untersuchung der **individuellen Funktion** des Substanzkonsums. Wird eine Substanz genutzt, um Angst, Einsamkeit, Überforderung, Langeweile oder sozialen Druck zu bewältigen, reicht reine Wissensvermittlung in der Regel nicht aus. Erforderlich sind alternative Bewältigungsmöglichkeiten, soziale Unterstützung und für die Person attraktive konsumfreie Aktivitäten. Die Behandlung sollte außerdem prüfen, ob psychische Erkrankungen oder belastende Lebensbedingungen den Konsum mitauslösen oder aufrechterhalten. Die Bedeutung positiver sozialer, beruflicher und freizeitbezogener Alternativen wird unter anderem durch den Community Reinforcement Approach gestützt (Meyers et al., 2011).

Behandlungsformen und Wahl des Rehabilitationssettings

Die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen kann ambulant, ganztägig ambulant, stationär oder als Kombination verschiedener Behandlungsformen durchgeführt werden. Die Wahl des Settings richtet sich nach dem individuellen Rehabilitationsbedarf, der Rehabilitationsfähigkeit, den körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen, dem notwendigen Struktur- und Unterstützungsbedarf sowie den Bedingungen des Wohn- und sozialen Umfelds (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2011; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2025).

Eine **ambulante Rehabilitation** kommt insbesondere infrage, wenn eine ausreichende körperliche und psychische Stabilität besteht, die Rehabilitationseinrichtung regelmäßig erreicht werden kann und das Wohn- und Unterstützungsumfeld die Umsetzung der Behandlungsziele ermöglicht. Sie erleichtert den unmittelbaren Transfer therapeutischer Veränderungen in den Alltag, setzt jedoch voraus, dass Krisenhilfen erreichbar sind und die vereinbarten Behandlungsziele außerhalb der Therapiezeiten ausreichend unterstützt werden können.

Eine **ganztägig ambulante Rehabilitation** bietet eine intensivere therapeutische Tagesstruktur. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verbringen die Abende und Wochenenden weiterhin in ihrem gewohnten Wohnumfeld. Diese Behandlungsform kann geeignet sein, wenn eine ambulante Rehabilitation nicht ausreichend intensiv wäre, eine stationäre Unterbringung aber nicht erforderlich ist und das häusliche Umfeld genügend Stabilität bietet.

Eine **stationäre Rehabilitation** kann insbesondere angezeigt sein, wenn ein hoher Struktur- und Unterstützungsbedarf, schwere körperliche oder psychische Begleiterkrankungen oder ein instabiles bzw. stark konsumförderndes Umfeld bestehen. Eine erforderliche Entzugsbehandlung muss vor Beginn der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein.

Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sollte die Wahl des Settings nicht allein davon abhängen, ob sie ohne Unterstützung an einem vorhandenen Standardprogramm teilnehmen können. Zu prüfen ist vielmehr, welche kommunikativen, methodischen und organisatorischen Anpassungen sowie welche Assistenzleistungen eine aktive Beteiligung ermöglichen. Einrichtungen aller Behandlungsformen benötigen daher verständliche Kommunikation, ausreichend flexible Abläufe und eine frühzeitige Zusammenarbeit mit dem Wohn- und Unterstützungssystem.

Nachsorge und Rückfallprävention

Nachsorge sollte bereits während einer ambulanten oder stationären Behandlung vorbereitet werden. Ihr Ziel ist, erarbeitete Veränderungen in den Alltag zu übertragen und zu stabilisieren. Übersichtsarbeiten zur allgemeinen Suchtbehandlung zeigen für längerfristige Anschlussbehandlungen im Durchschnitt kleine, aber relevante Vorteile. Die Ergebnisse beziehen sich jedoch nicht speziell auf Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (McKay, 2021).

Ein **Rückfallplan** sollte konkrete Risikosituationen, frühe Warnzeichen, hilfreiche Handlungsmöglichkeiten und erreichbare Ansprechpersonen benennen. Er muss für die betroffene Person verständlich und praktisch nutzbar sein. Bildliche Darstellungen, Telefonnummern, eindeutige Handlungsschritte und wiederholtes praktisches Einüben können die Umsetzung unterstützen.

Erneuter Konsum sollte nicht automatisch als vollständiges Scheitern der Behandlung bewertet werden. Er sollte Anlass sein, Auslöser, Risiken, Schutzfaktoren und die Passung des Behandlungsplans erneut zu prüfen. Gleichzeitig müssen akute gesundheitliche Gefährdungen klar benannt und behandelt werden. Ein beschämender oder ausschließlich sanktionierender Umgang kann die therapeutische Beziehung und die erneute Inanspruchnahme von Hilfe erschweren. Ziel ist ein möglichst früher und niedrigschwelliger Wiedereinstieg in die Unterstützung.

Bei der **Entlassungsplanung** ist zu klären, wie Veränderungen im Wohn-, Arbeits- und Freizeitumfeld unterstützt werden können. Dazu gehören geregelte Übergänge in Suchtberatung, ambulante Psychotherapie, Suchtnachsorge, medizinische Versorgung und Eingliederungshilfe. Die Verantwortlichkeiten der beteiligten Stellen sollten mit Zustimmung der betroffenen Person eindeutig vereinbart werden.

Wohnen und Alltag

Wohnangebote der Eingliederungshilfe sind zunächst Lebens- und Wohnorte der dort lebenden Menschen und erfüllen nicht die Funktion suchtmmedizinischer Behandlungseinrichtungen. Der Konsum legaler Substanzen wie Alkohol oder Nikotin gehört grundsätzlich zum Bereich persönlicher Lebensführung, sofern keine konkreten Gefährdungen oder andere rechtlich relevante Aspekte entgegenstehen. Gleichzeitig tragen

Einrichtungen Verantwortung für Gesundheitsschutz, Brandschutz, Arbeitssicherheit, den Schutz anderer Personen und die Umsetzung vereinbarter Assistenzleistungen.

Einrichtungen benötigen deshalb **transparente und verständliche Regelungen**. Diese sollten zwischen privatem Wohnraum, Gemeinschaftsflächen, Arbeitsbereichen und gemeinschaftlichen Veranstaltungen unterscheiden. Einschränkungen müssen sachlich begründet, verhältnismäßig und für die betroffenen Personen verständlich sein. Pauschale Verbote, die ausschließlich mit der intellektuellen Beeinträchtigung begründet werden, stehen einer personenzentrierten Unterstützung entgegen (Vereinte Nationen, 2006, Art. 19; SGB IX, §§ 1 und 90).

Ebenso problematisch ist eine Haltung, die aus Sorge vor Bevormundung jede Auseinandersetzung mit gesundheitsschädlichem Konsum vermeidet. Bei auffälligem Konsum sollten zunächst konkrete Beobachtungen und Folgen angesprochen werden. Gemeinsam ist zu klären, welche Funktion der Konsum erfüllt, welche Risiken bestehen und welche Unterstützung erforderlich oder gewünscht ist.

Reine Sanktionen bearbeiten weder die Funktion des Konsums noch seine individuellen und sozialen Auslöser. Sie bergen zudem das Risiko, dass Konsum verheimlicht wird. Erforderlich sind daher nachvollziehbare Regeln, abgestufte Unterstützungsangebote und klar definierte Vorgehensweisen bei akuter Gefährdung. Ziel sollte sein, Sicherheit zu gewährleisten, ohne Menschen durch Ausschluss oder pauschale Einschränkungen aus unterstützenden Beziehungen und Lebensbereichen zu verdrängen (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V., 2015; Meyers et al., 2011).

Selbstbestimmung, Risikokompetenz und Schutzverantwortung

Selbstbestimmung umfasst auch das Recht, Entscheidungen zu treffen, die mit gesundheitlichen Risiken verbunden sein können oder als riskant bewertet werden. Professionelle Unterstützung darf deshalb nicht darauf ausgerichtet sein, jedes Risiko zu verhindern, sondern sollte Handlungsspielräume eröffnen, in denen die Person eigene Entscheidungen treffen und daraus lernen kann (Vereinte Nationen, 2006, Art. 12).

Fachkräfte haben zugleich die Aufgabe, gesundheitliche Risiken verständlich zu erklären, alternative Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und konkrete Hilfen anzubieten. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, schwerer Intoxikation, Gewalt, Ausbeutung oder erheblicher Vernachlässigung sind Schutz- und Krisenmaßnahmen erforderlich. Solche Maßnahmen müssen sich am konkreten Risiko und nicht allein an der Diagnose einer intellektuellen Beeinträchtigung orientieren.

Das professionelle Handeln bewegt sich damit zwischen **Unterversorgung und Überkontrolle**. Fachkräfte sollten prüfen, ob sie problematischen Konsum unbeabsichtigt stabilisieren. Dies kann beispielsweise geschehen, wenn Konsumfolgen wiederholt verdeckt, Geld oder Substanzen beschafft oder sämtliche Verpflichtungen der Person übernommen werden. Umgekehrt können rigide Kontrolle und moralischer Druck die Arbeitsbeziehung beschädigen und selbstbestimmte Veränderungsprozesse verhindern. Gemeinsame Fallbesprechungen, Supervision und einrichtungsbezogene Handlungsleitlinien können dabei helfen, zwischen notwendiger Assistenz, vertretbaren Risikoentscheidungen und begründetem Schutzbedarf zu unterscheiden (Rathmann et al., 2023; Slayter, 2007).

Selbstbestimmung und Schutz lassen sich dabei nicht ausschließlich innerhalb professioneller Angebote verwirklichen. Entscheidend ist auch die Frage, welche Möglichkeiten eine Person in ihrem alltäglichen Lebensumfeld tatsächlich hat.

Sozialraum und Teilhabe

Substanzkonsum steht in **Wechselwirkung** mit den **Lebensbedingungen** einer Person. Einsamkeit, geringe soziale Anerkennung, fehlende oder nicht zugängliche Freizeitmöglichkeiten und ein wenig strukturierter Alltag können mit Konsum und konsumbezogenen Problemen zusammenhängen. Prävention und Behandlung sollten deshalb nicht ausschließlich auf die Substanz fokussieren, sondern soziale Beziehungen, Arbeit, Freizeit, Mobilität und gesellschaftliche Teilhabe einbeziehen (Rathmann et al., 2023).

Ein unterstützender Sozialraum zeichnet sich durch erreichbare Beratungsstellen, hausärztliche Versorgung, inklusive Freizeitangebote, Selbsthilfemöglichkeiten, Begegnungsräume und verlässliche soziale Beziehungen aus. Unterstützung kann zunächst darin bestehen, Informationen zugänglich zu machen, Wege einzuüben oder eine Begleitung zu organisieren. Langfristiges Ziel ist jedoch nicht eine dauerhafte Abhängigkeit von professioneller Unterstützung, sondern die Erweiterung selbstständig nutzbarer Ressourcen und persönlicher Wahlmöglichkeiten.

Der Sozialraum ist zugleich ein wichtiger Bestandteil der **Rückfallprävention**. Therapeutische Veränderungen lassen sich nur begrenzt aufrechterhalten, wenn eine Person nach der Behandlung in unveränderte belastende oder konsumfördernde Bedingungen zurückkehrt. Eine nachhaltige Versorgung verbindet daher medizinische und psychotherapeutische Behandlung mit alltagsnaher Assistenz, sozialen Beziehungen und kontinuierlicher Kooperation zwischen Suchthilfe, Gesundheitsversorgung und Eingliederungshilfe. Letztlich entscheidet sich inklusive Versorgung nicht allein daran, welche Behandlungsangebote verfügbar sind, sondern daran, ob Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung diese Angebote tatsächlich erreichen, verstehen und für ihre eigenen Ziele nutzen können.

Tipp-Box

Für die Praxis: Klären Sie vor Behandlungsbeginn immer die Einwilligungsfähigkeit bezogen auf die konkrete Maßnahme – eine rechtliche Betreuung bedeutet nicht automatisch Einwilligungsunfähigkeit. Nutzen Sie bei komplexem Bedarf die Medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V.

9. Fazit

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und substanzbezogenen Problemen benötigen grundsätzlich **kein separates Versorgungssystem**. Entscheidend ist vielmehr ein tatsächlich barrierefreier Zugang zur Regelversorgung, ergänzt um spezialisierte Fachkenntnisse und angemessene Anpassungen, wenn Art, Schwere oder Komplexität des Unterstützungsbedarfs dies erfordern.

Eine bedarfsgerechte Versorgung verbindet barrierefreie Diagnostik, medizinische und psychotherapeutische Behandlung, alltagsnahe Assistenz, Nachsorge und soziale Teilhabe. Entscheidend ist dabei nicht allein, ob Programme, Leitlinien oder Beratungsstellen formal vorhanden sind, sondern ob diese Angebote so gestaltet sind, dass Menschen sie verstehen, erreichen und entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten nutzen können.

Die Evidenz zu zielgruppenspezifischen Interventionen ist weiterhin begrenzt, insbesondere für Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf. Vorhandene Ansätze sollten deshalb systematisch weiterentwickelt, wissenschaftlich evaluiert und langfristig in die Regelversorgung überführt werden. Dafür braucht es verbindliche Kooperationen zwischen Gesundheitsversorgung, Suchthilfe und Eingliederungshilfe sowie die konsequente Beteiligung der Menschen, für die diese Angebote entwickelt werden (Rathmann et al., 2023; Schöte & Rathmann, 2024; Udeanu et al., 2025). Eine inklusive Suchthilfe bedeutet dabei nicht, Risiken zu ignorieren, sondern Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung dabei zu unterstützen, **informierte Entscheidungen zu treffen, notwendige Hilfe zu erhalten** und ihre **Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu sichern**.

Die fünf wichtigsten Kernaussagen:

- **Behinderung ist relational** (UN-BRK/SGB IX/ICF) – nicht die Beeinträchtigung selbst, sondern Barrieren erzeugen Ausgrenzung.
- **Erhöhtes Risiko für substanzbezogene Störungen ist empirisch belegt** (v. a. schwedische Registerstudie), aber die Datenlage bleibt lückenhaft und heterogen.
- **Substanzkonsum ist multifaktoriell bedingt** (individuell, sozial, strukturell) – die Beeinträchtigung ist keine Ursache an sich.
- **Zugängliche, barrierefreie und partizipativ entwickelte Prävention/Beratung/Behandlung ist rechtlich geboten** (Art. 25 UN-BRK) und praktisch machbar, aber noch nicht flächendeckend umgesetzt.
- **Erfolgreiche Versorgung erfordert verbindliche Kooperation zwischen Sucht- und Eingliederungshilfe** sowie eine Balance zwischen Selbstbestimmung und Schutzverantwortung.

Literatur

- Abel, T. (2020). *Beratungshandbuch: Grundlagen der Beratungsarbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum (Teil 1)*. Bundesmodellprojekt aktionberatung. https://www.aktionberatung.de/userfiles/files/aktionberatung_handbuch.pdf
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. (2015). *Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands* (CRPD/C/DEU/CO/1). Deutsches Institut für Menschenrechte. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Weitere_Publikationen/CRPD_Abschliessende_Bemerkungen_ueber_den_ersten_Staatenbericht_Deutschlands.pdf
- Brown, R. C., Abrahamsson, L., Sundquist, J., Sundquist, K., & Kendler, K. (2026). Elevated psychiatric and substance use disorders in people with intellectual disabilities in a Swedish national sample. *Psychological Medicine*, 56, Artikel e4. <https://doi.org/10.1017/S0033291725102882>
- Bundesärztekammer. (2019). *Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/Einwilligungsfahigkeit.pdf
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2026). *ICD-11 in Deutsch: Testversion* (Version 2026-01). <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/node.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2022). *TANDEM – Besondere Hilfen für besondere Menschen im Netzwerk der Behinderten- und Suchthilfe: Kurzbericht des BMG-geförderten Forschungsvorhabens*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/Anlage_1_Kurzbericht_Tandem_final_bf.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *einfach.gut.beraten – aktionberatung – die peers: Peers in der Schnittstelle zwischen Behinderten- und Suchthilfe*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/suche-projektsteckbriefe/handlungsfelder/gesundheitsversorgung/einfachgutberaten>
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (2015). *Fachexpertise Geistige Behinderung und Sucht: Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe*. https://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/BeB-Fachexpertise_GBS_2015.pdf
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). §§ 630d, 630e, 1821. <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/>
- Caritasverband Emsdetten-Greven. (2016). *Herkömmliche Angebote zu Prävention und Therapie erreichen Zielgruppe kaum: Das Projekt „Suchthilfe für Alle“*. <https://www.caritas-emsdetten-greven.de/aktuelles-medien-und-projekte/presse/herkoemmliche-angebote-zu-praevention-und-therapie-erreichen-zielgruppe-kaum-0767b635-d09a-41e7-9ac7>
- Carroll Chapman, S. L., & Wu, L.-T. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1147–1156. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.02.009>

- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27–35. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022483>
- Costello, A., Hudson, E., Morrissey, S., Sharma, D., Kelly, D., & Doody, O. (2022). Management of psychotropic medications in adults with intellectual disability: A scoping review. *Annals of Medicine*, 54(1), 2486–2499. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2121853>
- Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste. (2021). Aufsicht über besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe (WD 6-3000-049/21). <https://www.bundestag.de/resource/blob/850870/891991eb230d792660588d1dd830b057/WD-6-049-21-pdf-data.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (2025). *S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung* (Version 1.0; AWMF-Registernummer 038-027). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-027>
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V., & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2021). *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* (AWMF-Registernummer 076-001; Gültigkeit verlängert 2025). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-001>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (o. D.). *Informationsmaterialien in Leichter Sprache*. Abgerufen am 27. Juli 2026, von <https://www.dhs.de/infomaterial>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2019). *Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019*. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf
- Deutsches Institut für Menschenrechte. (o. D.). *Die UN-Behindertenrechtskonvention*. Abgerufen am 28. Juli 2026, von <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/das-institut/monitoring-stelle-un-brk/die-un-brk>
- Deutsches Institut für Normung e. V. (2025). *DIN SPEC 33429:2025-03: Empfehlungen für Deutsche Leichte Sprache*. DIN Media.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2025). Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Abhängigkeit (20. Aufl.). <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/entwoehnungsbehandlung>
- Didden, R., VanDerNagel, J., Delforterie, M., & van Duijvenbode, N. (2020). Substance use disorders in people with intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(2), 124–129. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000569>
- Dominic, P., Ahmad, J., Awwab, H., Bhuiyan, M. S., Kevil, C. G., Goeders, N. E., Murnane, K. S., Patterson, J. C., Sandau, K. E., Gopinathannair, R., & Olshansky, B. (2022). Stimulant drugs of abuse and cardiac arrhythmias. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 15(1), Artikel e010273. <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.121.010273>
- Dunn, M., Strnadová, I., Scully, J. L., Hansen, J., Loblinzk, J., Sarfaraz, S., Molnar, C., & Palmer, E. E. (2024). Equitable and accessible informed healthcare consent process for people with intellectual disability:

A systematic literature review. *BMJ Quality & Safety*, 33(5), 328–339.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2023-016113>

Fachklinik Fischer-Haus. (2022). Behandlungskonzept der Fachklinik Fischer-Haus. <https://www.fischer-haus.de/seite/234003/kurzkonzepktion-und-behandlungsangebot-der-fachklinik.html>

Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological Assessment*, 13(3), 319–335.

<https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.3.319>

Fogden, B. C., Thomas, S. D. M., Daffern, M., & Ogloff, J. R. P. (2016). Crime and victimisation in people with intellectual disability: A case linkage study. *BMC Psychiatry*, 16, Artikel 170.

<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0869-7>

García-Aller, J. A., García-Fernández, G., Fernández, E., Bernaldo-de-Quirós, M., Udeanu, A., & Gómez, L. E. (2026). Non-substance addictive behaviors among people with intellectual disability: A systematic review. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-026-01640-4>

Geukes, C., Bröder, J., & Latteck, Ä.-D. (2019). Health literacy and people with intellectual disabilities: What we know, what we do not know, and what we need. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), Artikel 463. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030463>

Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016, *BGBl. I S. 3234*. <https://www.gesetze-im-inter-net.de/bthg/>

Ghosh, I., Adams, D., Auguste, P., Brown, A., Chaplin, E. H., Flynn, S., et al. (2025). Challenges of using and managing medication: A meta-ethnography of the experiences and perceptions of people with intellectual disability and people who support them. *BMJ Open*, 15, e090876.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090876>

Hamerle, M., Ghaeni, L., Kowski, A., Weissinger, F., & Holtkamp, M. (2018). Alcohol use and alcohol-related seizures in patients with epilepsy. *Frontiers in Neurology*, 9, Artikel 401.

<https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00401>

Hartley, S. L., & MacLean, W. E., Jr. (2006). A review of the reliability and validity of Likert-type scales for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(11), 813–827.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00844.x>

Hewitt, O., Langdon, P. E., Tapp, K., & Larkin, M. (2023). A systematic review and narrative synthesis of inclusive health and social care research with people with intellectual disabilities: How are co-researchers involved and what are their experiences? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 36(4), 681–701. <https://doi.org/10.1111/jar.13100>

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.

<https://doi.org/10.3109/10673229709030550>

Kingdon, D., Cardoso, C., & McGrath, J. J. (2016). Research review: Executive function deficits in fetal alcohol spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder – A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(2), 116–131. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12451>

- Kleischmann, A., & Willutzki, U. (2026). *Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: Handbuch für die Praxis*. W. Kohlhammer.
- Kooijmans, R., Mercera, G., Langdon, P. E., & Moonen, X. (2022). The adaptation of self-report measures to the needs of people with intellectual disabilities: A systematic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(3), 250–271. <https://doi.org/10.1037/cps0000058>
- Krahn, G. L., Walker, D. K., & Correa-De-Araujo, R. (2015). Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *American Journal of Public Health*, 105(Suppl. 2), S198–S206. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302182>
- Kretschmann-Weelink, M. (2006). *Projektdokumentation zum Modellprojekt „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“*. Westfalenfleiß GmbH Arbeiten und Wohnen.
- Kretschmann-Weelink, M. (2013). *Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen: Ergebnisse einer Vollerhebung in Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe und Ergebnisse von Klienteninterviews*. AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr. <https://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/Abschlussbericht-AWO.pdf>
- Landesfachstelle Barrierefreiheit. (o. D.). *Erstberatung Leichte Sprache*. Beratungsstelle Barrierefreiheit. Abgerufen am 6. August 2026 von <https://www.landesfachstelle-barrierefreiheit.de/beratungsthe-men/leichte-sprache-und-unterstuetzte-kommunikation/leichte-sprache-erstberatung.html>
- Landgraf, M. N., Schmucker, C., Heinen, F., Ziegler, A., Kopp, I., & Strieker, S. (2024). Diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: German guideline version 2024. *European Journal of Paediatric Neurology*, 53, 155–165. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2024.11.002>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- LWL-Koordinationsstelle Sucht. (2017). *SAG NEIN! Suchtpräventions-Programm an Förderschulen für geistige Entwicklung: Praxishandbuch*. <https://www.lwl-ks.de/de/projekte/sag-nein/>
- LWL-Koordinationsstelle Sucht. (o. D.). *TANDEM-Hilfe-Finder: Das bundesweite Einrichtungsverzeichnis*. Abgerufen am 28. Juli 2026, von <https://www.lwl-ks.de/de/schwerpunkte/tandem-datenbank/>
- Manrique, A., Pacher, M., Härtl, S., & Frühauf, S. (2026). *Suchtverhalten von Menschen mit Beeinträchtigungen: Ergebnisbericht einer bayernweiten Online-Befragung in der Sucht- und Eingliederungshilfe mit Fokus auf Glücksspiel*. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen. https://www.bas-muenchen.de/wp-content/uploads/EB_Suchtverhalten-von-Menschen-mit-Beeintraechtigungen.pdf
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419–436. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- McCormick, F., Marsh, L., Taggart, L., & Brown, M. (2021). Experiences of adults with intellectual disabilities accessing acute hospital services: A systematic review of the international evidence. *Health & Social Care in the Community*, 29(5), 1222–1232. <https://doi.org/10.1111/hsc.13253>
- McKay, J. R. (2021). Impact of continuing care on recovery from substance use disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1), 1. <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.01>

- Meyers, R. J., Roozen, H. G., & Smith, J. E. (2011). The community reinforcement approach: An update of the evidence. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 380–388. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3860533/>
- Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V. (o. D.). *Kampf gegen den Begriff „geistig behindert“*. Abgerufen am 27. Juli 2026, von <https://www.menschzuerst.de/was-tun-wir/kaempfe-gegen-den-begriff-geistig-behindert/>
- Moloney, M., Hennessy, T., & Doody, O. (2021). Reasonable adjustments for people with intellectual disability in acute care: A scoping review of the evidence. *BMJ Open*, 11(2), e039647. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039647>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Challenging behaviour and learning disabilities: Prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges* (NICE Guideline NG11). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Mental health problems in people with learning disabilities: Prevention, assessment and management* (NICE Guideline NG54; aktualisiert 2024). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>
- Nordverbund suchtpreventiver Fachstellen. (2008). *PeP: Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention*. <https://li.hamburg.de/content-blob/3853748/20ccb81671550ad30d779b1296c41bb9/data/pdf-unterrichtsprogramm-pep-fuer-klasse-3-9.pdf>
- Olderbak, S., Hollweck, R., Krowartz, E.-M., Möckl, J., & Hoch, E. (2025). Psychoactive substance use in Germany: Findings from the Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) in 2024. *Deutsches Ärzteblatt International*, 122(23), 625–631. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0157>
- Poku, A. C., Gray, K. M., Hewitt, O., & Langdon, P. E. (2026). Adapting psychological therapies for individuals with intellectual disabilities: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 33(1), e70202. <https://doi.org/10.1002/cpp.70202>
- Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. (2022). Bericht der Kommission „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung“. https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user_upload/downloads/03_themenschwerpunkte/Bericht_Kommission_Intelligenzminderung_final.pdf
- Rathmann, K. (2023). *Studienmaterial zum wissenschaftlichen Weiterbildungsangebot EEWiss: Modul Nr. 2 „Sucht in der Versorgung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung“*. Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften. <https://doi.org/10.26271/opus-1331>
- Rathmann, K., & Karg, S. (2026). *Substanzkonsum bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: Entwicklung einer Toolbox und App im Projekt „SKoL“*. Prävention und Gesundheitsförderung. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s11553-026-01296-x>
- Rathmann, K., Karg, S., Schierenbeck, M., & Kogel, L. M. (2023). Substanzkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung: Stand der Forschung, Angebote und Herausforderungen für Hilfesysteme und Prävention. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 18, 543–551. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00987-5>
- Rathmann, K., Karg, S., Zelfl, L., & Dadaczynski, K. (2022). *Evaluation des Projekts „Bewegung und Gesundheit im Alltag stärken – BeuGe“: Projekt zum Aufbau kommunaler Strukturen zur*

Gesundheitsförderung bei Menschen mit Behinderung; Ergebnisbericht. GKV-Spitzenverband.
<https://doi.org/10.17623/GKV-BfG-BeuGe-2022>

- Reif, S., Lee, M. T., & Ledingham, E. (2023). The intersection of disability with substance use and addiction. In D. V. McQueen (Hrsg.), *Oxford research encyclopedia of global public health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.491>
- Sappok, T., Diefenbacher, A., & Winterholler, M. (2019). The medical care of people with intellectual disability. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116, 809–816. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0809>
- Schijven, E. P., Didden, R., Otten, R., & Poelen, E. A. P. (2019). Substance use among individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in residential care: Examining the relationship between drinking motives and substance use. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(4), 871–878. <https://doi.org/10.1111/jar.12578>
- Schmidt, A. (2020). *Prävention inklusiv: Suchtprävention und Ressourcenstärkung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen*. Fachstelle für Suchtprävention Berlin.
- Schote, C., & Rathmann, K. (2024). Suchthilfe und -prävention für Menschen mit geistiger Behinderung: Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung von Fachkräften des Suchthilfesystems. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 19, 151–163. <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01027-6>
- Selmayr, A., & Kölbl, S. (2025). Adaptives Verhalten von Schülerinnen und Schülern mit Autismus-Spektrum-Störung im sonderpädagogischen Schwerpunkt Geistige Entwicklung. *Empirische Sonderpädagogik*, 17(1), 19–34. <https://doi.org/10.25656/01:34363>
- Slayter, E. M. (2008). Understanding and overcoming barriers to substance abuse treatment access for people with mental retardation. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 7(2), 63–80. <https://doi.org/10.1080/15367100802009780>
- Slayter, E. M. (2007). Substance abuse and mental retardation: Balancing risk management with the “dignity of risk”. *Families in Society*, 88(4), 651–659. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3688>
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), § 119c. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_119c.html
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX), Art. 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016, *BGBl. I S. 3234*, §§ 1, 2, 90. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/
- Swerts, C., Vandevelde, S., VanDerNagel, J. E. L., Vanderplasschen, W., Claes, C., & De Maeyer, J. (2017). Substance use among individuals with intellectual disabilities living independently in Flanders. *Research in Developmental Disabilities*, 63, 107–117. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.03.019>
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health and Social Care in the Community*, 15(4), 360–368. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00691.x>
- Tapp, K., Vereenoghe, L., Hewitt, O., Scripps, E., Gray, K. M., & Langdon, P. E. (2023). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: An updated systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 122, 152372. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152372>
- Theunissen, G., & Schubert, M. (2006). *Alkoholismus und geistige Behinderung*. In K. Hennicke (Hrsg.), *Psychologie und geistige Behinderung: Dokumentation der Fachtagung der DGSG vom 29.09.*–

01.10.2005 in Heidelberg (Materialien der DGSGb, Bd. 12, S. 181–199). Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. <https://dgsgb.de/downloads/materialien/Band12.pdf>

- Tielking, K., & Klinkhamer, J. (2025). *Suchtprävention bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung: Evaluation des Selbstkontrolltrainings „SUPi – Suchtprävention inklusiv“*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-49551-0>
- Traccis, F., Presciuttini, R., Pani, P. P., Sinclair, J., Leggio, L., & Agabio, R. (2022). Alcohol-medication interactions: A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 519–541. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.019>
- Udeanu, A., García-Fernández, G., Krotter, A., García-Aller, J. A., Solís, P., & Gómez, L. E. (2025). Substance use and problem gambling interventions for people with intellectual disability: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 69(10), 1154–1171. <https://doi.org/10.1111/jir.70007>
- Udeanu, A., Garcia-Fernandez, G., Morán, M. L., García-Aller, J. A., Fernández, E., & Gómez, L. E. (2026). Addictive behaviors among people with intellectual disability: An umbrella review. *Clinical Psychology Review*, 124, Artikel 102701. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2026.102701>
- Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz. (o. D.). *Das Gesetz: Hintergrund und Ziele des Bundesteilhabegesetzes*. Abgerufen am 27. Juli 2026, von <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/gesetz/>
- VanDerNagel, J. E. L. (2016). *Is it just the tip of the iceberg? Substance use and misuse in individuals with intellectual disability (SumID)* [Dissertation, Radboud University Nijmegen]. Radboud Repository. <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/160124>
- VanDerNagel, J. E. L., Kemna, L. E. M., & Didden, R. (2013). Substance use among persons with mild intellectual disability: Approaches to screening and interviewing. *NADD Bulletin*, 16(5), 87–92.
- VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., Didden, R., Korzilius, H. P. L. M., van Dijk, M., van der Palen, J., Buitelaar, J. K., & de Jong, C. A. J. (2017). Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability: An exploration of rates and risks in the Netherlands. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 1(4), 283–293. <https://doi.org/10.1007/s41252-017-0035-3>
- VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., van Dijk, M., Didden, R., Korzilius, H. P. L. M., van der Palen, J., Buitelaar, J. K., Uges, D. R. A., Koster, R. A., & de Jong, C. A. J. (2017). Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability: A comparison between self-report, collateral-report and biomarker analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 63, 151–159. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.04.006>
- van Duijvenbode, N., & VanDerNagel, 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. <https://doi.org/10.1159/000501679>
- Vereinte Nationen. (2006). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* (Resolution A/RES/61/106). <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/130320/44e4b593cb43126bd6b32753a1e4ec0e/vn-uebereinkommen-rechte-menschen-mit-behinderungen-data.pdf>
- Wetzel, L. D., & Rathmann, K. (2023). Gesundheitskompetenz von Menschen mit Beeinträchtigung und Behinderung in Deutschland: Datenquellen, Ergebnisse und Herausforderungen bei der Erfassung und Stärkung der Gesundheitskompetenz. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan, & M. Messer

(Hrsg.), *Gesundheitskompetenz* (S. 319–331). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-67055-2_28

Whittle, E. L., Fisher, K. R., Reppermund, S., Lenroot, R., & Trollor, J. (2018). Barriers and enablers to accessing mental health services for people with intellectual disability: A scoping review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11(1), 69–102.
<https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1408724>

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*.
<https://iris.who.int/handle/10665/42407>

Impressum

Herausgeber:

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS gGmbH
Landwehrstr. 60-62
80336 München

Vertreten durch:

Dr. med. Beate Erbas
Geschäftsführung
Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS gGmbH

Kontakt:

Telefon: +49 (0) 89 530730-0
Telefax: +49 (0) 89 530730-19
E-Mail: bas@bas-muenchen.de

Eintragung im Handelsregister Registergericht:

Amtsgericht München
Registernummer: B 181761
USt-IdNr.: DE270038065

Gesellschafter:

Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.

Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Oliver Pogarell

Gredner, T., Ploch, N., & Erbas, B. (2026). *Substanzkonsum und Abhängigkeit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Forschungsstand, Versorgungsbedarfe und Handlungsperspektiven*. (1. Aufl.). Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen.