

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei
Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung e.V.

Reinhard Burtscher & Hauke Hermann

(Hrsg.)

Sucht im Fokus:

Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB

am 14. November 2025 (online)

Materialien der DGSGB

Band 55

Bielefeld 2026

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.dnb.de abrufbar.

ISBN 978-3-938931-56-1

®2026 Eigenverlag der DGSGB, Bielefeld

1. Aufl. 10/2026

Redaktion: wehmeyer@dgsgb.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Kostenlos abrufbar auf der Website der DGSGB (www.dgsgb.de).

Sucht im Fokus:
Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB
am 14. November 2025 (online)

Inhaltsverzeichnis

Seite

Hauke Hermann & Reinhard Burtscher
Vorwort 4

Hendrik Streeck
Begrüßung zum DGSGB-Fachtag durch den Sucht- und Drogenbeauftragten der Bundesregierung 6

Katharina Rathmann
Substanzkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung: Stand der Forschung, Angebote und Herausforderungen für Hilfesysteme und Prävention 8

Sabina Ulbricht
Bedarfe und Ansätze der Reduktion des Tabak- und Nikotinkonsums 28

Martin Reker
Grundprinzipien im Umgang mit unkontrolliertem Alkoholkonsum bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen 34

Klaus Wölfling
Internetbezogene Störungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen 39

Zusammenfassung der Kurzbeiträge (3x5) 45

Autor:innen 47

Impressum 48

Vorwort

Hauke Hermann & Reinhard Burtscher

Zitierweise:
Hermann, H. & Burtscher, R. (2025). Vorwort. In: Burtscher, R. & Hermann, H. (Hrsg.): Sucht im Fokus: Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 14. November 2025 (online). Materialien der DGSGB Bd. 55. Bielefeld: Eigenverlag der DGSGB, S. 4.

Die Auseinandersetzung mit Suchterkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen[1] rückt zunehmend in den Fokus der wissenschaftlichen und fachpraktischen Diskussion. Die gesellschaftliche Integration dieser Personengruppe – verbunden mit einer stärkeren Teilhabe am sozialen Leben – führt wiederum zu neuen Herausforderungen: Der Kontakt mit legalen und illegalen Substanzen nimmt zu, während gleichzeitig aufgrund der Beeinträchtigung ein reduziertes Risikobewusstsein und eine fehlende psychoedukative Unterstützung das Risiko eines problematischen Konsums erhöhen. Damit verbunden ist auch die Gefahr nichtstoffgebundener Süchte, wie etwa internetbezogener Verhaltensstörungen, die in der aktuellen ICD-11 erstmals ausdrücklich berücksichtigt werden.

Vor diesem Hintergrund widmete die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (DGSGB) ihre Online-Fachtagung am 14. November 2025 dem Thema „Sucht im Fokus: Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen“. Ziel war es, die wissenschaftlichen Erkenntnisse mit der Praxis zu verknüpfen und Wege aufzuzeigen, wie Beratung, Behandlung und Unterstützung in diesem sensiblen Feld wirksam gestaltet werden können.

In seinem Grußwort stellte Hendrik Streeck, der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, die entscheidende Frage nach der „Balance zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge“. Er verwies auf bestehende Versorgungsdefizite sowie den drängenden Fachkräftemangel, der die Umsetzung adäquater Hilfestrukturen zusätzlich erschwert.

Katharina Rathmann eröffnete den wissenschaftlichen Teil mit einem Überblick über den Stand der Forschung zu Substanzkonsum und Prävention bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. In Ihrem Beitrag verweist sie auf Lücken in bestehenden Präventionsangeboten und auf die Notwendigkeit eines differenzierten Verständnisses der Lebenswelten dieser Zielgruppe.

Insbesondere der unkritische Nikotinkonsum in betreuten Wohnformen verdeutlicht den Bedarf an suchttherapeutischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen, die Betroffene und Fachkräfte gleichermaßen erreichen. Ulrike Ulbricht stellte Studien zur Reduktion des Tabak- und Nikotinkonsums vor. Ihr Beitrag macht sichtbar, dass Suchtprävention nur gelingen kann, wenn Fachkräfte, Einrichtungen und Betroffene gemeinsam Verantwortung übernehmen. Weniger überraschend ist die Tatsache, dass kaum belastbare Studien über die Personengruppe vorliegen.

Martin Reker richtete den Fokus auf die therapeutische Praxis der Alkoholentzugsbehandlung. Als ausgewiesener Experte für Abhängigkeitserkrankungen zeigte er, wie wichtig es ist,

[1] nach ICD-11: einer Störung der Intelligenzentwicklung, abgekürzt: SIE. Weitere synonyme Begriffe: kognitive Beeinträchtigung; Menschen mit Lernschwierigkeiten; Menschen mit geistiger Behinderung.

Behandlungskonzepte individuell anzupassen. Seine Beispiele aus dem klinischen Alltag zeigten, dass klare Strukturen, verlässliche Beziehungen und realistische Ziele den Therapieerfolg verbessern. Reker empfiehlt ein personzentriertes Vorgehen, das die vorhandenen Ressourcen der Betroffenen aktiviert und deren Defizite in den Hintergrund stellt.

Auch Klaus Wölfling widmete sich einem hochaktuellen Thema: den nichtstoffgebundenen Süchten, insbesondere den internetbezogenen Verhaltensstörungen. Er legte dar, dass digitale Medienangebote für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen einerseits wertvolle Teilhabemöglichkeiten eröffnen, andererseits jedoch besondere Risiken bergen, etwa durch Kontrollverlust oder soziale Isolation.

Den Abschluss der Tagung bildeten drei Kurzpräsentationen aus der Praxis: Emire Maxhuni („einfach.gut.beraten – aktionberatung – die Peers!“), Liesa Südbrock (Bielefelder Netzwerk Suchtprävention für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen) und Katharina Rathmann (Substanzmittel-Kompetenz-Box) stellten Beispiele guter Praxis vor. Die Materialien zu den Projekten können kostenfrei genutzt werden. Die Etablierung weiterer regionaler Netzwerke ist sicherlich erstrebenswert. Alle Beispiele betonten die Bedeutung von Prävention und partizipativen Ansätzen.

Diese Tagungsdokumentation zeigt, wie notwendig es ist, die Diskussion über Sucht bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen weiterzuführen – interdisziplinär, praxisnah und mit einem klaren Fokus auf Teilhabe und Empowerment. Eine faire Gesundheitsversorgung für alle kann gelingen, wenn Fachkräfte Beratung, Behandlung und Unterstützung inklusiv gestalten.

Hauke Hermann und Reinhard Burtscher

Im April 2026

Begrüßung zum DGSGB-Fachtag durch den Sucht- und Drogenbeauftragten der Bundesregierung

Hendrik Streeck

Zitierweise:
Streeck, H. (2025). Begrüßung zum DGSGB-Fachtag durch den Sucht- und Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Verschriftlichte Videobotschaft. In: Burtscher, R. & Hermann, H. (Hrsg.): Sucht im Fokus: Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 14. November 2025 (online). Materialien der DGSGB Bd. 55. Bielefeld: Eigenverlag der DGSGB, S. 6-7.

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

ich freue mich sehr, Sie heute zumindest virtuell begrüßen zu können.

Sucht betrifft uns alle: Sie hat nichts mit intellektuellen Fähigkeiten, Alter oder Einkommen zu tun. Drogen- oder Verhaltensabhängigkeiten können jeden und jede treffen. Und was als individuelles Problem beginnt, wächst mit der Zeit zu einer Herausforderung für das soziale Umfeld und die ganze Gesellschaft. Dass wir wirklich allen Betroffenen helfen, ist deshalb eine gemeinschaftliche Verantwortung.

Die aktuellen Themen, die wir diskutieren, kennen Sie allzu gut: finanzielle Schieflage der Suchtberatungsstellen, unzureichende Zugänge für marginalisierte Gruppen, Fachkräftemangel und seine Auswirkungen auf die Suchthilfelandschaft. Außerdem die Kritik an der lückenhaften Verzahnung der Hilfen – um nur einige zu nennen. Und über allem steht der Wunsch nach Verbesserung.

Ihre Fachtagung stellt darüber hinaus wichtige Fragen, die mich ebenfalls umtreiben: Wie können wir sicherstellen, dass alle, die Hilfe benötigen, sie auch bekommen? Wie müssen wir die Angebote gestalten, damit sie für alle ansprechend, zugänglich und wirksam sind?

Für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen gibt es bereits spezielle Unterstützung und Hilfe sowie das Bestreben, das Angebot stetig zu verbessern. Das zeigt schon diese Tagung. Und es hat sich in den letzten Jahren auch einiges getan: von Informationen in Leichter Sprache über Schulungen und Fortbildungen von Betreuungspersonal hin zu integrierten Behandlungsangeboten.

Auch die zunehmende Vernetzung zwischen Forschung, Praxis, Politik, Interessenvertretungen für Menschen mit Behinderungen und den Versorgungssystemen – nicht selten auf Initiative der DGSGB – hat vieles verbessert. Aber gleichzeitig müssen wir die Lücken und blinden Flecken anerkennen, die für diese Zielgruppe nach wie vor existieren. Viel mehr Angebote müssen den individuellen Bedürfnissen gerecht werden. Das ist keine einfache Aufgabe, denn es geht dabei um die gesamte Bandbreite: Frühintervention, Suchtprävention, Beratung und Behandlung.

Bei alledem stellt sich außerdem immer die Frage nach der Balance zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge – das gilt für alle Zielgruppen, aber für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen ganz besonders.

Ich bin zwar Sucht- und Drogenbeauftragter der Bundesregierung, aber es ist mir besonders als Arzt wichtig zu betonen: Prävention muss auf Augenhöhe stattfinden, damit sie die Menschen in ihren jeweiligen Lebenswelten erreicht.

Für Ihren langjährigen Einsatz, Ihre Expertise und auch für Ihre Ausdauer möchte ich deshalb Danke sagen. Ohne Sie wäre die Versorgung von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen bei Weitem nicht auf dem Stand von heute.

Und ich möchte Sie motivieren: Bleiben Sie auch weiterhin so unbequem und hartnäckig! Von Ihrer Arbeit – und von solchen Veranstaltungen wie dieser – profitieren nicht nur Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, sondern das ganze Hilfesystem und letztlich wir alle.

Ihnen allen wünsche ich nun eine spannende und erfolgreiche Veranstaltung.

Zur Person:

Prof. Dr. Hendrik Streeck

Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen.

Hendrik Streeck ist Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie und Direktor des Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Bonn. Er begann seine medizinische Laufbahn an der Charité in Berlin und promovierte an der Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Am 28.5.2025 wurde er zum Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen ernannt. Weitere Informationen unter: https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/beauftragter/

Substanzkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung: Stand der Forschung, Angebote und Herausforderungen für Hilfesysteme und Prävention

Katharina Rathmann

Zitierweise:
Rathmann, K. (2025). Substanzkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung: Stand der Forschung, Angebote und Herausforderungen für Hilfesysteme und Prävention. In: Burtscher, R. & Hermann, H. (Hrsg.): Sucht im Fokus: Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 14. November 2025 (online). Materialien der DGSGB Bd. 55. Bielefeld: Eigenverlag der DGSGB, S. 8- 27.

Zusammenfassung

Der Beitrag beleuchtet den Stand der Forschung zum Substanz- bzw. Suchtmittelkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung vor dem Hintergrund von Inklusion, Selbstbestimmung und veränderten Lebenswelten. Dargestellt werden Konsumformen stoffgebundener und stoffungebundener Suchtmittel, spezifische Konsumgründe sowie psychosoziale und strukturelle Risikofaktoren. Empirische Befunde verdeutlichen wachsende Herausforderungen für die Behinderten- und Suchthilfe, insbesondere in Bezug auf Prävention, Beratung und Vernetzung der Hilfesysteme. Ein besonderer Fokus liegt auf dem partizipativen Projekt „SKoL – Substanzmittel-Kompetenz-Toolbox“, das ein niedrigschwelliges, inklusives Präventionsinstrument zur Förderung substanzbezogener Gesundheitskompetenz darstellt. Aufbau, Inhalte und methodisches Vorgehen der Toolbox sowie erste Ergebnisse der formativen und summativen Evaluation werden zusammengefasst. Abschließend werden Anforderungen an zielgruppengerechte Präventionsangebote, Qualifizierungsbedarfe von Fachkräften und Perspektiven für Forschung und Praxis dargestellt.

1. Substanzkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

1.1 Ausgangslage

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention und der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in Deutschland hat sich die Lebenssituation vieler Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung grundlegend verändert. Zunehmende Inklusion und Normalisierung ermöglichen ein Leben außerhalb institutioneller „Sondersysteme“ und stärken Selbstbestimmung sowie gesellschaftliche Teilhabe (Rathmann, 2023). Gleichzeitig entfällt damit jedoch der bisherige, stark strukturierende und schützende Rahmen stationärer oder betreuter Settings. Dieser Paradigmenwechsel wirkt sich auch auf den Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln aus: In inklusiven Lebenswelten gewinnen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung größere Autonomie im Konsumverhalten, sind damit jedoch zugleich verstärkt Risiken ausgesetzt.

Der Konsum von Suchtmitteln bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung hat aufgrund dessen in der Sucht- und Behindertenhilfe zunehmend an Bedeutung gewonnen (Rathmann, 2023; Klinkhamer & Tielking, 2024). Allerdings zeigt sich in Deutschland ein erhebliches Forschungsdefizit: Während in der internationalen Literatur eine wachsende Anzahl von Studien

zu diesem Thema vorliegt, gibt es in Deutschland bislang nur begrenzt Studien über die Verbreitung und die Folgen des (problematischen) Suchtmittelkonsums bei dieser Bevölkerungsgruppe.

Der Konsum von Suchtmitteln bezieht sich sowohl auf stoff-gebundene als auch stoffungebundene (verhaltensbezogene) Suchtmittel. Der stoff-gebundene Suchtmittelkonsum bezeichnet den Gebrauch psychoaktiver Substanzen wie Tabak, Alkohol oder Cannabis (Rathmann, 2023). Der Begriff „Sucht" wird synonym für eine Abhängigkeit von Substanzen oder bestimmten Verhaltensweisen verwendet. In der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation wird hierfür der Begriff des Abhängigkeitssyndroms genutzt. Dieses beschreibt ein Muster körperlicher, kognitiver und verhaltensbezogener Phänomene, bei dem der Konsum von Suchtmitteln für die betroffene Person eine dominante Bedeutung erlangt und andere zuvor höher bewertete Aktivitäten und Verpflichtungen in den Hintergrund treten.

Merkmale des Abhängigkeitssyndroms (ICD-10) sind beispielsweise

- ein starkes Verlangen oder Zwang zum Konsum der Substanz (Craving),
- eine verminderte Kontrollfähigkeit hinsichtlich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums,
- ein körperliches Entzugssyndrom bei Reduktion oder Beendigung des Konsums,
- eine Toleranzentwicklung mit Bedarf an steigenden Dosen zur Erzielung der gleichen Wirkung,
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Aktivitäten zugunsten des Konsums,
- anhaltender Konsum trotz nachweislich schädlicher körperlicher, psychischer oder sozialer Folgen.

Ein Abhängigkeitssyndrom liegt in der Regel vor, wenn mehrere dieser Merkmale über einen bestimmten Zeitraum (12 Monate) gleichzeitig bestehen (Rathmann, 2023).

Empirische Studienergebnisse und Praxisberichte zeigen, dass Beratungsanfragen aus der Behindertenhilfe in der Suchthilfe zunehmen und der problematische Suchtmittelkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung an Relevanz gewinnt (Schote & Rathmann, 2024). Die (epidemiologische) Studienlage verdeutlicht dabei mehrere Besonderheiten: Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sind grundsätzlich ähnlichen Risiken für problematischen Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit ausgesetzt wie die Allgemeinbevölkerung, verfügen jedoch häufig über eingeschränkte Bewältigungs- und Problemlösestrategien. Zwar konsumieren sie im Durchschnitt weniger – insbesondere illegale – Substanzen, gleichzeitig steigt das Konsumniveau mit abnehmendem Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung sowie mit zunehmender Befreiung von sog. „kustodialen" (d. h. schützenden) Beschränkungen (Rathmann, 2023). Dieser Zusammenhang wird als ambivalente Kehrseite bzw. Fluch von Selbstbestimmung beschrieben.

Vor diesem Hintergrund verfolgt das Inklusionsprinzip nicht mehr primär den Schutz vor Risiken, sondern die bewusste Auseinandersetzung mit Chancen und Gefährdungen des Substanzkonsums. Daraus ergeben sich erhebliche Herausforderungen für die Behinderten- und Suchthilfe (Abel et al., 2020; Schote & Rathmann, 2024; Schote, 2023).

1.2 Konsumhäufigkeiten stoff-gebundener und -ungebundener Substanzen

Studienergebnisse verdeutlichen, dass sowohl stoffgebundene (z. B. Alkohol, Nikotin, Cannabis) als auch stoffungebundene Suchtmittel (z. B. Glücksspiele, Nutzung von digitalen Medien)

eine relevante Rolle für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung spielen – auf teils ähnlichem Niveau wie bei der Allgemeinbevölkerung (Rathmann, 2023; Rathmann et al., 2024). Diese Ergebnisse spiegeln sich in internationalen Übersichten wider und betonen die Bedeutung von inklusiven Präventions- und Behandlungsangeboten (van Duijvenbode & van der Nagel et al., 2018). Auch zeigt sich für Deutschland ein erhöhter Bedarf an zielgerichteten Präventions- und Hilfestrukturen, insbesondere in betreuten Wohnformen und unterstützten Lebenswelten.

Eine Bedarfserhebung mit N=137 Befragten mit kognitiver Beeinträchtigung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zeigte beispielsweise, dass der Konsum stoffgebundener und stoffungebundener Suchtmittel regelmäßig erfolgt, zum Teil sogar mindestens wöchentlich (Rathmann, 2024). Der häufigste Konsum (d. h. „jeden Tag") ist für die folgenden Suchtmittel dokumentiert worden (Rathmann, 2024):

- Handynutzung: 56,6 %
- Soziale Medien: 44,9 %
- Handy- und Computerspiele: 40,6 %

Besonders bemerkenswert ist der hohe Anteil stoffgebundener Suchtmittel, der auf ein neues Verständnis des Suchtmittelkonsums bei diesem Personenkreis hindeutet. Unter den traditionellen Suchtmitteln zeigen sich der Konsum von Zigaretten/E-Zigaretten (14,6 % täglich) und Alkohol (3,6 % täglich). Energy-Drinks und andere koffeinhaltige Getränke werden von 20,3 % der Befragten mit einem täglichen Konsum berichtet. Cannabis, verbotene Drogen und Glücksspiele wurden dagegen seltener als monatlich konsumiert bzw. angewendet (Rathmann, 2024).

Besonders auffällig ist der Konsum von Energy-Drinks, die aufgrund ihrer Verfügbarkeit, des kostengünstigen Zugangs und der ansprechenden Vermarktung häufig konsumiert werden (Bundeszentrum für Ernährung, 2023; Rathmann & Tretow-Frahm, 2025; Verbraucherzentrale, 2024; Verbraucherzentrale Hessen, 2021). Energy-Drinks weisen einen hohen Koffeingehalt sowie große Mengen an Zucker und Zusatzstoffen auf (Bundeszentrum für Ernährung, 2023; Verbraucherzentrale, 2024), was insbesondere für vulnerable Gruppen gesundheitliche Risiken darstellt. Studien zeigen vielfältige Kurz- und Langzeitfolgen, darunter Herz-Kreislauf-Beschwerden, Schlafstörungen und Angstzustände (Verbraucherzentrale Hessen, 2021). Bei Kindern und Jugendlichen (insbesondere mit sonderpädagogischem Förderbedarf Geistige Entwicklung und Lernen) werden teilweise frühe Konsumerfahrungen – bis hin zum Erstkonsum im Grundschulalter – als auch ein häufigerer Konsum im Vergleich zu Heranwachsenden ohne Förderbedarfe berichtet (Rathmann & Tretow-Frahm, 2025).

1.3 Konsumgründe und (psychosoziale) Folgen

Die Konsumgründe von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ähneln grundsätzlich denen der Allgemeinbevölkerung, weisen jedoch spezifische Besonderheiten auf (Rathmann et al., 2023). Dazu zählen unter anderem

- eine geringere Selbstkontrolle,
- das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Anerkennung,
- der Umgang mit belastenden Emotionen,
- Widerstand gegen Fremdbestimmung sowie
- Normalisierungsbestrebungen im sozialen Umfeld.

Zusätzlich erhöhen Faktoren wie eingeschränkte Problemlösestrategien, fehlende soziale Netzwerke, begrenzte Lebensperspektiven und eine erhöhte Komorbidität psychischer Erkrankungen die Vulnerabilität.

Vor diesem Hintergrund stellen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung eine besonders gefährdete Gruppe für problematischen Konsum stoffgebundener und stoffungebundener Suchtmittel dar. Zielgruppengerechte, niedrigschwellige suchtpräventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sind daher essenziell, um einen selbstbestimmten Umgang mit Suchtmitteln zu fördern und gesundheitliche Risiken frühzeitig zu reduzieren.

Qualitative Daten offenbaren verschiedene Motivationen für Substanzkonsum bei dieser Bevölkerungsgruppe. Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung berichten von Stressabbau, dem Bedürfnis nach Entspannung und dem starken Wunsch der Gruppenzugehörigkeit bzw. Gruppenzwangs (Rathmann et al., 2024). Ein Befragter beschrieb folgende Situation: „Weil die meisten wollen, dass du mitmachst und nicht als Außenseiter dastehst. Ich trinke [Energy-Drinks] mit, sonst stehe ich als Außenseiter da“.

Zentrale Faktoren wie soziale Ausgrenzung, mangelnde Anerkennung und eingeschränkte soziale Teilhabe begünstigen beispielsweise Frustrationserfahrungen, die als Bewältigungsstrategie in den Konsum von Suchtmitteln münden können. Hinzu kommen begrenzte Möglichkeiten zur Erreichung gesellschaftlich normierter Lebensziele (z. B. eigenes Auto, Familie, Karriere), soziale Ausgrenzung aus der Gesellschaft, fehlende Anerkennung und soziale Kontakte (z. B. das Gefühl von Einsamkeit), vermeintliche Unveränderlichkeit des kognitiven Zustands (Rathmann et al., 2023). Ein Ergebnis aus dem Projekt „SKoL“ verdeutlicht, wie eine Mutter ihrer Tochter Energy-Drinks empfahl, um die Müdigkeit am Morgen zu reduzieren (Rathmann et al., 2024).

Neben individuellen und sozialen Einflussfaktoren unterscheiden sich die Motivation und die Konsumhäufigkeit auch nach der Betreuungsform (Kretschmann-Weelink, 2013). Besonders im ambulant betreuten Wohnen und in Werkstätten treten ein problematischer Suchtmittelkonsum und eine Abhängigkeit häufiger auf, während in Tagesförderstätten die geringsten Häufigkeiten beobachtet werden. Mit abnehmender Betreuungsintensität und leichterer kognitiver Beeinträchtigungsteigt das Risiko für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, was unter anderem auf weniger strukturierte Alltags- und Freizeitangebote zurückgeführt wird. Insbesondere im betreuten Einzelwohnen wirken soziale Isolation und Einsamkeit als zusätzliche verstärkende Risikofaktoren.

Das Fachpersonal identifiziert zusätzliche Faktoren, die den Konsum begünstigen können: die visuelle Attraktivität von Produkten und Verkaufsangeboten (insbesondere bei Energy-Drinks) sowie Nachahmungstendenzen (Rathmann et al., 2024).

1.4 Herausforderungen durch einen problematischen Suchtmittelkonsum

Die Herausforderungen durch einen (problematischen) Suchtmittelkonsum werden als weitreichend beschrieben und betreffen verschiedene Lebensbereiche (Abel et al., 2020; Feldmann et al., 2019; Rathmann et al., 2023). Eine Befragung des Fachpersonals in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) in Brandenburg dokumentierte die weitreichenden Folgen des Suchtmittelkonsums bei den dort arbeitenden Menschen mit Behinderung (Schote, 2023).

Um zu erfahren, mit welchen Herausforderungen die WfbM-Fachkräfte befasst sind, wurde danach gefragt, welche Probleme durch den Konsum von Substanzen und Verhaltensweisen

in WfbM auftreten. Die befragten Fachkräfte berichten, dass sich substanzbezogene oder problematische Verhaltensweisen bei Menschen mit Behinderung in WfbM vor allem durch eine verminderte Leistungsfähigkeit sowie durch Fehlzeiten bei der Arbeit, nachlassende Körperhygiene und gesundheitliche Beeinträchtigungen äußern (Abb. 1).

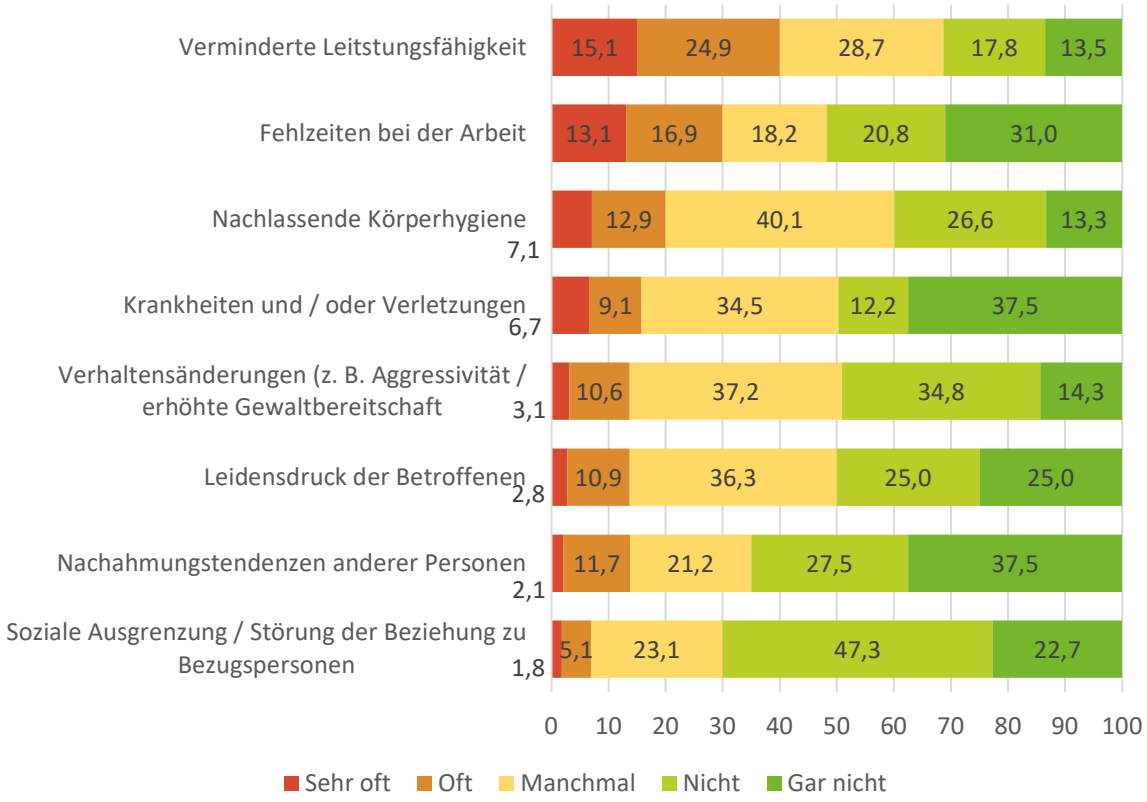


Abb. 1: Probleme durch Substanzkonsum/Verhaltensweisen in der WfbM (in %) – Einschätzung des Fachpersonals (Brandenburg). Eigene Darstellung basierend auf Schote (2023).

Darüber hinaus zeigen sich sowohl kurz- als auch langfristige Auswirkungen, soziale Probleme, körperliche und psychische Folgen, ein erhöhtes Unfallrisiko sowie in einigen Fällen auch eine mit dem Suchtmittelkonsum einhergehende Kleinkriminalität (Feldmann et al., 2019; Schote, 2023; Schote & Rathmann, 2024).

1.5. Bedarfe in der Behinderten- und Suchthilfe

Als Bedarfe im Umgang mit einem (problematischen) Suchtmittelkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung werden vor allem die fehlende Sensibilität und Wahrnehmung des Themas sowohl in der Behindertenhilfe als auch in der Suchthilfe genannt.

Die Bedarfserhebung im Rahmen des „SKoL“-Projekts verdeutlichte weiterhin Handlungsbedarf in beiden Hilfesystemen: u. a. berichtete das Fachpersonal von einem mangelnden Kenntnisstand bei den Arten stoffgebundener und stoffungebundener Suchtmittel und deren Wirkungsweise/n, Wechselwirkungen mit Medikamenten (z. B. bei übermäßigem Alkoholkonsum), gesundheitliche Folgen des Konsums sowie mögliche Konsumgründe und -gelegenheiten (Tab. 1 1 und 2).

Tab. 1: Bedarfe aus Sicht des Fachpersonals in der Behinderten- und Suchthilfe (exemplarische Zitate), (Rathmann et al. 2024).

Suchtmittel und Folgen des Konsums	„(…) Also, ich glaube, man muss erst mal wissen, was es überhaupt alles gibt und auch über die Folgen. Also, dass man die Substanzen, die Folgen und die Konsequenzen kennt (…).“ (Fokusgruppendiskussion (FK); Leitfrage 1; 9. KW; B2; Z. 15-20)
Empathie & Fachwissen	„(…) Aber trotzdem sensibel dafür zu sein, was dir jemand vielleicht erzählen könnte aus dem privaten Kontext, darauf schließen können, ob es da vielleicht etwas gibt.“ (Fokusgruppendiskussion (FK); Leitfrage 1; 9. KW; B1; Z. 194-199)
Rolle, Aufgabe und Privatsphäre	„Was *darf* ich denn überhaupt tun, als Fachkraft in den Einrichtungen? Wie weit darf ich irgendwas fragen, wie weit darf ich irgendwas initiieren?“ (Fokusgruppendiskussion (FK); Leitfrage 2; 9. KW; B1; Z. 2-7)
Informationsaustausch und Vernetzung	„Da kommt dieses Netzwerk wieder ins Spiel. Wo kann ich mir Informationen besorgen, mit wem kann ich denn nochmal sprechen, um ja darüber zu reden, wenn mir etwas auffällt. Was kann ich dann tun?“ (Fokusgruppendiskussion (FK); Leitfrage 2; 9. KW; B3; Z. 135-138)
Kooperation und Zusammenarbeit mit der Suchtberatung und Suchtprävention	„(…) Wissen aus dem System finde ich immer wichtig. Oder externe Experten, die dann eingeladen werden, ja. Und eigentlich ist vor Ort eine Suchthilfeeinrichtung, die das weiß. Und das fördert ja auch Vernetzung.“ (Fokusgruppendiskussion (FK); Leitfrage 1; 9. KW; B1; Z. 507-513)

Tab. 2: Bedarfe von Fachpersonen in der Behinderten- und Suchthilfe (Kenntnis über Suchtmittel, Rolle der Fachkräfte und Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen. Quelle: Eigene Darstellung, entlang folgender Quellen: Rathmann (2023); Rathmann et al. (2024); Schote & Rathmann (2024).

Kenntnisstand über Suchtmittel	Fähigkeiten / Fertigkeiten des Fachpersonals	Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Behindertenhilfe
– Informationen über Suchtmittel und deren Wirkungsweisen – Informationen zu Wechselwirkungen mit Medikamenten – Informationen zu gesundheitlichen Folgen des Konsums – Informationen zu häufig konsumierten Substanzen – Informationen zu möglichen Konsumorten	– „Offenes Ohr“ für den Personenkreis haben – Hohe Empathiefähigkeit – Eigene Körper- und Selbstwahrnehmung – Klärung der Rolle, Verantwortung und Handlungsspielraum – Haltung – Grenzen in Bezug auf die Privatsphäre der betreffenden Person – Sensibilisierung, Schulungen zu Präventionsangeboten sowie Fort- und Weiterbildungen	– regelmäßiger Austausch – Funktionierende Zusammenarbeit – Vernetzung zwischen der Sucht- und Behindertenhilfe – Informationen zu institutions- und trägerübergreifenden Beratungsstellen – Informationen zu Ansprechpartnern im Bereich Suchtprävention

Zudem zeigte sich, dass bestehende Präventions- und Interventionsmaterialien meist nicht zielgruppengerecht aufbereitet sind (z. B. fehlende Leichte Sprache, Lebensweltbezug) und dass es an systematischen Weiterbildungs- und Vernetzungsstrukturen zwischen Behinderten- und Suchthilfe fehlt, die notwendig sind, um eine nachhaltig wirksame, niedrigschwellige und adressatengerechte Unterstützung für Betroffene zu gewährleisten (Schote & Rathmann, 2024). Diese Herausforderungen erfordern eine stärkere strukturelle Verankerung des Themas in der Praxis, eine zielgruppenspezifische Ressourcenentwicklung und eine intensivere

Qualifizierung der Fachkräfte durch Fort- und Weiterbildungen (Feldmann et al., 2019; Schote, 2023; Schote & Rathmann, 2024).

Auch wurde erfragt, ob die Betreuer:innen durch den (problematischen) Konsum ihrer betreuten Menschen Probleme im Arbeits- oder Wohnbereich feststellen konnten. Ein Großteil der Befragten gab an, dass es zu Problemen aufgrund eines problematisch empfundenen Suchtmittelkonsums komme.

- Folgen am Arbeitsplatz: u. a. fehlende Konzentration, Aggression, Streit, Gewalt, fehlende Pünktlichkeit, Fehltage, schlechte Arbeitsleistung, Konsum am Arbeitsplatz, bis hin zur Kündigung.
- Folgen im Bereich Wohnen: Unzufriedenheit, schlechte Stimmung, Wut, Streitigkeiten, keine Tagesstruktur, Lustlosigkeit, Termine werden nicht eingehalten, Vernachlässigung der Gesundheit, Vernachlässigung der Wohnung, Konsum in der Wohnung, finanzielle Probleme.
- Beobachtbare Folgen für die betreuten Menschen: Vernachlässigung anderer Interessen, der Gesundheit und der Wohnung, Veränderungen im Verhalten (z. B. Aggression, Lustlosigkeit, Vernachlässigung der Zielvereinbarung).
- Zur Problembewältigung werden überwiegend Einzelgespräche und Verweise an Suchtberatungsstellen eingesetzt, während strukturelle Maßnahmen wie Fall-Supervisionen, Sanktionen oder Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende häufig nicht genutzt werden (Schote, 2023).

In einer weiteren bundesweiten Online-Befragung von rund 530 Fachkräften des deutschen Suchthilfesystems zeigte sich, dass 62 % der Befragten keine zielgruppenspezifischen Angebote für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung kennen und 87 % in ihrer Einrichtung solche Angebote nicht bereitstellen (Schote & Rathmann, 2024). Einrichtungen, die mit der Behindertenhilfe vernetzt sind, bieten deutlich häufiger suchtspezifische Maßnahmen für diese Zielgruppe an als nicht vernetzte. Ferner besteht ein hoher Unterstützungsbedarf bei Fachkräften, insbesondere hinsichtlich Weiterbildungsangeboten, Handlungsempfehlungen, Leitfäden und Arbeitshilfen, um eine adäquate Beratung, Behandlung und Prävention zu ermöglichen. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln und die Vernetzung zwischen Sucht- und Behindertenhilfe zu verbessern, um die Teilhabechancen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung an Präventionsangeboten und am Suchthilfesystem zu erhöhen.

1.6 Angebote der Prävention

Übersichtsarbeiten weisen darauf hin, dass im nationalen und internationalen Raum zunehmend Programme und Angebote zur Prävention des Suchtmittelkonsums für die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst und entwickelt wurden. Eine Übersicht über diese Angebote (national und international) geben Rathmann et al. (2023) sowie Schote und Rathmann (2024). Eine Übersichtsarbeit identifizierte bei der Mehrheit der bestehenden Präventionsangebote in Deutschland einen Fokus auf stoffgebundene Suchtmittel wie Alkohol, Nikotin und Cannabis bzw. andere Drogen (Rathmann et al., 2023). Andere Angebote (u. a. das „PeP-Unterrichtsprogramm“, „Take it Personal“ und „Tandem“) berücksichtigten auch stoffungebundene Suchtmittel. Lediglich ein Projekt (SKoL – Substanzmittel Kompetenz Toolbox) adressiert zusätzlich die Substanz Energy-Drinks (Rathmann et al., 2023). Für Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf „Geistige Entwicklung“ sind bislang

kaum Präventionsangebote in Deutschland vorhanden (Rathmann et al., 2024). Eine Ausnahme bildet das Projekt „Gesundheitschamps – wir wissen um unsere Gesundheit Bescheid“ (ebd.).

2. Das Projekt „SKoL“: Die „Substanzmittel-Kompetenz-TOOLBOX“

2.1 Projektübersicht und Ziele

Das Projekt „SKoL" (Substanzmittel Kompetenz) wurde durch die Sozialstiftung NRW finanziert und in Kooperation zwischen der Diakonie im Kirchenkreis Recklinghausen (DWKKRE; Antragsteller sowie Kooperationspartner für die Entwicklung und Erprobung) und der Hochschule Fulda (wissenschaftliche Begleitung und Evaluation) von November 2020 bis Februar 2024 durchgeführt (Rathmann, 2025; Rathmann & Karg, o. J.). Das Projekt verfolgt einen partizipativ-inklusiven Ansatz mit Orientierung am Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband, 2024).

Die im Projekt „SKoL“ entwickelte Toolbox und App (Abb. 2), d. h. Materialsammlung stellt ein *partizipativ und inklusiv konzipiertes Präventionsinstrument* zur Förderung der substanzbezogenen Gesundheitskompetenz von und für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sowie weiteren Nutzenden dar (Rathmann, 2025). Die Toolbox kombiniert *analoge und digitale, modular aufgebaute Materialien* in Einfacher bzw. Leichter Sprache, die flexibel und alltagsnah eingesetzt werden können und unterschiedliche Kompetenzdimensionen – Wissens- und Handlungskompetenz – adressieren (Rathmann & Karg, o. J.). Ergänzt wird die Toolbox durch eine spielerisch gestaltete App sowie einen praxisorientierten Leitfaden, der die Anwendung in verschiedenen Lebenswelten der Behinderten- und Suchthilfe unterstützt. Die SKoL-Toolbox stellt ein innovatives Instrument dar, das sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Komponenten berücksichtigt. Besonders hervorzuheben ist die Kombination aus multisensorischen Formaten (d. h. im Zwei- bzw. Mehr-Sinne-Prinzip), die digitale Verfügbarkeit, die spielerische Anwendung als App und die Einbindung von Unterstützungspersonen („Literacy Mediators“), die im Hilfesystem der Eingliederungs- und Suchthilfe eine zentrale Rolle spielen.

„SKoL“ verfolgt das Ziel, partizipativ eine Toolbox (Materialsammlung, inkl. digitaler App) für und mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung aus den Lebenswelten der Behindertenhilfe und der Suchthilfe zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren.

SKoL umfasst folgende Bestandteile:

1. Entwicklung einer (digitalen) Toolbox zur Stärkung der Substanzmittelkompetenz.
2. Partizipative Einbindung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in den Entwicklungs- und Erprobungsprozess.
3. Orientierung an niedrigschwelligen, inklusiven, spielerischen und lebensweltbezogenen Ansätzen.
4. Erprobung und Integration der Toolbox in die Lebenswelten Wohnen und Arbeiten der Behindertenhilfe.
5. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation.



Abb. 2: Bestandteile der SKoL-Toolbox. Quelle: Eigene Darstellung nach Rathmann & Karg (2026).

Die übergeordneten Ziele des Projekts sind:

- die Stärkung der Wissenskompetenz und
- die Stärkung der Handlungskompetenz im Bereich Suchtmittelkonsum bei den Nutzenden.

Die SKoL-Toolbox umfasst digital-verfügbare Materialien, darunter Informationen in Leichter Sprache, Videos, Quizfragen in vier Schwierigkeitsstufen, Aufgaben zur Selbsterfahrung sowie Tools zur Reflexion des eigenen Konsums. Daneben ist eine App entwickelt worden (App-Store), die drei Substanz-Inseln (Alkohol, Nikotin, Energy-Drinks) enthält, die gemeinsam mit einem Avatar („Skolli“) durchlaufen werden und spielerische Elemente nutzen, um Motivation und Kompetenzerleben zu fördern. Für die Lebenswelten und Fachkräfte ist ein Praxis- bzw. Handlungsleitfaden entstanden, der die Anwendung der Toolbox und App praxisnah und alltagstauglich erläutert (siehe Abschnitt 2.3).

2.2 Vorgehen im Projekt „SKoL“

Um eine partizipative Einbeziehung der Nutzenden sicherzustellen, erfolgte zu Beginn eine vorbereitende Phase zur Erfassung von Bedarfen und der Ausgangslage zum Thema Suchtmittelkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und allen Beteiligten im Projekt. In Kreativwerkstätten wurden die Mitwirkenden aktiv in den Entwicklungsprozess einbezogen. Sie hatten die Möglichkeit, ihre Vorschläge und Ideen einzubringen und Formate und Inhalte mitzugestalten. Die entwickelten Formate und Inhalte konnten auf diese Weise sowohl von den Mitwirkenden als auch den Fachkräften aktiv erprobt werden. Ihr Feedback und ihre Erfahrungen flossen in den weiteren Entwicklungsprozessen ein, um die Inhalte, Formate und Nutzungsmöglichkeiten der Toolbox zu verbessern.

Das SKoL-Projekt orientiert sich weitestgehend am Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband, 2024) und integriert bewährte Inhalte bisheriger Präventionsprogramme (für eine Übersicht: siehe Rathmann et al., 2023; Schote & Rathmann, 2024). Das Vorgehen war gekennzeichnet durch:

- Substanzbezogene Schwerpunkte: Alkohol, Tabak und besonders Energy-Drinks,

- Partizipatives und inklusives Vorgehen – Betroffene waren aktiv in allen Phasen eingebunden,
- Mehrphasiger Entwicklungsprozess mit Vorbereitungs- (02/21–12/21), Entwicklungs- (01/22–04/23) und Erprobungsphase (05/23–12/23) (Abb. 3).

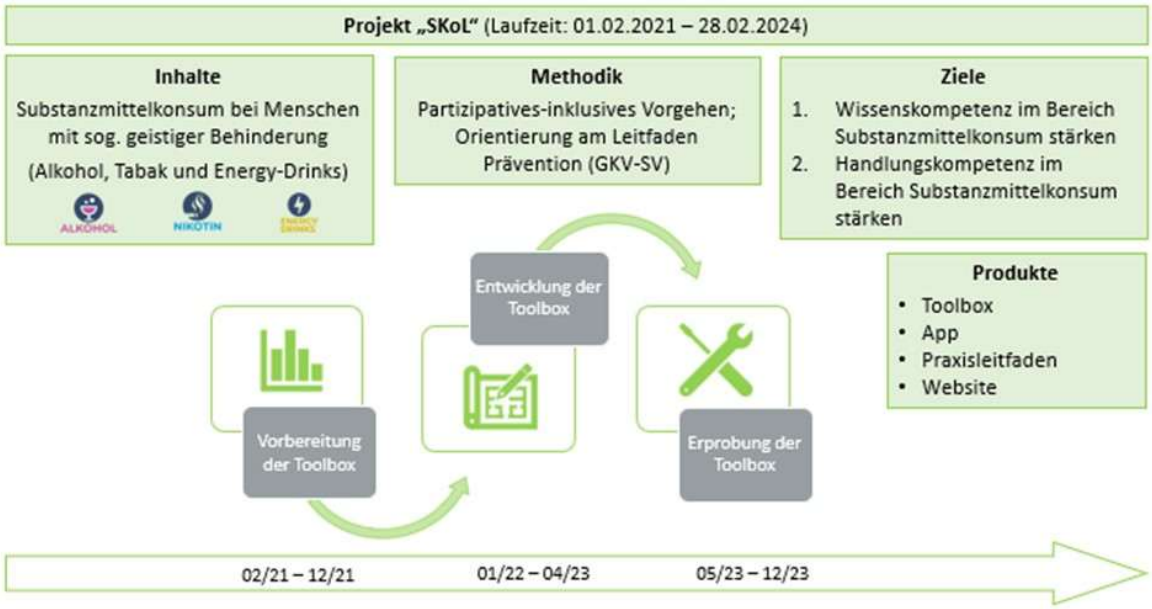


Abb. 3: Phasen und Ziele des „SKoL“-Projekts (Laufzeit: 11/2020-02/2024). Eigene Darstellung nach Rathmann & Karg (2026).

2.3 Die SKoL-Toolbox: Module und Inhalte

Die entwickelte „SKoL“-Toolbox beinhaltet sowohl analog als auch digital verfügbare Materialien („Tools“):

- *Webseite*: Die Webseite bietet eine Übersicht zum Projekt und den kostenfreien Zugang zur Toolbox, App und einem Praxisleitfaden (SKOL-Website, o. J.): https://skol-substanzbox.de
- *Toolbox*: Die Materialien stehen kostenfrei auf der Projektwebsite (in Einfacher Sprache) zur Verfügung (SKOL-Website, o. J.): https://skol-substanzbox.de/materialien
- *SKoL-App:* Ergänzend zur Toolbox wurde eine App in Leichter Sprache entwickelt. Mithilfe des Avatars „Skolli“ begeben sich die Nutzer:innen auf eine interaktive „Schatzsuche“ in den jeweiligen „Substanz-Inseln“ (siehe Abb. 2). Drei Substanz-Inseln (Alkohol, Nikotin, Energy-Drinks) führen durch fünf Häuser (= Module) mit Informationen (Wissenskompetenz), Quiz- bzw. Rätselaufgaben (zur Wissensüberprüfung) sowie Übungen und Aufgaben zur Selbsterfahrung (Verstetigung der Handlungskompetenz). Durch das Absolvieren von Tools werden Münzen gesammelt, mit denen der Avatar „Skolli“ ausgestattet werden kann. Die App fördert spielerisch Motivation, Wissen und Handlungskompetenz. Kostenfrei für Android und iOS: https://skol-substanzbox.de/app-herunterladen
- *Praxisleitfaden*: Der Praxisleitfaden soll die Nutzenden und Einrichtungen bei der Anwendung der Toolbox sowie der App unterstützen (Rathmann & Schneider, 2024).

Der Praxisleitfaden ist auf die Lebenswelten Wohnen und Arbeiten in der Behindertenhilfe abgestimmt und auch für die Anwendung in der Suchtberatung und -prävention sowie in anderen Settings vorgesehen. Neben einer Einführung in die theoretischen Grundlagen und Zielsetzungen der SKoL-Toolbox umfasst der Leitfaden eine detaillierte Beschreibung der Materialien und ihrer alltagsnahen Einsatzmöglichkeiten.

Für jede Substanz (Alkohol, Nikotin und Energy-Drinks) stehen fünf Module zur Verfügung:

1. Einführung in die Substanz und ihre Inhaltsstoffe
2. Konsumgründe und Substanzen in der eigenen Lebenswelt
3. Konsum-Folgen und Sucht-Potenziale erkennen
4. Handlungsalternativen zum Substanzkonsum
5. Hilfe und Unterstützung finden (u. a. Suchtprävention, zur Vernetzung der Hilfesysteme)

Jedes Modul bietet drei Formate in der „SKoL"-Toolbox und App:

- Informationen in Leichter Sprache (mit Vorlesefunktion),
- Quiz- bzw. Rätselfragen in vier Schwierigkeitsstufen zur Wissensüberprüfung,
- Aufgaben und Übungen zur Selbsterfahrung und Verstetigung der Handlungskompetenz (z. B. Konsum-Sack, Konsum-Tagebuch und Konsum-Gründe, Folgen eines übermäßigen Konsums, Konsumalternativen).

(Digitale) Komponenten der „SKoL-Toolbox":

- Fünf Module für drei verschiedene Substanzen mit detaillierten Informationen
- Insgesamt rund 190 Tools (kostenlos als App und Download verfügbar)
- App mit Avatar „Skolli" als Begleiter
- Automatische Sprachausgabe für erweiterte Barrierefreiheit
- Spielerischer Zugang durch „Schatzsuche"-Logik

Insgesamt ermöglicht die SKoL-Toolbox eine niedrigschwellige, zeit- und ortsunabhängige Stärkung von Selbstbestimmung im Umgang mit Suchtmitteln und eröffnet zugleich Transferpotenziale für weitere Zielgruppen und Settings im Sinne eines möglichst inklusiven Präventionsangebots.

2.4 Kriterien für die Umsetzung und Prävention

Die SKoL-Toolbox wurde in Anlehnung an den GKV-Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband, 2024) nach Kriterien entwickelt, die sowohl Schwerpunkte der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention berücksichtigen:

- *Partizipation*: Aktive Beteiligung der Zielgruppe sowie Fachkräfte aus der Behinderten- und Suchthilfe
- *Empowerment*: Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung
- *Verhaltensprävention*: Individuelle Förderung der Wissens- und Handlungskompetenz

- *Verhältnisprävention*: Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe (durch Übungen/Aufgaben)

2.5 Evaluation und Ergebnisse zur Wirksamkeit der Tool-Erprobung

Die formative und summative Evaluation erfolgte mittels Vorher-Nachher-Befragungen und Feedbackbögen (in Leichter Sprache) der Nutzenden und durch qualitative Interviews mit Betreuungs-/Fachpersonal (u. a. in Tabelle 1). Besonderer Fokus lag auf der Verständlichkeit, Nutzbarkeit und Wirkung der Materialien bzw. (digitalen) Tools.

Die Ergebnisse der Begleitevaluation während der Erprobungsphase von Modulen und Tools zur Substanz Energy-Drinks (Abb. 4 und 5) zeigten erste Hinweise auf die Wirksamkeit der 6-10-wöchigen Erprobung bei den Teilnehmenden (Rathmann et al., 2024). Teilnehmende berichteten über gesteigerte Wissenskompetenz, ein verbessertes Verständnis für Warnhinweise und größere Sicherheit im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen. Darüber hinaus wurden positive Effekte in Bezug auf Entscheidungen zur Konsumreduktion sowie im Austausch über Suchtmittel mit den Mitmenschen beobachtet.

Die Ergebnisse der Vorher-Nachher-Befragung der Teilnehmenden (t0: n=27, t1: n=8) an der Erprobungsphase (Abb. 5) zeigen folgendes Muster: 81,5 % gaben nach der Erprobung (t1) an, dass sie „etwas über Energy-Drinks lernen“ konnten (t1: 87,5 %, t0: 81,5 %), und jede zweite Person berichtete von einer erhöhten Achtsamkeit beim Substanzkonsum insgesamt (t1: 50,0 %, t0: 44,4 %) (Rathmann et al., 2024).

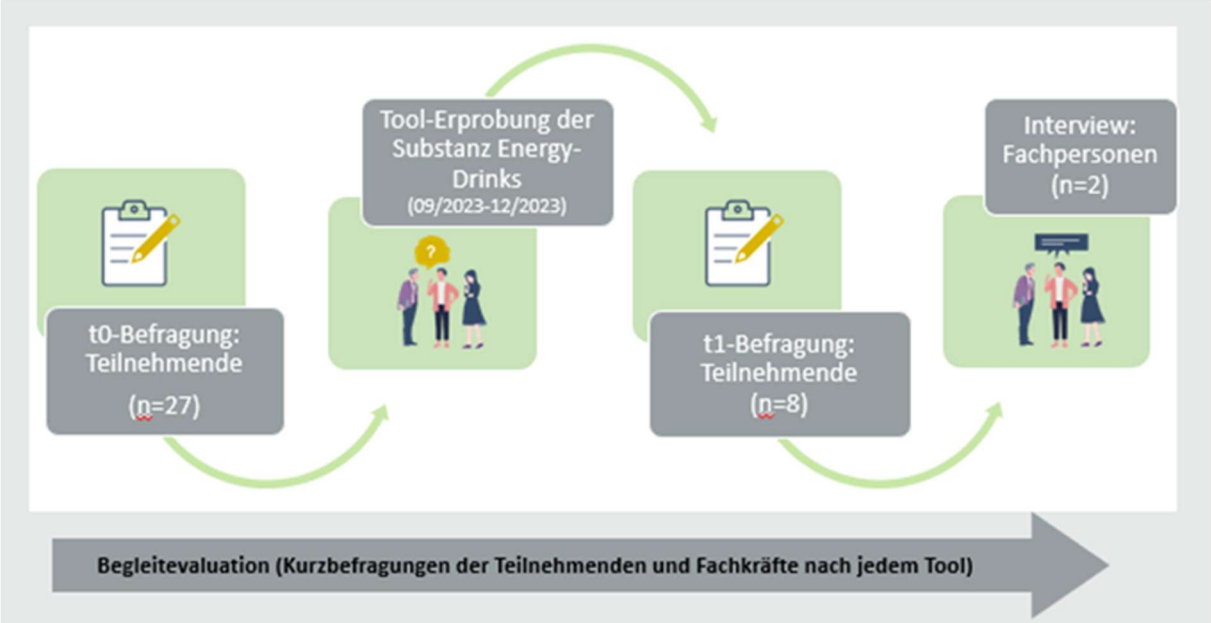


Abb. 4: Ablauf der Erprobungsphase (6-10 Wochen). Quelle: eigene Darstellung nach Rathmann & Karg (2026).

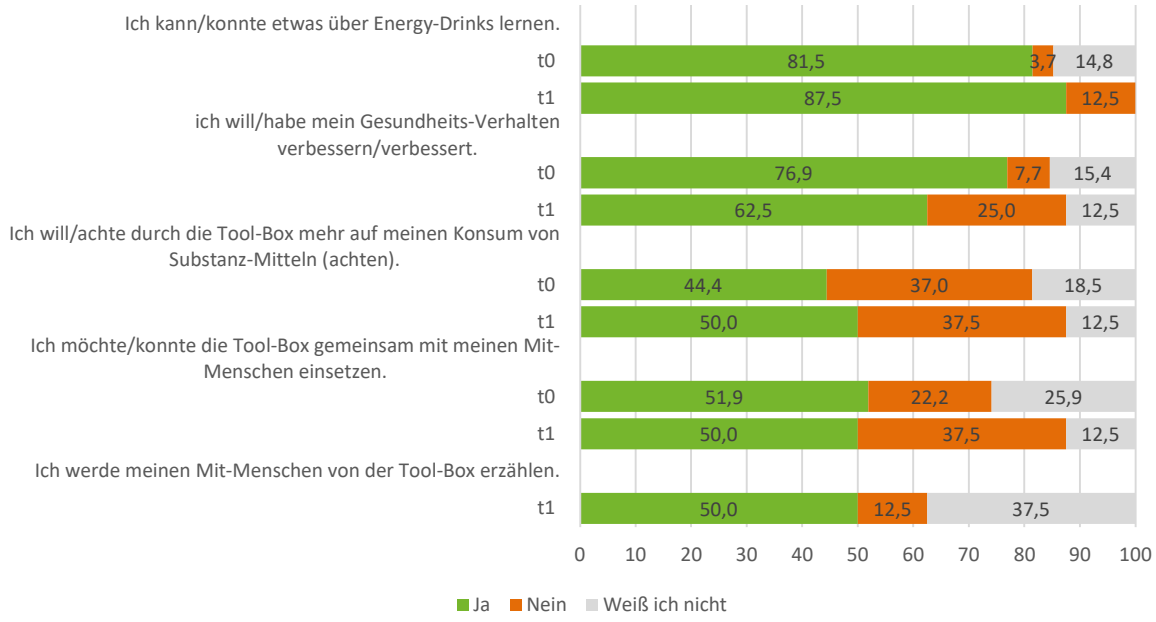


Abb. 5: Ziele und Erfolge der Teilnehmenden mit Behinderung bei der Anwendung der Tools zur Substanz Energy-Drinks im Vorher-Nachher-Vergleich (Angaben in %, t0: n=27, t1: n=8). Eigene Darstellung nach Rathmann et al. (2024).

Die Erprobung der Toolbox zeigte weiterhin eine tendenzielle Verbesserung des substanzbezogenen Wissenserwerbs und der Verhaltensintention für das Suchtmittel Energy-Drinks bei den Teilnehmenden (Abb. 6). Die Teilnehmenden der Erprobungsphase berichteten eine verbesserte substanzbezogene Gesundheitskompetenz für die Substanz Energy-Drinks im Vergleich vor (t0) und nach (t1) Tool-Erprobung (Rathmann et al., 2024). Im Detail wird dies für die folgenden Einschätzungen der Teilnehmenden deutlich:

- Die Fähigkeit, Warnungen im Umgang mit Energy-Drinks (sehr einfach/ziemlich einfach) zu verstehen, stieg von 44,4 % (t0: vor der Erprobung) auf 75,0 % (t1: nach der Erprobung).
- Die Fähigkeit zu entscheiden, ob den Infos über Gefahren/Risiken von Energy-Drinks aus den Medien getraut werden kann, verbesserte sich ebenfalls leicht im Nachgang der Tool-Erprobungsphase (t0: 37,5 % vs. t1: 44,4 %).
- Informationen über Energy-Drinks zu finden, fiel nach der Erprobung etwas häufiger sehr einfach bzw. ziemlich einfach (62,5 % vs. 66,6 %).

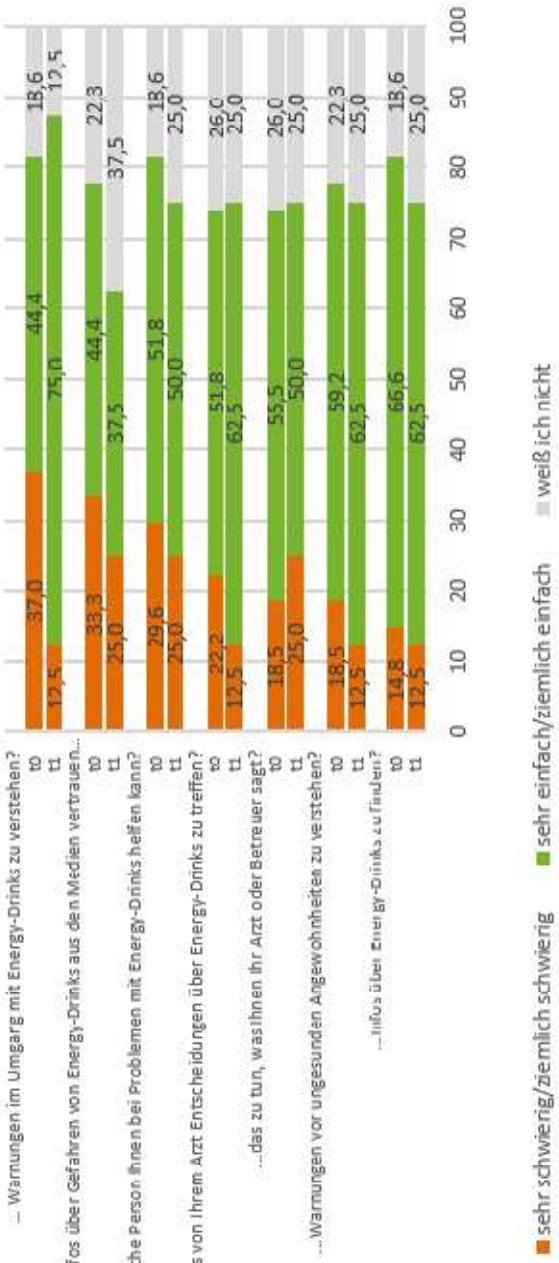


Abb. 6: Vergleich der Gesundheitskompetenz im Umgang mit Energy-Drinks bei den Teilnehmenden vor und nach der Erprobung der Tools (Angaben in %, t0: n=27, t1: n=8) – Frage: „Wie leicht oder schwer finden Sie (es), …“. Eigene Darstellung nach Rathmann et al. (2024).

3. Anforderungen an Präventionsangebote, Sucht- und Behindertenhilfe

Studien und Praxisberichte benennen zahlreiche Anforderungen und Aufgaben der Behinderten- und Suchthilfe im Umgang mit (problematischem) Suchtmittelkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und betonen die Notwendigkeit eines personenzentrierten, barrierearmen, lebensweltbezogenen und selbstbestimmungsorientierten Ansatzes (Rathmann et al., 2023; Rathmann & Karg, o. J.). Darüber hinaus zeigen Studienergebnisse eindrucksvoll, dass *zielgruppenspezifische Angebote und Strukturen häufig fehlen* und *Vernetzung* ein Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Prävention sind (Schote & Rathmann, 2024).

Zentrale Anforderungen an Präventionsangebote sind:

- *Verständliche, adressatengerechte Gestaltung und Kommunikation:* Leichte oder Einfache Sprache, kurze Informationseinheiten, visuelle Unterstützung (Bebilderung/ Piktogramme),
- *Multimodale Vermittlung:* u. a. durch die Kombination von Text, Audio-/Vorlese-Funktion, Orientierung am „Zwei-“ bzw. „Mehr-Sinne“-Prinzip,
- *Niedrigschwellige Zugänge und Nutzungsmöglichkeit:* orts- und zeitflexibel, kostenarm, Alltagssettings wie Wohnen/Arbeiten,
- *Partizipation und Empowerment:* u. a. Mitwirkung und Mitbestimmungsmöglichkeiten an Inhalten und Gestaltung, bei Nutzer-Testungen und Feedbackschleifen, bei der Umsetzung und Durchführung von Maßnahmen,
- *Peer-to-Peer-Ansatz:* Menschen mit vergleichbaren Lebenslagen oder Beeinträchtigungen als geschulte Peers einbeziehen (u. a. bei der Weitergabe von Gesundheitsinformationen, Erfahrungen und Unterstützungsangeboten), um Verständlichkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit zu erhöhen, sowie
- *Multiplikatoren- und Lotsen-Ansatz:* bspw. durch die Schulung von Fach-/Betreuungspersonal oder auch weiteren Nutzenden, die eine nachhaltige Umsetzung und den Transfer in weitere Lebenswelten unterstützen.

Für beide Hilfesysteme wird weiterhin die enge Kooperation und Vernetzung als Voraussetzung für eine wirksame Prävention, Beratung und Unterstützung herausgestellt (Schote & Rathmann, 2024). In einer bundesweiten Befragung von Fachkräften in der Suchtberatung und -prävention zeigte sich, dass viele der Befragten keine geeigneten Angebote kannten oder nicht anbieten (Schote & Rathmann, 2024). Während WfbM zu 69,2 % mit der Suchthilfe kooperieren, bestehen bei anderen Betreuungsformen noch kaum Vernetzung und Kooperation, wie beispielsweise zwischen der Suchtberatung/-prävention und Förderschulen. Gerade Bildungssettings sind geeignete Zugänge, um frühestmöglich im Lebenslauf gesundheitsförderliche und (sucht-)präventive Angebote umzusetzen.

Besondere Unterstützungsbedarfe aus Sicht von Fachkräften (Abbildung 7) zeigten sich in den folgenden Bereichen (Schote & Rathmann, 2024):

- Fort- und Weiterbildungen (41,9/38,0 % großer/sehr großer Bedarf)
- Handlungsempfehlungen und Leitfäden (41,9 %)
- Verbesserung der Barrierefreiheit (35,1 %)
- Verstärkte Zusammenarbeit und Vernetzung (37,0 %).

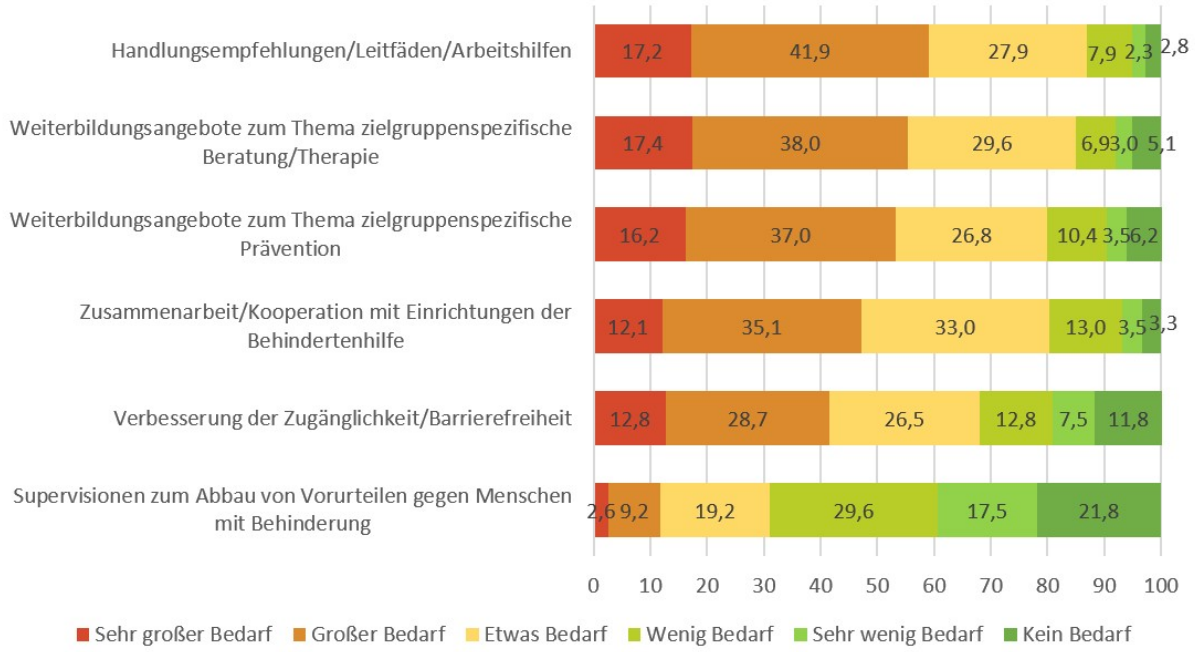


Abb. 7: Unterstützungsbedarfe aus Sicht des Fachpersonals im Suchthilfesystem (Angaben in %; n=415-433). Quelle: Eigene Darstellung nach Schote & Rathmann (2024). Anmerkungen: Abweichungen in den Gesamtsummen (>100 %) sind auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen. Bei den Fragen nach der Häufigkeit des Unterstützungsbedarfs von Fachpersonen handelt es sich um eine Filterfrage, die nur bei Zustimmung der vorherigen Fragen mit „ja“ in der Abbildung dargestellt werden (d. h. Kenntnis=ja; Angebot=ja). Nicht alle befragten Fachpersonen beantworteten alle Fragebogen-Items, weswegen die Fallzahl der Fachkräfte zwischen n=415 und n=433 variiert.

Zugleich sind Einrichtungen der Suchtberatung und -prävention mit Kooperationen zur Behindertenhilfe eher in der Lage, entsprechende Maßnahmen umzusetzen (Schote & Rathmann, 2024). Daraus folgt als Anforderung an Präventionsangebote: es braucht eine *zunehmende Kooperation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen sowie lotsende Informationen und Aktivitäten* in der Behinderten- und Suchthilfe (z. B. gemeinsame Fallbesprechungen, Ansprechpersonen, abgestimmte Materialien und (Beratungs-)Angebote).

Interviews mit Fachpersonen aus der Behinderten- und Suchthilfe verdeutlichen *Bedarfe für die Qualifizierung von Fachpersonen* sowohl in der Eingliederungshilfe als auch in der Suchthilfe (Rathmann et al., 2024). Benötigt werden u. a.:

- *Fachliches Substanzwissen* (inkl. Wechselwirkungen mit Medikamenten, Warnzeichen, Risiken eines stoffgebundenen und stoffungebundenen Konsums),
- *Kommunikative Kompetenzen* für verständliche, wertschätzende (motivierende) Gesprächsführung und Unterstützung,
- *Handlungssicherheit und -freiheit* zu Rolle, Verantwortung, Privatsphäre und ethischen Grenzen, sowie
- *Netzwerk- und Schnittstellenkompetenz* (Navigation im Hilfesystem, Kooperation).

Fachliteratur und Praxisleitlinien betonen Fortbildungsbedarfe ausdrücklich, u. a. zur Sensibilisierung und zur Erweiterung der Beratungskompetenz.

4. Schlussfolgerungen für Praxis und Wissenschaft

Zusammenfassend betrachtet, sieht die UN-Behindertenrechtskonvention zwar die Umsetzung von Inklusion, Normalisierung und Selbstbestimmung vor, doch das Bewusstsein für einen weitmöglichst selbstbestimmten und bewussten Umgang mit Suchtmitteln sowie die Kenntnis von und Umsetzung von (bestehenden) (Präventions-)Angeboten ist in beiden Hilfesystemen – Behinderten- und Suchthilfe – sowohl bei den Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen als auch bei den dort tätigen Fachpersonen nach wie vor stärker zu adressieren. Auch Fachpersonen in den Hilfesystemen fühlen sich häufig überfordert und vor zahlreiche Herausforderungen gestellt (Abel et al., 2020; Schote & Rathmann, 2024).

Wirksame Präventionsmaßnahmen zum Suchtmittelkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung erfordern eine konsequente Zielgruppenorientierung unter Berücksichtigung individueller Bedarfe, Lebenswelten und situativer Rahmenbedingungen. Zentrale Elemente sind die Sensibilisierung und Befähigung der Menschen und des Fachpersonals in der Sucht- und Behindertenhilfe zu einem gesundheitsbewussten Umgang mit Substanzen. Peer-to-Peer-Ansätze für die Menschen mit Beeinträchtigung und Behinderung sowie qualifizierende Fort- und Weiterbildungen für Fachpersonal (Multiplikatoren- und Lotsenansätze) sollten nachhaltig implementiert werden. Langfristig sind integrierte, lebenswelt- und lebensphasenübergreifende Präventionskonzepte notwendig, die eine enge Vernetzung von Sucht- und Behindertenhilfe fördern. Ergänzend bedarf es Beratungs- und Therapieangebote, die sprachliche und kognitive Voraussetzungen berücksichtigen und Schnittstellenproblematiken systematisch adressieren.

Erforderlich sind daher sowohl fachlich-methodische Kompetenzen zur Prävention als auch ausreichende Ressourcen für passgenaue Unterstützungsangebote. Zentral ist zudem der Aufbau tragfähiger, interdisziplinärer Netzwerke zwischen beiden Hilfesystemen, um den veränderten Lebenslagen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung angemessen begegnen zu können.

Neben weiteren Programmen und Angeboten zur Prävention des Suchtmittelkonsums bietet die SKoL-Toolbox mit ihrer multimedialen, partizipativ entwickelten Materialsammlung einen innovativen Präventionsansatz für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Die Evaluationsergebnisse deuten auf eine erste Wirksamkeit durch die Mitwirkung an der Tool-Erprobung hin. Weitere Forschung mit größeren Fallzahlen ist dazu allerdings nötig, um verlässliche Aussagen zur Wirksamkeit von Präventionsangeboten zu generieren.

Zukünftig erfordern Angebote der Gesundheits-(kompetenz-)förderung sowie der Suchtberatung und Suchtprävention die Berücksichtigung folgender Schwerpunkte:

- Vernetzung und Kooperation zwischen Behinderten- und Suchthilfe
- Angebote zur Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals
- Bereitstellung zielgruppenadäquater, barrierefreier Informationen und Materialien
- (Begleit- und Evaluations-)Forschung zur Verbreitung, Inanspruchnahme und Wirkung von Präventionsangeboten
- Integration von Angeboten und Maßnahmen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in die bestehende Präventionslandschaft und Suchthilfe.

Nur durch systemische Veränderungen können Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt und kann ihr Risiko für problematischen Suchtmittelkonsum reduziert werden.

Literatur

ABEL, T. (2020): Beratungshandbuch Teil 1. Grundlagen der Beratungsarbeit mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und problematischem Substanzkonsum. Wiesbaden. Abrufbar unter https://www.aktionberatung.de/userfiles/files/aktionberatung_handbuch.pdf&ved=2ahUKEwjd8uXIpYOSAxVBNvsDHScvA_8QFnoECB8QAQ&usg=AOvVaw3e2d7t64UJj21VFqXIwPxw Zugegriffen: 11. Januar 2026.

BUNDESZENTRUM FÜR ERNÄHRUNG (BZfE) (2023): Energydrinks. Abrufbar unter https://www.bzfe.de/einfache-sprache/einkaufen/energy-drinks Zugegriffen: 11. Januar 2026.

FELDMANN, M., VELT, M., SCHOMAKER, K., SPELLER, B. (2019): Abschlussbericht zum Projekt Geistige Behinderung – problematischer Konsum – (k)ein Thema?! Abrufbar unter https://www.caritas-os.de/cms/contents/caritas-os.de/medien/dokumente/abschlussbericht-pro/abschlussbericht_projekt_sucht_und_behinderung.pdf?d=a&f=pdf Zugegriffen: 11. Januar 2026.

GKV SPITZENVERBAND (Hrsg.) (2024): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V. Berlin. Stand: Dezember 2024. Abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/20251218_Leitfaden_Pravention_2025_barrierefrei.pdf Zugegriffen: 11. Januar 2026.

KLINKHAMER, J. & TIELKING, K. (2024): Prävention von Suchtproblemen bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung. Das Gruppentraining „SUPi – Suchtprävention inklusiv“ (26. April 2024). Abrufbar unter https://www.konturen.de/fachbeitraege/praevention-von-suchtproblemen-bei-menschen-mit-geistiger-beeintraechtigung/ Zugegriffen: 11. Januar 2026.

KRETSCHMANN-WEELINK, M. (2013): Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfahlen. Ergebnisse einer Vollerhebung in Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe, Ergebnisse von Klienteninterviews. Modellprojekt Vollerhebung Sucht & Geistige Behinderung. AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr, Gevelsberg.

RATHMANN, K. (2023): Studienmaterial wissenschaftliches Weiterbildungsangebot EEEwiss Modul Nr. 2 „Sucht in der Versorgung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung“. Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg. Abrufbar unter https://opus.ostfalia.de/frontdoor/deliver/index/docId/1331/file/Lehrbrief_EEEwiss_Modul_2.pdf Zugegriffen: 11. Januar 2026.

RATHMANN, K. (2024): Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Projekts „einfach.gut.beraten – aktionberatung – die Peers. Hochschule Fulda: unveröffentlichter Bericht (Stand: 25.07.2025).

RATHMANN, K. (2025). Substanzkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und Förderbedarfen Forschungsstand, Herausforderungen und Bedarfe für die Hilfesysteme und Prävention. Fachzeitschrift „heilpaedagogik.de“. Fachzeitschrift für Heilpädagog:innen und andere soziale Berufe. Themenheft: „Konsum – Abhängigkeit – Sucht“, 40(4), 16-22.

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., LÁSZLÓ, E., SCHNEIDER, C. (2024): Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Projekts „Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bereich Substanzmittelkonsum von und für Menschen mit geistiger Behinderung (SKoL)“. Ein Kooperationsprojekt des Diakonischen Werks im Kirchenkreis Recklinghausen gGmbH und der Hochschule Fulda. Hochschule Fulda, Fulda.

RATHMANN, K., SENDATZKI, S., LANDWEHR, C. (2024): Das Projekt „Gesundheitschamps – wir wissen um unsere Gesundheit Bescheid“. Prävention und Gesundheitsförderung. https://doi.org/10.1007/s11553-024-01164-6

RATHMANN, K. & KARG, S. (2026): Substanzkonsum bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: Entwicklung einer Toolbox und App im Projekt „SKoL“. Prävention und Gesundheitsförderung. https://doi.org/10.1007/s11553-026-01296-x

RATHMANN, K. & TRETOW-FRAHM, L. (2025): Energydrinks als Herausforderung für Gesundheit und Lebenswelten: Forschungsstand und Präventionsangebote für das Jugend- und Erwachsenenalter und Menschen in vulnerablen Lebenslagen. Prävention und Gesundheitsförderung. https://doi.org/10.1007/s11553-025-01251-2

RATHMANN, K. & SCHNEIDER, C. (2024): Praxisleitfaden zur Anwendung der SKoL-Toolbox und der SKoL-App. Hochschule Fulda, Fulda. Abrufbar unter http://fuldok.hs-fulda.de/opus4 Zugegriffen: 11. Januar 2026.

SCHOTE, C. (2023): Ergebnisbericht Substanzkonsum / problematische Verhaltensweisen bei Menschen mit Behinderung Ergebnisse einer Online - Befragung unter Brandenburger Fachkräften aus WfbM (Ergebniszeitraum: 23.05.-14.07.2023). Abrufbar unter https://www.blsev.de/fileadmin/selbstbestimmt/dokumente/Menschen_mit_Behinderung/231114_BLS_selbstbestimmt_Ergebnisbericht_Befragung_WfbM.pdf Zugegriffen: 11. Januar 2026.

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

SKoL – Substanzmittel Kompetenz TOOLBOX – Webseite (o. J.): Projekt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bereich Substanzmittelkonsum. Laufzeit: November 2020 – Februar 2024. Finanzierung: Sozialstiftung NRW. Abrufbar unter https://skol-substanzbox.de/ Zugegriffen: 11. Januar 2026.

VAN DUIJVENBODE, N. & VAN DER NAGEL, J. (2019): A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *European Addiction Research, 25,* 263-282.

VERBRAUCHZENTRALE (2024): Energy Drinks: Gesundheitsrisiko für Vieltrinker. Abrufbar unter https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/lebensmittel/gesund-ernaehren/energy-drinks-gesundheitsrisiko-fuer-vieltrinker-11212 Zugegriffen: 11. Januar 2026.

VERBRAUCHZENTRALE HESSEN (2021): Unterrichtseinheit Energydrinks zum Durstlöschen? Abrufbar unter https://www.verbraucherzentrale-hessen.de/sites/default/files/2021-11/ernaehrung-unterrichtsmaterial-energydrinks-2021.pdf Zugegriffen: 11. Januar 2026.

Interessenkonflikt: Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethikvoten: Es liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Hochschule Fulda zur Beurteilung der Forschungsvorhaben am Menschen für das Projekt „SKoL – Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bereich Substanzmittelkonsum von und für Menschen mit geistiger Behinderung“ – ein Kooperationsprojekt zwischen dem Diakonischen Werk im Kirchkreis Recklinghausen und der Hochschule Fulda vor (Genehmigungsnummer: Az. 3.1.9.2 -kkm-; Genehmigungsdatum: 27.04.2021). Alle Teilnehmenden haben zur Beteiligung an den Kreativwerkstätten, an den Befragungen und Interviews eingewilligt und wurden über ihre Rechte informiert.

Danksagung: Wir danken allen Teilnehmenden und dem Diakonischen Werk im Kirchenkreis Recklinghausen gGmbH (DKKKRE) für die Zusammenarbeit und Beteiligung während aller Phasen des Projekts. Insbesondere geht unser Dank an Frau Dr. Stefanie Frings und Frau Cosima Nellen (DWKKRE gGmbH), die das Projekt am Standort in Recklinghausen verantwortet haben. Besonders großer Dank gebührt Frau Lisa Marie Kogel, Frau Charlotte Schneider und Frau Selina Jackob (Hochschule Fulda) für die Mitwirkung im Projekt und Unterstützung bei der Erstellung des Abschluss- und Evaluationsberichts während der Projektlaufzeit. Ohne die Mitwirkung aller Beteiligten hätte das Projekt SKoL nicht erfolgreich realisiert werden können.

Bedarfe und Ansätze der Reduktion des Tabak- und Nikotinkonsums

Sabina Ulbricht

Zitierweise:
Ulbricht, S. (2025). Bedarfe und Ansätze der Reduktion des Tabak- und Nikotinkonsums. In: Burtscher, R. & Hermann, H. (Hrsg.): Sucht im Fokus: Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 14. November 2025 (online). Materialien der DGSGB Bd. 55. Bielefeld: Eigenverlag der DGSGB, S. 28-33.

Ausgangssituation

Tabakrauchen spielt eine zentrale Rolle für die Entstehung der in Deutschland weit verbreiteten Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie von Krebserkrankungen (Collaborators, 2022). Ungefähr ein Fünftel, das bedeutet ca. 88.000 der jährlich 500.000 Krebsneuerkrankungen, sind ursächlich auf das Rauchen zurückzuführen (Deutsches Krebsforschungszentrum & Deutsche Krebshilfe, 2025). Dennoch ist der Tabak- und Nikotinkonsum in Deutschland weit verbreitet, vor allem im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter. Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys aus dem Jahr 2024 (ESA, Alter der Stichprobe: 18–64 Jahre) zufolge hatte ein Anteil von 21,8% der Befragten in den zurückliegenden 30 Tagen konventionelle Tabakprodukte wie Zigaretten, Zigarre, Zigarillo oder Pfeife konsumiert (Olderbak et al., 2025). Höhere Prävalenzschätzungen zeigen Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2022/2023, Alter ab 18 Jahre) mit 28,9% (Starker et al., 2025).

Rauchen ist in Deutschland in einem hohen Maße mit dem Faktor Bildung assoziiert. Der Anteil der Rauchenden beträgt in der Bildungsgruppe mit weniger als 10 Schuljahren 37,7%, in der Gruppe mit 10 Schuljahren 30,0% und in der Gruppe mit mehr als 10 Schuljahren 16,9% (Starker et al., 2025). In allen Altersgruppen nehmen mit höherer Bildung die Anteile rauchender Frauen und Männer ab. Der Rückgang des Rauchens in den letzten 20 Jahren in Deutschland geht zu einem sehr großen Anteil auf eine gesunkene Raucherrate in Bevölkerungsgruppen mit hoher Bildung zurück. Das bedeutet, Bildungsunterschiede bestimmen heute die Rauchprävalenz mehr denn je (Starker et al., 2025). Dies trägt zu einer Ungleichverteilung von Gesundheit bei und manifestiert sich zum Beispiel im Auftreten von Krebserkrankungen.

Unabhängig vom Rauchen sind Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen gegenüber Menschen ohne diese Beeinträchtigungen benachteiligt, zum Beispiel in Bezug auf das Alter bei der Diagnose einer Krebserkrankung. Das mittlere Alter bei Erhalt der Diagnose Krebs liegt bei Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen bei 60 Jahren ± 17,9, bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen bei 63,8 Jahren ± 14,6 (Sappok et al., 2025). Unterschiede bestehen auch in Ort und Zeitpunkt einer solchen Diagnose. So wird bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen bei einem Anteil von 35% die Diagnose einer Krebserkrankung in der Notaufnahme gestellt (Heslop et al., 2022). Zum Zeitpunkt der Diagnose befindet sich zudem der Tumor bereits bei 45% in einem fortgeschrittenen Stadium (Heslop et al., 2022). Besonders dramatisch ist, dass Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen häufiger bereits vor dem gesetzlich festgelegten Alter der Inanspruchnahme von Früherkennung versterben (Heslop et al., 2022). Die Benachteiligung bei intellektueller Beeinträchtigung setzt sich fort, sowohl im Hinblick auf die Vermeidbarkeit von Tod durch medizinische Maßnahmen als auch den vorzeitigen Tod (Hosking et al., 2016). Daten einer dänischen Studie zufolge ist die Sterblichkeit ab einem Alter von 45 Jahren in der Bevölkerungsgruppe von Menschen mit

intellektuellen Beeinträchtigungen besonders ausgeprägt, ließe sich durch Präventionsmaßnahmen jedoch deutlich reduzieren. Auch die Sterblichkeit, die durch medizinische Maßnahmen reduziert werden könnte, ist in der Bevölkerungsgruppe von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen höher, verglichen mit der Bevölkerungsgruppe ohne diese Beeinträchtigungen (Thygesen et al., 2024). Diese Ungleichheiten zwischen beiden Gruppen werden, bezogen auf den unterschiedlichen Zugang zu Präventionsleistungen und zu medizinischer Behandlung, mit dem Alter sogar noch größer (Thygesen et al., 2024).

Die Verbreitung des Tabak- und Nikotinkonsums

Die Frage danach, ob Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen weniger oder mehr Tabak- bzw. Nikotinprodukte konsumieren als Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen, lässt sich derzeit nicht abschließend beantworten. Die Datenlage dazu ist bislang nicht zufriedenstellend (Huxley, 2019). In einer Übersichtsarbeit zu substanzbezogenen Konsummustern – betrachtet wurde neben Rauchen auch der Konsum von Alkohol und Cannabis – wurden insgesamt 39 Studien einbezogen. Diese wurden im Zeitraum zwischen 1980 und 2016 publiziert. Die Mehrzahl der Studien wurden in den USA (n= 10) und UK (n= 13) durchgeführt. Studiendaten aus Deutschland lagen nicht vor. Für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen wurden Prävalenzschätzungen für Tabakrauchen bis zu 62,9%, für Alkoholkonsum zwischen 1,9% bis 55% und für Cannabiskonsum zwischen 5,0% und 9,5% berichtet (Huxley, 2019). Die Interpretation der Ergebnisse muss im Kontext der jeweiligen Studienregion, der Altersspannweite der Befragten sowie im Hinblick auf den Umfang und die Selektivität der Stichprobe erfolgen. Auch die Art der Datenerfassung (z. B. persönlich, postalisch, telefonisch bzw. Online) sowie die in der Datenerhebung genutzte(n) Frageformulierung(en) sind für die Interpretation der Studiendaten unerlässlich. Es werden an dieser Stelle beispielhaft zwei Studien genauer betrachtet, die als gering fehlerbehaftet angesehen wurden:

In einer Zufallsstichprobe (n = 20.395) aus den USA wurde eine Raucherrate von 7% unter jenen Erwachsenen ermittelt, die Dienstleistungen für intellektuell beeinträchtigte Menschen in Anspruch genommen hatten. In der Vergleichsstichprobe, d. h. bei Menschen ohne Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen, lag diese Rate bei 15,2 % (Havercamp & Scott, 2015).

Eine weitere US-amerikanische Studie untersuchte die Raucherrate unter Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass jedwede Form der Beeinträchtigung mit einer höheren Prävalenz des Rauchens einhergeht (jedwede Beeinträchtigung = 19,9 % vs. ohne Beeinträchtigung = 13,4%) (Schulz et al., 2024). Interessant an diesen Studiendaten ist, dass der Rückgang des Rauchens zwischen 2015 und 2019 unter Jugendlichen ohne jegliche Beeinträchtigungen deutlicher ausfiel als unter jenen mit irgendeiner Form von Beeinträchtigung (Schulz et al., 2024).

Zum Konsum von Tabakzigaretten und neuartigeren Nikotinprodukten wie E-Zigaretten geben Daten einer aktuellen Studie Auskunft (Emerson, 2023). Unter männlichen 14-Jährigen war der Konsum von Tabakzigaretten unter jenen mit intellektuellen Beeinträchtigungen verbreiteter als unter jenen ohne diese Beeinträchtigungen (4.1% vs. 2.1%). Das Gleiche galt für den Konsum von E-Zigaretten (3.5% vs. 1.7%). Bei den 17-Jährigen war der Konsum von Tabakzigaretten bei intellektuell beeinträchtigten weiblichen Jugendlichen deutlich verbreiteter als bei jene ohne diese Beeinträchtigung (17,0% vs. 11,2%). Im Bezug auf den Konsum von Tabak unterschieden sich 17-Jährige männliche Jugendliche mit und ohne intellektuelle Beeinträchtigungen nicht voneinander (10,6% vs. 11,4%). Weibliche Jugendliche mit intellektueller

Beeinträchtigung rauchten hingegen häufiger E-Zigaretten als Gleichaltrige ohne diese Beeinträchtigung (6,5% vs. 2,9%). Bei männlichen Jugendlichen im Alter von 17 Jahren war der Anteil Konsumierender von E-Zigaretten unter jenen mit intellektueller Beeinträchtigung geringer als unter jenen ohne diese Beeinträchtigung (4,4% vs. 7,6%) (Emerson, 2023).

Über das Rauchen hinaus sind Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen auch weiteren lebensstilbezogenen Risikofaktoren ausgesetzt. Sie erfüllen in einem geringeren Umfang (zwischen 20% und 60%) die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von mindestens 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche mit mindestens moderater Intensität. Dieser Anteil lag bei Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen zwischen 54% und 91% (Martin Ginis et al., 2021). Übergewicht ist bei Menschen mit und ohne intellektuelle Beeinträchtigungen (eingeschlossen sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene) etwa in gleichem Maße verbreitet. Adipositas hingehen, das bedeutet einen Body Mass Index ≥ 30, ist bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung häufiger vorgekommen (Havercamp & Scott, 2015; Flygare Wallen et al., 2018).

Wenige Interventionsstudien

Insgesamt liegen nur wenige Studien vor, in denen lebensstilassoziierte Interventionen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen erprobt wurden. Die meisten Studien gibt es im Bereich der Bewegungsmehrung, auch oft kombiniert mit Ernährungsinterventionen (Westrop et al., 2024). Für den Bereich Rauchen liegen nur wenige Studien vor (Schulz et al., 2024). Eine Übersichtsarbeit hat drei Studien identifiziert. Gemessen an der Gesamtzahl von insgesamt 79 Interventionsstudien ist dies nur ein Anteil von 3,8% (Westrop et al., 2024). Dies ist überraschend, weil das Rauchen den wichtigsten vermeidbaren Risikofaktor für die Entstehung von Krebserkrankungen darstellt, unabhängig vom Geschlecht (Collaborators, 2022).

In einer der qualitativ hochbewerteten Studien (Singh et al., 2014) wurde eine achtsamkeitsbasierte Intervention bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen erprobt: 26 Personen wurden in eine Kontrollgruppe (KG), 25 weitere Personen in die Interventionsgruppe (IG) randomisiert. Teilnehmende beider Gruppen unterschieden sich zu Beginn der Studie nicht im Hinblick auf das Alter (KG= 34 Jahre; IG= 33 Jahre), die Anzahl der wöchentlich gerauchten Zigaretten (KG= 82; IG= 84) und die mit dem Rauchen im Leben verbrachte Zeit (KG= 17 Jahre; IG= 15 Jahre). Primäres Ergebnismaß der Studien war die mittlere Anzahl wöchentlich gerauchter Zigaretten. Dies lag in der Kontrollgruppe bei 40 Zigaretten, in der Interventionsgruppe bei 14 Zigaretten (Singh et al., 2014).

Aus Deutschland liegen Daten aus einer kleinen Fallstudie vor, in denen drei Rauchenden mit intellektueller Beeinträchtigung die Teilnahme an einer 5-tägigen quasi-stationären Tabakentwöhnung angeboten wurde (Vitzthum et al., 2013). Die Kosten für die quasi-stationäre Tabakentwöhnung wurden den Teilnehmenden anteilig von der Gesetzlichen Krankenkasse erstattet. Die Unterbringung während der 5 Tage, in einer eigens dafür angemieteten Wohnung in Krankenhausnähe, wurde von den Teilnehmenden selbst finanziert. Im gesamten Zeitraum wurde die Betreuung der Teilnehmenden bis 22 Uhr durch bekannte Assistenzfachkräfte gewährleistet. Pro Tag nahmen die drei Teilnehmenden an zwei verhaltenstherapeutisch orientierten Therapieeinheiten im Umfang von jeweils zwei Stunden teil. Täglich standen auch Progressive Muskelentspannung und Gymnastik auf dem Therapieplan. Im Anschluss an die 5-tägige quasi-stationäre Tabakentwöhnung kehrten die drei Teilnehmenden wieder in ihr vertrautes Wohnumfeld zurück.

Einer der Teilnehmenden, wir nennen ihn Herr Mustermann, war zum Zeitpunkt des Eintritts in die quasi-stationäre Tabakentwöhnung 61 Jahre alt, war in einem geschützten Arbeitsverhältnis beschäftigt und verfügte über keinerlei Lese- und Schreibkenntnisse. Er rauchte mehr als 30 Zigaretten pro Tag. Zu Beginn der 5-tägigen Entwöhnungsphase gelang ihm der Rauchstopp tagsüber gut. Das Rauchverlangen war jedoch bereits am ersten Abend trotz Nikotinpflaster so stark, dass er sich Zigaretten besorgte. Nach der 5-tägigen Entwöhnungsphase und zurück in seiner vertrauten Wohnumgebung gelang es ihm nicht mehr, auch tagsüber das Rauchen einzustellen. Der Wunsch nach dem Rauchstopp bestand jedoch weiterhin. Die Betreuenden in der Wohngruppe unterstützten ihn nach Kräften, z. B. durch die Zuteilung von Zigaretten oder das Wegschließen der Maschine zum Selberdrehen von Zigaretten. Drei Monate später zog ein neuer Mitbewohner in die Wohngruppe ein. Dieser war ebenfalls Raucher. Mit der Kontaktaufnahme zu dem neuen Mitbewohner und dem gemeinsam gestalteten Wohnen gab Herr Mustermann sein Vorhaben, mit dem Rauchen aufhören zu wollen, endgültig auf (Vitzthum et al., 2013).

Eine zentrale Schlussfolgerung der Therapeutinnen lautete, dass die Vermittlung psychoedukativer Inhalte herausfordernd war. Mangelnde bzw. gänzlich fehlende Lese- und Schreibkenntnisse wie bei Herrn Mustermann waren dem Prozess nicht zuträglich. Auch die Aufmerksamkeitsspanne der drei Teilnehmenden für die Vermittlung psychoedukativer Inhalte war gering. Nach der Rückkehr in ihr Wohnumfeld gestaltete es sich als schwierig, den Kontakt zu den drei Rauchstoppwilligen zu halten. Die Betreuenden konnten die Arbeit des Umgangs mit Misserfolgen und Rückschlägen schwerlich leisten. Die aufsuchend gestaltete Supervision durch die Expert:innen der Tabakentwöhnung hatten nicht den erwarteten Impact auf individuelle Probleme der Selbstregulation sowie mangelnde Impulskontrolle.

Es ist auch nicht bekannt, ob die in der Tabakentwöhnung als wirksam bekannten Strategien bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen überhaupt sinnvoll umsetzbar und effektiv sind. Dazu bedarf es weiterer Forschungsansätze. Diese sollten, neben den Rauchstoppwilligen selbst, das soziale Umfeld (Mitbewohner:innen, Familienangehörige, Betreuungspersonen) ebenso einbeziehen. Auch der starke Fokus verhaltenstherapeutischer Ansätze auf Kognitionen ist kritisch zu hinterfragen (Vitzthum et al., 2013).

Die Einbeziehung von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen in alle Phasen des Forschungsprozesses, angefangen bei der Identifikation von Bedarfen, der Entwicklung und Erprobung von Interventionskomponenten, bis hin zur Implementierung der für wirksam befundenen Ansätze ist unabdingbar (Rana et al., 2024).

Literatur

Collaborators (Global Burden of Disease Risk Factors Collaborators, 2022). The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 400, 563-591.

Deutsches Krebsforschungszentrum und Deutsche Krebshilfe. (2025). Tabakatlas Deutschland 2025, Lengerich: Pabst Science Publishers.

Emerson, E. (2023). Brief report: the prevalence of smoking and vaping among adolescents with/without intellectual disability in the UK. Journal of Intellectual Disability Research, 67, 11, 1190-1195.

Flygare Wallen, E., Ljunggren, G., Carlsson, A. C., Pettersson, D. & Wandell, P. (2018). High prevalence of diabetes mellitus, hypertension and obesity among persons with a recorded diagnosis of intellectual disability or autism spectrum disorde.r Journal of Intellectual Disability Research, 62, 4, 269-280.

Havercamp, S. M. & Scott, H. M. (2015). National health surveillance of adults with disabilities, adults with intellectual and developmental disabilities, and adults with no disabilities. Disability Health Journal, 8, 2, 165-172.

Heslop, P., Cook, A., Sullivan, B., Calkin, R., Pollard, J. & Byrne, V. (2022). Cancer in deceased adults with intellectual disabilities: English population-based study using linked data from three sources. BMJ Open, 12, 3, e056974.

Hosking, F. J., Carey, I. M., Shah, S. M., Harris, T., DeWilde, S., Beighton, C. & Cook, D. G. (2016). Mortality Among Adults With Intellectual Disability in England: Comparisons With the General Population. American Journal Public Health, 106, 8, 1483-1490.

Huxley, A., Dalton, M., Tsui, Y. Y. Y., & Hayhurst, K. P. (2019). Prevalence of alcohol, smoking, and illicit drug use amongst people with intellectual disabilities: review.Drugs: Education, Prevention and Policy, 26, 3, 365-284.

Martin Ginis, K. A., van der Ploeg, H. P., Foster, C., Lai, B., McBride, C. B., Ng, K., Pratt, M., Shirazipour, C. H., Smith, B., Vasquez, P. M. & Heath, G. W. (2021). Participation of people living with disabilities in physical activity: a global perspective. Lancet, 398, 443-455.

Olderbak, S., Hollweck, R., Krowartz, E. M., Mockl, 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.

Rana, D., Westrop, S., Jaiswal, N., Germeni, E., McGarty, A., Ells, L., Lally, P., McEwan, M., Melville, C., Harris, L. & Wu, O. (2024). Lifestyle modification interventions for adults with intellectual disabilities: systematic review and meta-analysis at intervention and component levels. Journal of Intellectual Disability Research, 68, 5, 387-445.

Sappok, T., Rosenbusch, M-L, Hering, R, Schulz, M, Kowalski, C, Sibert, NT, Seufferlein, T, Berger, (2025). Cancer prevalence and care disparities among individuals with intellectual disabilities: a cross-sectional pan-cancer analysis. ESMO Real World Data and Digital Oncology, 9: 100160.

Schulz, J. A., Gimm, G., West, J. C., Kock, L. & Villanti, A. C. (2024). Patterns of Alcohol, Marijuana, and Tobacco Use Among U.S. Adolescents and Young Adults by Disability Status: 2015-2019. Journal of Adolescence Health, 74, 4, 764-773.

Schulz, J. A., Regnier, S. D., Erath, T. G., Mullis, L. C., Nugent, A., Atwood, G. S. & Villanti, A. C. (2024). Smoking cessation interventions for U.S. adults with disabilities: A systematic review. Addictive Behaviors, 149, 107905.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Myers, R. E., Karazsia, B. T., Winton, A. S. & Sing, J. (2014). A Randomized Controlled Trial of a Mindfulness-Based Smoking Cessation Program for Individuals with Mild Intellectual Disability. International Journal of Mental Health and Addiction, 12, 16.

Starker, A., Schienkiewitz, A., Damerow, S. & Kuhnert, R. (2025). Prevalence of obesity and smoking among adults in Germany - trends from 2003 to 2023. Journal of Health Monitoring, 10, e13038.

Thygesen, L. C., Klitgaard, M. B., Sabers, A., Kjellberg, J., Sondergaard, J., Sorensen, J., Sonne, M., Juel, K. & Michelsen, S. I. (2024). European Journal Public Health, 34**,** 1225-1231.

Vitzthum, K., Marly, N., Föhse, S., Salamero y Mur, M., Mache, S. & Pankow, W. (2013). Quasi-stationäre Tabakentwöhnung für drei COPD Patienten mit intellektuellen Einschränkungen. Sucht, 59, 5.

Westrop, S. C., Maenhout, L., Melville, C. A. & McGarty, A. M. (2024). Understanding capabilities, opportunities and motivations to engage in physical activity for adults with intellectual disabilities: A qualitative evidence synthesis. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 37, 6, e13258.

Grundprinzipien im Umgang mit unkontrolliertem Alkoholkonsum bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen

Martin Reker

Zitierweise:
Reker, M. (2025). Grundprinzipien im Umgang mit unkontrolliertem Alkoholkonsum bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. In: Burtscher, R. & Hermann, H. (Hrsg.): Sucht im Fokus: Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 14. November 2025 (online). Materialien der DGSGB Bd. 55. Bielefeld: Eigenverlag der DGSGB, S. 34-38.

Einleitung

Die Probleme von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung (SIE) im Umgang mit Rauschmitteln, insbesondere Alkohol, haben in den letzten Jahren eine vermehrte Aufmerksamkeit erfahren. Hintergrund ist u. a. die zunehmende Verselbstständigung und Enthospitalisierung dieser Personengruppe, die den betroffenen Personen mehr Selbstbestimmung ermöglicht. Eine konsequente Folge dieser gesamtgesellschaftlichen Veränderung ermöglicht Menschen mit SIE auch einen selbstbestimmteren Substanzkonsum. Die Betreuungspersonen, sei es aus dem familiären oder professionellen Bereich, ringen in dieser Konstellation um eine Balance zwischen angemessener Selbst- und Fremdbestimmung. Der vorliegende Beitrag soll helfen, hier zu alltagstauglichen Handlungskonzepten zu finden, die den Autonomieanspruch der betroffenen Personen und das Schutzbedürfnis kognitiv beeinträchtigter Personen gleichermaßen berücksichtigen.

Zum Verständnis von Substanzkonsum bei Menschen mit SIE

Was unterscheidet Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen im Hinblick auf therapeutische Implikationen von anderen Menschen mit Rauschmittelproblemen?

Die meisten Therapieangebote für suchtkranke Menschen arbeiten einsichtsorientiert und fordern von Patient:innen eine selbstkritische Auseinandersetzung mit dem Substanzkonsum (Reker, 2022). Psychoedukativ angelegte Therapiegruppen sind dabei ein zentrales Therapieelement (Schober et al., 2022). Menschen mit SIE sind in der Regel weniger introspektionsfähig, haben mehr Mühe, sich selbst zu reflektieren, und sind in ihrer Lernkompetenz durch ihre kognitiven Beeinträchtigungen im Bereich von Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis mehr oder weniger eingeschränkt. Zudem können sie sich in unübersichtlichen Alltagssituationen häufig schlechter selbst organisieren.

Bei der Aufarbeitung von belastenden Lebenserfahrungen, insbesondere auch Traumata, geht es eher darum, korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen. Mit der reflexiven Durcharbeitung von konflikthaften oder sogar traumatisierenden Beziehungserfahrungen sind sie oft überfordert.

Ihr Denken und Handeln sind meist stärker gegenwartsorientiert und erschweren ihnen ein antizipierendes Denken. Sie können daher Risikosituationen oftmals nicht ausreichend frühzeitig erkennen und entsprechend herausfordernde Situationen schwerer bewältigen. Einschränkungen in der Impulskontrolle erschweren die Bewältigung von Affektkontrolle und Suchtdrucksituationen.

Das Erlernen von Skills zur Bewältigung von Risikosituationen ist aufwändiger, erfordert mehr Übung und Anleitung und appelliert an die Übernahme von Eigenverantwortung, womit viele aus dieser Personengruppe leicht überfordert sein können.

Auf der Suche nach einer Identität, die mit Respekt und Anerkennung verbunden ist, schließen sie sich leicht Gruppen von Rauschmittelkonsument:innen an. Dort wiederum können sie zu Opfern von finanzieller und/oder sexueller Ausbeutung werden. Gelegentlich lassen sie sich auch in kriminelle Aktivitäten verwickeln, sind auch da eher Mitläufer als treibende Kraft dissozialen Handelns.

Ursache für diese „Verführbarkeit" ist oft auch eine hohe Suggestibilität, die immer dann verhängnisvoll wird, wenn die Orientierung gebenden Bezugspersonen selbst egoistische oder dissoziale Ambitionen verfolgen. Gelingt es, aus der Familie heraus oder von professioneller Seite ein stabiles Vertrauensverhältnis zu entwickeln, kann die leichtere Beeinflussbarkeit umgekehrt zur Grundlage werden für eine schrittweise Distanzierung vom Substanzkonsum.

Schließlich werden Menschen mit SIE leicht Opfer von Stigmatisierungs- und Abwertungsprozessen, wenn sie in regulären Therapieangeboten weniger flexibel, schnell oder schlagfertig agieren.

Warum konsumieren Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung überhaupt Rauschmittel, wenn es ihnen doch schadet?

Grundsätzlich konsumieren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Rauschsubstanzen aus den gleichen Gründen wie alle anderen Menschen. Das Verständnis dieser individuellen Konsummotive ist bedeutsam, um zu einer sorgenden Haltung zu finden, aus der heraus geeignete Hilfeangebote entwickelt werden können.

In der aus der Lerntheorie abgeleiteten Verhaltenstherapie wird zwischen Triggern (Auslösern) und Konsequenzen eines Handelns unterschieden. Während die Auslöser situativ bestimmte Handlungsreaktionen hervorrufen können, entscheiden die positiven oder negativen kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen darüber, ob ein Verhalten aufrecht erhalten wird. Insofern sind die Konsequenzen einer Handlung, weil sie über die Etablierung und Chronifizierung eines bestimmten Verhaltensmusters entscheiden, auf Dauer bedeutsamer als die jeweiligen Trigger.

Auslöser von Konsumverhalten können internale Prozesse wie Trauer, Schmerz, Angst oder Niedergeschlagenheit sein, aber auch externale Trigger wie Alkoholwerbung, der direkte Kontakt zu konsumierenden Bekannten und Freund:innen oder Feiern und Feste. Häufig treten bestimmte Trigger so regelmäßig auf, z. B. bei Geburtstagen oder auf dem Fußballplatz, dass eine Gewöhnung (eine Habituation i.S. einer klassischen Konditionierung) einsetzt. Der Start einer Fußballübertragung im Fernsehen kann dann ganz automatisiert dazu führen, dass ähnlich wie beim „Pawlowschen Hund" die verheißungsvolle Speichelproduktion schon einsetzt, wenn die Aufstellung der Mannschaften aufgerufen wird oder eine bestimmte Vereinshymne gespielt wird. In der sozialen Interaktion kann Einsamkeit genauso zum Auslöser werden wir Geselligkeit. Manchmal signalisiert das Konsumverhalten, wie bei vielen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Bedürfnisse nach Autonomie und Selbstbestimmung.

Schaut man auf die Konsequenzen, sollen durch den Alkoholkonsum häufig unangenehme Affekte beseitigt werden. Unsicherheit, Ängstlichkeit, Minderwertigkeitsgefühle oder auch Niedergeschlagenheit reduzieren sich innerhalb kurzer Zeit unbequeme Gedanken und unangenehme Erinnerungen erscheinen nicht mehr so bedeutsam. Umgekehrt werden positive

Effekte hervorgerufen wie Entspannung, gehobene Stimmung und Enthemmung im Sinne einer erleichterten Kontaktaufnahme mit anderen Menschen. So gelingt es eher, Langeweile und Leerlauf im Alltag zu bewältigen und Hemmungen zu überwinden. Manchmal spielen auch körperliche Wirkungen eine Rolle, weil Alkohol die Muskelspannung bei spastischen Lähmungen reduziert oder einen vorbestehenden Tremor beruhigt. In systematischer Weise können diese Informationen über Verhaltensanalysen erarbeitet werden, die z. B. als Konsumanalysen im Community Reinforcement Approach detailliert abgefragt werden (Meyers & Smith, 2017).

Was folgt daraus für zielgruppenspezifische Therapieangebote?

Zum psychotherapeutischen bzw. pädagogischen Vorgehen wäre also festzuhalten, dass es gelingen sollte, Sinn und Funktion des Substanzkonsums zu verstehen, auslösende Trigger möglichst zu beseitigen, Selbstkontrollstrategien einzuüben, soweit das intellektuelle Leistungsvermögen das zulässt, die Verfügbarkeit des Alkohols einzuschränken, positive Konsequenzen des Konsums abzubauen und abstinenzorientiertes Verhalten zu belohnen. So ist auch ohne evidenzbasierte Therapieprotokolle für suchtkranke Menschen mit SIE auf individueller Ebene eine erfolgreiche Therapie möglich.

Therapeutische Angebote sollen sich also bedarfsorientiert an die Fähigkeiten und Erfordernisse der betroffenen Personen anpassen.

Beste Grundlage für eine solche Behandlung ist eine vertrauensvolle, aber auch sehr respektvolle Beziehung zwischen Behandler:in und Patient:in. Auch wenn paternalistische Hilfekonzepte überwunden werden sollen, so brauchen die Betroffenen hier doch eine wohlwollende, aber klare Orientierung im Hinblick auf das angestrebte Ziel. Empathisch und doch klar im Hinblick auf die angestrebten Veränderungen soll in einer sorgenden Grundhaltung im Sinne des Medizinethikers Giovanni Maio (2024) der Freiraum gewährt werden, den die Betroffenen selbst überschauen und verantworten können. Gleichzeitig müssen die Grenzen aufgezeigt und vertreten werden, die dem Schutzbedürfnis der Betroffenen Rechnung tragen.

Bedeutung von Medikamenten in der Suchtbehandlung

Psychopharmaka gelten bei Menschen mit hirnorganischen Schädigungen und kognitiven Beeinträchtigungen in der Regel als Mittel der zweiten Wahl. Sollte im Behandlungsprozess aber deutlich werden, dass unabhängig von Triggern und Konsequenzen Suchtdruck ein bestimmender Faktor des Suchtverlangens ist, sollten die suchtspezifischen Anti-Craving-Substanzen und Aversiva als Behandlungsoption geprüft werden (Manthey et al., 2022).

In den letzten Jahren wurden in der Suchtbehandlung umfangreiche Erfahrungen mit den Substanzen *Acamprosat* (Campral) und dem Opiatantagonisten *Naltrexon* (Adepend) gesammelt. Beide sind grundsätzlich gut verträglich. Bei Naltrexon ist daran zu denken, dass dieser Opiatantagonist innerhalb kürzester Zeit alle Opiate von den Rezeptoren verdrängt und bei Menschen mit regelmäßiger Opiateinnahme bei der Eindosierung schwere Entzugssyndrome verursacht. In der klinischen Versorgung ist die Bedeutung dieser medikamentösen Ansätze begrenzt geblieben. Gleiches gilt für das Präparat Nalmefen (Selincro), ebenfalls ein Opiatantagonist, der prophylaktisch vor absehbaren Risikosituationen eingenommen werden kann. Einen besonderen Stellenwert verdient *Disulfiram* (Antabus), das als Aversivum über lange Jahre stark tabuisiert war und inzwischen in Deutschland eine gewisse „Wiederauferstehung“ gefeiert hat. Disulfiram führt bei regelmäßiger Einnahme zu einer Alkoholunverträglichkeit und soll so in Situationen mit erhöhtem Konsumbedürfnis die Schwelle erhöhen, tatsächlich rückfällig zu werden. In früheren Jahrzehnten wurde die Behandlung mit einem Probetrunk

initiiert, um den Alkoholkonsument:innen die Wirkung leibhaftig spürbar werden zu lassen. Ein solches Vorgehen gilt heute als obsolet. Innerhalb eines stabilen sozialen Rahmens kann der Einsatz bei Patient:innen, die die Wirkungsweise tatsächlich verstehen können und grundsätzlich abstinenzbereit sind, eine große Hilfe sein. Der Behandlungserfolg hängt hier vor allem davon ab, jeden Abstinenztag intensiv zu würdigen und das abstinente Verhalten konsequent zu verstärken. Behandler:innen, die erst Erfahrung mit Disulfiram sammeln müssen, sollten sich bei den ersten Patient:innen von erfahrenen Kolleg:innen supervidieren lassen.

Kontrollierter Konsum

Es gibt, wie bei allen Suchtpatient:innnen, Behandlungsverläufe, die ihr Ziel nicht erreichen. Dann geht es darum, eine möglichst umfassende Kontrolle des Konsums zu ermöglichen. In Deutschland ist das Konzept des sog. „kontrollierten Trinkens“ v.a. mit dem Psychologen und Suchtforscher Joachim Körkel (Körkel, 2013) verbunden. Es geht dabei letztlich um ein Trinken nach Regeln. Gemeinsam mit der betroffenen Person wird ausgehandelt, unter welchen Bedingungen Alkohol (nicht) konsumiert wird: welche Art von Alkohol wann, wo, in welcher Menge, wie oft und in wessen Begleitung möglich sein soll - und in welchen Kontexten nicht. Ein Beispiel könnte sein, dass eine Person nur noch Bier trinkt, aber keinen „harten“ Alkohol, nur außerhalb der Einrichtung, nicht vor 18 Uhr, nicht nach 24 Uhr, nicht mit ihrer Peergruppe, nicht vor oder bei der Arbeit und nicht mehr als 4 Flaschen à 0,33 Liter/Tag. Parallel sollte ein Konsumtagebuch geführt werden, in dem Umfang und Konsumbedingungen dokumentiert werden, um den Verlauf regelmäßig nachbesprechen zu können. Im ersten Schritt geht es lediglich darum, zu einem kontrollierten transparenten Konsum zu kommen. Im zweiten Schritt kann dann versucht werden, den Konsum nach und nach zu reduzieren und Exzesse möglichst zu vermeiden.

Wenn trotz Risikoverhalten eine Konsumkontrolle nicht gelingt

Wenn auch ein kontrollierter Konsum nicht gelingt und regelmäßiges Rauschtrinken mit Kontrollverlust zu riskanten Situationen führt, stellt sich die Frage, ob schützende Maßnahmen auch gegen den Willen der betroffenen Personen vorbereitet werden müssen. Die Schwelle für die Anwendung von solchen Sicherungsmaßnahmen ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. In den meisten Regionen gibt es auch kaum noch Einrichtungen, die eine geschlossene Unterbringung ermöglichen. Voraussetzung ist, dass in einem psychiatrischen Gutachten eine Aufhebung der freien Willensbildung und eine erhebliche krankheitsbedingte Selbstgefährdung bescheinigt werden können. Eine solche Maßnahme sollte nur gerichtlich verfolgt werden, wenn es tatsächlich praktische Umsetzungsmöglichkeiten gibt. Treten im Verlauf unter Substanzeinfluss erhebliche fremdgefährdende Situationen in den Vordergrund, z. B. Körperverletzungen, Raub oder Brandstiftungen, kann über eine Strafanzeige auch eine forensische Unterbringung beim Gericht beantragt werden. Wichtig ist, dass auch bei schuldunfähigen suchtkranken Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung strafbare Handlungen immer angezeigt und aktenkundig gemacht werden können, um die Option einer solchen forensischen Unterbringung im Spiel zu halten.

Literatur

Körkel, J. (2013): Kontrolliertes Trinken – So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum. Thieme Trias, Stuttgart.

Maio, G. (2024): Ethik der Verletzlichkeit, Herder, Freiburg.

Manthey, F., Hauschild-Hersch, A., Eich, H. & Paulzen, M. (2022): Medikamentöse Suchtbehandlung. Kohlhammer, Stuttgart.

Meyers, R. & Smith, J.E. (2017): CRA-Manual zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit, 5. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Köln.

Reker, M. (2022): Menschen mit Alkoholabhängigkeit begleiten. Psychiatrie-Verlag, Köln.

Schober, F., Wernz, F. & Batra, A. (2022): Psychoedukatives Training bei Abhängigkeitserkrankungen. Ein Therapiemanual. Kohlhammer, Stuttgart.

Internetbezogene Störungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen

Klaus Wölfling

Zitierweise:
Wölfling, K. (2025). Internetbezogene Störungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. In: Burtscher, R. & Hermann, H. (Hrsg.): Sucht im Fokus: Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 14. November 2025 (online). Materialien der DGSGB Bd. 55. Bielefeld: Eigenverlag der DGSGB, S. 39-44.



Bild: KI-generiert

1. Einleitung: Gaming- und Internetsucht als klinischer Schwerpunkt

Digitale Medien und internetbasierte Angebote sind zu einem festen Bestandteil des Alltags geworden. Online-Gaming, virtuelle Glücksspiele, soziale Netzwerke sowie sexualisierte Online-Inhalte sind jederzeit verfügbar und insbesondere für vulnerable Gruppen mit spezifischen Risiken verbunden. Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen (IB) stellen in diesem Zusammenhang eine besonders gefährdete Personengruppe dar. Eingeschränkte kognitive Kontrollfunktionen, Schwierigkeiten in der Emotionsregulation sowie ein erhöhtes Bedürfnis nach Struktur und Belohnung können die Entwicklung internetbezogener Störungen begünstigen (Weinstein & Lejoyeux, 2020). Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über internetbezogene Verhaltenssüchte mit einem Schwerpunkt auf Gaming- und Glücksspielsucht. Neben neurobiologischen und lerntheoretischen Grundlagen werden diagnostische und therapeutische Besonderheiten bei Menschen mit IB dargestellt. Der Beitrag basiert auf aktuellen Forschungsergebnissen sowie klinischen Erfahrungen aus einer Suchteinrichtung, in

der unter anderem auch Verhaltenssüchte behandelt werden, und auf wissenschaftlichen Überlegungen, die auf Erkenntnissen der Arbeitsgruppe Spielsucht an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz fußen (vgl. u. a. Wölfling et al., 2019).

2. Internetbezogene Störungen als Verhaltenssüchte

Der problematische Gebrauch digitaler Medien – insbesondere von Computerspielen, sozialen Netzwerken und Online-Pornografie – hat sich bei Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Erwachsenen zu einem zunehmend relevanten und klinisch bedeutsamen Phänomen entwickelt. Parallel dazu ist auch das öffentliche Bewusstsein für eine exzessive Nutzung neuer elektronischer Medien deutlich gestiegen. So hat beispielsweise die australische Regierung jüngst gesetzliche Regelungen eingeführt, die die Nutzung sozialer Medien von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren einschränken sollen, um die psychische Gesundheit dieser besonders vulnerablen Gruppe zu schützen und Risiken im Zusammenhang mit übermäßiger Online-Aktivität zu reduzieren (eSafety Commissioner, 2025a; 2025b). Gleichzeitig hat auch die Diskussion um die Anerkennung internetbezogener Störungen als psychische Erkrankungen in den vergangenen Jahren erheblich an Dynamik gewonnen.

Mit der Einführung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 11. Revision (ICD-11; WHO, 2019) wurden zwei diagnostische Kategorien offiziell anerkannt, die direkt mit internetbezogenen Störungen in Zusammenhang stehen:

- Die erste Kategorie, Gaming Disorder (Internet Gaming Disorder, IGD; ICD-11 Code 6C51), ist durch ein persistierendes oder wiederkehrendes Computerspielverhalten gekennzeichnet, das durch eingeschränkte Kontrolle, zunehmende Priorisierung des Spielens gegenüber anderen Lebensbereichen und Aktivitäten sowie die Fortsetzung oder Eskalation des Spielverhaltens trotz negativer Konsequenzen geprägt ist (WHO, 2019).
- Die zweite Kategorie, Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Verhaltenssüchte (ICD-11 Code 6C5Y), umfasst problematische und nicht anderweitig klassifizierte Muster internetbezogenen Verhaltens – wie exzessive Nutzung sozialer Medien, Streamingdienste oder Online-Pornografie, die klinische Merkmale ähnlich der IGD aufweisen können. Insbesondere für vulnerable Gruppen, wie Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen ist diese Kategorie relevant, da bereits geringfügige dysfunktionale Nutzungsmuster schwerwiegende Auswirkungen auf die Alltagskompetenz, soziale Teilhabe und emotionale Regulation haben können.

Die Einführung dieser Klassifikation markiert einen wichtigen Schritt, da sie die Grundlage für die standardisierte Diagnostik, epidemiologische Studien und die Entwicklung spezifischer therapeutischer Maßnahmen bildet (WHO, 2019). Mit der Veröffentlichung der ICD-11 wurden also erstmals Verhaltenssüchte, wie die Glücksspielsucht (6C50) sowie die Computerspielsucht (6C51), offiziell in das Kapitel der Störungen durch Substanzgebrauch und Verhaltenssüchte aufgenommen (Rumpf et al., 2021). Dabei wird jeweils zwischen überwiegend online- und offline ausgeübten Formen unterschieden. Darüber hinaus existieren weitere internetbezogene Problemverhaltensweisen, die bislang unter der Kategorie „Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Verhaltenssüchte“ (6C5Y) subsumiert werden. Hierzu zählen unter

anderem Onlinesexsucht sowie problematische Nutzung sozialer Netzwerke. Für diese Störungsbilder zeichnen sich zwar zunehmend empirische Hinweise ab, eine endgültige nosologische Einordnung steht jedoch noch aus (Rehbein et al., 2025).

3. Neurobiologische Grundlagen und Lernmechanismen

Suchterkrankungen lassen sich als Veränderungen des zentralen Belohnungssystems verstehen, die mit einer gestörten Emotions- und Impulskontrolle einhergehen (Weinstein & Lejoyeux, 2020; Leshner, 1997). Die Entstehung internetbezogener Störungen ist eng mit klassischen und operanten Lernprozessen verknüpft. Drogen- bzw. verhaltensassoziierte Reize werden über klassische Konditionierung mit positiven emotionalen Zuständen verknüpft, während operante Konditionierung durch intermittierende Belohnungspläne – wie sie insbesondere in Computerspielen und Online-Glücksspielen vorkommen – zu einer Stabilisierung des problematischen Verhaltens beiträgt. In der Folge entsteht ein sogenanntes Suchtgedächtnis, das durch erhöhte Reaktivität auf suchtrelevante Hinweisreize gekennzeichnet ist (Weinstein & Lejoyeux, 2020). Bei Menschen mit IB können diese Mechanismen eine besondere Wirksamkeit entfalten, da abstrakte Reflexions- und Kontrollprozesse häufig eingeschränkt sind und belohnungsbasierte Lernprozesse stärker handlungsleitend wirken (Wölfling et al., 2023). Neurobiologisch lassen sich internetsucht-ähnliche Verhaltensstörungen als Störungen verstehen, bei denen die zentralen Belohnungs- und Kontrollnetzwerke im Gehirn verändert sind. Die wiederholte Exposition gegenüber suchtrelevanten Reizen (z. B. Computerspielen, Online-Aktivitäten) kann zu einer Sensitivierung dopaminerger Verstärkungsprozesse führen, die in der Folge eine gesteigerte Motivation für diese Verhaltensweisen und eine reduzierte Kontrolle über den Konsum zur Folge haben. Gleichzeitig verstärken klassische und operante Lernmechanismen die Verknüpfung zwischen Hinweisreizen und positiven emotionalen Zuständen, wodurch ein stark konditioniertes *Suchtgedächtnis* entsteht, das durch erhöhte Reaktivität auf interne und externe Hinweisreize charakterisiert ist (Bilke-Hentsch, Wölfling & Batra, 2014). Diese neuroadaptiven Veränderungen überschneiden sich in vielen Aspekten mit den neuronalen Prozessen, die bei substanzgebundenen Abhängigkeiten beschrieben werden, etwa in Bezug auf die dopaminerge Signalübertragung und die Modulation exekutiver Kontrollmechanismen. Besonders relevant ist hierbei die Rolle des *mesolimbischen Belohnungssystems*, das durch wiederkehrende Belohnungserfahrungen eine erhöhte Ansprechbarkeit entwickelt und somit zur Stabilisierung problematischer Internet- und Computerspielnutzung beiträgt. Aufgrund dieser Lern- und Belohnungsmechanismen können bereits geringfügige dysfunktionale Nutzungsmuster, insbesondere bei vulnerablen Gruppen wie Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, schwerwiegende Folgen für Alltagsfunktionen und Selbstregulation haben (Batra & Bilke-Hentsch, 2022).

4. Kognitive Funktionen, Intelligenz und Gaming Disorder

Empirische Studien zeigen, dass exzessives Computerspielen im Sinne der Gaming Disorder mit kognitiven Beeinträchtigungen assoziiert sein kann. Untersuchungen an Jugendlichen und jungen Erwachsenen weisen auf niedrigere Leistungen in standardisierten Intelligenztests, insbesondere im Bereich des verbalen Verständnisses, des Arbeitsgedächtnisses und der Verarbeitungsgeschwindigkeit hin (Wölfling et al., 2023). Weitere Befunde deuten darauf hin, dass Internetabhängigkeit nicht nur mit psychosozialen Belastungen, sondern auch mit kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen kann. In einer Querschnittsstudie wurden 253 Mittel- und

389 Oberschüler:innen hinsichtlich problematischer Internetnutzung gescreent, wobei 59 Personen als internetabhängig und 43 als nicht abhängig klassifiziert wurden. Mithilfe eines standardisierten Intelligenztests zeigte sich, dass die Gruppe mit problematischer Internetnutzung signifikant niedrigere Werte im Comprehension-Untertest erzielte als die nicht abhängige Vergleichsgruppe (Park et al., 2011). Dieser Untertest erfasst u. a. die Fähigkeit, Alltagserfahrungen anzuwenden, moralische Urteile zu fällen und soziale Zusammenhänge zu verstehen – Aspekte, die als Indikatoren sozialer Intelligenz gelten. Zudem war ein früherer Beginn der problematischen Internetnutzung sowie eine längere Nutzungsdauer mit schlechteren Leistungen in aufmerksamkeitsbezogenen Teilbereichen assoziiert (Park et al., 2011). Da sich das Gehirn im Jugendalter noch in der Entwicklung befindet, lässt sich aus den Ergebnissen nicht eindeutig schließen, ob kognitive Defizite eine Prädisposition für Internetabhängigkeit darstellen oder ob exzessive Nutzung kognitive Funktionen beeinträchtigt. Dennoch unterstreicht die Studie die Bedeutung kognitiver Leistungsunterschiede im Zusammenhang mit internetsuchtähnlichem Verhalten bei Jugendlichen und legt nahe, diese Aspekte in diagnostischen und präventiven Konzepten zu berücksichtigen. Neuere Studien legen zudem nahe, dass Internet Gaming Disorder (IGD) nicht nur Verhalten und exekutive Funktionen, sondern auch neuronale Netzwerke im Gehirn beeinflusst. In einer fMRI-Studie an Jugendlichen mit IGD wurden 44 Betroffene mit 50 gesunden Kontrollpersonen verglichen, wobei funktionelle Veränderungen in Ruhe-Zustandsnetzwerken untersucht wurden (Zhao et al., 2024). Die Ergebnisse zeigten, dass die Schwere der IGD-Symptomatik mit Defiziten im *Executive Control Network* (ECN) korreliert, einem Netzwerk, das für Impulskontrolle, Planung und exekutive Funktionen entscheidend ist. Gleichzeitig war die Konnektivität zwischen ECN und *Salience Network* (SN) reduziert, während Veränderungen in der Verbindung zwischen ECN und *Dorsal Attention Network* (DAN) mit Aufmerksamkeitsstörungen assoziiert waren (Zhao et al., 2024).

Für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen sind diese Befunde besonders relevant: Eingeschränkte exekutive Funktionen und verminderte Selbstkontrolle, die häufig bei IB vorkommen, können die Entwicklung internetbezogener Störungen wie IGD begünstigen. Die neuronalen Dysfunktionen, die bei IGD auftreten, können die ohnehin bestehende Vulnerabilität dieser Gruppe verstärken und erklären, warum strukturierte, unterstützte sowie visuell und praktisch orientierte therapeutische Interventionen besonders wichtig sind. Gleichzeitig erschweren eingeschränkte Urteilsfähigkeit und reduzierte soziale Problemlösekompetenzen die selbstständige Regulation des Medienkonsums.

5. Klinisches Erscheinungsbild und Diagnostik

In der Klinik trifft man auf eine Vielzahl internetbezogener Problemformen, darunter Gaming Disorder, Online-Glücksspielsucht, Onlinesexsucht sowie problematische Nutzung sozialer Netzwerke. In spezialisierten Ambulanzen zeigt sich, dass Gaming- und Glücksspielsucht den größten Anteil der behandlungssuchenden Personen ausmachen. Für die Diagnostik stehen validierte Instrumente wie z. B. die AICA-S (Assessment for Internet and Computer Game Addiction Scale, Wölfling et al., 2011) sowie spezifische Skalen zur Erfassung internetbezogener Störungen zur Verfügung (vgl. auch Rehbein et al., 2025, 81). Bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen ist eine besondere diagnostische Sensibilität erforderlich, da Selbstauskünfte begrenzt valide sein können und Fremdbeurteilungen durch Bezugspersonen eine wichtige Ergänzung darstellen.

6. Therapeutische Ansätze

Die Behandlung internetbezogener Störungen erfolgt primär verhaltenstherapeutisch und umfasst psychoedukative Elemente, Expositionstraining sowie die Förderung alternativer Verhaltensweisen (Wölfling et al., 2019). Besondere Bedeutung kommt der STICA-Studie zu, einer randomisiert-kontrollierten klinischen **St**udie zur Wirksamkeit einer manualisierten Kurzzeitbehandlung bei **I**nternet- und **C**omputerspiel-**A**bhängigkeit. In dieser Studie zeigten männliche Patienten in der STICA-Bedingung im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, am Behandlungsende nicht mehr die Kriterien einer pathologischen Internet- bzw. Computerspielnutzung zu erfüllen (Wölfling et al., 2019). Ergänzend zeigen telemedizinische Ansätze wie das OMPRIS-Programm (Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Reduktion des problematischen Medienkonsums und Förderung der Veränderungsmotivation bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht), dass auch Onlineberatung und webcamgestützte Interventionen wirksame Behandlungsoptionen darstellen können (Dieris-Hirche et al., 2021). Für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen sind dabei zusätzliche Anpassungen erforderlich, darunter eine stärkere Strukturierung, der Einbezug von Bezugspersonen sowie eine Reduktion abstrakter Inhalte zugunsten erlebnisorientierter Interventionen.

7. Prävention und digitale Hilfen

Präventive Ansätze wie Medientrainings für Jugendliche zielen darauf ab, einen reflektierten Umgang mit digitalen Medien zu fördern, ohne zwingend auf Abstinenz zu setzen. Erste Evaluationen zeigen signifikante Reduktionen der täglichen Nutzungsdauer. Digitale Beratungsangebote, etwa im Rahmen der Hamburger Onlinesuchtberatung (www.onlinesucht-hamburg.de), ermöglichen einen niedrigschwelligen Zugang zur Unterstützung im Konsumumfeld Internet. Gerade für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen können solche Angebote eine wichtige Ergänzung darstellen, sofern sie ausreichend barrierearm gestaltet sind.

8. Fazit und Ausblick

Internetbezogene Störungen stellen eine wachsende Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen weisen aufgrund spezifischer Vulnerabilitäten ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Gaming- und Glücksspiel- und Internetsucht auf. Eine frühzeitige Diagnostik, angepasste therapeutische Konzepte sowie präventive Maßnahmen sind daher von zentraler Bedeutung. Zukünftige Forschung sollte sich verstärkt mit der Differenzierung internetbezogener Subformen, der Entwicklung spezifischer Diagnostikinstrumente für Menschen mit IB sowie der Evaluation angepasster Behandlungsprogramme befassen.

Literaturverzeichnis

Batra, A. & Bielke-Hentsch, O. (2022): Praxisbuch Sucht: Therapie der stoffgebundenen und Verhaltenssüchte im Jugend- und Erwachsenenalter. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Thieme, Stuttgart.

Bilke-Hentsch, O., Wölfling, K. & Batra, A. (2014): Praxisbuch Verhaltenssucht: Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Thieme, Stuttgart.

Dieris-Hirche, J., Bottel, L., Pape, M., te Wildt, B. T., Wölfling, K., Henningsen, P., Timmesfeld, N., Neumann, A., Neusser, S., Beckers, R & Herpertz, S. (2021): Effects of an online-based motivational intervention to reduce problematic internet use and promote treatment motivation. BMJ Open, 11(8), e045840. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8338317/

eSafetey Commissioner (2025a): Social media age restrictions and your family. Australian Government, Canberra.

eSafety Commissioner (2025b): Social Media Minimum Age Regulatory Guidance. Australian Government, Canberra.

Leshner, A. I. (1997): Addiction is a brain disease, and it matters. Science, 278(5335), 45-47.

Park, M.-H., Park, E.-J., Choi, J., Chai, S., Lee, J.-H., Lee, C. & Kim, D.-J. (2011): Preliminary study of Internet addiction and cognitive function in adolescents based on IQ tests. Psychiatry Research, 190(2-3), 275-281. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.08.006

Rehbein, F., Stark, R. & Wartberg, L. (2025): Screening and Diagnostic Guideline for Internet Use Disorders. SUCHT, 71(2), 79-85. https://www.researchgate.net/publication/391045320_Screening_and_Diagnostic_Guideline_for_Internet_Use_Disorders

Rumpf, H. J., et al. (2021): Störungen durch Verhaltenssüchte — Computerspielstörung und Glücksspielsucht. Dokumentation zur ICD-11-Einordnung.

Weinstein, A. & Lejoyeux, M. (2020): Neurobiological mechanisms underlying internet gaming disorder. Dialogues in Clinical Neuroscience, 22(2), 113-126. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32699511/

Wölfling, K., Müller, K. W. & Beutel, M. E. (2011): Reliability and validity of the scale for the assessment of pathological computer-gaming (CSV-S). Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 61(5), 216-224. DOI: 10.1055/s-0030-1263145

Wölfling, K., Müller, K. W., Dreier, M., Ruckes, C., Deuster, O., Batra, A., Mann, K., Musalek, M., Schuster, A., Lemenager, T., Hanke, S. & Beutel, M. E. (2019): Efficacy of Short-term Treatment of Internet and Computer Game Addiction. JAMA Psychiatry, 76(10), 1018. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1676

Wölfling, K., Müller, K. W., Dreier, M. & Beutel, M. E. (2023): Kognitive Defizite als Folge der Internet Gaming Disorder. Deutscher Suchtkongress, 1(1). https://www.abstracts.suchtkongress.org/index.php/dsk/article/view/1081

World Health Organization (WHO) (2019): International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) for Mortality and Morbidity Statistics. Geneva. Zugriff am 12.05.2024: https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en

Zhao, T., Zhang, Y., Li, Y., Wu, J., Wang, R., Lv, Q., Li, D. & Lang, Y. (2024): Resting-state brain networks alterations in adolescents with Internet Gaming Disorder associate with cognitive control impairments. Frontiers in Psychiatry, eCollection 2024. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1404050

Zusammenfassung der Kurzbeiträge (3x5)

Die Online-Fachtagung „Sucht im Fokus: Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen“ erprobte ein neues Präsentationsformat unter dem Titel „3 x 5“. In diesem Format wurden 3 Praxisbeispiele im Rahmen von 5 Minuten vorgestellt.

Die drei Kurzpräsentationen lauteten:

1. Emire Maxhuni: „Einfach.gut.beraten – aktionberatung – die peers“
2. Liesa Südbrock: „Bielefelder Netzwerk Suchtprävention für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen“
3. Katharina Rathmann: „Substanzmittel Kompetenz-Box“

1. Einfach.gut.beraten – aktionberatung – die peers (Emire Maxhuni)

Das Bundesmodellprojekt einfach.gut.beraten. endete zum 31.07.2025 und wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziell gefördert.

Entstanden ist das Projekt, um das Schnittstellenmanagement zwischen Sucht- und Behindertenhilfen zu vereinfachen und Schwellenängste zu reduzieren.

2018 wurde durch das Vorgängerprojekt aktionberatung – einfach.gut.beraten der erste Grundstein für eine adäquate Schulung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung hinsichtlich Suchthilfe gelegt. Das Nachfolgerprojekt einfach.gut.beraten – aktionberatung – die peers setzte hier an.

In gemeinsamer Kooperation zweier Hilfesysteme – JJ (Suchthilfe) und EVIM (Behindertenhilfe) – wurde ein spezifisches Schulungskonzept entwickelt, welches Mitarbeitenden in Einrichtungen der Eingliederungshilfe hinsichtlich Sucht und Suchthilfe weiterbilden sollte. Hierdurch sollten Schwellenängste in Bezug auf Kontaktaufnahmen mit der Suchthilfe reduziert werden. Gleichzeitig entstand ein Bewusstsein für Sucht und Suchtgefährdung.

Im Rahmen des Projekts wurden Peers durch die Projektkoordinatorinnen geschult, sodass sie im Anschluss innerhalb ihrer Einrichtungen Infogruppen zum Themenkomplex „Sucht und Suchthilfe“ führen konnten. Die Schulungen haben an vier Standorten in Deutschland erfolgreich stattgefunden. Die Auswertungen der Evaluationen durch die Hochschule Fulda lassen darauf schließen, dass es nach den Infogruppen einen Wissenszuwachs bei den Teilnehmenden gibt.

Es wurden mehrere Handbücher erarbeitet, die nach der Projektlaufzeit die Rollen der Projektkoordination ersetzen. Das gesamte Material soll Fachkräfte und Peers in Einrichtungen in die Lage versetzen, praxisnah Peerschulungen durchzuführen und damit einen Beitrag zu Aufklärung und Prävention im Bereich geistig beeinträchtigter Menschen und ihren Umgang mit Suchtmitteln und -verhalten leisten.

Die Handbücher finden Sie in der Datenbank unter dem folgenden Link: aktionberatung - einfach.gut.beraten.

2. Bielefelder Netzwerk Suchtprävention für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Liesa Südbrock)

Bei Redaktionsschluss lagen keine näheren Angaben zu diesem Beitrag vor.

3. SKOL: Substanzmittel Kompetenz-Box (Katharina Rathmann)

Näher Informationen zu SKoL können Sie im Haupttext von Katharina Rathmann (in dieser Dokumentation zur Fachtagung) nachlesen.

Eine umfangreiche Materialsammlung mit zahlreichen Informationen finden Sie unter: https://skol-substanzbox.de/

Autor:innen und Beiträger:innen

Emire Maxhuni, M.A. Soziologie, Sozialarbeiterin und Projektkoordinatorin des Projekts einfach.gut.beraten, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., Suchthilfezentrum Wiesbaden. Emire.Maxhuni@jj-ev.de

Katharina Rathmann, Prof. Dr., Hochschule Fulda, Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Public Health Zentrum Fulda (PHZF). katharina.rathmann@gw.hs-fulda.de

Martin Reker, Dr. med., Ärztlicher Leiter der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Klinikum Bethel, Bielefeld. Martin.Reker@evkb.de

Sabina Ulbricht, Prof. Dr., MPH, Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, SHIP-KEF. Sabina.Ulbricht@med.uni-greifswald.de

Klaus Wölfling, Dr., Einrichtungsleitung, Therapeutische Leitung, Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld, Alida Schmidt-Stiftung, Hamburg. Leitung – Arbeitsgruppe Spielsucht, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Woelfling.tgj@alida.de

Impressum

Die „Materialien der DGSGB“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge.

Anfragen und Rückmeldungen an die Redaktion sind erwünscht.

Die Bände können über die Website der DGSGB (www.dgsgb.de) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeberin

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung e. V.

Geschäftsstelle:

c/o Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel

Maraweg 21, 33617 Bielefeld

Tel: 0521/ 772-77300

E-Mail: geschaeftsstelle@dgsgb.de
Website: www.dgsgb.de

Redaktion

Dr.in Meike Wehmeyer, Dipl. Psych.
33617 Bielefeld
Tel. 0521/772-77814
wehmeyer@dgsgb.de

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

dgsgb
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung e.V.

Hintergrund

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Inklusion beeinträchtigt Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet, insbesondere niedergelassene Nervenärzt:innen und Psychotherapeut:innen sowie die stationäre Psychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten,
- von Standards ihrer psychosozialen Versorgung,
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Fachtagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen. Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der in dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Vereinsaktivitäten werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand

Prof.in. Dr. Tanja Sappok, Bielefeld (Vorsitzende)
Dr.in Meike Wehmeyer, München (Stv. Vorsitzende)
Markus Bernard, Höchberg (Stellv. Vorsitzender, Schriftführer)
Dr. Björn Kruse, Berlin (Schatzmeister)
Veronika Hermes, Geltendorf
Prof. Dr. Tobias Bernasconi, Bergisch-Gladbach
Prof. Dr. Reinhard Burtscher, Berlin

Geschäftsstelle

c/o Universitätsklinikum OWL der Universität
Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel
Maraweg 21, 33617 Bielefeld
Tel: 0521/ 772-77 30 0
E-Mail: geschaeftsstelle@dgsgb.de
IBAN: DE77476501300106110935
BIC: WELADE3LXXX
StNr: 61018/10510
Reg: 95VR16573 AG Charlottenburg

ISBN 978-3-938931-56-1