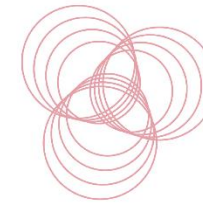


Universität  
Rostock



Traditio et Innovatio



Universitätsmedizin  
Rostock

# Suchtprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit kognitiven Einschränkungen

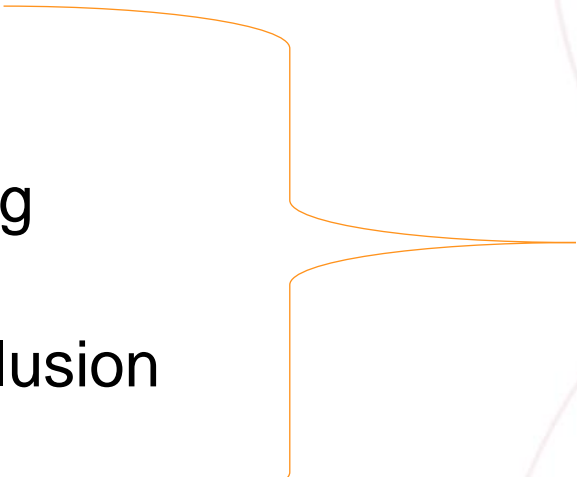
30. Wissenschaftliches Symposium  
des Norddeutschen Suchtforschungsverbundes e.V.  
am 07.05.2025

# Darlegung potenzieller Interessenkonflikte

Der Inhalte des folgenden Vortrags ist Ergebnis des Bemühens um größtmögliche Objektivität und Unabhängigkeit.

Die Referenten versichern, dass in Bezug auf den Inhalt des folgenden Vortrags **keine Interessenkonflikte** bestehen, die sich aus einem Beschäftigungsverhältnis, einer Beratertätigkeit oder Zuwendungen für Forschungsvorhaben, Vorträge oder andere Tätigkeiten ergeben

# Substanzgebrauch bei Menschen mit IM

- Anspruch auf Teilhabe: UN-BRK & BTHG → Selbstbestimmung, Inklusion, altersgerechte Entwicklung
  - Leitprinzipien moderner Heilpädagogik:
    - Normalisierung
    - Empowerment
    - Selbstbestimmung
    - Individualisierung
    - Integration → Inklusion
    - Partizipation
- Enthospitalisierung
  - Deinstitutionalisierung
  - Ambulanisierung
  - Gemeindezentrierung
- 

„Wenn ich ins ambulant betreute Wohnen ziehe bestimme ich alles selber. Dann kann ich so spät ins Bett gehen wie ich will, kann essen und trinken was ich will und kann mein Geld ausgeben für Sachen, die ich gut finde. Dann kann ich jeden Abend Fernsehen und – wie andere auch – vielleicht Bier dabei trinken. Oder rauchen. Ich kann dann endlich machen was ich **will**“. Zit. n. Marja Kretschmann-Weelink (2006)



# Substanzgebrauch bei Menschen mit Intelligenzminderung

## **Intelligenzminderung**

# Intelligenzminderung – Definition

„eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten“ (Dilling et al. 2010)

# Intelligenzminderung – diagnostische Einordnung

- Die exakte Bestimmung erfolgt über standardisierte Testverfahren (WISC, SON-R, IDS...) in Kombination mit entwicklungspsychologischer und lebensweltlicher Beurteilung (ICF)

**Behandlungsleitlinie  
Intelligenzminderung**



# Intelligenzminderung – diagnostische Einordnung

- Am Schweregrad lassen sich mithilfe der in 2021 vorgelegten S2-Leitlinie Empfehlungen zur Therapie den mit der IM einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten ableiten

Kategorie	IQ-Bereich	Referenzalter	Merkmale (vgl. Häßler 2016)
Normalbereich	85–115	Altersentsprechend	Kognitive Fähigkeiten im Normbereich
Lernbehinderung (LB)	70–84	> 12 Jahre	Lernstörung, oft Entwicklungsstörungen (ICD 10 F80-F89)
Intelligenzminderung	<70	0–12 Jahre (je nach Schweregrad)	Langsamere Lernleistung, eingeschränkte Alltagskompetenz, erhöhter Hilfebedarf

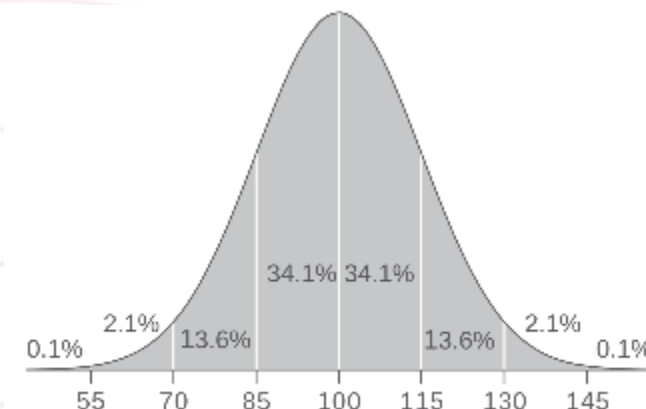
# Störungen der Intelligenzentwicklung (ICD-11)

- „IM/ geistige Behinderung“ durch „Störungen der intellektuellen Entwicklung“ (DID) abgelöst
  - Stigmatisierung vermeiden; intellektuelle Funktion als zentrales Merkmal
- Klassifikation unter Neurologische Entwicklungsstörungen
  - Teil der neuroentwicklungsbedingten Störungen betrachtet, die in der frühen Gehirnentwicklung beginnen und das ganze Leben betreffen
- IQ keine isolierte diagnostische Voraussetzung, um eine Störung von der Normalität zu unterscheiden
  - Ersatzmaß für die „erheblichen Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit“
  - IQ-Werte können schwanken: technische Eigenschaften der Tests, Testbedingungen, auch im Laufe der Entwicklung und des Lebens
- Stärkung des klinischen Urteils; Anpassungsleistung in verschiedenen Bereichen

# Grenzfall „Lernbehinderung“

BIF = Borderline Intellectual Functioning

- Unterdurchschnittlichem IQ zwischen -1 und -2 Standardabweichungen
- Ausserhalb der diagnostizierbarer Störung
- Defizite in: konzeptuellen, sozialen oder praktischen Fähigkeiten
- Überschneidungen mit IM (DID) / Ähnliche Alltagsprobleme Bedarf an gezielter Unterstützung und Förderung
- Kinder- und Jugendliche: Primär Auffälligkeit im Bildungskontext



# Inklusive Beschulung

- BIF-Schüler werden oft als „Slow Learner“ bezeichnet
- Lernen langsamer als Gleichaltrige
- Schwierigkeiten, im Regelschulunterricht mitzuhalten
- Kognitive Einschränkungen, nicht durch Sinnesstörungen oder fehlende Förderung erklärbar
- Häufige Defizite:
  - Arbeitsgedächtnis
  - Exekutiven Funktionen (Planung, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle)
  - Schulischen Grundfertigkeiten
- Inklusive Beschulung und/ Förderschule

# „Finland-in-Miniature“, N = 416.973 (Peltopuro et al., 2023)

## Bevölkerungsbasierte Langzeitstudie (Start 1962, Follow-up 1998)

Verglichene Gruppen:

- BIF (Borderline Intellectual Functioning)
- MID (Milde Intelligenzminderung)
- LP (Lernprobleme)
- Allgemeinbevölkerung

### Ergebnisse für BIF:

Weniger Partnerschaften, Niedrigere Schulabschlüsse, Niedrigere Erwerbsquote, Höhere Arbeitslosigkeit, Mehr Erwerbsminderungsrenten  
Vergleich: **MID noch schlechtere Werte**, LP bessere Werte als BIF

# Soziale Ausgrenzung

**Wave 5 of the Longitudinal Study of Australian Children** (Kavanagh et al., 2018)

N= 3.956 12- bis 13-jährige

Jugendliche mit BIF/IM sind in den letzten 30 Tagen häufiger Mobbing-Erfahrungen ausgesetzt, insbes. sozialem Mobbing

**Studie zur Eignungsprüfung fürs israelische Militär** (Gigi et al., 2014)

N= 76.962 männliche Jugdl. mit BIF; N= 96.580 Jugdl. mit durchsch. IQ

BIF ist mit **eingeschränkter sozialer Funktionsfähigkeit, erhöhten Raten psychiatrischer Diagnosen** und **erhöhtem Substanzkonsum** assoziiert

# Schwedische bevölkerungsbasierte Kohortenstudie

(Påhlsson-Notini et al., 2024)

- **Schwedische Registerdaten** (n > 3,6 Mio. Personen, die zwischen 1973 und 2003 geboren wurden)
  - Vergleich von N=18.307 Personen mit leichter IM mit 915.350 Personen aus der Allgemeinbevölkerung und 18.996 Geschwistern
  - Personen mit **MID erhöhtes Risiko für SU-Probleme** einschließlich Alkohol- und Drogenkonsumstörungen, alkoholbedingte somatische Störungen und substanzbezogene Straftaten haben
  - Risiko für SUP bei leichter IM und psychiatrischen Begleiterkrankungen besonders hoch
  - Die Risikoschätzungen im Geschwistervergleich abgeschwächt
- Familiäre Faktoren (genetische und/oder gemeinsame Umweltfaktoren) wichtige Rolle bei den beobachteten Zusammenhängen



# Substanzgebrauch bei Menschen mit Intelligenzminderung

## **Epidemiologie**

# Epidemiologie

(Zus. n. Duijvenbode & VanDerNagel (2019); Huxley et al (2019))

Substanz	Lebenszeitprävalenzen bei leichter IM bis BIF (IQ 50-85)		Aktueller Gebrauch bei schwerer IM bis BIF (IQ 20-85)
	Erwachsene	Jugendliche	Erwachsene
Tabak	6–98,4 %	0–49,8 %	0–62,5 %
Alkohol	2,5–97,3 %	15,6–75,4 %	1,9–55 %
Cannabis	50 %	2,4–13 %	5–9,5 %
SUD	0,5–46 %	0,1–2,7%	Alkohol: 0–100 % Cannabis: 1,6–51 %

**Risiko zu Entwicklung einer SUD, wenn mit dem Konsum begonnen wurde** (Reis, 2017; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019).

# Substanzkonsum bei Jugendlichen mit MBID/BIF

- Erhöhtes Risiko für **psychische Probleme, soziale Schwierigkeiten und Substanzmissbrauch** (Gigi, 2014).
- Jugendliche mit MBID & komorbiden psych. Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten, **besonders anfällig für problematischen Substanzkonsum** Hulsmans, 2021
- Im Vergleich zu Personen mit mittelgradiger oder schwerer IM haben Menschen mit MBID ein **höheres Risiko, eine SUD zu entwickeln** – insbesondere, wenn zusätzliche Risikofaktoren wie männliches Geschlecht, junges Alter oder niedriger sozioökonomischer Status vorliegen (Didden, 2020)



# Substanzgebrauch bei Menschen mit Intelligenzminderung

## **Störungsmodell**

# Wiers, R.: A dual-process perspective

## 1. Automatisches Annäherungssystem

- Schnelle, unbewusste Reaktion auf Reize wie Konsumangebote oder Gruppendruck (Belohnung und positive Emotion)
- Substanzreize werden durch frühere Belohnungserfahrungen positiv verstärkt
- Aktiviert sich automatisch – z. B. bei Stress, Langeweile oder Frustration

## 2. Kontrolliertes Regulationssystem

- Kognitive Steuerung: Bewertung, Impulskontrolle, vorausschauendes Denken
- Setzt exekutive Funktionen und Selbstreflexion voraus

# Wiers, R.: A dual-process perspective

## Besonderheiten bei Menschen mit IM

- **Reduzierte exekutive Funktionen:** geringere Impulskontrolle, schwächere Emotionsregulation
- **Schwierigkeiten mit Reflexion und Risikoabschätzung**
- **Erhöhte Reizoffenheit** für Konsumimpulse (z. B. durch Peers oder Werbung)
- **Konsum wird nicht bewusst gesteuert, sondern als funktionale Strategie erlebt** (z. B. zur Spannungsreduktion)



# Substanzgebrauch bei Menschen mit Intelligenzminderung

## **Risikofaktoren**

# Bio-Psycho-Soziale Risikofaktoren

## Biologisch/psychologische Faktoren

- Beeinträchtigte exekutive Funktionen und Impulskontrolle  
(Wiers et al., 2007; Häßler, 2021)
- Eingeschränkte Emotions- und Stressregulation  
(Rathmann et al., 2023; Häßler, 2021)
- Geringes Selbstkonzept, niedrige Selbstwirksamkeit  
(Klauß, 2014; Häßler, 2021)
- Kognitive Überforderung durch reguläre Suchthilfe  
(Klauß, 2014; LWL-Koordinationsstelle, 2012)
- Psychiatrische Komorbiditäten (Slayter, 2010; Pahlsson-Notini et al., 2024)

## Soziale Faktoren

- Konsumierende Peers / sozialer Druck  
(van Duijvenbode & VanDerNagel, 2009; Rathmann et al., 2023)
- Soziale Isolation, Ausschluss aus Peergruppen  
(Klauß, 2014)
- Mangel an Aufklärung & Gesundheitsbildung (LWL-Koordinationsstelle, 2012; AWO & LWL, 2013)
- Fehlende passgenaue Prävention & Versorgung (AWMF-Leitlinie, 2012; Rathmann et al., 2023)
- Kognitive Überforderung in regulärer Suchthilfe (LWL-Koordinationsstelle, 2012; Klauß, 2014)

# Risikofaktor Betreuungssituation

## Betreuungsintensität und Strukturgüte

- Geringe Tagesstruktur in offenen Wohnformen → mehr unstrukturierte Zeit (*Taggart et al., 2006; LWL, 2012*)
- Niedrige soziale Kontrolle in teilautonomen Settings (*Schijven et al., 2019 zit. in Rathmann et al., 2023*)
- Reduzierte Betreuungskapazität → weniger frühzeitige Intervention (*LWL, 2012*)

## Peerpressure

- Höherer Kontakt zu konsumierenden Personen in offenen oder durchmischten Wohnsettings (*Schijven et al., 2019; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2009*)
- Fehlende Schutzräume für vulnerable Jugendliche → verstärkter Gruppendruck (*Klauß, 2014; Reis et al., 2017*)

## Spezifische Risiken bei stationärer Unterbringung

- Jugendliche in Heimen / Wohngruppen mit Sonderschulstatus zeigen häufiger riskantes Konsumverhalten (*Reis et al., 2017; Häbler, 2011*)
- Psychosoziale Belastung durch institutionelle Dynamiken (z. B. Stigmatisierung, eingeschränkte Selbstbestimmung) (*Taggart et al., 2006*)



# Substanzgebrauch bei Menschen mit Intelligenzminderung

## **Versorgungslage**

# Versorgungslage

## **Erreichbarkeit der Suchthilfe**

- Suchtberatung und -therapie grundsätzlich offen zugänglich
- Realität: Menschen mit IM nutzen Angebote deutlich seltener
- Eintritt oft erst bei schweren Problemlagen oder externem Druck

## **Zentrale Barrieren**

- Unzureichendes Wissen der Einrichtungen über IM
- Fehlende Adaptation der Angebote (Sprache, Methoden, Setting)
- Stigmatisierung und Scham auf Seiten der Betroffenen
- Angst vor Überforderung durch komplexe Angebote

**Quelle:** Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, 2015; Schulte-Derne, 2019; Rathmann et al., 2023

# Strukturelle Hindernisse

## Typische Defizite in der Versorgung

- **Gruppensettings:** hohe sprachliche und kognitive Anforderungen
- **Hohe Eigenaktivität** erwartet (z. B. Selbstreflexion, Eigenmotivation)
- **Fehlende individuelle Adaption:** kein angepasster Zugang für kognitive Einschränkungen
- **Komm-Struktur** statt aktiver Vermittlung ("Wer Hilfe will, muss kommen")

## Folgen

- Fehlende Passung → hohe Drop-out-Raten
- Substanzkonsum bleibt oft unbehandelt oder chronifiziert

**Quelle:** LWL-Koordinationsstelle Sucht, 2012; AWO & LWL, 2013; Breitwieser et al. 2024

# Versorgung anpassen – Teilhabe ermöglichen

- „Eigene“ und spezifizierte Setting und Behandlung erscheinen notwendig
- Interdisziplinäres, multimodales Gesamtkonzept
  - Subjektzentriert
  - Kontextorientiert
  - Lebenswertorientiert
  - Modifikation „regulärer“ Behandlungsverfahren





Substanzgebrauch bei Menschen mit Intelligenzminderung  
**Synchronisierung / Hilfs-Ich**

# Synchronisierung der Hilfen

## Problem

- Suchthilfe und Behindertenhilfe arbeiten oft **parallel**, nicht integriert
- Informationsverluste, Zuständigkeitsstreit, Versorgungslücken

## Ziel

- **Synchronisierung** der Hilfen: multiprofessionelle, passgenaue Koordination
- Übergreifendes Fallverstehen, gemeinsame Sprache und abgestimmte Ziele

## Schlüsselrolle: Sozialarbeit

- Vermittelt zwischen Systemen
- Erkennt IM-spezifische Bedarfe
- Ermöglicht passgenaue Zuweisung und Kontinuität

Quelle: Sommerfeld (2019)

# Das „Hilfs-Ich“: Unterstützen ohne zu bevormunden

## **Konzept:**

- Sozialarbeitende oder Betreuungspersonen übernehmen temporär Funktionen des Ichs:  
→ strukturieren, übersetzen, schützen, ermöglichen

## **Ziel:**

- Ermöglichen von Zugang, Reflexion und Teilhabe trotz kognitiver Einschränkung
- Schrittweise Förderung von Autonomie

## **Praxis:**

- einfache Sprache, Handlungsklarheit, Einbindung von Bezugspersonen
- Reflexion begleiten statt voraussetzen

**Quelle:** Breitwieser et al. 2024

# Fallvignette „Mona“

- 17 Jahre, lebt in betreuter Wohngruppe (§35a SGB VIII), Förderschulabschluss
- Diagnostik: Lernbehinderung an der Grenze zur leichten IM
- Regelmäßiger Cannabiskonsum zur Emotionsregulation und als Einschlafhilfe
- Hohes Reizniveau, geringe Impulskontrolle, sozialer Rückzug

Quelle: Breitwieser et al. 2024

# Fallvignette Mona

<b>Intervention</b>	<b>Konkret bei Mona</b>
<b>Kognitive Zugänglichkeit sichern</b>	Visualisierte Gesprächsprotokolle, Aufklärung in einfacher Sprache
<b>Individuelle Unterstützung integrieren</b>	Bezugsbetreuerin begleitet Gespräch, übersetzt Affekte, bringt Beobachtungen ein
<b>Niedrigschwellige Settings schaffen</b>	Einzeltermine statt Gruppen, kurze Frequenz, Bezug zur Wohngruppe
<b>Interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken</b>	Austausch zwischen Suchttherapie, Wohngruppe, Jugendamt
<b>Vom „Komm-“ zum „Hol-Angebot“ denken</b>	Mona wurde aktiv begleitet sowie motiviert. Im Rahmen der Transferbemühungen wurde Mona in der Einrichtung aufgesucht

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

# Literatur

- AWMF (2021): S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Ständige Kommission Leitlinien.
- Breitwieser, A. et al. (2024). Intelligenzminderung und Substanzgebrauchsstörung. In Deimel, D., Moesgen, D., Schecke, H. (Hrsg.), Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch (S. 518–528). Köln: Psychiatrieverlag.
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BEH). (2015). Menschen mit geistiger Behinderung und Sucht – Impulse für eine inklusive Suchthilfe. Berlin: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe.
- Hörning, M.; Kretschmann-Weelink, M. (2011): Ergebnisse der Vollerhebung NRW »Geistige Behinderung und Sucht«. In: Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hg.): Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht/Substanzmissbrauch. Münster: Forum Sucht.
- Klauß, C. (2014). Substanzkonsum und Suchtentwicklung bei Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf – ein vernachlässigtes Thema. In G. Schanz & M. F. W. Hohm (Hrsg.), Sucht im Kindes- und Jugendalter (S. 245–259). Berlin: MWV.
- Kretschmann-Weelink, M. 2013. Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse einer Vollerhebung in Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe. Ergebnisse von Klienteninterviews. Hrsg. AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr Gevelsberg.
- LWL-Koordinationsstelle Sucht. (2012.). Intelligenzminderung und Sucht – Fachstellungnahme zur Versorgungssituation. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.
- Reis, O., Wetzel, B., & Häßler, F. (2017): Mild or borderline intellectual disability as a risk for alcohol consumption in adolescents – A matched-pair study. *Research in Developmental Disabilities*, 63, 132–141. DOI: 10.1016/j.ridd.2015.11.007
- Schijven, E. P.; Didden, R.; Otten, R.; Poelen, E. A. P. (2019): Substance use among individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in residential care: Examining the relationship between drinking motives and substance use. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 32 (4), 871–878.
- Slayter, E. M. (2010). Disparities in access to substance abuse treatment among people with intellectual disabilities and serious mental illness. *Health & Social Work*, 35(1), 49–59.
- Sommerfeld, P. (2019): Die soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe. *SuchtMagazin*, 45 (3), 4–12.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(8), 588–597.
- van Duijvenbode, N.; VanDerNagel, J. E. L. (2019): A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *European Addiction Research*, 25 (6), 263–282.
- Wiers, R. W.; Bartholow, B. D.; van den Wildenberg, E.; Thush, C.; Engels, R. C. M. E.; Sher, K. J.; Grenard, J.; Ames, S. L.; Stacy, A. W. (2007): Automatic and controlled processes and the development of addictive behaviors in adolescents: a review and a model. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 86 (2), 263–283