

Problematischer Suchtmittelkonsum bei Menschen mit einer Intelligenzminderung

Eine RAR-Erhebung in Westfalen Lippe von März – Juli 2009

Sarrazin, Doris; Fengels, Christoph



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Inhalt

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

1.2 Begriffsdefinition

1.2.1 Intelligenzminderung

1.2.2 Problematischer Konsum

2 RAR - Rapid Assessment and Response - Aufbau der Studie

2.1 Die RAR-Methode

2.2 Durchführung der Studie

2.2.1 Sammlung vorhandener Informationen

2.2.2 Semi-strukturierte Interviews (SSI)

2.2.3 Strukturierte Interviews (SI)

2.2.4 Fokusgruppe

3 Ergebnisse der Studie

3.1 Vorhandene Informationen

3.2 Ergebnisse der Interviewphase

3.3 Überprüfung durch die Fokusgruppe

4 Zusammenfassung

5 Literatur

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

In den letzten Jahren wiesen zunehmende Anfragen aus der Behindertenhilfe auf einen problematischen Suchtmittelkonsum ihrer Betreuten hin. Auf der anderen Seite wurde aus der Suchthilfe immer häufiger berichtet, dass in Beratung und Therapie Menschen mit einer Intelligenzminderung Unterstützung suchen. Hierauf schien die Suchthilfe im Rahmen der Regelangebote nicht ausreichend vorbereitet zu sein. Vermutet wurde auch, dass eine leichte Intelligenzminderung oftmals nicht erkannt und Betroffenen eher eine geringe Veränderungsmotivation zugeschrieben wird. In einem der regelmäßigen Austauschtreffen mit dem niederländischen Partner der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL-KS) TACTUS in Enschede wurde deutlich, dass auch dort dieses Thema aktuell relevant war und sehr schnell erste Aktivitäten entwickeln wurden.

Seit Ende 2007 arbeitet die LWL-KS mit TACTUS an diesem Thema, um durch den Austausch von einander zu profitieren. In einem ersten Schritt wurde ein gemeinsames Expertengespräch im Oktober 2007 durchgeführt. In der Vorbereitung wurde deutlich, dass kaum Informationen über die Bedarfe der Klientel und der Mitarbeiter beider Hilfesysteme verfügbar waren. In den Niederlanden wird gerade eine umfangreiche Studie zur Erhellung der Situation durchgeführt. Da die dafür erforderlichen Mittel in Deutschland kurzfristig nicht zur Verfügung standen, hat die LWL-KS sich entschieden, eine erste qualitative Untersuchung der Situation durchzuführen. Basis dieser Erhebung, war die Methode des Rapid Assessment and Response (RAR), die einen limitierten Personal- und Ressourceneinsatz integriert und von relativ kurzen Erhebungszeiten ausgeht. Durch die implizite Frage nach den erforderlichen Handlungsoptionen bezieht sie als anwendungsbezogener Ansatz der qualitativen Sozialforschung die Relevanz für die Praxis ein.

1.2 Begriffsdefinition

1.2.1 Intelligenzminderung

Der Begriff ‚*Intelligenzminderung*‘ bezieht sich in dieser Studie auf die Gruppe der Grenzfälle, d.h. auf Menschen mit einer leichten Intelligenzminderung bzw. Lernbehinderung. Nach Absprache mit den Niederländern haben wir die Definition ‚*Intelligenzminderung*‘ angelehnt an die Klassifikation der *International Classification of Diseases* (ICD 10) der World Health Organisation (WHO)¹:

Die ICD 10 GM Version 2010 beschreibt ‚*Intellectual Disability*‘ (I.D.) als einen Zustand verlangsamer oder eingeschränkter Entwicklung des Geistes, welcher durch eine Beeinträchtigung der Intelligenz und der Kompetenzen in den Bereichen Kognition, Sprache sowie motorischer und sozialer Fähigkeiten charakterisiert ist und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben reduziert. Die ICD 10 unterteilt I.D. in folgende Kategorien:

- Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten; IQ 70-85 (ICD 10 F 81.)
- Intelligenzminderung (ICD 10 F 70.):
 - Leichte I. D.: IQ-Bereich 50 – 69
 - Mäßige I. D.: IQ-Bereich 35 – 49
 - Schwere I. D.: IQ-Bereich 20 – 34
 - Sehr schwere I. D.: IQ unter 20

¹ www.dimdi.de

Im Fokus der Befragung standen die ersten beiden Kategorien. Für die Interviewten waren konkrete Diagnosestellungen nur selten zugänglich, so dass eine subjektive Einschätzung der Befragten in Bezug auf ihre Klienten erforderlich war.

1.2.2 Problematischer Konsum

Die Definition eines ‚problematischen Konsums‘ wurde nicht vorgegeben, sondern sollte von den Befragten auf Grund ihrer Wahrnehmung bewertet werden. Die Definition war somit abhängig vom jeweiligen Kontext. Als problematisch sollte ein Suchtmittelkonsum immer dann eingestuft werden, wenn er aus Sicht der Befragten Probleme bereitet. Die Art der festgestellten Probleme wurde in den Interviews erfragt.

2 RAR - Rapid Assessment and Response - Aufbau der Studie

2.1 Die RAR-Methode

RAR ist ein sozialwissenschaftlicher Ansatz, um Entscheidungen über geeignete Interventionen in Bezug auf gesundheitsrelevanten und sozialen Problematiken zu treffen. Sie umfasst unterschiedliche Methoden der Datenerhebung, um ein möglichst verlässliches und komplexes Bild über einen Sachverhalt zu erlangen. Ein wichtiges Merkmal von RAR ist die Verwendung von multiplen Indikatoren und Informationsquellen für die Datengewinnung. Die verschiedenen Informationsquellen und Methoden werden miteinander kombiniert, um die Fehler einer einseitigen Sichtweise zu minimieren. Dies ermöglicht einen Sachverhalt / eine Situation aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten und unterschiedliche Hintergründe, Interessen und Wahrnehmungen der Betroffenen zu erfassen.

„Dies erleichtert den Prozess der ‚Gewichtung‘ der Zuverlässigkeit der erhaltenen Informationen. ‚Crosschecken‘ (Triangulieren) von Daten aus verschiedenen Quellen ist ein wichtiges Element von RAR. Anhand der erhaltenen Informationen werden Hypothesen über die Beschaffenheit des zu untersuchenden Phänomens erstellt (s. SSI). Diese Hypothesen können erneut einem Cross-check unterzogen werden (s. SI/Fokusgruppe). Der Schwerpunkt von RAR liegt auf der Angemessenheit, nicht auf wissenschaftlicher Perfektion.“²

RAR ist keine einzelne Methode sondern ein Zusammenspiel verschiedener Methoden der qualitativen Forschung. Sie besteht aus einer Mischung gängiger Forschungsmethoden, wie Interviews, Observation, Fokusgruppen und Schätztechniken. RAR stellt den Nutzen für die Praxis und den dort aufgetretenen Problemsituation in den Vordergrund. Stimson, Fitch und Rhodes haben folgende Methoden/Schritte in die von ihnen entwickelte RAR-Methode eingeschlossen³:

- Sammlung vorhandener Informationen
- Zugang und Stichprobenerhebung
- Interviews
- Fokusgruppen
- Observation
- Schätztechniken

Die Methode des RAR wurde von der LWL-KS bereits in verschiedenen Projekten wie z.B. Search, SeM, FreD u.a. eingesetzt.

² Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2002), S. 15

³ Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2002), S. 16

2.2 Durchführung der Studie

Für die Untersuchung „Intelligenzminderung und Suchtmittelkonsum“ entschieden wir uns in der LWL-KS für die Sammlung vorhandener Informationen, semi-strukturierte und strukturierte Interviews und Fokusgruppen. Die Verkettung dieser Methoden gewährleistete aus unserer Sicht eine sinnvolle Rückkopplung und Überprüfung der Ergebnisse. Die Erhebung wurde von März – Juli 2009 in Westfalen-Lippe durchgeführt. Ausgehend von den deutschen Teilnehmenden des Expertenworkshops vom Oktober 2007 wurden die Interviewpartner nach dem Schneeballprinzip gewonnen. Das RAR-Team bestand aus einer Studentin und zwei Studenten des Bachelor-Studiengangs Soziale Arbeit der „Saxion Hogeschool“ in Enschede sowie der Leiterin, die jedoch selbst keine Interviews durchführte. Es fanden prozessorientiert RAR-Teambesprechungen statt.

2.2.1 Sammlung der vorhandenen Informationen

Aus Gründen der Effizienz sollte man zunächst recherchieren, welche Informationen schon vorhanden sind. Der erste Schritt im RAR-Prozess ist deshalb die Sammlung und Auswertung vorhandener Informationen. Dazu gehören unter anderem Forschungsberichte, Berichte von Gesundheits- und Drogenhilfeeinrichtungen, Informationen aus den Medien etc. Dabei lassen sich zugleich mögliche Informationslücken feststellen. Darüber hinaus trägt die Untersuchung vorhandener Informationen dazu bei, langfristige Entwicklungen zu erkennen. Zu guter Letzt kann die Untersuchung auch nützliche Hintergrundinformationen zum Wert oder zur eventuellen Verzerrung von Befunden ergeben. In der Studie wurden Universitätsbibliotheken, Suchmaschinen im Internet und Fachbibliotheken als Quellen genutzt.

2.2.2 Semi-strukturierte Interviews (SSI)

Mit Hilfe der Fragebögen aus der Phase der semi-strukturierten Interviews (SSI) wurden Beschäftigte aus der Behinderten- und der Suchthilfe (n=10) nach ihrer Einschätzung über den problematischen Suchtmittelkonsum und den Bedarf der Zielgruppe befragt. Die Befragten arbeiteten in sehr unterschiedlichen Bereichen der Hilfesysteme und wurden ausgewählt, um einen ganzheitlicheren Blick auf die Situation zu gewährleisten. Einige Befragte waren nur bereit als Privatperson vor ihrem Erfahrungshintergrund an der Erhebung teilzunehmen. Sie befürchteten, dass die Einrichtung dazu keine Einwilligung geben würde. Es bestand die Befürchtung, dass durch den Hinweis auf problematischen Suchtmittelkonsum ein negatives Image für die Einrichtung bedeuten könne. Um die Berücksichtigung des Wunsches nach Anonymität zu verdeutlichen wurden die Interviews nicht aufgenommen. Die Auswertung bezieht sich daher auf die Notizen der Interviewer. Die Ergebnisse aus dieser Phase und der Recherche der vorhandenen Informationen ermöglichten eine erste Hypothesenbildung.

In den Interviews wurden Fragen zu folgenden Themengebieten gestellt:

- Welche Substanzen werden problematisch konsumiert?
- Welche Gruppen sind besonders gefährdet?
- Welche Probleme ergeben sich aus dem Konsum?
- Welche Faktoren fördern einen problematischen Konsum?
- Wie ist der Kenntnisstand über Suchtmittel?
- Welche präventiven Maßnahmen gibt es und was wird benötigt?
- Welche Beratungs- und Behandlungsangebote gibt es und welche werden benötigt?
- Gibt es einen Fortbildungsbedarf für Beschäftigte in der Behindertenhilfe?

Die folgende Tabelle gibt die Berufe der Befragten sowie deren Kontaktbereich zu Menschen mit einer Intelligenzminderung an:

Berufe	Bereiche
➤ Dipl. Sozialarbeiter	➤ Förderschulen
➤ Dipl. Sozialpädagogen	➤ Fahrdienste
➤ Lehrer an Förderschulen	➤ Stationär Betreutes Wohnen
➤ Heilpädagogen	➤ Drogenhilfeeinrichtung
➤ Busunternehmer	➤ Ambulant Betreutes Wohnen
➤ Honorarkräfte	➤ Familienunterstützender Dienst
➤ Krankenpfleger	➤ Entzugsstation
➤ Freizeitbetreuer	➤ Werkstätten
	➤ Hilfeplaner des LWL

2.2.3 Strukturierte Interviews (SI)

Die Fragen des strukturierten Fragebogens wurden anhand der Ergebnisse aus der Vorbefragung entwickelt, um die gewonnenen Hypothesen auf ihre Gültigkeit hin zu überprüfen. Zur Rückkopplung der Hypothesen wurden Interviewpartner (n=28) nach dem Schneeballsystem ausgewählt, die im Umfeld der Zielgruppe leben und arbeiten. Zu den in den SSI einbezogenen Bereichen wurde noch die Jugendhilfe berücksichtigt, um einen weiteren Blick auf die Zielgruppe der Jugendlichen zu gewinnen. Die Gruppe der Befragten wurde gebildet aus verschiedenen Professionen, die in den Hilfesystemen arbeiten und Angehörigen von Menschen mit einer Intelligenzminderung.

2.2.3 Fokusgruppe

In Fokusgruppen werden Einzelpersonen zusammengeführt, die über besondere Kenntnisse der erforschten Problemlage verfügen und in der Regel über den Rahmen persönlicher Erfahrungen hinausgehen. Sie sind ein nützliches Instrument, zur Formulierung von Hypothesen und Prüfung von Informationen. Die Fokusgruppe dient auch der weiteren Rückkopplung der Ergebnisse, um bestehende Abweichungen zu diskutieren und zu bewerten. An der Fokusgruppe nahmen vier Befragte der Interviewphase aus der Jugend-, Behinderten- und Suchthilfe teil.

3 Ergebnisse der Studie

3.1 Vorhandene Informationen

Die Prävalenz für eine Intelligenzminderung wurde insbesondere im englischsprachigen Raum und Skandinavien durch verschiedene Prävalenzstudien seit Anfang der 70er Jahre erforscht. Internationale Studien schätzen die Prävalenz von Lernbehinderung auf ca. 3-4% eines Jahrgangs, die der leichten geistigen Behinderung auf ca. 1,5% (schwere Intelligenzminderung ca. 0,4%).⁴

Andere Studien kamen zu etwas abweichenden Ergebnissen. Katusic et al.⁵ haben die Häufigkeit von Kindern mit einer geistigen Behinderung (mental retardation) der Geburtsjahrgänge 1976-1980 (n = 5919) in Rochester (Minnesota) untersucht. Sie stellen eine Prävalenz von 0.91% im Alter von 8 Jahren fest. Dabei ist die Prävalenz für leichte geistige Behinderung 0.42% und für schwere geistige Behinderung 0.49%. Bei Mädchen stellten sie eine doppelte so hohe Inzidenz für eine schwere geistige Behinderung fest als bei Jungen, während Jungen 1,7 mal häufiger eine leichte geistige Behinderung aufwiesen.

⁴ Roeleveld et al. (1997), Cans et al. (1999), Strømme & Hagberg (2000) zitiert nach Karch, D. (2002)

⁵ Katusic et al. (1996)

Nach Wikipedia⁶ liegt die Prävalenz einer Lernbehinderung bei 15% in der Bevölkerung, einer leichten Intelligenzminderung bei 2,5%. Damit würde der betroffene Anteil der Bevölkerung bei 17,5% liegen.

Der Konsum von Suchtmitteln ist in unserer Gesellschaft eins der größten gesundheitlichen Risiken. In Bezug auf Menschen mit einer Intelligenzminderung wurde dies von der wissenschaftlichen Fachwelt bisher kaum beachtet. Lange Zeit galten sie aufgrund der beschützten Lebenssituation als relativ ungefährdet und uninteressant für den Drogenmarkt. Die Mehrzahl der Publikationen im deutschsprachigem Raum zu diesem Thema wurden von Diplomanden⁷ in ihrer Abschlussarbeit geschrieben. So ist die qualitative Erhebung der Martin Luther Universität Halle eine der wenigen Forschungsarbeiten, die diese Zielgruppe wissenschaftlich erfasst. Die Autoren dieser Arbeit stellten fest:

„Unsere Befragung ergab, dass von allen Einrichtungsnutzern (n=2560) 3,7 % täglich, 4,4 % mehrmals wöchentlich 10,9 % gelegentlich und 2,4 % überwiegend am Wochenende trinken. Aus der Trinkhäufigkeit allein lässt sich jedoch noch nicht die Schwere des Trinkverhaltens ablesen. Von diesen Personen wurden 6,7 % als „alkoholgefährdet“ und 4,2 % als „alkoholabhängig“ eingestuft. Somit kann davon ausgegangen werden, dass nach Ansicht der befragten Mitarbeiter 10,9 % der Bewohner einen „riskanten Alkoholkonsum“ aufweisen.“⁸

Eine weitere Interessante Studie aus dem deutschsprachigen Raum legte die Ergebnisse der Eingangsdagnosen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zu Grunde⁹. So stellten die Autoren unter 1642 Patientinnen und Patienten, die in ein psychiatrisches Krankenhaus eingeliefert wurden fest, dass bei 4% Alkoholismus als Erst- und bei 9% als Zweitdiagnose fest. Medikamentenabhängigkeit waren bei <1%, Drogenabhängigkeit bei 2% die Erst- bzw. Zweitdiagnose.

Zwar ist das Thema Intelligenzminderung und Suchtmittelkonsum historisch gesehen nicht neu¹⁰, doch ist es nicht in dem Maße erforscht wie es die Größe der Population notwendig macht.

3.1.1 Präventionsangebot

Im deutschsprachigem Raum wurden bisher zwei spezifisch für die Zielgruppe entwickelte Präventionsangebote veröffentlicht (DIDAK¹¹ für Einrichtungen der Behindertenhilfe, PeP¹² für Förderschulen)¹³. Es ist auffällig wie gering die Auswahl der vorhandenen Präventionskonzepte im Vergleich mit anderen selektiven Gruppen ist.

3.1.2 Behandlungsangebote

In der Fachliteratur der Behindertenhilfe wurde das Thema Suchtmittelmissbrauch verbunden mit Überlegungen zur adäquaten Behandlung/Beratung von verschiedenen Autoren aufgenommen. Im Gegensatz zu dem Interesse, das durch verschiedene Diplomarbeiten, Fachartikel und Literatur zur Behandlung von suchtkranken Menschen mit einer Intelligenzminderung gezeigt wird, sind im Verhältnis dazu konkrete Angeboten für Betroffene in der Praxis erstaunlich selten zu finden. Dies könnte auf die Notwendigkeit einer Entwicklung und Implementierung spezifischer Konzepte hinweisen.

⁶ www.wikipedia.de (Stand 24.11.2009)

⁷ Franz (1995), Bentrup-Franke (2006), Beer (2004), Lulgjuraj (2008), Haase (2002)

⁸ Theunissen, G. & Schubert, M. (2006). S. 182

⁹ Theunissen, G. & Lingg, A. (1998)

¹⁰ vgl. Goddard (1912), East (1932) nach Beer (2004)

¹¹ Westfalenfleiß GmbH (Hrsg.) (2006) s. www.westfalenfleiss.de

¹² Bertelsmann Stiftung & Nordverbund suchtpreventiver Fachstellen (Hrsg.) (2007)

¹³ Fengels, Internetrecherche (Stand 13.07.2009)

In einer Abfrage des Bundesverbandes für Stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (BUSS) gaben fünfzehn Einrichtungen, die über eine Station für qualitative Entwöhnungsbehandlung verfügen an, Patienten mit einem kognitiven Defizit oder einer Minderbegabung aufzunehmen. Fünf weitere gaben an, auch mit Menschen, die eine geistige Behinderung haben, zu arbeiten. Die Abfrage erfolgte bundesweit. Dennoch ergab eine Recherche der LWL-KS¹⁴, dass nur die Station „to Hus“ der Fachklinik Oldenburger Land über eine spezielle Konzeption¹⁵ für diese Gruppe verfügt. Auch im Rahmen der RAR-Erhebung gab eine bedeutende Mehrzahl der befragten Personen an, nicht zu wissen, welche Rehabilitationseinrichtung zuständig seien. Eine in der Fachwelt häufig beachtetete Arbeit leistet die Lebenshilfe Berlin durch ihre Suchtberatungsstelle, die sich speziell an diese Zielgruppe wendet.

3.2 Ergebnisse der Interviewphase

Die Interviews wurden von den Studenten der ‚Saxion Hogeschoole‘ in Enschede durchgeführt, die selbst über Arbeitserfahrung in der Behinderte- und/oder Suchthilfe verfügten. Die Darstellung der Ergebnisse beinhaltet die Auswertung der SSI und SI. Sie orientiert sich an den Schlüsselfragen des Erhebungsbogens. Mit einer Ausnahme wurde von allen Befragten von einem für sie beobachtbaren problematischen Suchtmittelkonsum berichtet.

Welche Gruppen sind besonders gefährdet?

Nach Abschluss der Interviewphasen wurden zwei Gruppen ermittelt, die von den Befragten als besonders gefährdet angesehen wurden.

1. Erwachsene Menschen mit einer Intelligenzminderung, die im ambulant betreuten Wohnen oder im Familiensystem leben,
2. 13 – 18jährige Jugendliche in verschiedenen Wohnformen.

Die Reihenfolge entspricht der Häufigkeit der Nennung durch die Befragten. Einige Interviewpartner gaben an, dass insbesondere männliche Personen betroffen seien.

Welche Substanzen werden problematisch konsumiert?

Hier sind für die Gruppe der erwachsenen Menschen mit einer Intelligenzminderung von den Befragten die Substanzen Alkohol, Nikotin, Cannabis genannten worden. Das betraf insbesondere die Altersgruppe der 18-45 Jährigen bei einer Gleichverteilung der Geschlechter. Hingewiesen wurde aber auch auf eine nicht unerhebliche Gefährdung durch Glücksspiel, Mediennutzung und unkontrolliertes Essen.

Für die Gruppe der „Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung“ wurden ebenfalls vor allem Alkohol, Nikotin und Cannabis als problematisch gebrauchte Suchtmittel benannt. Einige der Befragten gaben weiterhin an, dass auch andere illegale Substanzen (vor allem Ecstasy) und verhaltensbezogene Süchte¹⁶ bei Jugendlichen eine nicht unerhebliche Rolle in ihrer Praxistätigkeit spielt. Eine erhöhte Gefährdung wurde für die 16-18jährigen gesehen.

¹⁴ Elsner, Recherche für einen D-NL Expertenworkshop am 29.10 – 30.10.2008 (Stand 06.06.2008)

¹⁵ <http://www.fachklinik-oldenburger-land.de/konzeption.php> (Stand 12.07.2009)

¹⁶ Binge eating, Medienabhängigkeit

Welche Probleme ergeben sich aus dem Konsum?

Für beide Gruppen wurden von den Befragten folgende Probleme benannt:

- körperliche (z.B. Konzentrationsstörungen, Beeinträchtigung des Leistungsvermögens),
- psychische (z.B. vermindertes Selbstwertgefühl, Stressreaktionen, verringerter Selbstschutz)
- soziale (z.B. Verarmung sozialer Kontakte, soziale Isolation, Freizeitprobleme)
- finanzielle (z.B. geringes Taschengeld durch Ausgaben für Suchtmittel)

Strafrechtliche Probleme durch die Illegalität von Suchtmitteln wurden eher als Befürchtung genannt, denn als tatsächlich erlebt.

Welche Faktoren fördern einen problematischen Konsum?

Als Hauptfaktoren für die Entwicklung eines problematischen Konsums gaben die Befragten an, die soziale Ausgrenzung aus der „normalen“ Bevölkerung sowie eine mangelnde Fähigkeit, eigene Problemlösungsstrategien zu entwickeln, an. Die gefühlte Ausgrenzung aus der Gesellschaft und die Unveränderlichkeit ihres kognitiven Zustandes sei eine der Hauptursachen für Frustration, so die Befragten. Hier diene der Suchtmittelkonsum dazu, ebenfalls als ‚normal‘ zu erscheinen. Soziale Ausgrenzung wird damit sowohl als Ursache als auch als Folge eines problematischen Konsums beschrieben. Außerdem wurde eine mangelnde Fähigkeit eigene Problemlösungsstrategien zu entwickeln, als ein Bedingungsfaktor mehrmals von den Befragten benannt. Für die Jugendlichen wurden die Gruppe der Gleichaltrigen und das Familiensystem als sehr einflussreich beschrieben.

Wie ist der Kenntnisstand über Suchtmittel?

Der Kenntnisstand wurde bei beiden Gruppen als eher mangelhaft beschrieben. Das bedeutet nicht, dass sie keine Informationen erhalten haben. Es gebe jedoch in der Regel eine zu komplizierte Sprache und zu wenig Wiederholungen, so dass es eher unwahrscheinlich sei, dass die vermittelten Inhalte auch längerfristig behalten werden. Angepassten Präventionskonzepte fehlten.

Welche präventiven Maßnahmen gibt es und was wird benötigt?

Suchtpräventive Aktivitäten werden in den Förderschulen durchgeführt, neben allgemeiner Informationsvermittlung wurde auch das Projekt HaLT oder eine offene Sprechstunde genannt. Auch eine gute Strukturierung des Lebensumfeldes wurde als präventive Maßnahme genannt. Diese Hinweise bezogen sich auf alle Altersgruppen.

Als fehlend für die Gruppe der Erwachsenen wurde auf folgende Punkte verwiesen (in der Reihenfolge der Anzahl der Nennungen):

- auf Menschen mit Intelligenzminderung angepasste Aufklärung und Materialien
- Engere Strukturen und Betreuung
- Förderung des Selbstwertes und der Selbstbestimmung
- Stärkung der Multiplikatoren

Bei der Frage nach Engeren Strukturen und Betreuung wurden von den Befragten in den strukturierten Interviews stark abweichende Bewertungen abgegeben. Von einem Teil wurde diese Frage mit einem „sehr sinnvoll“ von einem anderen als „nicht sinnvoll“ beantwortet. Auffällig hierbei ist das fast vollständige Fehlen einer neutralen Bewertung. Mit Blick auf die Zielgruppe der Jugendlichen wurde an erster Stelle die Förderung der Selbststimmung genannt. Es wurde auch angegeben, dass die Suchtprävention in den Förderschulen und in Zusammenarbeit mit den Eltern ausgebaut werden sollte.

Welche Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen gibt es und was wird benötigt?

Für die Zielgruppen der erwachsenen Menschen mit einer Intelligenzminderung gaben die Befragten an, dass die Versorgung mit medizinischen Rehabilitationsplätzen für Menschen mit einer Suchterkrankung mangelhaft ist. Hilfreich seien Gespräche mit verständnisvollen Ärzten, einmal wird auf eine Beratungsstelle verwiesen sowie auf die Einrichtung ‚Cafe Sprungbrett‘. Die Befragten favorisieren ein Rehabilitationsangebot, das im bestehenden Hilfesystem integriert ist und eng mit den Betreuern zusammenarbeitet.

Außerdem wünschen sich die Befragten angepasste ambulante Angebote der Suchthilfe in der Behindertenhilfe, wo die Menschen in ihrem Lebensalltag erreicht werden können. Hilfreich seien allerdings auch spezifisch zugeschnittene Angebote der Suchthilfe im etablierten Rahmen. Auch für die Gruppe der Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung gaben die Befragten an, dass sie Beratungsgespräche (insbesondere auch Einzelgespräche) der Suchthilfe angepasst an die kognitiven Fähigkeiten der Jugendlichen favorisieren würden. Das Fehlen dieser Angebote wurde von ihnen bemängelt.

Gibt es einen Fortbildungsbedarf für Beschäftigte in der Behindertenhilfe?

Diese Frage wurde ausnahmslos von allen Befragten bejaht.

3.4 Überprüfung durch die Fokusgruppe

An der Fokusgruppe nahmen vier Teilnehmer der Interviewphase aus der Jugend- Behinderten und Suchthilfe teil. Insbesondere wurde über folgende abweichende Einschätzungen diskutiert:

1. Sind männliche Personen mehr betroffen als weibliche?
Diese Einschätzung wurde bestätigt mit dem Hinweis, dass grundsätzlich mehr männliche Personen mit einer Intelligenzminderung institutionell betreut würden und analog zur Situation in der ‚Normalbevölkerung‘ ihr Konsum öffentlicher sei.
2. Können Arztgespräche einen sinnvollen Beitrag zur Suchtprävention leisten?
Die Frage wurde unter der Bedingung bejaht, dass bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen einem Arzt und einem Betroffenen besteht. Das Arztgespräch könne dann sehr unterstützend wirken, aber nicht die Aufgaben einer Suchtberatung übernehmen.
3. Ist soziale Ausgrenzung eher Folge oder Ursache eines problematischen Konsums?
Hier wurden beide Aspekte bestätigt. Hingewiesen wurde darauf, dass sich durch den Suchtmittelkonsum oft in der Folge die Peergruppe auf ebenfalls Konsumierende einschränkt.
4. Sind engere Betreuungsstrukturen sinnvoll?
Eine engere Betreuungsstruktur könne schon als Schutz wirken, es müsse aber regelmäßig mit der gewünschten Förderung der Eigenständigkeit und Selbstverantwortung abgeglichen werden. Wichtig seien deshalb insbesondere Angebote der Freizeitgestaltung, um Langeweile und Einsamkeit zu verhindern.

Die Fokusgruppe bestätigte insgesamt die vorgestellten Ergebnisse aus der Interviewphase. Auch wurde die Notwendigkeit von Fortbildungsprogrammen für Mitarbeiter der Behindertenhilfe bekräftigt.

4 Zusammenfassung

Die RAR-Erhebung wurde von März – Juli 2009 in Westfalen-Lippe durchgeführt. Nach der Sammlung vorhandener Informationen wurden semi-strukturierte (n=10) und strukturierte Interviews (n=28) sowie eine Fokusgruppenbefragung (n=4) durchgeführt. Einbezogen waren verschiedene Berufsgruppen aus verschiedenen Arbeitsfeldern, die Kontakt mit Menschen mit einer Intelligenzminderung haben.

Folgende Ergebnisse wurden ermittelt:

1. Der Suchtmittelkonsum von Menschen mit einer Intelligenzminderung ist ein bisher wissenschaftlich kaum bearbeitetes Thema in Deutschland. Materialien existieren hauptsächlich aus dem englisch-amerikanischen Raum. In der Praxis gibt es nur vereinzelte für die diese Gruppe entwickelte Konzepte für die Prävention, Beratung und Behandlung, obwohl die Prävalenz einer Intelligenzminderung in der Bevölkerung auf ca. 17.5% geschätzt wird.
2. Alkohol, Tabak und Cannabis sind die hauptsächlich konsumierten Suchtmittel in dieser Bevölkerungsgruppe. Für Jugendliche mit einer Intelligenzminderung wird aber auch der Konsum anderer illegaler Drogen insbesondere Ecstasy berichtet. Insgesamt ist festzuhalten, dass ein Suchtmittelkonsum in dieser Gruppe zu beobachten ist, der zumindest nicht geringer ist als in der Normalbevölkerung. Die Frage nach Substanzkonsum ist wahrscheinlich aber zu kurz gegriffen, da eine Vielzahl der Befragten auch verhaltensbezogene Süchte (Spiel- und Mediensucht, unkontrolliertes Essverhalten) als problematisch angaben. Diese Themen wurden bisher in Forschung und Praxis zu wenig beachtet.
3. Als besonders gefährdet wird die Gruppe der erwachsenen Menschen mit einer Intelligenzminderung im ambulant betreuten Wohnen beschrieben, aber auch im Familiensystem genannt. Als zweite Gruppe werden intelligenzgeminderte Jugendliche unabhängig von ihrer Wohnsituation gesehen.
4. Körperliche, psychische, soziale und finanzielle Probleme durch den Suchtmittelkonsum werden beobachtet. Strafrechtliche Probleme spielen eher keine Rolle.
5. Hauptfaktoren für den Konsum sind nach Ansicht der Befragten insbesondere eine soziale Ausgrenzung vor dem Hintergrund des Wunsches ‚normal‘ sein zu wollen sowie eine geringe Problemlösefähigkeit.
6. Obwohl Informationen im Rahmen suchtpräventiver Maßnahmen durchaus gegeben werden, scheint der Kenntnisstand bei den Betroffenen eher gering zu sein. Dies ist vor allem darauf zurück zu führen, dass die Informationen nicht behalten werden. Hierzu wären mehr Wiederholungen und einfachere, mehr bildhafte Botschaften notwendig.
7. Daraus folgt als Notwendigkeit die Entwicklung angepasster Materialien für die suchtpräventive Arbeit mit intelligenzgeminderten Menschen.
8. Auch die vorhandenen Beratungs- und Behandlungskonzepte berücksichtigen die besondere Situation dieser Personengruppe nur vereinzelt. Hier ist ebenfalls ein Entwicklungsbedarf vorhanden. Ebenso ist es erforderlich, die Zusammenarbeit zwischen den Betreuungsinstitutionen und den Suchthilfeeinrichtungen fallorientiert zu verbessern.
9. Um Menschen mit einer Intelligenzminderung Zugang zu einem adäquaten Unterstützungs- und Hilfeangebot zu ermöglichen, müssen Beschäftigte in der Behindertenhilfe zu Suchtfragen fortgebildet werden und Beschäftigte in der Suchthilfe zum Umgang mit Menschen mit einer Intelligenzminderung.

In den Interviews wurde ein Aspekt nicht benannt und auch nicht befragt, der aus fachlicher Sicht eine wahrscheinlich erhöhte Gefährdung dieser Personengruppe im Vergleich zur Normalbevölkerung darstellt. Das ist der durch die gesundheitlichen Einschränkungen oft erforderliche Medikamentengebrauch, der zu unerwünschten Wechselwirkungen führen könnte.

6 Literaturverzeichnis

Beer, O. (2004). Suchtmittelgefahr bei Menschen mit geistigen Behinderung – eine Auswertung amerikanischer und australischer Literatur mit dem Schwerpunkt Alkoholkonsum. Diplomarbeit an der Westfälischen-Wilhelms-Universität, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Sozialwissenschaften. Münster.

Bertelsmann Stiftung & Nordverbund suchtpreventiver Fachstellen (Hrsg.) (2007). PeP - Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung an Förderschulen.

Bentrup-Franke, T. (2006). Alkoholmissbrauch bei Menschen mit einer geistigen Behinderung: Evaluation einer Primär- und Sekundärpräventionsprogramms. Diplomarbeit im Studiengang Soziale Arbeit der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen – Abteilung Paderborn.

Häßler, F. & Fegert, J. M. (2005). Geistige Behinderung und seelische Gesundheit: Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Stuttgart: Verlag Schattauer.

Franz, W. (1995). Überlegungen zu therapeutischen Möglichkeiten für alkoholranke Menschen mit Behinderungen. Hamburg: Diplomica Verlag.

Flick U. (2000). Qualitative Forschung – Theorie, Methoden Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften. 5. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.

Haase, K. (2002). Alkoholismus bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Diplomarbeit an der Fachhochschule Lausitz Standort Cottbus.

Karch, D. (2002). Ursachen der Mentalen Retardierung. Vortrag Fortbildungsakademie der Deutschen Gesellschaft Neurologie, Mannheim 2002.

Katusic, S.K. (1996). Mental retardation in a birth cohort, 1976-1980, Rochester, Minnesota. Am J Ment Retard. 1996 Jan;100(4):335-44.

Klaus, T. (Hrsg.) (2003). Geistige Behinderung und Sucht – Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge, Materialien der DGSGB Band 7. Berlin.

Kretschmann-Weelink, M. (2007). Projektdokumentation Modellprojekt „Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik“. Münster.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2002). Rapid Assessment and Response (RAR) für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern – Ein Handbuch. Münster: ©Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Lulgjuraj, N. (2008). Sucht und kognitive Beeinträchtigung – Menschen mit einer „mäßigen“ kognitiven Beeinträchtigung: Eine Risikogruppe bezüglich Sucht. Diplomarbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz.

Theunissen, G. & Schubert, M. (2006). Alkoholismus und geistige Behinderung. In: Hennicke, K. (Hrsg.). Psychologie und geistige Behinderung, Dokumentation der Fachtagung der DGSGB. Berlin.

Theunissen, G. & Lingg, A. (2008). Psychische Störungen und geistige Behinderungen: Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. 5. Auflage. Freiburg: Lambertus Verlag.

Schinner, P. (2000). Beratung alkoholgefährdeter Menschen mit geistiger Behinderung, Fachdienst der Lebenshilfe, Heft 3. Marburg.

Strømme, P. & Hagberg, G. (2000). Aetiology in severe and mild mental retardation: A population-based study of Norwegian children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 76–86.

Westfalenfleiß GmbH (Hrsg.) (2006). DIDAK - ein didaktisch-handlungsorientiertes Primär- und Sekundärpräventionsprogramm für erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung.