



Westsächsische Hochschule Zwickau  
University of Applied Sciences

Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften  
Bachelorstudiengang Gesundheitsmanagement

## Bachelorarbeit

---

Thema:

***„Kinder aus suchtblasteten Familien“***

*Auswirkungen des elterlichen Konsums sowie Maßnahmen zur  
Gesundheitsförderung für betroffene Familien*

---

**vorgelegt von:**

Emely Ehrhardt

Matrikelnummer: 40679

Seminargruppe: 192232

**Erstgutachterin:** Prof. Dr. phil. Beate Mitzscherlich

**Zweitgutachterin:** Prof. Dr. rer. medic. Gabriele Buruck

**Abgabetermin:** 19.09.2022

## **Abstract**

Bei einer elterlichen Suchtbelastung handelt es sich nicht um eine gesellschaftliche Randgruppe, vielmehr stellt sie eine zentrale Problemlage für einen erheblichen Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland dar. Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Thematik „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ auseinander. Die Grundlage bildet die Forschungsliteratur zu diesem Thema. Ziel ist es die Folgen und Auswirkungen für Kinder, welche aus der elterlichen Sucht resultieren, darzustellen. Zudem werden verschiedene Präventions- und Hilfsangebote für betroffene Kinder sowie deren Eltern beleuchtet. Die Auswirkungen elterlichen Konsums zeigen beträchtliche Folgen in Bezug auf eine gesunde psychosoziale Entwicklung der Kinder. Sie leiden sowohl psychisch als auch physisch, oftmals ein Leben lang unter den Konsequenzen des Suchtmittelkonsums der Eltern. Im Laufe ihres Heranwachsens sollen die Kinder und Jugendlichen in erster Linie davor bewahrt werden selbst einmal in die Abhängigkeit zu gelangen. Passgenaue Hilfs- und Unterstützungsangebote für suchtbelastete Familien sind in Deutschland kaum vorhanden. Es gilt einheitliche gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, um langfristige Präventionserfolge bei Eltern und ihren Kindern hervorzurufen.

## **Gender Erklärung**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Formulierungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	1
Tabellenverzeichnis.....	1
Abkürzungsverzeichnis.....	1
1. Einleitung .....	2
2. Der Begriff „Sucht“ .....	3
2.1. Definition .....	3
2.2. Diagnostische Kriterien .....	4
2.3. Stadien .....	5
2.4. Ursachen .....	7
2.4.1. Psychosoziale Ursachen .....	7
2.4.2. Neurologische Ursachen .....	9
2.5. Gesundheitliche Folgen .....	10
2.5.1. Alkohol .....	10
2.5.2. Tabakkonsum .....	11
2.5.3. Illegale Drogen.....	12
2.5.4. Medikamente .....	13
2.6. Gesellschaftliche und soziale Folgen .....	13
3. Epidemiologie .....	14
3.1. Suchtmittelkonsum in Deutschland .....	14
3.2. Kinder aus suchtblasteten Familien.....	16
3.2.1. Kinder von Eltern mit Alkoholproblemen .....	16
3.2.2. Kinder von Eltern mit Konsum illegaler Drogen .....	17
3.2.3. Kinder von tabakkonsumierenden Eltern .....	17
3.2.4. Kinder von Eltern mit Verhaltenssüchten .....	17
4. Merkmale suchtblasteter Familien.....	18
4.1. Lebensbedingungen .....	18
4.2. Rollenmodelle .....	20
4.2.1. Der Held.....	21
4.2.2. Der Sündenbock / das schwarze Schaf .....	21
4.2.3. Das verlorene Kind .....	22
4.2.4. Das Maskottchen / der Clown.....	22
5. Auswirkungen elterlicher Suchterkrankungen auf das Kind .....	23
5.1. Körperliche Schädigungen.....	23
5.2. Entwicklung psychischer Störungen.....	25
5.3. Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung .....	25
5.4. Risiko- und Schutzfaktoren.....	26
5.5. Resilienz.....	27
5.6. Co-Abhängigkeit.....	28

6.	Kinder aus suchtbelasteten Familien im Erwachsenenalter .....	29
6.1.	Ablösung vom Elternhaus.....	29
6.2.	Berufliche Entwicklung.....	29
6.3.	Freundschaften .....	30
6.4.	Partnerschaften und sexuelle Identität .....	30
7.	Unterstützungsangebote für suchtbelastete Familien.....	31
7.1.	„Trampolin“ – Programm.....	32
7.1.1.	Teilnehmer .....	32
7.1.2.	Ziele.....	32
7.1.3.	Durchführung .....	35
7.1.4.	Ergebnisse .....	36
7.2.	Herausforderungen .....	37
7.3.	Regionale Unterstützungsangebote in der Praxis.....	40
7.3.1.	Familienorientierte Suchthilfe Chemnitz e.V. ....	41
7.3.2.	Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen.....	45
8.	Zusammenfassung .....	48
9.	Ausblick.....	49
	Literaturverzeichnis .....	51
	Eidesstattliche Erklärung.....	57

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Suchtstadien.....	5
Abbildung 2: Suchtdreieck.....	7
Abbildung 3: Gesundheitsschäden durch Zigaretten-, Zigarren- und Pfeifenrauchen.....	11
Abbildung 4: Modulübersicht "Trampolin"- Programm.....	34
Abbildung 5: Organigramm Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen ...	45

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Folgen illegaler Drogensucht .....	12
Tabelle 2: Folgen Medikamentensucht .....	13

## **Abkürzungsverzeichnis**

AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption
bzw.	beziehungsweise
COPD	Chronisch obstructive Lungenerkrankungen
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey
FASD	Fetale Alkoholspektrumsstörung
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
JVA	Justizvollzugsanstalt
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

## 1. Einleitung

Sucht zählt zu den großen Tabus in unserer Gesellschaft. Über Sucht spricht man nicht. Betroffene gestehen sich selbst, geschweige denn Anderen gegenüber, die Erkrankung oftmals nicht ein. Es wird alles dafür getan, die Abhängigkeit zu verneinen, zu verstecken und abzureden (DHS, 2019, S. 7). Angehörige sind dabei häufig wichtige Verbündete und versuchen, nicht „am Tabu zu rühren“. Innerhalb der Familie nicht und außerhalb erst recht nicht. Eine Suchterkrankung hat nicht nur Folgen für den Süchtigen selbst, sondern erfasst vielmehr gesamte Familiensysteme. Sämtliche Personen aus dem Umfeld des Süchtigen sind in unterschiedlicher Ausprägung betroffen, besonders die Kinder erleben eine „gravierende Beeinträchtigung und Gefährdung ihrer persönlichen Entwicklung“ (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, 2018).

In Deutschland leben etwa drei bis vier Millionen Kinder mit einem suchtkranken Elternteil zusammen (Thomasius & Klein, 2018, S. 8). Eine elterliche Sucherkrankung stellt eines der zentralsten Risiken für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dar (Klein et al., 2017, S. 4). Eine Kindheit im Schatten elterlicher Sucht ist gekennzeichnet von einer Atmosphäre ständiger Angst und Unsicherheit, sowie einem Mangel an emotionaler Zuwendung und Geborgenheit. Häufig kommen Gewalt, Vernachlässigung und Missbrauch hinzu. An den Folgen leiden die Kinder oftmals ihr Leben lang. Sie sind den ständigen Stimmungswechseln des abhängigen Elternteils ausgesetzt und werden oftmals Zeuge von eskalierenden Auseinandersetzungen oder gar Trennungen. Des Weiteren sind sie nicht selten Opfer von Gewalt und Missbrauch. Da die familiäre Situation unberechenbar ist und sie zudem in den meisten Fällen nach außen verheimlicht werden soll, kommt es zu einer Verunsicherung der Kinder. Die Unberechenbarkeit und die Verunsicherung bei gleichzeitiger Tabuisierung des eigentlichen Suchtproblems führen bei den Kindern zur Unterdrückung oder Fehlleitung ihrer Gefühle und Wahrnehmung (Michaelis, 2004, S. 3). Kinder brauchen Liebe und Geborgenheit, Halt und Unterstützung, Sicherheit sowie Anerkennung, Bestätigung und Verlässlichkeit. Sie müssen in ihren persönlichen und sozialen Lebenskompetenzen gestärkt und bezüglich individueller Potenziale und Ressourcen gefördert werden. Daher sind suchtblastete Familien eine wichtige Zielgruppe für Präventions- und Unterstützungsmaßnahmen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Auseinandersetzung mit der Situation von Kindern aus Suchtfamilien. Hierbei soll insbesondere auf die Fragen eingegangen werden, welche Auswirkungen durch die elterliche Suchterkrankung zustande kommen und welche Risiken in Bezug auf eine gesunde Entwicklung bestehen. Des Weiteren wie man diese Kinder und ihre Familien unterstützen kann. Die Grundlage meiner Arbeit bildet die bestehende Literatur zur Thematik. Zur Illustration werden abschließend die Erfahrungen zweier Praxisbeispiele aufgeführt.

## **2. Der Begriff „Sucht“**

### **2.1. Definition**

Der Duden definiert den Begriff Sucht als „krankhafte Abhängigkeit von einem bestimmten Genuss- oder Rauschmittel oder Ähnlichem“ (Dudenredaktion, o.J.b). Im allgemeinsprachlichen Gebrauch stellt der Ausdruck der Sucht häufig ein Synonym für Missbrauch oder Abhängigkeit mit der Konsequenz der periodischen oder chronischen Intoxikation dar (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2019).

Im Sinne von internationalen Klassifikationssystemen, wie beispielsweise der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), findet der Ausdruck Sucht jedoch keine Begrifflichkeit. Grund hierfür ist, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1964 den Abhängigkeitsbegriff anstelle des Begriffs der Sucht in die ICD einführte (Deutsches Referenzzentrum für Ethik und Biowissenschaften, 2022). Der Charakter des Abhängigkeitssyndroms sollte als Krankheit betont werden, um dementsprechend der Stigmatisierung Betroffener entgegenzuwirken. In der Literatur werden die Begriffe Abhängigkeit und Sucht als Synonyme verwendet. Auch in der vorliegenden Arbeit gelten die zwei Begriffe als bedeutungsgleich.

Die WHO definiert den Begriff der Abhängigkeit in der elften Revision der ICD, welche im Januar 2022 in Kraft trat als „eine Störung der Regulierung von Substanzgebrauch, die durch wiederholten oder kontinuierlichen Konsum entsteht“ (Übersetzung durch Heinz u. a. 2022, S. 52). Als charakteristisches Merkmal wird ein starkes Verlangen, die Substanz zu konsumieren beschrieben. Manifestiert wird dies durch die mangelnde Fähigkeit, den Konsum zu kontrollieren, einer zunehmenden Priorisierung des Konsums gegenüber anderen Aktivitäten und ein fortgeführter Konsum trotz Schädigung oder negativer Konsequenzen. Eine Abhängigkeit zeichnet sich durch eine Vielzahl an physiologischen und psychologischen Merkmalen aus, z.B. das Auftreten von Entzugssymptomen nach Absetzen oder Reduktion des Suchtmittels sowie die Notwendigkeit zur Steigerung der Dosis.

Grundsätzlich kann zwischen stoffgebundenen und stoffungebundenen Süchten unterschieden werden. Stoffgebundene Suchtformen beziehen sich auf den Konsum eines Suchtmittels. Dabei kann in legale Genussmittel (Kaffee, Cola, Schokolade), legale Suchtmittel (Alkohol, Nikotin, Medikamente) und illegale Suchtmittel (Cannabisprodukte, Halluzinogene, Opiate) unterschieden werden. Stoffungebundene Süchte werden als Verhaltenssüchte bezeichnet (Tretter, 2017, S.10). Sie beschreiben Tätigkeiten, zum Beispiel Ess-, Kauf- oder Spielsucht.



## 2.2. Diagnostische Kriterien

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der WHO und das amerikanische Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) gehören weltweit zu den einflussreichsten Klassifikationssystemen für Diagnosen.

Laut WHO liegt eine Abhängigkeit vor, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien im Verlauf der letzten zwölf Monate oder bei kontinuierlichem Konsum innerhalb eines Monats vorliegen (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2019):

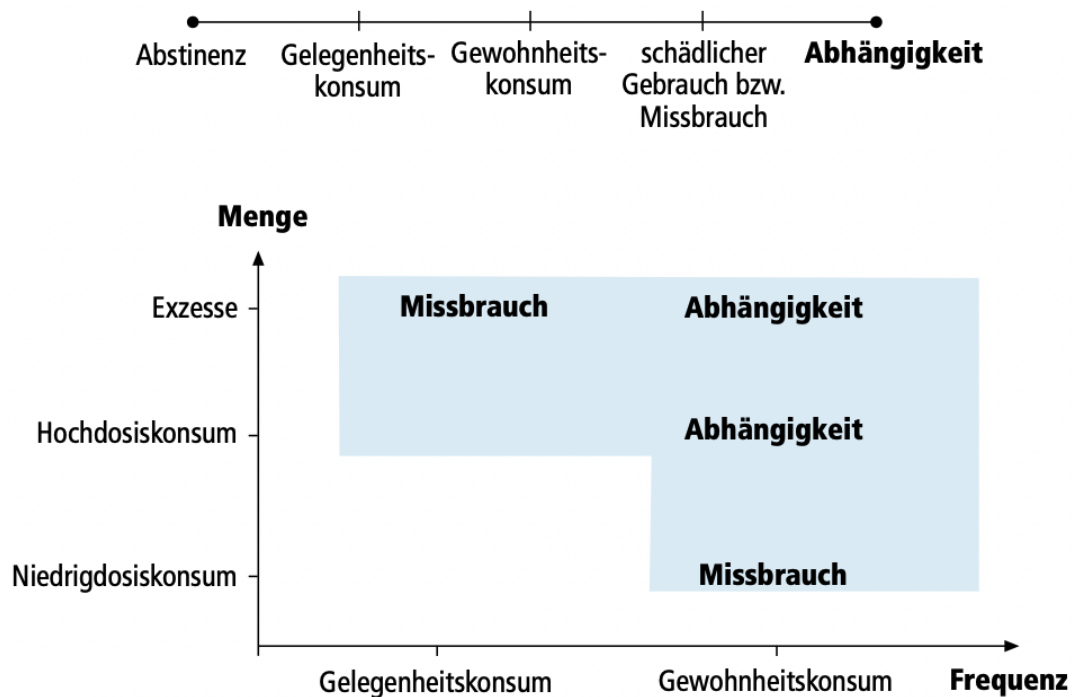
1. starker innerer Drang Substanzen zu konsumieren
2. eingeschränkte Fähigkeit zur Kontrolle des Konsums
3. Priorität des Konsums gegenüber anderen Tätigkeiten
4. anhaltender Konsum trotz einer eingetretenen Schädigung oder negativer Folgen
5. Toleranz gegenüber den Auswirkungen der Substanz
6. Entzugssymptome nach Beendigung oder Verringerung des Konsums oder der anhaltende Konsum, um Entzugssymptome zu verhindern oder zu lindern.

Im Jahr 2013 erschien die fünfte Version des Diagnostic and Statistical Manual der amerikanischen Psychiatriegesellschaft. Die Klassifikation kategorisiert anhand von elf Kriterien, ob eine moderate oder schwere Substanzgebrauchsstörung vorliegt. Bezogen auf die vergangenen zwölf Monate liegen bei einer moderaten Störung zwei bis drei Kriterien vor, werden vier oder fünf Kriterien erfüllt, liegt eine schwere Störung vor (Glaeske et al., o.J.):

1. wiederholter Konsum, sodass wichtige Verpflichtungen in der Arbeit, in der Schule oder zu Hause vernachlässigt werden
2. wiederholter Konsum in Situationen, in denen es auf Grund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
5. Entzugssymptome oder Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu vermeiden
6. längerer Konsum oder in größerer Menge als geplant (Kontrollverlust)
7. anhaltender Kontrollwunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle
8. hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung des Konsums zu erholen
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
10. fortgesetzter Gebrauch, obwohl körperliche oder psychische Probleme bekannt sind
11. starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren.

### 2.3. Stadien

Die Suchtentwicklung unterliegt einem prozesshaften Verlauf. Der Beginn einer Sucht zeigt sich meist durch einen fließenden Übergang vom gelegentlichen über das gewohnheitsmäßige Verhalten als Vorstadium zur Sucht, über einen Missbrauch bzw. schädlichen Gebrauch bis zur Abhängigkeit, bei der es den Betroffenen nicht mehr möglich ist, sich anders zu verhalten (Braun et al., 2017, S. 3). Durch die eingeschränkte Leistungsfähigkeit entstehen beispielsweise Beeinträchtigungen bei der Arbeit, im Haushalt oder im familiären Zusammenleben.



**Abbildung 1: Suchtstadien**

Quelle: Tretter, F. (2017) Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis, S. 4

Grundsätzlich kann von jeder Konsumform ein erhöhtes Risiko für die körperliche und psychische Gesundheit ausgehen. Das individuelle Risiko ist immer bedingt durch das Zusammenspiel genetischer Faktoren und der persönlichen Lernerfahrung mit dem Suchtmittel. Der Gelegenheitskonsum ist für die Konsumenten häufig an bestimmte Gelegenheiten, wie beispielsweise gemütliches Beisammensein, Partys oder Musikveranstaltungen, geknüpft. Hierbei stehen besonders der Genuss und Lustgewinn im Vordergrund. Die Konsumenten führen ein überwiegend selbstständiges Leben und sind sozial, wie beruflich integriert. Gewohnheitskonsumenten hingegen sind wesentlich stärker als Gelegenheitskonsumenten auf die Verfügbarkeit der Substanz angewiesen. Der Konsum erfolgt regelmäßig bzw. mehrmals wöchentlich oder manchmal auch täglich. Betroffenen konsumieren in erster Linie, um Anspannungen abzubauen, sowie Hemmungen oder Langeweile entgegenzuwirken. Häufig können sich Toleranz und Gewohnheit einstellen, wodurch die Dosis gesteigert werden muss, um eine gewünschte

Wirkung zu erzielen. Der Gewohnheitskonsum birgt das Problem, dass unter anderem durch biochemische Anpassungsprozesse eine körperliche Abhängigkeit zum Beispiel bei der Einnahme regelmäßiger Alkoholmengen entstehen kann (Braun et al., 2017, S. 4). Man spricht von einem schädlichen Gebrauch, wenn auch eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder körperlichen Gesundheit vorliegt. Die Schädigung ist dabei nachweislich auf den Substanzkonsum zurückzuführen. Spezifische Gebrauchsmuster der Substanz bestehen seit mindestens einem Monat oder traten in den letzten zwölf Monaten wiederholt auf. Die Diagnose einer Abhängigkeit kann dabei jedoch ausgeschlossen werden. Eine Abhängigkeitserkrankung beschreibt schließlich einen Zustand, dem die betroffene Person nicht mehr entgegenwirken kann. Betroffene sind nicht mehr in der Lage den Konsum zu kontrollieren bzw. Abstinenzperioden einzuhalten. Grundsätzlich wird in zwei Bereiche der Abhängigkeit unterschieden:

- körperliche/physische Abhängigkeit
- seelische/psychische Abhängigkeit.

Die psychische Abhängigkeit beschreibt den unbezwingbaren Drang, die Substanz zu beschaffen und sie einzunehmen. Zunächst geht es darum Wohlbefinden zu erreichen. Im Zuge der Abhängigkeit jedoch versuchen die Betroffenen, der im Entzug auftretenden Missstimmung und Niedergeschlagenheit entgegenzuwirken. Kennzeichen dieser Abhängigkeit reichen von Unruhe, Angst, Getrieben- und Gereiztheit bis hin zu Schlaflosigkeit und Suizidgedankengedanken.

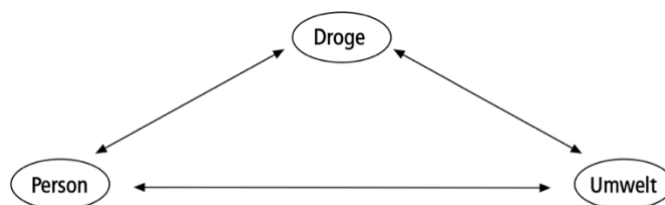
Die physische oder auch körperliche Abhängigkeit genannt entsteht, da der Körper sich auf die ständige Wirkung durch die konsumierte Droge einstellt. Er reagiert auf die Gifteinnahme mit Gegenregulationen des Stoffwechsels. Diese Gegenregulation erzeugt beim plötzlichen Entzug des Suchtgiftes Entzugssymptome. Ein typisches Zeichen körperlicher Abhängigkeit stellt die Gewöhnung mit Toleranzentwicklung und Dosissteigerung dar. Dazu gehören speziell Opiate, Alkohol sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel. Als Entzugerscheinungen können unter anderem Unruhe, Schweißausbrüche, Gereiztheit, Frieren, Zittern, Schlafstörungen und Übelkeit charakterisiert werden. Körperliche Entzugerscheinungen können gegebenenfalls medikamentös behandelt werden. Weitaus schwieriger ist es jedoch, die psychische Abhängigkeit zu überwinden, um dauerhaft abstinent zu bleiben. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2015)

## 2.4. Ursachen

### 2.4.1. Psychosoziale Ursachen

Eine Abhängigkeit ist nicht auf eine konkrete Ursache zurückzuführen, sondern meist auf das Ergebnis des Zusammenspiels vieler Faktoren (Behrendt et al., 2021, S.18). Die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung und ihr Verlauf sind als Prozess zu verstehen, welcher schnell oder langsam, intensiv oder schleichend verlaufen, jedoch auch zeitweise oder gänzlich zum Stillstand kommen kann. Der Konsum dient häufig dazu, den Anforderungen des Alltages zu entfliehen, Gefühle zu verdrängen oder innere Leere auszufüllen. Ein Süchtiger findet in der Bevölkerung häufig wenig Akzeptanz, zumindest wenn er von illegalen Drogen abhängig ist. Legale Abhängigkeit von Alkohol und Nikotin oder von nicht stoffgebundenen Süchten wird eher toleriert oder sind sogar gesellschaftlich etabliert (Bastigkeit, 2003, S.12).

Treffen bestimmte Faktoren aus den Bereichen Suchtmittel, Person und soziales Umfeld aufeinander so, wird die Entstehung einer Sucht begünstigt. Die „Trias der Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit“ nach Kielholz und Ladewig (siehe *Abbildung 2*), welche im Jahr 1973 erstmals vorgestellt wurde, ist einer der bekanntesten und akzeptiertesten Erklärungsansätze für Suchterkrankungen. Mit Hilfe dieses Modells kann das Zusammenspiel verschiedener Faktoren bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung dargestellt werden. Grundsätzlich bewirken die Voraussetzung des Individuums, der Einfluss der konsumierten Substanz und die Auswirkungen der Umwelt in ihrem Zusammentreffen die Suchtentwicklung.



**Abbildung 2: Suchtdreieck**

Quelle: eigene Darstellung

Die Komponente „Person“ umfasst alles, was mit den individuellen Merkmalen eines Menschen zusammenhängt. Hier lassen sich sowohl körperliche als auch psychische Eigenschaften einbeziehen. Insbesondere Entwicklungsstörungen, geringes Selbstwertgefühl, mangelnde Fähigkeit mit Enttäuschungen, Belastungen, Problemen umzugehen, aber auch eine hohe Bereitschaft Risiken einzugehen, gelten als Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg, 2010, S. 7). Auch das Geschlecht, Gewicht und die gesundheitliche Verfassung haben einen großen Einfluss auf die Wirkung entsprechender Substanzen. Treten Suchterkrankungen innerhalb einer Familie gehäuft auf, deutet dies darauf hin, dass sowohl erblich bedingte Faktoren als auch das häusliche

Umfeld Einfluss auf die Entwicklung einer Suchterkrankung haben können. Ein mangelnder Vorbildcharakter der Eltern kann außerdem als Ursache für die Entstehung einer Abhängigkeit genannt werden. Besonders Kinder orientieren sich häufig an den Verhaltensweisen, die sie von ihren Eltern vorgelebt bekommen. Auch eine desolante Familienstruktur, mangelnde Fürsorge, Gewalt und Missbrauch können ebenfalls dazu führen, dass Betroffene nicht verarbeitete Kindheitstraumen und unangenehme Erinnerungen mit Hilfe des Konsums von Suchtmitteln versuchen zu verdrängen.

Die Umwelt beschreibt die gesamte Lebenssituation der Abhängigkeitserkrankten und die Belastungen, die sich aus den individuellen Lebensumständen ergeben. Darunter zählen beispielsweise Familie, Freunde, die Wohnsituation oder gesellschaftliche Rahmensetzungen. In diesen Lebensbereichen können sich individuell wahrgenommene Belastungssituationen oder auch Gewohnheiten suchtfördernd auswirken (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg, 2010, S. 7). Belastungsfaktoren sind zum Beispiel: fehlende soziale Beziehungen, Konkurrenzdruck, Arbeitslosigkeit und Schulden, sowie mangelnde Wertschätzung und Überforderung. Abhängigkeit kann in allen sozialen Schichten gleichermaßen auftreten. Die Verfügbarkeit der Substanz ist jedoch ein wichtiger Faktor beim Erstgebrauch und fortgesetztem Konsum. So ist in der Regel die Möglichkeit an illegale Drogen zu gelangen in der Stadt einfacher als in ländlichen Gebieten. Wo es keine Drogen gibt, wird man sie auch nicht konsumieren und daher auch nicht abhängig davon werden (Braun et al., 2017, S.14-15). Insbesondere bei Jugendlichen fördert Gruppenzwang den Einstieg in die Abhängigkeit. Oft versuchen Betroffene fehlende Anerkennung, Beliebtheit und eigene Unsicherheit mit Hilfe von Suchtmitteln zu kompensieren beziehungsweise zu überspielen.

Der Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung wird darüber hinaus durch die Eigenschaften des Suchtmittels selbst und durch die Konsumdauer beeinflusst. Dabei bestehen große Unterschiede in Bezug auf das Suchtmittelpotential psychoaktiver Substanzen. Besonders schnell zu einer Abhängigkeit führt der Konsum von Heroin und Nikotin (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg, 2010, S. 7). Bei den meisten Suchtmitteln tritt nach einer bestimmten Zeit ein Gewöhnungseffekt auf. Der Körper gewöhnt sich an den regelmäßigen Substanzkonsum und reagiert mit einem beschleunigten Abbau. Dementsprechend nimmt die erwünschte Wirkung des Suchtmittels bei wiederholter Einnahme ab. Der Betroffene versucht dieser Toleranz entgegenzuwirken, indem er die Droge in immer höheren Mengen konsumiert. Die Wirkung der Substanz, als auch die Konsumart können erheblichen Einfluss auf die Suchtentstehung haben. Je zugänglicher ein rauscherzeugendes Suchtmittel ist und je geringer die Kosten, desto höher ist die Gefahr für Betroffene in die Abhängigkeit zu geraten.

#### **2.4.2. Neurologische Ursachen**

Positive Erfahrungen mit Drogen führen im Gehirn zu einer vermehrten Ausschüttung von Dopamin und Endorphinen. Diese Stoffe zählen zu den Glückshormonen und aktivieren das Belohnungs- und Verstärkungssystem des menschlichen Gehirns. Dopamin ist ein Neurotransmitter und reicht Informationen von Zelle zu Zelle weiter. Das Gehirn lernt dadurch positive Erlebnisse zu suchen und negative zu vermeiden. Auch durch die Wirkung von Drogen kann das Belohnungssystem aktiviert, zumeist in einem größeren Umfang als herkömmliche Reize. Das Glückshormon Dopamin wirkt an den Steuerungszentren für Verhalten und Emotionen. Der Konsum von Drogen bewirkt eine Überflutung des Gehirns mit Dopamin, die anfangs zu einprägsamen Glücksgefühlen („Kick“) führt. Der Körper jedoch reagiert im Gegensatz mit einer Drosselung der körpereigenen Dopaminproduktion. Die zu Beginn ausreichende Menge Dopamin befriedigt den aktuellen Bedarf immer weniger, sodass, um weiterhin den sogenannten „Kick“ hervorzurufen, die nötige Menge des Suchtmittels erhöht werden muss. Daraus resultiert, dass eine gewisse Toleranz gegenüber der Droge entwickelt wird. (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg, 2010, S. 8)

Mit fortschreitendem Konsum ist das Belohnungs- und Verstärkungssystem im Gehirn auf die Zufuhr des Suchtmittels verstärkt angewiesen, wodurch andere Bedürfnisse in den Hintergrund gelangen. Das Verhalten wird durch die Sucht bestimmt, was eine freie Entscheidung über den Konsum nur schwer zulässt. Die Veränderungen im Gehirn und die Fixierung auf das Suchtmittel werden als „Suchtgedächtnis“ bezeichnet, wovon sich Betroffene nur schwer lösen können (Wolffgramm & Heyne, 2008). Das Suchtgedächtnis speichert die positiv erlebten Wirkungen der Substanzen und ist infolgedessen für Rückfälle verantwortlich. Der dauerhafte Suchtmittelkonsum kann nachweisbare strukturelle Veränderungen und irreversible Veränderungen der Abläufe im Gehirn hervorrufen. Zudem wird die Bildung neuer Gehirnschicht und neuer Verknüpfungen erheblich beeinträchtigt (Mann, 1992).

## **2.5. Gesundheitliche Folgen**

Eine Vielzahl an legalen sowie illegalen Drogen bringen großes Suchtpotential mit sich. Bereits ein einmaliger Konsum kann gravierende Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit der Betroffenen haben. Je länger der Konsum andauert, desto schwerwiegender sind die Auswirkungen. Bei chemischen Drogen werden die Gesundheitsrisiken durch synthetisch verunreinigte Zusätze zudem verstärkt (Deutscher Bundestag, 2020, S. 5). Die Liste möglicher Folgen des Drogenkonsums für den menschlichen Organismus ist lang. Sie reicht von Herzscheiden über Lähmungen, Nierenversagen und einer Schädigung des körpereigenen Abwehrsystems bis hin zur Zerstörung der Lunge (Techniker Krankenkasse, 2022).

### **2.5.1. Alkohol**

Jährlich sterben in Deutschland ca. 74.000 Menschen direkt oder indirekt in Verbindung mit Alkohol (John, 2002). Falsch ist die Ansicht, zu schweren gesundheitlichen Schäden kommt es nur in Folge einer Alkoholabhängigkeit. Alkoholkonsum ist unabhängig von der Menge immer riskant. Das Krankheitsrisiko ist für gesunde Erwachsene nachweislich erhöht:

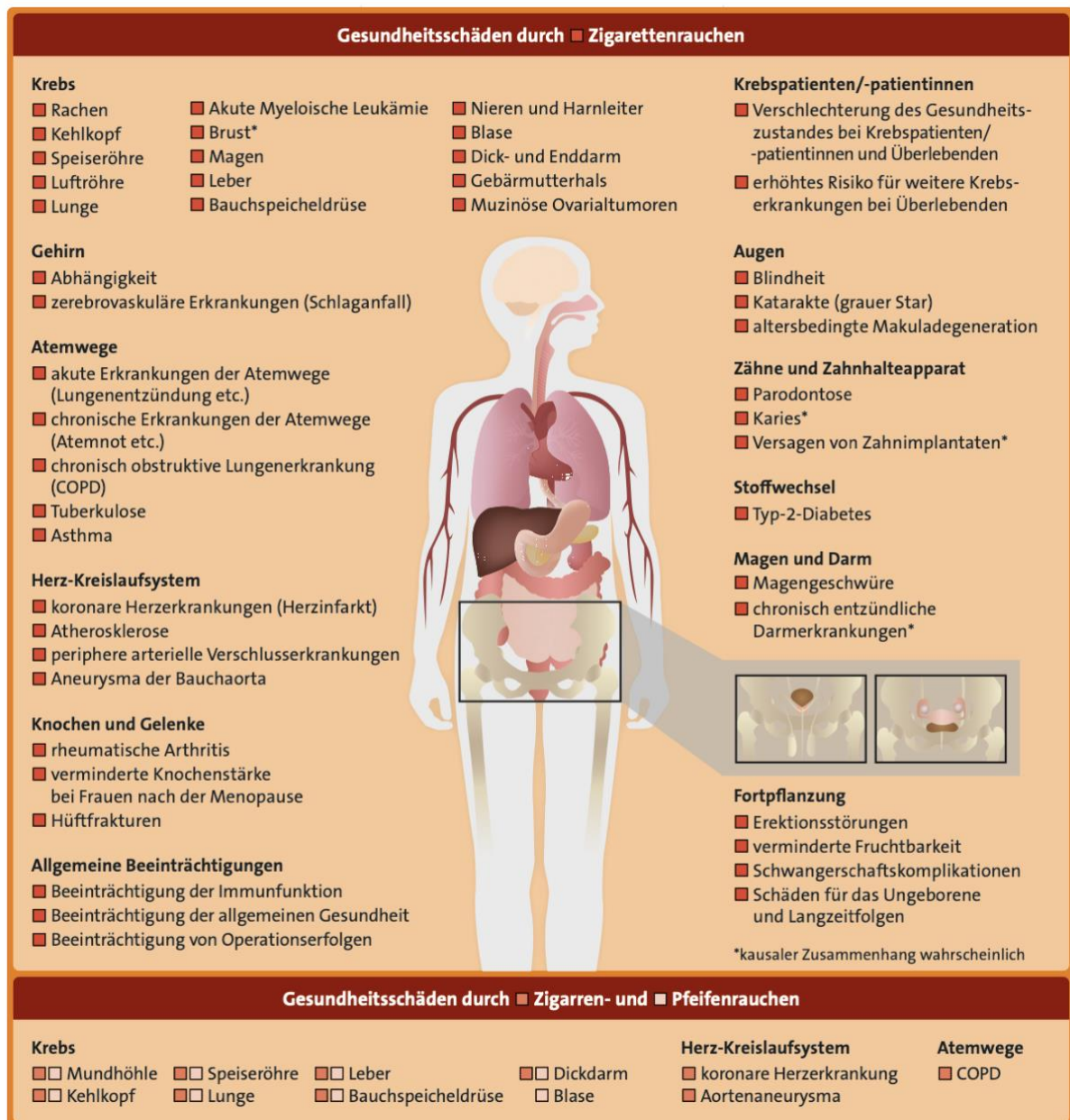
- für Frauen, wenn sie täglich mehr als 12 g reinen Alkohol trinken
- für Männer, wenn sie täglich mehr als 24 g reinen Alkohol trinken.

(Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., o.J.)

Ein zusätzliches Risiko besteht bei dem Konsum größerer Alkoholmengen pro Trinkgelegenheit, dem sogenannten „Binge-Drinking“. Da der Alkohol durch das Blut über den ganzen Körper verteilt wird, kommt es bei regelmäßig erhöhtem Konsum in allen Geweben zu Zellschädigungen. Zu den zahlreichen Organschäden zählen die Veränderungen der Leber, der Bauchspeicheldrüse, des Herzens sowie des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur (Caritas Deutschland, 2015). Besonders gefährdet ist zudem das Gehirn. Bereits durch den Konsum geringer Mengen an Alkohol können die Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit, sowie die Wahrnehmung und die Urteilskraft beeinträchtigt sein. Jeder „Rausch“ zerstört Millionen von Gehirnzellen, es leidet die Intelligenz, bis hin zu völlig geistigem Abbau. Ebenso steigt die Gefahr von Krebserkrankungen der Leber, des Magens, im Bereich von Mund- und Rachenhöhle, des Kehlkopfes und der Speiseröhre (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2022, S. 13). Bei Frauen besteht ein erhöhtes Risiko an Brustkrebs zu erkranken. Der Konsum von Alkohol beeinträchtigt die Potenz und das sexuelle Erleben. Grundlegende Störungen der Persönlichkeit können ebenfalls Folgen von andauerndem Konsum darstellen. Alkoholabhängige werden unter anderem unzuverlässig, schnell reizbar, und depressiv.

## 2.5.2. Tabakkonsum

Der Konsum von Zigaretten ist in Industrieländern das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit (Deutsches Krebsforschungszentrum, o. J.). Zigarettenrauchen schädigt nahezu alle Organe des Körpers. In Deutschland sind rund 80 Prozent aller Lungenkrebsfälle auf das Rauchen zurückzuführen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2020, S. 18). Für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) stellt das Rauchen ebenfalls eine wesentliche Ursache dar. Rauchende haben im Vergleich zu Nichtraucher ein mehr als doppelt so hohes Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen und ein doppelt so hohes Risiko Schlaganfälle zu erleiden. Der Konsum von Zigarren- und Pfeifenrauchen erhöht das Risiko für verschiedene Krebsarten sowie für Erkrankungen der Lunge und des Herz-Kreislaufsystems. Die folgende Übersicht stellt die Folgen des Zigaretten-, Zigarren- und Pfeifenrauchen ausführlich dar (siehe *Abbildung 3*).



**Abbildung 3: Gesundheitsschäden durch Zigaretten-, Zigarren- und Pfeifenrauchen**  
 Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum (2020): *Tabakatlas Deutschland 2020*, S. 19



### 2.5.3. Illegale Drogen

Menschen, die illegale Drogen konsumieren erleiden häufig schwerwiegende Probleme im physischen, psychischen und sozialen Bereich. Durch den Konsum illegaler Drogen verändern sich verschiedenste Strukturen im Gehirn, die langfristig psychische Erkrankungen und Störungen hervorrufen können. Unter anderem können Angst- und Panikattacken, Depressionen, Persönlichkeitsveränderungen sowie Psychosen und Halluzinationen als auch Suizidgedanken oder suizidale Handlungen Folgen des Suchtmittelkonsums darstellen. Die körperlichen Folgen des Drogenkonsums richten sich nach der jeweiligen Substanz und können in unterschiedlicher Ausprägung auftreten. Die folgende Tabelle stellt die substanzbezogenen Auswirkungen illegalen Drogenkonsums dar (siehe *Tabelle 1*).

**Tabelle 1: Folgen illegaler Drogensucht**

Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2022): Band 4 - Drogenabhängigkeit

Substanz	Folgen
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• höheres Risiko für Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Lungenkrankheiten</li> <li>• Absinken Leistungsfähigkeit und Konzentrationsvermögen</li> <li>• Verringerung Erinnerungsvermögen und IQ</li> <li>• starke Antriebslosigkeit, Entstehung von Psychosen</li> </ul>
Ecstasy, Crystal Meth, Speed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herz-Kreislauf-Erkrankungen</li> <li>• Leberkrankungen</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Unterernährung- bzw. Fehlernährung</li> <li>• Gedächtnis-, Wortfindungs- oder Konzentrationsstörungen</li> <li>• optisch, körperlicher Verfall (Crystal Meth)</li> </ul>
Kokain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gestörtes Immunsystem</li> <li>• chronisches Nasenbluten</li> <li>• Gewichtsverlust und Mangel- bzw. Fehlernährung</li> <li>• Leber-, Herz und Nierenschädigungen</li> <li>• Konzentration-, Leistungs- und Antriebsstörungen</li> <li>• Psychosen</li> </ul>
Heroin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tödliche Überdosis</li> <li>• Leberschäden</li> <li>• Magen-Darm</li> <li>• Zahnausfall und Karies</li> <li>• geschwächtes Immunsystem</li> </ul>

#### 2.5.4. Medikamente

Millionen von Menschen nehmen regelmäßig Arzneimittel mit suchtauslösendem Potential ein. Auch freiverkäufliche Medikamente regen keinesfalls zu einer bedenkenlosen Einnahme an (IKK classic, o. J.) Alle Medikamente bergen das Risiko ungewollter Begleiterscheinungen. Nicht jedes Arzneimittel hat auf lange Sicht dieselben Auswirkungen, sondern unterscheidet sich nach dem konsumierten Wirkstoff (siehe *Tabelle 2*). Besonders Benzodiazepine, Z-Drugs sowie Opiate und Opioide sind suchtauslösend.

**Tabelle 2: Folgen Medikamentensucht**

Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2020): Band 5 - Medikamentenabhängigkeit

Substanz	Folgen
Benzodiazepine (Schlaf-/Beruhigungsmittel)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schwindel und Sturzgefahr</li><li>• Übelkeit und Kopfschmerzen</li><li>• Probleme des Magen- und Darmtraktes</li><li>• Krämpfe, Zittern und neurologische Ausfälle</li><li>• Allgemeine Leistungsabfälle</li><li>• Sehstörungen</li></ul>
Z-Drugs (Schlafmittel)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schlafstörungen</li><li>• Nervosität und Verwirrung</li><li>• Kopfschmerzen</li><li>• Tremor</li></ul>
Opiate und Opioide (starke Schmerzmittel)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bewusstseins- und Schlafstörungen</li><li>• Zittern und Übelkeit</li><li>• stark gesteigertes Schmerzempfinden</li></ul>

#### 2.6. Gesellschaftliche und soziale Folgen

Die unvermeidbare Folge einer unbehandelten Sucht stellt meistens der gesellschaftliche beziehungsweise berufliche Abstieg dar. Für Süchtige dreht sich das ganze Leben um das Suchtmittel. Andere Aktivitäten rücken immer mehr in den Hintergrund. Konsumenten belasten nicht nur Körper und Psyche, sondern begeben sich auch zunehmend in soziale Isolation. Für die Familie bleibt neben dem Substanzkonsum oft nur wenig Platz. Hinzu kommen finanzielle Probleme, die zusätzlich isolieren. Auch gibt es Abhängige, die ihre Sucht zu verheimlichen versuchen und sich deshalb bewusst aus ihrem sozialen Umfeld zurückziehen. Suchtkranke, die von hochpreisigen Substanzen abhängig sind oder unter starker körperlicher Abhängigkeit leiden, rutschen unter Umständen häufig sogar in die Beschaffungskriminalität, da es mit andauerndem Konsum immer schwieriger wird, die Sucht zu finanzieren.

### **3. Epidemiologie**

#### **3.1. Suchtmittelkonsum in Deutschland**

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderte bevölkerungsrepräsentative Erhebung zum Suchtmittelkonsum in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit, 2022). Seit den 1980er Jahren werden in regelmäßigen Zeitabständen, derzeit drei Jahre, der Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen sowie Medikamenten in der Allgemeinbevölkerung erfasst. Dabei steht die Beobachtung von Trends des Suchtkonsums und die Folgen im Vordergrund. Der Epidemiologische Suchtsurvey dient dazu, das Ausmaß substanzbezogener gesundheitlicher Schäden in der Bevölkerung zu beurteilen. Auf dieser Grundlage können anschließend Entscheidungen für die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung substanzbezogener Programme getroffen werden. (IFT Institut für Therapieforschung, 2022). Im Jahr 2018 umfasste die Stichprobe der Erhebung aus der deutschen Bevölkerung 9.267 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren. Die Daten der Erhebung wurden mit Hilfe einer schriftlich-postalischen Befragung, einer standardisierten telefonischen Befragung und anhand einer Online-Befragung durchgeführt. Die Antwortrate betrug dabei 42,0 %. Die Ergebnisse wurden in Form einer 30-Tage Prävalenz dargestellt und nach Alter, Geschlecht, Schulbildung, Bundesland und Gemeindegrößenklasse gewichtet (Atzendorf et al., 2019, S. 577). Hochgerechnet auf die Bevölkerung liegt bei 7 Millionen Menschen der 18- bis 64-Jährigen mindestens eine Abhängigkeits- oder Missbrauchsdiagnose nach den Kriterien des DSM-IV laut des Epidemiologischen Suchtsurveys vor.

71,6 % der Befragten gaben an, innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken zu haben, dabei berichteten 34,5 % von mindestens einer Episode des Rauschtrinkens. Die Prävalenz bei Männern (42,8 %) war dabei höher als bei Frauen (24,6 %). Den Konsum riskanter Alkoholmengen unterschrieben 18,1 % der Teilnehmer. Als häufigste illegale Droge wurde Cannabis mit einer 12-Monats-Prävalenz von 7,1 % konsumiert. Die Einnahme von Amphetaminen wurde von 1,2 % der Befragten angegeben sowie Kokain und Ecstasy mit jeweils 1,1 %. Hierbei wurden keine statistisch signifikanten Geschlechterunterschiede festgemacht (Atzendorf et al., 2019, S. 578). In Bezug auf Medikamente wurden Analgetika am häufigsten eingenommen, auf Verschreibung (17,5 %) als auch als freiverkäufliche Medikamente (31,4 %). Der Anteil der Frauen (20,0 %) war dabei deutlich höher als bei Männern (15,2 %). Als vom Arzt verordnete Medikamente wurden Antidepressiva mit 4,1 % am zweithäufigsten eingenommen. Als freiverkäufliche Medikamente wurden Hypnotika oder Sedativa (2,0 %) am zweithäufigsten eingenommen (Atzendorf et al., 2019, S. 579). Die Prävalenz des täglichen Tabakkonsums der Teilnehmenden lag bei 15,1 %, Männern (17,0 %) wiesen eine höhere Prävalenz auf als Frauen (13,1 %) (Atzendorf et al., 2019, S. 577).

Die regelmäßige Erhebung des ESA seit 1995 erlaubt die Analyse zeitlicher Trends. Über die Zeit zeigt die Nikotinabhängigkeit bei beiden Geschlechtern die höchste Prävalenz, verbunden mit den stärksten Schwankungen. Verglichen mit 2018 (Männer: 7,8 %; Frauen: 5,7 %) waren die Werte in den Jahren 2006 (Männer: 11,1 %; Frauen: 8,5 %) und 2012 (Männer: 10,4 %; Frauen: 7,7 %) signifikant höher (Seitz et al., 2019, S. 587). Auch in internationalen Studien konnte ein Rückgang der 30-Tages-Prävalenz des Tabakkonsums bestätigt werden (Hublet et al., 2015). Als Gründe für den Rückgang in Deutschland können unter anderem Maßnahmen, wie Tabaksteuererhöhung, Einschränkung der Tabakwerbung und die Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes genannt werden.

Vergleicht man die Prävalenz von Alkoholmissbrauch von 4,0% bei den Männern von 2018 mit dem Jahr 2006 (6,3%) und 2012 (5,3%), ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Auch bei den Frauen ist ein leichter Rückgang im Vergleich von 2018 (1,5%) und 2012 (1,8%) erkennbar. Alkohol wird nicht nur seltener getrunken, sondern seltener werden auch größere Mengen getrunken (Kraus et al., 2016). Dennoch zählt Deutschland weltweit zu den Hochkonsumländern, bezogen auf den Konsum von Alkohol (Peacock et al., 2018). Dies ist unter anderem auf die inkonsequente Umsetzung präventiver Maßnahmen zurückzuführen, die darauf abzielen, die Verfügbarkeit von Alkohol effektiv einzuschränken und die damit einhergehende Nachfrage zu reduzieren. Positive Effekte bezüglich des Alkoholkonsums zeigen sich jedoch bei Jugendlichen. Da das Jugendalter als prägend für die Ausbildung des individuellen Trinkverhaltens gilt, ist zu erwarten, dass diese Entwicklung mit dem Altern zu einer generationsbedingten Reduktion des Alkoholkonsums führt (Kraus et al., 2020).

Die Prävalenz cannabisbezogener Störungen zeigt bei den Männern als auch bei den Frauen über die Zeit hinweg einen konstanten Verlauf. In Untersuchungen von Konsumtrends bei Jugendlichen ist jedoch ein Anstieg der 12-Monats-Prävalenz erkennbar. Auch in anderen europäischen Ländern (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., 2019), sowie in den USA (Hasin, 2018), ist ebenfalls ein Anstieg des Cannabiskonsums zu verzeichnen. Als Begründung für die Zunahme wird die aktuelle Debatte um Änderungen der Cannabisgesetzgebung gesehen (Simon, 2016). Die Werte für die Abhängigkeit durch Analgetika und Hypnotika/Sedativa sanken 2018 wieder auf das Niveau aus dem Jahr 2000. Hinsichtlich der Einnahme von Analgetika ist es wichtig, dass die Bevölkerung verstärkt aufgeklärt wird und medizinisches Personal bezüglich der Verschreibung von Analgetika verstärkt geschult wird (Seitz et al., 2019, S. 590).

Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys zeigen, dass Substanzkonsum und riskante Konsummuster in der deutschen Allgemeinbevölkerung weit verbreitet sind. Legale Substanzen wie Tabak und Alkohol sowie frei verkäufliche Analgetika stellen dabei eine erhebliche Belastung für die Gesellschaft dar.

### **3.2. Kinder aus suchtbelasteten Familien**

Verschiedenste Studien haben versucht, die Anzahl von Kindern zu erfassen, die mit einem oder zwei suchtkranken Elternteilen zusammenleben. Aus diesen Angaben können jedoch keine eindeutigen Schlussfolgerungen abgeleitet werden, wodurch häufig nur Schätzungen und Hochrechnungen vorliegen. Auch ein direkter Vergleich von Studienergebnissen ist aufgrund unterschiedlicher Definitionen elterlicher Sucht und der Anwendung verschiedener Erhebungsmethoden nicht möglich. Schätzungen zu Folge haben über 3 Millionen Kinder und Jugendliche mindestens einen suchtkranken Elternteil (Klein et al., 2017, S. 4). Die Anzahl an Kindern, bei denen bei der Mutter und/oder dem Vater eine elterliche, diagnostische Suchterkrankung vorliegt ist zwar insgesamt geringer, jedoch sollte eine nicht näher bestimmbare Dunkelziffer dabei keinesfalls außer Acht gelassen werden.

#### **3.2.1. Kinder von Eltern mit Alkoholproblemen**

Ein übermäßiger Alkoholkonsum gefährdet nicht nur die Gesundheit der Betroffenen, sondern kann sich auch negativ auf die Familie und insbesondere deren Kinder auswirken. Seit langem ist daher bekannt, dass Alkoholbelastungen in der Familie ein Risiko für die Entwicklung der Kinder darstellen. Dennoch wurde das Problem überwiegend ignoriert, wodurch die Forschung Anfang des 21. Jahrhunderts, vor allem in Deutschland, weit hinter ihrer Notwendigkeit geblieben ist (Klein, 2001, S. 118). Da dementsprechend wenig über die Anzahl der in Familien mit hohem Alkoholkonsum lebenden Kindern bekannt ist, wurde im Jahr 2012 die bevölkerungsweite Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) durchgeführt. Zur Identifikation wurde der Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption (AUDIT-C) eingesetzt, welcher anhand von drei Fragen zur Häufigkeit des Alkoholkonsums, zur üblichen konsumierten Menge und zur Häufigkeit des Rauschtrinkens, die Einschätzung ermöglicht, ob ein riskanter Alkoholkonsum vorliegt (Bush, 1998, S. 2). Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass 22 % der Elternteile, die mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt leben, einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. In Bezug auf das regelmäßige Rauschtrinken ist von 14 % der Elternteile auszugehen (Manz, Varnaccia und Zeiher 2016, S. 8). Dies entspricht nach Hochrechnungen etwa 3,8 Millionen Elternteile mit riskantem Alkoholkonsum und 2,4 Millionen mit regelmäßigem Rauschtrinken. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Kinderzahl, leben in Deutschland 6,6 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum und 4,2 Millionen bei einem Elternteil mit regelmäßigem Rauschtrinken. Orientiert man sich an den offiziellen Kriterien für einen schädlichen Gebrauch oder einer Alkoholabhängigkeit, lebt in Deutschland etwa jedes siebte Kind mit einem Elternteil zusammen, der eine alkoholbezogene Störung aufweist (Klein et al., 2017, S. 5)

### **3.2.2. Kinder von Eltern mit Konsum illegaler Drogen**

Zahlen zu Kindern von Eltern, die illegale Drogen konsumieren, sind in Deutschland kaum vorhanden. Verbunden ist dies mit der Schwierigkeit der Erhebung sensibler Daten im Dunkelfeld (Klein et al., 2017, S. 5). Schätzungen zufolge leben etwa 60.000 Kinder in Familien, in denen mindestens ein Elternteil unter einer Opiatabhängigkeit leidet (Klein, 2003, S. 18). Zahlen über Kinder aus Familien, in denen andere Drogen, wie z.B. Cannabis, Kokain, Amphetamine oder neue psychoaktive Substanzen konsumiert werden, liegen in Deutschland nicht vor.

### **3.2.3. Kinder von tabakkonsumierenden Eltern**

Kinder reagieren besonders empfindlich auf Giftstoffe im Tabakrauch. Der Körper befindet sich noch in der Entwicklung und ihre Organe, zum Beispiel die Lunge, können schnell schwer geschädigt werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o.J.). In der Welle 1 der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) gaben 18,8 % der Jugendlichen zwischen elf und siebzehn Jahren an, dass sie sich täglich oder mehrmals die Woche in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird. 7,9 % der Eltern gaben an, dass sie in ihrer Wohnung in der Gegenwart des Kindes rauchen. Hinsichtlich des Sozialstatus lassen sich bedeutende Unterschiede in Bezug auf die Passivrauchbelastung festmachen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus sind signifikant seltener Tabakrauch ausgesetzt als Kinder und Jugendliche aus Familien mittlerem oder niedrigem Sozialstatus. Insgesamt 15 % der Elf- bis Siebzehnjährigen aus Familien der niedrigen Statusgruppe gaben an, dass täglich oder mehrmals pro Woche in der Wohnung in Beisein des Kindes geraucht wird. Bei Mädchen und Jungen aus der hohen Statusgruppe sind es hingegen nur 1,8 % (Robert Koch-Institut, 2016, S.1).

### **3.2.4. Kinder von Eltern mit Verhaltenssüchten**

Die Zahl von Patienten, die wegen einer Glücksspielsucht eine Behandlung in Anspruch nahmen, ist in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich angestiegen. Schätzungen zufolge gibt es in Deutschland etwa 100.000 bis 300.000 pathologische Glücksspieler (Erbas & Buchner, 2012). Hochgerechnet auf die durchschnittliche Kinderanzahl ist mit etwa 37.500 bis 150.000 Kindern von glücksspielsüchtigen Eltern zu rechnen (Klein et al., 2017, S.6). Zahlen über Kinder aus Familien, die unter anderen Verhaltenssüchten, wie Kaufsucht oder Onlinesucht leiden, liegen in Deutschland nicht vor.

#### **4. Merkmale suchtbelasteter Familien**

Das elterliche Suchtproblem spielt eine zentrale Rolle und resultiert in verschiedensten Schwierigkeiten. Eine Abhängigkeitserkrankung verändert nie die Betroffenen alleine sondern ist immer auch ein Familienproblem, mit Auswirkungen auf die Stimmung, das Denken und das Verhalten aller Familienangehöriger (Michaelis, 2004, S. 2).

##### **4.1. Lebensbedingungen**

In einer suchtbelasteten Familie stehen die Abhängigen und ihr Konsumverhalten im Mittelpunkt. Suchtkranke Eltern verlieren das Bewusstsein dafür, dass ihre Kinder die Belastungssituation täglich miterleben. An dem Verhalten und der schwankenden Stimmung der Eltern orientieren sich die Familienmitglieder. Genauso wie andere Eltern können konsumierende Eltern ein günstiges oder ungünstiges Erziehungsverhalten aufzeigen. Jedoch zeigten Eltern mit Alkohol- oder Drogenproblemen ein erhöhtes Risiko für unpassende, schädigende und traumatisierende Verhaltensweisen (Klein et al., 2017, S. 9).

Im Familienalltag erleben Kinder das Verhalten ihrer suchtbelasteten Eltern dementsprechend widersprüchlich. So können Eltern im abstinenten Zustand liebevoll und fürsorglich handeln, sich in der gleichen Situation unter Alkohol- oder Drogeneinfluss jedoch gegensätzlich verhalten. Die Kinder wachsen zwischen Versprechungen und Fürsorge auf der einen Seite und Desinteresse und Ablehnung auf der anderen auf (Zobel, 2017). Durch die fehlende Konsequenz und Kontinuität innerhalb der Familienstruktur mangelt es den Kindern an verlässlicher Orientierung. Folgen und gleichzeitig Ursachen für dieses belastete Klima können verschärfte Konflikte und geringer Zusammenhalt in der Familie, emotionale oder körperliche Gewalt sowie hohes Stresspotential durch Arbeits- oder Eheprobleme, Krankheit oder Geldsorgen sein. Nicht selten kommt es vor, dass Versprechungen der Eltern oder gemeinsame Pläne durch den übermäßigen Konsum vergessen oder geändert werden, wodurch unter anderem wichtige Familienrituale gestört werden. Für die Kinder ist dies ungünstig, denn verlässlich geplante und gemeinsam durchgeführte Aktivitäten wirken stabilisierend, da sie erwartete Rollen klarstellen, Grenzen innerhalb der Familie beschreiben und Regeln so definieren, dass sich Kinder darüber bewusst werden, wie die Familie funktioniert und wie sie sich in der Familie sicher fühlen können (Klein et al., 2017, S. 10).

Suchtkranken Eltern fehlt oft die Fähigkeit das familiäre Leben zu ordnen oder zu strukturieren. Durch die Vernachlässigung der elterlichen Pflichten werden die alltäglichen Aufgaben innerhalb der Familie oftmals neu verteilt. Der Begriff Parentifizierung bezeichnet den Umstand, dass Kinder ihre Bedürfnisse aufopfern, um sich anzupassen und für die instrumentellen und emotionalen Bedürfnisse des Elternteils sorgen (Chase, 1999). Das

Kind übernimmt dabei die elterliche oder partnerschaftliche Rolle. Nicht mehr die Eltern, sondern die Kinder sind für das Wohlergehen und die Probleme zuständig. Dabei kann zwischen existenzieller und emotionaler Fürsorge unterschieden werden. Existenzielle Fürsorge bedeutet, sich um die Geschwister zu kümmern, die Hausarbeit und die Verpflegung der Familie zu übernehmen sowie gegebenenfalls das Geld zu verdienen. Emotionale Parentifizierung bezieht sich hingegen auf die emotionalen und sozialen Bedürfnisse. Ein Kind kann beispielsweise Verbündeter eines Elternteils sein, einen Elternteil emotional versorgen und unterstützen, die Rolle des Vermittlers zwischen den Eltern auf sich nehmen oder sogar die des sexuellen Partners (Schier et al., 2011, S. 364-365). Die Kinder lernen sich in die inneren Zustände der Eltern einzufühlen, entwickeln dementsprechend aber eine geringe Wahrnehmung der eigenen Gefühle. Das innerfamiliäre Umfeld lässt sich in diesen Fällen zumeist durch Mangel an Erziehung, schlechter Haushaltsführung und mangelnder Kommunikationsfähigkeit charakterisieren (Marchwacka, 2013, S. 85).

Die materiellen und finanziellen Mittel sind in suchtbelasteten Familien oftmals schlechter, z.B. durch Arbeitslosigkeit und Verschuldung als Konsequenz des Suchtproblems (Hussong et al., 2008). Infolgedessen sind betroffene Kinder im besonderen Maße früh sozialer Deklassierung, Stigmatisierung und Marginalisierung ausgesetzt. Dies gilt für Kinder drogenabhängiger Eltern im Besonderen (Wiegand-Grefe et al., 2019, S. 84). Kinder Abhängiger sind neben den schwierigen sozioökonomischen Bedingungen auch verschiedenen psychosozialen Bedingungen ausgesetzt, die zunächst unabhängig von der Art bzw. des Wirkspektrum der konsumierten Substanz sind. Hierzu gehören die typischen, substanzübergreifenden Charakteristika einer Abhängigkeitserkrankung wie beispielsweise Entzugssymptome oder eine Einengung des Elternteils auf den Substanzgebrauch und eine daraus resultierende Vernachlässigung anderer Aktivitäten (Moesgen et al., 2017, S.66). Dies führt häufig zu einer Vernachlässigung der Versorgung des Kindes, sowohl auf materieller als auch auf emotionaler Ebene. Die Betreuung der Kinder durch die Abhängigen ist nicht immer sichergestellt. Im Extremfall kann die Vernachlässigung bis zur Verwahrlosung führen, wenn die Kinder sich völlig selbst überlassen sind. Die Suchterkrankung in der Familie bleibt dabei nach außen meist ein Geheimnis. Durch die Stigmatisierung fällt es sowohl betroffenen Eltern als auch den Kindern schwer, die Suchtproblematik zu offenbaren und Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Kinder aus suchtbelasteten Familien erleben häufig Streitigkeiten innerhalb der elterlichen Partnerschaft und werden dementsprechend oftmals Zeuge von elterlichen Auseinandersetzungen (Templeton et al., 2009). Betroffene Kinder sind häufig auch selbst in Konflikte mit ihren Eltern involviert. Streitigkeiten in Familien Abhängiger werden nicht nur lautstark verbal ausgetragen, sondern können auch körperliche Gewalt beinhalten



(Conners-Burrow et al., 2013). Kinder aus suchtbelasteten Familien weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit, Zeuge oder Opfer von häuslicher Gewalt zu werden. Die Ausmaße häuslicher Gewalt sind teilweise extrem und können zu schwerwiegenden körperlichen Verletzungen und psychischen Traumatisierungen führen (Velleman et al., 2008, S. 402). Suchtbelastete Familiensysteme sind zudem durch Diskontinuität und Instabilität der Beziehung zwischen Eltern und Kindern geprägt. Durch Trennungen und Scheidung der Eltern oder sogar den Tod eines Elternteils sowie durch Fremdunterbringung der Kinder, stationäre Aufenthalte oder Inhaftierungen entstehen wiederholt Beziehungsabbrüche (Moesgen et al., 2017, S. 66). Dies bedeutet für das Kind die Entfernung einer wichtigen Bezugsperson, des Öfteren auch eine schwerwiegende Traumatisierung.

#### **4.2. Rollenmodelle**

Die Familie ist eine Gruppe, in der Kinder ihre ersten Erfahrungen mit sozialen Beziehungen machen. Sie erhalten Anerkennung und lernen Vertrauen. Durch Funktionen der Familie, welche Identitätsentwicklung, Beziehungslernen, die Regulation von Trieben und Gefühlen sowie Sozialisation darstellen, wächst das Individuum zu einer gesellschaftlich handlungsfähigen Persönlichkeit heran. Dies geschieht unter anderem auch durch das Lernen von sozialem Rollenverhalten. Eine Rolle bezeichnet dabei eine „Stellung oder ein [erwartetes] Verhalten innerhalb der Gesellschaft“ (Dudenredaktion, o.J.a). Die Erwartungshaltungen können von den Mitgliedern einer Gruppe ausgehen oder von der Person an sich selbst gerichtet sein. Das Verhalten muss dabei den Rollenerwartungen entsprechen, ansonsten riskiert der Betroffene beispielsweise mit Sanktionen belegt zu werden. Rollen verschaffen dem Menschen Sicherheit, sie dienen dem Funktionieren und der Aufrechterhaltung einer Gruppe.

Die schwierigen Umstände einer suchtbelasteten Familie zwingen die Kinder dazu, sich zu schützen und sich den Verhältnissen anzupassen. Die amerikanische Autorin Sharon Wegschneider (1988) unterscheidet in vier informelle Rollen, welche typisch für das Rollenverhalten von Kindern aus suchtbelasteten Familien sind. Die Rollenmuster gewähren den betroffenen Kindern einerseits Schutz, andererseits auch ein Mindestmaß an Aufmerksamkeit, auch wenn dies negativ sei (Mielke, o.J., S. 2). Sie stellen im Wesentlichen die verschiedenen Reaktionen und Anpassungsleistungen der Kinder auf die häuslichen Bedingungen dar. Die Rollenmuster sind als Typen zu verstehen, welche in der beschriebenen Form nicht immer auftreten müssen. Sie können auch innerhalb einer Person über Jahre hinweg wechseln, ebenso kann ein Kind Merkmale verschiedener Rollen zeigen (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2009, S. 17).

#### **4.2.1. Der Held**

Der Held ist zumeist das älteste Kind. Es versucht, den konsumierenden Elternteil zu ersetzen und das Familienleben dadurch weiterhin funktionieren zu lassen. Die Rolle des Helden bzw. der Heldin kennzeichnet sich durch übermäßig leistungsorientiertes und überverantwortliches Verhalten. Der häuslichen Willkür wird versucht durch aktives Engagement entgegenzutreten. Betroffene Kinder benötigen Zustimmung und Anerkennung von anderen, dies wird beispielsweise durch schulische oder sportliche Leistungen versucht zu erreichen. Die frühe Selbstständigkeit sowie das Streben nach Verantwortung wird gelobt (Zobel, 2017, S. 27). Der Held schützt sich vor Angst und Hilflosigkeit durch aktives Handeln, braucht jedoch den äußeren Erfolg, um sich wertvoll und angenommen zu fühlen. Die Familie wird nach außen hin aufgewertet und bekommt ebenfalls Anerkennung (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2009, S. 13). Dennoch ist das Gefühlsleben des Kindes durch Schmerz, Furcht und Schuldgefühle geprägt. Es fühlt sich unzulänglich, genügt sich niemals und verfügt über ein geringes Selbstwertgefühl.

#### **4.2.2. Der Sündenbock / das schwarze Schaf**

Der Sündenbock ist das zweitgeborene Kind. Im Gegensatz zum perfektionistischen und aufstrebenden Helden neigt der Sündenbock zu ausagierendem Verhalten sowie zu Rebellion und Auflehnung. Weiterhin ist das Verhalten geprägt durch Feindseligkeit, Wut und Abwehr. Betroffene Kinder haben das Gefühl, zurückgewiesen und verlassen zu werden. Zudem haben sie häufig mit einem geringen Selbstwertgefühl zu kämpfen. Teilweise neigen sie auch zu kriminellen Verhaltensweisen, wodurch negative Aufmerksamkeit resultiert. Das Verhalten wird innerhalb der Familie zum Problem und lenkt somit vom eigentlichen Problem, der Suchterkrankung eines oder beider Elternteile ab. Unter Kindern werden Sündenböcke oft ausgegrenzt und tendieren dazu, sich anderen Sündenböcken anzuschließen, um Anerkennung und Bestätigung zu erhalten (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2009, S.14). Nicht selten entwickeln die Sündenböcke selbst eine Abhängigkeitserkrankung bzw. geraten frühzeitig mit Drogen in Kontakt.

#### **4.2.3. Das verlorene Kind**

Das verlorene Kind ist oft das dritte Kind, welches sich unter den gegebenen familiären Umständen in seine eigene Welt zurückzieht. Durch den Rückzug schützen sich betroffene Kinder vor den unkontrollierbaren Reaktionen der Eltern und entlasten die Familie, jedoch entkommen sie somit zeitgleich jeglicher Aufmerksamkeit (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2009, S. 15). Das verlorene Kind wird auch als Einzelgänger oder Tagträumer bezeichnet. Es eckt nicht an, ist unauffällig, fühlt sich jedoch einsam und bedeutungslos. Zudem leistet das verlorene Kind keinen Widerstand, geht Konflikten aus dem Weg, wirkt unsicher und hilflos. Es hat Schwierigkeiten Entscheidungen und zutreffen und zeigt kaum eine eigene Identität. Die Eltern reagieren auf das Kind mit Erleichterung, denn „wenigsten ein Kind, um das man sich nicht zu kümmern braucht“ (Mielke, o.J., S. 1).

#### **4.2.4. Das Maskottchen / der Clown**

Der Clown ist meist das jüngste Kind, welches durch Spaß und Aufgeschlossenheit auffällt. Es wird als übermäßig niedlich, süß und nett charakterisiert. Der Familie bringt es Freude und Humor zur Ablenkung. Ebenso vermittelt es den Eindruck, dass solch ein fröhliches und humorvolles Kind nur in einer intakten Familie aufwachsen könnte. Durch die extrovertierte Art bekommt das Kind viel Aufmerksamkeit, wirkt andererseits jedoch unreif, ängstlich und wenig belastbar (Zobel, 2017, S. 28). Nicht selten sind auch Anzeichen von Hyperaktivität, Konzentrationsschwäche sowie kurzen Aufmerksamkeitsspannen und Lernstörungen. Von Außenstehenden werden die Kinder oftmals auch als nervend, störend oder zappelig empfunden (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2009, S. 16). Aufgrund des jungen Alters wird das Kind durch die älteren Geschwister geschützt und erhält kaum Informationen, welche die Probleme innerhalb der Familie betreffen. Dem Kind bleibt allerdings nicht verborgen, dass etwas innerhalb es familiären Umfeldes nicht stimmt, es verspürt ein unbestimmtes Gefühl von Angst, welches sich anschließend in spaßigen Aktionen äußert.

## **5. Auswirkungen elterlicher Suchterkrankungen auf das Kind**

Kinder aus suchtblasteten Familien sind innerhalb ihres familiären Umfeldes häufig schwierigen Umständen ausgesetzt. Eine elterliche Abhängigkeitserkrankung gilt innerhalb aller bekannten Risikofaktoren als ein besonders negativer Gefährdungsfaktor für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung des Kindes. Die Suchterkrankung und deren Begleiterscheinungen können für Kinder jeder Altersstufe gravierende Auswirkungen besitzen (Klein et al., 2017, S. 20).

### **5.1. Körperliche Schädigungen**

Bereits während der Schwangerschaft kann sich der mütterliche Substanzkonsum negativ auf das ungeborene Kind auswirken. Generell birgt die pränatale Exposition von Alkohol und Drogen verschiedene Gefahren mit sich. Folglich kann das Kind an geringem Geburtsgewicht, frühen Fütterungsstörungen, erhöhter Erregbarkeit sowie an verzögerten kognitiven, körperlichen und emotionalen Entwicklungen leiden (Calhoun et al., 2015, S. 16). Speziell in Bezug auf den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft besteht für das ungeborene Kind die Gefahr der Entwicklung einer sogenannten fetalen Alkoholspektrumsstörung (FASD). Der pränatale Konsum der Mutter kann zu erheblichen lebenslangen körperlichen und geistigen Schädigungen sowie Verhaltensauffälligkeiten führen (Hoff-Emden & Schindler, 2017, S. 4). Dies äußert sich durch geringes Geburtsgewicht und geringe Körpergröße sowie einem kleineren Kopfumfang, auffällige Gesichtsmarkmalen und Schädigungen des Zentralnervensystems (Klein et al., 2017, S. 15).

Eine pränatale Methamphetaminexposition hat ebenso Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Folgen des Konsums in der Neonatalperiode stellen eine geringe Körpergröße und Kopfumfang dar, erhöhte Mortalität sowie Verhaltensauffälligkeiten und das neonatale Abstinenzsyndrom (Harst et al., 2021, S. 315). Die Neugeborenen zeigen insbesondere bei Opioidkonsum der Mutter respiratorische, gastrointestinale und neurologische Anpassungsstörungen (Vogel et al., 2015, S. 427). Aufgrund unspezifischer Symptome bleibt die mütterliche Exposition bei ungenauer Anamnese nicht selten unbekannt. Der daraus möglicherweise unbehandelte Entzug erhöht das Risiko der postnatalen Mortalität. Auch im Kleinkind- und Grundschulalter zeigen sich Auswirkungen des Drogenkonsums. Betroffene Kinder verfügen über Defizite in der Bewegung als auch in der kognitiven und sozialen Entwicklung. Zudem ist das Verhalten häufig externalisierend, emotional reaktiv und aggressiv geprägt.

Ein mütterlicher Tabakkonsum während der Schwangerschaft kann ebenfalls schwerwiegende Auswirkungen haben. Schwangerschaftskomplikationen wie Fehl-, Früh- und Totgeburten treten bei rauchenden Müttern vermehrt auf (Kuntz et al., 2018, S. 47). Die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe gelangen in den Blutkreislauf des

ungeborenen Kindes, beeinträchtigen dessen Sauerstoffversorgung und hemmen somit zentrale Wachstums- und Reifungsprozesse, was sich in einem verringertem Geburtsgewicht und einer verringerten Geburtsgröße niederschlägt. Darüber hinaus kann das Rauchen in der Schwangerschaft Fehlentwicklungen auslösen und Krankheiten verursachen. Folgen wie eine verringerte Lungenfunktion, ein erhöhtes Risiko für Fehlbildungen wie Gaumenspalten und Konzentrationsstörungen sind nicht selten (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2015, S. 28). Zudem steigert das Rauchen während der Schwangerschaft das Risiko für den plötzlichen Kindstod. Im weiteren Verlauf zeigen pränatal exponierte Kinder oft beeinträchtigte Lungenfunktionen, Atemwegserkrankungen, Mittelohrentzündungen oder Verhaltensauffälligkeiten (Klein et al., 2013, S. 15).

Die durch das Passivrauchen indirekte Exposition von Tabakrauch ruft ähnliche Schäden wie die des aktiven Rauchens hervor. Der Tabakrauch beim Passivrauchen enthält giftige Substanzen wie Ammoniak, Stickstoffoxide und Schwefeloxid sowie krebserzeugende Substanzen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2015, S. 56). Die Folge sind zahlreiche, zum Teil schwere Erkrankungen. Das Risiko für verschiedene Krebsarten, Herz-Kreislaufkrankungen und Schlaganfälle nimmt deutlich zu. Auch Atemwegserkrankungen, Kopfschmerzen und Schwindel können durch Passivrauchen ausgelöst werden. Kinder sind durch die indirekte Exposition von Tabakrauch besonders gefährdet. Sie verfügen über eine höhere Atemfrequenz und ein weniger effizientes Entgiftungssystem als Erwachsene. Wenn Eltern rauchen, leiden ihre Kinder vermehrt an Mittelohrentzündungen, Bronchitis oder Lungenentzündungen. Auch Asthma kann bei Kindern durch Passivrauchen ausgelöst werden (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2003, S. 19). Bei Säuglingen beeinträchtigt Passivrauchen die Lungenfunktion und kann zum plötzlichen Kindstod führen. Indirekte Exposition von Tabakrauch in der Schwangerschaft kann das Geburtsgewicht des Neugeborenen verringern und eine Frühgeburt auslösen.

## **5.2. Entwicklung psychischer Störungen**

Die ungünstigen familiären Bedingungen in einer suchtkranken Familie führen bei Kindern nicht nur zu Verhaltensauffälligkeiten und Problemen innerhalb der Familie, sondern sie können Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung der Kinder haben. Die Folgen einer elterlichen Abhängigkeitserkrankung und dem daraus resultierenden, dysfunktionalen Elternverhaltens können für Kinder gravierend sein und sich sowohl im Kindes- als auch im Jugend- oder Erwachsenenalter in Form von einer psychischen Symptombelastung äußern (Moesgen et al., 2017, S. 68). Wiederholt wurde belegt, dass Kinder aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien außer der eigenen Suchtstörung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit psychische Erkrankungen entwickeln (Calhoun et al., 2015, S. 22). Es besteht ein erhöhtes Risiko für externalisierende Auffälligkeiten, wie Störungen des Sozialverhaltens oder hyperkinetische Störungen. (Kendler et al., 2016, S. 1). Hinsichtlich der Entwicklung internalisierender Störungsbilder sind Kinder aus suchtblasteten Familien besonders gefährdet. Betroffene Kinder zeigen im Vergleich zu unbelasteten Kindern erhöhte Raten an Depressionen oder Angststörungen (Fuller-Thomson et al., 2013)(MacPherson et al., 2001). Externalisierende und internalisierende Störungen gelten als besondere Risikofaktoren für die spätere Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung (King & Chassin, 2008). Frühe Anpassungsprobleme bei Kindern konsumierender Eltern sind zudem mit der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung verbunden. Rund ein Viertel der Kinder aus alkoholbelasteten Familien erhielt die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (Drake & Vaillant, 1988).

## **5.3. Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung**

Schon in der Antike wurde beobachtet, dass Erwachsene mit elterlicher Abhängigkeit häufig selbst abhängig wurden. Vom griechische Schriftsteller Plutarch (45 - 125 n.Chr.) wurde die Aussage „Trinker zeugen Trinker“ (nach Goodwin 1985) überliefert, welcher sich bereits im alten Griechenland mit den Auswirkungen des Alkohols auf die Kinder auseinandersetzte. Kinder aus alkoholbelasteten Familien weisen ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko auf, selbst abhängig zu werden (Klein & Zobel, 1997, S. 133). Auch Kinder aus drogenbelasteten Familien gelten als Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung. Die Mechanismen der Übertragung von substanzbezogenen Problemen der Eltern auf ihre Kinder sind komplex (Klein et al., 2017, S. 16). Sowohl genetische als auch psychologische Faktoren sowie die Vermittlung positiver, substanzspezifischer Wirkungserwartungen spielen dabei eine Rolle. Eine besondere Bedeutung werden den erlebten negativen Kindheitserinnerungen zugeschrieben, die später von Alkohol oder Drogen auf ungünstige Weise versucht zu bewältigt werden (Zobel, 2017).

#### **5.4. Risiko- und Schutzfaktoren**

Die Entwicklung der eigenen Suchterkrankung sowie anderer psychischer Störungen bei Kinder Abhängiger kann nicht durch die elterliche Suchterkrankung allein erklärt werden. Für die Entwicklung der Kinder spielt das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren eine entscheidende Rolle. Dabei befindet sich das Kind und seine Umgebung in einer komplexen Wechselwirkung (Petermann & Petermann, 2005, S. 39). Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass beispielsweise im Laufe des späteren Lebens eine psychische Störung den Kindern auftritt. Schutzfaktoren verringern beziehungsweise moderieren die Wirkung von Risikofaktoren (Jordan, 2010, S. 342). Da in suchtblasteten Familien oft ein gehäuftes Aufkommen an Risikofaktoren zu beobachten ist, kommt den umgebungsbezogenen Schutzfaktoren und individuellen Resilienzen eine ganz besondere Bedeutung zu (Klein et al., 2017, S. 18).

Die Risikofaktoren beziehen sich beispielsweise auf genetische Dispositionen, Aktivitätsniveau, Ablenkbarkeit oder die Intelligenz des Kindes. Risikofaktoren aus der Umgebung werden auch mit dem Begriff Stressoren umschrieben. Sie umfassen im Besonderen sozioökonomische Faktoren und familiäre Belastungen. Protektive Faktoren in der Person des Kindes sind eine positive Lebenseinstellung, angemessene Bewältigungsstrategien, geringe Erwartungen an positive Konsumeffekte sowie soziale Kompetenzen. Umweltbezogene Schutzfaktoren sind unter anderem die Einhaltung familiärer Rituale, emotionale Beziehungen zu nicht konsumierenden Personen und elterliche Auseinandersetzungen. Schutzfaktoren tragen zu bei, individuelle und soziale Ressourcen zu bilden, die den durch die Risikofaktoren entstandenen Belastungen und damit einem möglichen Substanzkonsum entgegenzuwirken (Jordan, 2010, S. 342). Schutzfaktoren fördern eine resiliente Entwicklung von Kindern aus suchtblasteten Familien.

## 5.5. Resilienz

Der Begriff „Resilienz“ wird häufig in Verbindung mit kindbezogenen Schutzfaktoren gebracht. Unter Resilienz wird die Fähigkeit verstanden, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen umzugehen. Resilienz meint damit eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken (Wustmann, 2009, S. 72). Kinder Suchtkranker, die trotz hoher Belastungen, wie ein hoher Risikostatus, akute Stressbedingungen oder traumatische Erlebnisse) gesund bleiben, werden als resilient oder widerstandsfähig bezeichnet (Jordan, 2010, S. 342). Resilienz beschreibt einen Prozess, der im Laufe des Lebens Schwankungen unterworfen ist. Diese relative Widerstandsfähigkeit hängt sowohl von verfügbaren sozialen Ressourcen der Kinder konsumierender Eltern als auch von politischen Rahmenbedingungen ab (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2016).

Folgende Resilienzfaktoren wurden für Kinder aus suchtblasteten Familien identifiziert:

- *Einsicht*: Wissen und Wahrhaben über das Vorliegen der Krankheit „Sucht“ in der Familie,
- *Unabhängigkeit*: gefühlsmäßiges und räumliches Distanzieren von den Eltern, besonders in belastenden familiären Situationen,
- *Beziehungen*: altersgemäße Entwicklung stabiler wechselseitiger Beziehungen zu Personen außerhalb der Familie (soziales Netzwerk),
- *Initiative*: Überwindung des Gefühls der Hilflosigkeit durch Ausprobieren neuer Verhaltensweisen bis hin zu zielgerichteten Verhaltensstrategien,
- *Kreativität*: künstlerische Ausdrucksformen als Möglichkeit, innere Konflikte darzustellen,
- *Humor*: eine Art der Kreativität, um die Absurdität des problematischen Familienlebens zu erkennen,
- *Moral*: Entwicklung eines eigenen familienunabhängigen Wertesystems, um andere zu unterstützen und ihnen Gutes zu tun.

(S. Wolin & Wolin, 1995)

Schutzfaktoren- und Resilienzförderung spielen in den Angeboten zur Suchtprävention bei Kindern suchtblasteter Eltern eine zunehmend wichtiger werdende Rolle. Auch wenn die Förderung von Schutzfaktoren und Resilienz in Interventionsmaßnahmen zunehmend berücksichtigt wird, führt dies nicht zwangsläufig zu positiven Ergebnissen. Da Kinder aus suchtblasteten Familien eine heterogene Gruppe darstellen, ist die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen besonders relevant. Hier sollten die ganze suchtblastete Familie sowie das unmittelbare und weitere Lebensumfeld des Kindes Berücksichtigung finden. Eine isolierte Fokussierung auf die Förderung personaler Ressourcen erreicht nur einen Teil der identifizierten Resilienzfaktoren und führt zur Vernachlässigung sozialer Ressourcen.



## 5.6. Co-Abhängigkeit

Die Abhängigkeit betrifft nie nur den Süchtigen allein, sondern zieht auch die gesamte Familie in den Bann der Sucht. Mit der Zeit entsteht ein regelrechtes Suchtsystem, in das alle Familienmitglieder bewusst oder unbewusst eingebunden werden. Der Begriff Co-Abhängigkeit wird beschrieben als „Haltungen, Verhaltensweisen und Status von Personen und Gruppen, die in einem direkten emotionalen Kontakt durch ihr Tun oder Unterlassen dazu beitragen, dass der Süchtige oder suchtgefährdete Mensch süchtig oder suchtgefährdet bleiben kann“ (Fengler, 2002). Angehörige oder nahe Bezugspersonen tragen dazu bei, Symptome der Suchterkrankung zu minimieren oder zu bagatellisieren. Sie zahlen suchtbedingte Schulden, entschuldigen suchtbedingtes Verhalten oder reden Konsequenzen klein. Dabei wird das Leben des Angehörigen durch das Verhalten des Abhängigen stark mitbestimmt. Das Konzept der Co-Abhängigkeit ist jedoch umstritten. Angehörige werden über das Attribut „co-abhängig“ pauschal in die Rolle von Schuldigen, Täter sowie Komplizen der Suchtkranken gebracht (Uhl & Puhm, 2007, S.13). Dabei werden sie gleichermaßen zu potenziell Kranken erklärt. Ein Heilungsweg ist schließlich nur in Form von Abgrenzung zum Suchtkranken möglich.

Kinder aus suchtkranken Familien sind gleichermaßen von der Co-Abhängigkeit betroffen. Sie werden automatisch in die Situation verstrickt und leiden oft besonders darunter. Sie zeigen Verhaltensweisen, die dem Abhängigen dazu verhelfen, mit seinem Suchtverhalten fortzufahren. Meist übernehmen die ältesten Kinder den Part der Co-Abhängigkeit, indem sie sich verantwortlich dafür fühlen, die Bedürfnisse des Abhängigen zu befriedigen. Die eigenen Bedürfnisse geraten dabei in den Hintergrund und das Leben der Kinder wird vollkommen auf das des Suchtkranken eingestellt. Das eigene Wohlergehen wird zunehmend von dem Wohlergehen des anderen abhängig. Die Kinder erfahren Anerkennung und wachsen daher im Glauben auf, nur dann eine Existenzberechtigung zu haben, wenn sie für andere da sind (Rennert, 2009, S. 81).

Folgende Charaktermerkmale sind bei co-abhängigen Kindern immer wieder festzustellen:

- Die Kinder versuchen alles, um das Suchtproblem der Familie nicht an die Öffentlichkeit gelangen zu lassen.
- Sie suchen sich und für andere nach Ausreden und Entschuldigungen für die Abhängigkeit.
- Die Kinder übernehmen verantwortungsvolle Aufgaben und halten negative Auswirkungen von dem Abhängigen fern.
- Sie schlichten Streitigkeiten der Eltern.
- Die Kinder geben ihr Leben und die eigenen Bedürfnisse für das des Abhängigen auf.
- Die Kinder verdrängen ihre eigenen Gefühle.

(Bertling, 1993, S. 59)

## **6. Kinder aus suchtblasteten Familien im Erwachsenenalter**

### **6.1. Ablösung vom Elternhaus**

Ein wesentlicher Schritt für junge Erwachsene in das eigene Leben ist es, sich vom Elternhaus zu lösen. Kinder Abhängiger fällt dies besonders schwer, denn sie bindet häufig die Sorge um ihre suchtkranken Eltern. Sie fühlen sich gegenüber den Eltern und Geschwistern verantwortlich, was dem Wunsch nach einem eigenständigen Leben entgegenstehen kann (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2020, S.12). Je mehr es Betroffenen jedoch gelingt, auf Abstand zum suchtblasteten Elternhaus zu gehen, desto höher werden die Chancen, sich ein eigenes und unabhängiges Leben aufzubauen. Denn innere und räumliche Distanz zur Herkunftsfamilie gilt als wichtiger Faktor für die eigene Widerstandsfähigkeit (Zobel, 2017).

### **6.2. Berufliche Entwicklung**

Die berufliche Orientierung, die Entscheidung für eine Ausbildung oder ein Studium sowie der Einstieg in das Berufsleben zählt zu den zentralen Aufgaben des jungen Erwachsenenalters. Insbesondere Kindern Abhängiger fällt es schwer, sich beruflich zu orientieren (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2020, S. 13). Sie sind häufig mit dem Gefühl aufgewachsen, nie gut genug zu sein (Woititz, 2000). Im Elternhaus haben sie öfter Kritik und Vorwürfe als Lob und Bestätigung zu hören bekommen, wodurch sie ihre eigenen Fähigkeiten und Neigungen kaum einschätzen können. Zudem leiden Kinder, welche aus einem suchtblasteten Elternhaus stammen, an höheren Versagensängste als Gleichaltrige. Jugendliche und junge Erwachsene, welche bereits durch Alkohol in der Schwangerschaft geschädigt wurden, können zudem schwerwiegendere Probleme haben, schulisch oder beruflich Fuß zu fassen. Da Betroffene Kinder im Allgemeinen über ein höheres Risiko verfügen im Laufe ihres Lebens häufiger psychisch erkranken, sinken auch die Chancen sich langfristig beruflich etablieren zu können (Balsa, 2008).

Auf den elterlichen Suchtkonsum reagieren Jugendliche und junge Erwachsene unterschiedlich. Sie entwickeln als Schutz oder Abwehr bestimmte Verhaltensmuster, die sie zum Teil auf ihr schulisches und beruflichen Umfeld übertragen können. Die Auswirkungen können negativ als auch positiv sein. Zu den vom beruflichen Umfeld negativ erlebten Verhaltensmustern zählen: Verantwortungslosigkeit oder übersteigerte Übernahme von Verantwortung; die Neigung, sich zu überfordern; Mangel an Durchhaltevermögen und die übergroße Sorge, zu enttäuschen. Merkmale, die als positiv empfunden wurden stellen zum Beispiel die Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen, Zuverlässigkeit auch unter starker Belastung, Kompetenz im Umgang mit Problemen und Risiken, Einfühlsamkeit sowie Hilfsbereitschaft dar (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2020, S. 15).

### **6.3. Freundschaften**

Für Jugendliche ist der Aufbau freundschaftlicher Beziehungen zu Gleichaltrigen von besonderer Bedeutung. Die Entwicklung stabiler Freundschaften verlangt Vertrauen in sich und andere. Kinder Abhängiger bringen jedoch statt Vertrauen und Offenheit häufig Angst vor Zurückweisung mit sich. Zudem sind sie gehemmt, sich anderen zu öffnen und anzuvertrauen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2020, S. 15). So bestehen für Betroffene auch im Erwachsenenalter nachweislich hohe Schwierigkeiten, Freundschaften zu schließen (Maurach & Wolstein, 2019). Doch die Beziehungsfähigkeit zählt zu den wesentlichen Faktoren, familiäre Belastungen auszugleichen, denn verlässliche Freundschaften können stärken und psychisch stabilisieren. Empirisch wurde belegt, dass Kinder aus suchtblasteten Familien unbeschadeter blieben, wenn es ihnen gelang Freundschaften und ein Netzwerk an verlässlichen Beziehungspersonen aufzubauen und zu pflegen (S. Wolin & Wolin, 1995). Dennoch sind Kinder Abhängiger überdurchschnittlich stark anfällig für Freunde, die sie zu Substanzkonsum oder straffälligem Handeln animieren. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2020, S. 16).

### **6.4. Partnerschaften und sexuelle Identität**

Das Eltern-Kind-Verhältnis ist in gewisser Weise prägend für eigene spätere intime Beziehungen. Kinder aus suchtblasteten Familien kennen Partnerschaften meist nur als emotionale Achterbahn. Oft wiederholen sie unbewusst das Vorbild des nicht konsumierenden Elternteils, den anderen „in Ordnung bringen“ beziehungsweise kontrollieren zu wollen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2020, S. 17). Insbesondere Frauen aus einem suchtblasteten Elternhaus wählen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit einen Partner, der selbst abhängig ist (Schuckit et al., 1994, S. 240). Kinder Abhängiger wünschen sich zwar eine Beziehung, jedoch empfinden sie diese jedoch überdurchschnittlich als belastend. Das Verhalten eines zuverlässigen, liebevollen Partners können sie schlicht nicht einordnen (Woititz, 2000). Auch die Entwicklung der eigenen Identität kann durch elterliches Vorbild beeinflusst werden. Besonders schwierig wird dies für Kinder, die sexuell missbraucht wurden. Alkohol- und Drogenmissbrauch zählt zu den Haupteinflussfaktoren bei Kindesmisshandlungen in den betroffenen Familien. Jedes dritte Kind aus einer suchtblasteten Familie erfährt regelmäßig häusliche Gewalt, als Opfer oder Zeuge (Klein & Zobel, 2001, S. 41). Die Fähigkeit zu vertrauen, wird grundlegend zerstört. Posttraumatische Belastungsstörungen, welche bis zu Jahren und Jahrzehnten andauern, können als Folge psychischer, physischer oder sexueller Gewalt genannt werden (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2020, S. 20). Direkter als auch indirekter Missbrauch erschweren häufig den späteren Aufbau eigener gesunder intimer Beziehungen (Woititz, 2000).

## **7. Unterstützungsangebote für suchtbelastete Familien**

Kinder suchtkranker Eltern müssen als Risikogruppe für die Suchtprävention an erster Stelle stehen. Für suchtkranke Eltern und deren Kinder besteht ein hoher Hilfebedarf. Der größte Teil der betroffenen Kinder jedoch lebt mit suchtbetroffenen Eltern zusammen, die keine Hilfe aufsuchen oder die Suchterkrankung nicht als solche wahrnehmen. Um diese Kinder möglichst früh zu erreichen, ist ein starkes, verbindliches Netzwerk von Institutionen, die mit den Kindern in Kontakt stehen, maßgeblich. In erster Linie sind dies Kindertagesstätte, Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe. Dennoch ist der Zugang für betroffene Familien zu professionellen Hilfesystemen aus unterschiedlichen Gründen oftmals erschwert. Aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen sind konsumierende Eltern oft nicht bereit ihren Kindern eine Teilnahme an professionellen Unterstützungsangeboten zu ermöglichen. Wissenschaftlich erwiesene Hilfsangebote, speziell für Kinder suchtkranker Eltern, sind in Deutschland kaum vorhanden (Klein et al., 2017, S. 20). Es existiert jedoch eine Vielzahl an qualifizierten Hilfsangeboten, die entweder auf die Förderung der Erziehungs- und Elternkompetenzen von suchtkranken Eltern abzielen oder sich direkt an die betroffenen Kinder wenden. Darüber hinaus existieren verschiedene Qualifizierungsmaßnahmen für Fachkräfte, die diese für den Umgang mit Kindern Abhängiger ausbilden sollen.

Für die Entwicklung eines Präventionskonzeptes für Kinder aus suchtbelasteten Familien müssen verschiedene Elemente berücksichtigt werden. Dabei gilt es die Situation der betroffenen Kinder und Jugendlichen möglichst genau zu erfassen. Dies bezieht sich sowohl auf mögliche Belastungen und Probleme, die die Zielgruppe erfahren können, als auch auf die konkreten Ursachen, die zu den Schwierigkeiten führen können. Nur so kann ein umfassendes Verständnis für die Dynamiken suchtbelasteter Familien entstehen, welches für die Behandlung der Betroffenen essenziell ist. Es gilt unter anderem insbesondere Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren und zu berücksichtigen, sodass konkrete Maßnahmen direkt bei diesen Faktoren ansetzen können. Wird die Resilienzförderung ausschließlich an der Stärkung personaler Fähigkeiten festgemacht, werden die Entwicklungsrisiken dieser Kinder nicht ausreichend abgemildert. Die Erschließung, Bereitstellung und Befähigung von Ressourcen in der sozialen Umwelt, sowie diese auch nutzen zu können, sind für die Resilienzförderung wesentlich. Erst in der Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen werden sich nachhaltige Effekte zeigen (Hilbig, o.J.). Je früher die Prävention ihre Zielgruppen erreicht, umso wahrscheinlicher ist ein langfristiger Präventionserfolg.

## **7.1. „Trampolin“ – Programm**

Das modulare Präventionskonzept „Trampolin“ wurde im Forschungsverbund zwischen dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) unter der Leitung von Prof. Rainer Thomasius sowie dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) unter der Leitung von Prof. Michael Klein entwickelt. In diesem Projekt, welches von Oktober 2008 bis März 2012 durchgeführt wurde, entstand erstmalig in Deutschland eine innovative, standardisierte Präventionsmaßnahme für Kinder aus suchtblasteten Familien, die auf aktuellen Erkenntnissen aus der Präventions- und Interventionsforschung beruht .

### **7.1.1. Teilnehmer**

Das Programm richtet sich an Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren, von denen innerhalb des letzten Jahres ein (Stief-)Elternteil eine suchtmittelbezogene Diagnose vor der Intervention erhalten hat. Erst in diesem Alter entwickeln Kindern ein zunehmendes Abstraktionsvermögen, sodass eine aktivere Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik des Elternhauses möglich wird. Voraussetzung ist, dass das Kind mit dem erkrankten Elternteil in den letzten zwei Jahren für mindestens ein halbes Jahr zusammengelebt hat oder sie regelmäßig in Kontakt stehen. Hintergrund hierfür ist, dass das Kind der Erkrankung in einem gewissen Ausmaß exponiert ist, damit das Programm direkt bei akuten Problematiken greifen kann. Zudem sollten die Kinder nicht an einer anderen suchtspezifischen Intervention in den letzten sechs Monaten teilgenommen haben. Eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern, sowie ausreichende Deutschkenntnisse des Kindes und der Eltern sind erforderlich. Zuletzt sollten die teilnehmenden Kinder über keine fetalen Alkoholspektrumsstörungen verfügen, wodurch einer übermäßigen Belastung der Gruppe durch stark verhaltensauffällige Kinder entgegengewirkt werden soll (Klein u. a. 2013, S. 25).

### **7.1.2. Ziele**

Das Gruppenprojekt „Trampolin“ zielt übergreifend darauf ab, dem Risiko der Kinder später selbst einmal eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, im Rahmen einer niedrigfrequentierten Intervention präventiv zu begehen. Zusätzlich war die Hauptzielsetzung des Projekts, einen Wirksamkeitsnachweis für das entstandene Programm zu erbringen. Daher sollte es an verschiedenen Standorten und Settings in Deutschland erprobt und wissenschaftlich evaluiert werden (Bröning et al., 2012). Vor diesem Konzept verfolgt das Programm klar definierte und spezialisierte Unterziele, die die Erreichung des obersten Ziels der Suchtprävention unterstützen. Im Einzelnen soll zu folgenden Veränderungen bei den teilnehmenden Kindern beigetragen werden:

- Verbesserung des Kenntnisstands der Kinder zu den Wirkungen von Alkohol und anderen Drogen, hinsichtlich des Krankheitsbildes „Sucht“ sowie dessen Auswirkungen auf andere Familienmitglieder,
- Reduzierung der psychischen Belastung der Kinder durch Auflösung des Tabuthemas „Sucht“,
- Erlernen effektiver Stressbewältigungsstrategien, insbesondere:
  - die Verbesserung des adäquaten Umgangs mit Emotionen
  - das Erlernen effektiver Problemlöse- und Verhaltensstrategien in der suchtbelasteten Familie
  - die Förderung eines erfolgreichen Hilfesuchverhaltens,
- Erhöhung des Selbstwerts und Aufbau eines positiven Selbstkonzepts,
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung.

(Klein et al., 2013, S. 10)

Durch das Präventionsangebot sollen die Kinder zudem Zuverlässigkeit, Klarheit, Struktur, Sicherheit und Kontinuität durch die Gruppe und die Kursleiter erfahren. Ein weiteres wichtiges Element ist das Erfahren von stabilen Beziehungen in der Gruppe sowie die veränderte Wahrnehmung von Eltern- und Erwachsenenrollen durch das Vorbild der Kursleiter. Die Gleichaltrigengruppe soll dem Kind helfen, die eigene Identität zu formen, sich von den Erwachsenen zu distanzieren und am Erleben aus Kindersperspektive teilzunehmen. Durch die Interaktion mit Gleichaltrigen wird die Entwicklung des Sozialverhaltens beeinflusst und es wird wesentlich zum Selbstverständnis der Kinder beigetragen (Oerter & Montada, 2002). Die Gruppenangebote ermöglichen betroffenen Kindern die Erfahrung, dass andere Kinder ähnliche Erfahrungen machen und können somit Scham- oder Schuldgefühle reduzieren (Emshoff & Price, 1999). Die Kinder erfahren Ablenkung, das Gefühl der Zugehörigkeit und bekommen Zugang zu sozialen Aktivitäten, was vor allem sozialer Isolation entgegenwirken kann. Ein wichtiges Ziel ist es, dass betroffene Eltern für die Auswirkung der familiären Suchterkrankung sensibilisiert werden. Häufig sind ihnen die Auswirkungen nicht bewusst oder sie werden geleugnet. Beim Präventionsprogramm „Trampolin“ erfahren Eltern, wie sie besser auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen können. Die meisten Eltern wollen im Grunde etwas Gutes für ihr Kind. Sie sollen daher in ihrem elterlichen Selbstwert und im Vertrauen in die eigene Erziehungskompetenz gestärkt werden. Darüber hinaus werden sie dazu ermutigt, weiterführende Unterstützung und Hilfe in der Erziehung in Anspruch zu nehmen. Die aufgeführten Ziele sollen schrittweise erreicht werden. Die Inhalte des „Trampolin“-Programms bauen aufeinander auf. Das Präventionskonzept ist modular aufgebaut. Jedes Modul behandelt jeweils einen zentralen Schwerpunkt. Die Ziele und Inhalte der Module sind folgend dargestellt:

Ziele der Module	Inhalte
<i>Modul 1</i> – Vertrauensvolle Gruppenatmosphäre schaffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sich kennenlernen</li> <li>– Eine unterstützende, vertrauensvolle Gruppenatmosphäre aufbauen</li> <li>– Sinn und Struktur der Gruppensitzungen erklären</li> <li>– Gruppenregeln erarbeiten</li> </ul>
<i>Modul 2</i> – Selbstwert fördern	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erkennen eigener Stärken und Ressourcen</li> <li>– Positive Selbstwahrnehmung</li> <li>– Aufbau eines positiven Selbstkonzepts</li> </ul>
<i>Modul 3</i> – Über Sucht in der Familie reden	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hinführung zum Thema „Sucht in der Familie“</li> <li>– Möglichkeit schaffen, über Erlebnisse in der Familie zu sprechen</li> <li>– Abbau von Schuld und Scham</li> <li>– Erleben, dass auch andere Kinder betroffen sind</li> </ul>
<i>Modul 4</i> – Psychoedukation zum Thema Sucht	<p>Förderung von Wissen und Verständnis zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Alkohol und anderen Drogen und deren Effekte</li> <li>– Auswirkungen des elterlichen Substanzkonsums auf die Kinder</li> <li>– Sucht als Krankheit (Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Kontrollverlust etc.)</li> <li>– Erhöhtes Risiko für eine eigene Suchterkrankung</li> </ul>
<i>Modul 5</i> – Adäquaten Umgang mit Emotionen fördern	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erkennen und Ausdrücken eigener Gefühle</li> <li>– Umgang mit negativen Emotionen wie Wut, Trauer, Schuld, Ohnmacht und Angst</li> <li>– Erleben emotionaler Unterstützung durch die Gruppe</li> </ul>
<i>Modul 6</i> – Probleme lösen und Selbstwirksamkeit erhöhen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erwerb von Problemlösestrategien: Probleme identifizieren, Handlungsmöglichkeiten sammeln und bewerten, Entscheidungen treffen</li> <li>– Förderung der Einstellung „Ich kann etwas bewirken“</li> <li>– Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben</li> </ul>
<i>Modul 7</i> – Verhaltensstrategien in der suchtbelasteten Familie erlernen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Umgang mit dem intoxikierten Elternteil</li> <li>– Verhalten in beschämenden Situationen</li> <li>– Verhalten in Konflikt- und Streitsituationen</li> <li>– Emotionale Distanzierung</li> <li>– Erholungsaktivitäten</li> </ul>
<i>Modul 8</i> – Hilfe und Unterstützung einholen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderung von kommunikativen Fähigkeiten</li> <li>– Mobilisierung und Nutzung von Hilfen</li> <li>– Identifizierung des sozialen Unterstützungsnetzwerkes</li> <li>– Erfolgreiches Hilfesuchverhalten</li> </ul>
<i>Modul 9</i> – Positives Abschiednehmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Inhaltlicher Rückblick</li> <li>– Besprechung der Gefühle und Erfahrungen in der Gruppe</li> <li>– Betonung von Ressourcen</li> <li>– Schaffung einer dauerhaften Akzeptanzbereitschaft für Hilfe</li> <li>– Anbindung der Kinder an stabilisierende Freizeitbeschäftigungen (z. B. Sportverein oder Chor)</li> <li>– Positiver Abschluss der Gruppe</li> </ul>
<i>Modul 10</i> – Eltern stärken	<p><i>Teil 1:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sich kennenlernen</li> <li>– Eine unterstützende, vertrauensvolle Gruppenatmosphäre aufbauen</li> <li>– Sinn und Struktur der Gruppensitzungen erklären</li> <li>– Gruppenregeln erarbeiten</li> <li>– Wünsche für das Zusammenleben mit dem Kind bewusst machen</li> <li>– Sensibilisierung für Risiko- und Schutzfaktoren beim Aufwachsen in suchtbelasteten Familien</li> <li>– Stärkung des Selbstbewusstseins, der elterlichen Rolle und Verantwortung</li> </ul> <p><i>Teil 2:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sensibilisierung für die Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Kinder sowie für die kindlichen Gefühle und Bedürfnisse</li> <li>– Auflösung des Tabuthemas Sucht („Mein Kind hat nichts mitgekriegt“)</li> <li>– Stärkung von Kindern aus suchtbelasteten Familien</li> <li>– Motivierung für weitere Inanspruchnahme von Hilfen in der Erziehung</li> <li>– Positiver Abschluss der Gruppe</li> </ul>
Modulübergreifende Elemente	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ruhe- und Entspannungsphase (Entspannung als geeignete Copingstrategie)</li> <li>– Fröhliche Auflockerungseinheiten und Bewegungsspiele (Freude, Lust und Spaß am Spiel miteinander als unentbehrliches Gegengewicht zum Problem)</li> </ul>

**Abbildung 4: Modulübersicht "Trampolin"- Programm**

Quelle: Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S., & Thomasius, R. (2013). *Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken: Das „Trampolin“-Programm*

### 7.1.3. Durchführung

Das Präventionsprogramm wurde während des Erhebungszeitraums hauptsächlich in ambulanten Beratungsstellen, unter anderem in Settings der Sucht-, Jugend- und Familienhilfe, durchgeführt. Diese Arten von Einrichtungen stellen gegenwärtig auch am häufigsten Zugang zu Kindern aus suchtbelasteten Familien dar (Klein et al., 2013, S. 26). Die Gruppenstunden fanden in Räumlichkeiten mit ausreichender Größe statt, zudem ausgestattet mit Kissen und Decken, sodass sich die Kinder während der Entspannungsphasen bequem einrichten können. Um die Kinder nicht abzulenken, sollte attraktives Spielzeug möglichst nicht in Sichtweite liegen. Jede „Trampolin“-Gruppe sollte nach Möglichkeit über eine Größe von fünf bis acht Kindern verfügen. Die insgesamt neun Kinder-Gruppenstunden werden im wöchentlichen Abstand mit einer Dauer von jeweils 90 Minuten durchgeführt. Das Eltern Modul ist auf zwei verschiedene Treffen à 90 Minuten aufgeteilt (Klein et al., 2013, S. 27). Das erste Treffen des Eltern Moduls wird vorzugsweise kurz vor Beginn des ersten Kinder Moduls durchgeführt, das zweite kurz nach Beendigung des letzten Kinder Moduls. Aufgrund von problematischen Familienkonstellationen, Motivationsdefiziten oder alltäglichen Verpflichtungen ist es erfahrungsgemäß häufig nicht möglich, dass beide Elternteile am Eltern Modul teilnehmen.

Die Kindergruppenstunden beinhalten eine klare, wiederkehrende Struktur sowie eindeutige Regeln und Grenzen. Da es in suchtbelasteten Familien oftmals an Struktur, Zuverlässigkeit und Planbarkeit mangelt, sind für die Kinder wiederkehrende Elemente, die für Verlässlichkeit und Kontinuität stehen, besonders wichtig (S. J. Wolin et al., 1980). Die Module werden durch einen Kursleiter durchgeführt und sind wie folgt gegliedert:

1. Begrüßungsritual
2. Bekanntgabe des Mottos des Tages
3. Besprechung der „Idee der letzten Woche“
4. Thematische Arbeitsphase (Bearbeitung der jeweiligen Modulinhalte)
5. Entspannungsphase
6. „Idee für die kommende Woche“
7. Abschlussritual

(Klein et al., 2013, S. 28)

Die Grundlage für die Durchführung des „Trampolin“- Programms bildet die Wertschätzung gegenüber allen Kindern. Zudem sind Lob und eine positive Stimmung wichtig für das Gruppengeschehen. Unter keinen Umständen sollen die Teilnehmer weder belächelt noch getadelt werden, wenn sie etwas noch nicht können oder etwas nicht verstanden haben. Ein von Optimismus und Zuwendung geprägtes Verhalten, welches in vielen suchtbelasteten Familien oftmals fehlt, wird von den Kindern registriert und überträgt sich auf den Umgang untereinander (Klein et al., 2013, S. 31).



#### 7.1.4. Ergebnisse

Zur Überprüfung der Effektivität des Programms wurde ein prospektives, randomisiertes-kontrolliertes Untersuchungsdesign mit drei Messzeitpunkten gewählt. Zum einen eine Eingangserhebung unmittelbar vor der Intervention, eine Abschlusserhebung direkt nach der Intervention und eine Katamneseerhebung sechs Monate nach Beendigung der Intervention. Um die Wirksamkeit differenzierter beurteilen zu können wurde die Interventionsgruppe „Trampolin“ mit einer Kontrollgruppe verglichen, mit der im gleichen zeitlichen Umfang suchtunspezifische, spielpädagogische Aktivitäten durchgeführt wurden (Klein et al., 2013, S. 34).

In erster Linie wurde die Wirkung der suchtspezifischen Intervention im Vergleich zur suchtunspezifischen Intervention untersucht. Dabei ergaben sich bezüglich der Konstrukte „Wissen“, „Psychische Belastung durch die elterliche Suchterkrankung“ und „Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation“ als Stressbewältigungsstrategie signifikante Unterschiede. Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse des Programms, inwieweit die Kinder von der Teilnahme an einer „Trampolin“ Gruppe mehr profitieren als von der Teilnahme an einer suchtunspezifischen Intervention. Dennoch wurden für beide Gruppen eine bedeutsame Besserung in den Bereichen der vermeidenden Stressbewältigung, der negativen Stressbewältigung insgesamt, der psychischen Belastung durch die elterliche Sucht, des psychischen Wohlbefindens als einen Aspekt der Lebensqualität sowie des Selbstkonzepts, beobachtet. Es überrascht nicht, dass auch die Kontrollgruppe sich in einigen Bereichen verbesserte, da es sich nicht um eine vollständig unbehandelte Wartegruppe handelte. Die Gruppe erfuhr eine in ihrer Dosis vergleichbare, aber suchtunspezifische Intervention, inklusive der Erfahrung einer unter fachlichen Anleitung und Aufsicht stehenden Gruppe und des daraus resultierenden Gemeinschaftserlebens mit Kindern in der gleichen Lebenslage. Zuwendung, Anerkennung und Erfolgserlebnisse erlebten die Kinder aus beiden Gruppen gleichermaßen.

Abschließend zeigt die Wirksamkeitsstudie, dass die Kinder in vielfältiger Weise von beiden Interventionen profitieren. Die Teilnehmer der „Trampolin“- Gruppe wiesen nach der Intervention als auch nach sechs Monaten eine geringere psychische Belastung und einen besseren Kenntnisstand zum elterlichen Suchtverhalten auf (Klein et al., 2013, S. 39). Häufig wurde jedoch auch die Sorge geäußert, dass die Kinder durch die Erkenntnisse über das elterliche Suchtverhalten familiäre Diskussionen und Streitigkeiten hervorrufen könnten. Längerfristig jedoch kann die Einsicht der Kinder als bedeutender Resilienzfaktor angesehen werden (S. J. Wolin & Wolin, 1993).

## 7.2. Herausforderungen

Es ist bekannt, dass viele Präventionsangebote die Menschen, die sie erreichen sollen, nicht erreichen. Auch in der Suchtprävention wird verhindert, dass alle Menschen gleichberechtigten Zugang zu geeigneten Angeboten erhalten und diese letztendlich wahrnehmen können (Commission on Social Determinants of Health, 2008). Damit vorhandene Angebote wirken können, ist die tatsächliche Inanspruchnahme von Hilfen durch Familien mit mindestens einem suchterkrankten Elternteil entscheidend. Sowohl im präventiven Bereich als auch in den Fällen, in denen bereits eine Behandlung oder Unterstützung stattfand. Jedoch erschweren verschiedenste Zugangshemmnisse, dass Betroffene vorhandene Angebote tatsächlich in Anspruch nehmen. Zugangshemmnisse zu Hilfsangeboten können sowohl auf der Ebene der Betroffenen, aber auch in den Systemen selbst begründet liegen (Wiegand-Grefe et al., 2019, S. 8). Typische Barrieren mit erheblicher Auswirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten der Familien stellen bei Eltern unter anderem Scham, Überforderung, Verleugnung oder Krankheitsfixierung, Schweigen, Rückzug und Isolation sowie Überreaktionen und Resignation dar (Christiansen et al., 2011). Aber auch die Sorge um die Versorgung der Kinder zum Beispiel während einer eigenen Behandlung hindern Eltern daran, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Suchterkrankungen bei Eltern sind heutzutage immer noch mit großer Scham verbunden und führen oft zur Stigmatisierung der Betroffenen und ihren Kindern. Eltern mit einer Suchterkrankung werden häufig als willens- und charakterschwach, als schlechte Eltern und als verantwortungslos gegenüber ihren Kindern angesehen. Die Schuld an der Sucht wird den Abhängigen meist selbst zugeschrieben. Diese negativen Zuschreibungen führen oftmals zu einer Selbststigmatisierung der suchtkranken Eltern. Darum weigern sich viele Mütter und Väter mit einer Suchterkrankung, ihrem Kind adäquate Hilfe zukommen zu lassen, selbst wenn sie dies nötig haben. Verschiedenste Forschungen zeigen, dass die Angst vor Stigmatisierung eines der zentralen Hemmnisse für betroffene Familien darstellt, sich Hilfe zu suchen (Breucker et al., 2021, S. 14). Hilfe in Anspruch zu nehmen, käme einem Schuldbekenntnis gleich und löst bei Betroffenen große Ängste aus. Familiengeheimnisse könnten aufgedeckt werden, das wahre Ausmaß des häufig bagatellisierten Substanzkonsum könnte durch die Behandlung des Kindes an Licht kommen, die Kinder könnten sich von ihren Eltern distanzieren oder durch die Behörden aus der Familie genommen werden (Kling, 2016, S. 16). Daher ist es wichtig, dass die Einrichtungen auf die Ängste der Eltern sensibel eingehen, aber auch die mögliche Relevanz der Programme für die positive Entwicklung der Kinder darlegen (Klein et al., 2013, S. 25). Die Aufdeckung und Bearbeitung des familiengeschichtlichen Hintergrunds stellen nicht das Ziel der Programme dar, wie viele abhängige Eltern jedoch befürchten.

Ebenso gibt es Scham und viele Ängste aufseiten der Kinder. Insbesondere ältere Kinder und Jugendliche, die sich grundsätzlich selbstständig Hilfe suchen könnten, haben Angst oder Scham über ihre Probleme zu sprechen, oder wissen erst überhaupt nicht, an wen sie sich wenden können. Sie schämen sich für ihre Eltern und begeben sich dadurch oft in soziale Isolation. Ein offener Umgang mit der elterlichen Suchterkrankung stellt jedoch einen wesentlichen Schutzfaktor für die Entwicklung betroffener Kinder dar (Lenz, 2014). Verschiedene Angebote zielen explizit auf die Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Suchterkrankungen, auf die Förderung eines offenen Umgangs mit der elterlichen Abhängigkeit in der Familie sowie auf die Vermittlung altersangemessener Informationen ab. Dies ist erforderlich, um Familien zu erreichen, die dringend Hilfe suchen.

Die suchtkranken Eltern neigen meist lange Zeit dazu, ihre Krankheit abzuwehren, zu bagatellisieren und zu verleugnen. Eine fehlende Krankheitseinsicht stellt dabei einen wichtigen Faktor für die Nichtwahrnehmung von Behandlungen oder Hilfen dar. Der Begriff der fehlenden Krankheitseinsicht kann in vielen Bedeutungen interpretiert werden. Im Wesentlichen suggeriert der Begriff, dass bei betroffenen Personen überhaupt keine Krankheitseinsicht vorliegt (Gauggel, 2016). Bei Suchterkrankten ist die Krankheitseinsicht jedoch meist nur für bestimmte Defizite vermindert, beispielsweise in Bezug auf die Erziehungsfähigkeit. Die krankheitsbedingten Veränderungen in Wahrnehmung und Denken werden für real gehalten und damit wird die Möglichkeit der Betroffenen eingeschränkt, für sich und ihre Kinder rechtzeitig geeignete Hilfe zu organisieren (Wiegand-Grefe, 2011, S. 10). Die suchterkrankten Eltern haben zwar Sorgen um das Wohlbefinden der Kinder, jedoch bringen sie mögliche Auffälligkeiten der Kinder nicht in Zusammenhang mit der eigenen Erkrankung (Festen et al., 2014). Die Eltern erkennen zwar durchaus Defizite in ihren Erziehungsfähigkeiten, aber unter anderem aus einem fehlenden Vertrauen in das Hilfesystem und der Befürchtung von ihrem Kind getrennt zu werden, benennen sie diese Defizite nicht offen und überschätzen ihre elterlichen Fähigkeiten.

Ein wichtiger Faktor für den Erfolg von Hilfs- und Unterstützungsangeboten ist die Pflege einer gut funktionierenden Vernetzung verschiedener Institutionen, die mit suchtkranken Eltern und deren Kinder häufig in Kontakt stehen. Aufgrund bekannter Risiken für soziale Desintegration, wie beispielsweise Armut, Alleinerziehen, Bildungsferne oder Frühberentung haben die Familien mit vielen Sozialsystemen bereits Kontakt (Wiegand-Grefe, 2011, S. 11). Viele dieser Systeme sind jedoch nicht miteinander verbunden. Daraus ergibt sich die Gefahr der unverbundenen, unkoordinierten Inanspruchnahme von Leistungen, ohne zielführende ineinandergreifende Hilfen. Es fehlt zumeist an Koordination der Hilfen, Planung und Steuerung der Prozesse und Absprachen zwischen den Helfern. Die Verbesserung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und Abstimmung stellt die

Voraussetzung für verbesserte Unterstützungsstrukturen und Zugänge für Kinder, Eltern und Familien zu frühzeitiger und bedarfsgerechter Unterstützung dar. Im Wesentlichen sollen passgenaue, niedrighschwellige und wirksame Hilfen angeboten werden, dort wo Unterstützungsbedarfe bestehen. Darüber hinaus sind Aktivitäten erforderlich, die der Selbst- und Fremdstigmatisierung dieser Familien entgegenwirken, sowie niedrighschwellige Angebote, die zur sozialen Integration dieser Familien beitragen. Dies erfordert vor allem auch eine verbesserte Verzahnung der verschiedenen Kostenträger und insgesamt eine stärkere Familienorientierung des Versorgungssystems.

In suchtblasteten Familien liegt meist eine solch komplexe Problemlage vor, sodass viele bereits bestehende Angebote nicht multidimensional auf diese Familien ausgerichtet (Wiegand-Grefe et al., 2019, S. 40). Je spezialisierter die Dienste einer Einrichtung ausgerichtet sind, desto höher ist zwar die fachliche Kompetenz, desto größer ist aber auch die Gefahr, dass ein ganzheitlicher Blick auf die Problemlage der betroffenen Familien geringer ausgeprägt ist beziehungsweise sogar ganz fehlt (Wiegand-Grefe et al., 2019, S. 50). Die Folge ist, dass die Programme sich positiv auf einzelne Aspekte der Problemlagen auswirken, aber zugleich andere Aspekte der vorliegenden Probleme nicht berücksichtigt werden, da sie nicht in den Rahmen der verfügbaren Angebotsstrukturen passen. Die Dysfunktionalität innerhalb der Familien zeigt, wie wichtig es ist, nicht nur das Kind, sondern auch den suchtkranken Elternteil, die Eltern-Kind-Interaktionen und das gesamte Familiensystem zu beachten. Um dieser Problematik effektiv entgegen zu wirken, müssen Hilfsangebote sowohl auf der Ebene des Kindes als auch auf der Ebene der Eltern, auf der Partnerebene und auf der, der familiären Interaktion ansetzen. Es sind aufeinander abgestimmte multiprofessionelle Interventionen erforderlich, die sich an der aktuellen Lebenssituation und den individuellen Bedürfnissen aller Familienmitglieder orientieren sowie das gesamte Familiensystem stärken und unterstützen (Wiegand-Grefe et al., 2019, S. 51). Je besser die Abstimmung zwischen den Leistungen gelingt, desto wirksamer können die Hilfen für suchtkranke Familien gestaltet werden.

Die Notwendigkeit von Vernetzung verschiedener Akteure und Institutionen im Gesundheits- und Sozialbereich steht außer Frage. Ziel sollte es dabei sein, dass sowohl Eltern als auch Kinder aktiv bei der Planung und Durchführung von unterstützenden Aktivitäten, Maßnahmen und Interventionen mitwirken. Dazu ist es notwendig Mitwirkungsmöglichkeiten fest in den Hilfe- und Entscheidungsprozessen zu verankern, sowie für die Familienmitglieder eine transparente und nachvollziehbare Hilfe- und Behandlungsplanung anzubieten. Denn Menschen sind motivierter zu kooperieren und in Hilfeprozessen mitzuarbeiten, wenn ihre Interessen und Bedürfnisse Berücksichtigung finden und ihnen ein möglichst hohes Ausmaß an persönlicher Kontrolle sowohl bei der Zielsetzung als auch bei der Zielerreichung zugestanden wird (Schweitzer, 1998).

### **7.3. Regionale Unterstützungsangebote in der Praxis**

Im Freistaat Sachsen lebt jedes vierte bis fünfte Kind zusammen in einem Haushalt mit mindestens einem suchtkranken Elternteil. Die Anzahl von Klienten und Klientinnen in den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, die mit Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt leben, lag im Jahr 2016 bei 1.578 Fällen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2019, S. 97). Die häufigste Belastung dieser Familien stellen dabei Alkoholerkrankungen und der Konsum illegaler Substanzen wie beispielsweise Crystal Meth dar. Jährlich werden im Freistaat knapp 26.000 Fälle in den Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen betreut. Die Vollzeitkräfte in den 45 Anlaufstellen konnten seit 2013 um 26 auf 200 erhöht werden. Aufgrund der zunehmenden Zahlen von Klientinnen und Klienten, die zusammen mit Kindern in einem Haushalt leben, wurden verstärkt Anstrengungen zur Etablierung von Unterstützungssystem und -angeboten unternommen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2019, S. 15).

Nach dem Sächsischen Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz soll das sichere Aufwachsen von Kindern in der Familie gefördert werden. Zur Gewährleistung eines sicheren Aufwachsens von Kindern in der Familie und der Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen aufgrund von Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung durch drogenkonsumierende Eltern sind Einrichtungen und Maßnahmen des Kinderschutzes in Sachsen auch Gegenstand und Bestandteil der Suchtprävention (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2019, S. 48).

Um tiefere Einblicke in die Umsetzung regionaler Hilfsangebote zu bekommen, habe ich Kontakt zu zwei Stellen aufnehmen können, bei denen die Arbeit mit suchtblasteten Familien im Vordergrund steht. Dabei habe ich mit Frau Katja Hilbig von der Familienorientierte Suchthilfe Chemnitz e.V. und Frau Sophia Linhart von der Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen ein Gespräch führen können. Beide Personen haben ihr Einverständnis für die Verwendung der Inhalte im Sinne meiner Bachelorarbeit gegeben. Die Inhalte der Gespräche sollen neben der literarischen Ausarbeitung die vorliegende Arbeit als einen Einblick in die Praxis abrunden.

### **7.3.1. Familienorientierte Suchthilfe Chemnitz e.V.**

Die Familienorientierte Suchthilfe bietet für suchtblastete Eltern, deren Kinder, Angehörige und beteiligte Helfer die Möglichkeit, über Probleme zu sprechen und nachhaltig etwas zu verändern. Ziel ist es, Abstinenzentscheidung der Eltern zu fördern beziehungsweise das Konsumverhalten zu ändern, Kindeswohlgefährdungen und daraus resultierende Fremdunterbringung zu verhindern und die Familienresilienz zu stärken. Durch das Angebot soll den Kindern die Chance geboten werden, bei ihren Eltern gut aufzuwachsen. Ziel ist zudem, dass Betroffene ihrer elterlichen Verantwortung nachkommen, sowie dass deren Kinder eine gesunde psychosoziale Entwicklung durchlaufen. Die familienorientierte Suchthilfe beschreibt sich selbst als eine Mischung klassischer Suchtberatung und Kompetenzen von Familien- und Erziehungsberatung, Familientherapie und sozialpädagogischer Familienhilfe. Das Projekt wurde durch die Stadtmission Chemnitz e.V. der Diakonie etabliert, welches vor Ort eine eng abgestimmte Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungsträger der Jugend- und Suchthilfe ermöglicht.

Der Ursprung des Projekts liegt in den „Crystal-Wellen“ in den Jahren 2006 und 2007. Aufgrund des zunehmenden Konsums der Droge Crystal Meth im Freistaat Sachsen wurden mehr Kinder geboren, denn Verhütung ist bei Suchtkranken kein sonderlich präsent Thema. Mit dem bis dato vorhandenen individuums- und störungszentrierten Beratungsansatz war man sehr unzufrieden, sodass in den Jahren 2013 und 2015 spezifische Programme der Suchthilfe gestartet wurden. Im Jahr 2013 entwickelte der Freistaat Sachsen Programme zur Verbesserung und Förderung von Kindern aus suchtblasteten Familien. 2015 wurden zudem Förderprogramme des Ministeriums für Familien, Soziales und Verbraucherschutz zur Verbesserung des Gesamtsystems aufgebaut. Über diesen Weg wird die familienorientierte Suchthilfe bis heute teilfinanziert. Von vielen Projekten, die es in Sachsen gegeben hat, ist dies das letzte, welches unter dieser Förderung steht. Das Problem hierbei ist, dass die Förderrichtlinien von Land und Kommune nicht zusammenpassen. Da es sich nicht um ein Regelangebot handelt sind kaum gesetzliche Grundlagen bezüglich der Finanzierung vorhanden, was die Funktionsweise und die Beständigkeit von Projekten maßgeblich beeinflusst.

Aktuell setzt sich das Team aus drei Mitarbeitern zusammen. Die Mitarbeiter sind ausgebildete Sozialarbeiter, mit jeweils familientherapeutischer sowie suchththerapeutischer Zusatzausbildung. Um den bestehen Bedarf decken zu können, wären jedoch fünf bis sechs Kollegen zusätzlich erforderlich. Aufgrund der personellen Engpässe ist zudem Kindergruppenarbeit nicht mehr möglich. Der Bereich der Suchthilfe ist durch eine permanente Weiterentwicklung geprägt. Neben der Wissenskompetenz ist für die Mitarbeiter auch ein systematischer Gesamtblick erforderlich. Aus diesem Grund ist diese Tätigkeit eher ungeeignet für Berufsanfänger.

Erziehungskompetenzen sind bei konsumierenden Eltern nahezu immer beeinträchtigt. Die Konzepte sind meist geprägt von Starrheit und dem Versuch Disziplin zu entwickeln. Betroffene Eltern können die Regeln, die sie aufstellen jedoch niemals umsetzen. Das elterliche Verhalten ist unberechenbar und macht die Kinder krank. Damit es ihren Kindern gut geht, müssen die Eltern etwas tun, denn wenn sich die Lebensbedingungen nicht ändern, rettet auch Resilienz die Kinder nicht. Um Familien langfristig zu helfen, ist eine tragfähige Arbeitsbeziehung mit den jeweiligen Klienten erforderlich. Die Betroffenen sollen sich dabei nicht bedroht, sondern würdevoll und wertschätzend behandelt fühlen. Wichtig ist, dass das Angebot als hilfreich und nicht als reine Eindringung in die familiären Strukturen gesehen wird. Die Eltern haben immer noch das Recht, das Familienleben so zu gestalten, wie sie es für gut erachten. Doch diese Hilfe ist meist nur erfolgreich, wenn eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Klienten und der Suchthilfestelle aufgebaut werden konnte.

Besondere Herausforderungen in der Arbeit mit suchtbelasteten Familien bestehen bei Klienten mit Bindungsstörungen, welche rund ein Drittel der Fälle ausmachen. Hier kann es bis zu einem halben Jahr andauern, bis eine tragfähige Arbeitsbeziehung zwischen Betroffenen und Sozialarbeiter aufgebaut werden konnte. Diese Menschen leiden häufig auch an einer Fetalen Alkoholspektrumsstörung. Zudem verfügen sie meist über mäßige Bildungsbiografien und scheitern an basalen Alltagsaufgaben. Wenn sich diese Klienten jedoch in Einrichtungen befinden, in denen klare Strukturen vorhanden sind, wie beispielsweise in der JVA oder einem betreutem Mutter-Kind-Wohnen, fällt es ihnen leichter ein geordneteres Leben zu führen. In vielen Fällen sind die Klienten erwachsene Kinder suchtkranker Eltern. Sie sind meist selbst in prekären Verhältnissen aufgewachsen, verfügen über problematische Bildungsbiografien und haben mit Traumafolgestörungen zu kämpfen. Frauen sind zudem sehr häufig von sexuellem Missbrauch betroffen. Während der Zusammenarbeit wird versucht, die Traumatisierungen zu umgehen, damit diese nicht negativ beeinträchtigt wird.

Die Arbeit mit den Familien ist grundsätzlich auf ein Jahr angelegt, jedoch kommt es auch vor, dass zwei oder drei Jahre lang mit betroffenen Familien zusammengearbeitet wird. Betroffene Eltern und deren Kinder werden der familienorientierten Suchthilfe in den überwiegenden Fällen vermittelt. Dies geschieht durch den allgemeinen Sozialdienst, welcher Auffälligkeiten im Kindergarten, in der Schule oder im Hort mitteilt. Selbstmelder sind äußerste Seltenheit. Dabei wird festgestellt, dass Kinder, deren Eltern konsumieren, meist einem besonderen erzieherischen Bedarf unterliegen. Nach der Vermittlung durch den Sozialdienst erfolgt eine Fallanfrage bei den Mitarbeitern der familienorientierte Suchthilfe und je nach Fallkapazität werden die Familien einem Sozialarbeiter zugeteilt.

Pro Mitarbeitenden besteht eine begrenzte Fallkapazität. Für eine 35-Stundenkraft sind 5 Klienten vorgesehen mit mehreren Terminen pro Woche. Jedoch werden weitaus mehr angenommen, als es die eigentliche Fallkapazität pro Mitarbeitenden vorsieht.

Die Grenzen der Zusammenarbeit liegen klar bei Tätern, die ihre Kinder missbrauchen oder missbraucht haben. Es wird schwierig den Klienten gerecht zu werden, wenn für den Sozialarbeiter eine persönliche Abgrenzung besteht. Eine tragfähige Arbeitsbeziehung ist folglich so gut wie ausgeschlossen. Oft kommt es vor, dass Betroffene in der Vergangenheit bereits Berührungspunkte mit Suchtberatungsstellen gesammelt haben, da sie jedoch nur weniger gute Erfahrungen sammeln konnten, projizieren sie diese auf die familienorientierte Suchthilfe. Einige Klienten reagieren auf das Hilfsangebot mit Abwertung und Aggressionen. In 22 Jahren Berufserfahrung hat Frau Hilbig einmal Gewalt erfahren.

Aus struktureller Sicht ist im Rahmen der familienorientierte Suchthilfe keine Therapie für die Betroffenen vorgesehen. Jedoch sind therapeutische Interventionen auch Teil des Programms. Es wird versucht den Klienten ihr eigenes Konsumverhalten aus anderen Perspektiven aufzuzeigen, sowie den Zusammenhang zwischen suchtbezogenem Verhalten und den damit verbundenen Auswirkungen auf das Familienleben. Dabei sollen sie vor allem unterschiedliche Interaktionsquellen, ihre Kommunikation und die psychosoziale Entwicklung des Kindes reflektieren. Die Erkenntnisse, die sich aus den Interventionen ergeben, reißen den Betroffenen oft den Boden unter den Füßen weg. In der Arbeit mit den Klienten ist es dementsprechend wichtig, dass nicht nur die negativen Aspekte identifiziert und angesprochen werden, sondern auch, dass bestehende Ressourcen und Stärken beleuchtet werden. Neben der Förderung der Abstinenz und der Stärkung der Familien steht zudem die Sicherung der Grundbedürfnisse der Familien im Vordergrund.

Eine weitere Aufgabe der familienorientierten Suchthilfe besteht darin, eine weiterführende Behandlung für die Klienten zu organisieren. Voraussetzungen hierbei sind das fundierte Wissen im Bereich der Suchthilfe und die gute Vernetzung der Sozialarbeiter vor Ort. Beispielsweise verfügen die Mitarbeiter über das Wissen, in welchen Einrichtungen Mutter und Kind während der Behandlungen nicht voneinander getrennt werden. Viele Kliniken gestatten den Aufenthalt des Kindes während der Therapien nicht. Eine Rehabilitation Suchtkranker ist individuumszentriert, wodurch das Kind oftmals fremduntergebracht werden muss. Der Mutter-Kind-Beziehung schadet dies besonders im Säuglingsalter enorm. Bezüglich der weiteren Vermittlung der Betroffenen ist es wichtig, dass sowohl die Bedürfnisse des suchterkrankten Erwachsenen als auch dessen Lebenssituation berücksichtigt werden. Denn was gesund und normal ist soll nicht gefährdet, sondern gefördert werden. Eine Weitervermittlung kann an sucht- oder traumaspezifische Hilfen, sowie suchtspezifisches Mutter-Kind-Wohnen erfolgen.



In der Arbeit mit den Angehörigen liegt das Ziel darin, selbst nicht zu erkranken und eine persönliche Abgrenzung zum Suchtkranken aufzubauen. Die Kinder sollen nicht in Loyalitätskonflikte gebracht werden, sondern neue und bestehende Ressourcen beim Kind sollen gefördert werden. Um betroffenen Müttern und Vätern viel Leid zu ersparen, sollte bereits Vieles im Bereich der Frühförderung, wie beispielsweise in der Ergo- oder Logopädie, in Angriff genommen werden. So könnten unter anderem fetale Alkoholspektrumsstörungen früher diagnostiziert und behandelt werden.

Zur Erlangung von Kenntnissen über die Wirksamkeit des Programmes können Veränderungen anhand bestimmter Daten gemessen werden. Der Ausgangspunkt der Behandlung wird mithilfe von Elementen, wie der Hilfebedarf in Bezug auf Wohnen, Finanzen oder Gesundheit, bestimmt. Durch die Bestimmung kann eine Abschätzung erfolgen, ob sich am Ende der Zusammenarbeit eine Verbesserung der Gesamtsituation abzeichnet. Bei vielen Familien sind in den meisten dieser Punkte Verbesserungen feststellbar.

Die Abstinenz ist längst nicht mehr das einzige Ziel in der Zusammenarbeit mit einigen Klienten. Trotz fortwährenden Konsums soll den Betroffenen ermöglicht werden, soviel Struktur wie möglich in ihr alltägliches Leben zu bringen. Viele „Dauercrystalkonsumenten“ sind aktuell etwa 50 bis 60 Jahre alt, weshalb in den nächsten Jahren mit einem erhöhten Pflegebedarf zu rechnen ist.

### 7.3.2. Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen

Die Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen ist eine Institution, welche aus zwei Teilen besteht. Zum einen aus dem Bereich Lebenskompetenzförderung und zum anderen aus der suchtmittelspezifischen Suchtprävention. Diese beiden Bereiche sind bei unterschiedlichen Trägern angesiedelt (siehe Abbildung 5).



**Abbildung 5: Organigramm Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen**  
Quelle: Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen (Stand: 2018)

Die Fach- und Koordinierungsstelle besteht in ihrer derzeitigen Struktur seit 2017. Vorher waren im Freistaat Sachsen drei große Fachstellen in den Städten Dresden, Leipzig und Chemnitz angesiedelt. Da die Landesregierung, wie es auch in anderen Bundesländern der Fall ist, eine einheitliche Struktur vorsah, wurden die bestehenden Stellen zu einer großen Stelle zusammengefasst. Im suchtmittelspezifischen Bereich sind derzeit drei Mitarbeiter beschäftigt. Die Aufgaben erstrecken sich von der Koordination bis hin zur Ausbildung und als Ansprechpartner für allgemeine Rückfragen zur Verfügung zu stehen. Zudem werden jedem Mitarbeiter weitere spezifische Arbeitsbereiche und bestimmte, in der Regel vier, Landkreise zugeordnet. Im Bereich der Lebenskompetenzförderung sind derzeit vier Mitarbeiter beschäftigt.

Im Gegensatz zur Familienorientierten Suchthilfe in Chemnitz arbeitet die Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen nicht mit der Endzielgruppe, den suchtbelasteten Familien, zusammen. In diesem Sinne findet auch keine Beratung statt. Die Aufgabe besteht darin, Fachpersonal zu den oben aufgeführten Schwerpunktbereichen zu schulen, damit diese das Wissen am Ende umsetzen können. Grundsätzlich kann jeder an solch einer Schulung teilnehmen, der in einer beruflichen Konfrontation oder im betrieblichen Setting mit der Thematik Sucht in Kontakt kommt, z.B. Mitarbeiter der

Suchthilfe, aus Kindertagesstätten, Lehrer sowie die Polizei oder ganze Unternehmen. Ziel der Schulungen soll es sein, dass die Teilnehmer, welche die Familien am Ende anspricht, wissen, wie sie eine Suchtbelastung innerhalb von Familien erkennen und diese gezielt darauf aufmerksam machen können. Anschließend erfolgt dann eine individuelle Beratung beziehungsweise die Vermittlung Betroffener. Durch die Schulungen werden die Teilnehmer zudem über regionale Stellen aufgeklärt und kennen somit das Suchtmittelhilfesystem. Beispielsweise werden Schulungen in Kitas durchgeführt, in denen die Eltern vermehrt eine Suchtbelastung aufweisen. Dabei wird ein Konzept entwickelt, wie die Einrichtung damit umgehen kann und wie bezüglich der Entwicklung der Kinder verfahren wird. Besonders die Kinder sollen in ihrer Suchtmittelkompetenz gestärkt werden, damit sie keine Gefahr laufen, später einmal selbst zu konsumieren.

Finanziert wird die Fach- und Koordinierungsstelle durch den Freistaat Sachsen. Dennoch müssen zehn Prozent Eigenmittel durch die Mitarbeiter eingeworben werden. Dementsprechend können die Veranstaltungen nicht zum Nulltarif angeboten werden, sondern es ist immer ein Teilnehmerbeitrag zu entrichten. Im Kitabereich stehen im Jahr pro Mitarbeitenden jedoch nur wenig Geld für Weiterbildungen zur Verfügung, in Betrieben hingegen ist ein anderer Spielraum an finanziellen Mitteln vorhanden.

Die aktuell größte Herausforderung besteht darin, die Auswirkungen der Coronapandemie zu kompensieren. Konkrete Zahlen von betroffenen Familien und Kindern sind noch nicht vorhanden. Allerdings ist erkennbar, dass die Menschen, die bereits vorher konsumiert haben, während der Pandemie massiv mehr konsumiert haben. Zudem sind vermehrt Zugänge im Suchtmittelhilfesystem sowie soziale Beziehungen der Klienten und deren Kindern abgebrochen. Nach so einer schweren Zeit ist es nicht einfach diese Beziehungen wieder aufzubauen. Auch für die Kinder suchtbelasteter Eltern stellte die Pandemie eine schwierige Zeit dar. Schulen und Kitas, sowie Freizeiteinrichtungen blieben geschlossen, wodurch die Kinder von ihrem sozialen Umfeld abgeschottet wurden. Sie sind permanent dem suchtkranken Elternteil ausgesetzt. Hinzu kommt, dass viele durch diese Dauerbelastung häufiger Gewalt erfahren haben. Für die Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen stellt sich auch hier die Frage, wie dies aufgearbeitet und anschließend in den Schulungen vermittelt werden kann.

Das Angebot würde in erster Linie bezüglich des personellen Bedarfs gern ausgeweitet werden. Durch den Personalmangel ist wenig umsetzbar, zudem ist es schwierig Personen zu finden, welche die Schulungsinhalte auch in ihrem beruflichen Kontext einbinden und am Ende auch gezielt umsetzen könnten. Voraussetzung hierfür ist, dass dem Thema Suchtprävention besonders im Bereich suchtbelasteter Familien mehr Gewichtung zugeschrieben wird.

Aktuell ist in vielen Bereichen immer noch die klientenzentrierte Perspektive vorherrschend. Auch auf der Fachpersonalebene hat sich diese veraltete Haltung manifestiert. In den Veranstaltungen der Fach- und Koordinierungsstelle wird daher versucht diesen Gedanken aufzubrechen und dazu angeregt, Sucht als Familienproblem zu betrachten und systemisch zu denken. Die Grenzen der Arbeit im suchtmittelspezifischen Bereich sieht Frau Linhart ganz klar bei folgendem Gedanken: „Suchtprävention wäre dafür da, dass niemand irgendetwas konsumiert“. Es geht vielmehr um die Aufklärung welche Suchtmittel es gibt und wie man in der Gesellschaft gesund damit umgehen kann. Selbstreflexion der Betroffenen spielt dabei eine große Rolle, vor allem in dem Sinne aus welcher Motivation heraus konsumiert wird.

Neben der Durchführung von Schulungen und Programmen ist die Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen auch an der Wirksamkeit der Projekte interessiert. Fachstudien werden zusammengetragen und in die breite Öffentlichkeit weitergegeben. Speziell die Arbeit von Prof. Dr. Michael Klein bekommt eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Dies dient dazu, um abbilden zu können, was floriert und wo gegebenenfalls Verbesserungsbedarf in der Arbeit mit Eltern und Kindern besteht. Der familienzentrierten Suchthilfe wird auf Bundesebene zwar immer mehr Bedeutung zugeschrieben, jedoch ist diese Beschreibung mit einem negativen Stigma behaftet. Allein der Titel löst bei vielen Familien Widerstand aus. Zukünftig sollte dementsprechend in Erwägung gezogen werden, neutralere Titel für Projekte zur Hilfe suchtbelasteter Familien zu wählen.

## **8. Zusammenfassung**

Substanzkonsum und riskante Konsummuster sind in der deutschen Allgemeinbevölkerung weit verbreitet. Rund 4,4 Millionen Menschen sind abhängig von Tabak sowie jeweils 1,6 Millionen von Schmerzmitteln und Alkohol (Atzendorf et al., 2019). Bereits geringe Mengen können gesundheitliche Folgen mit sich ziehen. Infolgedessen leben Schätzungen zufolge rund drei Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland mit mindestens einem suchterkrankten Elternteil zusammen (Klein et al., 2017, S. 4). Auch wenn es in Deutschland wenig verlässliche Daten über die genaue Anzahl betroffener Kinder Abhängiger gibt, zählen diese zu einer Hochrisikogruppe.

Sucht kann nicht als Einzelproblem des Betroffenen angesehen werden, sondern ist immer als Familienproblem zu betrachten. Betroffene Kinder können sich nur wenig auf den suchtkranken Elternteil verlassen, werden häufig vernachlässigt und inkonsequent erzogen. Die körperliche und seelische Zuwendung wird ihnen oft vorenthalten. Hinzu kommen zusätzliche Probleme wie Armut und Isolation. Den ungünstigen Lebensumständen geschuldet versuchen die Kinder aus der Notwendigkeit heraus, dass aus dem Gleichgewicht geratene Familiensystem wieder zu stabilisieren. Sie reagieren unterschiedlich auf die familiäre Situation, von übermäßig leistungsorientiertem bis hin zu feindseligem und abwehrendem Verhalten.

Die Folgen der Auswirkungen des elterlichen Konsums sind gravierend und können von körperlichen Schädigungen, wie einer Alkoholspektrumsstörung, bis hin zu Fehlbildungen oder dem plötzlichen Kindstod reichen. Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien zählen zu den am stärksten gefährdeten Menschen für Suchterkrankungen und psychische Störungen (Kling, 2016, S. 16). Oftmals haben die Kinder bis ins Erwachsenenleben mit den Konsequenzen der Abhängigkeitserkrankung der Eltern zu kämpfen. So stellen der berufliche Einstieg und die kontinuierliche Erwerbstätigkeit sowie Traumafolgestörungen für Kinder aus suchtblasteten Familien im Erwachsenenalter oftmals eine große Herausforderung dar.

In den letzten Jahren konnten verschiedene Projekte und Angebote zur Unterstützung für betroffene Familien und insbesondere Kinder geschaffen werden. Scham und Angst vor Stigmatisierung halten viele suchtkranke Eltern jedoch davon ab, Hilfe zu suchen beziehungsweise in Anspruch zu nehmen. Dennoch ist die Versorgung für die Kinder und Jugendlichen sowie deren betroffene Eltern nicht ausreichend gewährleistet und muss dringend verbessert werden. Prävention und frühzeitige Interventionen zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung in frühen Lebensjahren erfordert interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen.

## 9. Ausblick

Ist ein Elternteil abhängig, so hat dies Auswirkungen auf alle Familienmitglieder. Die Suchtkranken leben mit dem Gedanken „Ein Kind bekommt das alles nicht mit“, die Kinder nehmen unbewusst jedoch mehr wahr, als man denkt. Oftmals ist die familiäre Situation unberechenbar. Künftig gilt es, bedarfsgerechte und passgenaue Unterstützungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien noch flächendeckender aus- und aufzubauen. Die Weiterentwicklung der Angebote muss sich auf das gesamte Spektrum der beteiligten Hilfesysteme beziehen und nachhaltig implementiert und evaluiert werden. Als wichtige Voraussetzung gilt: eine gut funktionierende Vernetzung von Institutionen ist für den Erfolg von Hilfsangeboten unabdingbar. Bei unzureichender Unterstützung und Behandlung können die Folgen sowohl für die betroffenen Kinder als auch die erkrankten Eltern gravierend sein. Deshalb sollte die Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien kontinuierlich verbessert werden.

Für eine gelingende psychosoziale Entwicklung benötigen Kinder sichere Bindungen, Kontinuität, Stabilität und Sicherheit. Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche können individuelle Resilienzen stärken, jedoch die Lebens- beziehungsweise Sozialisationsbedingungen nicht nachhaltig verändern. Die akute Belastung der Kinder und die Bewältigung müssen dennoch Vorrang haben. In der praktischen Arbeit finden Begegnungen mit unterschiedlichsten Kindern statt, welche unter anderem misstrauisch in Beziehungen sind, möglicherweise traumatisiert sind, die gut oder schlecht auf die Einhaltung von familiären Regeln jeder Art achten, die ihre Eltern lieben und hassen. Die Voraussetzung für eine kooperative Arbeit ist Vertrauen als Basis jeglicher Zusammenarbeit und Kommunikation. Stabile Beziehungen außerhalb des suchtblasteten Elternhauses können für Kinder die Chance eröffnen sich doch noch altersgerecht zu entwickeln. Die heutige Suchtforschung zählt eine sichere Bindung zu mindestens einer erwachsenen Bezugsperson außerhalb des Elternhauses zu den wesentlichen Schutzfaktoren, die Kindern erlauben, die Abhängigkeitserkrankung ihrer Eltern und deren Folgen zu überwinden (Zobel, 2009, S. 54). Eine notwendige Basis ist jedoch schwer herzustellen mit Menschen, die gegebenenfalls Bindungsstörungen aufweisen beziehungsweise unter Traumafolgestörungen leiden. Diese Problematik wird allgegenwärtig eine große Herausforderung für Hilfs- und Unterstützungsstellen darstellen.

Durch den Rückzug mancher Familien aus dem gesellschaftlichen Leben ist es schwer, diese für Präventions- und Therapieangebote zu gewinnen. Gesellschaftlichen Schnittstellen, insbesondere Kindertagesstätten und Schulen wird in diesem Falle eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Die Einrichtungen treten regelmäßig mit den Kindern und Jugendlichen in Kontakt. Es gilt die Autonomie und Selbstständigkeit zu fördern, sowie

eine Suchtbelastung innerhalb der Familie zu enttabuisieren und die Vermittlung an zuständige soziale Dienste voranzubringen. Erfahrungen zeigen, dass die Arbeit mit Betroffenen grundsätzlich besonderen Herausforderungen unterworfen ist und daher ein angepasstes Vorgehen von großer Bedeutung ist. Die oft massive Instabilität der Familien stellt zudem eine weitere Schwierigkeit in der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen suchtkranker Eltern dar. Geschultes Fachpersonal wird dementsprechend zunehmend benötigt. Um den Auswirkungen der Corona-Pandemie entgegenwirken zu können bzw. den benötigten Bedarf aufzuholen ist eine zusätzliche Ausweitung der personellen und finanziellen Ressourcen unausweichlich. Um betroffene Kinder und deren Eltern langfristig unterstützen zu können bedarf es die Umsetzung flächendeckender evidenzbasierter Programme, z.B. die Ausweitung des Projekts „Trampolin“. Die Intervention ist so konzipiert, dass sie durch den modularen Aufbau, auch von „Nicht-Therapeuten“ leicht zu vermitteln ist, wodurch das niedrigschwellige Programm in verschiedensten Kontexten verbreitet werden kann. Dennoch gilt es Wege für das größte Risiko der Durchführbarkeit der Programme zu finden: der Rekrutierung der schwer zugänglichen Zielgruppe.

Nicht außer Acht gelassen werden sollte zudem, dass der Konsum von Suchtmitteln und Abhängigkeitserkrankungen enorme gesellschaftliche Belastungen und Kosten mit sich zieht, beispielsweise durch medizinische Behandlung und Rehabilitationsmaßnahmen Abhängiger. Belastungen entstehen bereits im Jugendalter. Jugendliche Konsumenten haben häufig mit Problemen in der Schule, wie einer erhöhten Rate an Klassenwiederholungen und Abbrüchen, dem Scheitern eines Berufseinstieges oder Arbeitslosigkeit zu kämpfen (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg, 2010, S. 10). Alkohol, Nikotin, Medikamente und andere illegale Substanzen schädigen auch ungeborene Kinder. Jährlich werden 4.000 Kinder mit schweren Schädigungen und einem erhöhten Betreuungs- und Förderbedarf geboren (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2009). Auch in der Öffentlichkeit sind die Folgen von exzessivem Drogenkonsum zu spüren. Nicht selten werden Sachbeschädigungen und Vandalismus, Schlägereien und Gewaltanwendung unter Alkoholeinfluss begangen. Auch andere Substanzen können die Gewaltbereitschaft deutlich steigern. Es entstehen neben erforderlichen zusätzlichen Sicherheitsmaßnahmen gesellschaftliche Folgekosten für Polizei, Versicherungen und Gerichte.

Probleme anzusprechen, fällt grundsätzlich schwer, doch das Nichtansprechen lässt diese nicht verschwinden, gerade dann, wenn es sich um Kindeswohlgefährdung handelt. Betroffenen sollte vor Augen geführt werden, sei es von Fachkräften oder Angehörigen selbst, dass es niemals zu spät ist, eine Suchterkrankung zu behandeln. Besonders in dem Sinne, jedem Kind eine unbeschwerte Entwicklung in jeglicher Hinsicht zu ermöglichen.

## Literaturverzeichnis

- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0577>
- Balsa, A. I. (2008). Parental Problem-drinking and Adult Children's Labor Market Outcomes. *Journal of Human Resources*, 43(2), 454–486. <https://doi.org/10.3368/jhr.43.2.454>
- Bastigkeit, M. (2003). *Rauschgifte: Ein naturwissenschaftliches Handbuch*. Govi-Verlag.
- Behrendt, K., Backmund, M., & Reimer, J. (2021). *Drogenabhängigkeit* (6. Auflage, Juli 2021). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
- Bertling, A. A. (1993). *Wenn die Eltern trinken: Mögliche Auswirkungen der Alkoholsucht der Eltern auf deren Kinder*. Bögner-Kaufmann.
- Braun, M., Constantinescu-Fomino, J., Grec, A., Rath, M., Schwejda, C., & Werner, P. (2017). *Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis* (F. Tretter, Hrsg.; 3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Schattauer.
- Breucker, G., Kölch, M., Schmutz, E., & Ziegenhain, U. (2021). Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern (KpsE): Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. <https://doi.org/10.17623/GKV-BFG-EB-KPSE-2021>
- Bröning, S., Wiedow, A., Wartberg, L., Ruths, S., Haevelmann, A., Kindermann, S.-S., Moesgen, D., Schaunig-Busch, I., Klein, M., & Thomasius, R. (2012). Targeting children of substance-using parents with the community-based group intervention TRAMPOLINE: A randomised controlled trial - design, evaluation, recruitment issues. *BMC Public Health*, 12(1), 223. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-223>
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022). *Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA) 2018*.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (o.J.). *Passivrauchen—Für Kinder ein hohes Risiko*.
- Bush, K. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C) An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158(16), 1789. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>
- Calhoun, S., Conner, E., Miller, M., & Messina, N. (2015). Improving the outcomes of children affected by parental substance abuse: A review of randomized controlled trials. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 15. <https://doi.org/10.2147/SAR.S46439>
- Caritas Deutschland (Hrsg.). (2015). *Welche Langzeitfolgen hat der Konsum von Alkohol?*
- Chase, N. D. (1999). Parentification: An Overview of Theory, Research, and Societal Issues. In N. Chase, *Burdened Children: Theory, Research, and Treatment of Parentification* (S. 3–33). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452220604.n1>
- Christiansen, H., Mattejat, F., & Röhrle, B. (2011). Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern—Ein meta-analytisch fundierter Überblick. *Kinder mit Psychisch Kranken Eltern. Klinik und Forschung*, 458–481.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. Comblor Le Fossé En Une Génération : Instaurer l'équité En Santé En Agissant Sur Les Déterminants Sociaux de La Santé : Rapport Final de La Commission Des Déterminants Sociaux de La Santé*, 247.



- Conners-Burrow, N. A., Kramer, T. L., Sigel, B. A., Helpenstill, K., Sievers, C., & McKelvey, L. (2013). Trauma-informed care training in a child welfare system: Moving it to the front line. *Children and Youth Services Review*, 35(11), 1830–1835.  
<https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2013.08.013>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2019). Suchtprobleme in der Familie—Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015). Psychische und physische Abhängigkeit.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). (2020). Erwachsenenwerden in Familien Suchtkranker.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). (2022). Alkohol Basisinformationen.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). (o.J.). Alkohol-Risiken.
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (Hrsg.). (2019). Diagnostische Kriterien der Abhängigkeit von aus medizinischer Indikation verordneten Opioiden.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2020). Illegaler Drogenkonsum bei Jugendlichen—Daten zum Umfang sowie Studien zu gesundheitlichen Auswirkungen.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). (o. J.). Tabakkonsum und gesundheitliche Folgen.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). (2003). Passivrauchende Kinder in Deutschland—Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). (2015). Tabakatlas Deutschland 2015. Pabst Science Publishers.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). (2020). Tabakatlas Deutschland 2020.
- Deutsches Referenzzentrum für Ethik und Biowissenschaften (Hrsg.). (2022). Sucht- bzw. Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 und DSM-5.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). (2009). Drogen- und Suchtbericht.
- Drake, R. E., & Vaillant, G. E. (1988). Predicting Alcoholism and Personality Disorder in a 33-year Longitudinal Study of Children of Alcoholics. *Addiction*, 83(7), 799–807.  
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1988.tb00515.x>
- Dudenredaktion (Hrsg.). (o.J.a). „Rolle“ auf Duden online.  
<https://www.duden.de/node/122839/revision/483602>
- Dudenredaktion (Hrsg.). (o.J.b). „Sucht“ auf Duden online.  
<https://www.duden.de/node/177126/revision/544262>
- Emshoff, J. G., & Price, A. W. (1999). Prevention and Intervention Strategies With Children of Alcoholics. *Pediatrics*, 103(Supplement\_2), 1112–1121.  
<https://doi.org/10.1542/peds.103.S2.1112>
- Erbas, B., & Buchner, U. G. (2012). Pathological Gambling. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0173>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2019). Europäischer Drogenbericht 2019: Trends und Entwicklungen. Publications Office.  
<https://data.europa.eu/doi/10.2810/8693>
- Fengler, J. (Hrsg.). (2002). Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung - Therapie - Prävention; 100 Schlüsselbegriffe. ecomed.

- Festen, H., Schipper, K., de Vries, S. O., Reichart, C. G., Abma, T. A., & Nauta, M. H. (2014). Parents' perceptions on offspring risk and prevention of anxiety and depression: A qualitative study. *BMC Psychology*, 2(1), 17. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-17>
- Fuller-Thomson, E., B. Katz, R., T. Phan, V., P.M. Liddycoat, J., & Brennenstuhl, S. (2013). The long arm of parental addictions: The association with adult children's depression in a population-based study. *Psychiatry Research*, 210(1), 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.024>
- Gauggel, S. (2016). Störungen der Krankheitseinsicht. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02656-000>
- Glaeske, G., Holzbach, R., & Boeschen, D. (o.J.). Substanzgebrauchsstörung: Diagnosekriterien gemäß DSM-V (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hrsg.).
- Harst, L., Deckert, S., Haorig, F., Reichert, J., Dinger, J., Hellmund, P., Schmitt, J., & Rüdiger, M. (2021). Prenatal Methamphetamine Exposure: Effects on Child Development: A Systematic Review. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0128>
- Hasin, D. S. (2018). US Epidemiology of Cannabis Use and Associated Problems. *Neuropsychopharmacology*, 43(1), 195–212. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.198>
- Heinz, A., Gül Halil, M., Gutwinski, S., Beck, A., & Liu, S. (2022). ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 93(1), 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01071-7>
- Hilbig, K. (o.J.). Sucht in der Familie aus verschiedenen Perspektiven (Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention Stadtmission Chemnitz e.V., Hrsg.).
- Hoff-Emden, H., & Schindler, G. (2017). Die Fetale Alkoholspektrumstörung: Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Hrsg.). Berlin.
- Hublet, A., Bendtsen, P., de Looze, M. E., Fotiou, A., Donnelly, P., Vilhjalmsson, R., Baska, T., Aasvee, K., Fanelic, I. P., Nic Gabhainn, S., & ter Bogt, T. F. M. (2015). Trends in the co-occurrence of tobacco and cannabis use in 15-year-olds from 2002 to 2010 in 28 countries of Europe and North America. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl 2), 73–75. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv032>
- Hussong, A. M., Flora, D. B., Curran, P. J., Chassin, L. A., & Zucker, R. A. (2008). Defining risk heterogeneity for internalizing symptoms among children of alcoholic parents. *Development and Psychopathology*, 20(1), 165–193. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000084>
- IFT Institut für Therapieforchung (Hrsg.). (2022). Der Epidemiologische Suchtsurvey. IKK classic (Hrsg.). (o. J.). Schmerzmittelsucht—Ursachen und Folgen.
- John, U. (2002). Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country. *Alcohol and Alcoholism*, 37(6), 581–585. <https://doi.org/10.1093/alcalc/37.6.581>
- Jordan, S. (2010). Die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern suchtkranker Eltern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(4), 340–346. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1035-x>
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2016). Cross-generational transmission from drug abuse in parents to attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Psychological Medicine*, 46(6), 1301–1309. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002846>
- King, K. M., & Chassin, L. (2008). Adolescent Stressors, Psychopathology, and Young Adult Substance Dependence: A Prospective Study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(5), 629–638. <https://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.629>

- Klein, M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien—Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie*, 2(3), 118–124. <https://doi.org/10.1055/s-2001-16416>
- Klein, M. (2003). Kinder suchtkranker Eltern—Fakten, Risiken, Lösungen. In: *Familiengeheimnisse—Wenn Eltern suchtkrank sind und ihre Kinder leiden* (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Hrsg.).
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S., & Thomasius, R. (2013). *Kinder aus suchtblasteten Familien stärken: Das „Trampolin“-Programm*. Hogrefe.
- Klein, M., Moesgen, D., & Thomasius, R. (2017). *Kinder aus suchtblasteten Familien* (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Hrsg.).
- Klein, M., & Zobel, M. (1997). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. *Kindheit und Entwicklung*. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie, Band 6(Heft 3), 133–140.
- Klein, M., & Zobel, M. (2001). Abschlussbericht zum Projekt: Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Multiproblemfamilien (1996-1999). Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen.
- Kling, G. (2016). Suchtblastete Familien – Hilfe für Kinder und Jugendliche ist eine besondere Herausforderung. *Pädiatrie*, 03/2016.
- Kraus, L., Piontek, D., Atzendorf, J., & Matos, E. G. de. (2016). Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Ein Rückblick auf zwei Dekaden. *SUCHT*, 62(5), 283–294. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000446>
- Kraus, L., Room, R., Livingston, M., Pennay, A., Holmes, J., & Törrönen, J. (2020). Long waves of consumption or a unique social generation? Exploring recent declines in youth drinking. *Addiction Research & Theory*, 28(3), 183–193. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1629426>
- Kuntz, B., Zeiher, J., Starker, A., Prütz, F., & Lampert, T. (2018). Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1):47-54. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-009>
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (Hrsg.). (2009). *Kinder aus suchtblasteten Familien*.
- Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Hogrefe.
- MacPherson, P. S. R., Stewart, S. H., & McWilliams, L. A. (2001). Parental problem drinking and anxiety disorder symptoms in adult offspring. *Addictive Behaviors*, 26(6), 917–934. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00243-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00243-X)
- Mann, K. (1992). *Alkohol und Gehirn: Über strukturelle und funktionelle Veränderungen nach erfolgreicher Therapie*. Springer. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-84649-6>
- Manz, K., Varnaccia, G., & Zeiher, J. (2016). *Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien* (Robert Koch-Institut, Hrsg.).
- Marchwacka, M. A. (Hrsg.). (2013). *Gesundheitsförderung im Setting Schule*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00528-3>
- Maurach, L.-M., & Wolstein, J. (2019). Identitätsentwicklung und Bewältigung weiterer Entwicklungsaufgaben bei Kindern alkoholkranker Eltern im Übergang zum Erwachsenenalter. *SUCHT*, 65(3), 161–174. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000603>
- Michaelis, K. (2004). *Zur Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien aus Sicht der Integrativen Therapie—Zur Entwicklung von Risiko und Resilienz bei Kindern mit suchtkranken Eltern* (Europäische Akademie für psychozoziale Gesundheit und dem „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie“, Hrsg.).

- Mielke, H. (o.J.). Kinder in alkoholkranken Familien. NACOA Deutschland.
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg.). (2010). Grundlagenpapier Suchtprävention in Baden-Württemberg.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (Hrsg.). (2018). Schulterchluss II: Durch Kooperation Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern verbessern.
- Moesgen, D., Klein, M., & Dyba, J. (2017). Abhängigkeitserkrankungen und Elternschaft – Herausforderungen und Möglichkeiten der Hilfe. *Suchttherapie*, 18(02), 65–72. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103060>
- Oerter, R., & Montada, L. (Hrsg.). (2002). *Entwicklungspsychologie: Lehrbuch* (5., vollst. überarb. Aufl.). Beltz.
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A. J., Grebely, J., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905–1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>
- Petermann, U., & Petermann, F. (2005). Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. In J. Althammer (Hrsg.), *Familienpolitik und soziale Sicherung* (S. 39–55). Springer-Verlag. [https://doi.org/10.1007/3-540-27292-5\\_3](https://doi.org/10.1007/3-540-27292-5_3)
- Rennert, M. (2009). Zwischen Mitgefühl und Ohnmacht: Das Leben mit einem Suchtkranken (M. Zobel, Hrsg.). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:101:1-201506105293>
- Robert Koch-Institut. (2016). Passivrauchbelastung. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-001>
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.). (2019). 3. Sächsischer Drogen- und Suchtbericht. 128.
- Schier, K., Egle, U., Nickel, R., Kappis, B., Herke, M., & Hardt, J. (2011). Parentifizierung in der Kindheit und psychische Störungen im Erwachsenenalter. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 61(08), 364–371. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1277188>
- Schuckit, M. A., Tipp, J. E., & Kelner, E. (1994). Are Daughters of Alcoholics More Likely to Marry Alcoholics? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(2), 237–245. <https://doi.org/10.3109/00952999409106784>
- Schweitzer, J. (1998). *Gelingende Kooperation: Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen*. Juventa-Verl.
- Seitz, N.-N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Tim, -, Pfeiffer-Gerschel, -, & Kraus, L. (2019). Trends in Substance Use and Related Disorders. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0585>
- Simon, R. (2016). Prohibition, Legalisierung, Dekriminalisierung: Diskussion einer Neugestaltung des Cannabisrechts. *SUCHT*, 62(1), 43–50. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000407>
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2022). Körperliche Folgen der Sucht. <https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/behandlungen-und-medizin/sucht/koerperliche-folgen-2015594>
- Templeton, L., Velleman, R., Hardy, E., & Boon, S. (2009). Young people living with parental alcohol misuse and parental violence: 'No-one has ever asked me how I feel in any of this'. *Journal of Substance Use*, 14(3–4), 139–150. <https://doi.org/10.1080/14659890802624287>

- Thomasius, R., & Klein, M. (2018). Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Kindern aus suchtbelasteten Familien (GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin, Hrsg.).
- Tretter, F. (2017). Sucht.: Gehirn. Gesellschaft.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1503859>
- Uhl, A., & Puhm, A. (2007). Co-Abhängigkeit—Ein hilfreiches Konzept? Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 30(2/3), 13–20.
- Velleman, R., Templeton, L., Reuber, D., Klein, M., & Moesgen, D. (2008). Domestic abuse experienced by young people living in families with alcohol problems: Results from a cross-european study. *Child Abuse Review*, 17(6), 387–409.  
<https://doi.org/10.1002/car.1047>
- Vogel, J., Kiess, W., Bläser, A., Nickel, P., Mann, M., Strauch, J., Martin, A., & Bernhard, M. K. (2015). Das Neonatale Abstinenzsyndrom nach pränataler Opioidexposition. *Kinder- und Jugendmedizin*, 15(06), 427–431. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1629298>
- Welter-Enderlin, R., & Hildenbrand, B. (Hrsg.). (2016). Resilienz—Gedeihen trotz widriger Umstände (5. Auflage, 2016). Carl-Auer-Systeme-Verlag.
- Wiegand-Grefe, S. (Hrsg.). (2011). Kinder mit psychisch kranken Eltern: Klinik und Forschung; mit ... 55 Tabellen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wiegand-Grefe, S., Klein, M., Kölch, M., Lenz, A., Seckinger, M., Thomasius, R., & Ziegenhain, U. (2019). Kinder psychisch Kranker Eltern „Forschung“—IST-Analyse zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern. UKE Hamburg, Universität Ulm, Medizinische Hochschule Brandenburg, Deutsches Jugendinstitut, Katholische Hochschule NRW.
- Woitz, J. G. (2000). Sehnsucht nach Liebe und Geborgenheit: Wie erwachsene Kinder von Suchtkranken Nähe zulassen können (7., aktualisierte Aufl). Kösel.
- Wolffgramm, J., & Heyne, A. (2008). Biologische Grundlagen der Suchtentwicklung. In: *Kinder und Suchtgefahren* (M. Klein, Hrsg.). Schattauer.
- Wolin, S. J., Bennett, L. A., Noonan, D. L., & Teitelbaum, M. A. (1980). Disrupted family rituals; a factor in the intergenerational transmission of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 41(3), 199–214. <https://doi.org/10.15288/jsa.1980.41.199>
- Wolin, S. J., & Wolin, S. (1993). *The Resilient Self How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity*.  
<http://www.vlebooks.com/vleweb/product/openreader?id=none&isbn=9780307756879>
- Wolin, S., & Wolin, S. (1995). Resilience Among Youth Growing Up in Substance-Abusing Families. *Pediatric Clinics of North America*, 42(2), 415–429.  
[https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(16\)38955-6](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(16)38955-6)
- Wustmann, C. (2009). Die Erkenntnisse der Resilienzforschung – Beziehungserfahrungen und Ressourcenaufbau. *Psychotherapie Forum*, 17(2), 71–78.  
<https://doi.org/10.1007/s00729-009-0285-2>
- Zobel, M. (2009). Wenn Eltern zu viel trinken Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien (1. Aufl). BALANCE Buch + Medien Verlag.
- Zobel, M. (2017). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Entwicklungsrisiken und -chancen* (3., neu ausgestattete Auflage). Hogrefe.

### **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Emely Ehrhardt

Emely Ehrhardt

Zwickau, der 19. September 2022