

Abschlussbericht

**Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker:
ein multi-modaler Ansatz (BEPAS)**

Berndt, J., Bischof, A., Besser, B., Rumpf, H.J., Bischof, G.

Lübeck, Mai 2017

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Titel und Verantwortliche

Titel des Projekts:	Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker: ein multimodaler Ansatz (BEPAS)
Förderkennzeichen:	ZMVI5-2514DSM208
Projektleiter:	Dr. Gallus Bischof
Projektmitarbeitende:	Dipl. Psych. Johannes Berndt, Dr. Anja Bischof, MSc. Bettina Besser, Msc. Vanja Poels, Msc. Bride Anna Marije Ruij, PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf, Dr. Gallus Bischof
Kontaktdaten:	Dr. phil. Dipl. Psych. Gallus Bischof Zentrum für Integrative Psychiatrie Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck Ratzeburger Allee 160 23538 Lübeck Tel.: 0451 500 4860 Fax: 0451 500 3480 Email: gallus.bischof@uksh.de
Projektlaufzeit:	01.03.2015-28.02.2017
Fördersumme:	249.660€
Erstellungsdatum:	31.05.2017

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechterspezifische Differenzierung, wie z.B. Patient/innen oder Proband/innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

0. Zusammenfassung

Hintergrund: Der Forschungsstand zu Belastungen, Ressourcen und Versorgungsbedarfen Angehöriger Suchtkranker ist insbesondere in Deutschland unzureichend. Internationale qualitative Studien basieren auf hochselegierten Stichproben und erlauben keine Aussagen über die Gesamtgruppe der Angehörigen. Im Fokus des Projekts „Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker (BEPAS)“ stand ein erweitertes Verständnis der Belastungssituation Angehöriger, ihrer Unterstützungsbedarfe und möglicher Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe mittels eines multi-methodischen Vorgehens mit qualitativen und quantitativen Strategien.

Methoden: Es wurden folgende Datenquellen herangezogen: 1. Quantitative Surveydaten der Gesundheit in Deutschland Aktuell GEDA Studie (N= 24.824) 2. Qualitative und quantitative Daten der BEPAS-Studie (N=100), von denen 66 Probanden nach Aspekten des „Theoretical Sampling“ über Kooperationspartner der Sucht(selbst-)hilfe und 34 Probanden über proaktives Screening in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern rekrutiert wurden Quantitative Daten wurden mittels parametrischer und nonparametrischer Verfahren in SPSS ausgewertet, die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte im Fall der BEPAS-Studie in einem iterativen Gruppenprozess auf Basis der Grounded Theory. Ergänzend wurden Fokusgruppen mit Suchtberatern und zwei Expertenworkshops mit Vertretern der Suchtselbsthilfe durchgeführt und Anfragen im Rahmen eines Angehörigenchats ausgewertet.

Ergebnisse: In der Allgemeinbevölkerungsstichprobe gaben insgesamt 9,5% der Befragten an, einen Angehörigen mit in den letzten 12 Monaten bestehender Suchtproblematik zu haben, weitere 4,4% gaben an, einen Angehörigen mit einer früheren, in den letzten 12 Monaten aber remittierten Suchtproblematik zu haben. Durchgängig wiesen Personen mit Angehörigen mit Aktuelsymptomatik die ungünstigsten Parameter auf, gefolgt von Personen mit Angehörigen mit remittierter Symptomatik. In der BEPAS-Studie ergab die Analyse von Subgruppen nach Rekrutierungsweg, Beziehungsstatus und Abhängigkeitsart deutliche Hinweise auf die Heterogenität der Angehörigengruppen. Im Hilfesystem rekrutierte Angehörige waren gegenüber Angehörigen aus den Arztpraxen und dem Allgemeinkrankenhaus signifikant häufiger Partner und Eltern und bei statistischer Kontrolle auf Beziehungsstatus signifikant belasteter. Auch ergab der Vergleich zwischen Männern und Frauen deutlich höhere Beeinträchtigungsmaße bei Frauen. Hinsichtlich der Abhängigkeitsform ergaben sich Hinweise auf eine höhere Belastung bei Angehörigen von Menschen mit multiplen Abhängigkeiten. Weiterhin zeigten sich Partner und Eltern tendenziell belasteter als Menschen mit anderen Beziehungsmustern. Zentrale Barriere für die Inanspruchnahme von Hilfen stellt Stigmatisierung dar, es wurden aber auch strukturelle Defizite des Behandlungssystems benannt.

Fazit: In Deutschland haben ca. 10 Millionen Menschen Angehörige mit bekannter Suchterkrankung und weisen erhöhte Morbiditätswerte auf. Ihre Belastungsfaktoren lassen sich als Stressfolgereaktion verstehen. Zur Verbesserung der Versorgung sind neben einer Individualisierung und verbesserten Vernetzung von Angeboten auch Maßnahmen zur Entstigmatisierung von Suchterkrankungen notwendig.

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung	4
1 Einleitung	10
1.1. Aktueller Forschungsstand	10
1.2. Projektziele	12
1.3. Projektstruktur (Projektaufbau, Struktur, Verantwortlichkeiten).....	13
2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik	14
2.1. Studienziele und -design	14
2.2. Zugangswege und Stichprobenrekrutierung.....	16
2.2.1. GEDA-Umfrage.....	16
2.2.2. BEPAS-Studie	17
2.3. Datenerhebung	20
2.3.1. Fragebogen	20
2.3.2. Qualitatives Interview.....	25
2.3.3. Andere Datenquellen.....	28
2.4. Datenauswertung.....	29
2.4.1. Quantitative Auswertung	29
2.4.2. Qualitative Auswertung nach Grounded Theory.....	29
2.4.3. Auswertung anderer Datenquellen	32
3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	34
4. Ergebnisse.....	36
4.1. GEDA-Survey: Verbreitung und Belastung in der Allgemeinbevölkerung	36
4.2. BEPAS: Belastungen, Ressourcen, Bedarfe	39
4.2.1. Quantitative Ergebnisse der BEPAS-Studie	40
4.2.1.1. Rekrutierungsweg.....	41
4.2.1.2. Geschlecht	45
4.2.1.3. Beziehungsart	47
4.2.1.4. Art der Abhängigkeit.....	49
4.2.2. Qualitative Ergebnisse der BEPAS-Studie	51
4.2.2.1. Belastungsfaktoren Angehöriger	51
4.2.2.2. Copingstrategien Angehöriger.....	62
4.2.2.3. Einfluss der Copingstrategien auf die Belastungssituation	70
4.2.2.4. Ressourcen Angehöriger.....	72

4.2.2.5.	Barrieren Angehöriger bei der Inanspruchnahme von Hilfe	77
4.2.2.6.	Unterstützungsbedarfe Angehöriger.....	78
4.2.2.7.	Unbehandelte Angehörige.....	84
4.2.2.8.	Genderspezifische Aspekte. Ein Vergleich von Müttern und Vätern	92
4.2.2.9.	Suchtspezifische Aspekte: Alkohol und pathologisches Glücksspiel	102
4.3.	Fokusgruppen.....	106
4.4.	Expertenworkshops	114
4.5.	Angehörigen-Chat	116
5.	Diskussion	119
5.1.	Angehörige in der Allgemeinbevölkerung.....	119
5.2.	Quantitative Analysen der BEPAS-Studie.....	120
5.3.	Qualitative Analysen der BEPAS-Studie	122
6.	Gender Mainstreaming Aspekte.....	129
7.	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	130
8.	Verwertung der Projektergebnisse.....	131
9.	Publikationsverzeichnis	133
10.	Literaturverzeichnis.....	134
	Anhang: Interviewleitfaden BEPAS.....	138

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilnehmerflow der GEDA-Studie	16
Tabelle 2: Responseraten stratifiziert nach Altersgruppen und Geschlecht.....	17
Tabelle 3 Erhobene Konstrukte und verwendete Fragebogenverfahren.....	21
Tabelle 4 Themenfelder und spezifische Themen des Interviewleitfadens	27
Tabelle 5 Übereinstimmungswerte bei der Themencodierung.....	30
Tabelle 6 Beschreibung des Kategoriensystems.....	31
Tabelle 7: Angehörige in der Allgemeinbevölkerung.....	36
Tabelle 8: Soziodemographie und Belastungsfaktoren nach Aktualität der Symptomatik.....	37
Tabelle 9: Soziodemographie und Belastungsfaktoren in Abhängigkeit vom Beziehungsstatus.....	38
Tabelle 10: Soziodemographie und Belastungsfaktoren nach Abhängigkeitsart.....	39
Tabelle 11 Häufigkeiten in Abhängigkeit der Beziehungs- und Suchtform der Gesamtstichprobe ..	40
Tabelle 12: Soziodemographie und Beziehungsmerkmale nach Rekrutierungsweg.....	43
Tabelle 13: Belastungsfaktoren, Copingverhalten und Ressourcen nach Rekrutierungsweg.....	44
Tabelle 14: Stepwise backwards logistische Regression zur Prädiktion der Gruppenzugehörigkeit (0=RA, 1=PA)	44
Tabelle 15: Soziodemographie und Beziehungsmerkmale nach Geschlecht	45
Tabelle 16 Belastungsfaktoren, Copingverhalten und Ressourcen nach Geschlecht.....	46
Tabelle 17 Stepwise backwards logistische Regression zur Prädiktion der Gruppenzugehörigkeit (0=Frauen, 1=Männer).....	46
Tabelle 18: Soziodemographie und Beziehungsmerkmale nach Beziehungsart	47
Tabelle 19 Belastungsfaktoren, Copingverhalten und Ressourcen nach Beziehungsart	48
Tabelle 20: Multinomiale logistische Regression zur Prädiktion der Gruppenzugehörigkeit (Ref. „Andere“)	48
Tabelle 21: Soziodemographie und Beziehungsmerkmale nach Abhängigkeitsform	49
Tabelle 22 Belastungsfaktoren, Copingverhalten und Ressourcen nach Abhängigkeitsform.....	50
Tabelle 23: Multinomiale logistische Regression zur Prädiktion der Abhängigkeitsform (Ref. „Alkohol“).....	50
Tabelle 24: Meistgenannte Belastungsfaktoren in den qualitativen Interviews.....	62
Tabelle 25 Meistgenannte Copingstrategien in den qualitativen Interviews.....	69
Tabelle 26 Meistgenannte informellen Ressourcen in den qualitativen Interviews.....	76
Tabelle 27 Meistgenannte Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe in den qualitativen Interviews.....	78
Tabelle 28 Meistgenannte Unterstützungsbedarfe in den qualitativen Interviews.....	84
Tabelle 29 Kategorisierung der Chat-Anfragen	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Stress-Strain-Coping-Support-Modell (Orford, Velleman, et al., 2010)	11
Abbildung 2: Flowchart der proaktiven Rekrutierung	19
Abbildung 3: Ablauf der BEPAS-Studie	20
Abbildung 4: Arbeits- und Zeitplan der BEPAS-Studie	34
Abbildung 5: Teilnahmebereitschaft Praxen: Soziodemographische Variablen	41
Abbildung 6: Teilnahmebereitschaft nach Beziehungsstatus.....	42
Abbildung 7: Teilnahmebereitschaft nach Abhängigkeitsform	42
Abbildung 8: Barrieren und Bedarfe unbehandelter Angehöriger im qualitativen Interview	92
Abbildung 9: Genderspezifische Belastungsfaktoren qualitative Interviews	100
Abbildung 10: Suchtspezifische Belastungsfaktoren qualitative Interviews	106
Abbildung 11: Erweiterung des Stress-Strain-Coping-Support-Modells (2010; rote Umrandungen beschreiben die Erweiterung).....	124

Abkürzungsverzeichnis

AERIAL	Early Recognition and Intervention Across the Lifespan-Studie
ASKU	Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala
BEPAS	Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker
BEMAS	Behandlungsmotive Angehöriger Suchtkranker
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CRAFT	Community Reinforcement Approach and Family Training
Cronbach's α	Maß der internen Konsistenz
FMI	Family Member Impact Skala
GEDA	Gesundheitsbefragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“
HOPE	Hopefulness-Hopelessness Skala
IP	Indexpatient / Indexpatienten (suchtkranke Person)
<i>N</i>	Anzahl der Fälle in der Gesamtstichprobe
<i>n</i>	Anzahl der Fälle in einer Teilstichprobe
PA	Proaktiv rekrutierte Angehörige (Arztpraxen/Krankenhaus-Rekrutierung)
PB	Proband / Probanden
PHQ-8	Eight Item Patient Health Questionnaire
RA	Reaktiv rekrutierte Angehörige (Selbsthilfe-Rekrutierung)
SRT	Symptom Rating Test
SQFM-AA	Kurzfragebogen für suchtbelastete Familienmitglieder

1 Einleitung

1.1. Aktueller Forschungsstand

Negative Auswirkungen von Suchterkrankungen auf die Gesundheit von Angehörigen wurden in verschiedenen Studien konsistent belegt. Bei Angehörigen Suchtkranker wurden gegenüber Menschen mit vergleichbaren Lebenslagen ohne suchtkranke Angehörige erhöhte Raten an Viktimisierung, Verletzungen, affektiven und Angststörungen, ein reduzierter allgemeiner Gesundheitszustand, deutlich erhöhte medizinische Behandlungskosten und Produktivitätsverluste nachgewiesen (Dawson, Grant, Chou, & Stinson, 2007; Orford, Velleman, Natera, Templeton, & Copello, 2013; Salize, Jacke, & Kief, 2014). Versicherungsdaten aus den USA zeigen zudem, dass die gegenüber Menschen ohne suchtkranke Angehörige deutlich erhöhten allgemeinen medizinischen Behandlungskosten von Angehörigen sich bei erzielter Abstinenz der Suchtkranken der Referenzpopulation wieder angleichen, d.h. es finden sich Hinweise darauf, dass erhöhte Morbidität und Behandlungsbedarfe unmittelbare Folge der Suchtmittelabhängigkeit des Angehörigen darstellen (Ray, Mertens, & Weisner, 2009; Weisner, Parthasarathy, Moore, & Mertens, 2010). Die gesamtgesellschaftlichen gesundheitlichen Auswirkungen auf Angehörige kann jedoch bislang nicht zufriedenstellend eingeschätzt werden, da keine repräsentativen Zahlen über die Anzahl der Angehörigen Suchtkranker und deren gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen.

Ältere vertiefende Studien zur Situation Angehöriger beschränkten sich meist auf Partnerinnen behandelter Suchtkranker und wurden in der Regel durch konzeptuelle Vorannahmen der Forschenden geprägt (Orford, Natera, et al., 2005). Die konzeptuelle Perspektive auf Belastungen Angehöriger folgte lange Zeit einem Familien-Pathologie-Modell (dem auch das verbreitete, aber wissenschaftlich nicht belegte Konzept der „Co-Abhängigkeit“ zuzurechnen ist (Klein & Bischof, 2013)) oder aus therapeutischen Konzepten resultierenden systemischen Modellen, in denen der Fokus auf die Rolle des Suchtmittels für Familienstrukturen gelegt wurde. Auch diese Modelle sind empirisch schlecht abgesichert (Liepman et al., 1989) und erlauben keine spezifischen Aussagen zu Belastungsfaktoren Angehöriger. Beiden Modellen ist gemeinsam, dass in ihnen Angehörige maßgeblich aus der Perspektive des mit dem Suchtkranken assoziierten Behandlungssystems betrachtet werden.

Spezifischer auf Angehörige zugeschnitten sind demgegenüber induktiv generierte Stressmodelle, wie das auf der Basis einer mehr als 20jährigen qualitativen Forschungstradition mit über 800 realisierten Interviews in verschiedenen Kulturen (England, Italien, Mexiko, Australien) vorgelegte „Stress-Strain-Coping-Support-Modell“ (siehe Abbildung 1), welches Belastungs- und Coping-Faktoren bei Angehörigen von Menschen mit Suchtproblemen abbildet (Orford, Templeton, Velleman, & Copello, 2005; Orford, Velleman, Copello, Templeton, & Ibang, 2010). Aus dem Modell konnten wirksame Interventionskonzepte abgeleitet werden. Das Modell postuliert, dass die regelmäßige Interaktion mit einer suchtkranken Person eine Stresssituation darstellt, die zu unterschiedlichen Belastungen bei Angehörigen führt. Besonders häufig werden Sorgen hinsichtlich gesundheitlicher und psychosozialer Konsequenzen für den Suchtkranken, finanzielle

und psychosoziale Auswirkungen auf die Familie sowie Gewalterfahrungen in Zusammenhang mit der Abhängigkeit benannt. Die aus diesen Stressoren resultierenden psychosozialen Belastungen der Angehörigen werden dabei vermittelt zum einen über vorhandene soziale Unterstützung für die Angehörigen als auch durch die von den Angehörigen genutzten Copingstrategien in der Interaktion mit dem Suchtkranken. Die Copingstrategien der Angehörigen sind maßgeblich gekennzeichnet durch a) Toleranz/Inaktivität, b) Engagiertes Coping (Versuche, durch unterschiedliche Strategien wieder Kontrolle zu erlangen) und c) Rückzug vom Substanzabhängigen und Fokussierung auf die eigene Unabhängigkeit. Nach Orford und Kollegen (Orford, Natera, et al., 2005; Orford, Velleman, et al., 2010) ist dabei die tolerierend-inaktive Copingstrategie mit einer höheren Symptomatik bei Angehörigen assoziiert, während Rückzug vom Substanzabhängigen und Fokussierung auf die eigene Unabhängigkeit als Copingstrategie mit einem Rückgang an Belastung verbunden ist. Die Autoren konnten über die verschiedenen untersuchten Kulturen eine Fülle vergleichbarer Erfahrungen auf Seite der Angehörigen identifizieren (Velleman & Templeton, 2003), es ergaben sich vorwiegend Variationen hinsichtlich des Geschlechts, der konsumierten Substanz sowie der Art der Beziehung zu dem Suchtkranken. Als bedeutsame hilfreiche Unterstützungsformen benannten die Angehörigen angemessene, glaubwürdige Informationen, emotionale Unterstützung (insbesondere in Form nicht-bewertenden Zuhörens) und materielle bzw. praktische Unterstützung. Als bedeutsame Hindernisse für das Suchen nach Unterstützung wurden neben Scham Ängste vor negativen sozialen Reaktionen geäußert (z.B. für den Substanzkonsum mitverantwortlich gemacht zu werden).

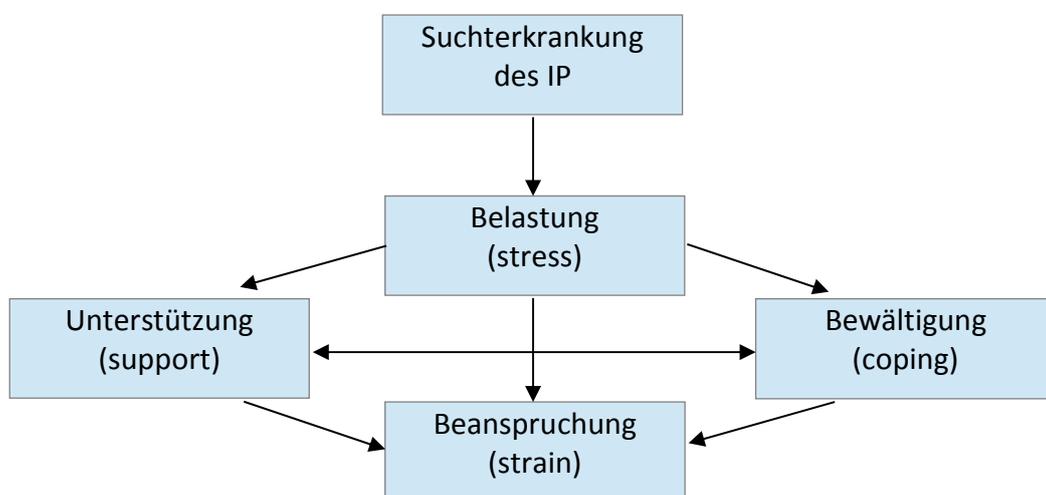


Abbildung 1 Stress-Strain-Coping-Support-Modell (Orford, Velleman, et al., 2010)

Daten zu konkreten Unterstützungsbedarfen, insbesondere im Hinblick auf Selbsthilfe oder professionelle Hilfe sowie zu entsprechenden Zugangswegen aus Sicht der Betroffenen wurden nicht erfragt und fehlen in dem Modell. Während das Modell eine empirisch generierte, über Konzepte von Co-Abhängigkeit und Co-Therapeuten hinausgehende konzeptuelle Basis für ein integratives Modell der psychosozialen Situation Angehöriger Suchtkranker darstellt, erscheint

eine Erweiterung um erleichternde und hemmende Faktoren der Inanspruchnahme fachlicher Hilfen sinnvoll. Weiterhin ist der Geltungsbereich des Modells durch verschiedene methodische Einschränkungen begrenzt:

In erster Linie betrifft dies die weitgehend ausschließliche Rekrutierung der Studienteilnehmer in Behandlungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen oder durch Medien oder Flyer (Orford, Velleman, et al., 2010). Daten aus anderen Forschungszweigen legen nahe, dass diese Personengruppen durch eine höhere Problembelastung charakterisiert sind, was zu Verzerrungen in der Interpretation der Daten führt (Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer, & John, 2000). Hier ist insbesondere zu vermuten, dass durch diese rekrutierungsbedingten Verzerrungen bei den Angehörigen Belastungsfaktoren z.T. über- und Ressourcen unterschätzt wurden sowie die spezifischen Problembereiche bzgl. Substanzen aufgrund der hohen Problembelastung nicht deutlich zu Tage traten. Studien bei nicht-hilfesuchenden Angehörigen unbehandelter Suchtkranker wurden bislang nicht durchgeführt, obwohl diese Gruppe epidemiologisch die meisten betroffenen Angehörigen umfasst und dementsprechend hier von einer hohen Versorgungsrelevanz auszugehen ist.

In den dem Modell zugrundeliegenden Studien wurden zudem schwerpunktmäßig Partnerinnen und Mütter Suchtkranker einbezogen, was zu einer Vernachlässigung spezifischer Beeinträchtigungen bei weiteren Angehörigen Gruppen geführt haben könnte. Zusätzlich liegen bislang keine Studien zu Angehörigen pathologischer Spieler vor, obwohl diese unter den hilfesuchenden Angehörigen in der ambulanten Suchthilfe mit 11% eine substantielle Größe darstellen (Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.) 2012). Orford und Kollegen (2005) merken an, dass eine größere Heterogenität in der Stichprobenrekrutierung für zukünftige Studien anzustreben ist. Weiterhin liegen bislang keine vergleichbaren Studien zur Situation Angehöriger aus Deutschland vor. Neben der Einschätzung der betroffenen Angehörigen, welche Zugangswege den Schritt in spezialisierte Behandlungsangebote erleichtern könnten, sind auch strukturelle Rahmenbedingungen wie z.B. Schnittstellen anzuführen. Die konkreten Probleme bzw. Umgangsweisen der initial mit betroffenen Angehörigen befassten Fachkräfte (wie Hausärzte, Psychotherapeuten, Beschäftigte psychosozialer Beratungsstellen) wurden bislang in Studien nicht erfasst.

1.2. Projektziele

Im Fokus des Projekts „Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker (BEPAS)“ stand ein erweitertes Verständnis der Belastungssituation Angehöriger, ihrer Unterstützungsbedarfe und möglicher Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe mittels eines multi-methodischen Vorgehens. Dies sollte die Entwicklung eines integrativen Modells zum konzeptuellen Verständnis der psychosozialen Situation im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen Angehöriger von Suchtkranken beinhalten. Dabei sollen Betroffene mit besonderer Berücksichtigung des Geschlechts, der Art der Beziehung und der Form der Suchterkrankung in den Forschungsprozess miteinbezogen werden. Außerdem sollten spezifische Erwartungen und Barrieren bezüglich der Inanspruchnahme professioneller Hilfen aus Sicht der Betroffenen exploriert werden.

Im Rahmen einer repräsentativen Umfrage in Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut sollte zudem der Problemumfang, die gesundheitliche Beeinträchtigung sowie die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen durch Angehörige bestimmt werden.

In Fokusgruppen wurden mögliche Schnittstellenproblematiken hinsichtlich Zugangswegen aus der Sicht von Behandlern exploriert. Im Rahmen von Expertenworkshops wurden Empfehlungen für die Versorgung abgeleitet.

Ein unter Einbeziehung Betroffener generiertes, erweitertes konzeptuelles Verständnis von Risiko- und Schutzfaktoren und Unterstützungsbedarfen beinhaltet die Möglichkeit, Versorgungsangebote zielorientierter den Bedürfnissen Angehöriger anzupassen und kann dadurch perspektivisch zu einer Verbesserung der Inanspruchnahmeraten sowie der Behandlungsbereitschaft beitragen. Die Identifizierung von Zugangswegen und Barrieren gegenüber dem Suchthilfesystem kann zu einer Modifizierung von Hilfe im Sinne niedrigschwelliger Angebote beitragen. Die kann im Rahmen von Social Marketing und ggf. Entstigmatisierungskampagnen genutzt werden.

Die epidemiologische Erfassung der Grundgesamtheit Angehöriger ermöglichte erstmalig in Deutschland belastbare Aussagen über das Ausmaß des Problems, dessen psychosoziale Kosten und mögliche Zugangswege zu Betroffenen im Rahmen der medizinischen Basisversorgung.

1.3. Projektstruktur (Projektaufbau, Struktur, Verantwortlichkeiten)

Das Projekt wurde an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Lübeck durchgeführt. Das Projektteam setzte sich aus Projektleitung, Projektmitarbeitern und dem Projektcontrolling zusammen.

Projektleitung: Das Projekt wurde geleitet von Dr. Gallus Bischof (PI) und PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf (Co-PI). Aufgaben der Projektleitung beinhalteten die Projektzielplanung, die Planung und Koordination der Datenerhebung mit der Alcohol, Drugs and the Family Research Group um Prof. Jim Orford sowie mit den Kooperationspartnern des BEPAS-Projekts, die Einstellung der Projektmitarbeiter, die Leitung der regelmäßigen Teamsitzungen, Supervision und Auswertung der Interviewdurchführung, Erstellung der Zwischenberichte und Kommunikation der Studienergebnisse. Weiterhin beteiligte sich der PI an der Datenerhebung im Feld und war zuständig für die quantitative Datenanalyse.

Projektmitarbeiter: Durchgängig im Projekt beschäftigt waren der Projektleiter Dr. Gallus Bischof und Dipl. Psych. Johannes Berndt, temporär waren zudem Dr. Anja Bischof, M.Sc. Bettina Besser sowie die Psychologie-Masterstudentinnen Anna Marije Ruijl und Vanja Poels beschäftigt. Aufgaben der Projektmitarbeiterinnen bestanden in der Koordination, Durchführung und Auswertung von Probandeninterviews, der Kodierung der durchgeführten Interviews, der Entwicklung und Anpassung der Kodierleitfäden sowie der Präsentation von Projektergebnissen auf Tagungen und Kongressen.

Projektcontrolling: Das Projektcontrolling erfolgte durch die Drittmittelverwaltung der ZIP gGmbH. Die Projektleitung stand dabei in einem engen Austausch mit der zuständigen Mitarbeiterin der Drittmittelverwaltung.

2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

2.1. Studienziele und -design

Als Projektziele wurden definiert:

1. Entwicklung eines integrativen Modells zum konzeptuellen Verständnis der psychosozialen Situation im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen Angehöriger Suchtkranker unter Miteinbeziehung der Betroffenen in den Forschungsprozess mit besonderer Berücksichtigung des Geschlechts, der Art der Beziehung (Eltern, Partner) und der Form der Suchterkrankung
2. Erweiterung des konzeptuellen Verständnisses durch vertiefende Exploration von Erwartungen und Barrieren bezüglich der Inanspruchnahme professioneller Hilfen aus Sicht der Betroffenen
3. Bestimmung des Umfangs des Problems, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen Angehöriger in einer repräsentativen Stichprobe
4. Exploration möglicher Schnittstellenproblematiken hinsichtlich Zugangswegen aus der Sicht von Behandlern
5. Ableitung von Empfehlungen für die Versorgung im Rahmen eines Expertenworkshops

Ziel(e):	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
<i>Erhebung einer umfangreichen Datensammlung für die Ableitung eines integrativen Modells zur Situation Angehöriger</i>	<i>Entwicklung eines aus Sicht von Betroffenen aussagekräftigen und durchführbaren Interviewschemas von maximal 3 Stunden Dauer</i>
<i>Entwicklung eines aussagekräftigen differentiellen Modells zu Risiko- und Resilienzfaktoren bei Angehörigen</i>	<i>Rekrutierung ausreichend großer Teilstichproben von Beziehungsmustern und Abhängigkeitsformen mit mindestens 50 unbehandelten Angehörigen</i>
<i>Analyse von Schnittstellenproblemen der Versorgung (Zugangswege)</i>	<i>Durchführung von drei Fokusgruppen mit jeweils mindestens 5 in der Versorgung tätigen Praktikern</i>
<i>Aussagen zur Grundgesamtheit von Angehörigen in der Allgemeinbevölkerung</i>	<i>Vorliegen eines auswertbaren Datensatzes der GEDA-Studie</i>
<i>Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung (Zugangswege und Angebote)</i>	<i>Realisierung eines Expertenworkshops nach Abschluss der Datenerhebung</i>

In der Studie wurde ein Mixed-Method Ansatz verfolgt, bei dem qualitative durch quantitative Methoden ergänzt wurde. Mit jedem Probanden (PB) wurde ein vertiefendes Interview geführt.

Als Ergänzung wurde ein standardisiertes Fragebogenverfahren angewandt. Darüber hinaus konnten im Rahmen einer Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut Fragen zur Belastungssituation Angehöriger Suchtkranker in den deutschlandweiten Survey „Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)“ integriert werden, wodurch Aussagen zur Prävalenz in der Grundgesamtheit möglich sind.

Für die Interviews wurden über zwei unterschiedliche Rekrutierungsstränge PB gewonnen (vgl. 2.2.2.), zum einen mit Hilfe kooperierender Selbsthilfegruppen und Suchtberatungsstellen, zum anderen über ein proaktives Screening in Arztpraxen und Krankenhäusern. Die Rekrutierung über Kooperationspartner der Selbsthilfe erfolgte mittels eines theoretical-sampling Ansatzes, d.h. die Kooperationspartner wurden gebeten, gezielt Angehörige mit bestimmten Merkmalen (z.B. hinsichtlich Geschlecht und Abhängigkeitsform des suchtkranken Angehörigen) zu rekrutieren. Die Studie wurde nicht öffentlich beworben, um eine größere Heterogenität der Stichprobe zu gewährleisten, d.h. es sollte vermieden werden, dass sich die aufgrund des qualitativen Vorgehens auf 100 Probanden begrenzte Stichprobe primär aus hochbelasteten Partnerinnen von Menschen mit Alkoholabhängigkeit zusammensetzen würde. Im zweiten Rekrutierungsstrang wurde durch das proaktive Vorgehen die Rekrutierung von PB ermöglicht, die bis dato noch keinen Kontakt zum Suchthilfesystem bzw. zur Selbsthilfe hatten. Neben den vertiefenden Interviews mit Angehörigen aus der Selbsthilfe und aus Arztpraxen bzw. Krankenhäusern wurden Fokusgruppengestützte Experteninterviews zur Analyse der Zugangswege ins Suchthilfesystem durchgeführt. Abschließend erfolgte die Diskussion der Studienergebnisse in einem Expertenworkshop mit dem Ziel, Handlungsempfehlungen für die Versorgung abzuleiten.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Lübeck geprüft und am 09.06.2015 genehmigt (Az. 15-138).

2.2. Zugangswege und Stichprobenrekrutierung

2.2.1. GEDA-Umfrage

Im Rahmen einer Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut konnten drei Fragen zur Belastungssituation Angehöriger Suchtkranker in den deutschlandweiten Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA) Survey integriert werden, wodurch repräsentative Aussagen zur Prävalenz in der Grundgesamtheit ermöglicht werden. Es wurde erfragt, ob der Angehörige einen Suchtkranken im persönlichen Umfeld hat, ob die Suchterkrankung innerhalb der letzten 12 Monate noch bestand oder schon vor mehr als 12 Monaten überwunden wurde, welche Art der Suchterkrankung vorliegt und in welchem Verwandtschaftsverhältnis der Angehörige zum Suchtkranken steht. Mittels der GEDA-Daten konnte die Belastungssituation Angehöriger auf Basis einer Repräsentativstichprobe bestimmt werden. Die Befragung fand vom November 2014 bis zum Juli 2015 statt. Befragt wurden etwa 20.000 Personen, die in Deutschland leben und zum Erhebungszeitpunkt mindestens 15 Jahre alt waren. Hierfür wurden alle auf Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe gezogenen Personen schriftlich zur Teilnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Surveys wurde eine repräsentative Stichprobe von N=24.824 Personen in 2 Wellen mittels standardisierter Verfahren umfänglich zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen befragt. Die Fragebögen konnten online (Self-administered Questionnaire-Web SAQ-Web) oder postalisch per paper-pencil (SAQ-Paper) bearbeitet werden. Der Teilnehmerflow für die Gesamtstichprobe ist in Tabelle 1 abgebildet. Die Responserate wurden nach den Standards der der American Association of Public Opinion Research (AAPOR, 2016) berechnet. Von den 24.824 erhobenen Fragebögen wurden 11.253 via SAQ-Web (45,3 %) und 13.571 via SAQ-Paper (54,7 %) erhoben. Die Responserate 1 (Anzahl bearbeiteter Fragebögen geteilt durch alle kontaktierten Personen inkl. derjenigen mit unbekannter Verfügbarkeit) betrug 27,6%, die Verweigerungsrate betrug 6,7%. Die Verweigerungsrate ergibt sich aus der Anzahl aller Personen, die eine Interviewteilnahme ablehnten oder das Interview abbrachen. Eine detaillierte Erhebung der Ausschöpfung nach Altersgruppen und Geschlecht findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 1: Teilnehmerflow der GEDA-Studie

	N	%
Gesamtstichprobe	92.771	100
Nicht eligibel (NE)	2.802	3
Adjustierte Gesamtstichprobe	89.969	100
Vollständige Interviews (I)	24.824*	27,6
Eligibel, Nicht-Interviewt		
Verweigerung oder Abbruch (R)	6.041	6,7
Kein Kontakt (NC)	65	0,1
Andere Gründe (O)	1.260	1,4
Eligibilität unbekannt, Nicht-Interviewt		
Person oder Adresse unbekannt	57.669	64,1
Unbekannte Sonstige	110	0,1

*11.253 SAQ-Web und 13.571 SAQ-Paper-Interviews

Tabelle 2: Responseraten stratifiziert nach Altersgruppen und Geschlecht.

Altersgruppe	Männer		Frauen		Gesamtstichprobe	
	N	Response (%)	N	Response (%)	N	Response (%)
15-17	397	24,5	437	27,4	834	25,9
18-24	951	22,4	1396	35,0	2347	28,5
25-34	1322	22,7	1800	32,1	3122	27,3
35-44	1603	21,1	2183	28,8	3786	25,0
45-54	2372	26,3	2897	32,2	5269	29,2
55-64	1693	30,1	1980	33,2	3673	31,7
65-74	1692	35,4	1692	31,9	3384	33,6
>= 75	1226	25,9	1183	15,7	2409	19,7
15+	11256	25,9	13568	29,2	24824	27,6
18+	10859	26,0	13131	29,2	23990	27,7

Die Daten erlauben eine Abschätzung der Prävalenz und der gesundheitlichen Beeinträchtigungen Angehöriger Suchtkranker bei Kontrolle auf weitere Basismerkmale. Aus Datenschutzgründen war die Rekrutierung von Studienteilnehmern der GEDA-Studie für die vertiefende qualitative Befragung nicht möglich, die Daten liefern jedoch Hinweise auf das gesellschaftliche Ausmaß der in den qualitativen Interviews gefundenen Ergebnisse.

2.2.2. BEPAS-Studie

Rekrutierung in der Suchtberatung und Selbsthilfe

Mit Unterstützung von Vertretern unterschiedlicher Verbände aus der Selbsthilfe und der Suchtberatung konnten gezielt Angehörige Suchtkranker kontaktiert und rekrutiert werden. Durch die Rekrutierung von Angehörigen über das Suchthilfesystem sollte geprüft werden, inwieweit sich in Deutschland vergleichbare Muster wie in den internationalen Studien auffinden lassen. Die Stichprobenziehung erfolgte konzeptgeleitet, d.h. in einem ersten Schritt wurde auf eine weitreichende Heterogenität der Stichprobe hinsichtlich Verwandtschaftsverhältnis und Art der Abhängigkeitserkrankung geachtet. Im Sinne des „Theoretical Sampling“ nach der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 2008) erfolgte hinsichtlich der Suchtform und der Beziehungskonstellation ein Rekrutierungsstopp, sobald ausreichend PB einer Subgruppe rekrutiert wurden. Mit Hilfe der Kooperationspartner konnten gegebenenfalls bestimmte noch unzureichend rekrutierte Subgruppen (z.B. männliche PB) gezielt angesprochen werden.

An der Rekrutierung beteiligten sich folgende Kooperationspartner: Bundesverband der Eltern suchtfährdeter und suchtkranker Kinder e.V., Bundesverband der Guttempler, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Gesamtverband für Suchthilfe e.V., Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS) sowie seine Mitgliedsverbände Blaues Kreuz in Deutschland e.V. (BKD), Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Bundesverband e.V. (BKE), Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e.V. (FKSH), Suchtberatungsstelle der Diakonie Lübeck, Anonyme

Drogenberatungsstelle der AWO Lübeck und die Frauensuchtberatung Kiel (Versorgungszentrum für Angehörige).

Proaktive Rekrutierung in Arztpraxen und im Krankenhaus

In drei Lübecker Gemeinschaftspraxen und dem Universitätsklinikum Lübeck fand über je acht Wochen ein proaktives Screening aller konsekutiver Patienten statt. Dadurch konnte eine annähernd repräsentative Teilstichprobe unbehandelter Angehöriger erwartet werden, da zumindest 80% der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren mindestens einmal pro Jahr einen Allgemeinarzt aufsucht (Rattay et al., 2013). Darüber hinaus war es auf diesem Weg möglich, Angehörige Suchtkranker zu rekrutieren, die bis dahin noch keinen Kontakt zum Suchthilfesystem hatten. Es nahmen Patienten der ambulanten und stationären primärmedizinischen Versorgung im Alter von 18-64 Jahren teil. In den Arztpraxen wurden nur Patienten mit Arztkontakt einbezogen, Rezeptabholer und Begleitpersonen wurden nicht erfasst. Die Patienten wurden in den Wartezimmern angesprochen. Bei der Rekrutierung im Krankenhaus wurden nur neu aufgenommene Patienten erfasst. Die PB wurden in ihren Patientenzimmern aufgesucht und angesprochen. Im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Aerial-Studie (Addiction: Early Recognition and Intervention Across the Lifespan) wurden alle Patienten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren gebeten, an einem Gesundheitsscreening teilzunehmen. Dieses Screening beinhaltete neben den für die BEPAS-Studie relevanten Fragen auch Aspekte zum allgemeinen Gesundheitsverhalten. Der Rekrutierungsflow ist in Abbildung 2 dargestellt. Allen teilnahmebereiten Patienten wurde ein iPad übergeben und die Handhabung erklärt. Patienten, die für die BEPAS Studie in Frage kamen, bekamen das Projekt erklärt, Informationsmaterialien ausgehändigt und wurden um Teilnahme gebeten. Außerdem wurden Kontaktdaten und eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt und die entsprechende Teilnehmer-ID vermerkt.

Von den 1.244 Patienten, die für das Screening vorgesehen waren, konnten bei 1004 Patienten Screeningdaten mit vollständigen Angaben genutzt werden. Unter den 1004 Patienten befanden sich 115 (11,5%), die für die Studie in Frage kamen. Von den 115 Personen erklärten sich 62 Personen bereit, an der BEPAS-Studie teilzunehmen (Teilnahmerate 54%). Von den 62 teilnahmebereiten Personen konnte mit 33 Personen die Teilnahme realisiert werden. Bei einem PA, mit dem das Interview realisiert werden konnte, fehlen die Screeningdaten. Deshalb sind in der folgenden Abbildung lediglich 33 und nicht 34 realisierte Interviews vermerkt.

Die 29 nicht realisierten Teilnahmen lassen sich folgendermaßen unterteilen: 1.) 17 Ausfälle, die entweder nicht erreicht wurden oder bei telefonischem Kontakt die Einverständniserklärung widerrufen haben und 2.) 12 Ausfälle aufgrund nicht erfüllter Teilnahmekriterien. Die nicht erfüllten Teilnahmekriterien beziehen sich auf Fälle, bei denen im ersten Telefonat festgestellt wurde, dass die PB zu wenig Kontakt zum Suchtkranken hatten, die Suchtproblematik länger als 12 Monate zurücklag oder unklar war, ob überhaupt eine ernsthafte Suchtproblematik bestand.

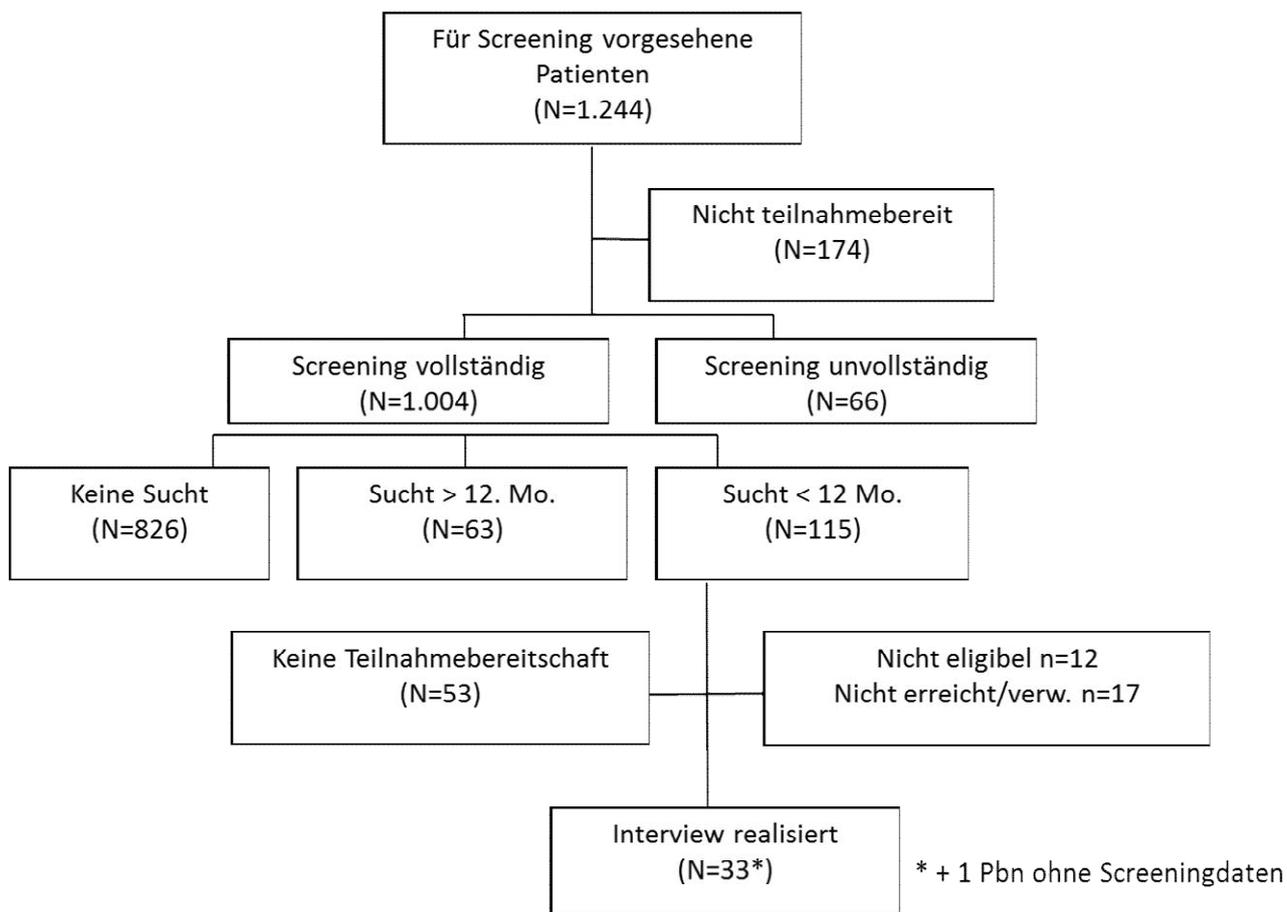


Abbildung 2: Flowchart der proaktiven Rekrutierung

Studienablauf

Mit allen potentiellen PB wurde vor Studienteilnahme ein kurzes Telefonat geführt. In dem Gespräch wurden die Teilnahmevoraussetzungen nochmals überprüft und erste Informationen zur Beziehungskonstellation und der Suchtproblematik erfragt. Darüber hinaus konnte auf erste Fragen und Sorgen (z.B. bzgl. der Datenschutzbestimmungen) eingegangen werden und ggf. wurden allgemeine Projektinformationen und Ziele der BEPAS-Studie erläutert. Im Anschluss wurde ein Interviewtermin vereinbart. Die Interviews fanden bei den PB zuhause, in den kooperierenden Selbsthilfeeinrichtungen oder in den Räumlichkeiten des Universitätsklinikums in Lübeck statt. Aufgrund der Kooperation mit Selbsthilfeverbänden auf bundesweiter Ebene fanden die Gespräche mit RA weitestgehend außerhalb Lübecks statt. Die PB aus dem Lübecker Raum bevorzugten für das Interview überwiegend die Räumlichkeiten des Universitätsklinikums. Die Interviews fanden immer zu zweit ohne den IP statt.

Zunächst wurden die PB gebeten, eine schriftliche Einverständniserklärung zu unterzeichnen. Die PB hatten dies bereits in den Arztpraxen bzw. dem Krankenhaus ausgefüllt. Zur Verbesserung der Ausschöpfung der PB wurde diesen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 50€ angeboten. Alle PB erhielten Informationsblätter mit allgemeinen Hinweisen zum Projekt und zum Datenschutz.

Zu Beginn des Gesprächs erfragte der Interviewer anhand der ersten Seiten des Fragebogens soziodemographische Daten und allgemeine Informationen zur Suchtproblematik. Diese Hintergrundinformationen erwiesen sich als hilfreich im Hinblick auf das sich anschließende vertiefende Interview. Die Interviews wurden stichwortartig protokolliert und mittels Diktiergerät aufgezeichnet. Nach Beendigung des Interviews wurden die PB gebeten, die restlichen Seiten des Fragebogens auszufüllen. Durchschnittlich dauerte das Interview etwa 90 Minuten und die Bearbeitung des Fragebogens 30 Minuten. Im Anschluss wurde vom Interviewer innerhalb von 24 Stunden ein Interviewprotokoll angefertigt.

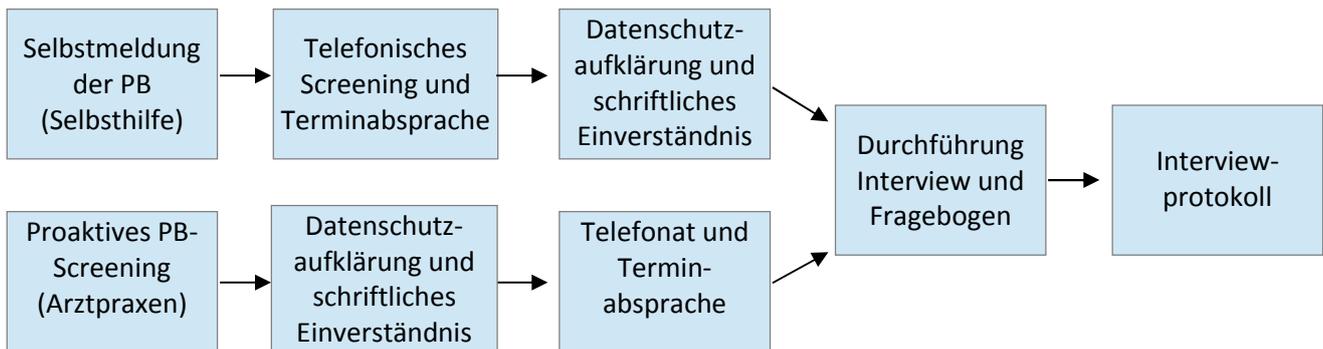


Abbildung 3: Ablauf der BEPAS-Studie

2.3. Datenerhebung

2.3.1. Fragebogen

Aufgrund der Erweiterung der Fragestellung gegenüber den Vorgängerstudien und zwecks Herstellung eines Referenzmodells mit den GEDA-Daten wurden Kernmerkmale der Angehörigen (eigene Herkunft aus Familie mit Suchtproblemen, Größe der Familie, sozioökonomischer Status) sowie Hintergrund und Ausprägung des Suchtproblems ergänzend mit standardisierten Verfahren erhoben. Der Fragebogen wurde überwiegend auf Basis bereits existierender Fragebögen konzipiert. Bei der Auswahl der Erhebungsinstrumente orientierte sich BEPAS an den Angehörigenstudien von Orford und Kollegen (Orford, Templeton, et al., 2005). Die eingesetzten Verfahren umfassen neben soziodemographischen Fragen den Kurzfragebogen für suchtbelastete Familienmitglieder (SQFM-AA), der eine Kurzversion verschiedener validierter Fragebögen zu Angehörigen von Suchtkranken darstellt. Weiterhin wurden Fragen zum Gesundheitsverhalten, zum Suchtmittelkonsum, zu psychischer Gesundheit und zu sozialer Unterstützung des Angehörigen gestellt, die in Absprache mit dem Robert-Koch-Institut der GEDA-Erhebung (Robert Koch Institut, 2015) entnommen sind. Dadurch konnten aktuelle Vergleichsdaten zur Allgemeinbevölkerung gewonnen werden. Darüber hinaus wurden Erwartungen an das Hilfesystem und Hilfe-Bedürfnisse der Angehörigen anhand eines Fragebogens erhoben, der im Rahmen eines Community Reinforcement and Family Training-Projektes (CRAFT) entwickelt wurde

(Bischof, Iwen, & Rumpf, 2013). Die einzelnen Verfahren wurden zu einem Gesamtfragebogen auf 18 Seiten mit insgesamt 117 Items zusammengestellt. Alle Fragebögen wurden von zwei Mitarbeitern doppelt eingegeben und anschließend mittels Kreuztabellierung auf Übereinstimmung überprüft. Bei Abweichungen erfolgte eine Überprüfung und Korrektur anhand der Originalfragebögen. Tabelle 3 bietet eine Übersicht der erhobenen Konstrukte und dazugehörigen Erhebungsverfahren. Im Anschluss folgt eine Kurzbeschreibung der einzelnen Fragebögen.

Tabelle 3 Erhobene Konstrukte und verwendete Fragebogenverfahren

Konstrukt	Fragebogen	Items	BEP AS	GED A
Soziodemographische Daten	Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Familienstand, Anzahl Kinder, Schulabschluss, Erwerbstätigkeit, Ausbildung, Einkommen	31	X	X
Suchtmittelkonsum Angehöriger	Substanztyp	1	X	X
	Dauer der Substanzproblematik	1	X	
	Dauer des Wissens über die Problematik	1	X	
	Inanspruchnahme professioneller Hilfen (+ ggf. Art der Hilfen)	2	X	
Charakteristika suchtbelasteter Familienmitglieder	Kurzfragebogen für suchtbelastete Familienmitglieder (SQFM-AA; Buchner, Koytek, Fischer, Wodarz, & Wolstein, 2016)	33	X	
Hoffnung in Bezug auf die Zukunft	Hopefulness–Hopelessness Scale (HOPE; Orford, Templeton, et al., 2005)	10	X	
Lebenszufriedenheit	10-stufige Likertskala	1	X	X
Gesundheitszustand	5-stufige Likertsskala	1	X	X
Eigener Suchtmittelkonsum	Anzahl Zigaretten/Tag Alkohol: Menge + Frequenz	8	X	X
Inanspruchnahme von Hilfe	Häufigkeit Haus-, Facharzt, Physio-, Psychotherapeut, Krankenhausaufenthalte	4	X	X
Psychische Gesundheit	Fragebogen zur psychischen Gesundheit (PHQ-8; Kroenke et al., 2009)	8	X	X

Tabelle 3 ff. Erhobene Konstrukte und verwendete Fragebogenverfahren

Erwartungen und Bedürfnisse	Behandlungsmotive Angehöriger Suchtkranker (BEMAS; Bischof et al., 2013)	15	X	
Soziale Unterstützung	Oslo-3-Items-Social-Support Scale (OSSS; Dalgard et al., 2006; Kocalevent & Brähler, 2014)	3	X	X
Selbstwirksamkeit	Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала (ASKU; Beierlein, Kovaleva, Kemper, & Rammsted, 2012)	3	X	X

Soziodemografische Daten

Die Erfassung der soziodemografischen Daten beinhaltete Informationen zum Alter, zum Geschlecht, zur Staatsangehörigkeit, zum Migrationshintergrund, zum Familienstand, zur häuslichen Umgebung, zum höchsten erreichten Bildungsabschluss, zur Erwerbstätigkeit, zur Beziehung zum IP und zu Charakteristika der Suchtproblematik. Die Items wurden aus der GEDA-Befragung übernommen und ergänzt.

Migrationshintergrund wurde kodiert, wenn Angehörige keine deutsche Staatsangehörigkeit besaßen oder wenn ein Elternteil oder die teilnehmenden Angehörigen nicht in Deutschland geboren wurden (Statistisches Bundesamt, 2014).

Bildungsabschluss wurde für die Auswertung dichotomisiert in Erreichung eines Realschulabschlusses oder eines höheren Schulabschlusses. Die Suchtproblematik des IP wurde erfragt für Alkohol, Cannabis, andere illegale Drogen, Medikamente, pathologisches Glücksspiel oder „Sonstiges“ mit nachträglicher Spezifikation. Die Analyse der Freitextangaben ergab, dass unter „Sonstiges“ meist multipler Konsum illegaler Substanzen kodiert wurde. Für die weitere Analyse wurde die Suchtproblematik deshalb gruppiert in singuläre Abhängigkeit (Alkohol, Cannabis, Medikamente, Pathologisches Glücksspiel) sowie in kombinierte Abhängigkeit (mindestens zwei Substanzen).

Als Beziehung zum IP konnte Partnerschaft, Elternteil, Kind, Geschwister sowie Verwandte 2. oder 3. Grades angegeben werden. Die Beziehungsarten wurden in der Auswertung gruppiert in Eltern, Partner und Sonstige.

Subjektiver Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit

Der Gesundheitszustand („Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“) der Angehörigen wurden mittels einer 5-stufigen Likertskala von „Ausgezeichnet“ bis „Schlecht“ erfasst. Höhere Werte entsprechen demnach einem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand. Lebenszufriedenheit („Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?“) wurde mittels einer 10-stufigen Likertskala von „Überhaupt nicht zufrieden“ bis „Sehr zufrieden“ erfasst; höhere Werte stehen für eine höhere Lebenszufriedenheit.

Eigener Suchtmittelkonsum

Bezüglich des eigenen Suchtmittelkonsums wurden die Angehörigen nach Tabakkonsum und detailliert nach Alkoholkonsum befragt. Fragen zu Tabakkonsum beinhalteten den aktuellen Rauchstatus, die Anzahl täglich gerauchter Zigaretten und die Dauer zwischen dem Aufstehen und der ersten Zigarette aus dem Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND; Fagerström & Schneider, 1989). Alkoholkonsum in den vergangenen 12 Monaten wurde mittels des Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption (AUDIT-C; Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998) differenziert nach durchschnittlichem Konsum an Werktagen und Wochenende sowie die Frequenz des Konsums von mindestens 6 alkoholischen Getränken zu einer Trinkgelegenheit erfasst.

Inanspruchnahme medizinischer Hilfen

Bei Fragen zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems wurde zunächst gefragt, wann der Angehörige zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt aufgesucht hat, anschließend wurde die Häufigkeit der Arztbesuche in den letzten vier Wochen und 12 Monaten abgefragt. Dieselben Fragen erfolgten für die Konsultation eines Facharztes. Darüber hinaus wurden Termine bei einem Physiotherapeuten, Psychologen und Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten erfasst. Auch die Medikation der Angehörigen wurde dokumentiert.

Kurzfragebogen für suchtbelastete Familienmitglieder (SQFM-AA)

Die deutschsprachige Version des SQFM-AA („Short Questionnaire for Family Members – affected by Addiction“) erfasst die Belastungen, Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung von Angehörigen Suchtkranker (Buchner et al., 2016). Die englischsprachige Version basiert auf den Fragebögen „Family Member Impact“ (FMI) und „Coping Questionnaire“ (CQ) (Orford, Templeton, Velleman, & Copello, 2010), dem „Symptom-Rating-Test“ (SRT; Kellner & Sheffield, 1973) und der „Alcohol, Drugs and the Family Social Support Scale“ (ADF SSS; Toner & Velleman, 2014). Es liegen unterschiedliche Versionen für Alkohol/Drogen und Glücksspiel vor. Der Fragebogen besteht aus 33 Items, die sich in elf Unterskalen mit jeweils drei Fragen aufteilen lassen. Zwei Unterskalen bilden den Einfluss der Suchterkrankung ab (besorgniserregendes Verhalten, aktive Störung), vier die Bewältigungsstrategien (involviert-emotional, involviert-bestimmt, tolerant-akzeptierend, zurückziehend-eigenverantwortlich), zwei Unterskalen Symptome der Angehörigen (psychisch, physisch) und drei die soziale Unterstützung (hilfreich informell, hilfreich formell, nicht hilfreich informell). Neben den Unterskalen kann auch ein Wert für die Gesamtbelastung berechnet werden. Cronbachs α liegt zwischen 0.61 bis 0.95 und kann somit als akzeptabel bis sehr gut eingestuft werden (Buchner et al., 2016). In der Faktorenanalyse lässt sich durch eine 9-Faktoren-Lösung 69 % der Varianz aufklären. Laut Buchner und Kollegen (2016) ist der Fragebogen aufgrund der oben genannten Gütekriterien in der Lage, wichtige Bereiche für die Beratung und Therapie von Angehörigen zu identifizieren und damit auf den Unterstützungsbedarf der Angehörigen aufmerksam zu machen.

Die Hopefulness–Hopelessness Scale (HOPE)

Die Skala „Hopefulness–Hopelessness“ (HOPE) wurde von Orford und Kollegen (2005) aus einer längeren Version von Micallef (1995) abgeleitet. Sie umfasst zehn Items, welche die Hoffnung der Angehörigen in Bezug auf die Zukunft des Suchtkranken abfragen, von denen 5 Items invers gepolt sind und vor der Berechnung eines Summenscores umgepolt werden müssen. Die Bearbeitung erfolgt auf einer 5-stufigen Likertskala mit den Ausprägungen „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme sehr zu“. Die Skala weist ein Cronbach's Alpha von .86 auf, was als sehr gut eingeschätzt werden kann. Mit Hilfe von Korrelationsanalysen überprüften Orford und Kollegen (2010), ob die HOPE-Skala ein eigenständiges Konstrukt darstellt oder nur das Fehlen von Belastungen misst. Da diese signifikant mit der „Symptom-Rating-Test“ Skala korreliert, gehen die Autoren von einem eigenständigen Konstrukt aus, das mittels der HOPE-Skala gemessen werden kann. Die Punktwerte aller Items wurden zu einem Gesamtwert aufaddiert, der zwischen 10 und 50 liegt; höhere Werte zeigen ein höheres Ausmaß an Hoffnung an.

Fragebogen zur psychischen Gesundheit (PHQ-8)

Der „Fragebogen zur psychischen Gesundheit“ (PHQ-8) ist die deutsche Version des „Eight-Item Patient Health Questionnaire“ (Spitzer, Kroenke, Williams, & Patient Hlth Questionnaire, 1999). Er wurde zur Erfassung einer klinisch relevanten Depression eingesetzt. Er besteht aus acht Items, die den DSM-V Kriterien entsprechen (American Psychiatric Association, 2013). Lediglich das neunte Kriterium zu wiederkehrenden Gedanken an den Tod oder Suizid wurde nicht berücksichtigt. Da die Ergebnisse von Validierungsstudien für die Versionen PHQ-8 und PHQ-9 sehr ähnlich waren, konnte laut Kroenke und Spitzer (2002) auch die kürzere Version verwendet werden. Mittels PHQ-8 wurde die Anzahl der Tage in den letzten zwei Wochen, an denen Patienten bestimmte depressive Symptome verspürten, erfragt. Die Items wurden in einer 4-stufigen Likertskala von 0 bis 3 erfasst. Die Punktwerte aller Items wurden zu einem Gesamtwert aufaddiert, der zwischen 0 und 24 liegen konnte. Mit Hilfe des PHQ-8 konnte eine Depression entweder über einen Algorithmus oder den Cut-Off Wert ≥ 10 definiert werden. Letzteres Vorgehen wies eine Sensitivität und Spezifität von 88% für eine Major Depression auf und wird in dieser Arbeit verwendet.

Behandlungsmotive Angehöriger Suchtkranker (BEMAS)

Um die Behandlungsmotive von Angehörigen Suchtkranker zu ermitteln, wurde der Fragebogen Behandlungsmotive Angehöriger Suchtkranker BEMAS eingesetzt, der in einer Studie zum Community Reinforcement and Family Training CRAFT entwickelt wurde (Bischof et al., 2013). Zunächst wurden den Teilnehmern 24 Items vorgelegt, welche die Behandlungsmotivation erfassten. Diese wurden anschließend faktorenanalytisch überprüft. Es konnten drei Faktoren generiert werden, die auf 15 verbliebenen Items basierten. Der erste Faktor „Selbstfürsorge“ erzielte ein Cronbach's Alpha von 0.88. Der zweite Faktor „Inanspruchnahme“ beinhaltete Ziele der Angehörigen, kommunikative Kompetenzen zu erlernen und den Suchtkranken zu einer Therapie zu motivieren. Dieser Faktor wies ein Cronbach's Alpha von 0.66 auf. Der dritte Faktor „Trinkmengenreduktion“ erzielte ein Cronbach's Alpha von 0.60 und umfasste Versuche der

Angehörigen aktive Bewältigungsmechanismen zu erlernen, um somit eine Reduktion der Trinkmenge zu erreichen. Ferner wurde die prädiktive Validität überprüft. Es zeigte sich, dass der Faktor „Inanspruchnahme“ prädiktiv für den Beginn einer Behandlung der suchtkranken Angehörigen in einem 12- Monatszeitraum war. Einschränkend sei auf die geringe interne Konsistenz der Skala „Trinkmengenreduktion“ hingewiesen, die möglicherweise durch eine größere Stichprobe verbessert werden könnte (Bischof et al., 2013).

Die Oslo-3-Items-Social-Support Scale.

Mithilfe der „Oslo-3-Items-Social-Support Scale“ konnte die wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung von Personen ermittelt werden (Dalgard et al., 2006; Kocalevent & Brähler, 2014). Die Skala besteht aus drei Fragen, welche die Anzahl enger Freunde, die Anteilnahme von Freunden am eigenen Leben und den Zugang zu Hilfeleistungen aus dem nahen Umfeld beinhaltet. Die Punktwerte für die drei Fragen wurden zu einem Gesamtwert addiert. Ein Wert zwischen 3 bis 8 gilt als gering, 9 bis 11 als mittel und 12 bis 14 als hoch.

Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)

Mit der „Allgemeinen Selbstwirksamkeit Kurzskala“ (ASKU) konnte die Erwartung einer Person an die eigene Handlungskompetenz überprüft werden (Beierlein et al., 2012). Die Skala besteht aus drei Items, die auf einer fünfstufigen Likertskala mit den Endpunkten „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“ bewertet wird. Die individuelle Ausprägung einer Person wird durch den Mittelwert der drei Items bestimmt. Dieser variierte somit zwischen 1 und 5. Als Maß für die Reliabilität berechneten Beierlein und Kollegen (2012) den Koeffizienten McDonald (ω). Die Reliabilität der drei Items liege demnach zwischen .81 und .86 und könne als ausreichend angesehen werden. Die Validität wurde anhand von drei Stichproben empirisch überprüft. Die Ergebnisse belegten die einfaktorielle Struktur der Skala und die theoretischen Annahmen zu Korrelationen des ASKU mit anderen Konstrukten (Beierlein et al., 2012). Mit dem ASKU ist somit eine reliable, valide und ökonomische Messung der Selbstwirksamkeitserwartung möglich.

2.3.2. Qualitatives Interview

Belastungsfaktoren und Unterstützungsbedarfe wurden in vertiefenden qualitativen halbstrukturierten Interviews erhoben. Der 4-seitige Interviewleitfaden (vgl. Anhang) orientierte sich dabei an internationalen Vorgängerstudien zur Situation Angehöriger (Orford, Natera, et al., 2005; Orford, Templeton, et al., 2010) und deckte die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf den Angehörigen, Bewältigungsversuche von Angehörigen, psychosoziale Belastungen, informelle und formelle Ressourcen sowie eine Gesamtbewertung und Erwartungen hinsichtlich der Zukunft ab. Der von Orford und Kollegen konzipierte Interviewleitfaden führte in den Vorgängerstudien zu Interviewlängen von bis zu 12 Stunden. Für die BEPAS-Studie wurde der Leitfaden auf eine angestrebte Interviewlänge von 90-120 Minuten gekürzt und hinsichtlich Unterstützungsbedarfen außerhalb informeller sozialer Netzwerke sowie wahrgenommener Möglichkeiten der Verbesserung von Zugangswegen ergänzt. Der Interviewleitfaden wurde nach einer Pretestphase

im Rahmen eines Expertenworkshops mit Vertretern verschiedener Suchtselbsthilfeverbände optimiert. Analog zu dem Vorgehen der Arbeitsgruppe von Orford und Kollegen war bei der Interviewdurchführung eine empathische Gesprächsführung zentral. Themenfelder der Angehörigen wurden aufgegriffen und vertieft, bis sich die Bedeutung des Gesagten vollständig und deutlich hervortat. Zudem sollten Themenfelder wann immer möglich mit konkreten Beispielen veranschaulicht werden.

Die modifizierte Form des Interviewleitfadens beinhaltete fünf übergeordnete Themenfelder. Zu Beginn des Interviews wurde relativ knapp die Suchtproblematik des IP beleuchtet. Dabei ging es darum spezifische Aspekte des Suchtverhaltens zu erfragen, wie beispielsweise Art, Dauer, Häufigkeit und Verlauf des Suchtverhaltens. Bei aktuell schwach ausgeprägtem Suchtverhalten wurde die letzte typische Konsumphase erfragt. Im Anschluss wurde vertiefend die Belastungssituation des Angehörigen thematisiert. Dabei ging es vor allem um Beeinträchtigungen des Familien- und Soziallebens, der finanziellen Situation, des gesundheitlichen Wohlbefindens und um Belastungen auf affektiv-kognitiver Ebene. Ziel war es, einen Einblick in die Gefühlswelt und Sorgen des Angehörigen zu bekommen, um zu verstehen, welche Dinge als besonders belastend erlebt wurden. Das dritte Themenfeld des Leitfadens bezog sich auf den Umgang des Angehörigen mit der Suchtproblematik des IP. An dieser Stelle war es wichtig, einen möglichst vollständigen Überblick der Bewältigungsversuche und der damit einhergehenden Reaktionen des IP zu erhalten. Es wurde erfragt, welche Copingstrategien der Angehörige als besonders hilfreich empfunden hat und inwieweit sich der Umgang über die Zeit verändert hat. Dabei wurden Einstellungen, Haltungen, Gefühle und Verhaltensweisen in Bezug auf die Sucht erfasst. Anschließend wurde auf Ressourcen und Unterstützungsfaktoren der Angehörigen eingegangen. Dabei wurde erhoben, inwieweit Personen aus dem persönlichen Umfeld unterstützend wirkten und welche weiteren Faktoren dem Angehörigen Kraft geben. Zum Ende des Interviews wurden die Unterstützungsbedarfe und Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe thematisiert. Zum einen wurde über die bereits in Anspruch genommene Hilfe (z.B. Selbsthilfegruppen und Suchtberatung) gesprochen, zum anderen über Wünsche und Erwartungen, die der Angehörige mit Blick auf das Suchthilfesystem hat. Außerdem ging es darum zu ergründen, welche Faktoren den Angehörigen möglicherweise daran hindern, den Weg ins Hilfesystem zu gehen. Tabelle 4 gibt einen Überblick der Kategorien und der dazugehörigen Inhalte des Interviewleitfadens.

Die Interviews wurden während der Durchführung mit Stichworten protokolliert und aus Gründen der Qualitätskontrolle mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Analog zum Vorgehen der Alcohol, Drugs and the Family Research Group wurde innerhalb von 24 Stunden nach Interview ein i.d.R. 2-seitiges Protokoll des Interviews erstellt. Auf eine komplette Transkription der Interviews wurde analog zu den Studien von Orford und Kollegen (2005) verzichtet, da der informationelle Mehrwert durch diesen zusätzlichen Aufwand als vergleichsweise gering angesehen wurde. Vielmehr wurde bei der Berichterstellung ein Fokus auf das Dokumentieren konkreter Beispiele und wörtlicher Zitate gelegt, um die Belastungssituation Angehöriger möglichst plastisch zu veranschaulichen. Die Vergleichbarkeit der Interviewdurchführung zwischen den 6 Interviewern wurde insbesondere während der Pilotphase durch regelmäßige Supervision unter Einbeziehung der Tonaufnahmen sichergestellt. Die Auswertung und Modellbildung erfolgte in einem iterativen

Gruppenprozess nach der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 2008). Nach einer Pilotphase mit 10 PB zur Überprüfung der Praktikabilität des Interviews wurde der Interviewleitfaden im Austausch mit Vertretern der Selbsthilfe und externen Experten auf Vollständigkeit der vorgegebenen Kategorien geprüft.

Tabelle 4 Themenfelder und spezifische Themen des Interviewleitfadens

Themenfeld	Spezifische Themen
Suchtproblematik	<ul style="list-style-type: none"> • Art der Sucht • Menge / Häufigkeit / Muster des Konsumverhaltens • Orte des Konsumverhaltens • Finanzielle Kosten des Konsumverhaltens • Quellen / Beschaffung der Suchtmittel • Entwicklung des Suchtverhaltens • Inanspruchnahme professioneller Hilfe des IP • Konsumverhalten des Angehörigen
Auswirkungen / Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Auswirkung auf das Zusammenleben mit dem IP • Auswirkung auf das Familienleben • Auswirkung auf das Sozialleben • Auswirkung auf Finanzen / Lebensstandard • Scham- und Schuldgefühle • Auswirkung auf das gesundheitliche Wohlbefinden • Auswirkungen auf andere Familienmitglieder • Auswirkung auf das Konsumverhalten (des Angehörigen) • Zusatzbelastungen
Umgang / Coping	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Bewältigungsversuche des Angehörigen • Haltungen / Einstellungen des Angehörigen gegenüber IP • Konkrete Verhaltensweisen hinsichtlich der Sucht • Geeignete vs. ungeeignete Copingstrategien • Entwicklung der Bewältigungsversuche
Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützende Faktoren des Angehörigen • Unterstützung durch Mitglieder des Haushaltes • Unterstützung durch andere Bezugspersonen • Unterstützung durch lokale Aspekte
Bedarfe / Barrieren	<ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahme professioneller Hilfe des Angehörigen • Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe • Die Bedeutung von Stigmatisierung • Wünsche / Erwartungen an das Hilfesystem

Nachdem die ersten 10 Probandeninterviews geführt und ausgewertet wurden (Pretestphase) fand im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Berlin ein Expertenworkshop mit Vertretern des Gesamtverbandes für Suchthilfe e.V. sowie der Suchtselbsthilfe-Verbände des Blauen Kreuzes in Deutschland e.V., der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V., der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V., der Guttempler und des Kreuzbundes e.V. statt. Im Rahmen des Workshops wurden die Pretestergebnisse vorgestellt, und der für die

Interviews konzipierte Interviewleitfaden diskutiert und ergänzt. In einem zweiten in gleicher Zusammensetzung realisierten Expertenworkshop im Februar 2017 wurden nach Abschluss der Auswertung die Projektergebnisse vorgestellt. In einer Gruppenarbeit wurden Möglichkeiten zur Implementierung der Ergebnisse in die Praxis diskutiert.

2.3.3. Andere Datenquellen

Fokusgruppen

Ein weiterer Zugang zur Analyse der Zugangswege bestand in der Durchführung von Fokusgruppen in Form von Experteninterviews. Es fanden drei Fokusgruppen mit Vertretern des medizinischen und psychosozialen Behandlungssystems statt. Dazu gehörten Suchtberaterinnen der Vorwerker Diakonie, Mitarbeiter der Erwachsenenhilfe, der Betreuungsstelle und der Alkoholberatung bzw. des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes sowie Mitarbeiter der AWO-Drogenberatungsstelle. Die Fokusgruppe mit der AWO fand in den Räumlichkeiten des Uniklinikums, die beiden anderen in den jeweiligen Einrichtungen in Lübeck statt. In den Interviews sollten wahrgenommene strukturelle Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten in der Arbeit mit Angehörigen erfasst werden. Die Interviews wurden in Kleingruppen mit je 2 Mitarbeitern des BEPAS-Projektes und 2-6 Vertretern aus dem Suchthilfesystem durchgeführt und folgten thematisch einem Interviewleitfaden mit folgenden Leitfragen:

1. Mit welchen Angehörigen haben Sie zu tun? (Art der Beziehung)
2. Wann kommen die Angehörigen zu Ihnen bzw. wie lange besteht die Suchterkrankung zu diesem Zeitpunkt? Wie könnte Ihrer Meinung nach das Aufsuchen von Hilfen beschleunigt werden?
3. Was sind aus Ihrer Sicht die Bedarfe der Patienten bzw. wovon profitieren Angehörige am meisten?
4. Was erleben Sie als hilfreich in der Behandlung Angehöriger, was ist schwierig?
5. Welche weitergehenden Behandlungsangebote gibt es vor Ort für Angehörige und wie gut sind diese zugänglich? Welche Behandlungsangebote wären darüber hinaus notwendig?

Die Fokusgruppen wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und von zwei unabhängigen Ratern ausgewertet. Vorab mussten alle Teilnehmer eine Einverständniserklärung bzgl. Aufzeichnung, Auswertung und Speicherung der erhobenen Daten unterzeichnen. Die Anonymität aller Teilnehmer wurde nach den Richtlinien des Universitätsklinikums Lübeck eingehalten.

Angehörigen-Chat

Im Rahmen eines Beitrages der Sendung Stern-TV auf RTL wurde der BEPAS-Projektleiter Dr. Gallus Bischof als Experte in eine Gesprächsrunde zum Thema Sucht und Angehörige eingeladen. Der Titel des Beitrages lautete „Alkoholismus und Co-Abhängigkeit: Die Verbündeten der Sucht“ (Sendedatum 26.10.2016). Im Anschluss an die Gesprächsrunde beantwortete Dr. Bischof in einem

Live-Chat Anliegen und Fragen der Zuschauer zum oben genannten Thema. Die gesammelten Chat-Anfragen der Zuschauer konnten für die BEPAS-Studie als zusätzliche Datenquelle verwendet werden. Insgesamt wurden 476 Chat-Beiträge Angehöriger für das Projekt genutzt und ausgewertet.

2.4. Datenauswertung

2.4.1. Quantitative Auswertung

Die quantitative Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS 22.0. In Abhängigkeit von der Datengrundlage wurden bei Gruppenvergleichen innerhalb der BEPAS-Stichprobe zunächst Chi²-tests und T-Tests bzw. ANOVAS gerechnet. Aufgrund der Nichtrepräsentativität der BEPAS-Stichprobe wurden zusätzlich bei den Subgruppenanalysen potentielle Confounder mittels multivariater Verfahren statistisch kontrolliert. Kategoriale Variablen wie Beziehung zum IP oder Art der Abhängigkeit wurden hierfür zu dichotomen Dummy-Variablen umkodiert (z.B. Beziehungsart Eltern Ja/Nein; Abhängigkeitsform ausschließlich Alkohol Ja/Nein). Für die multivariate Analyse wurden bei bivariaten Vergleichen logistische Regressionsanalysen, bei mehr als zwei Gruppen multinomiale logistische Regressionsanalysen verwendet. Die Auswertung der GEDA-Daten erfolgte mit dem SPSS-Modul komplexe Stichproben, um Gewichtungen berücksichtigen zu können. Hierfür wurden durch Verwendung einer Plandatei des RKI bei den Auswertungen die entsprechenden Gewichtungen vorgenommen, um stichprobenbedingte Ausfälle zu kompensieren und repräsentative Aussagen für die Bundesbevölkerung vornehmen zu können.

2.4.2. Qualitative Auswertung nach Grounded Theory

Die Auswertung der Interviews erfolgte in Form eines iterativen Gruppenprozesses nach der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 2008), die in den 1960er Jahren entwickelt wurde. Ziel dieser Auswertungsmethode ist es, neues theoretisches Wissen aus Daten zu generieren und zu einer Theorie zusammenzufassen (Alheit, 1999; Nelson, Henriksen, & Keathley, 2014). Der Ansatz steht im Gegensatz zum logiko-deduktiven Testen von bestehenden Theorien, denen häufig die Fundierung in empirischen Daten fehlt (Birks & Mills, 2011; Glaser & Strauss, 2008). Die Anwendung von Grounded Theory ist laut Alheit (1999) sinnvoll, wenn es erst wenige Studien zu einem bestimmten Forschungsfeld gibt, was auf das vorliegende Untersuchungsthema zur Belastungssituation Angehöriger Suchtkranker zutraf. Die Grounded Theory ermöglicht in Interviews, gezielt nach Gedanken, Gefühlen, Verhalten und Meinungen zu fragen (Nelson et al., 2014). In den Interviews konnte so die gesamte Bandbreite der persönlichen Erfahrungen Angehöriger Suchtkranker abgedeckt werden. Der Ansatz war gut geeignet, um mit Hilfe der empirisch vorliegenden Daten der Angehörigen ein Modell zu ihrer psychosozialen Gesamtsituation und zu möglichen Unterschieden in Abhängigkeit der Suchtform zu erarbeiten.

Themengenerierung und -kategorisierung

Die Auswertung der Interviews erfolgte in einem iterativen Prozess, an dem sechs Mitarbeiter beteiligt waren. In regelmäßigen Abständen wurden die Interviewaufnahmen bzw. -protokolle besprochen und relevante Themen herausgearbeitet. Auf diese Weise entstand eine fortlaufend wachsende Themenliste, die in der Gruppe diskutiert, aktualisiert und in Unter- und Oberkategorien strukturiert wurde. Bei jedem Mitarbeitertreffen wurden Aspekte bezüglich der Interviewführung und der nächsten Auswertungsschritte besprochen. Dieses Vorgehen entsprach dem fortlaufenden Wechsel zwischen Datenerhebung und Datenanalyse, der für die Grounded Theory charakteristisch ist. Im gemeinschaftlichen Diskurs wurde ein Kategoriensystem erstellt, das in einem iterativen Prozess erweitert und überarbeitet wurde. Die übergeordneten Kategorien entsprachen im Wesentlichen den fünf Themenbereichen des Interviewleitfadens. Lediglich das Themenfeld „Barrieren bei der Inanspruchnahme“ wurde als eigene Kategorie separiert. In Tabelle 6 werden die sechs übergeordneten Kategorien „Beschreibung der Suchtproblematik“, „Auswirkungen / Belastungen“, „Bewältigungsmechanismen“, „Ressourcen / Unterstützung“, „Barrieren bei der Inanspruchnahme“ und „Unterstützungsbedarfe“ mit ihren jeweiligen Unterkategorien und Beispielitems dargestellt.

Themencodierung

Alle Interviews wurden anhand des Kategoriensystems codiert. Die Kodierung erfolgte anhand einer dreistufigen Likertskala (0-2). Die 0 stand für *keine Ausprägung der Kategorie*, die 1 für *schwache Ausprägung der Kategorie* und die 2 für *starke Ausprägung der Kategorie*. In einem iterativen Prozess wurden in Fallkonferenzen kodierte Interviews der sechs Mitarbeiter verglichen und das Kategoriensystem gegebenenfalls überarbeitet. Zunächst wurden die Interviews anhand der Audiodateien und der Protokolle kodiert. Nachdem eine zufriedenstellende Interrater-Übereinstimmung festgestellt wurde, wurden alle weiteren Interviews anhand der Protokolle von mindestens zwei unabhängigen Mitarbeitern codiert. Im Anschluss folgte für jedes Interview eine Fallkonferenz bei der die beteiligten Mitarbeiter/in die Kodierungen verglichen. Kategorien, bei denen die Ergebnisse nicht übereinstimmten, wurden individuell nachbesprochen und angeglichen. Ferner erfolgten im Verlauf der Auswertung weitere Gruppensitzungen, in denen stichprobenartig einzelne Interviews von allen sechs Mitarbeitern kodiert und verglichen wurden. Nach Abschluss der Codierungsphase wurden mittels Übereinstimmungskoeffizient Cohen´s Kappa folgende Übereinstimmungswerte der Unterkategorien festgestellt:

Tabelle 5 Übereinstimmungswerte bei der Themencodierung

Übereinstimmungskoeffizient	Anzahl der Kategorien
bis .40 (etwas-ausreichend)	22 Kategorien
.41-.60 (moderat)	65 Kategorien
.61-.80 (beachtlich)	63 Kategorien
.81-1.0 (fast vollkommen)	25 Kategorien

Kategoriensystem

Das Kategoriensystem beinhaltet in seiner endgültigen Version 179 Kategorien. Diese wurden in sechs Ober- und 24 Unterkategorien aufgeteilt. Die Unterkategorien sind jeweils durch mehrere Items charakterisiert und sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6 Beschreibung des Kategoriensystems

Oberkategorie	Unterkategorie	Beispiel-Item
Beschreibung der Suchtproblematik	Suchtmerkmale	<ul style="list-style-type: none"> • Bestehende Rückfallproblematik • Sucht in der Herkunftsfamilie
	Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none"> • Demenz • Psychotische Erkrankung
	Belastungen durch die Sucht auf den IP	<ul style="list-style-type: none"> • Somatisch • Finanziell
Belastungsfaktoren	Soziale / familiäre Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungen des Berufslebens • Mobbing durchs Umfeld
	Deviantes Verhalten des IP	<ul style="list-style-type: none"> • Diebstahl / Betrug • Körperliche Gewalt
	Psychisch-somatische Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schlafprobleme • Depression
	Affektiv-kognitive Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schuldgefühle • Vertrauensverlust
Bewältigungsmechanismen	Beeinflussung / Kontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation • Finanzielle Kontrolle
	Abgrenzung	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstachtsamkeit • Emotionale Distanz
	Resignation	<ul style="list-style-type: none"> • Inkonsequenz • Gemeinsamer Konsum
	Tabuisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Verschweigen / vermeiden • Ausblenden
	Informationssuche/ Akzeptanzstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • Sich informieren • Akzeptanz des Konsumverhalten
Ressourcen	Gemeinsamer Umgang	<ul style="list-style-type: none"> • In der Familie • In der Partnerschaft
	Private Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Freunde • Sport
	Arbeit / Beruf	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsleben • Eine Aufgabe haben
	Professionelle Hilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Selbsthilfe- Angehörigengruppe • Suchtberatung
Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe	Angst / Unsicherheit	<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisierung / Scham • Schuldzuweisungen

Tabelle 6 ff. Beschreibung des Kategoriensystems

	Zweifel / Unkenntnis	<ul style="list-style-type: none"> • Zweifel am Hilfesystems • Unkenntnis über Hilfsangebote
Unterstützungsbedarfe	Zugang und Vernetzung des Hilfesystems	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit Hilfeeinrichtungen • Zugang zu therapeutischer Hilfe
	Erwartungen an Fachkräfte & konkrete Hilfestellungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach Vertrauensperson • Wunsch nach Verhaltensanleitung
	Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Suchtberatung an Schulen • Veränderte Berichterstattung
	Erweiterungen und Alternativen	<ul style="list-style-type: none"> • Online basierte Hilfen • Telefonische Notfall-Hotline

2.4.3. Auswertung anderer Datenquellen

Fokusgruppen

Die drei Fokusgruppen mit Vertretern aus dem Gesundheitswesen, der Suchtberatung und der Drogenhilfe fanden in Kleingruppen statt und wurden stichwortartig von zwei Mitarbeitern protokolliert und per Diktiergerät aufgezeichnet. Die Audioaufzeichnung wurde von beiden Mitarbeitern unabhängig voneinander ausgewertet und ein entsprechendes Protokoll angefertigt. Abweichungen wurden besprochen und konsentiert.

Expertenworkshop

Die Ideen und Ergänzungen der Teilnehmer des ersten Workshops hinsichtlich der Themen des Interviewleitfadens wurden von zwei Mitarbeitern protokolliert und bei der anschließenden Modifikation des Leitfadens berücksichtigt. Die Ergebnisse des zweiten Workshops zum Thema Entstigmatisierung von Angehörigen sowie Präsenz und Attraktivität von Sucht- bzw. Selbsthilfe wurden ebenfalls zusammengefasst und den Teilnehmern zurückgemeldet mit der Bitte um Ergänzungen.

Angehörigen-Chat

Die gesammelten Chat-Beiträge der Zuschauer im Rahmen der Stern-TV Sendung mit dem Titel „Alkoholismus und Co-Abhängigkeit: Die Verbündeten der Sucht“ wurden der BEPAS-Studie zur weiteren Auswertung zur Verfügung gestellt. Zunächst wurden die Beiträge gesichtet und hinsichtlich Relevanz für die Studie sortiert. Kommentare, die kein Anliegen enthielten, Beiträge von Suchtkranken und doppelte Beiträge wurden aussortiert. Beiträge von Angehörigen Suchtkranker, die eine Frage oder ein Anliegen beinhalteten, wurden einbezogen. Insgesamt wurden 476 Beiträge Angehöriger Suchtkranker für die Auswertung genutzt. Alle 476 Beiträge wurden auf übergeordnete Kategorien untersucht. Es kristallisierten sich nach vollständiger

Sichtung der User-Beiträge die folgenden vier Kategorien heraus:

- (1) Fragen nach allgemeinen Informationen
- (2) Fragen nach konkreten Verhaltenshinweisen
- (3) Fragen zu Hilfs- und Coachingangeboten vor Ort
- (4) Fragen zu persönlichen Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige im nahen Umfeld

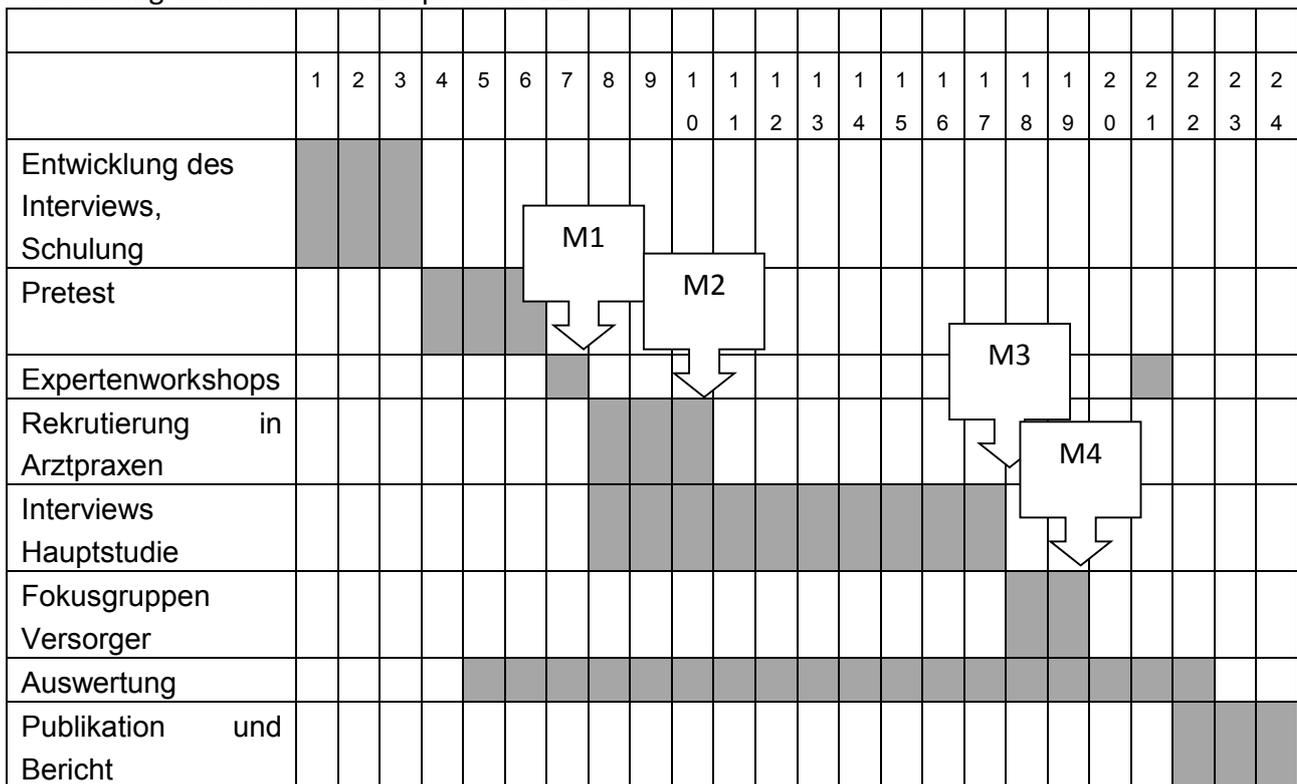
Alle Chat-Beiträge wurden von zwei Mitarbeitern unabhängig voneinander den vier Kategorien zugeordnet. Dabei konnten einzelne Beiträge auch mehreren Kategorien zugeordnet werden, sofern sie unterschiedliche Anliegen beinhalteten. Dabei ergaben sich für die vier Kategorien Rating-Übereinstimmungen der zwei Mitarbeiter von 79,6% bei der Kategorie 1, 97,7% bei der Kategorie 2, 79,2% bei der Kategorie 3 und 94,1% bei der Kategorie 4. Die 476 Beiträge beinhalteten inklusive der Mehrfachzuordnungen insgesamt 547 Anliegen Angehöriger.

3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Arbeits- und Zeitplan BEPAS-Studie

Der ursprünglich beantragte Arbeits- und Zeitplan ist in Abbildung 4 dargestellt. Der Förderzeitraum lief vom 01.03.2015 bis zum 28.02.2017.

Abbildung 4: Arbeits- und Zeitplan der BEPAS-Studie



Meilensteine

- M1: Fertigstellung des Interventionskonzepts und der Erhebungsinstrumente
- M2: Abschluss der Rekrutierung in Arztpraxen
- M3: Abschluss der qualitativen Interviews
- M4: Abschluss und Auswertung Fokusgruppen

In der ersten Projektphase erfolgt die Entwicklung eines Interviewleitfadens auf Grundlage der Vorarbeiten der Alcohol, Drugs and the Family Research Group um Jim Orford, erweitert um Fragen zu Barrieren der Inanspruchnahme sucht spezifischer Hilfen und um psychosoziale Ressourcen. Ergänzend wurden Fragebögen der Alcohol, Drugs and the Family Research Group ins Deutsche übertragen. Die mit den Interviews betrauten Studienmitarbeiter wurden geschult und trainierten zunächst die Interviewgestaltung in Rollenspielen. Parallel wurden die Kooperationspartner um Rekrutierung teilnahmebereiter Angehöriger mit bestimmten Kernmerkmalen ersucht und die organisatorischen Vorarbeiten für den ersten Expertenworkshop vorgenommen. In einer Pilotphase wurden insgesamt 11 Interviews mit Angehörigen aus Beratungsstellen und Selbsthilfeeinrichtungen durchgeführt und ausgewertet. Die

Rekrutierungsphase fiel auf die Sommermonate und erwies sich als vergleichsweise schwierig, so dass die ursprünglich kalkulierte Fallzahl von 20 Probanden nicht realisiert werden konnte. Die durchgeführten Interviews, die vorwiegend Partnerinnen von Alkoholabhängigen und Eltern von Drogenabhängigen einschlossen, belegten zugleich die Durchführbarkeit des Interviews in einem Zeitfenster von durchschnittlich 1,5 Stunden und ergaben erste Hinweise auf differentielle Ergebnisse. Die Ergebnisse und die Erfahrungen während der Interviewdurchführung wurden zunächst innerhalb der Arbeitsgruppe unter Einbeziehung eines Supervisors ausgewertet und anschließend im Bundesgesundheitsministerium in einem Expertenworkshop mit Vertretern der Selbsthilfe und externen Experten vorgestellt und diskutiert. Da die anschließend geplante Rekrutierung von Angehörigen in der medizinischen Basisversorgung sich aufgrund der unterschiedlichen Zeitplanung des BMBF-geförderten AERIAL-Projektes verzögerte, wurden nach dem Pretest zunächst die Kooperationspartner um Rekrutierung von weiteren Angehörigen gebeten; ein besonderer Fokus wurde auf Männer und Glücksspieler gelegt. Da zusätzlich eine aktuell bestehende Suchtproblematik des IP und nach Möglichkeit eine zeitlich eher kürzer zurückliegende Aufnahme der Selbsthilfegruppenbesuche gefordert wurde, erwies sich die Rekrutierung erneut als schwierig, was insgesamt zu einer Verlängerung der Rekrutierungsphase führte. Rückmeldungen seitens verschiedener Kooperationspartner ergaben, dass im Kontext der Selbsthilfe viele Gruppen über einen schon länger aktiven Stamm von Angehörigen mit z.T. auch seit längerer Zeit remittierten Abhängigen verfügen. Trotz wiederholter Anfragen gelang es den Kooperationspartnern der stationären Suchthilfe nicht, teilnahmebereite Angehörige für das Projekt zu rekrutieren.

Das systematische Screening in der medizinischen Basisversorgung begann schließlich Anfang Dezember 2015 und lief bis Anfang April 2016. Aufgrund von Ausschlüssen infolge einer nicht verifizierbaren aktuellen Suchtproblematik des IP oder fehlendem Kontakt oder aber aufgrund des Widerrufs der in den Praxen gegebenen Einwilligungserklärung konnten anstelle der anvisierten 50 teilnahmebereiten Angehörigen lediglich 34 Angehörige rekrutiert werden, was durch erhöhte Anstrengungen bei der Rekrutierung über die Kooperationspartner ausgeglichen werden konnte. Die angestrebte Stichprobengröße von 100 qualitativ interviewten Angehörigen wurde im Dezember 2016 erreicht. Der Meilenstein M3 verzögerte sich aufgrund der genannten Rekrutierungsprobleme um 3 Monate. Ebenfalls kam es zu Verzögerungen bei der Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmer, die in der ursprünglichen Planung nach dem Abschluss der qualitativen Einzelinterviews geplant waren. Die geplanten Fokusgruppen wurden zwischen Dezember 2016 und Anfang Februar 2017 realisiert. Die geschilderten Verzögerungen konnten durch eine enge Taktung zwischen dem Abschluss der letzten Fokusgruppe und dem zweiten Expertenworkshop im Februar 2017 vollständig ausgeglichen werden, es wurden alle Meilensteine während der Projektlaufzeit erfolgreich realisiert.

Bereits vor Beginn der Projektlaufzeit begann das kooperierende Robert-Koch-Institut mit der ersten Welle der GEDA-Erhebung, die zweite Erhebungswelle wurde im April 2015 abgeschlossen. Der bereinigte Datensatz lag im August 2016 vor.

4. Ergebnisse

4.1. GEDA-Survey: Verbreitung und Belastung in der Allgemeinbevölkerung

Prävalenzraten Angehöriger für die Gesamtstichprobe sowie getrennt nach Männern und Frauen finden sich in Tabelle 7. Von den befragten 24.450 Probanden mit gültigen Angaben zum Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung bei einem Angehörigen gaben insgesamt 9,5% der Befragten an, einen Angehörigen mit in den letzten 12 Monaten bestehender Suchtproblematik zu haben. Weiterhin gaben insgesamt 4,4% der Gesamtstichprobe an, einen Angehörigen zu haben, bei dem eine Suchterkrankung früher, nicht aber in den letzten 12 Monaten bestand. Frauen gaben signifikant häufiger an, einen suchtkranken Angehörigen zu haben. Insgesamt gaben unter den Probanden mit suchtkranken Angehörigen 79,3% (95% CI 77,2-81,2) an, nur einen Angehörigen mit Suchtproblemen zu haben, 14,1% (95% CI 12,5-15,7) benannten 2 Angehörige, weitere 4,6% (95% CI 3,7-5,6) gaben 3 Angehörige an. Vier bis zu sieben Angehörige (aufgrund der Itemformulierung maximale Mehrfachnennung) gaben jeweils weniger als 2% der Stichprobe an.

Tabelle 7: Angehörige in der Allgemeinbevölkerung

	Männer (n=11147) (95% CI)	Frauen (n=13393) (95% CI)	Gesamt (N=24450) (95% CI)
Angehöriger aktuell	8,4 (7,7-9,1)	10,7 (10,0-11,3)	9,5 (9,1-10,0)
Angehöriger remittiert	4,1 (3,6-4,6)	4,7 (4,3-5,2)	4,4 (4,1-4,7)
Kein Angehöriger	87,5 (86,7-88,3)	84,6 (83,9-85,4)	86,1 (85,5-86,6)
Beziehung zu IP (lifetime)*			
Partner	1,3 (1,1-1,6)	2,6 (2,3-3,0)	1,9 (1,7-2,1)
Kind	3,2 (2,8-3,6)	4,8 (4,3-5,2)	4,0 (3,7-4,3)
Elternteil	1,2 (0,9-1,4)	1,7 (1,4-2,0)	1,4 (1,3-1,6)
Geschwister	2,6 (2,2-3,0)	2,8 (2,5-3,2)	2,2 (2,0-3,0)
Sonstige	5,7 (5,1-6,2)	4,9 (4,5-5,4)	5,3 (5,0-5,6)
Art der Abhängigkeit (lifetime)*			
Alkohol	9,8 (9,1-10,5)	12,6 (12,0-13,3)	11,2 (10,8-11,7)
Cannabis	2,2 (1,8-2,7)	2,4 (2,0-2,8)	2,3 (2,0-2,6)
Andere illegale Drogen	1,6 (1,4-2,0)	1,8 (1,5-2,1)	1,7 (1,5-1,9)
Medikamente	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,9-1,3)	1,0 (0,8-1,2)
Glücksspiel	1,0 (0,8-1,3)	1,1 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,3)
Andere	0,8 (0,6-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	0,9 (0,7-1,0)

* Mehrfachnennungen möglich

Soziodemographische Merkmale und Belastungsfaktoren sind in Tabelle 8 dargestellt. Personen mit Angehörigen mit aktueller Symptomatik sind signifikant jünger und häufiger weiblich, gefolgt von Personen mit Angehörigen mit remittierter Symptomatik. Der Altersdurchschnitt war am höchsten in der Gruppe ohne suchtkranken Angehörigen. Da diese Variablen mit Belastungsfaktoren assoziiert sind, wurden die Vergleiche der Belastungsfaktoren mit Adjustierung

auf Alter und Geschlecht vorgenommen. Durchgängig wiesen Personen mit Angehörigen mit Aktuelsymptomatik die ungünstigsten Parameter auf, gefolgt von Personen mit Angehörigen mit remittierter Symptomatik: Angehörige berichteten über eine niedrigere Lebenszufriedenheit, einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand und eine geringere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und wiesen höhere Summenwerte im PHQ-8 auf. Weiterhin berichteten Angehörige über geringere allgemeine soziale Unterstützung und hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, jemals eine Depression diagnostiziert bekommen zu haben. Das Odds ratio, jemals eine Depression diagnostiziert bekommen zu haben, betrug in der Gruppe der Angehörigen von Menschen mit aktueller Symptomatik 2,2 (95% CI 1,9-2,5), in der Gruppe der Personen mit remittierter Symptomatik 1,9 (95% CI 1,6-2,3).

Tabelle 8: Soziodemographie und Belastungsfaktoren nach Aktualität der Symptomatik

	AA* (n=2.286)	AR* (n=1.091)	KA* (n=21.163)	P**
Alter (SE)	39,8 (0,39)	44,3 (0,64)	50,0 (0,15)	<.001
Weiblich (%)	56,9	54,2	50,1	<.001
Lebenszufriedenheit (SE)	6,8 (0,06)	7,1 (0,08)	7,5 (0,02)	<.001
Subj. Gesundheitszustand (SE)	2,5 (0,02)	2,3 (0,03)	2,2 (0,01)	<.001
PHQ-8 Summe (SE)	5,9 (0,15)	5,0 (0,18)	3,8 (0,04)	<.001
Selbstwirksamkeitserwartung (SE)	9,1 (0,06)	9,1 (0,09)	9,3 (0,02)	.002
Soziale Unterstützung niedrig (%)	23,7	19,5	17,3	<.001
Jemals Depression diagnostiziert (%)	19,9	18,5	11,0	<.001

* Aktuelsymptomatik AA; Remittierte Symptomatik AR; Keine Angehörigen KA

**Adjustiert auf Alter und Geschlecht

Zur Analyse differentieller Belastungsfaktoren in Abhängigkeit von Abhängigkeitsform und Beziehungsstatus wurden bei Angehörigen ohne Berücksichtigung des Remissionsstatus nichtüberlappende Kategorien gebildet und mittels multivariater Verfahren auf Alter, Geschlecht und Remissionsstatus statistisch kontrolliert. Für die Variable Beziehungsart wurden Angehörige in Partnerschaft zu dem IP als „Partner“, Eltern ohne gleichzeitig bestehende Partnerschaft als „Eltern“, Kinder ohne Partner- und Elternschaft als „Kinder“ und alle übrigen Beziehungsformen als „Sonstige“ klassifiziert. Die Ergebnisse für Beziehungsart finden sich in Tabelle 9 dargestellt.

Eltern suchtkranker Kinder und Partner von Suchtkranken waren signifikant älter. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung war der Anteil an Frauen in der Gruppe der Partner am höchsten, und am geringsten in der Kategorie „Sonstige Beziehungen“. Die Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich des Anteils an IP, deren Abhängigkeit auch in den vergangenen 12 Monaten noch bestand. Weiterhin berichteten Partner und Kinder von Suchtkranken häufiger von einer Alkoholabhängigkeit ihres IPs, während Eltern häufiger Cannabisabhängigkeit und die Abhängigkeit von anderen illegalen Drogen angaben. Kinder berichteten gegenüber den anderen Gruppen zudem signifikant seltener über eine Glücksspielproblematik und über die Abhängigkeit anderer illegaler Drogen außer Cannabis. Bei Kontrolle auf Alter, Geschlecht und Abhängigkeitsform ergab sich lediglich ein Gruppenunterschied in der Lebenszufriedenheit, die am geringsten bei Partnern und am höchsten bei Eltern ausgeprägt war.

Tabelle 9: Soziodemographie und Belastungsfaktoren in Abhängigkeit vom Beziehungsstatus

	PA* (n=504)	EL* (n=320)	KI* (n=944)	SO* (n=1.632)	p
Alter (SE)	50,0 (0,87)	57,9 (0,99)	35,8 (0,49)	38,6 (0,46)	<.001
Weiblich (%)	69,0	58,8	60,3	49,2	<.001
Aktuelsymptomatik (%)	68,9	67,3	67,4	69,0	.879
Art der Abhängigkeit (lifetime)*					
Alkohol	84,2	60,2	91,6	77,4	<.001
Cannabis	14,9	32,1	8,4	18,4	<.001
Andere illegale Drogen	10,5	19,3	5,6	15,1	<.001
Medikamente	8,8	5,0	9,9	5,5	.002
Glücksspiel	9,5	8,3	4,8	8,6	.030
Andere	5,6	11,1	5,4	6,0	.035
Lebenszufriedenheit (SE)	5,9 (0,22)	6,6 (0,24)	6,2 (0,21)	6,4 (0,20)	<.001**
Subj. Gesundheitszustand (SE)	2,6 (0,06)	2,5 (0,08)	2,4 (0,7)	2,4 (0,6)	.211**
PHQ-8 Summe (SE)	8,4 (0,45)	7,9 (0,47)	8,1 (0,44)	7,8 (0,41)	.288**
Selbstwirksamkeitserwartung (SE)	8,7 (0,21)	8,8 (0,23)	8,8 (0,20)	8,9 (0,18)	.590**
Soziale Unterstützung niedrig (%)	24,4	23,3	22,9	21,4	.386**
Jemals Depression diagnostiziert (%)	22,5	25,0	21,3	16,7	.247**

*(Partner PA, Eltern EL, Kinder KI, Sonstige SO)

**Kontrolliert auf Alter, Geschlecht und Abhängigkeitsform

In einem nächsten Schritt wurden zur Analyse des Einflusses unterschiedlicher Suchtformen nichtüberlappende Kategorien für die Abhängigkeitsform des IP gebildet. Hierfür wurden die im GEDA-Fragebogen erfassten sechs verschiedenen Abhängigkeitsformen herangezogen und bei Bejahung von mehr als einer Abhängigkeitsform eine zusätzliche Variable „Multiple Abhängigkeitsformen“ gebildet. Diese war nach singulärer Alkoholproblematik als der häufigsten Abhängigkeitsform die am zweithäufigsten genannte Kategorie. Soziodemographische und Belastungsfaktoren sind in Tabelle 10 dargestellt. Angehörige von Suchtkranken mit einer singulären Problematik mit Cannabis und anderen illegalen Drogen sowie von Menschen mit multipler Suchtproblematik waren signifikant jünger. Zudem berichteten Angehörige von Menschen mit singulärer Problematik „anderer illegaler Drogen“ häufiger, dass die Problematik schon mehr als 12 Monaten zurückliege. Hinsichtlich des Beziehungsstatus ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen: Angehörige von Menschen mit Cannabis, anderen illegalen Drogen und multiplen Abhängigkeitsformen waren häufiger Eltern, Geschwister und „sonstige Angehörige“. Bei Angehörigen von Menschen mit „sonstigen Drogen“ dominierten Eltern und „sonstige Angehörige“.

Bei multivariater Analyse mit Kontrolle auf Alter, Geschlecht, Beziehungsart und Aktualität der Symptomatik berichteten Angehörige von Menschen mit multiplen Abhängigkeiten über signifikant erhöhte Depressionswerte, Angehörige von Menschen mit „sonstigem Substanzkonsum“ berichteten gegenüber anderen Angehörigen von einem besseren subjektiven Gesundheitszustand.

Tabelle 10: Soziodemographie und Belastungsfaktoren nach Abhängigkeitsart

	AL* (n=2.231)	CA* (n=138)	ID* (n=96)	MD* (n=64)	PG* (n=72)	SO* (n=127)	MA* (n=650)	p
Alter (SE)	42,9 (0,39)	38,7 (1,82)	41,4 (1,84)	45,7 (2,80)	42,6 (2,08)	36,2 (2,0)	37,5 (0,78)	<.001
Weiblich (%)	58,1	48,7	52,3	42,5	49,9	57,3	54,6	.206
Aktuelsymptomatik (%)	64,4	74,0	54,2	77,7	74,1	80,8	79,0	<.001
Beziehung zu IP (lifetime)**								
Partner (%)	14,4	5,6	6,7	19,9	15,6	10,9	13,5	.114
Kind (%)	33,2	6,5	9,2	32,6	18,2	17,6	27,8	<.001
Elternteil (%)	6,6	24,1	21,1	6,0	15,6	24,8	14,7	<.001
Geschwister (%)	15,1	33,8	21,2	16,4	20,1	17,2	31,0	<.001
Sonstige (%)	35,0	32,2	43,4	28,7	35,6	34,3	51,4	<.001
Lebenszufriedenheit (SE)	6,5 (0,29)	6,1 (0,36)	6,5 (0,33)	6,4 (0,39)	6,5 (0,43)	6,2 (0,37)	6,1 (0,52)	.255***
Subj. Gesundheitszustand (SE)	2,5 (0,8)	2,5 (0,1)	2,5 (0,11)	2,4 (0,11)	2,7 (0,13)	2,3 (0,10)	2,6 (0,7)	.005***
PHQ-8 Summe (SE)	6,7 (0,65)	7,2 (0,74)	6,4 (0,73)	6,7 (0,95)	7,7 (0,82)	6,9 (0,77)	8,2 (0,55)	.003***
Selbstwirksamkeitserwartung (SE)	8,5 (0,28)	8,4 (0,36)	8,6 (0,34)	8,5 (0,39)	8,8 (0,40)	8,4 (0,35)	8,3 (0,26)	.458***
Soziale Unterstützung niedrig (%)	20,2	29,0	15,4	25,4	32,8	21,3	27,3	.460***
Jemals Depression diagnostiziert (%)	17,4	17,6	12,2	30,0	25,4	18,0	26,4	.442***

* (Alkohol AL, Cannabis CA, And. Illegale Drogen ID, Medikamente MD, Glücksspiel PG, Sonstige SO, Multiple Abhängigkeit MA)

**Mehrfachnennungen möglich

*** Kontrolliert auf Alter, Geschlecht, Aktuelsymptomatik und Beziehungsform

4.2. BEPAS: Belastungen, Ressourcen, Bedarfe

Stichprobenbeschreibung

Die Gesamtstichprobe der Hauptstudie umfasste insgesamt 100 PB, von denen 66 PB über kooperierende Selbsthilfeeinrichtungen und 34 PB über ein proaktives Screeningverfahren rekrutiert wurden. Die 100 PB unterteilten sich in 78 weibliche und 22 männliche PB. Die Geschlechterverhältnisse stellten sich in beiden Teilstichproben ähnlich dar. Der Altersrange der PB betrug 18-78 Jahre, bei einem Durchschnittsalter von 47,9 (SD=12,7) Jahren. Über die Hälfte der PB war verheiratet, ein Viertel ledig und etwa ein Fünftel getrennt lebend, geschieden oder verwitwet. 11 PB waren alleinlebend, 39 lebten mit einer weiteren Person und 50 lebten mit drei oder mehr Personen in einem Haushalt. Das Bildungsniveau der PA war im Vergleich etwas höher hinsichtlich des höchsten erreichten Schulabschlusses. 61% der PB hatten höchstens Haupt- oder Realschulabschluss, 14% Fachhochschulreife oder Abitur und 25% einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss. Knapp über die Hälfte war zum Zeitpunkt des Interviews vollzeit-, ein Viertel teilzeit- und ein Viertel stundenweise oder gar nicht erwerbstätig. Das Nettoeinkommen pro Haushalt lag bei 6% der PB unter 1000€, bei 17% zwischen 1<.001 und 2.000€, bei 27% zwischen

2.000 und 3.000€, bei 29% zwischen 3.000 und 5.000€ und bei 18% über 5.000€ monatlich.

Die Gesamtstichprobe der PB setzt sich zusammen aus 34 Partner/innen, 31 Eltern, 20 Kindern, 9 Geschwistern und 6 PB mit einem anderen Verwandtschaftsverhältnis zum Suchtkranken bzw. Indexpatienten (IP). 44% der Angehörigen lebten zum Zeitpunkt der Erhebung mit dem IP in einem gemeinsamen Haushalt.

Der Zusammenhang zwischen Abhängigkeitsform und Art der Beziehung ist in Tabelle 11 abgebildet. Bei der Gruppe der Eltern dominierte die Suchtform Cannabis, bei allen anderen Beziehungskonstellationen war Alkohol als Suchtform am häufigsten vertreten. Der Konsum anderer illegaler Drogen wurde ebenfalls vorwiegend von Eltern berichtet, während Pathologisches Glücksspiel vor allem von Partner/innen thematisiert wurde.

Hinsichtlich der Suchtformen des IP gaben 64 der PB Alkohol, 38 Cannabis, 22 andere illegale Drogen, 14 Medikamente und 18 pathologisches Glücksspiel an. Bei der Angabe zur Suchtform waren Mehrfachnennungen möglich. Zur Generierung nichtüberschneidender Kategorien wurden Fälle mit mehrfachem problematischem Konsum- oder Konsum- und Glücksspielverhalten zu einer Kategorie „multiples Suchtverhalten“ zusammengefasst. Demnach wiesen die IPs von 37% der Angehörigen ausschließlich eine Alkoholproblematik, 14% ausschließlich eine Cannabisproblematik, 2% ausschließlich eine Medikamentenproblematik und 9% ausschließlich eine Glücksspielproblematik auf. 38% der IPs wiesen simultan mehrere Abhängigkeitsformen auf (vgl. Kap. 4.2.1.4.).

Tabelle 11 Häufigkeiten in Abhängigkeit der Beziehungs- und Suchtform der Gesamtstichprobe

	Alkohol	Cannabis	Andere Drogen	Pathologisches Glücksspiel	Medikamente	Gesamt
Partner/in	23	7	4	12	4	34
Eltern	9	25	9	3	6	31
Kinder	17	2	0	1	3	20
Geschwister	8	3	3	1	1	9
Andere Verwandte	4	2	0	1	1	6
Gesamt	61	39	16	18	15	

4.2.1. Quantitative Ergebnisse der BEPAS-Studie

Die quantitative Auswertung der Fragebogendaten dient einer ersten Orientierung zu spezifischen Belastungsfaktoren und Bewältigungsmechanismen von Subgruppen innerhalb der Gesamtstichprobe der befragten Angehörigen. Da der Schwerpunkt der vorliegenden Studie auf der qualitativen Generierung lebensweltlich relevanter Themen basierte, ist die quantitative Analyse maßgeblich als hypothesengenerierendes Vorgehen zu bewerten. Im Vordergrund standen dabei Aspekte des Rekrutierungsweges, des Geschlechts der Angehörigen, des

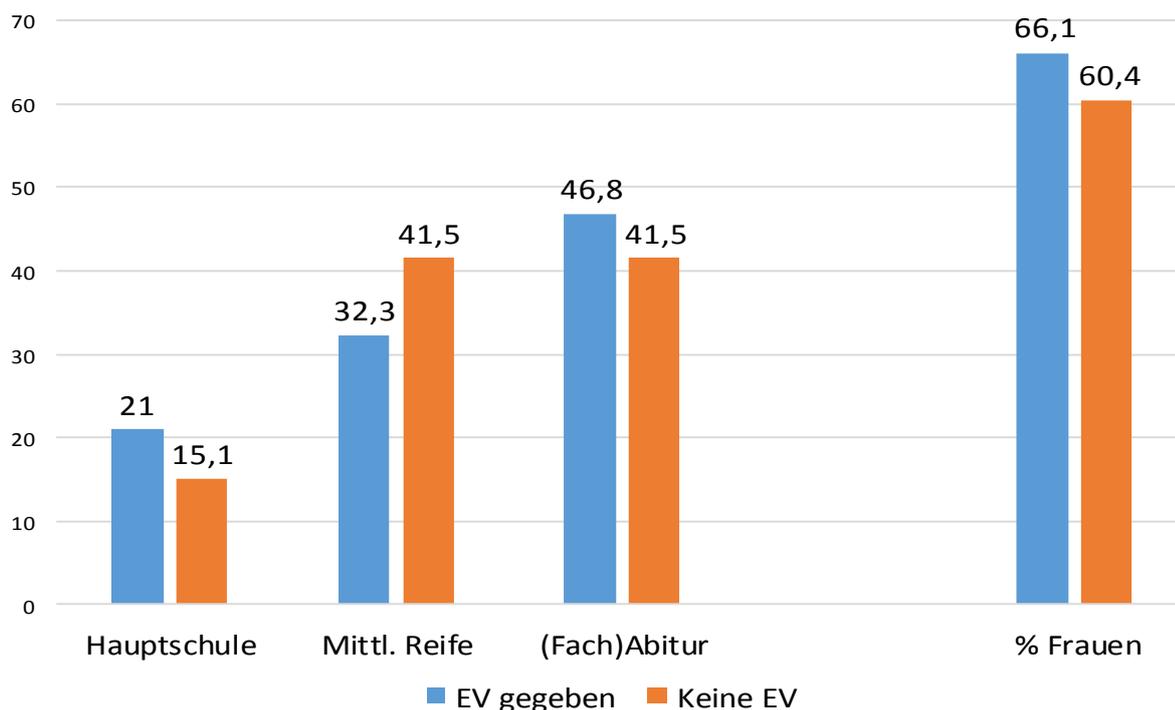
Beziehungsstatus und der Abhängigkeitsart des IP. Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen ist die statistische Power der Auswertung gering.

4.2.1.1. Rekrutierungsweg

Die proaktiv rekrutierten Angehörigen unterschieden sich nicht bedeutsam von der GEDA-Stichprobe hinsichtlich Abhängigkeitsform und Beziehungsstatus und können folglich hinsichtlich dieser Basismerkmale als repräsentativ für die Grundgesamtheit gelten (Ergebnisse nicht dargestellt, vgl. 4.1.).

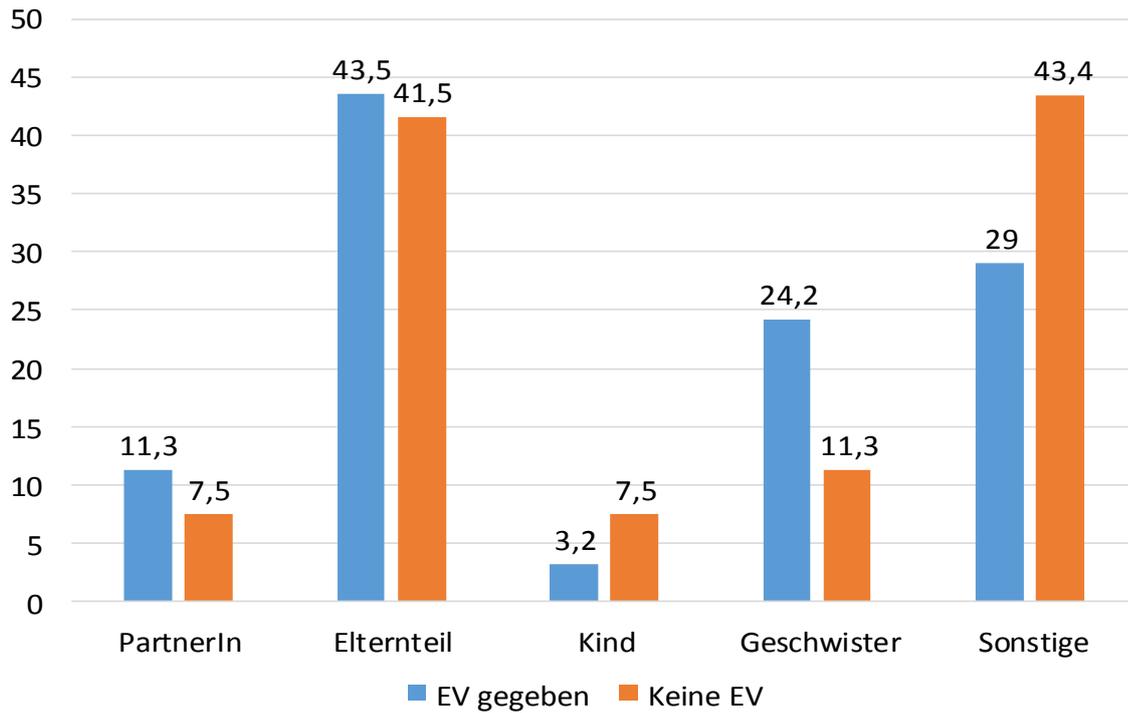
In einem ersten Schritt wurde die Repräsentativität der proaktiv rekrutierten Teilstichprobe für die Grundgesamtheit der in den Arztpraxen angetroffenen Personen überprüft, die angaben, einen suchtkranken Angehörigen mit einer in den letzten 12 Monaten bestehenden Suchterkrankung zu haben. Hierfür wurden die 53 Patienten ohne Einverständniserklärung mit den 62 Patienten verglichen, die in der Praxis eine Einverständniserklärung gegeben hatten. Soziodemographische Unterschiede sind in Abbildung 5 dargestellt. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Frauenanteils und der Schulbildung.

Abbildung 5: Teilnahmebereitschaft Praxen: Soziodemographische Variablen



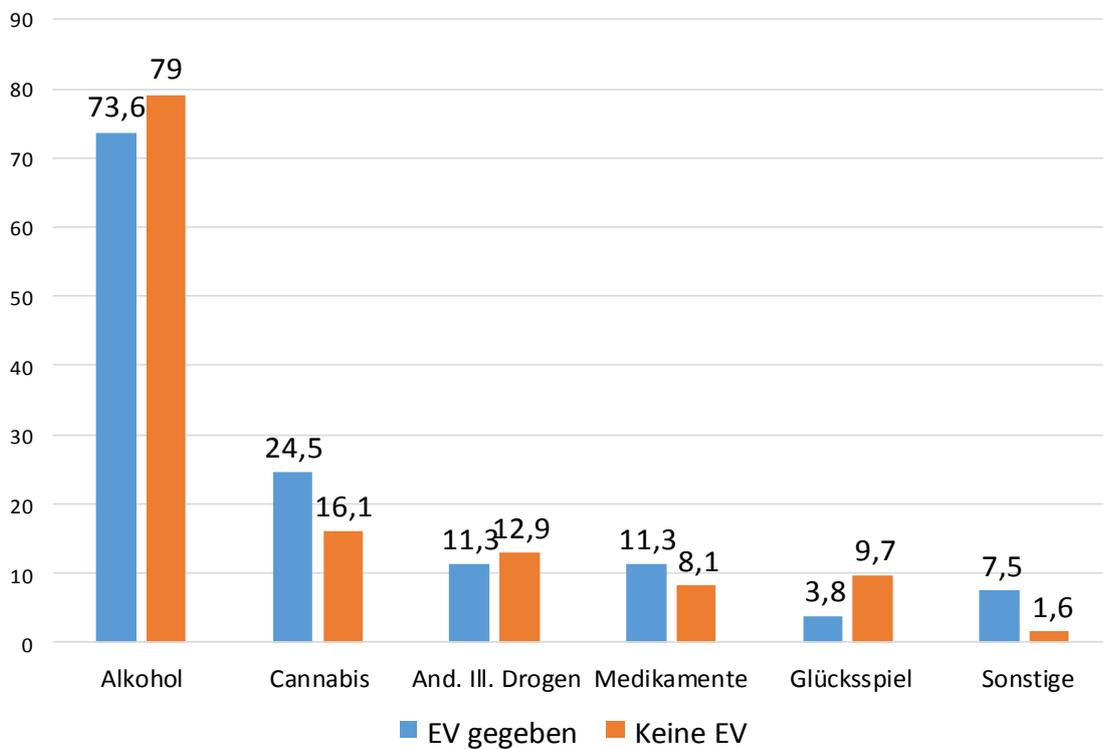
Die Art der Beziehung zu dem IP sind in Abb. 6 dargestellt. Der Anteil an Teilnahmebereiten war in der Gruppe der Geschwister tendenziell erhöht ($p=.092$), ansonsten ergaben sich keine Unterschiede zwischen den teilnahmebereiten und den nicht-teilmahmebereiten Patienten.

Abbildung 6: Teilnahmebereitschaft nach Beziehungsstatus



In Abbildung 7 sind die Unterschiede hinsichtlich der genannten Suchtformen abgebildet. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Suchtformen hinsichtlich der Teilnahmebereitschaft.

Abbildung 7: Teilnahmebereitschaft nach Abhängigkeitsform



In einem nächsten Schritt wurden Unterschiede zwischen den proaktiv und reaktiv rekrutierten BEPAS-Stichproben analysiert, bei denen ein qualitatives Interview realisiert werden konnte. Soziodemographische und beziehungsbezogene Gruppenmerkmale sind in Tabelle 12 dargestellt. Proaktiv rekrutierte Angehörigen (PA) waren signifikant jünger als die über die Selbsthilfe reaktiv rekrutierten Angehörigen (RA). Das Beziehungsverhältnis zwischen PB und IP unterschied sich signifikant zwischen den beiden Teilstichproben. Unter den RA waren Partner/innen und Eltern signifikant häufiger vertreten, während unter den PA häufiger Kinder suchtkranker Eltern vertreten waren, gefolgt Angehörigen mit einem anderen Verwandtschaftsverhältnis. PA berichteten häufiger von singulärer Alkoholabhängigkeit, RA häufiger von multiplen Abhängigkeiten sowie singulärer Cannabis- und Medikamentenabhängigkeit. Der Anteil der mit dem IP zusammenlebenden Angehörigen war bei den RA (58%) deutlich höher als bei den PA (18%). Dies spiegelte sich auch in der Kontakthäufigkeit zum IP wieder. Während 61% der RA täglich Kontakt zum IP hatten, waren es bei den PA nur 24%. Bei der Bewertung nach der Nähe und Wichtigkeit der Beziehung zum IP unterschieden sich die Gruppen nicht. Die Fragen zu Nähe und Wichtigkeit der Beziehung waren zu Beginn der Erhebung noch nicht Teil des Fragebogens, daher konnten bei jeweils 11% der PB zu dieser Frage keine Daten erhoben werden.

Tabelle 12: Soziodemographie und Beziehungsmerkmale nach Rekrutierungsweg

Variable	Reaktiv (RA; n=66)	Proaktiv (PA; n=34)	p*
Frauen (%)	80,3	73,5	.454
Alter (SD)	51,4 (10,8)	41,2 (13,6)	<.001
Schulbildung max. mittlere Reife	65,2	52,9	.282
Migrationshintergrund (%)	27,3	17,6	.332
Familienstand ledig (%)	16,7	41,2	.014
Einkommen max. 2000€	16,7	35,5	.046
Nicht erwerbstätig (%)	15,2	14,7	1.00
Beziehungsart			<.001
Partner (%)	43,9	14,7	
Elternteil (%)	45,9	2,9	
Kind (%)	7,6	44,1	
Andere (%)	3,0	38,2	
Suchtform			.006
Alkohol (%)	37,3	55,9	
Cannabis (%)	18,2	5,9	
Pathologisches Glücksspiel (%)	0,0	5,9	
Medikamente (%)	12,1	2,9	
Multiple Abhängigkeiten (%)	42,4	29,4	
Nähe Beziehung (SD)	3,8 (1,2)	3,8 (1,3)	.273
Wichtigkeit Beziehung (SD)	4,4 (0,9)	4,1 (1,3)	.268

Unterschiede der beiden Stichproben bezüglich Belastungsfaktoren und Copingverhalten sind in Tabelle 13 dargestellt. Es ergaben sich signifikante Unterschiede auf dem FMA-Fragebogen, bei dem die RA eine höhere Belastung angaben. Weiterhin berichteten RA über höhere soziale Unterstützung und ein höheres Ausmaß an Hoffnung für den IP, während PA über eine höhere Lebenszufriedenheit und höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung berichteten.

Tabelle 13: Belastungsfaktoren, Copingverhalten und Ressourcen nach Rekrutierungsweg

Variable	Reaktiv (RA; n=66)	Proaktiv (PA; n=34)	p*
Family Members Assessment			
Stress (SD)	14,7 (8,4)	11,2 (8,5)	.052
Strain (SD)	23,5 (9,1)	17,1 (10,4)	.002
Coping (SD)	17,2 (6,8)	9,1 (5,4)	<.001
Social Support (SD)	15,2 (6,6)	9,9 (5,6)	<.001
Gesamtscore FMA (SD)	187,8 (65,8)	132,6 (71,5)	<.001
Behandlungserwartung Beeinflussung	2,8 (0,8)	2,9 (0,8)	.339
Behandlungserwartung Inanspruchnahme	2,5 (0,7)	2,7 (0,7)	.115
Behandlungserwartung Selbstfürsorge	3,0 (0,6)	2,8 (0,9)	.226
Summe PHQ-8	7,1 (5,2)	7,1 (5,9)	.988
Subj. Gesundheitszustand (SD)	2,9 (0,9)	2,9 (0,9)	.615
Lebenszufriedenheit (SD)	6,5 (2,0)	7,4 (1,8)	.045
Soziale Unterstützung	8,0 (1,6)	7,1 (1,7)	.008
Allg. Selbstwirksamkeitserwartung	3,8 (0,7)	4,2 (0,8)	.009
HOPE	31,8 (7,4)	26,5 (7,9)	.001

Ergebnisse der multivariaten Analyse sind in Tabelle 14 abgebildet. Bei Kontrolle auf Alter, Beziehungsstatus und Geschlecht weisen PA geringere Werte auf dem Family Members Assessment, eine niedrigere soziale Unterstützung und eine bessere subjektiv eingeschätzte Gesundheit auf.

Tabelle 14: Stepwise backwards logistische Regression zur Prädiktion der Gruppenzugehörigkeit (0=RA, 1=PA)

Variablen	Exp (B) (95 CI)	p
Alter	.902 (.821-.991)	.032
Weiblich	3.753 (.325-43.342)	.289
Dummy Eltern	.013 (<.001 - .365)	.011
Dummy Partner	.010 (.001-.125)	<.001
Dummy Substanz Alkohol	4.41 (.167 – 116.389)	.374
Dummy Multiple Substanzen	.504 (.029 – 8,718)	.638
FMA Summe	.969 (.948-.991)	.005
Lebenszufriedenheit	2.037 (.873-4.752)	.100
Gesundheit	57.371 (4.362 – 754.532)	.002
Soziale Unterstützung	.554 (.310 - .988)	.045

4.2.1.2. Geschlecht

Bei der Analyse geschlechtsspezifischer Einflussfaktoren ergaben sich nur wenige Unterschiede in soziodemographischer Hinsicht (vgl. Tabelle 15). Es zeigte sich ein statistischer Trend, dass Männer seltener einen Migrationshintergrund aufwiesen und hinsichtlich des Beziehungsstatus seltener Partner und häufiger Eltern bzw. in anderer Beziehungsform zum Suchtkranken standen.

Tabelle 15: Soziodemographie und Beziehungsmerkmale nach Geschlecht

Variable	Frauen (n=78)	Männer (n=22)	p*
Proaktiv rekrutiert (%)	32,1	40,9	.454
Alter (SD)	47,7 (12,7)	48,6 (13,3)	.785
Schulbildung max. mittlere Reife	61,5	59,1	1.00
Migrationshintergrund (%)	28,2	9,1	.089
Familienstand ledig (%)	26,9	18,2	.578
Einkommen max. 2000€ (%)	23,1	22,7	1.00
Nicht erwerbstätig (%)	15,4	13,6	1.00
Beziehungsart			.065
Partner (%)	39,7	13,6	
Elternteil (%)	28,2	40,9	
Kind (%)	20,5	18,2	
Andere (%)	11,5	27,3	
Suchtform			.752
Alkohol (%)	37,2	36,4	
Cannabis (%)	12,8	18,2	
Pathologisches Glücksspiel (%)	1,3	4,5	
Medikamente (%)	10,3	4,5	
Multiple Abhängigkeiten (%)	38,5	36,4	
Nähe Beziehung (SD)	3,8 (1,2)	3,6 (1,1)	.441
Wichtigkeit Beziehung (SD)	4,4 (1,1)	4,2 (0,9)	.461

Unterschiede bezüglich der Belastungsfaktoren und des Copingverhaltens sind in Tabelle 16 dargestellt. Hinsichtlich der Belastungs- und Copingfaktoren wiesen weibliche Angehörige eine höhere Belastung im Family Members Assessment FMA auf. Weiterhin wiesen Frauen eine höhere Depressivität, einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand und eine geringere allgemeine Lebenszufriedenheit auf.

Tabelle 16 Belastungsfaktoren, Copingverhalten und Ressourcen nach Geschlecht

Variable	Frauen (n=78)	Männer (n=22)	p*
Family Members Assessment			
Stress (SD)	13,8 (8,2)	12,7 (9,8)	.615
Strain (SD)	22,9 (9,7)	15,5 (9,1)	.002
Coping (SD)	15,2 (6,7)	11,6 (9,2)	.041
Social Support (SD)	14,4 (6,3)	9,8 (7,5)	.005
Gesamtscore FMA (SD)	180,8 (69,2)	127,4 (69,4)	.002
Behandlungserwartung Beeinflussung	2,8 (0,8)	2,7 (0,6)	.459
Behandlungserwartung Inanspruchnahme	2,6 (0,7)	2,3 (0,7)	.117
Behandlungserwartung Selbstfürsorge	3,0 (0,8)	2,7 (0,5)	.065
Summe PHQ-8	7,7 (5,8)	5,0 (3,6)	.011
Subj. Gesundheitszustand (SD)	3,0 (0,9)	2,6 (0,7)	.040
Lebenszufriedenheit (SD)	6,6 (2,1)	7,6 (1,2)	.006
Soziale Unterstützung	7,9 (1,7)	7,2 (1,6)	.080
Allg. Selbstwirksamkeitserwartung	4,0 (0,7)	4,1 (0,6)	.537
HOPE	29,8 (8,1)	30,5 (7,6)	.704

Die Ergebnisse der multivariaten Analyse sind in Tabelle 17 abgebildet. Bei Kontrolle auf Alter, Beziehungsstatus und Rekrutierungsweg wiesen Männer eine geringere allgemeine Belastung auf dem Family Members Assessment auf, hinsichtlich der übrigen Variablen ergaben sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Tabelle 17 Stepwise backwards logistische Regression zur Prädiktion der Gruppenzugehörigkeit (0=Frauen, 1=Männer)

Variablen	Exp (B) (95 CI)	Sig.
Alter	1.009 (.963-1.507)	.704
Rekrutierung proaktiv	1.840 (.290-11.653)	.517
Dummy Eltern	1.438 (.168 - 12.288)	.740
Dummy Partner	.188 (.024-1.452)	.109
Dummy Substanz Alkohol	1.428 (.303 – 6.74)	.652
Dummy Multiple Substanzen	1.324 (.347 – 5.049)	.681
FMA Summe	.986 (.978-.995)	.002

4.2.1.3. Beziehungsart

Für die Analyse von Gruppenunterschieden in Abhängigkeit von der Art der Beziehung wurden die Angehörigen in drei vergleichbar große Gruppen eingeteilt: Partner, Eltern und Angehörige mit anderen Beziehungen zum IP. Soziodemographische Merkmale sowie Abhängigkeitsform und Enge der Beziehung zum IP sind in Tabelle 18 dargestellt. Ersichtlich wird, dass die Mehrheit der Angehörigen mit anderen Beziehungsmerkmalen als Elternteil oder Partner durch proaktive Rekrutierung gewonnen wurden. Weiterhin waren solche Probanden jünger, wiesen eine höhere Schulbildung auf und waren häufiger ledig. Eltern berichteten häufiger über Abhängigkeit von Cannabis und anderen illegalen Drogen.

Tabelle 18: Soziodemographie und Beziehungsmerkmale nach Beziehungsart

Variable	Partner (PA; n=34)	Eltern (EL; n=31)	Andere (AN ; n=35)	p*
Proaktiv rekrutiert (%)	14,7	3,2	80,0	<.001**
Weiblich (%)	91,2	71,0	71,4	.074
Alter (SD)	50,6 (12,5)	54,0 (5,4)	39,9 (13,8)	<.001**
Schulbildung max. mittlere Reife (%)	61,8	77,4	45,7	.031
Migrationshintergrund (%)	26,5	29,0	17,1	.485
Familienstand ledig (%)	14,7	12,9	45,7	.001
Einkommen max. 2000€ (%)	14,7	19,4	34,3	.131
Nicht erwerbstätig (%)	17,6	9,7	17,1	.606
Suchtform IP				<.001
Alkohol (%)	47,1	3,2	57,1	
Cannabis (%)	0,0	35,5	8,6	
Pathologisches Glücksspiel (%)	20,6	6,5	0,0	
Medikamente (%)	0,0	0,0	5,7	
Multiple Abhängigkeiten (%)	32,4	54,8	28,6	
Nähe Beziehung (SD)*	3,9 (1,2)	3,7 (1,3)	3,7 (1,3)	.894
Wichtigkeit Beziehung (SD)*	4,3 (1,1)	4,6 (0,7)	4,1 (1,2)	.161

* PA=31, EL=27, AN=31

**Scheffé-Test AN</> PA, EL

Unterschiede bezüglich Belastungsfaktoren, Copingverhalten und Ressourcen sind in Tabelle 19 dargestellt. Gegenüber Partnern und Eltern waren „andere Angehörige“ im Family Members Assessment geringer belastet und wiesen ein geringeres Maß an Hoffnung im HOPE-Fragebogen auf. Eltern wiesen zudem gegenüber den beiden anderen Gruppen eine geringere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung auf. Bezüglich der sozialen Unterstützung zeigte sich zudem konsistent mit den Ergebnissen im FMA, dass Eltern und Partner tendenziell über mehr allgemeine soziale Unterstützung berichteten.

Tabelle 19 Belastungsfaktoren, Copingverhalten und Ressourcen nach Beziehungsart

Variable	Partner (n=34)	Eltern (n=31)	Andere (n=35)	p*
Family Members Assessment				
Stress (SD)	14,2 (9,1)	14,1 (8,0)	12,5 (8,6)	.652
Strain (SD)	21,6 (10,3)	25,0 (7,9)	17,7 (10,3)	.010*
Coping (SD)	16,6 (7,8)	17,0 (6,3)	10,1 (6,0)	<.001**
Social Support (SD)	14,2 (7,2)	15,1 (6,6)	11,1 (6,0)	.037
Gesamtscore FMA (SD)	174,9 (74,7)	196,0 (59,1)	139,5 (72,0)	.005*
Behandlungserwartung Beeinflussung	2,8 (0,8)	2,8 (0,7)	2,9 (0,9)	.898
Behandlungserwartung Inanspruchnahme	2,5 (0,8)	2,4 (0,5)	2,6 (0,8)	.530
Behandlungserwartung Selbstfürsorge	3,1 (0,6)	2,9 (0,8)	2,9 (0,8)	.528
Summe PHQ8	7,9 (5,8)	7,1 (4,9)	6,3 (5,7)	.508
Subj. Gesundheitszustand (SD)	3,1 (0,9)	2,8 (0,9)	2,8 (0,8)	.334
Lebenszufriedenheit (SD)	6,4 (2,0)	6,8 (1,9)	7,3 (1,9)	.137
Soziale Unterstützung	7,9 (1,5)	8,2 (1,5)	7,2 (1,8)	.064
Allg. Selbstwirksamkeitserwartung	4,1 (0,6)	3,7 (0,7)	4,1 (0,8)	.010***
HOPE	32,3 (8,4)	31,6 (6,7)	26,3 (7,3)	.002**

*AN<EL

**Scheffé-Test AN<PA, EL

*** Scheffé-Test EL<PA, AN

Ergebnisse der multivariaten Analyse sind in Tabelle 20 abgebildet. Sowohl Partner als auch Eltern waren mit höherer Wahrscheinlichkeit in der Gruppe der reaktiv Rekrutierten und waren älter als „andere Angehörige“. Partner wiesen gegenüber anderen Angehörigen höhere Werte in dem HOPE-Fragebogen auf. Hinsichtlich der weiteren Variablen unterschieden sich die Gruppen nicht.

Tabelle 20: Multinomiale logistische Regression zur Prädiktion der Gruppenzugehörigkeit (Ref. „Andere“)

Variablen	Exp (B) (95 CI)	Sig.
Prädiktion Partnerschaft (vs. Andere)		
Alter	1.064 (.993-1.140)	.076
Rekrutierung reaktiv	14.957 (2.732-81.894)	.002
Familienstand nicht ledig	0.233 (.050-2.068)	.323
FMA Summe	1.008 (.995-1.021)	.251
Dummy keine Multiple Substanzen	.603 (.113-3.208)	.553
HOPE	1.110 (1.007-1.223)	.036
Allg. Selbstwirksamkeitserwartung	1.782 (.446-7.123)	.414
Prädiktion Eltern (vs. Andere)		
Alter	1.112 (1.025-1.206)	.010
Rekrutierung reaktiv	33.937 (2.816-408.94)	.006
Familienstand nicht ledig	0.305 (.031-2.994)	.308
FMA Summe	1.009 (.994-1.024)	.251
Dummy keine Multiple Substanzen	.210 (.035-1.263)	.088
HOPE	1.083 (.065-1.214)	.174
Allg. Selbstwirksamkeitserwartung	.540 (.122-2.399)	.418

4.2.1.4. Art der Abhängigkeit

Für die Analyse von Gruppenunterschieden nach der Form der Abhängigkeit des IP wurden die Angehörigen erneut in drei vergleichbar große Gruppen eingeteilt: Angehörige von IP mit ausschließlicher Alkoholabhängigkeit, Angehörige von IPs mit anderen singulären Abhängigkeitsformen und Angehörige von Menschen mit Mehrfachabhängigkeiten. Soziodemographische Merkmale sowie Abhängigkeitsform und Enge der Beziehung zum IP sind in Tabelle 21 dargestellt. Ersichtlich wird, dass der Anteil proaktiv rekrutierter Probanden in der Gruppe mit singulärer Alkoholabhängigkeit am größten war. Weiterhin zeigte sich, dass bei singulärer Alkoholabhängigkeit die meisten rekrutierten Probanden Partner oder Kinder waren, während bei multiplen und anderen singulären Abhängigkeitsformen („Sonstige“) der Anteil an Eltern deutlich höher war. Es ergaben sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Abhängigkeitsarten hinsichtlich soziodemographischer Variablen oder der subjektiven Nähe oder Wichtigkeit der Beziehung.

Tabelle 21: Soziodemographie und Beziehungsmerkmale nach Abhängigkeitsform

Variable	Alkohol (AL; n=37)	Sonstige (SA; n=25)	Multiple (MA ; n=38)	p*
Proaktiv rekrutiert (%)	51,4	20,0	26,3	.017
Weiblich (%)	78,4	76,0	78,9	.960
Alter (SD)	48,3 (13,3)	50,2 (19,2)	46,1 (13,7)	.442
Schulbildung max. mittlere Reife (%)	48,6	40,0	28,9	.215
Migrationshintergrund (%)	18,9	20,0	31,6	.379
Familienstand ledig (%)	29,7	24,0	21,1	.680
Einkommen max. 2000€ (%)	21,6	12,0	31,6	.189
Nicht erwerbstätig (%)	21,6	4,0	15,8	.160
Beziehungsart				<.001
Partner (%)	43,2	28,0	28,9	
Elternteil (%)	2,7	52,0	44,7	
Kind (%)	37,8	12,0	7,9	
Andere (%)	16,2	8,0	18,4	
Nähe Beziehung (SD)*	3,9 (1,2)	3,6 (1,2)	3,9 (1,2)	.602
Wichtigkeit Beziehung (SD)*	4,2 (1,2)	4,5 (0,7)	4,3 (1,1)	.512

* AL=33, SA=23, MA=33

**Scheffé-Test AN</> PA, EL

Unterschiede bezüglich Belastungsfaktoren, Copingverhalten und Ressourcen sind in Tabelle 22 dargestellt. Hier fand sich lediglich eine höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung in der Gruppe der Angehörigen von IP mit reiner Alkoholabhängigkeit, während sich in den übrigen Variablen keine Gruppenunterschiede ergaben. In der Unterskala „Strain“ des FMA ergab sich eine tendenz zu höherer Belastung bei Angehörigen von IP mit multiplen Abhängigkeiten.

Tabelle 22 Belastungsfaktoren, Copingverhalten und Ressourcen nach Abhängigkeitsform

Variable	Alkohol (AL; n=37)	Sonstige (SA; n=25)	Multiple (MA ; n=38)	p*
Family Members Assessment				
Stress (SD)	12,9 (8,5)	12,6 (7,8)	14,8 (9,1)	.516
Strain (SD)	19,6 (10,0)	19,6 (10,0)	24,1 (9,6)	.092
Coping (SD)	13,1 (8,2)	15,4 (7,6)	15,1 (6,4)	.372
Social Support (SD)	12,2 (7,2)	14,5 (6,3)	15,1 (6,4)	.390
Gesamtscore FMA (SD)	155,6 (72,8)	160,1 (72,3)	188,0 (69,2)	.118
Behandlungserwartung Beeinflussung	2,8 (0,76)	2,7 (0,96)	2,9 (0,72)	.581
Behandlungserwartung Inanspruchnahme	2,5 (0,67)	2,5 (0,78)	2,6 (0,74)	.977
Behandlungserwartung Selbstfürsorge	3,1 (0,52)	2,8 (0,92)	3,0 (0,75)	.352
Summe PHQ8				
Subj. Gesundheitszustand (SD)	2,9 (0,9)	2,7 (0,7)	3,0 (0,9)	.301
Lebenszufriedenheit (SD)	6,5 (2,0)	7,2 (1,6)	6,8 (2,1)	.429
Soziale Unterstützung	7,4 (1,6)	8,3 (1,6)	7,7 (1,7)	.136
Allg. Selbstwirksamkeitserwartung	4,2 (0,6)	3,8 (0,8)	3,9 (0,8)	.045
HOPE	28,9 (8,4)	31,8 (5,7)	29,8 (8,6)	.378

*AN<EL

**Scheffé-Test AN<PA, EL

*** Scheffé-Test EL<PA, AN

In Tabelle 23 sind die Ergebnisse der multinomialen logistischen Regression dargestellt. Die Ergebnisse entsprachen den Befunden ohne Adjustierung: gegenüber singulär Alkoholabhängigen waren Angehörige von IPs mit multiplen und anderen Abhängigkeitsformen häufiger Eltern (bzw. seltener keine Eltern). Zusätzlich waren Angehörige von IP mit multiplen Abhängigkeiten gegenüber singulärer Alkoholabhängigkeit jünger.

Tabelle 23: Multinomiale logistische Regression zur Prädiktion der Abhängigkeitsform (Ref. „Alkohol“)

Variablen	Exp (B) (95 CI)	Sig.
Prädiktion Andere (vs. Alkohol Singulär)		
Alter	.978 (.929-1.030)	.404
Rekrutierung reaktiv	1.602 (.228-11.239)	.963
FMA Summe	.993 (.983-1.003)	.189
Dummy kein Partner	.536 (.072-3.992)	.543
Dummy kein Elternteil	.015 (.001-.269)	.004
HOPE	1.002 (.917-1.095)	.963
Allg. Selbstwirksamkeitserwartung	.596 (.239-1.489)	.268
Prädiktion Multiple (vs. Alkohol Singulär)		
Alter	.941 (.897-.987)	.012
Rekrutierung reaktiv	1.238 (.265-5.777)	.786
FMA Summe	1.002 (.993-1.011)	.713
Dummy kein Partner	.410 (.081-2.081)	.282
Dummy kein Elternteil	.015 (.001-.194)	.001
HOPE	.991 (.918-1.070)	.815
Allg. Selbstwirksamkeitserwartung	.744 (.324-1.709)	.486

4.2.2. Qualitative Ergebnisse der BEPAS-Studie

Im Folgenden wird auf die einzelnen Themen eingegangen, die sich im Rahmen der vertiefenden Interviews hinsichtlich psychosozialer Belastungsfaktoren, Copingstrategien und deren Zusammenhang mit dem Ausmaß an erlebter Belastung sowie Ressourcen besonders herauskristallisierten. Anschließend sollen die wichtigsten Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfe und die Unterstützungsbedarfe Angehöriger beschrieben werden. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse sollen Erfahrungen, Probleme und Wünsche der Angehörigen durch wörtliche Zitate verdeutlicht werden. Auch wenn der Auswertungsfokus der qualitativen Interviews auf der lebensweltlichen Beschreibung lag, wurden zusätzlich die Narrative von Angehörigengruppe verglichen, die sich weitgehend nur in einem interessierenden Merkmal unterschieden.

An dieser Stelle sei daran erinnert, dass etwa zwei Drittel der Gesamtstichprobe über kooperierende Selbsthilfegruppen rekrutiert wurden. Dieser hohe Anteil an PB, die zum Zeitpunkt des Interviews bereits im Suchthilfesystem integriert waren, entspricht selbstverständlich nicht dem Anteil Angehöriger in der Gesamtbevölkerung. Dieser Umstand muss bei Betrachtung der Ergebnisse der Gesamtstichprobe berücksichtigt werden. Daher wird nach Darstellung der qualitativen Ergebnisse der Gesamtstichprobe ein gesonderter Fokus auf den weitestgehend unbehandelten PA liegen. Es sollen Besonderheiten und Unterschiede hervorgehoben werden im Vergleich zu den RA, die bereits in der Selbsthilfe sind. Im Anschluss sollen genderspezifische Differenzen und Besonderheiten im Hinblick auf die unterschiedlichen Beziehungskonstellationen und Suchtformen dargestellt werden.

4.2.2.1. Belastungsfaktoren Angehöriger

Familiäre und soziale Belastungen

Viele Angehörige beschrieben die Suchterkrankung des IP als eine wesentliche Belastung ihres Familien- und Soziallebens. Insbesondere Angehörige, die mit dem IP in einem Haushalt lebten (vor allem Eltern, Partner und Kinder), berichteten von einer immensen Beeinträchtigung des Zusammenlebens. Häufig litten die Angehörigen darunter, dass der IP seinen familiären und häuslichen Pflichten nicht mehr nachkam und dadurch viele Aufgaben auf den Angehörigen abfielen. Andere litten darunter, dass kaum noch gemeinsame oder familiäre Aktivitäten mit dem IP möglich waren. 80% der Angehörigen gaben in den Interviews an, in ihrem Familienleben durch die Suchterkrankung des IP beeinträchtigt zu sein.

„Seine Art war auch eine Zeitlang dann, nicht zu sprechen. Eine Woche oder zwei Wochen. Mich einfach zu ignorieren. Geht zur Arbeit, verschwindet, sagt nichts, meldet sich nicht ab. Lebt so vor sich hin, als ob er überhaupt nicht in einer Familie lebt, sondern alleine [...] Zum Beispiel hat mich früher meine Tochter immer wieder angesprochen `Mama, warum sind wir denn nicht so wie andere Familien´? Dass wir zusammen essen oder halt die Ausflüge zusammen unternehmen, die waren bei uns sehr selten“.

(Partnerin eines Glücksspielers, 37 Jahre) 02016

Ein Viertel der Angehörigen berichtete außerdem von einer Belastung des Berufslebens, beispielsweise durch einen Mangel an Konzentration auf der Arbeit oder Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer oder somatischer Erkrankungen. Einige Angehörige mussten ihr Arbeitspensum wegen finanzieller Zusatzbelastung durch die Suchterkrankung deutlich erhöhen und waren deshalb zusätzlichem Stress ausgesetzt.

„Auf der Arbeit habe ich mich schwer konzentriert. Also ich hatte echt Glück, dass ich eine super Leitung habe und ein super Arbeitsverhältnis. Also ich habe zu dem Zeitpunkt schon viel Mist gemacht auf der Arbeit. Viel vergessen, teilweise habe ich vergessen, Patienten zu versorgen.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 42 Jahre) 01004

Angehörige, die sich infolge einer stark ausgeprägten Suchtproblematik intensiv um den IP kümmerten, vernachlässigten häufig soziale Kontakte. Sie hatten das Gefühl, permanent die Suchtproblematik des Betroffenen im Blick haben zu müssen und opferten viel Freizeit, was sich in zunehmender sozialer Isolation niederschlagen konnte. Andere zogen sich aufgrund finanzieller Belastungen oder Angst vor Stigmatisierung aus ihrem sozialen Umfeld zurück. Knapp die Hälfte der PB berichtete von einer Einschränkung des Soziallebens aufgrund der Suchterkrankung.

„Ich bin von 2005 bis 2013 jahrelang jedes Wochenende hingefahren und hab dort gesessen und versucht, für meine Mutter da zu sein. Was sich bei mir so geäußert hat, dass der Freundeskreis viel kleiner geworden ist. Man hat sich halt mehr zurückgezogen von der Außenwelt.“

(Tochter einer Mutter mit Alkoholkonsum, 27 Jahre) 01011

Einige Angehörige beklagten, dass es durch die Suchterkrankung des IP vermehrt zu Loyalitätskonflikten innerhalb der Familie bzw. der Beziehung kam. Vor allem die Angehörigengruppe der Eltern und Kinder berichteten davon, innerhalb der Familie keinen gemeinsamen Konsens im Umgang mit dem IP zu haben. Durch die Uneinigkeit hinsichtlich des richtigen Umgangs mit der Suchterkrankung entstanden häufig familiäre Konflikte.

„Wir haben uns dann zwischendrin auch ein bisschen gezofft, weil ich dann auch immer zu meiner Tochter gehalten hab, oder hab mich mit meiner Tochter gezofft, weil ich zu meinem Mann gehalten hab. So habe ich halt immer zwischendrin gestanden, zwischen zwei Stühlen.“

(Mutter einer Tochter mit Alkohol- und Tablettenkonsum, 65 Jahre) 02029

Direkte Belastung durch deviantes Verhalten des Suchtkranken

Fast alle Angehörigen berichteten von den Auswirkungen devianten Verhaltens des IP als unmittelbare Folge der Suchterkrankung. Die Auswirkungen standen oft im Zusammenhang mit Beziehungs- und Kommunikationsproblemen, Gewalterfahrungen, finanziellen Belastungen und unzuverlässigen Verhaltensweisen des IP. Knapp 80% der Angehörigen berichteten von Streitigkeiten und verbalen Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit der Sucht. Inhaltlich drehten sich die Auseinandersetzungen häufig um die Suchterkrankung selbst, das aktuelle Konsumverhalten des IP, Rückfälle und die in vielerlei Hinsicht schwierige Lebenslage der Angehörigen.

„Dieses Wissen immer, ich komm nach Hause und muss damit rechnen, da sitzt jemand, mit dem kannst du noch nicht mal ein ordentliches Gespräch führen oder es kann Streit geben, weil du irgendwas sagst wieder, [...] weil mein Mann eben nicht nüchtern war. Und wenn ich dann was gesagt habe, dann wird er böse. `Ich soll da nicht reinreden und das stimmt alles gar nicht, ich bin kein Alkoholiker, schon gar nicht. Ich mach das nur aus ja aus Entspannung, so nach der Arbeit.‘“

(Partnerin eines Mannes mit Alkoholkonsum, 58 Jahre) 01001.

Knapp 40% der Angehörigen thematisierten die finanzielle Versorgung des IP als einen Belastungsfaktor. Die finanzielle Versorgung konnte die Finanzierung des alltäglichen Lebens, die Gabe von Taschengeld an den IP sowie Begleichung der Schulden beinhalten. Während Partner/innen häufig berichteten, sich finanziell einschränken und eigene Interessen zurückstellen zu müssen, spielte dieses Thema bei entfernteren Verwandtschaftsverhältnissen kaum eine Rolle. Die Einschränkungen konnten das alltägliche Leben, Urlaube, Sozialkontakte und das Berufsleben der Angehörigen betreffen. Delinquentes Verhalten inklusive polizeilicher Auffälligkeiten des IP wurde hingegen fast ausschließlich von Eltern berichtet. Einige Angehörige berichteten auch von Diebstahl und Betrug durch den IP, beispielsweise wenn dieser Geld von Familienmitgliedern entwendete oder zweckentfremdete.

„Dann hat sie halt gesagt, sie hat dort Schulden und dort Kredite und dann habe ich das halt alles summiert und hab mich damals dummerweise breitschlagen lassen, diese Schulden zu übernehmen. Aber beim ersten Mal noch einen größeren Fehler gemacht, ihr das gegeben, um das dann den Leuten zu bezahlen. Und was hat sie gemacht? Später habe ich selber von ihr erfahren, das Geld war alles wieder weg.“

(Ehemann einer Glücksspielerin, 60 Jahre) 02017

Für knapp 40% der Angehörigen bedeutete der zunehmende Rückzug des IP in Folge seiner Suchterkrankung eine zusätzliche Belastung. Angehörige berichteten von IP, die sich aus dem familiären Geschehen zurückzogen, sich übermäßig in die Arbeit vertieften oder sich im Konsum

und der eigenen Gedankenwelt verloren. Für etwa die Hälfte der Angehörigen wirkte sich zudem eine zunehmende Unzuverlässigkeit des IP negativ aus und konnte teilweise zu einer immensen Zusatzbelastung der Angehörigen führen. Darüber hinaus wurde häufig die Schwierigkeit im Hinblick auf die emotionale Unberechenbarkeit des IP thematisiert, beispielsweise durch Stimmungsschwankungen, ausgelöst durch Drogen- und Alkoholkonsum des IP.

„Dass der Partner nicht zuverlässig war, in jedem Bereich, ob das jetzt der berufliche Bereich ist, ob das bei privaten Dingen ist, also einfach, dass er nicht zuverlässig ist. Man kann sich da nicht immer verlassen drauf, wenn irgendeine Feier anstand, bin ich halt oft alleine aufgetaucht, weil er jetzt nicht betrunken im Eck saß, das kann ich nicht sagen, aber vielleicht haben wir uns dann gerade wieder deswegen gestritten und dann hat man gesagt, `du gehst nicht mit´ oder irgend solche Geschichten sind dann einfach eben passiert. Die Zuverlässigkeit hat einfach eben gelitten.“

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 45 Jahre) 02011

„Es ist ja nicht nur so, dass er das Geld verspielt. Klar, der ist dann nicht zu Hause, ist nicht erreichbar, ist nicht ansprechbar. Er ist zwar, wenn er zu Hause, körperlich da, aber irgendwie mit dem Kopf ganz woanders. Das ist sehr anstrengend.“

(Ehefrau eines Glücksspielers, 43 Jahre) 02020

„Immer, jeden Tag die Sorge, wie kommt sie heim: aggressiv, normal, nüchtern. Wie kommt sie heim? Das war jeden Tag, jeden Tag war's ein Lottospiel. [...] Und es war meistens schlecht. Aggressiv, Geld fordernd“.

(Ehemann einer Glücksspielerin, 60 Jahre) 02017

Für eine Reihe von Angehörigen stellten Erfahrungen von Gewalt und aggressivem Verhalten einen erheblichen Belastungsfaktor dar. Es wurde von verbaler Gewalt, Drohungen, Vandalismus, Handgreiflichkeiten und körperlicher Gewalt berichtet. Die Aspekte stellten ein Kontinuum auf einer Gewaltskala dar, dessen stärkste Ausprägung sich in Form gewalttätiger Übergriffe und körperlichen Verletzungen darstellte. Insgesamt berichteten über 40% der PB, unter verbaler Gewalt des IP gelitten zu haben. Als verbale Gewalt wurde jede Form der lautstarken oder aggressiven Auseinandersetzung verstanden, in der eine Abwertung oder Erniedrigung des Angehörigen erfolgte.

„Ich war in der Tiefschlafphase und hab einfach nur dieses Poltern und dieses Klopfen gegen die Tür, so dieses ´whom´ im Unterbewusstsein wahrgenommen und in diesem Moment stand er auch schon vor meinem Bett. Lichtschalter ging an und er hat mich auf übelste Art und Weise beschimpft, gedemütigt und mir die Decke weggerissen und hat gesagt, ich soll sofort aufstehen und soll das Bett verlassen. Und dann hat er mein Bettzeug ins Carport geschmissen und ich weiß bis heute gar nicht, ich wusste gar nicht was los ist.“

Ich hab nur gesagt ´Was ist los?´. Ich habe Angst gehabt, ich hatte richtig Angst. Ich sag ja, wie so ein Monster. So und dann hab ich nur gesagt ´Was ist los, was ist denn passiert?´ und er dann ´Raus, raus hier du Hure, du Nutte´. [...] Ich soll meine Sachen packen. Ich wäre der letzte Dreck. Ich bin dann wirklich nur raus ins Carport, hab meine Decke genommen und gerannt nach oben in das ehemalige Kinderzimmer und dann hat er versucht ins Zimmer zu kommen. Ich hab [PB weint], Entschuldigung, ich hab die Tür immer wieder versucht zuzumachen und er hat natürlich die immer wieder aufbekommen und hat mich am Arm gepackt und geschrien und ich hab nur gesagt ´bitte lass mich in Ruhe, bitte lass mich jetzt´ und dann hab ich mich natürlich eingeschlossen. Und es ist [PB weint], Entschuldigung, es ist immer noch so, dass ich seit diesem Vorfall, wenn ich zu Hause bin [...] seitdem ist es so, dass ich mich auch jetzt immer noch einschließe. Das ist irgendwie so ein Tick von mir. Ich muss das jetzt mal so sagen, ich schließ mich jetzt jede Nacht im Schlafzimmer ein aus Angst.“

(Partnerin eines Mannes mit Alkoholkonsum, 52 Jahre) 01006

Bei etwa 20% der PB wurde durch den IP Druck ausgeübt, indem versucht wurde, den Angehörigen zu einer bestimmten Handlung gegen seinen Willen zu drängen, häufig in Verbindung mit Vorwürfen oder dem Stellen eines Ultimatums. Bei ähnlich vielen kam es zu Drohungen seitens des IP. Dazu gehörten z.B. Suizidankündigungen des IP, Ankündigungen, den Angehörigen zu verlassen oder dem Angehörigen oder anderen Familienmitgliedern körperlich etwas anzutun. Außerdem wurde in einigen Fällen von Sachbeschädigung und Vandalismus berichtet.

„Es war nicht mehr tragbar. Er hat eigentlich jeden beleidigt. Er hat randaliert. Es war normalerweise so, dass ich ihn zwischen 5.30-6.30 Uhr geweckt habe. Das lief dann so ab, dass er mich beleidigt hat, mit ´Verpiss dich du Wichser´, ´Ich steche dich ab´. Und das war für mich dann irgendwann der Punkt, wo ich gesagt habe, ich halts nicht mehr aus, ich schaff das für mich selber nicht mehr.“

(Stiefvater eines Sohnes mit Cannabiskonsum und Psychose, 49 Jahre) 03005

Knapp 20% der Angehörigen berichteten davon, leichte bis schwere körperliche Gewalt durch den IP erfahren zu haben. Viele Erfahrungen standen in direktem Zusammenhang mit übermäßigem Drogen- oder Alkoholkonsum.

„Unter Alkohol wird er dann noch zusätzlich böartig-aggressiv, bis zur Gewalttätigkeit. Mir hat er vor zwei Jahren eine Essensgabel in den Kopf gerammt. Meine Ex-Frau hat er die Treppe runter geschmissen und ihre Hand in der Tür geklemmt.“

(Vater eines Sohnes mit Cannabis- und Alkoholkonsum, 51 Jahre) 01007

„Ich hab in meinem Auto gesessen, da kam er dann, hat meinen Spiegel vom Auto getreten. Ich hatte die Scheibe runter, da hat er meinen Kopf genommen, in die Haare gefasst und auf´s Lenkrad gehauen, meinen Kopf gerüttelt und gesagt ´ich brech dir jetzt

das Genick, los bettel um dein Leben' [...] Dann hat er meinen Autoschlüssel weggenommen, ich saß auf dem Beifahrersitz 'ich fahr uns jetzt tot' und ist schnell gefahren“.

(Ex-Partnerin eines Mannes mit Alkohol- und multiplem Substanzkonsum, 45 Jahre) 01013

„Ihr Aggressionspotenzial wurde im Verlauf der Sucht immer höher. Die Übergriffe wurden ausgelöst durch die üblichen Streitereien, z.B. einmal als ich einen Kleiderbügel aus ihrem Schrank genommen habe, um ihn für mich zu nutzen. Es ist absurd. Aber die Folge war, dass sie mich zusammengeschlagen hat mit Rippenfraktur. Also solche täglichen Übergriffe fanden statt, und eigentlich regelmäßig und auch etwas, was mich sehr...also ich hatte eigentlich immer Angst vor ihr und hab das auch heute noch“.

(Schwester einer Frau mit Alkohol-, Cannabis-, und Heroinkonsum, 50 Jahre) 31000070

Psychisch-somatische Belastungen

Die meisten Angehörigen berichteten von psychisch-somatischen Auswirkungen als Folge der Suchterkrankung des IP. Insbesondere Stress und Überlastung stellten eine wesentliche Belastung für die Angehörigen dar. In der Gruppe der Angehörigen mit entfernterem Verwandtschaftsverhältnis zum IP, wurde vergleichsweise seltener davon berichtet. Insgesamt berichteten knapp drei Viertel von Stresssymptomen wie Erschöpfung, Anspannung, erhöhter Blutdruck, erhöhte Gereiztheit, Kopfschmerzen oder Burn-Out, häufig ausgelöst durch eine permanente Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik.

„Also ich hatte selber ein Burnout. War dann auch selber für 6 Wochen in einer psychosomatischen Klinik. Das war eigentlich so der Punkt, wo nichts mehr ging, also bevor ich dort hin bin. Ich merkte halt auch, dass ich körperlich immer mehr abgebaut habe, also ich immer dünner geworden bin. Ich war auch einfach erschöpft. Richtig tief erschöpft.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 49 Jahre) 03008

„Weil er jetzt konsumiert, braucht er unheimlich viel Energie und Standfestigkeit von mir, dass ich stehe und bestimmte Dinge durchsetze. Es kostet mich einfach unendlich viel Energie, ihn halbwegs auf Spur zu halten, ja. Und dafür zu sorgen, dass er, der macht jetzt Abschlussprüfungen, ja, dass er seine Abschlussprüfungen vorbereitet. Das kostet einfach mehr Energie als vorher, als er nicht konsumiert hat“.

(Mutter eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 52 Jahre) 02009

Etwa ein Drittel der Angehörigen berichteten von einer Depression oder schilderten Symptome einer depressiven Erkrankung. Zwischen Eltern, Partner/innen und Kindern ließen sich diesbezüglich nur geringfügige Unterschiede feststellen. Inwieweit die Depression in Zusammenhang mit der Suchterkrankung des IP stand oder durch diese ausgelöst wurde, ist in den meisten Fällen nicht genau zu bestimmen.

„Man kommt in einen Kreislauf im Denken, wo man nicht mehr rauskommt. Wo man also nachts um zwei noch - ich lach immer drüber - aber man läuft wirklich um den Küchentisch, weil man die Gedanken nicht abstellen kann. Wenn dann ein Gedanke kommt: 'Was wird? Oder wie wird's finanziell? Oder was wird zum Beispiel mit der Tochter, wenn die jetzt wieder dadurch belastet wird?' [...] Ich geb zu, ich hatte eine Phase, da war ich sehr depressiv. [...] Als ich gemerkt habe, dass mir alles egal ist. Als ich gemerkt hab, dass mir selbst meine Tochter egal ist, da habe ich die Notbremse gezogen. [...] Aber ich hab's so raus geschafft oder ich hab mich zumindest so aufgebaut, dass ich heute an manchen Sachen noch Spaß hab. Die Tochter hat auch eine Katze, um die ich mich kümmerge, wo ich wieder Gefühle investiere. [...] Ich merk das heute noch, ich muss mich zu manchem wirklich aufraffen. [...] Diese Verstimmungen, diese depressiven Phasen sind immer noch, aber nicht mehr so schlimm“.

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 65 Jahre) 02027

40% der Angehörigen berichteten von Schlafproblemen und teilweise ernsthaften Schlafstörungen. Insbesondere Eltern und Partner/innen waren durch eine Beeinträchtigung des Schlafes belastet. Knapp ein Drittel der Angehörigen berichtete von anderen körperlichen Erkrankungen wie Hörsturz, Herzrhythmusstörung, Arthrose und Krebserkrankungen. Auch hier wird von den Angehörigen ein Zusammenhang zur Suchterkrankung des IP oft vermutet, aber bleibt meist unklar. Etwa 20% berichteten darüber hinaus von gesundheitlichen Beeinträchtigungen anderer Familienmitglieder und knapp 10% von verändertem Essverhalten und ernsthaften Essstörungen.

„Ja, ich war auch schon öfters beim Notarzt wegen Darmbeschwerden. Also ich konnte mich nicht mehr bewegen vor Schmerzen. Also das war alles psychisch natürlich. Das hab ich zwei Mal gehabt in den 20 Jahren. Ja, Panikattacken hatte ich auch schon. [...] Seit Jahren Schlafstörungen, genau Durchschlafschwierigkeiten. [...] Ich hab keinen klaren Gedanken. Ich bin ängstlich. Worauf soll ich mich freuen? Auf den nächsten Berg Arbeit? Auf das einsame Wochenende? Auf die Gespräche mit Freunden, die ich schonen muss. Auf die Seelsorge, die mir dann sagt, wer kann dir noch helfen?“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabis- und Kokainkonsum, 59 Jahre) 03.002

„In den Zeiten, in denen es mit meinem Sohn sehr schlimm war, da habe ich vielleicht 2-3 Stunden geschlafen. Und manchmal so einen unheimlichen Unruhezustand. Und unheimliches Kopfkino. Also das ist ganz schlimm.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 49 Jahre) 02006

Affektiv-kognitive Belastungen

Die Unterkategorie affektiv-kognitive Belastungen beinhaltet die teilweise vielschichtigen und

komplexen Sorgen und Ängste der Angehörigen. Dabei ging es bei vielen um finanzielle, existentielle Ängste, gesundheitliche und beziehungspezifische Sorgen und Angst vor Stigmatisierung. Etwa drei Viertel der Angehörigen litten unter einem zunehmenden Vertrauensverlust gegenüber dem IP in Folge der Suchtproblematik. Misstrauen spielte in allen Angehörigengruppen eine wichtige Rolle, wurde aber am häufigsten von Eltern und Partner/innen angesprochen. Das Misstrauen gegenüber dem Konsumverhalten des IP breitete sich häufig auch auf andere Lebensbereiche aus und entwickelt sich zu einem allgemeinen Verlust an Nähe. Über 40% der Angehörigen fühlten sich durch die Suchtproblematik von dem IP entfremdet. Insbesondere in Situationen, in denen der IP unter starkem Einfluss von Alkohol oder Drogen stand, hatten Angehörige das Gefühl, die Person kaum wiederzuerkennen.

„Ich glaub, so mein größtes Problem ist wieder Vertrauen zu investieren und die Angst zu haben, enttäuscht zu werden oder die Hoffnung zu investieren, jetzt wird alles gut und dann geht es vielleicht eine Weile gut und dann kommt da irgendwann was. Also ich glaub, ich möchte schon irgendwann einfach mal Ruhe haben“.

(Ehefrau eines Glücksspielers, 44 Jahre) 01017

„Ich habe mein Vertrauen in ihn so völlig verloren. Früher sind wir zusammen Klettern gegangen – ich habe mein Leben an sein Seil gehängt, an sein Seilende. Und so was würde mir heute nicht im Traum einfallen. Ich würde ihn auch nicht mehr alleine in meine Wohnung lassen. Er beklaut einen, betrügt einen, belügt einen.“

(Vater eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 51 Jahre) 01007

Ein Großteil der Angehörigen machte sich Sorgen um die Zukunft. Diese können unterschieden werden in Sorgen um das Wohlergehen des IP und in Auswirkungen der Suchterkrankung auf die eigene Lebensführung und -gestaltung. Häufig bezogen sich die Befürchtungen auf die weitere Entwicklung der Suchtproblematik, auf mögliche Rückfälle, gesundheitliche Beeinträchtigungen des IP oder existenzielle Nöte. Knapp zwei Drittel sorgten sich um ihre eigene Zukunft und die des IP. Vor allem Partner/innen, bei denen der IP zur Zeit der Erhebung abstinent war, hatten häufig konkrete Sorgen vor einem Rückfall in alte Konsummuster. Diese Sorgen gingen oftmals mit Existenzängsten einher. Auch diese spielten in erster Linie bei Suchtproblematik innerhalb der Partnerschaft eine Rolle. Drei Viertel der Angehörigen sorgten sich um die Gesundheit des IP und befürchteten eine zunehmende Verschlechterung. Einige Angehörige berichteten auch von der Angst, den IP sterben zu sehen, sollte sich der Alkohol- oder Drogenkonsum nicht reduzieren.

„Wenn der mit Volldampf irgendwie auf die Wand zufährt, ist das einfach ganz schwer zu ertragen für mich. Und ja, das bedeutet für mich, dass ich manchmal abends nicht einschlafen kann oder nachts wach werde und darüber grübeln muss oder tagsüber mich dabei erwische, wie ich auf der Arbeit sitze und, anstatt über meine Arbeit nachzudenken, über diesen Kerl nachdenke.“

(Vater eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 51 Jahre) 01007

Man muss ja davon ausgehen, dass es immer wieder passieren wird. Und dass man sich jetzt entscheiden muss, will man mit einem Spieler weiterleben oder nicht? Darauf reduziert sich das ganze ja und zurzeit geht das, will ich das auch, aber man weiß eben nicht, wie weit da meine Kraft reicht. [...] Es wird nie aus der Welt sein. Er hat die Veranlagung und das wird niemals, das sieht man ja jetzt, 8 Jahre spielfrei und zack und er hatte Geld. Es ist wurscht. Es wird immer irgendeinen Grund geben, weshalb er wieder anfängt und der Grund liegt in ihm und nicht in mir, das ist es. [...] Es ist ein lebenslanges Thema“

(Ehefrau eines Glücksspielers, 50 Jahre) 01023

„Ich habe Angst, dass ich irgendwann einen Anruf kriege, dass er irgendwo runtergesprungen ist oder so. Oder irgendwo liegt. Dass er seinen Geist schon irgendwo weggetrunken hat. [...] Aber manchmal denke ich, ich kenne ihn auch nicht oder ich habe ein falsches Bild von ihm“.

(Mutter eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 58 Jahre) 01003

Für viele Angehörige waren Scham- und Schuldgefühle eine bedeutsame Belastung. Knapp zwei Drittel berichteten von Scham und der Angst vor Stigmatisierung in Zusammenhang mit der Sucht des IP. Häufig wurden Situationen geschildert, in denen das Verhalten des IP den Angehörigen peinlich war, z.B. bei Trunkenheit des IP in der Öffentlichkeit oder vor Freunden und Familie. Andere schämten sich allein für die Tatsache, dass sich in ihrer Familie eine Suchterkrankung entwickeln konnte. Viele bemühten sich aufgrund ihrer Ängste, die Sucht des IP geheim zu halten und belogen ihr soziales Umfeld und andere Familienmitglieder. Oft fühlten sie sich durch die permanente Geheimhaltung der Suchtproblematik belastet.

„Na, gerade in der Zeit, als meine Freunde damals gesagt haben, `dein Vater der ist hier wieder besoffen in der Diskothek aufgetaucht´ oder wenn ich mir dann vorstelle, dass mein Vater dann da irgendwo im Auto schläft, weil er nicht mehr nach Hause fahren konnte, also das ist schon peinlich. [...] Meine Freundin, die wohnte mal in der gleichen Straße und die hat dann gesagt, immer wenn sie meinen Vater sieht, bietet er ihr ein Bierchen an. Und einmal in der Disco, das ist aber auch ganz am Anfang der Trennung gewesen, hat mein Vater meine Freundin gefragt, ob die nicht mal knutschen wollen“.

(Tochter eines Vaters mit Alkoholkonsum, 39 Jahre) 3600068

„In unserem Umfeld wusste keiner davon, es wusste eigentlich nur meine Mutter so richtig Bescheid. Freunde nein, und es wäre schon sehr beschämend und schlimm, wenn das rauskommen würde. [...] Ich dachte oh man, eigentlich sinnvoller wäre es, jetzt das Ganze auffliegen zu lassen, damit er wirklich mal was merkt, aber das hab ich jetzt nicht hingekriegt, weil ich dachte, wir wohnen da und die ganzen Leute sind meistens irgendwie mit diesem Fußballverein, haben was zu tun und wenn das rauskommt, also ich könnte mir

nicht mal richtig vorstellen da weiter zu leben. Das wäre so richtig peinlich, auch für die Kinder, denke ich mal, wäre das richtig schlimm“

(Ehefrau eines Glücksspielers, 37 Jahre) 02016

„Ich denke, der Nachbarschaft wird es nicht verborgen geblieben sein. Ich habe Angst gehabt einkaufen zu gehen, ich habe Angst gehabt, jemanden über den Weg zu laufen.“

[„Was haben Sie da befürchtet?“]

„Angesprochen zu werden. Sagen zu müssen, dass mein Kind Drogen nimmt, ist auch nicht gerade toll.“

(Mutter eines Sohnes mit multiplem Substanzkonsum, 53 Jahre) 01019

Häufig gingen Schamgefühle mit Schuldgefühlen einher. Viele Angehörige fühlten sich mitverantwortlich für die Suchtproblematik des IP und warfen sich vor, in ihrer Rolle als Partner/in, Elternteil oder Kind des Suchtkranken die Entwicklung der Sucht begünstigt zu haben. Andere hatten ein schlechtes Gewissen, weil sie die Sucht früher hätten erkennen und aufhalten müssen. Insgesamt litten über 40% der Angehörigen unter Schuldgefühlen, die in direktem Zusammenhang mit der Suchterkrankung standen. Am häufigsten berichteten Eltern durch Schuldgefühle belastet zu sein.

„Ich habe ihn alleine großgezogen. Da kommen Schuldgefühle auf. Was habe ich falsch gemacht? Habe ich zu viel gemacht? Habe ich zu wenig Grenzen gesetzt? So wie Eigenkritik.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabis- und Medikamentenkonsum, 64 Jahre) 01008

„Das hat mich schon sehr belastet, weil anfangs hab ich so ein Gefühl gehabt, ich bin mit Schuld daran, dass er spielt oder dass es so weit gekommen ist. Hätte ich vielleicht früher was gemerkt oder was gemacht, dann wäre das gar nicht so weit gekommen. Schon auch Selbstvorwürfe habe ich mir gemacht [...] Eben dann hab ich auch gesagt, wenn es rauskommt, was denken die anderen über mich, obwohl ich eigentlich gar nichts dafür konnte, aber zu dem Zeitpunkt war das für mich irgendwie natürlich schon eine große Scham [...] Wie ich das soweit kommen lassen konnte.“

(Ehefrau eines Glücksspielers, 43 Jahre) 02020

„Da denk ich manchmal, `gibt es irgendwas in meinem Leben, was ich hätte dazu beitragen können, damit es nicht so weit gekommen wäre? Wieso mein Sohn?´ [...] Und wenn die ganze Welt sagt `du kannst nichts dazu´. Ich muss sagen, ich bin geschieden, es gab Probleme in der Partnerschaft, mit meinem Partner. Die ersten Probleme waren, als er ein Jahr alt war. Da hatte mein Mann ein Verhältnis mit einer anderen Frau. Ein halbes Jahr später mit derselben wieder. Und heute denk ich `ich hätte gehen sollen, als meine Kinder noch ganz klein waren´. Gegangen bin ich, als meine Kinder, meine Tochter war 13-14 vielleicht, mein Sohn so 9-10, so etwas. Und was ich vorhin geschildert hab mit dem

Alkohol, wo mein Mann unter Alkoholeinfluss so getobt hat und beide Kinder am anderen Tag nicht zur Schule konnten. [...] Aber manchmal denkt man auch, man nimmt den Kindern den Vater weg, ja, die Kinder lernen ihren Vater nicht kennen. Und da denk ich manchmal, schwelt da irgendwie was? [...] Die Kinder sind so feinfühlig“.

(Mutter eines Glücksspielers, 55 Jahre) 02019

Ferner erzählten Angehörige von unterschiedlichen negativen Emotionen, die sie angesichts der Suchterkrankung des IP empfanden. Die Hälfte der Angehörigen berichtete von Momenten wiederkehrender Traurigkeit. Einige PB weinten während der Interviews. Viele verspürten eine allgemeine Enttäuschung gegenüber dem IP. Diese war häufig geknüpft an Rückfälle und Vertrauensbrüche des IP und einem Gefühl darüber, nicht das Leben zu führen, was man sich ursprünglich gewünscht hatte. Ebenso viele waren belastet durch das Gefühl von Hilflosigkeit gegenüber der Suchtproblematik. Sie fühlten sich überfordert, verzweifelt und ohnmächtig im Umgang mit der Sucht und hatten das Gefühl, keine wirklichen Kontroll- und Handlungsmöglichkeiten mehr zu haben.

„Ist bescheuert gelaufen, das Leben, sag ich mal. Weil die meiste Zeit wurde damit beschäftigt, die Spielverluste und den Frust abzubauen. Es wurde mehr Kraft in das Spielen gesteckt als in das Leben“.

(Ehefrau eines Glücksspielers, 53 Jahre) 02013

„Also, ich kann ihn nicht mehr bedingungslos lieben. Geht nicht mehr und das tut mir am meisten weh daran. Ich hab das öfter gehabt, dass ich einfach los fahren wollte zu ihm, weil ich gedacht hab, vielleicht bringt ihn das weiter, aber ich würde mit einer Erwartung hinfahren und wäre maßlos enttäuscht, wenn es nicht klappt. [PB weint] [...] Aber dann muss man doch was tun? Muss man sich doch helfen lassen. Und dass er das nicht begreift, das macht mich kirre, macht mich das. Und ich weiß, ich kann nichts weiter tun als abwarten. Das zermürbt“.

(Mutter eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 58 Jahre) 01003

Etwa 20% der Angehörigen waren belastet durch Verlust- und Trennungsängste. Vor allem Kinder suchtkranker Eltern hatten Sorge, die oftmals körperlich geschwächten IP aufgrund ihres Konsumverhaltens zu verlieren. Viele Angehörige berichteten von Situationen, in denen sie Angst oder Panik empfanden, häufig in Verbindung mit Gefühlen von Ohnmacht. Auch Wut und Ärger gegenüber dem IP kamen neben dem Gefühl von Mitleid vor allem bei Kindern suchtkranker Eltern immer wieder zur Sprache. Insgesamt verspürten etwa 10% der Angehörigen Mitleid gegenüber dem IP. Ebenso viele berichteten, ihren Respekt vor dem IP durch dessen Konsum verloren zu haben. Häufig schilderten Angehörige, wie sich ihre Gefühlslage gegenüber dem IP im Laufe der Jahre veränderte, teilweise sogar ins Gegenteil umschlug.

„Aus heutiger Sicht würde ich auch sagen, dass meine Mutter nicht nur Depressionen hatte, sondern auch eine Persönlichkeitsstörung, weil sie hat mir auch, als ich noch relativ klein war, wenn ich irgendwie nicht artig war, Herzattacken vorgespielt tagsüber und ich dachte, sie stirbt. Und dann stand ich da und hab geweint und wurde ganz panisch und so, dass ich eben sehr, sehr lange sehr angepasst war, und das ist dann in der Pubertät komplett gekippt, also es hat sich wirklich um 180° gedreht und meine Mutter hat eigentlich täglich meine ganze Wut und meine ganze Aggression irgendwie abgekriegt. [...] Meine Mutter, wenn die dann dalag und nur noch irgendwie gestöhnt hat und sich erbrochen hat und ich das dann so kleinkindmäßig lösen musste. Ja, wie gesagt, da hatte ich große Sorge“.

(Tochter einer Mutter mit Alkoholkonsum, 47 Jahre) 39000091

Tabelle 24: Meistgenannte Belastungsfaktoren in den qualitativen Interviews

Belastungsfaktor	
Beeinträchtigung des Familienlebens	80%
Streit / Kommunikationsprobleme	79%
Verlust an Vertrauen und Nähe	74%
Sorge um die Gesundheit / das Leben des Suchtkranken	74%
Stress / Überlastung	73%
Schamgefühle / Stigmatisierung	64%
Sorgen um die Zukunft	61%
Hilflosigkeit / Ohnmacht	57%

4.2.2.2. Copingstrategien Angehöriger

Die Angehörigen berichteten in den Interviews von einer Vielzahl unterschiedlicher Umgangsweisen mit der Suchtproblematik. Einige Copingstrategien wurden geplant und zielorientiert, andere eher spontan und affektgesteuert angewandt. Die verschiedenen Bewältigungsversuche der Angehörigen wurden als unterschiedlich erfolgreich wahrgenommen und veränderten sich bei den meisten über die Zeit. Typische Umgangsweisen gegenüber dem IP und der Sucht waren Versuche der Beeinflussung des Konsums, beispielsweise durch Kontrolle und Abgrenzung bzw. emotionale Distanzierung zum Suchtkranken. Häufig kamen auch Tabuisierung und Geheimhaltung der Problematik, Resignation und Toleranz bzw. Akzeptanz der Sucht zur Sprache.

Beeinflussung / Kontrolle

Fast alle Angehörigen berichteten von Versuchen, das Suchtverhalten des IP zu einem gewissen Zeitpunkt in irgendeiner Form zu beeinflussen. Häufig war ein erster Schritt, den IP mit dem als

problematisch empfundenen Konsum- oder ggf. Spielverhalten zu konfrontieren. Fast 90% der Angehörigen berichteten davon, sich in einem Gespräch mit dem IP bezüglich der Suchtproblematik auseinandergesetzt zu haben. Dabei war es für viele nicht einfach, den richtigen Moment für die Konfrontation zu finden. Wenn möglich bemühten sich die Angehörigen, Situationen zu wählen, in denen der IP nicht unter Alkohol- bzw. Drogeneinfluss stand. Inwieweit die Gespräche zu einer Reduzierung des Suchtverhalten führten, wurde unterschiedlich wahrgenommen. Viele Angehörige resümierten aber, dass es wichtig war, die Problematik immer wieder angesprochen und nicht unter den Teppich gekehrt zu haben.

„Eigentlich das gute Einreden. Immer vor die Tatsache stellen, was passiert, wenn. [...] Und dann haben wir viele Phasen gehabt, da haben wir dann drüber gesprochen. [...] `Das kann so nicht mehr weitergehen. Wir verlieren unser Haus, dann haben wir 15 Jahren für nichts gearbeitet. Dann haben wir die Schulden nachher noch und dann kommen wir gar nicht mehr hoch. Willst du das alles´? Also so bin ich dann immer auf sie zugegangen. `Oder ist dir das alles egal?´“

(Ehemann einer Frau mit Alkoholkonsum, 53 Jahre) 01016

„Ich habe versucht auf ihn einzureden, dass er was unternimmt. Und habe ihm auch zu verstehen gegeben, dass mein Reden nichts bringt. Und ich kann ihm da nicht weiterhelfen, bei ihm muss es `Klick machen´, er muss es von sich aus tun, ich kann ihn da nicht irgendwo hin bringen oder zum Entzug oder ihm irgendwas sagen, er muss es alleine machen. Er muss es alleine wollen. Denn was anderes bringt es nicht.“

(Mutter eines Glücksspielers mit Cannabiskonsum, 52 Jahre) 01018

Fast die Hälfte der Angehörige erzählte davon, in verschiedenen Lebensbereichen des IP vermehrt Verantwortung übernommen zu haben. Dabei ging es um Verantwortungsübernahme bei berufsbezogenen, bei finanziellen oder privaten Angelegenheiten. Viele Angehörigen halfen den IP auch bei alltäglichen Problemen, beispielsweise bei der Versorgung und Organisation des Haushaltes. Häufig betraf die Hilfe Lebensbereiche, um die sich die IP vor der Sucht noch ausreichend selbst kümmern konnten, später aber zunehmend vernachlässigten. Ähnlich viele Angehörige bemühten sich, durch das Aufsuchen professioneller Hilfe für den IP die Suchtproblematik positiv zu beeinflussen. Insbesondere seitens der Partner/innen und Eltern wurde berichtet, für den IP Unterstützung organisiert zu haben. Einige Angehörige befanden sich im Zwiespalt. Sie wollten es dem IP einerseits durch die Übernahme der Verantwortung bestimmter Lebensbereiche nicht zu einfach machen, andererseits für ihn oder sie da sein und Unterstützung bieten.

„Ich sehe das [regeln] schon als meine Aufgabe an, damit unser Leben funktioniert. Natürlich würde ich gerne mich auch einfach mal zurücklehnen und sagen `weißt du was, jetzt ein halbes Jahr möchte ich mich um den ganzen Krempel gar nicht mehr kümmern,

mach mal'. Aber da fehlt mir dann das Vertrauen und auch das Zutrauen in meinen Mann, das zu machen. [...] Das ist halt so der Fluch dieser jahrelangen Entwicklung, dass sich das jetzt so manifestiert hat“.

(Ehefrau eines Glücksspielers, 63 Jahre) 02012

Angehörige, bei denen Gespräche und Diskussionen mit dem IP erfolglos blieben, versuchten teilweise, über Kontrolle und Verbote das Suchtverhalten zu reduzieren. 60% berichteten von Versuchen, das Konsum- oder Spielverhalten direkt zu kontrollieren. Bei Kindern, Geschwistern und entfernteren Verwandtschaftsverhältnissen traten Kontrollversuche deutlich seltener auf. Typischerweise wurden Regeln vereinbart oder Verbote ausgesprochen bezüglich des Suchtverhaltens in den eigenen vier Wänden. In einigen Fällen berichteten die Angehörigen von der heimlichen Entsorgung der Drogen- bzw. Alkoholvorräte. Andere bemühten sich, das Suchtverhalten durch finanzielle Kontrolle des IP zu reduzieren, indem der Zugang zu Konten oder der Haushaltskasse begrenzt wurde. Etwa 20% erzählten, den IP und dessen Verhalten zeitweise regelrecht überwacht zu haben. Dazu gehörte heimliches Nachspionieren, Öffnen von Briefen bzw. Kontoauszügen und Kontrollanrufe. Vor allem Eltern versuchten so Einblicke in das Suchtverhalten ihrer Kinder zu erhalten. In vielen Fällen wurden die Kontroll- und Überwachungsversuche rückblickend als wenig nachhaltig bewertet und reduziert.

„Wir haben das Zimmer durchsucht und die Sachen, die wir gefunden haben, haben wir vernichtet. Wir haben bestimmt einige Tausend Euro an Drogen die Toiletten herunter gespült. Und haben ihm dann auch klipp und klar untersagt, innerhalb der Wohnung sein Zeug zu konsumieren oder mitzubringen und haben dann auch grundsätzlich regelmäßig den Rucksack durchsucht.“

(Stiefvater eines Sohnes mit multiplem Substanzkonsum, 57 Jahre) 03012

„Ich hatte von einer Freundin meiner Tochter gehört, dass man ihr Auto in der Nähe einer Spielothek hier in der Ecke irgendwo gesehen hatte, und dann hab ich mich ins Auto gesetzt und bin da hin gefahren und siehe da, sie saß da und bediente auch gleich zwei Automaten. [...] Das war die Kontrolle. Und dann hab ich ihr auch gesagt `das wird dir jetzt so häufig passieren, dreh dich immer um, kann immer sein, dass ich hinter dir stehe“.

(Mutter einer Glücksspielerin, 51 Jahre) 36000006

„Ich hab's versucht immer mit Regeln, Kompromissen, Versprechungen, aber im Endeffekt hat er's ja nie gehalten. Es waren immer Seifenblasen. Am Anfang hab ich auch die Wohnungstür abgeschlossen, damit er sich nicht mehr davonschleicht, da hat er versucht, sich mit dem Bettlaken aus dem dritten Stock abzuseilen.“

(Mutter eines Sohnes mit multiplem Substanzkonsum, 42 Jahre) 01004

Viele Angehörigen versuchten auch, durch das Aufstellen von Bedingungen Einfluss auf das Suchtverhalten zu nehmen. Sie knüpften das gemeinsame Zusammenleben beispielsweise an die

Inanspruchnahme professioneller Behandlung durch den IP. Einige forderten die IP dazu auf, ehrlich und offen mit ihrem Konsum und möglichen Rückfällen umzugehen, wenn die Beziehung fortgesetzt werden sollte. Andere erwarteten einen alkohol- und drogenfreien Haushalt und drohten andernfalls mit Rauswurf des IP. Insgesamt versuchte knapp die Hälfte der Angehörigen über das Aufstellen eines Ultimatums, Einfluss auf das Suchtverhalten zu nehmen. Angehörigen liefen dadurch aber auch Gefahr sich unglaublich zu machen bei mangelnder Konsequenz in der Umsetzung. So wurde teilweise von Ultimaten berichtet, die letztendlich zu leeren Drohungen wurden. Insgesamt schien vor allem die glaubhafte Androhung einer möglichen Trennung die IP mobilisiert zu haben, sich Hilfe zu suchen.

„In den Neunzigern zur Hochzeit, wo dann ´96 die die erste Abstinenz folgte, da hab ich tatsächlich zu ihm gesagt, `wenn du jetzt nicht aufhörst zu trinken, werde ich dich verlassen, es ist gut jetzt´. [...] Ich war klar, dass es so ist, dass ich das tun werde und das hat er wohl dann verstanden. Also er hat gemerkt, jetzt meint sie es wohl ernst“.

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 45 Jahre) 02011

„Und was ich da ziemlich am Anfang mitgenommen habe, war die Erkenntnis, dass ich diese Situation, dass er die Droge frei Haus geliefert bekommt in meine Wohnung, in meine Räumlichkeit, nicht mehr haben möchte, ich habe ihm dann ganz klipp und klar gesagt, er kann hier nur wohnen, wenn ganz klar ist, dass hier keine Drogen reinkommen. Und wenn ich das irgendwie mitbekomme oder was, müsste er ausziehen. Dann müsste er ein Zimmer nehmen oder so, ich würde ihn weiter unterstützen, aber nicht hier in der Wohnung.“

(Mutter eines Sohnes mit Medikamenten- und Heroinkonsum, 57 Jahre) 01014

Abgrenzung

In der Abfolge der unterschiedlichen Copingstrategien folgte bei vielen Angehörigen nach anfänglichen, teils gescheiterten Versuchen der Einflussnahme auf das Suchtverhalten die zunehmende Abgrenzung vom IP und dessen Suchtproblematik. Die Abgrenzung erfolgte über räumliche Distanzierung durch Auszug, Trennung und ggf. Hausverbot oder über emotionale Distanzierung, oft einhergehend mit stärkerer Selbstachtsamkeit und der Abgabe von Verantwortungsbereichen. Bei unverändert anhaltender Suchtproblematik zogen sich Angehörige zunehmend vom IP zurück und legten einen stärkeren Fokus auf eigene Bedürfnisse. Knapp die Hälfte der Angehörigen gab an, im Laufe der Suchtentwicklung vermehrt Verantwortung an den IP zurückgegeben zu haben. Außerdem berichteten viele Partner/innen und einige Kinder davon, sich von dem IP unabhängig machen und eine eigene Existenz aufbauen zu wollen. Die angestrebte Unabhängigkeit bezog sich häufig auf finanzielle Aspekte, konnte aber auch andere Lebensbereiche wie das soziale Umfeld betreffen. Bei Eltern und entfernteren Verwandtschaftsverhältnissen waren solche Unabhängigkeitsbestrebungen fast nie ein Thema.

„Ich bin nicht deine Sekretärin oder sonst was, du musst deiner Mitarbeiterin das sagen.“

Ich habe meinen eigenen Job und ich werde dich nicht mehr an deine Termine erinnern, ich hab genug Termine an der Backe, und im Übrigen arbeite ich mehr als du. [...] Und mit den Terminen war es eben so, dass ich ihn hab auflaufen lassen und ich ihn nicht erinnert habe an gewisse Termine, und dass er dann eben halt auch selber sich dieser Situation stellen muss und es für ihn peinlich war, und ich hab mich auch nicht mehr für ihn entschuldigt“.

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 52 Jahre) 01006

Durch die Abgabe von Verantwortung wurde bei vielen Angehörigen wieder neuer Raum für eigene Interessen geschaffen, so dass ca. die Hälfte der Angehörigen von bewusster Selbstachtsamkeit im Sinne von „sich etwas Gutes tun“ als Copingstrategie berichtete. Dies beinhaltete bei vielen einen stärkeren Fokus auf Hobbys und soziale Kontakte, die zuvor vernachlässigt wurden. Außerdem versuchten Angehörigen gezielt, bestimmten Situationen mit dem IP aus dem Weg zu gehen, beispielsweise wenn dieser akut konsumierte. Andere lenkten sich ab mit bestimmten Aktivitäten (Freizeit / Sport) um sich zumindest temporär der Sorgen zu entledigen. Etwa ein Viertel berichtete von Ablenkung und gezielter Vermeidung bestimmter Situationen als Copingstrategie.

„In meinem Kopf hat es so vor 3-4 Jahren Klick gemacht. Da hab ich mit dem Rauchen aufgehört und hab gesagt `so und ab heute wird alles ein bisschen anders´. Und seitdem nehme ich auf meinen Mann weniger Rücksicht und hab mich auch im Kopf von ihm etwas abgenabelt und mach wieder das, was mir Spaß macht, abends auch mal, dass ich fortgehe und Sport mache. Das war ein ewig langer Prozess und da trauere ich der Zeit schon auch ein bisschen hinterher, dass es so lang gedauert hat, dass ich mich da mal wiederentdeckt habe“.

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 45 Jahre) 02011

Bei etwa der Hälfte der Angehörigen ging der Fokus auf das eigene Leben und die eigenen Bedürfnisse einher mit einer emotionalen Distanzierung vom IP. Angehörige ließen die Sorgen um den IP weniger nah an sich und ihre Gefühle heran, um sich besser zu schützen und weniger verletzbar zu sein. Einigen half die Distanzierung dabei, mit dem Konsum oder möglichen Rückfällen besser umgehen und Dinge rationaler betrachten zu können. Knapp ein Viertel distanzierte sich darüber hinaus auch räumlich vom IP durch einen Umzug innerhalb des Hauses (z.B. getrennte Schlafzimmer), einen vorübergehenden Auszug oder durch Rauswurf des IP.

„Die Einstellung gegenüber ihm hat sich natürlich auch verändert, ja. So auf die Tour: Ist mir egal, was du tust. Es ist dein Leben. Ich mache mein Leben nicht durch dich kaputt. Wenn er meint, er muss so leben, er muss es kaputt machen, dann muss er es kaputt machen. Aber ich lasse ihn an mich nicht ran, dass er mich kaputt macht.“

(Vater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 52 Jahre) 02007

„Also das geht soweit, dass ich heute sage, wenn er heute todsterbenskrank wäre, dass er

Leberzirrhose oder irgendwas, es berührt mich nicht mehr. Ich helfe ihm, bin für ihn da, wenn er mich braucht, aber es würde mich nicht mehr berühren. Also es wäre für mich kein Verlust. Ich würde es bedauern für ihn, aber für mich nicht mehr. Im Gegenteil, es wäre für mich eine Befreiung, bin ich ganz ehrlich. Und das war auch der Moment, wo ich auch gelernt hab mit den einzelnen Situationen: viel trinken, kalter Entzug, das ist natürlich auch ganz schlimm, wenn dann der extreme Durchfall, das extreme Erbrechen kommt, einfach cool mit umzugehen. Es kommt zwar immer noch der Punkt, wo ich merke, jetzt kommt so das innerliche Flattern, diese innerliche Unruhe, aber ich habs wesentlich besser im Griff inzwischen“.

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 60 Jahre) 02017

Resignation

Unter Resignation wurden verschiedene Umgangsweisen der Angehörigen zusammengefasst, die durch Duldung des Suchtverhalten, durch inkonsequentes Verhalten dem IP gegenüber, durch übertriebene Aufopferungsbereitschaft oder durch konsumunterstützende Verhaltensweisen gekennzeichnet waren. Bei diesen Umgangsformen ging es meist weniger um die gezielte Anwendung von Copingstrategien, sondern eher um einen affektgesteuerten bzw. automatisierten Umgang mit der Suchtproblematik. Häufig wurden diese Mechanismen rückblickend als schädlich und nicht zielführend beschrieben. Die Phase der Resignation war bei einigen Angehörigen nur temporär und trat in unterschiedlichen Phasen der Suchterkrankung des IP auf. Einige Angehörige waren zunächst bemüht, die Suchtproblematik zu beeinflussen und zu kontrollieren, realisierten irgendwann, mit ihren Bemühungen zu scheitern und verfielen zeitweilig in Resignation. Anderen gelang es nach einer Phase der Resignation bzw. dem Erdulden des Suchtverhaltens, sich erfolgreich vom IP abzugrenzen. Etwa ein Drittel der Angehörigen gab an, im Umgang mit der Suchtproblematik phasenweise resigniert zu haben. Überwiegend Kinder und Partner/innen schilderten resignative Verhaltensweisen. Ähnlich viele berichteten von einem zu nachgiebigen, teils inkonsequenten Verhalten gegenüber dem IP. Vor allem Eltern fiel es schwer, die von ihnen aufgestellten Regeln konsequent durchzusetzen. Einige Angehörige versorgten die IP weiterhin mit Geld, entgegen der Absprachen und im Wissen, dass dies den Konsum unterstützte. Ebenso viele resümierten rückblickend, sich für den IP aufgeopfert zu haben. Aufopferndes Verhalten beinhaltete teilweise eine vollständige Aufgabe der eigenen Bedürfnisse. Während dieses Verhalten bei Eltern und Kindern stark ausgeprägt war, spielte es bei Angehörigen mit entfernterem Verwandtschaftsverhältnis zum IP überhaupt keine Rolle. Jeder zehnte Angehörige berichtete, den Konsum phasenweise direkt unterstützt zu haben, beispielsweise durch den Erwerb von Alkohol oder Drogen. Eine Handvoll Angehöriger konsumierte zeitweise mit dem IP gemeinsam.

„Jetzt bin ich strenger zu ihm, und ich war vorher wenig streng. Ich meine, im Grunde hat er sich nichts sagen lassen, aber es gab immer so Streitigkeiten, dass er sich halt eingeschränkt gefühlt hat. Aber er hat mich nie für voll genommen. Er hat auch gedacht

‘Mensch Alte, laber du mal’. Der wusste genau, wenn ich zu ihm sage ‘pass auf, wenn du jetzt wieder, brauchst du gar nicht mehr wieder zu kommen’. Der wusste halt haargenau, ich geh jetzt raus, ich klingel 3, 4, 5, 6, 8 Stunden später, und die Frau lässt mich sowieso wieder rein. Die geht jetzt weg, sagt zu mir ‘Boa ich will dich nie wieder sehen’. Ruf ich die an ‘Kannst du mal vorbei kommen?’ [...] Er wusste sofort dass ich sage ‘Zu dir? Sofort natürlich’“.

(Partnerin eines Mannes mit Alkohol- und multiplem Substanzkonsum, 45 Jahre) 01013

Tabuisierung / Ausblenden

Angehörige, bei denen angesichts der Sucht des IP ausgeprägte Stigmatisierungsängste vorlagen, neigten teilweise dazu, die Suchtproblematik zu tabuisieren oder auszublenden. Bei knapp einem Viertel der Angehörigen ging aus den Erzählungen hervor, dass sie die Suchtthematik zeitweise verdrängten oder nicht wahrhaben wollten. Andere nahmen die Ernsthaftigkeit der Situation und das Ausmaß der Sucht erst sehr spät wahr und warfen sich rückblickend Naivität vor. Sehr verbreitet war das bewusste Vermeiden der Suchtthematik z.B. in Gesprächen mit Freunden, nicht involvierten Familienmitgliedern, Arbeitskollegen oder anderen Personen aus dem sozialen Umfeld. Auch diesbezüglich scheint die Beziehungsnähe zum IP von Relevanz zu sein, denn von Geschwistern und entfernteren Verwandten des IP wurden keine Vermeidungsstrategien berichtet.

„Weil ich auch immer gesagt hab, ‘na ja gut, vielleicht ein Stück weit bildest du dir doch zu viel ein. Lass es doch mal zwischendurch’. Und es ist ja auch sehr anstrengend für den Kopf, wenn man da immer wieder drüber nachdenkt. Also, ich hab mich selber dann eben auch so ein bisschen eingelullt damit, dass ich gesagt hab, ‘na ja, wir haben ja immer noch genug Geld, und irgendwie wird das schon alles in Ordnung sein.’“

(Ehefrau eines Glücksspielers, 48 Jahre) 17051604

„Er hat dann angefangen, selbst Cannabispflanzen zu züchten. Ich selbst hatte zu dem damaligen Zeitpunkt noch die Einstellung, dass Cannabis so eine leichte Genusspflanze ist, dass da nicht viel Schaden durch entstehen kann. [...] Ich habe dann in meinem väterlichen Kopf natürlich gedacht, ‘Mensch, wenn er ein Händchen für Pflanzen hat, vielleicht wird er mal mit Garten-und Landschaftsbau Gärtner, vielleicht wächst da mal was draus.’“

(Vater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 60 Jahre) 02001

„Das ist wirklich so, dass auch ich teilweise nicht sehen wollte. Dass es Phasen gab, wo ich einfach nicht sehen wollte. Und wenn er dann gut drauf war, ‘ach guck mal, geht doch, er schafft es doch’. Dass ich einfach zu gemacht habe. Was ich jetzt halt nicht mehr mache. Jetzt bin ich ganz wach dabei.“

(Mutter eines Glücksspielers mit Cannabiskonsum, 52 Jahre) 01018

Informationssuche/ Akzeptanzstrategien

Unter Informationssuche/Akzeptanzstrategien wurden die Bewältigungsversuche zusammengefasst, bei denen Angehörige sich extern informierten bezüglich eines angemessenen Umgangs mit Suchtproblemen oder versuchten, die Sucht zu akzeptieren, um so ihre Belastungssituation zu reduzieren. Gut ein Viertel der Angehörigen holte sich Informationen zum Thema Sucht ein. Die meisten nutzen als Informationsquellen das Internet oder Fachliteratur. Etwa 20% bemühten sich zumindest phasenweise, eine Haltung der Akzeptanz gegenüber der Suchtproblematik zu entwickeln.

„Als ich mich mit dem Thema selbst beschäftigt habe, habe ich halt ganz viel gesucht und gegoogelt und recherchiert und habe halt auch viel gelesen. Wo ich das halt gelesen habe, so schwarz auf weiß, ok, es ist eine Krankheit und man muss es als Angehöriger auch so sehen.“

(Ehefrau eines Mannes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 39 Jahre) 01015

„Ich akzeptiere das mehr als Krankheit, was ich vorher nicht getan habe. Ich habe das mehr als persönlich aufgefasst, gegen mich, und das ist eben weg und ich akzeptiere das jetzt, dass das eine Krankheit ist und ja, die man bekämpfen muss.“

(Ehefrau eines Glücksspielers, 63 Jahre) 02014

„Dass ein Mensch eben mehrere Facetten hat, und dass halt die Suchtproblematik eine Facette ist meines Kindes. Und zwar eines Menschen, den ich sonst rundum liebe. Ich wüsste nicht, was ich irgendwie zu kritisieren oder auszusetzen oder sonst was hätte. Ich liebe mein Kind, so wie es ist, und der Teil, der halt jetzt da ist, gehört dazu, ist ein Teil dessen.“

(Mutter eines Sohnes mit Heroinkonsum, 57 Jahre) 01014

Tabelle 25 Meistgenannte Copingstrategien in den qualitativen Interviews

Copingstrategie	
Konfrontation / Gespräch mit dem IP	87%
Kontrolle / Verbot des Suchtverhaltens	60%
Verantwortungsübernahme für den IP	49%
Selbstachtsamkeit / Selbstfürsorge	48%
Emotionale Distanzierung	47%
Abgabe von Verantwortung	47%
Aufsuchen professioneller Hilfe für den IP	46%
Bedingungen / Ultimaten stellen	46%

4.2.2.3. Einfluss der Copingstrategien auf die Belastungssituation

Trotz der sehr variierenden Belastungsaspekte und Umgangsweisen ließen sich aus den Erfahrungsberichten der Angehörigen bestimmte Muster und Abfolgen beim Umgang mit der Suchterkrankung und dem IP erkennen. Häufig waren in den Umgangsweisen der Angehörigen typische Veränderungen über die Zeit beobachtbar. Wenn Angehörige erstmals von der Suchtproblematik erfuhren oder einen Verdacht hegten, reagierten viele zunächst konfrontativ. Sie suchten das Gespräch mit dem IP, in der Hoffnung, sich ein besseres Bild vom Ausmaß der Problematik machen zu können oder Erklärungsansätze zu finden. Häufig bemühten sie sich, den IP von einer professionellen Behandlung zu überzeugen, sofern das Ausmaß der Problematik Anlass dazu gab. Einige Angehörige zeigten zu Beginn eher passive Verhaltensweisen und tabuisierten oder verharmlosten die Problematik. Sie erduldeten den Suchtmittelkonsum solange, bis die Problematik und die damit einhergehenden Auswirkungen zu belastend wurden. Im weiteren Verlauf, nachdem Gespräche und Überzeugungsversuche scheiterten, entwickelten viele Angehörige zumindest temporär Kontrollverhalten dem IP und seinem Suchtverhalten gegenüber. Bei länger andauernder Problematik verfielen einige Angehörige in Resignation und arrangierten sich trotz anhaltender Belastung mit der Problematik. Andere verfolgten über Jahre Kontrollstrategien und opferten sich zunehmend auf bis hin zur Aufgabe eigener Bedürfnisse. Zum Zeitpunkt der Interviews waren viele Angehörige bereits in einem Zustand der Abgrenzung angelangt. Sie versuchten, sich bei auftretender Suchtproblematik vom IP und dem suchtspezifischen Verhalten zu distanzieren.

Inwieweit Bewältigungsstrategien als erfolgreich und entlastend erlebt wurden, war individuell natürlich unterschiedlich, aber Tendenzen kristallisierten sich auch diesbezüglich heraus. Angehörige, die sich dem Problem eher passiv stellten, indem sie die Situation erduldeten, zeigten sich tendenziell belasteter. Das Zurückstellen eigener Interessen durch eine zunehmende Aufopferung für den IP wurde im Nachhinein als stark belastend empfunden und in der Regel zu einem bestimmten Zeitpunkt von abgrenzendem Verhalten abgelöst. In einigen Fällen war den Angehörigen ihr selbstschädigendes Verhalten bewusst, aber eine stärkere Abgrenzung war ihnen aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich.

„Mein ganzes Leben hat sich wirklich nur darum gedreht, den F. [Pflegesohn] nachts aus irgendwelchen Schlägereien rauszuholen. [...] Also ich wusste besser Bescheid, wie viel Stoff er noch hat als er. Und ich wusste, der Stoff reicht noch für morgen und ich hoffe, dass er noch von irgendwoher welchen kriegt, weil er sonst einfach durchdreht. Ja, diese ganzen Gedanken gingen nur da drum, dass ich ihn organisiere, dass es ihm gut geht, dass es halbwegs läuft. Also das war schon sehr extrem. Das hat mich körperlich sehr fertig gemacht, wie gesagt, ich hab dann gar nicht mehr geschlafen und bin sehr depressiv geworden. Hat meine Familie sehr belastet, extrem belastet“.

(Mutter eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 52 Jahre) 02009

Einige Angehörige, die in ihrem Verhalten passiv blieben im Sinne einer Akzeptanz des Suchtverhaltens, fühlten sich wenig bis gar nicht belastet. Dieser Umstand kann allerdings mit der in diesen Fällen häufig entfernten Beziehungskonstellation zwischen Angehörigen und IP zusammenhängen. Angehörigen, die mit dem IP weder zusammenwohnten noch permanent in Kontakt waren, fiel es entsprechend einfacher, das Suchtverhalten zu tolerieren. Inkonsequentes Verhalten dem IP gegenüber und das Verheimlichen der Suchterkrankung stellte sich meist als bestenfalls kurzfristige Entlastung dar, war langfristig aber meist belastend und wenig zielführend.

„Ich hab’s, glaub ich, lange einfach unter den Teppich gekehrt, das Thema. Zumindest mal nicht für mich, aber gegenüber anderen. Diese, wie nennt es sich so schön, Co-Abhängigkeit. Dass man es vor anderen schönredet und verschleiert und alles. Das habe ich lange gemacht und hätte ich von Anfang an lassen sollen“.

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 39 Jahre) 01015

Die Wirkung von Kontroll- und Überwachungsstrategien wurde von den Angehörigen teilweise gegensätzlich wahrgenommen. Bei den einen führte die Kontrolle und Übernahme von Verantwortung zu Erleichterung und einem Gefühl von Sicherheit, bei anderen wurde dieses Verhalten rückblickend als Stressfaktor und Zusatzbelastung wahrgenommen.

„Das Verbot bei mir zuhause zu trinken, fruchtet. Also das hat immer gefruchtet. Wenn ich dann so weit war und gesagt hab, `so, hier im Haus wird nicht getrunken´. [...] Ich hab einiges, denk ich, mit ausprobiert. Verbot, genehmigen, unter Kontrolle. [...] Naja so kontrollieren, lieber bei mir, als dass er irgendwo auf der Straße trinkt“.

(Mutter eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 58 Jahre) 01003

„Ich habe oft geguckt auf die Kontoauszüge und habe ihn ständig gefragt, was er gemacht hat, und am Anfang hatte ich auch Schiss, alleine wegzugehen. Weil ich dann dachte, dann hängt er sich sofort wieder am Computer und spielt wieder und so. Aber das mach ich jetzt alles nicht mehr, sonst würde ich durchdrehen. Ich habe genug zu tun mit Arbeit und A. und Haushalt und was nicht alles.“

(Ehefrau eines Glücksspielers, 50 Jahre) 01023

Insgesamt wurde die Abgrenzung von der Suchtthematik und dem Suchtkranken als größte Entlastung wahrgenommen. Die Tatsache, dass viele Angehörige letztendlich diesen Weg wählten, mag auch mit Merkmalen der Stichprobe zusammenhängen. Zwei Drittel der PB wurden über die Selbsthilfe rekrutiert, in der abgrenzendes Verhalten als Bewältigungsstrategie häufig empfohlen wird. Durch die emotionale Distanzierung vom IP gelang es Angehörigen, sich mental von der Problematik zu lösen und bestimmte Dinge nicht mehr an sich heran zu lassen. Häufig war dieser Schritt gekoppelt an die Erkenntnis der Angehörigen, nicht verantwortlich zu sein für das Leben der IP und an ihrer Suchtentwicklung keine Schuld zu tragen. Damit einhergehend versuchten sich

Angehörige unabhängig zu machen und eine eigene, vom IP losgekoppelte Existenz aufzubauen. Dies konnte finanzielle Aspekte, aber auch andere Lebensbereiche betreffen. Diese Art der Bewältigung konnte je nach Angehörigengruppen mehr oder weniger gut umgesetzt werden. In Partnerschaften war es üblicher, sich vom IP zu lösen, als bei Eltern suchtkranker Kinder.

„Wenn er sich halt zu Tode säuft, dann ist das so. [...] Schon irgendwo, weil ich denke ´naja, wenn da was wieder wäre, hab ich ihn da und muss ihn pflegen und irgendwie zurechtkommen, also von dem her wäre ich schon dankbar, wenn er es lassen würde, aber ich kanns nicht heben. Er hat so eine große OP hinter sich und er hats immer noch nicht gerafft, offensichtlich. Das belastet mich nicht mehr so. Es hat mich sehr belastet, aber das ist ein Thema, was ich auch ein bisschen hinter mir gelassen habe. Wie gesagt, da hab ich mich etwas von ihm entfernt und ich sag, ´wenn du meinst, du musst es so machen, dann sei es so.´ [...] Also, ich hab mich schon ein bisschen emotional entfernt, das ist schon passiert. Ich freue mich immer noch, wenn der Mann zur Tür reinkommt. Ich freu mich darüber und ich mach gerne was mit ihm, aber zu sagen, ´ohne dich geht’s gar nicht´, das ist einfach nicht der Fall. ´Ohne dich geht’s schon´. [...] Aber es ist jetzt nicht so, dass ich sagen würde, meine Welt stürzt ein, wenn er jetzt nicht mehr da wäre. Das ist einfach nicht mehr der Fall. Das war mal so, ist aber nicht mehr so. [...] Und eben jetzt in den letzten Jahren habe ich mich halt auch emotional einfach ein bisschen entfernt. Das ist ja auch Umgang mit ihm, zu sagen, wenn’s meinem Mann schlecht geht, geht’s mir nicht automatisch auch schlecht. [...] Das hat sich ein bisschen geändert, einfach, dass ich jetzt sage ´du, trink doch, ok, aber deswegen lasse ich mir das jetzt nicht nehmen, dass ich heute Abend trotzdem joggen gehe oder mich mit jemandem treffe oder sonst was mache´“.

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 45 Jahre) 02011

4.2.2.4. Ressourcen Angehöriger

In den Interviews wurde von unterschiedlichen Lebensbereichen berichtet, die den Angehörigen im Umgang mit der Suchtproblematik Kraft spendeten. Die Ressourcen waren ähnlich vielschichtig wie die unterschiedlichen Facetten der Belastung. Für einige war das familiäre Umfeld die entscheidende Ressource, für andere eine gut funktionierende Partnerschaft oder Arbeitskollegen. Neben Personen aus dem sozialen Umfeld spielten bei vielen Hobbys, Freizeitaktivitäten und Sport eine wichtige Rolle, um die alltäglichen Probleme besser zu ertragen. Darüber hinaus wurde von einigen auch die Kirche, der Glaube oder Spiritualität im erweiterten Sinne als Kraft spendende Quelle genannt.

Privates Umfeld

Ein Großteil der Angehörigen berichtete von familiären Ressourcen, die ihnen in ihrer Belastungssituation halfen. Für 60% der Angehörigen stellte die Familie eine wichtige Unterstützung dar, für ebenso viele spielten Freunde eine solche Rolle. Besonders Kinder suchtkranker Eltern erfuhren Unterstützung über ihren Freundeskreis. Etwa ein Drittel empfand

ihren Partner oder ihre Partnerin als hilfreich im Umgang mit der Suchtproblematik. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass nicht alle PB in einer Partnerschaft lebten und bei einem großen Anteil der oder die Partner/in als IP von der Sucht selbst betroffen war. Familie, Freunde und Partner/innen wurden als unterstützend erlebt, wenn sie offen zuhörten und Verständnis zeigten für die Situation der Angehörigen. Es half den Angehörigen im Umgang mit dem IP, akzeptiert und unterstützt zu werden. Außerdem waren konkrete Verhaltenshinweise bezüglich eines adäquaten Umgangs eine Unterstützung. Als weniger hilfreich wurden gut gemeinte Ratschläge oder Pauschalantworten des sozialen Umfelds wahrgenommen, die nicht die Bedürfnisse der Angehörigen berücksichtigten. Beispielsweise wurden Angehörigen immer wieder aufgefordert sich zu trennen, obwohl sie noch an eine Zukunft der Beziehung mit dem IP glaubten. Für ein Drittel der Angehörigen war ein gemeinsamer Umgang mit dem IP innerhalb der Familie eine wichtige Hilfe. Wenn Familienmitglieder unterschiedliche, im Zweifel gegenläufige Umgangsweisen mit dem IP pflegten, erschwerte dies die Gesamtsituation deutlich. Zum Beispiel wurde mehrfach berichtet, dass die finanzielle Kontrolle des Suchtkranken außer Kraft gesetzt wurde, indem der IP durch andere Familienmitglieder heimlich weiter finanziert wurde. Mit anderen an einem Strang zu ziehen war eine wesentliche Ressource.

„Also meine Eltern haben mich unterstützt, da hab ich großen Zuspruch erfahren, und was ich eigentlich als sehr angenehm empfunden habe, ist, dass niemand zu mir gesagt hat `du musst jetzt den Mann verlassen´. Das hat eigentlich so keiner zu mir gesagt. Jeder hat gesagt `es ist deine Entscheidung, du musst wissen, was du möchtest, aber sei versichert, ich bin für dich da´. Das waren so die Worte von meinen Eltern. Das hat mir gutgetan. Mit der W., einer Freundin, die hat auch einfach nur gesagt, `wenn was ist, kannst du kommen´. Also da war ich eigentlich schon ganz gut eingebettet“.

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 45 Jahre) 02011

„Und was mir immer sehr geholfen hat, waren Gespräche mit meiner Tochter. Also ich glaub, da haben wir die letzten Jahre immer sehr offen drüber gesprochen. Und sie war auch diejenige, die mir immer mal wieder ins Gewissen geredet hat. [...] Die mir zum Beispiel gesagt hat, `du weißt doch, dass er so ist, warum machst du dir Gedanken drüber? Du kannst ihn nicht ändern. Du weißt, es ist unsinnig, mit ihm zu diskutieren´. Die mich also immer wieder darauf gestoßen hat, was ich gerade wieder falsch gemacht hab“.

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 65 Jahre) 02027

Für die Hälfte der Angehörigen spielten Freizeitaktivitäten und die Natur bei der Reduzierung von Stress eine wichtige Rolle, beispielsweise Spaziergänge oder Ausflüge. Knapp 40% nannten konkret die ausgleichende Wirkung von Sport als Ressource. Andere berichteten, sich regelmäßig bewusst etwas Gutes zu tun, indem sie z.B. abends ausgingen und mit Freunden trafen.

„Ich hab dann in der Zeit mal wieder angefangen Sport zu machen. Wo ich dann gesagt habe `ja also, ich muss mehr für mich tun´. Weil nur dann kann ich zufriedener sein, wenn

ich auch für mich wieder mehr mache. Aber das ist auch das einzige, was ich..., doch hin und wieder dann auch mal Ausgehen. Also das war für mich früher nicht wichtig. Ich bin ein sehr starker Familienmensch. Für mich spielt eigentlich die Familie immer eine sehr große Rolle. Aber in der Zeit habe ich eben gelernt, also wenn meine eigene Familie, mein Mann und ich, wenn wir das jetzt nicht so können, dann muss ich das eben mit Freunden machen und jetzt nicht oft, aber so hin und wieder einmal abends mit einer Freundin weggehen oder so“.

(Ehefrau eines Glücksspielers, 43 Jahre) 02020

Für ca. jeden Zehnten der Angehörigen stellte ihre Religion oder eine andere Form der Spiritualität eine Unterstützung dar. Über den Glauben wurden Kraft und Hoffnung geschöpft, mit schwierigen Lebenssituationen umgehen zu können.

„Also ich bin ein sehr gläubiger Mensch, ja, also, da zieh ich die meiste Kraft raus. [...] Es hilft mir einfach, wenn ich bete und ich weiß, meine Gebete werden erhört. Vielleicht nicht so, wie ich mir das vorstelle, und vielleicht nicht so auf Knopfdruck, aber ich habe jemand, der in Kontrolle ist und der Dingen einen Sinn geben kann, auch wenn ich es so nicht sehe“.

(Mutter eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 52 Jahre) 02009

Berufliches Umfeld

Neben dem privaten Umfeld erleben Angehörige auch ihr Berufsleben im Allgemeinen oder einzelne Arbeitskollegen als unterstützend. Häufig berichteten Angehörige, dass ihnen der berufliche Alltag guttat, weil sie während ihrer Arbeitszeit dem privaten Stress entfliehen und sich ablenken konnten. Einige empfanden es als wohltuend, eine feste Aufgabe zu haben und für ihre Leistung positives Feedback und Anerkennung zu erhalten. Andere genossen bei der Arbeit den Austausch mit ihren Kollegen, über die sie teilweise hilfreiche Hinweise im Umgang mit dem IP erhielten. Für knapp ein Drittel der Angehörigen stellte das Berufsleben eine hilfreiche Ressource dar. Besonders ausgeprägt waren berufsbezogene Ressourcen bei Partner/innen.

„Ich hab sehr gute Arbeitskollegen und ich hab viel mit meinen Arbeitskollegen darüber gesprochen. Das hat mir eigentlich viel geholfen. [...] Einfach mal mit jemandem zu sprechen über die ganze Situation. Ich hab jetzt natürlich keine hilfreichen Tipps gekriegt, aber es ist schön, wenn man mal mit jemandem über die ganze Situation sprechen kann“.

(Ehemann einer Frau mit Alkoholkonsum, 53 Jahre) 01016

„Meine Arbeit hat mir ganz viel Kraft gegeben. Also, ich bin ganz oft auf die Arbeit und hab gedacht, `das ist ja wie Erholung hier´. Also, die Arbeit war dann so 8 Stunden frei atmen und nicht drüber nachdenken, und dann hast du im Auto oder in der S-Bahn gegessen, und dann hast du gedacht `oh je, jetzt wieder nach Hause und gucken, was da los ist´. Also die Arbeit hat viel Kraft gegeben. Weil eben das ganze da gar kein Thema war“.

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 45 Jahre) 02011

Professionelle Hilfe

Durch die Rekrutierung der Stichprobe über die Selbsthilfverbände, hatte ein Großteil der teilnehmenden Angehörigen bereits Erfahrung mit dem Suchthilfesystem gemacht. Etwa 60% der Angehörigen nahmen in einer Selbsthilfe- bzw. Angehörigengruppe zum Zeitpunkt des Interviews oder früher Hilfe in Anspruch. Einige Angehörige besuchten die Gruppen seit vielen Jahren. Die Angehörigen erlebten unterschiedliche Aspekte der Selbsthilfe als unterstützend. Für viele war die Erkenntnis hilfreich, dass es anderen Gruppenmitgliedern genau geht wie ihnen, und viele mit ganz ähnlichen Problemen zu kämpfen haben. Gleichgesinnte zu haben und mit dem Problem nicht alleine zu sein, wurde oftmals als sehr entlastend wahrgenommen. Der Austausch über die Suchtproblematik mit anderen konnte die Angehörigen teilweise auf Situationen mit den IP vorbereiten und sie in ihrem Umgang stärken. Andere schöpften Hoffnung aus den Erfahrungsberichten in der Gruppe.

„Es ist so, dass in der Selbsthilfegruppe Menschen sind, die im Grunde genommen gleich oder wirklich in ähnlicher Weise vieles erlebt haben. Also ich bin auch in der Angehörigengruppe, wo sich nur Angehörige von Suchtkranken treffen, das ist eine kleine Gruppe, aber das ist am Anfang vor allem so hilfreich, dass man Menschen findet, wo man merkt, die verstehen einen, die wissen, wovon ich rede. Denn in unserer Gesellschaft geht es einem ja gut, wenn einen niemand fragt.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 54 Jahre) 03007

Ferner konnten Gespräche mit Ex-Usern das Verständnis für die Situation der IP erhöhen. Außerdem empfanden es Angehörige als hilfreich, in der Gruppe zu lernen, wie man sich durch Strategien der Abgrenzung und Selbstachtsamkeit besser selbst schützt. Darüber hinaus war es für Besucher der Angehörigengruppen oftmals beruhigend zu erfahren, dass Angehörige Suchtkranker nicht bestimmten Klischees entsprachen, sondern einen normalen Querschnitt der Gesellschaft abbildeten.

„Es war unheimlich beklemmend für mich, so der erste Abend. Da zu sitzen und über die Probleme zu reden, mit den Tränen zu kämpfen, zu weinen. Aber es war im Nachgang auch so, dass ich dachte: Ok. Das war der erste Punkt, wo ich mir sicher war, ich bin ein ganz normaler Mensch. Ich sitze bei ganz normalen Menschen, die nicht dem ursprünglich so im Raum stehenden Klischee entsprechen, nur Penner oder Asoziale konsumieren Drogen, sondern Leute wie du und ich können Drogen konsumieren, war schon sehr, ich sage jetzt erleuchtend. Das war schon wirklich nicht schlecht, festzustellen, dass es ganz anders ist, wie man es sich eigentlich vorstellt.“

(Stiefvater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 49 Jahre) 03005

„Loslassen, Dinge akzeptieren und einfach mal stehen lassen können. Mich abgrenzen, sehr deutlich, und gucken, wie es mir geht. Überhaupt eine Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit haben. Auch wenn ich jetzt sag, `ich brauch ne Kur oder so´. Das hätte ich

früher ja niemals gedacht. Da hätte ich gedacht, `ich kann gar nicht hier weg, ich bin unersetzlich.’“

(Mutter eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 52 Jahre) 02009

Knapp 30% der PB suchten bereits Hilfe bei einer Suchtberatungsstelle und ähnlich viele nahmen eine therapeutische Behandlung in Anspruch. Inwieweit die verschiedenen Therapien aufgrund der Suchtproblematik des IP begonnen wurden, ist unklar, aber häufig wurde die Therapie genutzt, um dort auch die Suchtproblematik zu thematisieren. 15% suchten Hilfe bei einem Arzt auf, in der Regel taten sie dies bei dem behandelnden Hausarzt. Ähnlich häufig wurden Ämter (z.B. Jugendamt, Gesundheitsamt) als Hilfe im Umgang mit der Suchtproblematik aufgesucht.

„Aber dadurch, dass ich jede Woche jemanden hatte [gemeint ist der Therapeut], mit dem ich darüber reden konnte, über diese ewigen Streits. Ich weiß nicht wie ich damit umgegangen wäre, hätte ich dieses Thema an sich nicht angegangen [...] Ich hab keine Ahnung, ob wir noch zusammen wären, hätte ich nicht jede Woche jemanden gehabt, wo ich mich hätte auskotzen können“.

(Ehefrau eines Mannes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 39 Jahre) 01015

Nur wenige der Angehörigen mussten im Umgang mit dem IP auf polizeiliche Hilfe zurückgreifen. Dies erfolgte meist in Form einer Anzeige oder einstweiligen Verfügung, wenn Situationen eskalierten, es zu Drohungen oder gewalttätigen Auseinandersetzungen kam.

„Das hat er schon gemacht [gemeint sind Drohungen], über Whats App zwar, aber das hat er schon gemacht, und das hab ich auch dem Gericht vorgelegt und, wie gesagt, heute ist die einstweilige Verfügung gekommen. Er darf sich uns allen auf 50 Metern nicht mehr nähern. Weder meiner Wohnung, noch meiner Person, noch meinen Kindern, ansonsten gibt es Bußgeld. Die Polizei ist da auch informiert.“

(Partnerin eines Mannes mit Alkohol- und multiplem Substanzkonsum, 45 Jahre) 01013

Tabelle 26 Meistgenannte informellen Ressourcen in den qualitativen Interviews

Ressource	
Unterstützung durch Familie	60%
Unterstützung durch Freunde / Bekannte	60%
Freizeitaktivitäten	50%
Sport / Bewegung	38%
Gemeinsamer Umgang mit dem IP innerhalb der Familie	34%
Unterstützung durch Partnerin / Partner	32%
Berufsleben	31%

4.2.2.5. Barrieren Angehöriger bei der Inanspruchnahme von Hilfe

Ängste / Unsicherheit

Die wesentlichen Barrieren Angehöriger bei der Inanspruchnahme von Hilfe sind Schuld- und Schamgefühle und die damit einhergehenden Ängste vor Stigmatisierung. Knapp ein Drittel der PB berichtete, aus diesen Gründen suchtspezifische Hilfe nicht oder erst verspätet aufgesucht zu haben. Sich zu überwinden, erstmals eine Suchtberatungsstelle oder Selbsthilfegruppe aufzusuchen, fiel den Angehörigen häufig schwer. 17% der Angehörigen befürchteten dort negative Reaktionen, z.B. Schuldzuweisungen zu erfahren. Einige ängstigten sich zudem, vor einer größeren Gruppe von heiklen, oftmals als peinlich empfundenen Themen zu sprechen. Außerdem wurde von der Sorge berichtet, der Besuch einer Suchtberatung könnte das Sozial- oder Berufsleben gefährden, falls andere Unbeteiligte davon mitbekämen. Bei den meisten verfolgten viele der Ängste schon nach den ersten Besuchen.

„Selbsthilfegruppe - also die Idee hatte ich schon länger, aber eben nicht den Mut, den Weg hierher zu finden. Das hat auch ein paar Jahre irgendwie schon gebraucht. [...] Das war schon auch Scham, trotz allem, obwohl zu wissen, dass da auch nur Leute sitzen, denen genau das Gleiche widerfahren ist, aber trotzdem wars Scham und irgendwie Angst.“

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 45 Jahre) 02011

Einigen fiel es außerdem schwer sich einzugestehen, mit dem Problem nicht alleine oder mit Hilfe der Familie fertig zu werden, sondern auf professionelle Hilfe angewiesen zu sein. Dieser Gedanke hinderte sie daran, direkt den Weg ins Hilfesystem zu gehen.

„Ja, das kann schon sein, eine Hemmschwelle ist natürlich da. Man muss sich eingestehen, es hat nicht funktioniert. Man muss sich eingestehen, es hat einfach nicht geklappt und an irgendeiner Stelle oder an mehreren Stellen ist irgendwas aus dem Ruder gelaufen, und das ist nicht einfach.“

(Mutter eines Sohnes mit Amphetamin-, Kokain- und Cannabiskonsum, 49 Jahre) 01010

Auch wollten einige Angehörige keine Selbsthilfegruppe besuchen, weil sie sich sorgten, von den negativen Erfahrungsberichten anderer Gruppenmitglieder deprimiert zu werden.

„Durch die Angehörigengruppe, muss ich sagen, habe ich erstmals auch wirklich erkannt, wie erschreckend das ist, wie schlimm das ist, und auch, im Grunde genommen, dass es eigentlich gar keine Heilung gibt, sondern nur eine Art, damit umzugehen. Also, dass einen das eigentlich ein Leben lang begleitet, das war für mich das erschreckendste von der Therapiegruppe überhaupt“.

(Mutter eines Glücksspielers, 55 Jahre) 02019

Zweifel / Unkenntnis

Teilweise spielten weniger Stigmatisierungsängste eine Rolle, sondern eher Zweifel an der Kompetenz des Hilfesystems oder eine Unkenntnis bezüglich bestehender Angebote. Die Zweifel am Hilfesystem konnten beispielsweise entstehen, nachdem erste negative Erfahrungen mit Mitarbeitern von Suchthilfeeinrichtungen gemacht wurden. Einige Angehörige berichteten von Ratschlägen und Hinweisen der Suchtberater, die ihre Bedürfnisse außer Acht ließen. Andere nannten als Hindernis mangelndes oder teilweise überhaupt kein Wissen über Angebote für Angehörige. Einige berichteten auch von ihren Zweifeln, ob sie als Angehörige überhaupt Anspruch auf eine professionelle Unterstützung hätten. Auch die Erreichbarkeit von Hilfsangeboten stellte ein Hindernis dar, vor allem, wenn Angehörige abseits größerer Ortschaften lebten und längere Fahrten für den Besuch einer Selbsthilfegruppe in Kauf nehmen mussten.

„Wenn es einen Hemmschuh gibt, warum manch einer spät in die Selbsthilfe geht, ist einfach die Unkenntnis. Man weiß nicht, dass es die Möglichkeit gibt.“

(Stiefvater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 49 Jahre) 03005

Tabelle 27 Meistgenannte Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe in den qualitativen Interviews

Barriere	
Scham / Stigmatisierungsangst	29%
Schuldzuweisung / Negative Reaktionen Anderer	14%
Sich Schwäche eingestehen, professionelle Hilfe zu benötigen	11%
Durch Beratung / Selbsthilfe deprimiert zu werden	11%
Zweifel an der Kompetenz des Hilfesystems	9%

4.2.2.6. Unterstützungsbedarfe Angehöriger

Neben der Untersuchung der Belastungssituation Angehöriger war ein weiterer Themenschwerpunkt der Interviews, die Hilfsbedarfe und Wünsche Angehöriger zu identifizieren. In den Gesprächen wurde eine Fülle an Verbesserungsmöglichkeiten des Hilfesystems und individuellen Wünschen und Anliegen genannt. Die Ideen der Angehörigen betrafen die konkrete Arbeit der Selbsthilfegruppen, der Suchtberatungsstellen und anderer Fachkräfte aus dem Suchthilfesystem. Außerdem spielten der Zugang zum Hilfesystem und die Vernetzung der beteiligten Institutionen und Fachkräfte eine wichtige Rolle. Es wurden darüber hinaus Wünsche geäußert hinsichtlich eines stärkeren Fokus auf Präventionsarbeit durch öffentliche und mediale Auseinandersetzung mit der Thematik.

Zugang und Vernetzung des Hilfesystems

Der Wunsch nach besserer Erreichbarkeit und Präsenz der Suchthilfe war ein zentrales Thema der

Angehörigen und wurde von über einem Drittel der PB angesprochen. Besonders Kinder wünschten sich mehr Präsenz von Suchthilfeeinrichtungen, aber auch Eltern und Partner/innen thematisierten diesen Wunsch. Bei Angehörigen mit entfernterem Verwandtschaftsverhältnis bestanden diesbezüglich keine Bedarfe. Häufig ging es um die Verbesserung der lokalen Erreichbarkeit von Suchthilfeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen, und um deren öffentliche Präsenz. Einige Angehörige, deren Gruppentreffen nur monatlich stattfand, wünschten sich eine höhere Frequenz der Treffen von mindestens zweimal im Monat. Vor allem Angehörige in abgelegenen Ortschaften ohne eigene Hilfeeinrichtung wünschten sich zudem breiter gestreute Anlaufstellen. Berufstätige Angehörige beklagten, dass Termine zu Zeiten stattfanden, an denen sie arbeiten mussten. Andere wussten lange überhaupt nicht, ob und welche Art von Hilfe sie hätten in Anspruch nehmen können.

„Was ich mir wünschen würde, dass mehr publik gemacht wird, dass es Hilfe für Angehörige gibt. Also es hat länger gedauert, bis ich überhaupt wusste, dass es Hilfe für Angehörige gibt. Also ich fühlte mich so total alleingelassen, so hilflos und `was mach ich denn überhaupt? Und wo kann ich denn über das Thema reden? Und mit wem kann ich überhaupt reden?` Das ist das, also es gibt schon die Anlaufstellen, aber es ist irgendwie nicht so eindeutig“.

(Ehefrau eines Glücksspielers, 43 Jahre) 02020

Auch die Probleme beim Zugang zu psychotherapeutischer und stationärer Hilfe für Angehörige wurden von fast jedem sechsten Angehörigen thematisiert. Insbesondere die Frage nach dem Anspruch Angehöriger auf Therapie und die langen Wartezeiten waren ein Problem. Vereinzelt wurde kritisiert, dass Angehörige keinen Anspruch auf Behandlungsformen wie Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen hätten.

Dass man andere Anlaufstellen hätte, wenn mal ein Vorfall wäre oder so. Nicht wie meine Psychotherapeutin, die dann sagt `in zwei Jahren kriegen Sie wieder einen Termin`, das finde ich nicht in Ordnung. Eine Akut-Anlaufstelle wäre schön, dass man in dem Moment Hilfe hat, in dem man Hilfe braucht. Man hat akut das Problem. Genau wie ich zum Arzt gehe und sage, ich habe akut Schmerzen, ich möchte eine Behandlung haben.“

(Partnerin eines Mannes mit Alkoholkonsum, 56 Jahre) 01012

Hinsichtlich der Verbesserung von Struktur und Kommunikation innerhalb des Hilfesystems wünschte sich etwa jeder Zehnte ein besser vernetztes Hilfesystem und mehr Aufmerksamkeit seitens der Hausärzte. Die Kritik betraf Hausärzte, die die Suchtproblematik nicht wahrgenommen hatten oder von der Problematik wussten, aber tatenlos blieben. Eine frühzeitige Beratung in Hausarztpraxen und eine rechtzeitige Vermittlung wäre wünschenswert. Außerdem ist ein rechtzeitiger Austausch an Informationen zwischen Ärzten, Psychologen, Kliniken, Beratungsstellen und öffentlichen Behörden notwendig, um eine schnelle und angemessene Versorgung von Angehörigen zu gewährleisten. Darüber hinaus sahen einige Angehörige Bedarf

hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Erziehern und Lehrern. Häufig seien diese im Umgang mit Suchtproblemen zu unerfahren.

„Das größte Problem in Kitas ist, dass sich die Erzieherinnen unsicher sind, wie sie diese Eltern ansprechen sollen. Die sich nicht trauen, einen alkoholisierten Vater anzusprechen. [...] Das melden sie natürlich auch manchmal hinterher dem Jugendamt, aber in der Situation, ich muss doch in der Situation für das Kind sorgen. [...] Ich würde immer das Elternteil noch mal zur Seite nehmen und sagen `ich merke Sie sind alkoholisiert. Ich möchte nicht, dass sie jetzt alleine mit diesem Kind die Kita verlassen. Rufen sie jetzt bitte einen nahen Angehörigen an, der nicht alkoholisiert ist, oder ich muss jetzt hier leider das Jugendamt oder die Polizei einschalten. Es ist nun mal Fakt und ich finde, da ist auch eine Verantwortung bei den Kitas, weil da fällt es ja das erste Mal auf, und da ist ja noch viel Elternkontakt, der ist in der Schule ja nicht mehr unbedingt gegeben. [...] Letztendlich würde ich mir schon auch wünschen, dass Hausärzte viel aufmerksamer sind. [...] Es ist ja mittlerweile auch gesetzlich geregelt, dass die Hausärzte nicht der Schweigepflicht unterliegen, wenn sie eine Kindeswohlgefährdung sehen, und ich finde bei Sucht besteht immer eine Kindeswohlgefährdung [...] von daher finde ich, haben die Meldung zu machen an das Jugendamt.“

(Tochter einer Mutter mit Alkoholkonsum, 47 Jahre) 39000091

Vereinzelt wurden auch Wünsche geäußert, die mehr Mitspracherecht bzw. Entscheidungsgewalt Angehöriger bei der Einweisung der IP betrafen. Vor allem Angehörige, bei denen die IP auch psychisch erkrankt waren, hätten gerne eine obligatorische Behandlung in einem Krankenhaus veranlasst.

„Vor irgendeine Tür fahren zu können und zu sagen: `Macht den heile.` Ohne seinen [gemeint ist der IP] Willen läuft gar nichts. Das ist unheimlich schwer auszuhalten. Aber wahrscheinlich politisch so gewollt.“

(Vater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 60 Jahre) 02001

Erwartungen an Fachkräfte und konkrete Hilfestellungen

Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Mitarbeitern aus dem Suchthilfesystem wurde von einem Drittel der Angehörigen der Wunsch geäußert, mehr konkrete Verhaltenshinweise zum Umgang mit dem IP zu erhalten. Zu wissen, wie man in bestimmten Situationen reagieren muss, wäre hilfreich und gäbe Sicherheit. Auch wenn den meisten bewusst war, dass es Patentrezepte nicht geben kann, schien der Wunsch nach gewissen Regeln und Verhaltensanleitungen von großer Relevanz zu sein. Außerdem wünschten sich 15% der Angehörigen einen festen Ansprechpartner bzw. eine Vertrauensperson, die sie in problematischen Situationen kontaktieren können. Es wurden Erfahrungen mit wechselnden Mitarbeitern geschildert. Einige Angehörige empfanden es als mühselig, ihre Situation mehrfach erklären zu müssen, der Vertrauensaufbau wurde so

teilweise erschwert. Zudem wäre es vereinzelt hilfreich, wenn Hilfskräfte in Notfällen auch zu den Angehörigen nach Hause kämen. Mehr als jeder Zehnte wünschte sich, dass in Suchthilfeeinrichtungen individueller auf Bedürfnisse der Angehörigen eingegangen werden sollte. Gelegentlich schienen die Ansätze der Suchtberater mit den Bedürfnissen der Angehörigen zu kollidieren oder an einer realistischen Umsetzung zu scheitern.

„Irgendwie so ein Forum, einen Autor oder eine Einrichtung, die speziell Angehörige berät, hätte ich gerne. Aber dann wirklich einen Profi. Weil die Drogenberaterin, zu der ich gegangen bin, hat jetzt zum Beispiel gesagt: kein Geld geben. Aber das geht ja nicht. Ich muss ihm ja immerhin sein Taschengeld oder sein Kindergeld auszahlen. Also kein Geld geben, verstehen Sie, das muss dann auch eine Hilfe sein, die auf uns beide gemünzt ist, die auch tatsächlich praktikabel ist. [...] Weil dem Kind steht Taschengeld zu, auch wenn er es verkiffet, das kann ich ihm nicht verwehren“.

(Mutter eines Sohnes mit Kokain- und Cannabiskonsum, 59 Jahre) 03002

„Was ich mir gewünscht hätte, ist, dass ich einen Fachmann an meiner Seite gehabt hätte, der mit mir nach Hause geht zu mir und mit meinem Sohn spricht. So als Unterstützung.“

(Mutter eines Sohnes mit Medikamenten- und Cannabiskonsum, 64 Jahre) 01008

Vereinzelt wurde der Wunsch nach mehr Ex-Usern im Suchthilfesystem geäußert, womit ein besseres Verständnis der für viele Angehörigen unnachvollziehbaren Suchterkrankung verbunden war. Zudem wurde die Hilfe von Ex-Usern vereinzelt als glaubwürdiger eingestuft.

„Was mir viel gegeben hat, war dieses eine Gespräch mit diesem Suchthelfer, der hat selber lange Jahre gespielt. Weil ich da einfach das erste Mal das Gefühl hatte, da spricht jemand zu dir, der das alles schon mal erlebt hat.“

(Mutter eines Glücksspielers, 55 Jahre) 02019

Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Unzufriedenheit bezüglich der öffentlichen und medialen Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht war ein immer wiederkehrendes Thema in den Interviews. Angehörige wünschten sich, dass die Thematik insgesamt häufiger in den klassischen Medien Platz findet. Sie kritisierten die Art und Weise, wie man das Thema Sucht in der Öffentlichkeit diskutiert und wünschten sich eine Auseinandersetzung, die frei von Stigmatisierung ist. Suchtkranke und deren Umfeld würden oft in einem schlechten Licht dargestellt und Suchterkrankungen nicht als Krankheiten anerkannt werden. Viele konnten darüber hinaus die Verharmlosung von Alkohol nicht nachvollziehen und wünschten sich eine kritischere Haltung und Werbeverbote, ähnlich wie dies beim Tabak der Fall ist. Insgesamt wünschten sich 29% der Angehörigen eine Veränderung des öffentlichen Bewusstseins für Suchterkrankungen.

„Dass man mehr in der Öffentlichkeit rangeht. Werbeverbot eben für Alkohol und Zigaretten. Ich meine, ich rauche selber. Das wäre gerade weil, Kinder wachsen ja mit diesen Bildern auf und diese Bilder, wenn man so Plakate sieht, die sind ja nicht nur gemacht für die Erwachsenen, sondern gerade für heranwachsende Jugendliche. Wenn die dann solche tollen Bilder sehen, wo eine Flasche Bier davorsteht, dann müssen die sagen, mit dieser Flasche Bier kriege ich auch das tolle Bild zustande.“

(Vater eines Sohnes mit Alkoholkonsum, 56 Jahre) 02024

Außerdem hielten Angehörige frühzeitige Aufklärung für notwendig, beispielsweise an Schulen und Jugendeinrichtungen. Vor allem in den Gesprächen mit Kindern suchtkranker Eltern war Präventionsarbeit ein wichtiges Thema. Einige Angehörige forderten, vermehrt Eltern im Rahmen von Familienschulungen in die Suchtprävention miteinzubeziehen und proaktive Informationsvermittlung zu Risiken und Folgen von Substanzkonsum und pathologischen Glücksspiel.

Da müssten eigentlich regelmäßig Abende, Infoabende für Eltern stattfinden. Die müssten vielleicht auch so gestaltet werden, dass die als allgemeine Infoabende gelten. Denn wenn das heißt, das sind Abende über Drogenproblematiken, dann kommen die sowieso nicht, weil sie denken, mein Kind hat das Problem nicht.“

(Mutter eines Sohnes mit Amphetamin-, Cannabis-, und Kokainkonsum, 49 Jahre) 01010

Vereinzelte wurden in den Gesprächen auch Vorschläge im Sinne einer stärkeren Verhältnisprävention gemacht. Angehörige forderten z.B. strengere, gesetzlich verankerte Reglementierungen in Spielhallen. Andere wünschten sich eine Preisanhebung alkoholischer Getränke, strengere Auflagen beim Ausschank und eine stärkere Akzeptanz alkoholfreier Getränke. Einige störte auch die Debatte um eine Lockerung der Drogenpolitik und die Legalisierung von Cannabis, die als eine Verharmlosung des Konsums empfunden wurde.

Erweiterungen und Alternativen bestehender Hilfsangebote

In den Interviews wurden verschiedene konkrete Ideen zu einer Verbesserung der Versorgungssituation Angehöriger angesprochen. Einige wünschten sich mehr telefonische Hilfen für Notfallsituationen, beispielsweise 24 Stunden erreichbare Hotlines, um auch abends und am Wochenende Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Vor allem für die Anfangsphase der Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik hätten sich Angehörige onlinebasierte Hilfen gewünscht, die strukturierter und differenzierter sind als die bestehenden. Z.B. war es den Angehörigen der eher moderat abhängigen oder der mehrfachabhängigen IP manchmal unklar, an wen sie sich wenden müssen. Zudem wären übersichtliche Online-Plattformen mit Informationen zu lokalen Anlaufstellen hilfreich.

„Was ich mir wünschen würde, wäre so was wie eine Differenzierungshilfe. Also, es gibt ganz viele Broschüren und Internetseiten und so, und dann kriegt man dort Hilfe

angeboten und dann liest man sich dort ein, und dann stellt man fest `Oh nee, das nützt mir nichts, weil hier handelt sich um Hilfestellungen für Angehörige von schwerst Drogenabhängigen und nicht Cannabis, sondern Heroin. Die haben ganz andere Probleme, die haben ganz andere Themen, über die die reden wollen´. Und da war es für mich schwer, das zu finden, was für mich wirklich interessant ist. Also der Umgang mit Jugendlichen, die irgendwie Alkohol und Cannabis konsumieren und auf der Grenze zum Abstürzen sind, aber noch nicht abgestürzt sind.“

(Vater eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 51 Jahre) 01007

„Wenn es da eine Stelle geben würde wie die Notaufnahme im Krankenhaus oder eine Notarztstelle, die halt auch speziell für diese Suchtproblematik ausgebildet ist und ein Ansprechpartner ist, damit wäre einem auch schon viel geholfen.“

(Stiefvater eines Sohnes mit „Legal Highs“- u. Subst.-Medikamentenkonsum, 57 Jahre)

03012

Neben der Optimierung der Angehörigenhilfe wurden auch diverse Vorschläge zu einer verbesserten Versorgung der IP thematisiert. Beispielsweise wurde der Wunsch nach stärkerer Präsenz von betrieblichen Suchtberatungsstellen geäußert, wo die IP schnell und einfach Hilfe einholen können. Zudem wünschten sich einige Angehörige mehr Streetworker, die flexibler und kreativer mit Suchtkranken arbeiten könnten, als dies in den Beratungsstellen möglich ist. Insbesondere für junge IP wäre zudem eine größere Auswahl niedrigschwelliger Angebote notwendig, um die Bereitschaft der ersten Kontaktaufnahme zum Hilfesystem zu erhöhen, z.B. durch eine stärkere Präsenz von Kontaktläden. Zudem fiel es Angehörigen von Mischkonsumenten teilweise schwer, die passende Hilfe für eine polytoxische Suchterkrankung ausfindig zu machen.

„Also dieses System, so wie es aufgebaut ist, ist für Außenstehende oft nicht durchschaubar. Also, dass ich Alkoholiker dahin schicke und Drogenleute dahin schicke. Was ist mit den Mischkonsumenten? Wo soll ich meinen D. [Sohn] jetzt zum Beispiel hinschicken? Schick ich den als Kifferchen zur Drogenberatung oder als Alkoholiker zur Caritas oder was mach ich da? Das finde ich für Außenstehende sehr undurchsichtig. Und dann eben diese hohe Hürde. Dass ich dann zur Drogenberatung gehe, anstatt dass ich irgendwie so einen Kontaktladen... ist auch nicht so. Ja, aber irgendwas dazwischen hätte ich gerne. [...] Ein noch niedrigschwelligeres Angebot. [...] Ja, und dann so einen Streetworker, den ich dann praktisch auch irgendwo treffen könnte oder meinen Sohn dahin schicken könnte. [...] Das Wort Drogenberatung, ja, dass mein Sohn da jetzt nicht hingehen würde, weil er sich da überhaupt nicht wiederfinden kann. [...] Ich glaub, es macht auch viel der Name schon. Es ist die Drogenberatungsstelle, da muss ich anrufen, da muss ich mir einen Termin geben lassen, da kann ich nicht einfach mal hingehen und mal Hallo sagen“.

(Mutter eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 52 Jahre) 02009

Tabelle 28 Meistgenannte Unterstützungsbedarfe in den qualitativen Interviews

Unterstützungsbedarfe	
Bessere Erreichbarkeit / Präsenz von Suchthilfe	35%
Wunsch nach konkreten Verhaltenshinweisen / Anleitungen	33%
Veränderung des öffentlichen / medialen Bewusstseins für Sucht	29%
Besserer Zugang zu therapeutischer / stationärer Hilfe	16%
Wunsch nach festen Ansprechpartnern / Vertrauenspersonen	15%
Aufmerksamkeit durch (Haus-)Ärzte	12%
Bessere Vernetzung des Hilfesystems	11%
Mehr Rücksichtnahme auf Bedürfnisse der Angehörigen in der Suchtberatung	11%
Frühe Aufklärung / Präventionsarbeit mit Jugendlichen	11%

4.2.2.7. Unbehandelte Angehörige

Beschreibung der Teilstichprobe unbehandelter Angehöriger

Neben den reaktiv rekrutierten Angehörigen (RA) wurde wie erwähnt etwa ein Drittel der Gesamtstichprobe über ein proaktives Screening in Arztpraxen rekrutiert. Diese Teilstichprobe der proaktiv rekrutierten Angehörigen (PA) war zum Zeitpunkt des Interviews bis auf zwei Ausnahmen noch nicht im Kontakt mit dem Suchthilfesystem und somit weitestgehend unbehandelt. Zwei der PA hatten Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle, Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hatte niemand. Bereits in der quantitativen Analyse ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen den PA und den RA bezüglich der Art der Beziehung und der Art der Abhängigkeit, so dass die beiden Gruppen auch mittels multivariater Methoden nur eingeschränkt miteinander verglichen werden konnten (Kap. 4.2.2.1.), zumal die statistische Power bei den gegebenen Stichprobengrößen gering ist.

Viele der PA nahmen als erwachsene Kinder suchtkranker Eltern teil, während bei den RA Partner und Eltern dominierten. Es lebten im Vergleich zu den RA auch deutlich weniger mit dem IP zusammen in einem Haushalt. Damit einhergehend war die Kontakthäufigkeit und Nähe der Beziehung zum IP geringer. Diese Unterschiede in der Beziehungsart sollten bei einem Vergleich der beiden Teilstichproben bzgl. der Belastungssituation und möglicher Bedarfe berücksichtigt werden. Außerdem dürften die Unterschiede hinsichtlich der Suchtform des IP ebenfalls eine Rolle spielen. Die PA mussten sich vergleichsweise weniger mit Problemen und Auswirkungen von pathologischem Glücksspiel, Cannabiskonsum und anderen illegalen Drogen auseinandersetzen. Dafür war der Anteil alkohol-, cannabis- und medikamentenabhängiger IP bei den PA höher. Die typischen Probleme von Eltern cannabiskonsumierender Kinder spielten beispielsweise keine Rolle, dafür war die Sorge der Kinder alkoholkonsumierender Eltern eines der zentralen Themen. Insgesamt wurde von 56% der PA problematischer Alkoholkonsum des IP berichtet, gefolgt von multiplen Abhängigkeiten (29%), Cannabis und pathologischem Glücksspiel (jeweils 6%). In den

folgenden zwei Abschnitten geht es explizit um Belastungen und Umgangsformen sowie Barrieren und Bedarfen der Teilstichprobe der PA, die auch in Hinblick auf die Verbesserung von Hilfeangeboten von besonderer Bedeutung sind.

Belastungen und Bewältigungsmechanismen unbehandelter Angehöriger

Beim Blick auf die komorbiden Erkrankungen der IP fällt auf, dass die PA sich mehr mit somatischen Erkrankungen und Demenz und weniger mit psychotischen Erkrankungen und ADHS des IP auseinandersetzen mussten. Hier dürfte der hohe Anteil der Kinder suchtkranker Eltern dieser Teilstichprobe eine Rolle spielen. Vor allem die älteren IP hatten neben ihrem Alkohol- und Medikamentenkonsum häufig mit starken körperlichen Beschwerden zu kämpfen. Diese Problematik spiegelt sich in der ausgeprägten Sorge der Kinder um die gesundheitliche Verfassung ihrer suchtkranken Eltern wider. Dahingehend mussten sich die PA weniger mit finanziellen Problemen der IP beschäftigen, da sie als Kinder oder Geschwister finanziell keine Verantwortung übernehmen mussten und die IP finanziell eher abgesichert waren. Auch die allgemeine Belastung des Familien-, Sozial- und Berufslebens war weniger stark ausgeprägt, weil nur ein verhältnismäßig geringer Anteil mit dem Suchtkranken zusammenlebte. Auch das Problem, einen gemeinsamen Umgang mit dem IP innerhalb der Familie oder Partnerschaft zu finden, hatte dementsprechend weniger Relevanz. Einige spezifische familiäre Aspekte fielen aus diesem Muster allerdings heraus, beispielsweise der hohe Anteil PA, die von Parentifizierung und Vernachlässigung während ihrer Kindheit berichteten. Diese Auffälligkeit dürfte in erster Linie mit der hohen Anzahl an Kindern suchtkranker Eltern zusammenhängen.

„Da sind auch so ganz abartige Sachen passiert und da war ich so dolle traurig, da haben meine Eltern mir fünfjährig einen Eierlikör angeboten. Ja, also wenn ich das aus heutiger Sicht überlege, ist das so völlig verrückt, damit´s mir wieder besser geht [...] Ich sehe meine Mutter auf dem Bett liegend, mein Vater war auch völlig alkoholisiert, meine Mutter eh auf ihrem Bett liegend, da hat sie so viel getrunken, dass ihr total übel war. Mit 5 Jahren, ich war da völlig alleine auf mich gestellt sozusagen, ich dachte, meine Mutter stirbt. [...] Ich musste zum Beispiel zur Umschulung alleine gehen, weil ich mit 10 ja groß bin. So, alle saßen mit ihren Eltern da und ich saß da irgendwie alleine. Mich wundert, dass nie da jemand drüber gestolpert ist. [...] Es war schlimm für mich, da zu sitzen, alle hatten ihre Eltern dabei, aber im Vorfeld fand ich das nicht komisch, das hatte so was Normales.“

(Tochter einer Mutter mit Alkoholkonsum, 47 Jahre) 39000091

Ähnlich wie in dem oben geschilderten Fall der Tochter einer alkoholkranken Mutter wurde häufig von Belastungssituationen berichtet, die schon lange zurücklagen und auf den Alltag der Angehörigen kaum Einfluss mehr hatten. Auch die Berichte, die mit Gewalterfahrungen zusammenhingen, bezogen sich häufig auf weit zurückliegende Ereignisse. Die Erinnerungen daran stellten in einigen Fällen aber nach wie vor eine Belastung dar. Bezüglich der Belastung durch verbale Gewalt und aggressives Verhalten des IP gab es keine deutlichen Unterschiede zwischen den RA und PA. Auch hinsichtlich devianten Verhaltens der IP in Form von Drohungen und

Vandalismus gab es kaum Unterschiede. Bezüglich physischer Gewalt berichtete etwa jeder vierte der PA von entsprechenden Erfahrungen und damit vergleichsweise häufiger als die RA.

„Mein Vater ist früher schon so gewesen, dass er nachts nach Hause kam, sturzbetrunken, und hat dann Randalie gemacht, hat randaliert, alles kaputtgeschlagen. Im Prinzip sagt meine Mama jetzt, er hat wahrscheinlich das Geld verspielt, ist dann nach Hause gekommen, musste dann irgendwas machen, damit man ihn bloß nicht darauf anspricht und hat dann wirklich Randalie gemacht. Es war auch schon zwei bis dreimal die Polizei da, aber das ist dann wirklich ein Massaker, also der macht dann alles kaputt, schlägt alles ein, Scherben“.

(Tochter eines Vaters mit Alkoholkonsum und pathologischem Glücksspiel, 27 Jahre)

34000020

„Mein Vater ist mir gegenüber ein einziges Mal komplett ausgerastet [...] da war ich 14, da hab ich meine Mutter zum dritten Mal an dem Tag zum Heulen gebracht [...] da hab ich ihn angeguckt und gesagt, schlag mich doch, ich war wie gesagt 14 und total provokant und dann hat er seinen Hausschuh ausgezogen. [...] Er hat da wirklich besinnungslos, kann man sagen, auf mich eingepregelt, mit dem Pantoffel“.

(Tochter eines Vaters mit Alkoholkonsum, 47 Jahre) 39000091

Zudem schien die emotionale Unberechenbarkeit der IP bei den PA einen wichtigen Belastungsfaktor darzustellen, während finanzielle Aspekte oder der Rückzug des IP aus alltäglichen Angelegenheiten weniger eine Rolle spielte. Die größere Distanz zum IP dürfte auch Grund dafür sein, dass die Auswirkungen auf psychisch-somatischer Ebene geringer sind. Depression, Schlafprobleme und vor allem das Empfinden von Stress fielen deutlich geringer aus. Allerdings berichteten sie doppelt so häufig von gesundheitlichen Auswirkungen auf andere Familienmitglieder. Das heißt, in vielen Fällen waren offensichtlich andere Familienangehörige mitbelastet und möglicherweise schwerer belastet.

Auch auf kognitiv-affektiver Ebene waren die PA insgesamt etwas weniger belastet. Es bestanden weniger Sorgen um die Zukunft des Suchtkranken, vermutlich weil unter den IP kaum Kinder waren und Zukunftssorgen besonders stark bei Eltern suchtkranker Kinder ausgeprägt waren. Auch die Angst vor Rückfällen schien weniger eine Rolle zu spielen. Gleiches galt für belastende Schuldgefühle. Da die meisten der PA nicht mit dem Suchtkranken zusammenwohnten und nur begrenzt Einfluss auf das Suchtverhalten nehmen konnten, wurden Schuldzuschreibungen weniger genannt. Einzelne Belastungskomponenten stimmten mit dieser Tendenz aber nicht überein, wie beispielsweise die ausgeprägte Sorge um die gesundheitliche Verfassung der IP. Diese Sorgen waren besonders ausgeprägt in der Gruppe der Kinder und Geschwister, die über zwei Drittel der PA ausmachte. Außerdem dürfte hier die Art der Sucht eine Rolle spielen. Da die PA überwiegend mit den Auswirkungen von Alkoholkonsum des IP zu tun hatten, waren gesundheitliche Beeinträchtigungen sehr präsent. Die Kinder alkoholkranker Eltern sorgten sich zum einen um den körperlichen Verfall durch den Konsum, äußerten aber auch häufig die Angst vor möglichen

Unfällen und Stürzen der IP in alkoholisierten Zustand. Bei den RA ging es häufiger um Cannabiskonsum und pathologisches Glücksspiel, zwei Suchtformen, die weniger mit körperlichen Beschwerden assoziiert wurden.

„Meine größte Belastung oder meine größte Angst ist ja immer, dass irgendwann mal jemand anruft und sagt, dass mit meinem Vater irgendwas ist. [...] Dass ich mich dann um eine Person kümmern muss, zu der ich eigentlich Jahre lang gar keinen Kontakt hatte, die dann vielleicht auch noch ein Alkoholproblem hat. [...] Mich sorgt zum einen, dass ihm etwas passiert, zum anderen, dass ich mich dann noch mehr mit dem Thema auseinandersetzen muss“.

(Tochter eines Mannes mit Alkoholkonsum, 39 Jahre) 3600068

Auffällig war außerdem, dass die PA eher Mitleid empfanden angesichts des Zustandes des IP. Durch die in der Regel distanziertere Beziehung zum IP wurden die Probleme eher aus Sicht eines Außenstehenden betrachtet und weniger auf die eigene Person projiziert. Dementsprechend waren Versuche, die Sucht des IP zu bewältigen, weniger ausgeprägt. Insbesondere Kontrollmechanismen spielten eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Überwachung und Kontrolle des Konsumverhalten fand in den meisten Fällen nicht statt, weil getrennte Haushalte oder vorwiegend telefonischer Kontakt dies nicht ermöglichten. Viele berichteten, dass sich im Laufe der Jahre eine emotionale Distanz zum IP und ein Gefühl der Resignation entwickelt hätten. Vor allem unter Kindern suchtkranker Eltern waren die Probleme oftmals schon zu lange existent, als dass noch an eine Bewältigung der Sucht geglaubt wurde. Bei knapp einem Drittel der PA wurde in den Interviews geäußert, dass sie sich mit der Sucht des IP abgefunden hätten bzw. sie akzeptierten. Besonders unter Geschwistern, wurde von einer zunehmenden Toleranz gegenüber dem Suchtverhalten der Schwester oder des Bruders berichtet. Hinzu kamen diejenigen, die seit Anbeginn kein Problem sahen in dem (in der Regel Alkohol-) Konsum des IP. Für sie stellte der Konsum weder eine Belastung für den IP noch für den Angehörigen dar, solange eine gewisse Grenze nicht überschritten wurde, z.B. durch Arbeitsplatzverlust, Kriminalität oder körperliche Beeinträchtigungen.

„Wir haben alles Erdenkliche versucht, wir waren bei vielen Ärzten. Irgendwann muss man einen Weg finden, mit dem sich beide Seiten arrangieren können. Es ist jetzt einfach so, ich genieße die Zeit, die ich noch mit ihm habe. Er ist alt genug. [...] Ich weiß, dass es nichts bringt. Er braucht es einfach. Wir hoffen einfach, dass es noch lange gut geht“.

(Pflegetochter eines Mannes mit Alkoholkonsum, 30 Jahre) 36000017

Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe unbehandelter Angehöriger

Insgesamt erschien die Belastungssituation der PA vergleichsweise geringer auszufallen. Einige sahen dementsprechend keine Notwendigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen und kamen gut alleine mit dem Thema zurecht. Für andere war die Unterstützung durch Familie und Freunde ausreichend und diente als eine Art Hilfeersatz. Dennoch gab es auch eine Reihe schwer belasteter

PA, die neben allgemeinen auch ganz persönliche und spezifische Unterstützungsbedarfe äußerten. Welche Barrieren diese Gruppe bislang davon abhielt, sich Hilfe zu suchen, und worin sich ihre Bedarfe äußerten, wird im Folgenden genauer betrachtet. Einige der PA nahmen dabei Bezug auf Unterstützungsmöglichkeiten, die sie früher benötigt hätten, heute für sie aber keine persönliche Relevanz mehr hätten. Auch solche retrospektiven Schilderungen wurden bei der Auswertung der Bedarfe mitberücksichtigt.

Die wesentliche Hürde bei der Suche nach professioneller Hilfe hing bei den PA (wie auch bei den RA) zusammen mit der Angst vor Stigmatisierung. Einige sahen in dem schlechten Image Angehöriger das Problem. Als Angehöriger müsste man mit Ablehnung rechnen und Mitmenschen würden sich schnell von einem abwenden. Im Vergleich zu einer Depression sei eine Suchterkrankung viel stärker schambesetzt. Es gäbe keine Lobby für Suchtkranke, deshalb sei es für Angehörige doppelt schwer. Teilweise berichteten sie, dass Freunde und Bekannte die IP nicht kennenlernen wollten. Außenstehende würden sich fragen, wie man freiwillig mit einem Alkoholkranken zusammen sein und immer wieder auf Suchtkranke reinfallen könne. Deshalb wurden Gespräche, die die Sucht betrafen, teilweise gemieden. Man werde von Außenstehenden „mitleidig belächelt“, weil man nicht in der Lage sei, sich selber wirkungsvoll zu helfen. Dem Angehörigen werde oft Schwäche vorgeworfen, weil man die Sucht mit unterstützt habe.

„Das hat im Übrigen auch der eine Arzt, der den Vortrag letzte Woche gehalten hat, gesagt: `Wir haben keine Lobby für Suchthilfe´. [...] Depression ist ja wirklich in aller Munde, aber Sucht? Sucht? [...] Also ich finde, es ist ganz, ganz schwer für Angehörige oder auch für Betroffene, dann da auszusteigen, also weil das dann ja schambesetzt ist, wesentlich mehr schambesetzt zum Beispiel als eine Depression, weil nicht so anerkannt“.

(Tochter einer Mutter mit Alkoholkonsum, 47 Jahre) 39000091

Teilweise wurden unangenehme Fragen seitens der Suchtberater befürchtet, inwieweit man die Suchtproblematik indirekt unterstützt habe bzw. was man unternommen hätte, um sie zu bewältigen. Eine PB berichtete, sich bildlich vorzustellen, bei dem Besuch einer Suchthilfeeinrichtung von Freunden beobachtet zu werden. Diese Vorstellung war ihr so ungemein peinlich, dass sie den Weg in eine Suchtberatung nie gewagt habe. Außerdem bestand bei einigen die Sorge, vor fremden Personen Details des Privatlebens offen legen zu müssen. Auch die Vorstellung, in einer Selbsthilfegruppe zu sitzen und sich den privaten Problemen anderer aussetzen zu müssen, wurde als schwierig wahrgenommen. Einige befürchteten, von den Schicksalen anderer heruntergezogen zu werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der als Barriere beim Aufsuchen von Hilfe wirkte, ist der Faktor Zeit. Der zeitliche Aufwand, Suchtberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen zu besuchen inklusive der An- und Abfahrtszeiten, veranlasste einige Angehörige, Unterstützungsangebote nicht wahrzunehmen oder frühzeitig abzubrechen. Teilweise kollidierten Beratungszeiten mit beruflichen Verpflichtungen. Bei einigen kamen immer wieder andere, wichtigere Dinge dazwischen oder es wurden andere Prioritäten gesetzt. Einige berichteten, dass ihre Verzweiflung schlichtweg noch nicht groß genug war, um sich auf professionelle Hilfe einzulassen. Nicht

wenigen war darüber hinaus gar nicht bewusst, dass es spezifische Hilfe für Angehörige Suchtkranker gibt und kamen bislang nicht auf die Idee, dahingehend zu recherchieren. „Ich weiß eigentlich gar nicht, wie das Hilfesystem funktioniert, muss ich zugeben“ berichtete die Tochter eines alkoholkranken Vaters. Sie hätte proaktive Informationen als hilfreich empfunden, zum Beispiel auf postalischem Wege. Eine andere Tochter sah in dem Mangel an Angeboten für Kinder suchtkranker Eltern eine wesentliche Barriere.

„Direkt hat das Hilfesystem bei mir jetzt gar nicht gegriffen. Aber es ist ja auch nach wie vor zum Beispiel so, Gruppenangebote für Kinder suchtkranker Eltern sind ja auch zum Beispiel noch total rar gesät. Ich war zum Beispiel total erschrocken als ich gehört hab, dass es in B. [Stadt] nicht ein Angebot gibt, nicht ein einziges, in so einer großen Stadt.“

(Tochter einer Mutter mit Alkoholkonsum, 47 Jahre) 39000091

Zur zusätzlichen Verunsicherung bei der Suche nach professioneller Hilfe trugen Zweifel hinsichtlich der Schwere des Konsums bei. Wenn Angehörige an dem Vorliegen einer ernsthaften Suchterkrankung zweifelten, waren sie weniger geneigt, sich mit Hilfsangeboten auseinanderzusetzen. Die Schwester eines Drogenabhängigen berichtete von ihren allgemeinen Zweifeln an der Kompetenz des Hilfesystems. Ihre Mutter habe sich dort als Angehörige nicht gut angenommen gefühlt. Ratschläge, man solle den Suchtkranken fallen lassen, wären wenig hilfreich für sie gewesen. Im Internet hätte sie wenig Ansprechendes finden können. Sie hätte sich Informationen seitens der Ärzte und Psychiater über Angebote für Angehörige gewünscht. Das Kommunikationsverhalten der Psychiatrien und fehlende Aufklärung für sie als Angehörige hätten ihr den Umgang mit dem IP erschwert. Die Mutter einer suchtkranken Tochter äußerte außerdem Befürchtungen, sich durch professionelle Hilfe mit ihrer Tochter zu entzweien. Ratschläge der Suchtberater könnten sich zwischen sie und ihre Tochter stellen, beispielsweise, wenn man von ihr verlangen würde, dem Kind kein Geld mehr geben zu dürfen. Für einige war das Aufsuchen von Hilfe mit persönlicher Schwäche verbunden und wurde vermieden, wenn es nicht existenziell notwendig sei. Einige berichteten von ihrer Neigung, Probleme alleine bewältigen zu wollen.

Unterstützungsbedarfe und Wünsche unbehandelter Angehöriger an das Hilfesystem

Die Reaktionen auf die Frage nach Unterstützungsbedarfen der PA fielen sehr unterschiedlich aus. Einige sahen für sich als Angehörige überhaupt keinen Bedarf, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ihnen ging es ausschließlich um die Behandlung der IP. Teilweise fiel es den Angehörigen schwer, persönliche Bedarfe und Wünsche zu ergründen, viele gingen beispielsweise auf allgemeine präventive Maßnahmen ein, die aktuell auf ihre persönliche Situation wenig Einfluss mehr hatten. Andere hatten gleich eine Vielzahl an Ideen, wie man ihre persönliche Situation verbessern könnte. Teilweise begannen sich die Angehörigen während des Interviews zum ersten Mal mit ihren persönlichen Bedarfen auseinanderzusetzen. Manche wurden schlichtweg noch nie nach ihren Wünschen gefragt, wie die Nichte eines cannabisabhängigen Onkels: „Auf diese Frage habe ich schon mein Leben lang gewartet“.

Ähnlich wie bei den RA bestand auch bei den PA vor allem der Wunsch nach einem Ansprechpartner, jemand, der konkrete Hilfestellung im Umgang mit dem Suchtverhalten des IP geben könnte. Einige wünschten sich eine Vertrauensperson, die auch zuhause Situationen objektiv einschätzt und anleitet. Dadurch erhofften sie sich zu lernen, was in bestimmten Situationen angesprochen werden darf und was nicht.

„Z.B., dass man Verhaltensweisen mitbekommt, wie man sich selbst verhalten soll. Das steht bei mir immer im Vordergrund. `Wie mach ich es richtig? Wie mach ich es falsch? Lass ich ihn fallen?´ Ich kenn solche Sachen als Stammtischgeschwätz `ja, die müssen erst im Dreck liegen und das selber erkennen´. Aber das ist alles Hörensagen, also ich wüsste schon gerne aus berufenem Munde, obwohl ich auch gar nicht weiß, ob das berufene Mündler sind oder ob die nur Erfahrungen haben oder ob man da Erfahrungen austauscht. Ich könnte mir vorstellen, dass es einem auf jeden Fall soweit Halt gibt, als dass man feststellt, man ist nicht alleine. [...] Ja, dass mir jemand einfach den Weg weist und sagt, entweder es hat keinen Sinn mehr jetzt stillzuhalten, der mir zum Beispiel, wenn es sich jetzt nicht ändert, sagt, du brauchst kein schlechtes Gewissen zu haben, wenn du einen 70-jährigen auf die Straße setzt“.

(Partnerin eines Mannes mit Alkoholkonsum, 55 Jahre) 4000006

Es wurde auch der Wunsch geäußert, Hilfe von „Experten“ zu erhalten, die eine ähnliche Situation bereits erlebt und durchgestanden haben. Eine Schwester drogenabhängiger Brüder erhoffte sich durch die Gespräche mit einer Beraterin, Fähigkeiten zu erlernen, Gedankengänge zu beeinflussen und sich aus konkreten Problemsituationen mental befreien zu können. Auch eine Art Vermittler, bei dem Angehörige und IP zusammen erscheinen können, wäre hilfreich. Dabei scheint vor allem Hilfe im Rahmen eines Vieraugengesprächs das bevorzugtere Setting zu sein. Die Vorstellung einer Gruppendiskussion wirkte für einige abschreckend. Hilfreich könnte außerdem Mediation und Intervention innerhalb der Familie mit dem Suchtkranken gemeinsam sein.

Wiederholt wurden Vorschläge gemacht, wie man durch Öffentlichkeitsarbeit die Präsenz von Hilfsangeboten erhöhen könnte. Häufig wurden diese Ideen von Angehörigen geäußert, die zu einem bestimmten Zeitpunkt Hilfe benötigt hätten, aber keine Kenntnisse über bestehende Angebote hatten. Öffentlichkeitsarbeit könnte z.B. über das Aushändigen von Prospekten und Flyern stattfinden. Wichtig sei es auch zu vermitteln, dass Hilfe nicht zwangsläufig mit Kosten verbunden ist. Auch durch das Aufhängen von Plakaten in Arztpraxen und Berichten in Apothekerzeitschriften könnte man eine breite Masse erreichen. Außerdem wäre eine differenziertere mediale Berichterstattung bezüglich Suchterkrankungen wünschenswert. Medien sollten nicht nur über „Drogenjunkies“ berichten, dies würde dem Image nicht guttun. Großangelegte Kampagnen mittels Plakaten, Zeitungsartikeln und Fernsehberichten könnten Veränderungen im Umgang mit der Sucht bewirken. Außerdem könnte das Thema enttabuisiert werden, wenn die Hemmschwelle einer offenen Kommunikation über Sucht abgebaut werden würde. Andere Angehörige sahen in der Alkoholindustrie selbst ein Problem. Diese würde

beispielsweise mit Alkopops an Jugendlichen Geld verdienen und die Entstehung von Abhängigkeiten fördern. Hier müsste staatlich Einfluss genommen werden.

Ein weiterer wichtiger Anlaufpunkt für die Wissensvermittlung bzgl. Sucht sollte die Schule sein. Dort müsste über Vertrauenslehrer und Broschüren aufgeklärt werden. Wichtig sei es, frühe Anzeichen einer Abhängigkeit zu erkennen. Informationsvermittlung sollte unter anderem von Betroffenen selbst ausgeführt werden. Insgesamt gäbe es zu wenig Angebote für Kinder suchtkranker Eltern. Beispielsweise berichtete die Tochter eines alkoholkranken Vaters davon, dass sich an ihrer Schule alle Suchtberatungsangebote nur an Suchtkranke selber richteten, Angehörige dort aber keine Hilfe erhielten. Eine andere Tochter wünscht sich frühzeitige Sensibilisierung zum Thema Alkohol bei Kindern und Jugendlichen. Ein vernünftiger Umgang mit Alkohol sollte Teil der Gesundheits- und Ernährungsbildung sein. Die Einführung von Gesundheitsbildung als Schulfach könnte dabei eine Hilfe sein. So käme man früher an gefährdete Kinder heran. Ebenfalls wären Hotlines für Kinder suchtkranker Eltern und Familienschulungen hilfreich. All diese Maßnahmen hätten ihr in ihrer Jugend helfen können. Eine andere PB wünschte sich proaktive Screenings an Schulen. Zudem seien Erzieher oft nur ungenügend ausgebildet, unterbesetzt und häufig überfordert im Umgang mit alkoholisierten Eltern.

Neben der Implementierung von Suchthilfe an Schulen wäre ein weiterer Fokus auf den Arbeitsplatz sinnvoll. Eine höhere Anzahl betrieblicher Suchtberatungsstellen wäre sinnvoll. Teilweise wünschten sich die Angehörigen auch eine stärkere Einflussnahme von Hausärzten und Therapeuten auf die Suchtproblematik der IP. Hausärzte müssten aufmerksamer sein, um frühzeitig eingreifen zu können. Wichtig sei es, Menschen dort abzuholen, wo sie schon angebunden sind. Teilweise bezieht sich die Kritik auch auf die Verschreibung von Medikamenten seitens der Ärzte und Therapeuten. Eine PB sah in der mangelnden Kontrolle bei der Medikamentenverschreibung Probleme und würde sich eine Art kontrollierende Instanz wünschen.

„Da würde ich mir eigentlich wünschen, dass man so einem Arzt, von dem ich als Laie meine, er macht was falsch, irgendwie packen könnte, oder sagen könnte, da stimmt was nicht. Da gibt's eine Art Aufsicht oder so. Also jemand, der kontrolliert, zum Beispiel. Ich weiß nicht, ob es so was gibt. Ärzte, wenn die bestimmte Medikamente verschreiben, ob die einer Kontrolle unterliegen.“

(Schwiegertochter eines Mannes mit Medikamentenabhängigkeit, 61 Jahre) 33000110

Eine andere PB wünschte sich stärkere Kontrollen innerhalb der Suchtkliniken, um sicherzustellen, dass die Patienten untereinander nicht mit Medikamenten und Drogen dealen können. Außerdem äußerte sie den Wunsch nach einem Mitspracherecht der Familienangehörigen bei der Einweisung von Suchtpatienten. Angehörige, die aufgrund anderer Ereignisse bereits in psychotherapeutischer Behandlung waren, wünschten sich eine stärkere Koppelung von Psychotherapie und Suchtberatung. Die maßgeblich genannten Barrieren und Bedarfe an Hilfeangeboten sind in Abbildung 8 dargestellt.

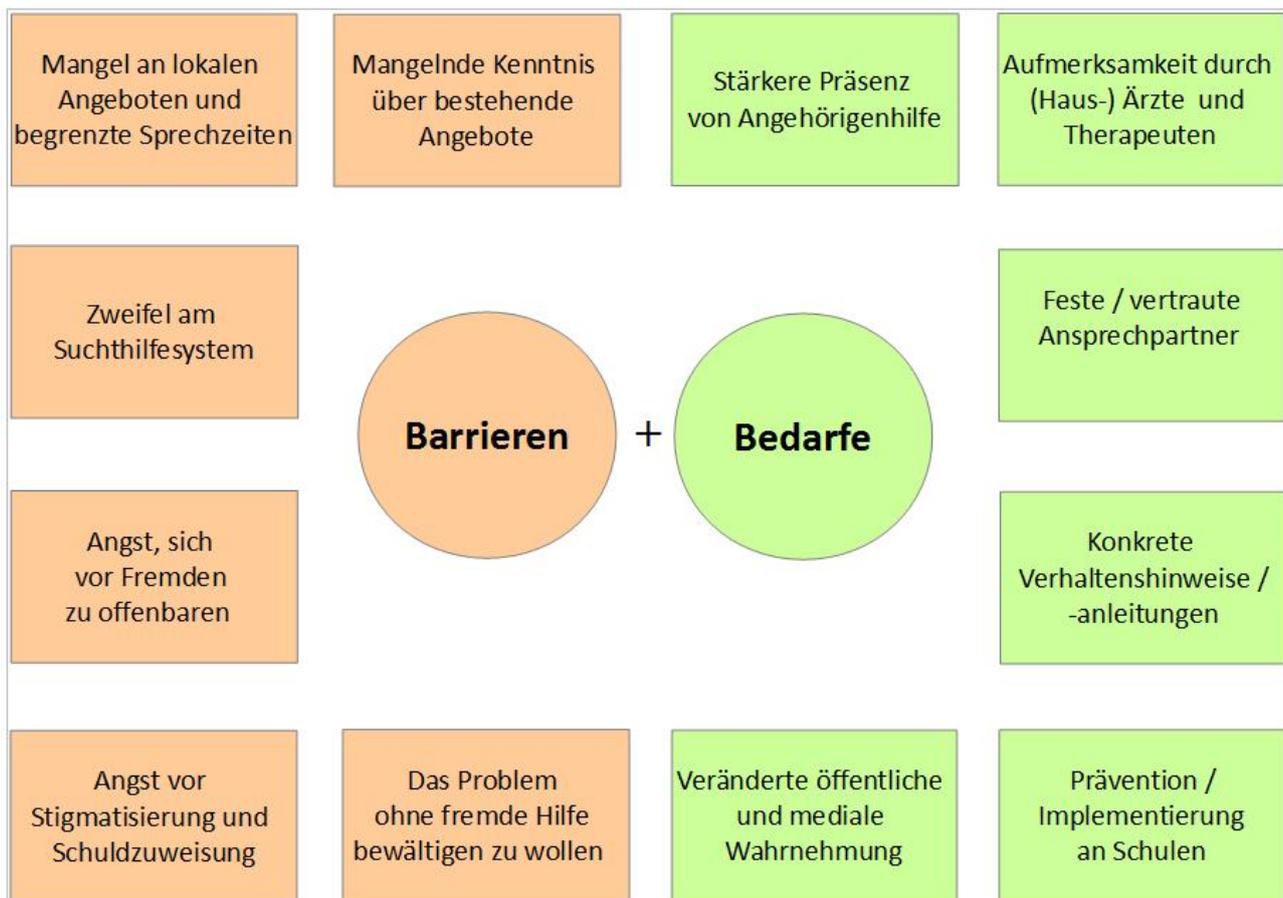


Abbildung 8: Barrieren und Bedarfe unbehandelter Angehöriger im qualitativen Interview

4.2.2.8. Genderspezifische Aspekte. Ein Vergleich von Müttern und Vätern

Trotz des Versuchs einer Überrekrutierung männlicher PB nahmen an der BEPAS-Studie mit 78% deutlich mehr weibliche Angehörige teil. Die Rekrutierungsrate männlicher Angehöriger war trotz wiederholter gezielter Anfragen an die Kooperationspartner von Hilfesystem und Selbsthilfe im Rahmen der proaktiven Rekrutierung etwas erfolgreicher. Die meisten an BEPAS teilnehmenden Männer waren Väter, gefolgt von „anderen Angehörigen“. Frauen waren demgegenüber meist Partnerinnen. Bereits in der quantitativen Analyse (vgl. Kap. 4.2.1.2.) zeigte sich eine deutlich erhöhte Belastung von weiblichen Angehörigen. Um genderspezifische Belastungsfaktoren zu identifizieren, wurden bei der Analyse der vertiefenden Interviews die Angaben von Müttern und Vätern miteinander in Beziehung gesetzt, da in dieser Teilstichprobe die meisten männlichen PB zu verzeichnen waren.

Beschreibung der Teilstichprobe

Unter den 30 reaktiv rekrutierten Eltern waren 21 Mütter und 9 Väter. Der Altersrange der Eltern betrug 43-65 Jahre. Mütter gaben häufiger an, mit dem suchtkranken Kind zusammenzuleben und hatten auch entsprechend regelmäßiger Kontakt zum IP. Mütter bewerteten die Nähe und die Wichtigkeit der Beziehung zum IP ebenfalls höher. Väter wiesen insgesamt ein etwas höheres Bildungsniveau und Einkommen auf und lebten häufiger in einer festen Partnerschaft. In der Regel

war die Suchtproblematik der IP durch multiplen Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen gekennzeichnet. Die IP waren fast ausschließlich Söhne, zum Interviewzeitpunkt oder in der Vorgeschichte bereits größtenteils in professioneller Behandlung waren. Komorbide psychische Erkrankungen traten bei den IP häufig auf. Insbesondere psychotische Erkrankungen und ADHS waren bei den suchtkranken Kindern auffällig häufig. Außerdem berichteten knapp ein Drittel der Eltern von einer Depression ihres Kindes.

Genderspezifische Belastungsfaktoren Angehöriger

Insgesamt empfanden sich weibliche Angehöriger stärker belastet als männliche. Diese Tendenz spiegelt sich auch im Vergleich der Belastungskomponenten bei Eltern wider. Während das familiäre Zusammenleben und das Berufsleben bei Müttern und Vätern ähnlich stark belastet war, fühlten sich Mütter deutlich stärker in ihrem Sozialleben durch die Suchtproblematik des IP beeinträchtigt. Mütter berichteten eher, ihre sozialen Kontakte und Aktivitäten vernachlässigt zu haben und organisatorisch eingebunden gewesen zu sein im Umgang mit der Sucht des Kindes.

„Es schränkt mich in meiner Lebensqualität insofern ein, dass ich manchmal einfach nicht mehr weggehen kann, weil ich einfach zu Hause sein muss, um irgendwelche Konflikte regeln zu können. Es belastet mich, weil ich immer im Dienst bin, ja, und mich eigentlich niemals so zurücklehnen kann und mal irgendwas genießen kann, es sei denn, ich schick mal bestimmte Kinder aus dem Haus und hab sie nicht da. Das finde ich manchmal sehr belastend.“

(Mutter eines Sohnes mit Alkohol- und Cannabiskonsum, 52 Jahre) 02009

Mütter waren häufig stark belastet durch Loyalitätskonflikte mit anderen Familienmitgliedern. Häufig wurden Situationen geschildert, in denen sich Mütter zwischen den Interessen und Wünschen des Partners und des suchtkranken Kindes entscheiden oder für eine Seite Partei ergreifen mussten. Diese Problematik spielte bei keinem der teilnehmenden Väter eine Rolle. Mütter fühlten sich häufig dadurch belastet, dass es keinen gemeinsamen Umgang mit der Suchtproblematik des Kindes gab und nicht „an einem Strang“ gezogen wurde. Dieser fehlende Konsens machte den Vätern weniger zu schaffen.

„Also ich habe mich immer so zwischen zwei Stühlen gefühlt, in dem Moment. So ein bisschen Zerrissenheit habe ich dann schon verspürt.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 49 Jahre) 03008

„Das Problem für uns als Eltern war oft, dass nicht mal wir uns einig sind. Das wäre eigentlich wichtig gewesen, dass man sich als Elternpaar einig ist, wie geht man damit um, dass man da nicht der eine so und der andere so. Das ist dann ja auch die Schwierigkeit für die Jugendlichen.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 54 Jahre) 03007

Väter und Mütter fühlten sich gleichermaßen stark beeinträchtigt durch den deutlich erhöhten Versorgungsaufwand des Kindes in Folge der Suchtproblematik. Mütter wurden allerdings häufiger Opfer von finanziellem Betrug oder Diebstahl des Kindes, während Väter die finanzielle Versorgung des Kindes unter anderem durch Zahlung von Zusatzleistungen und Schuldentilgung stärker belastete. Streitigkeiten und Kommunikationsprobleme wurden von Müttern etwas vermehrt, aber von beiden Elternteilen häufig berichtet. Väter hingegen berichteten häufiger von verbaler Gewalt und aggressiven Verhaltensweisen ihres Kindes. Sie wurden häufiger beleidigt und erlebten auch deutlich mehr Drohungen und Vandalismus des Kindes. Auch körperliche Gewalt wurde von Vätern etwas häufiger berichtet.

„Er hat dann, weil er mit seiner Wut nicht umgehen kann, randaliert. Letztendlich, als er da ausgezogen ist, musste ich zwei Zimmertüren inklusive Zargen auswechseln. Ich musste eine aus den Angeln getretene Wohnungstür auswechseln. [...] Er hat eine Hantel in eine Wand rein geschmissen mit einem tiefen Loch, und auf der anderen Seite der Wand waren die Badfliesen. Die Wucht war so stark, dass er auf der anderen Seite Badfliesen zerstört hat. Die mussten ausgewechselt werden. Die Duschtrennung zertreten, Spiegel zerschlagen. Mit der Hantelstange in die Decke hineingestochen, dass in Wänden und Decke wirklich Löcher waren. Und das alles in einer 10 Jahre alten Wohnung.“

(Vater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 60 Jahre) 02001

Mütter berichteten wiederum häufiger von den psychischen Auswirkungen des Suchtverhaltens ihres Kindes. Sie litten stärker unter Schlafproblemen, Depressionen, Essstörungen, stressbedingten Erkrankungen und Erschöpfungsgefühlen. Bei Männern äußerten sich die Auswirkungen häufiger in körperlichen Symptomen.

„Ja es macht traurig, es macht hilflos, es macht wütend, man zieht sich auch zurück. Erschöpft, schlaflose Nächte, weil man das nicht aus dem Kopf rauskriegt. Solange man irgendwie beschäftigt ist, geht es, aber sobald man zur Ruhe kommt. Das merk ich ja jetzt in den letzten Monaten wieder sehr extrem.“

(Mutter eines Sohnes mit Alkoholkonsum und pathologischen Glücksspiel, 58 Jahre) 01003

Insgesamt schienen Mütter deutlich stärker durch affektiv-kognitive Belastungsfaktoren beeinträchtigt gewesen zu sein. Der Verlust an Vertrauen und Nähe zu ihrem Kind spielte bei Müttern und Vätern eine wichtige Rolle. Allerdings lassen sich die Sorgen der Eltern unterscheiden. Während Mütter eher besorgt waren bezüglich des gesundheitlichen Zustandes ihrer Kinder, hatten Väter eher Sorgen hinsichtlich der Zukunft und Perspektiven ihrer Kinder.

„Er ist zumindest immer noch ans Handy gegangen. Also ich habe immer zu ihm gesagt, auch wenn ich ihn nicht mehr halten konnte, aber da habe ich es zumindest noch geschafft, dass er ans Handy geht, damit ich weiß, dass er nicht irgendwo im Graben liegt oder in den

See gefallen ist. Es waren ja doch schon ganz schöne Angstpartien hier, nie zu wissen, wo er ist.“

(Mutter eines Sohnes mit multiplem Substanzkonsum, 42 Jahre) 01004

„Diese Drogenspirale, dass er da nicht mehr rauskommt. Ich meine, ich kenne auch Leute, die früher auch regelmäßig gekifft haben viele Jahre, und dann wieder aufgehört haben, oder die jetzt ab und zu mal noch einen Joint rauchen. Ich selber habe es nie probiert, hat mich nie interessiert. Das ist halt die eine Möglichkeit. Aber dann gibt es natürlich auch die, die dann nicht mehr aufhören können. Dann reicht es nicht mehr, die dann die nächste Droge nehmen und dann irgendwann beim Heroin oder sonst wo landen. Und die Sorge habe ich mir natürlich schon gemacht, dass ihm das passieren könnte.“

(Vater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 51 Jahre) 03010

Väter und Mütter litten beiderseits stark unter Schamgefühlen und Stigmatisierungsängsten. Die Mütter fühlten sich stärker einer Ohnmacht ausgesetzt angesichts des Konsumverhaltens ihrer Kinder. Außerdem berichteten sie deutlich häufiger von Schuldgefühlen und dem Empfinden von Angst, Panik und Traurigkeit. Durch die stärkere Abgrenzung der Väter von den IP im Sinne der Verantwortungsabgabe und emotionalen Distanzierung fühlten Väter sich weniger schuldig und hilflos der Situation gegenüber. Außerdem gingen Väter eher offen mit dem Thema um und litten weniger unter Geheimhaltung und Notlügen nach außen bezüglich des Suchtverhaltens ihrer Kinder.

„Ich habe ihn alleine großgezogen. Da kommen Schuldgefühle auf. Was habe ich falsch gemacht? Habe ich zu viel gemacht? Habe ich zu wenig Grenzen gesetzt? So wie Eigenkritik.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabis- und Medikamentenkonsum, 64 Jahre) 01008

„Die Einstellung gegenüber ihm hat sich natürlich auch verändert, ja. So auf die Tour: Ist mir egal, was du tust. Es ist dein Leben. Ich mache mein Leben nicht durch dich kaputt. Wenn er meint er muss so leben, er muss es kaputt machen, dann muss er es kaputt machen. Aber ich lasse ihn an mich nicht ran, dass er mich kaputt macht“

(Vater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 52 Jahre) 02007

Genderspezifische Bewältigungsmechanismen Angehöriger

Mütter und Väter zeigen in ihrem Umgang mit dem Konsumverhalten ihres Kindes einige typische gemeinsame Muster und Abfolgen. Zunächst wurde das Kind in der Regel mit seinem Spiel- oder Konsumverhalten konfrontiert und zu einem Gespräch gebeten. Die Eltern versuchten dann größtenteils, ihre Kinder davon zu überzeugen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn die Suchtproblematik als besorgniserregend eingestuft wurde. Mütter neigten zu Beginn allerdings eher dazu, das Problem auszublenden und nicht wahrhaben zu wollen. Sie suchten anfänglich

häufig nach alternativen Erklärungen für das veränderte Verhalten ihrer Kinder und brachten es nicht mit einer möglichen Suchtproblematik in Verbindung. Außerdem verschwiegen und vermieden sie das Thema gegenüber Außenstehenden häufiger, während die Väter offener mit der Thematik umgehen konnten und weniger tabuisierten. Geschlechterübergreifend wurde die Erfahrung gemacht, dass Freunde und Familienangehörige ähnliche Erlebnisse zu berichten haben, wenn man sich ihnen erstmal öffnet.

„Interessanterweise ist es so, wenn man sich öffnet, dass jeder, praktisch jeder erzählt, in unserer Familie gibt es einen Onkel, da und da gibt es ein Kind, der Sohn oder Enkel oder sowieso. Also jeder kennt aus eigener Erfahrung ähnliche Fälle.“

(Vater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 60 Jahre) 02001

„Das habe ich auch oft festgestellt, wenn man sich mal ein bisschen öffnet, was dann alles zutage kommt oder wer da vielleicht alles betroffen ist oder schon Erfahrungen damit hat, da war ich auch echt überrascht.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 49 Jahre) 03008

Versuche der Kontrolle, Überwachung und Verbote des Konsums waren bei beiden Elternteilen sehr stark ausgeprägt, auch im Hinblick auf finanzielle Kontrolle. Väter neigten eher dazu, Alkohol- und Drogenvorräte der Kinder radikal zu entsorgen. Insgesamt übernahmen Mütter aber mehr Verantwortung für ihre Kinder und liefen dadurch Gefahr, sich für sie aufzuopfern. Eine deutlich stärkere Aufopferungsbereitschaft führte häufig zu Stress und Überlastung, was mit den vermehrt auftretenden psychischen und stressbedingten Belastungen in der Gruppe der Mütter zusammenhängen könnte.

„Man hat das Gefühl, man lebt zwei Leben. Man muss für sich denken, was man lebt, was am Tag alles erledigt und besorgt werden muss. Und ich musste für meinen Sohn, oder hatte das Gefühl, für ihn noch mit zu denken, was er jetzt an seinem Tag noch alles zu erledigen hat, was er erbringen muss und was nicht. Das war schon schwierig und auch gar nicht machbar.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 49 Jahre) 03008

Außerdem berichteten Mütter vermehrt davon, sich rückblickend nicht konsequent genug gegenüber ihren Kindern verhalten zu haben. Sie stellten häufiger Bedingungen und Ultimaten auf, aber sorgten sich stärker vor den Reaktionen des Kindes bei konsequenter Umsetzung der Absprachen. Den Vätern schien es einfacher zu fallen, sich von der Suchtproblematik abzugrenzen.

„Das ist das, was Frauen und Mütter natürlich können, dann immer noch verzeihen, sind mütterlich, sind warmherzig. Können auch ein beißendes Kind in den Arm nehmen und trösten und Liebe geben. Mir als Mann und Vater fällt so etwas schwerer. Da ist mein Verstand sehr dominierend und ich sehe dann die Ergebnisse.“

(Vater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 60 Jahre) 02001

Während ein Großteil der Väter angab, sich im Laufe der Zeit von dem Problem emotional distanziert zu haben, traf dies nur auf wenige der Mütter zu. Ihnen fiel es schwerer zu akzeptieren, ihrem Kind nicht oder nicht ausreichend helfen zu können. Im Vergleich zu den Vätern machte sich bei ihnen auch deutlich häufiger ein Gefühl von Hilflosigkeit breit. Um sich zu entlasten, nutzen Mütter wiederum häufiger Bewältigungsmechanismen in Form bewusster Ablenkung und Selbstachtsamkeit.

„Das sind da teilweise auch so Sachen, wo ich dann nichts gesagt habe, weil, wenn man das erzählt, ist es wie so ein Spiegel. Die Leute sind selber so entsetzt und die eigene Ohnmacht, die spiegelt sich so in den Gesichtern wieder, und das ist nicht erträglich.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabis-, Kokain- und Amphetaminkonsum, 49 Jahre) 01010

„Da ist es ja auch so, dass er letztendlich alt genug ist und er entscheidet über sein Leben selbst. Ich kann nur versuchen ihn zu unterstützen, ihm Rat zu geben, was er machen soll und was nicht, aber zwingen kann ich ihn sowieso nicht.“

(Vater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 51 Jahre) 03010

Genderspezifische Ressourcen Angehöriger

Bei einem Vergleich der unterstützenden Ressourcen fällt auf, dass die Mütter im Wesentlichen das familiäre Umfeld und die Männer ihre Partnerinnen als Hilfe wahrnehmen. Während über drei Viertel der Väter ihre Partnerin als Unterstützung empfinden, sind es andersherum nur etwa ein Viertel der Mütter, die ihren Partner als unterstützend wahrnehmen. Ähnlich verhält es sich angesichts des gemeinsamen Umgangs mit der Suchtproblematik. Im Gegensatz zu den meisten Vätern hat nur ein geringer Anteil der Mütter das Gefühl, an einem Strang mit dem Partner zu ziehen. Einschränkend sollte erwähnt werden, dass in der Teilstichprobe der Väter anteilig weniger PB alleinstehend waren.

„Also, mein Mann hat am Anfang mal den Kopf in den Sand gesteckt. Der hat mal gar nicht reagiert. `Das wird dann schon irgendwie laufen´, hat er gesagt. Er wollte sich mit der Problematik auch gar nicht auseinandersetzen. Also, das ist am Anfang immer an mir hängen geblieben.“

(Mutter eines Sohnes mit multiplem Substanzkonsum, 49 Jahre) 02004

Außerhalb der Partnerschaft nahmen Mütter deutlich häufiger Hilfe aus dem Kreis der Familie an, Väter eher von Freunden und Bekannten. Auch das Berufsleben und Gespräche mit Arbeitskollegen spielt bei den Vätern eine wichtigere Rolle. Während beide Elternteile größtenteils Freizeitaktivitäten und Zeit in der Natur als wohltuend beschrieben, berichteten Väter zudem explizit von Sport als unterstützendem Ausgleich. Wie schon bei den Bewältigungsstrategien zeigt sich auch bei den Ressourcen, dass Mütter eher von Selbstachtsamkeit berichteten und sich

bewusst etwas Gutes taten. Außerdem zogen sie mehr Kraft aus Spiritualität und ihrem Glauben.

„Wenn es mal ganz schlecht geht, so richtig schlecht, wenn Sie sich selber am liebsten wegschmeißen möchten. Dann bin ich wirklich in der Kirche und denke, jetzt brauche ich echt mal ne Idee von woanders her, jemand, der mir Kraft gibt, oder wo ich das mal ablassen kann.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 53 Jahre) 02002

„Ich finde meinen Ausgleich immer im Sport. Da habe ich Zeit, da habe ich Zeit zum Nachdenken. Da kommt man auch auf andere Gedanken, weil man sich auf andere Dinge fokussiert.“

(Vater eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 52 Jahre) 02007

Hinsichtlich der professionellen Unterstützungsangebote bezüglich des Suchtverhaltens des Kindes zeigte sich eine deutlich höhere Inanspruchnahme bei den Müttern. Dieses Ungleichgewicht der Inanspruchnahme betrifft Unterstützung durch Ärzte, Therapeuten, Suchtberater und den Besuch psychosozialer Anlaufstellen. Die Hilfe durch Angehörigengruppen nahmen fast alle Mütter und Väter entgegen. Dieser Fakt ist der Rekrutierung der Teilstichprobe der Eltern geschuldet. Lediglich im Rahmen rechtlicher und polizeilicher Hilfe waren Väter eher geneigt, Unterstützung in Anspruch zu nehmen, was mit den vermehrten aggressiven Auseinandersetzungen zwischen Vätern und IP zusammenhängen könnte.

Wenn ich nicht Menschen hätte, mit denen ich über das gesprochen hätte, wäre ich noch einsamer, trauriger und resignativer. Und ich konnte immer wieder durch die Menschen, mit denen ich gesprochen habe, ein bisschen Hoffnung schöpfen. Das Reden alleine ist sehr erleichternd.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 59 Jahre) 03002

Genderspezifische Barrieren und Unterstützungsbedarfe Angehöriger

Die Befürchtung, von der Umwelt in bestimmter Weise kategorisiert oder negativ bewertet zu werden, spielte bei Eltern insgesamt eine überdurchschnittlich ausgeprägte Rolle und machte es vielen Eltern schwer, sich Hilfe von außen zu suchen. Da die Eltern maßgeblich über die Selbsthilfe bzw. Drogenberatungsstelle rekrutiert wurden und zum Zeitpunkt des Gesprächs dort auch noch aktiv waren, bezogen sie sich größtenteils auf Barrieren, die zu Beginn der Suchterkrankung vorlagen. Neben den Schamgefühlen spielte bei Müttern die Komponente Schuld eine stärkere Rolle als bei Vätern. Mütter ließen sich anfänglich eher davon abhalten Hilfe aufzusuchen, aus Angst vor Schuldzuweisungen. Bei den Vätern war es vermehrt der Anspruch, mit dem Problem alleine fertig zu werden und es sich nicht eingestehen zu können, auf Hilfe angewiesen zu sein. Außerdem wurden von Vätern allgemeine Zweifel an der Kompetenz des Hilfesystems berichtet, während Mütter sich stärker sorgten, in einer Selbsthilfegruppe emotional stärker belastet zu

werden. Mütter und Väter berichteten gleichermaßen, aus Unkenntnis über bestehende Angebote erst spät den Weg ins Hilfesystem gefunden zu haben.

„Was man am Anfang natürlich auch viel sucht, sind Informationen. So ging mir es. Man weiß eigentlich gar nicht, wie man damit umgehen soll. Was für Möglichkeiten hat man? Wer kann überhaupt helfen? Man ist psychisch im Ausnahmezustand, man kann gar nicht logisch denken, hat aber nirgends ein Faltblatt, wo alles draufsteht.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 50 Jahre) 03001

Aus den Interviews ging hervor, dass äquivalent zu der erhöhten Belastungssituation von Müttern auch der Wunsch nach professioneller Hilfe stärker ausgeprägt war als bei Vätern. Vor allem hinsichtlich der Vernetzung des Hilfesystems und der Zugangswege ins System sehen Mütter Verbesserungsbedarf. Vergleichsweise viele Mütter wünschten sich präsentere, besser erreichbare Hilfeeinrichtungen und waren unzufrieden mit der Auswahl bestehender Angebote. Außerdem waren viele unzufrieden mit den Möglichkeiten, weitergehende (z.B. psychotherapeutische) Hilfen in Anspruch nehmen zu können.

„Drogenberatung hilft auch. Aber ich denke, die sind einfach zu unterbesetzt. Ich meine, ich brauche jetzt Hilfe, jetzt muss ich kommen können und nicht morgen oder übermorgen. Ich finde, man müsste einfach etwas haben, wo man sagen kann `Jetzt geht es mir schlecht, jetzt brauche ich jemanden´“.

(Mutter eines Sohnes mit multiplem Substanzkonsum, 53 Jahre) 01019

Zudem war bei Müttern der Wunsch nach konkreter Verhaltensanleitung durch Fachkräfte stärker ausgeprägt. Sie wünschten sich eine Person des Vertrauens, die man im Zweifel zu jeder Zeit erreichen kann. Im Gegensatz zu Vätern fühlten sich die Mütter bei den Gesprächen in der Suchtberatung eher unverstanden. Einige äußerten ihren Unmut angesichts mangelnder Rücksichtnahme auf ihre Bedürfnisse.

„Es ist immer in die gleiche Richtung gegangen. Und jedes Mal habe ich zu der Frau gesagt: `Das ist die Richtung, die ich nicht kann, die ich nicht will´. Jedes Mal die Richtung, er muss aus dem Haus raus. Weil sie das immer zu mir gesagt hat, da bin ich durchgedreht.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabiskonsum, 53 Jahre) 02002

Insgesamt wurden seitens der Mütter mehr Anregungen genannt zu Ergänzungen und Alternativen der bestehenden Hilfeangebote (z.B. der Wunsch nach spezifischen Angeboten für Mischkonsumenten oder onlinebasierten Angeboten). Vätern war es wichtiger, dass Eltern mehr Entscheidungsgewalt über ihre Kinder haben und ggf. eine Einweisung veranlassen können. Dieser Aspekt kam bei Müttern selten zur Sprache. Der Wunsch nach präventiven Ansätzen und einer Veränderung des öffentlichen und medialen Bewusstseins bezüglich der Suchtthematik war zwischen Müttern und Vätern ähnlich ausgeprägt.

„Dass man dann sagt, gut, wir nehmen mal die Werbung weg von den Straßen zum Beispiel. [...] Es muss nicht unbedingt vor der Sportschau gezeigt werden, dass diese Sendung von [Biermarke] unterstützt wird. Die Sportschau spricht ja viele Leute an und das Thema ist ja, ein Fußballländerspiel ist kein gutes Fußballländerspiel, wenn keine Kiste Bier danebensteht. [...] Wenn solche Leute, die ja in den Medien relativ viel Macht haben, die ein junges Publikum ansprechen, mal über diese Problematik mehr sprechen würden, das wäre auch mal was. [...] Das sind eigentlich so diese Punkte.“

(Vater eines Sohnes mit Alkoholkonsum, 56 Jahre) 02024

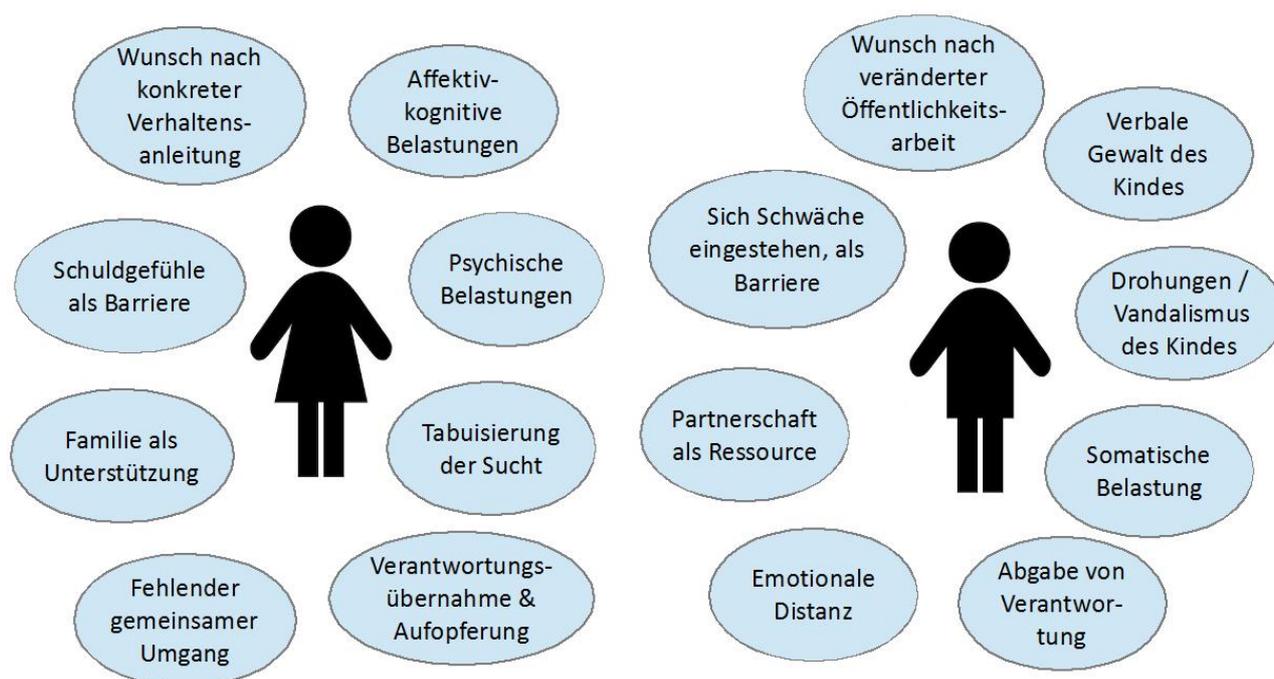


Abbildung 9: Genderspezifische Belastungsfaktoren qualitative Interviews

Zusammenfassung der genderspezifischen Aspekte

Einige der wesentlichen Belastungsaspekte traten bei Müttern und Vätern suchtkranker Kinder in vergleichbarer Häufigkeit und Intensität auf. Die Beeinträchtigung des Familien- und Berufslebens, die Unzuverlässigkeit und emotionale Unberechenbarkeit des Kindes, die zusätzliche Versorgung aufgrund der Suchtproblematik sowie Kommunikationsprobleme und Schamgefühle wurden ähnlich wahrgenommen. Tendenziell schienen Mütter stärker auf psychischer und affektiv-kognitiver Ebene belastet zu sein, vor allem durch Schuldgefühle, Sorge um die Gesundheit des Kindes, Loyalitätskonflikte, dem Gefühl der Hilflosigkeit und dem Druck, die Problematik geheim halten zu müssen. Zudem berichteten die Mütter häufiger von Angst, Trauer und Depressionen. Von den Vätern wurden hingegen eher somatische Beeinträchtigungen berichtet. Außerdem waren Väter stärker belastet durch deviantes, aggressives Verhalten der Kinder in Form von

Beleidigungen, Drohungen und Vandalismus. Die Tatsache, dass sich Väter insgesamt weniger belastet fühlten, könnte mit der tendenziell stärkeren Abgrenzung zur Suchtproblematik zusammenhängen. Väter fühlten sich eher in der Lage Verantwortung an ihre Söhne oder Töchter zurückzugeben und sich emotional von ihnen und ihrer Sucht zu distanzieren.

Bei den Müttern hingegen führte eine starke Verantwortungsübernahme und Aufopferungsbereitschaft für ihr Kind häufig zu einem Anstieg an Stress und der Vernachlässigung eigener Bedürfnisse. Außerdem neigten die Mütter eher dazu, die Sucht und die damit einhergehenden Probleme auszublenden und vor anderen Personen zu verschweigen bzw. zu vermeiden. Insgesamt vereinbarten Mütter eher Bedingungen und Regeln mit ihren Kindern, ihnen fiel es aber auch schwerer, diese konsequent einzuhalten. Viele der Mütter veränderten im Laufe der Zeit ihre Umgangsweise und entwickelten zunehmend Strategien zur Selbstachtsamkeit, um sich von der Suchtproblematik besser lösen zu können. Insgesamt schienen sich Mütter bei ähnlichen Belastungssituationen stärker von der Sucht des Kindes einnehmen zu lassen und neigten eher dazu, Bewältigungsmechanismen anzuwenden, die zu einem Anstieg ihres Stresslevels und damit einhergehenden psychischen Erkrankungen führten.

Im Gegensatz zu den Vätern sahen Mütter eine wesentliche Ressource in ihrer Familie. Väter nahmen eher Freunde, aber auch das berufliche Umfeld als Unterstützung wahr. Am größten sind die Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen Ressourcen allerdings in Bezug auf den Partner oder die Partnerin. Väter sahen in ihrer Partnerin überwiegend eine Stütze im Umgang mit der Sucht, Mütter taten dies kaum. Wo sich Partnerschaft bei Vätern als Ressource darstellte, empfanden Mütter teilweise eine Belastung. Auch dieser Aspekt kann zur deutlich erhöhten psychischen Beanspruchung von Müttern beigetragen haben. Beim Blick auf die formellen Unterstützungsfaktoren fällt auf, dass Mütter generell eher bereit waren, Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen. Diese Offenheit gegenüber professioneller Hilfe machte sich auch bemerkbar an der Fülle an Ideen und Verbesserungsvorschlägen bzgl. des Hilfesystems, die von Müttern geäußert wurden. Ein Bedarf an Unterstützung schien von höherer Relevanz zu sein. Von zentraler Bedeutung war der Wunsch nach konkreten Verhaltenshinweisen und Anleitungen für Problemsituationen. In diesem Bereich äußerten viele Mütter Bedarfe. Dies mag mit dem stärker ausgeprägten Schuldbewusstsein angesichts der Suchtproblematik zusammenhängen und der Angst, falsche Entscheidungen im Umgang mit dem Kind zu fällen. Für viele Mütter war die Angst vor Schuldzuweisungen eine wesentliche Barriere bei der Inanspruchnahme von Hilfe. Während Mütter und Väter gleichermaßen unzufrieden waren mit der medialen Darstellung von Suchterkrankung und der Stigmatisierung Angehöriger, äußerten Mütter stärker Kritik an der Präsenz und Vernetzung des Suchthilfesystems. Als wesentliches Problem sahen viele die unzureichende Erreichbarkeit von Hilfeeinrichtungen und die Probleme beim Zugang zu weiterführenden (therapeutischen) Unterstützungsangeboten. Für eine detailliertere Darstellung der genderspezifischen Unterschiede bei Eltern suchtkranker Kinder, soll auf die im Rahmen der BEPAS-Studie angefertigte Masterarbeit von Poels (2016) verwiesen werden.

4.2.2.9. Suchtspezifische Aspekte: Alkohol und pathologisches Glücksspiel

Bei der spezifischen Analyse des Einflusses unterschiedlicher Abhängigkeitsformen auf Belastungen und Hilfebedarfe zeigte sich, dass drogenbezogene Probleme meist von Eltern genannt wurden, so dass ein Vergleich zwischen Belastungen durch legale und illegale Drogen immer auf unterschiedlichen Beziehungskonstellationen basiert hätte. Da bei der gezielten Überrekrutierung im Rahmen der Selbsthilfe erfolgreich eine aussagekräftige Teilstichprobe von Angehörigen von Menschen mit pathologischem Glücksspiel rekrutiert werden konnte, wurde für die Analyse abhängigkeitspezifischer Auswirkungen Angehörige von pathologischen Glücksspielern mit Angehörigen von Alkoholabhängigen gematcht und verglichen. In der Gesamtstichprobe berichteten 61 Angehörige von problematischem Alkoholkonsum und 18 Angehörige von pathologischem Glücksspiel des IP (unabhängig von Komorbiditäten). Für einen Vergleich der beiden Suchtformen wurden jeweils 15 Angehörige je Teilstichprobe ausgewählt, die sich bezüglich des Rekrutierungsweges, des Geschlechterverhältnisses, des Alters, substanzbezogener Komorbidität und der Beziehungskonstellation zum IP glichen.

Beschreibung der Teilstichproben

Beide Teilstichproben bestanden aus 14 Frauen und einem Mann, die sich jeweils aus 10 Partnerinnen, einem Partner, drei Müttern und einer Tochter zusammensetzten. Der Altersrange der 30 PB betrug 28-77 Jahre, bei einem Durchschnittsalter von 53,0 Jahren. Bei den Angehörigen Alkoholabhängiger wurden 14 Angehörige über die Selbsthilfe rekrutiert, bei den Angehörigen pathologischer Glücksspieler waren es 13. In beiden Teilstichproben war ein Großteil der IP männlich und charakterisiert durch eine lange zurückreichenden Suchtproblematik, die häufig bereits über 10 Jahre andauerte. Von den pathologischen Glücksspielern wurde deutlich häufiger von weiteren Suchterkrankungen innerhalb der Familie berichtet als von den Alkoholabhängigen. Hinsichtlich der Nähe zum IP und der Wichtigkeit der Beziehung zum IP gab es keine auffälligen Unterschiede zwischen den Teilstichproben. Fünf Angehörige Alkoholabhängiger berichteten von einer weiteren akuten komorbiden Abhängigkeitserkrankung des IP (Cannabis, andere illegale Drogen, Medikamente). Bei den Angehörigen pathologischer Glücksspieler berichteten sechs PB von einer akuten komorbiden Abhängigkeitserkrankung des IP (Alkohol, Cannabis, Medikamente).

Suchtspezifische Belastungsfaktoren und Bewältigungsstrategien Angehöriger

Neben einer Reihe übereinstimmender Ergebnisse zwischen den Teilstichproben ließen sich Unterschiede in Abhängigkeit der Suchtform identifizieren. Angehörige pathologischer Glücksspieler berichteten häufiger von finanziellen Belastungen aufgrund der Suchtproblematik des IP. Sie berichteten öfter von finanzieller Versorgung des IP und damit einhergehenden finanziellen Einschränkungen sowie Diebstahl und finanziellen Betrugs seitens des IP. Bei über einem Drittel führten die finanziellen Belastungen zu Verschuldung. Im Vergleich dazu waren Angehörige Alkoholabhängiger finanziell weniger belastet. Verschuldung spielte bei den Angehörigen Alkoholabhängiger keine Rolle. Allerdings waren sie stärker belastet durch verbale Gewalt, Drohungen und emotionale Unberechenbarkeit des IP.

„Ich würd sagen 150.000 [verspieltes Geld] waren es insgesamt. Also, so zwischen 100.000 und 150.000 werden das gewesen sein. [...] Dass ich auf sein Konto was einzahlen musste, weil das Limit erreicht war. [...] Wenn er mehr hatte, musste ich dann ja die Schulden bezahlen. Wir haben dann auch zusammen Kreditverträge und Hypotheken laufen, ja, auch auf unseren Namen, die ich dann neu abschließen musste. Und das hat er großzügiger weise immer mir überlassen, zu entscheiden wie ich wieder an das Geld komme.“

(Partnerin eines pathologischen Glücksspielers, 63 Jahre) 02014

Ich glaube, dass er damals schon immer jemand war, wenn er zu viel Alkohol getrunken hat, dass er das Ventil ablassen musste und das war ich. Und es war damals auch so, dass er eben, wie gesagt ich war hochschwanger, nach Hause kam und nachts mich aus dem Schlaf gerissen hat, angepöbelt hat. [...] Und da kam nachts dann eben halt dieser Brüller, ich wäre ein faules Schwein und ich würde also die Balkonkästen nicht raushängen, hätte ich ja mal machen können, hätte schließlich den zweiten Tag Mutterschutzurlaub.“

(Partnerin eines Mannes mit Alkoholkonsum, 52 Jahre) 01006

Hinsichtlich körperlicher Gewalterfahrungen ließen sich keine Unterschiede zwischen den beiden Angehörigengruppen identifizieren. Von Angehörigen pathologischer Glücksspieler wurden häufiger Beeinträchtigungen des Berufslebens berichtet, z.B. wenn aufgrund verspielter Ersparnisse das Arbeitspensum erhöht oder eine angestrebte Pensionierung aufgeschoben werden musste. Bei den psychisch-somatischen Belastungsfaktoren konnten zwischen den Teilstichproben keine Unterschiede festgestellt werden. Depressionen, Schlafstörungen und andere körperliche Erkrankungen traten in beiden Teilstichproben ähnlich ausgeprägt auf.

Im Hinblick auf die affektiv-kognitiven Belastungsfaktoren ließen sich Unterschiede in Abhängigkeit der Suchtform feststellen. Angehörige pathologischer Glücksspieler waren deutlich stärker belastet durch Sorgen und Ängste bezüglich der Zukunft und möglichen Rückfällen des IP. Die Angst vor Rückfällen ging häufig einher mit Existenzängsten, z.B. die Angst das eigene Haus zu verlieren.

„Ja, ich denke, dass er immer wieder von irgendwelchen Rückfällen begleitet sein wird. Uns wurde ja auch ganz klar gesagt, dass das eine Erkrankung ist, die er eben auch sein Leben lang behalten wird. Und, dass man eigentlich nur gucken kann, dass er möglichst kontinuierlich spielfrei bleibt, aber das gewisse Rückfälle meines Erachtens auch eingeplant werden müssen, die dann natürlich wieder finanzielle Löcher einreißen. Ja, und dieser Schuldenberg, der einfach überhaupt nicht weniger wird, das finde ich schon sehr belastend. [...] Weil ich eben auch gewisse Ziele habe, die ich gerne, ja die ich einfach so habe. Ich möchte zum Beispiel, wär's schon ein Wunsch, irgendwann mal ein Eigenheim zu besitzen. Wir wohnen jetzt zur Miete und er bezahlt jeden Monat ungefähr 800 Euro an irgendwelche Kredite oder irgendwelche Leute ab. Und das ist einfach Geld, was wir hätten, wenn er keine Spielsucht hätte. Also wenn er keine Schulden hätte, sagen wir's mal so“.

Bei Angehörigen Alkoholabhängiger drehten sich die Sorgen eher um die Gesundheit, der häufig körperlich bereits beeinträchtigten IP. Während das Vertrauen zum IP bei den Angehörigen beide Teilstichprobe gleichermaßen stark beeinträchtigt war, fühlten sich Angehörige Alkoholabhängiger deutlich stärker entfremdet vom IP. Entfremdung wurde vor allem wahrgenommen, wenn sich das Verhalten des IP unter akutem Alkoholeinfluss stark veränderte.

„Er war einfach nicht der, den ich liebe, nicht? Er war einfach, in dem Moment war er wie schizophren, nicht? Er war wirklich eine ganz andere Person in dem Moment. Ich hab ihn da als Fremden gesehen, nicht als den Mann, den ich geheiratet habe. Das war einfach für mich ein Fremder und den habe ich nicht akzeptiert. Den wollte ich einfach nicht“

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 56 Jahre) 01012

Schuldgefühle und andere affektiv-kognitive Belastungen wie Wut, Hilflosigkeit und Enttäuschung wurden von beiden Angehörigengruppen ähnlich häufig berichtet. Schamgefühle und Stigmatisierungsängste waren vergleichsweise stärker bei Angehörigen Alkoholabhängiger ausgeprägt. Diese Tendenz könnte mit dem teilweise unberechenbaren, als peinlich empfundenen Verhalten der IP unter Alkoholeinfluss zusammenhängen. Angehörige Alkoholabhängiger grenzten sich entsprechend häufig von unangenehmen Verhaltensweisen der IP ab. Abgrenzung als Bewältigungsstrategie wurde von Angehörigen pathologischer Glücksspieler seltener berichtet. Dafür waren Versuche der Kontrolle und Überwachung des Suchtverhaltens in dieser Gruppe ausgeprägter. Durch die massiven finanziellen Auswirkungen des Suchtverhaltens, sahen sich viele Angehörige gezwungen Kontrollmechanismen nachzugehen und einen Einblick in die Finanzen des IP zu erhalten.

„Auf unser gemeinsames Konto hat er Zugriff, hat aber keine Karte. Die Karte hat er abgegeben, haben wir bei der Bank auch abgegeben. [...] Er kann nur bar abheben in der Bank, und das war auch eine Voraussetzung letztes Jahr. Damals als das Thema Trennung war. Dass er nicht jederzeit irgendwie Zugriff haben kann mit der Karte, auch nachts oder sonst wie. [...] Nur in der Bank während der Öffnungszeiten. (...) Also das kontrolliere ich immer noch, ob er was abhebt oder nicht abhebt, weil die Absprache war auch, dass er kein Geld abhebt ohne es zu sagen. [...] Also er hat sozusagen 100 Euro in der Woche zum Tanken. Ob er das jetzt wirklich dafür ausgibt oder nicht, weiß ich nicht“.

(Partnerin eines pathologischen Glücksspielers, 43 Jahre) 02020

Angehörige Alkoholabhängiger zeigten wiederum häufiger resignatives, duldendes und aufopferndes Verhalten dem IP gegenüber. Die Angehörigen pathologischer Glücksspieler zeigten insgesamt weniger Toleranz gegenüber dem Suchtverhalten.

Suchtspezifische Ressourcen und Bedarfe Angehöriger

Von beiden Angehörigengruppen wurde ein breites Spektrum an formellen und informellen Ressourcen im Umgang mit der Suchterkrankung des IP berichtet. Der Freundeskreis und die Familie stellten suchtübergreifend eine wesentliche Ressource dar. Dazu gehörte eine akzeptierende Grundhaltung, emotionale Unterstützung und konkrete Anleitung im Umgang mit problematischem Verhalten des IP. Da in beiden Teilstichproben ein Großteil der IP Partner oder Partnerinnen des PB waren, spielte Partnerschaft als Ressource eine untergeordnete Rolle. Das soziale Umfeld und die direkte Nachbarschaft wirkte bei Angehörigen pathologischer Glücksspieler weniger unterstützend. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Glücksspielsucht dem Umfeld häufig nicht bekannt war. Einige Angehörige pathologischer Glücksspieler thematisierten in den Interviews die „Unsichtbarkeit“ der Glücksspielsucht und möglicher Rückfälle. Das Geheimhalten vor Außenstehenden sei deutlich einfacher. Man könne die Sucht weder riechen noch direkt erkennen.

Freizeitgestaltung, Hobbies und der Glaube wurde von beiden Angehörigengruppen als ähnlich kraftspendend erlebt. Neben privater Unterstützung berichtete ein Großteil der Angehörigen, professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Von den 30 PB der beiden Teilstichproben, erhielten zum Zeitpunkt des Interviews bereits 24 PB professionelle Unterstützung in Form einer Selbsthilfegruppe oder Suchtberatung. Daher wurden in beiden Teilstichproben Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe kaum thematisiert. Trotz der hohen Rate der Inanspruchnahme von Hilfe, wurden vor allem von Angehörigen pathologischer Glücksspieler Unterstützungsbedarfe und Wünsche an das Hilfesystem geäußert. Die Wünsche betrafen vor allem die Bereiche Präsenz und Öffentlichkeitsarbeit von Suchthilfeeinrichtungen. Angehörige pathologischer Glücksspieler wünschten sich mehr und besser erreichbare Anlaufstellen für Angehörige und eine stärkere gesellschaftliche Aufmerksamkeit bezüglich pathologischem Glücksspiel. Teilweise wurde kritisiert, dass Glücksspiel im Vergleich zu anderen Suchterkrankungen nicht genügend Aufmerksamkeit bekäme und medial verharmlost würde.

„Was ich oftmals vermisse, ist diese Transparenz und diese Artikel in der Zeitung, wo man einfach auch mal wachgerüttelt wird über die Öffentlichkeit. Wo man einfach mehr wachgerüttelt wird über diese Gefahr. Weil, wenn ich sehe wie viele solcher Spielhallen und Spielcasinos da überall aus dem Boden sprießen, da muss ich sagen, gehört angesetzt, bei denen, die diese Dinger genehmigen. [...] Wenn man dann sieht, wo überall Geld im Hintergrund fließt, wo es in der Politik schon fließt, da muss ich sagen, wünsche ich den Politikern schon glücksspielsüchtige Familienangehörige im engsten Umfeld. Weil ich sag immer, die wissen gar nicht, was die machen. Sie wissen nicht was sie machen. Da könnte man ansetzen, da gehört eigentlich schon der Protest von den Angehörigen hin. An diese Stelle. Das ist das, was ich vermisse. An dieser Stelle Betroffene zu Wort kommen lassen, die unter solchen Situationen aufgrund von Glücksspielsucht von Familienangehörigen leiden. Mehr Protest oder wie soll ich sagen Aufmerksamkeit. [...] Weil ich finde das ein unheimliches Thema für die Zukunft. Also mein Gefühl sagt, dass das eine Lawine ist, die erst im Rollen ist“.

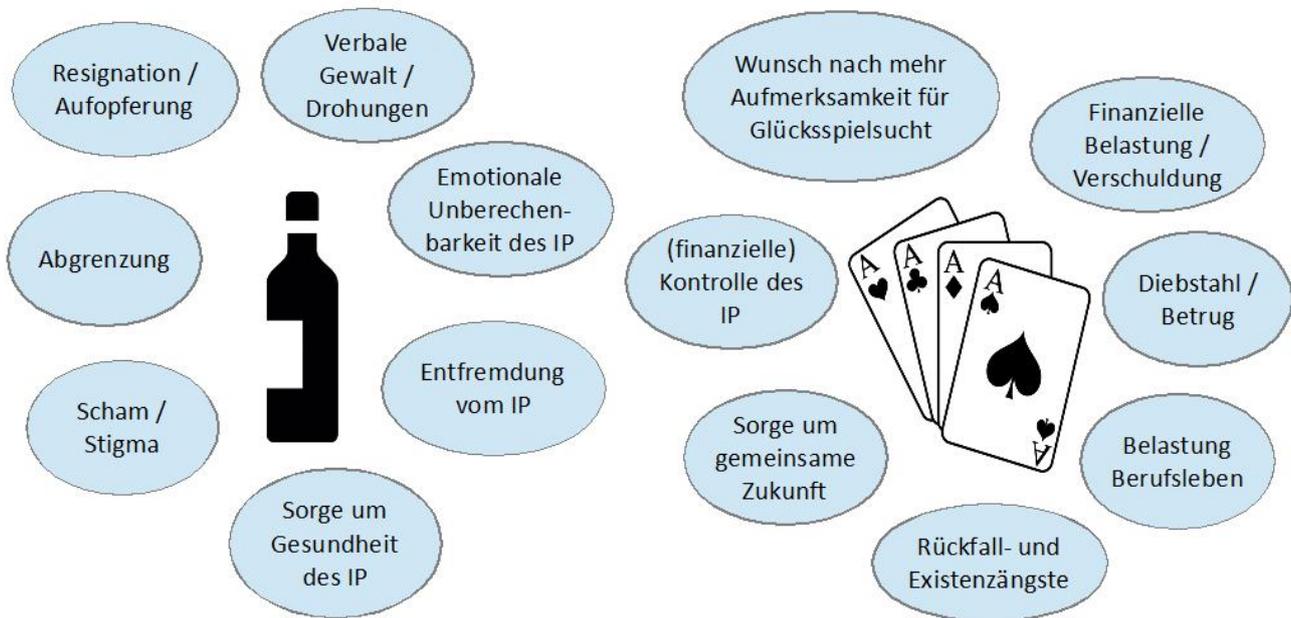


Abbildung 10: Suchtspezifische Belastungsfaktoren qualitative Interviews

Für einen detaillierten Vergleich zwischen Angehörigen Alkoholabhängiger und Angehörigen pathologischer Glücksspieler, wird auf die im Rahmen der BEPAS-Studie angefertigte Masterarbeit von Ruijl (2016) verwiesen.

4.3. Fokusgruppen

Insgesamt wurden in Lübeck drei Fokusgruppen mit Vertretern der Diakonie-Suchtberatung, des Gesundheitsamtes (Sozialpsychiatrischer Dienst, Erwachsenenhilfe, Betreuungsstelle) und der AWO-Drogenhilfe durchgeführt. An den Fokusgruppen nahmen Berater unterschiedlicher Professionen (Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte) teil, die regelmäßig mit Angehörigen arbeiten oder beruflich oft Kontakt zu Angehörigen haben. Bedingt durch diese Spezifikationen nahmen an den Fokusgruppen zwei, fünf und sechs Berater teil. Die ursprünglich anvisierte Gesamtanzahl an befragten Personen von 15 Personen wurde damit geringfügig unterschritten.

Die Interviews folgten inhaltlich fünf Leitfragen.

1. Mit welchen Angehörigen haben Sie zu tun?

Die diakonischen Suchtberater berichteten von einer sehr heterogenen Gruppe Angehöriger hinsichtlich der Beziehungsformen. Es kommen Eltern, Partner, Kinder, Geschwister, Kollegen, entferntere Verwandte, Bekannte und gelegentlich auch Arbeitgeber und Lehrer. Bei den

Suchtformen der IP überwiegt Alkohol, gefolgt von pathologischem Glücksspiel und Medienabhängigkeit, insbesondere bei der Gruppe der Eltern. Der Anteil der Frauen beträgt etwa 80-90%. Insgesamt beträgt der Anteil Angehöriger am Gesamtklientel etwa 20%.

Die Vertreter des Gesundheitsamtes berichteten ebenfalls von einer großen Bandbreite an Angehörigen Suchtkranker. Dazu gehören in der Regel Familienmitglieder, aber auch entferntere Beziehungskonstellationen. Bei den Suchtformen dominiert Alkohol. Zudem kommen Angehörige pathologischer Glücksspieler sowie Drogen- und Medikamentenabhängiger. Gelegentlich spielt auch Kaufsucht eine Rolle. Als typisches Klientel werden Partnerinnen alkoholkranker Männern und Eltern cannabiskonsumierender Kinder beschrieben. Darüber hinaus kommen erwachsene Kinder suchtkranker Eltern und Geschwister. Bei den Angehörigen jüngerer IP geht es vermehrt um Spielsucht und Drogen, bei den Angehörigen älterer IP sind Medikamente, häufig Schmerzmittel, ein Problem. Neben Freunden und Verwandten sind die Betreuer auch mit Vermietern und Nachbarn der Suchtkranken in Kontakt. Die Suchtschwere der IP variiert stark. Teilweise erscheinen Angehörige, bei denen die Suchtproblematik der IP für die Inanspruchnahme der Hilfsangebote zu schwach ausgeprägt ist. Bei anderen Angehörigen ist die Suchtproblematik der IP bereits chronifiziert. Angehörige pathologischer Glücksspieler kommen eher selten in die Beratung. Aber wenn sie erscheinen, sind sie häufig stark belastet. Alkoholprobleme treten bei vielen IP als Komorbidität auf. Bei besonders schweren Fällen ist eine Begleitung der Angehörigen seitens des Gesundheitsamtes über lange Zeiträume von bis zu zwei Jahren möglich.

Bei der Drogenhilfe steht der Konsum illegaler Substanzen (vor allem Cannabis und Opioide) im Vordergrund der Angehörigenberatung. In einigen Fällen geht es auch um Alkohol- und Glücksspielproblematik. Bei den meisten Angehörigen handelt es sich um Eltern cannabiskonsumierender Kinder, aber auch Partner kommen in die Beratung. Der Anteil an weiblichen Angehörigen überwiegt deutlich. In der Regel besteht zum Zeitpunkt der Elternberatung noch eine positive Beziehung zwischen Eltern und Kind. Häufig leben die betroffenen Kinder noch im Elternhaus. Normalerweise kommen die Eltern alleine in die Beratungsstelle. Viele der Eltern sind getrennt lebend und meist aus einer mittleren bis höheren sozialen Schicht kommend. Der Anteil an Angehörigen mit Migrationshintergrund ist gering. Unter den Drogensüchtigen hingegen sind vergleichsweise viele mit Migrationshintergrund und aus einer niedrigeren sozialen Schicht kommend. Diese Diskrepanz könnte mit Stigmatisierungsängsten bestimmter Angehörigengruppen zusammenhängen. Neben Eltern, kommen auch Partner und Partnerinnen in die Beratung. In Regel kommen bei Suchtproblemen in der Partnerschaft beide Parteien zum Erstgespräch.

2. Wann kommen die Angehörigen zu Ihnen bzw. wie lange besteht die Suchterkrankung zu diesem Zeitpunkt? Wie könnte Ihrer Meinung nach das Aufsuchen von Hilfen beschleunigt werden?

Der Zeitpunkt, an dem Angehörige Hilfe in der Suchtberatung aufsuchen, hängt stark von der Suchtform des IP ab. Die Eltern von Medienabhängigen kommen oft sehr zeitnah in die Beratung, meist maximal ein Jahr nach Beginn der Problematik. Häufig wollen Eltern zunächst abklären, ob

das Verhalten der Kinder problematisch bzw. pathologisch ist. Bei Alkohol und Glücksspiel kommen Angehörige meist erst nach mehrjähriger Abhängigkeitsgeschichte und einem langen Leidensweg. Viele Angehörige unternehmen vor der ersten Kontaktaufnahme bereits viele eigenständige Versuche, dem IP bei der Bewältigung der Suchtproblematik zu helfen.

Wesentliche Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe sind Scham, Schuld und Angst. Vor allem Eltern haben Angst, in der Erziehung versagt zu haben und kommen häufig früher in die Beratung im Vergleich zu Partner/innen. Um generell den Zugang zu verbessern und Barrieren zu überwinden, wäre eine Umbenennung von Suchtberatung in Gesundheitsberatung möglicherweise sinnvoll.

Angehörige scheinen insgesamt sehr unterschiedliche Motive zu haben eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen. Häufig sind es akute Krisen, z.B. bei Verletzungen des IP, bei finanziellen Nöten oder der Bedrohung des Arbeitsplatzes. Andere Angehörige fühlen sich der Situation nicht mehr gewachsen. Beim Glücksspiel sind die Gründe oft finanzieller Art. „Bei denen wo der Partner ein Glücksspielproblem hat, ist oft das ganze Geld mal wieder weg, dann droht es größere Konsequenzen zu haben, die Wohnung zu verlieren oder so was in der Art. Das ist oft der Auslöser glaube ich.“ Andere Angehörige haben eher Informationsbedarf und möchten wissen: „Ist er abhängig?“; „Ist das Verhalten noch normal?“.

Für einen beschleunigten Zugang der Angehörigen zum Hilfesystem werden von den Suchtberaterinnen verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen. Mehr Werbung wäre hilfreich, es bedarf einer verstärkten Präsenz von Hilfeangeboten in Zeitungsartikeln und Flyern. Durch das Auslegen von Flyern in anderen Beratungsstellen der Diakonie, beim Gesundheitsamt und in Entgiftungsstationen wäre es möglich, die Anzahl der Angehörigen in der Suchtberatung zu erhöhen. Außerdem wäre insgesamt eine verbesserte Vernetzung mit anderen Hilfeangeboten, bei denen Angehörige zu erwarten sind (z.B. Familien- und Paarberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen und Frauenberatungsstellen), sinnvoll. Auch Aufklärungs- bzw. Entstigmatisierungskampagnen analog zu HIV-Kampagnen wären hilfreich, v.a. unter Einbezug humorvoller Inhalte. Es müsse verdeutlicht werden, dass viele Menschen betroffen sind und dass Sucht in allen gesellschaftlichen Gruppen vorkommt. „Man muss von ganz unten anfangen mit mehr Aufklärung. Das Ziel wäre, wenn es nach mir ginge, dass diese Krankheit ihr Schmutz-Image verliert. Da sind sehr viele Menschen von betroffen, aber es ist immer noch sowas von peinlich, mit dieser Erkrankung rumzulaufen. Also vergleichbar mit HIV, da gab es ja lange gute Aufklärungsspots, die auch witzig waren und wo es seine Peinlichkeit und seinen Schrecken ein bisschen wenigstens verloren hat. So etwas vergleichbar mit Alkohol könnte was bringen.“ Durch eine andere Berichterstattung im Fernsehen und durch Outings von Prominenten könnten Suchterkrankungen ihr schlechtes Image verlieren. Am erfolgreichsten konnte die Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht in Zeitungsartikeln beworben werden, in denen persönliche Erfahrungen von Personen berichtet wurden, die nicht dem Cliché des „verwahrlosten Suchtkranken“ entsprechen. Dadurch können sich Angehörige mit dem Thema besser identifizieren. Vielen Angehörigen tut es sehr gut, zu hören oder zu lesen, dass Menschen aus allen Schichten betroffen sein können. Für die Angehörigen scheint die Enttabuisierung des Themas genauso wichtig zu sein wie für die Betroffenen selbst.

Vertreter des Gesundheitsamtes berichteten davon, dass Angehörige von Alkoholabhängigen meist recht spät in die Beratungsstelle kommen. Eine Ausnahme bilden Partnerinnen, die Alkoholprobleme aus ehemaligen Beziehungen oder dem Elternhaus bereits kennen. Die meisten Angehörigen kommen erst in die Beratung, nachdem sie bereits viele gescheiterte eigenständige Bewältigungsversuche hinter sich haben. Viele Partnerinnen kommen in die Alkoholberatung, wenn sie sonst nicht wissen, an wen sie sich wenden können. Für ein zeitnahes Aufsuchen von Hilfe wäre mehr öffentliche Aufklärung zum Thema Sucht und Sensibilisierung notwendig. Zudem könnte Prävention an Schulen hilfreich sein. Einige Angehörige werden von ihren behandelnden Ärzten über die Hilfsangebote des Gesundheitsamtes informiert, andere werden über Internetrecherche darauf aufmerksam. Teilweise erhalten Angehörige über die Beratungsstelle bereits proaktiv Hinweise zum Thema Sucht. Beispielsweise bekommen Eltern suchtkranker Kinder bei polizeilicher Auffälligkeit entsprechende Informationen zugesandt.

Eine wesentliche Barriere beim Aufsuchen von Hilfe ist der Anspruch Angehöriger, das Problem alleine und ohne professionelle Hilfe zu bewältigen. Dabei spielen Schuld und Versagensängste, dem Problem nicht gewappnet zu sein, eine Rolle. „Die Sorge `ich hab's nicht geschafft alleine'. Angehörige wollen ja immer bis zur Selbstaufgabe pflegen. [...] Wir haben es immer mit Angehörigen zu tun, denen das Wasser bis hier oben steht. Die mittlerweile so krank sind, dass es nicht mehr geht. Und dann kommen sie ins System. Vorher wird immer alles irgendwie nochmal abgeblockt. `ich brauch noch nicht, es geht noch'. Ich glaube man sollte an diesem Punkt ansetzen. Es ist gerade kontraproduktiv, so lange zuwarten, genau das Gegenteil von gut. Es braucht eine Umkehr der Sichtweise für Angehörige.“

Außerdem schämen sich viele Angehörige für die Schwäche und Hilfsbedürftigkeit der IP. Die Scham sei vor allem beim Thema Sucht ein Problem, aber auch im Rahmen anderer Erkrankungen (z.B. Demenz) von Relevanz, wenngleich schwächer ausgeprägt und in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. „Pflegebedürftigkeit im Alter und Demenz. Das sind Themen, die sind ja mittlerweile fast täglich im Fernsehen, im Radio, irgendwie in den Medien taucht das auf. Und ich glaube schon, dass es inzwischen so ist, ich muss mich nicht mehr schämen, einen pflegebedürftigen Angehörigen zu versorgen. Da kann ich öffentlich drüber reden. Ich kann auch sagen, mein Vater ist dement. Aber bei Sucht... also ich tue mich doch viel schwerer zu sagen, mein Mann oder meine Mutter ist alkoholabhängig, als zu sagen, mein Partner oder ein anderer Angehöriger ist dement oder körperlich pflegebedürftig.“ „Früher hat man sich für Demenz geschämt, als würde man was dafür können. Und da hat, glaube ich, eine Menge diese Aufklärungsarbeit gebracht. Und bei Sucht ist ganz klar `hat einen schwachen Willen, kann sich nicht durchsetzen, Versager und solche Geschichten'“.

In die Drogenberatung kommen angehörige Eltern häufig zu einem Zeitpunkt, an dem es Probleme in der Schule gibt, die Kinder straffällig oder anderweitig auffällig geworden sind. In der Regel kommen die Eltern nicht nur aufgrund des Drogenkonsums, meist spielen auch andere Faktoren eine Rolle. Für einige Eltern scheint ein gelegentlicher Cannabiskonsum tolerierbar zu sein, sofern die Kinder in anderen Lebensbereichen (Hobbys, soziale Aktivitäten, Schulleistungen) „funktionieren“. Die meisten Eltern kommen rechtzeitig in Beratung, noch bevor sich die Sucht manifestiert hat. Bei etwa einem Viertel der Eltern besteht zum Zeitpunkt des Erstgesprächs

bereits eine ernsthafte Drogenproblematik des Kindes. In der Regel kommen die Eltern vergleichsweise früh in die Beratung, weil sie sich vermutlich verantwortlicher fühlen für die IP, als dies in Partnerschaften der Fall ist. Für die wenigsten Eltern ist die Abgrenzung zum Kind eine Option. Bei Drogenproblemen in Partnerschaften haben die gemeinsamen Kinder häufig eine bindende Funktion und sorgen dafür, dass eine Drogenberatung in Anspruch genommen wird. In einigen Fällen wird die Beratung nur einmalig in Anspruch genommen, in anderen Fällen kann es bis zu einem Jahr dauern. Normalerweise werden die Abstände zwischen den Terminen bei länger andauernde Beratung mit der Zeit größer.

3. Was sind aus Ihrer Sicht die Bedarfe der Angehörigen? Wovon profitieren Angehörige am meisten?

Die Suchtberaterinnen der Diakonie berichteten, dass ein Großteil der Angehörigen den Wunsch nach Verhaltenshinweisen in Form von 'Patentrezepten' äußert. „Was kann ich machen, damit er aufhört? Ist es richtig, wenn ich den Alkohol wegschüttele? Ist es richtig, wenn ich ihm kein Geld gebe?“ Außerdem spielt die Unsicherheit beim Umgang mit aggressivem Verhalten des IP in den Gesprächen immer wieder eine Rolle, z.B. wenn Angehörige angebrüllt oder körperlicher Bedrohung ausgesetzt werden. Andere sorgen sich um die Gesundheit des IP und wissen nicht, wie sie mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen umgehen sollen. Andere haben Bedarf nach allgemeinen Informationen zur Sucht bzw. wollen abklären, ob eine Sucht besteht. „Ist das noch normal oder nicht?“

Für die Angehörigen ist es enorm hilfreich und entlastend, wenn ihnen zugehört und Verständnis für ihre Situation entgegengebracht wird. Vielen hilft es zu erfahren, mit dem Problem nicht allein zu sein und profitieren davon zu hören, dass andere ganz ähnliche Dinge erlebt haben. Außerdem kann es sehr hilfreich sein, Situationen durchzusprechen und den Angehörigen zu helfen, sich in die Situation des IP hineinzusetzen. Dies ermöglicht Angehörigen, eigene Grenzen realistisch wahrzunehmen.

Ein wesentlicher Wunsch der Angehörigen, die Hilfe durch das Gesundheitsamt in Anspruch nehmen, ist es, im Rahmen der Beratung Verantwortung abgeben zu können. Angehörige benötigen Informationen und Aufklärung, um zu verstehen, dass sie nicht schuld sind an der Erkrankung der IP. Viele möchten wissen, was sie tun können und dürfen im Umgang mit der Sucht. „Darf ich ihm Alkohol kaufen?“ „Darf ich ihm bei seinen Schulden helfen?“ Vor allem die hilfeschreitenden Eltern möchten Erklärungs- und Lösungsansätze. Sie leiden häufig unter starken Schuldgefühlen und benötigen eine Anlaufstelle, um ihr Gewissen zu entlasten. Hinsichtlich der Vermittlung weiterführender Hilfe sind es vor allem Eltern, die Selbsthilfeangebote annehmen. Angehörige profitieren in der Beratung sehr davon, ernst genommen zu werden, Zuspruch zu erhalten und gestärkt zu werden. Es ist wichtig, den Angehörigen selbstschützendes Verhalten naheulegen. Insgesamt gäbe es prinzipiell genug Behandlungsangebote, auf dies müssten nur verstärkt hingewiesen werden. „Das Problem ist, dass das Angebot für viele nicht erreichbar ist, weil sie diese Hürde nicht nehmen. Also ich glaube, da liegt es dran. Ich glaube nicht, dass jetzt eine neue Beratungsstelle mit neuen Konzepten etwas bringen würde, sondern vielmehr verstärkt

Informationen in den Bereichen, wo Menschen das erste Mal in Erscheinung treten. Wo das erste Mal der Hausarzt mitkriegt `irgendwie ist jetzt mein Patient verändert´. Spätestens dann muss der wissen, was es gibt. [...] Ärzte sind für uns immer die Nahtstelle, die oftmals nicht auf die Angebote, die es ausreichend gibt, hinweisen. [...] Ich glaube nicht, dass wir noch mehr und noch niedrigschwelliger brauchen. Wir sind ja eigentlich auch ein niedrigschwelliges Angebot“.

Außerdem könnten Angehörige von Internetplattformen profitieren, die kompakt zu den unterschiedlichen Suchtformen und ihren Folgen informieren. Zudem könnten anonyme Onlineangebote (Chat- und Kommunikationsmöglichkeiten) hilfreich sein.

Ähnlich wie in der Diakonie-Suchtberatung hat ein Großteil der Angehörigen, die in die AWO-Drogenberatung kommen, die Hoffnung konkrete Verhaltenstipps im Umgang mit dem IP zu erhalten. Bei dem Wunsch vieler Eltern nach allgemeingültigen Handlungsanweisungen stoßen die Berater teilweise an ihre Grenzen. Wichtig ist es den Angehörigen ihre aktuellen Verhaltensweisen widerzuspiegeln und gemeinsam zu schauen, welche Strategien funktionieren und welche nicht. Eltern profitieren in der Regel sehr davon einen gemeinsamen Umgang mit dem Kind zu entwickeln und an einem Strang zu ziehen. Ein erster Schritt besteht darin ein Ziel zu formulieren, auf das sich beide Elternteile einigen können. Um dieses Ziel zu erreichen müssen gemeinsam Schritte erarbeitet werden. Eltern in diesem Prozess zusammenzubringen, ist ein wesentlicher Faktor. Für viele Angehörige ist es außerdem wichtig ihren Fokus nicht nur auf dem Kind, sondern wieder stärker auf eigenen Bedürfnisse zu lenken. Wenn es ihnen gelingt den Rat zu mehr Selbstachtsamkeit umzusetzen, entlastet dies in der Regel sehr.

Bei den meisten Eltern sorgt außerdem allein das Zuhören bereits für eine Entlastung, da sich viele nicht trauen im Freundeskreis über die Thematik zu sprechen. Darüber hinaus profitieren einige Eltern von theoretischer Wissensvermittlung und Aufklärung zu bestimmten Substanzen. Bei Eltern, deren Kinder eine ernsthafte Sucht entwickelt haben, ist es wichtig Möglichkeiten weiterer Unterstützungsangebote zu diskutieren. Dazu gehört die Aufklärung zu ambulanten bzw. stationären Therapien und Entgiftungen. Stark belastete Eltern werden teilweise an den Elternkreis verwiesen. Einige nehmen dort den Austausch mit anderen Eltern als sehr hilfreich wahr, andere lassen sich auf diese Form der Hilfe nicht ein, weil es ihnen schwer fällt sich vor einer Gruppe zu öffnen.

4. Was erleben Sie als hilfreich in der Behandlung Angehöriger, was ist schwierig?

In der Diakonie-Suchtberatung hat man die Erfahrung gemacht, dass es für eine erfolgreiche Beratung entscheidend ist, die Angehörigen zu überzeugen sich auf die Behandlung wirklich einzulassen. Es ist schwierig, den Angehörigen zu vermitteln, dass diese ihr Verhalten ändern müssen. Sobald die Angehörigen diesen Schritt nachvollziehen können, wird die Beratung einfacher. Zu Beginn fällt es ihnen häufig schwer, sich auf eigene Bedürfnisse zu konzentrieren. „Viele, die ganz wenig bei sich sind, auch wenn man versucht, sie zu stärken. Die ganz schnell wieder beim Partner sind, auch beim Erzählen wenig beim eigenen Leid sind.“ Meist dauert es einige Sitzungen, bis die Angehörigen bei sich selbst angekommen sind. Sobald die Angehörigen akzeptieren, die Suchterkrankung nicht unmittelbar beeinflussen zu können, setzt häufig ein

Gefühl der Entlastung ein. Vor allem Eltern fällt es schwer, die Verantwortung ihren teilweise schon volljährigen Kindern zu übertragen.

Generell ist in der Suchtberatung die hohe Abbruchrate Angehöriger problematisch. Viele kommen nur für ein bis zwei Sitzungen und bleiben dann weg. Mit nur ca. einem Drittel der Angehörigen kann über die ersten Sitzungen hinaus gearbeitet werden. Gründe für den Abbruch sind häufig die Angst vor Veränderung, Verbesserungen der Suchtproblematik, enttäuschte Erwartungen, dass es keine schnellen Hilfen gibt bzw. dass das Angebot nicht den Bedürfnissen entspricht, oder wiederaufkommende Schamgefühle, die eine längerfristige Beratung verhindern. Ein vorsichtiger Umgang mit den Angehörigen wird als hilfreich empfunden. „Ganz langsam machen und vorsichtig, dass man die nicht verschreckt. Und Verständnis ausdrücken dafür, wie sich das gerade anfühlt.“ Außerdem ist es wichtig, den Angehörigen ggf. klar zu machen, dass sie mit ihrem bisherigen Verhalten die Sucht nicht haben beeinflussen können und nun eher etwas für sich selber tun sollten.

Auch die Vertreter aus dem Gesundheitsamt erlebten die Behandlung von Angehörigen, die nicht in der Lage sind, sich vom IP und der Suchtproblematik zu distanzieren, als besonders problematisch. Zudem ist es problematisch, wenn Angehörige sich nicht trauen, bestimmte Hinweise und Verhaltensabsprachen umzusetzen, weil sie die Reaktion der IP fürchten. Die Gründe dafür können die Angst vor Gewalt oder einer möglichen Trennung sein. Darüber hinaus ist die Arbeit mit Angehörigen schwierig, die ungeduldig sind und schnell sichtbare Erfolge verbuchen möchten. Ein weiteres Problem ist der Umgang mit der Frustration von Angehörigen angesichts der begrenzten Möglichkeiten, Zwangsmaßnahmen einzuleiten. „Dann hoffen die `ich ruf jetzt Freitag vormittag hier an und zum Wochenende ist der bitteschön in der Klinik, der Amtsarzt muss jetzt bitte kommen. Und dass das eben nicht geht, das ist eine Schwierigkeit. Und das erleben wir immer wieder. Auch bei einigen Angehörigen, die einfach nicht umsetzen können sich rauszunehmen, sich abzugrenzen.“

Hilfreich ist es, wenn sich Angehörige auf Psychoedukation einlassen und Infos und Literaturhinweise angenommen werden. Für Angehörige ist es wichtig, das „System Sucht zu durchschauen“, erst dann sind viele bereit, Hinweise (z.B. Empfehlungen einer Trennung) anzunehmen. Schätzungsweise die Hälfte der Angehörigen ist letztendlich bereit, eine Abgrenzung zum IP und der Sucht umzusetzen. Generell hilft es Angehörigen zu wissen, mit dem Problem nicht alleine zu sein.

Ein wichtiger Faktor für den Erfolg bei der AWO-Drogenhilfe ist die Konstellation der Gesprächsteilnehmer. Hilfreich ist es, wenn beide Elternteile und das Kind grundsätzlich bereit sind Beratung in Anspruch zu nehmen. Allerdings kann es schwierig sein mit Eltern und Kindern das Erstgespräch gemeinsam zu führen. Wenn Eltern beginnen vor ihren Kindern über sie zu sprechen, kann das zu unangenehmen Situationen der Kinder führen. Besser ist die Einbeziehung aller Parteien, aber in getrennten Gesprächen. Generell nehmen die meisten Angehörigen die geschützte, anonyme Atmosphäre der Beratung als hilfreich wahr. Schwierig wird es, wenn Eltern Handlungsempfehlungen fordern, die zu einer schnellen Genesung des Kindes führen sollen.

5. Welche weitergehenden Behandlungsangebote gibt es vor Ort für Angehörige und wie gut sind diese zugänglich? Welche Behandlungsangebote wären noch notwendig?

Als weitergehende Behandlung ist nach Einschätzung der Diakonie-Suchtberaterinnen eine regelhafte ambulante Psychotherapie sinnvoll. Dabei ist die schwere (telefonische) Erreichbarkeit und lange Wartezeiten von ca. 6 Monaten häufig problematisch. Selten werden Angehörige über die Beratungsstelle in stationäre psychosomatische Hilfen vermittelt. Als erweitertes Angebot sei Paar- oder Familienberatung sinnvoll, diese könnte auch eine niedrigschwellige Zugangsform für die IP sein. Derzeit gebe es solche Angebote allerdings kaum, und auch hier habe man immer wieder das Problem unzureichender Kapazitäten. Außerdem müssen Paartherapien in der Regel privat bezahlt werden. Insgesamt wäre ein stärkerer Fokus auf Angehörigenarbeit in der Selbsthilfe wünschenswert. Viele Gruppen beklagen allerdings, dass es schwerfällt, die Angehörigen für den Besuch von Angehörigengruppen zu gewinnen. Auch dort ist eine bedeutsame Barriere die Angst davor, erkannt zu werden. Die bisherigen Angebote vor Ort sind eher dünn gestreut.

Auch in der Arbeitswelt und an Schulen wird das Thema noch zu wenig berücksichtigt. „Wenn das Wissen enttabuisiert und gesamtgesellschaftlich anders gehandelt würde. Aufklärung und Umgang in Betrieben ist überwiegend nach wie vor schwierig. Es gibt dann zwar Suchtbeauftragte, aber eigentlich haben die nichts zu tun, denn es gibt ja keine Suchtkranken.“

„Also in Schulen könnte auch mehr getan werden, dass man früh anfängt. Ich habe das Gefühl, dass es noch auf das Engagement der Schule ankommt. Bei manchen läuft es ganz gut mit Suchtprävention, bei manchen gar nicht. Es müsste zum Standard werden. Manche wollen nur durchschleusen, schnell man ne 1½-Stunden Veranstaltung und einen Haken hinter machen. Nicht, dass sich da ernsthaft Zeit genommen wird oder ernsthaft drauf eingegangen wird, vorbereitet und nachbereitet wird. Das ist viel zu selten, dass sich Schulen da die Zeit für nehmen oder nehmen können.“

Mit Blick auf eine bessere Vernetzung des Hilfesystems wäre die Einbeziehung von Hausärzten und Sozialarbeitern sinnvoll. „Was eine Dauerbaustelle ist, ist die Verknüpfung von Akutmedizin und Suchthilfesystem. Da kommen wir nicht weiter. Die Allgemeinmedizin, die Hausärzte, die werden die Angehörigen kennen, die werden größtenteils orientiert sein über deren Leid, und trotzdem gibt es keinen Transfer zwischen diesen Systemen. Das klappt einfach nicht gut.“

Auch die Fokusgruppenteilnehmer des Gesundheitsamts haben die Erfahrung gemacht, dass für einige schwer belastete Angehörige weiterführende psychotherapeutische Angebote notwendig ist. Die Vermittlung ist oft schwierig wegen nicht ausreichender Therapieplätze und langer Wartezeiten. Insgesamt wäre eine breitgefaste Definition von Angehörigen sinnvoll, damit in der Diskussion nicht nur Familienmitglieder, sondern auch Freunde, Kollegen, Haushaltshilfen, Nachbarn und alle weiteren Personen berücksichtigt werden, die gegebenenfalls durch die Suchtproblematik belastet sind.

Die AWO-Drogenberater berichteten von einem Mangel an Anlaufstellen neben dem Elternkreis. Für andere Beziehungskonstellationen zwischen Angehörigen und IP sind die Angebote weitestgehend auf Alkohol beschränkt. Zudem scheint die Vermittlung und Integration neuer

Teilnehmer in den Elternkreis nicht immer ganz einfach zu sein, da die Gruppe aus einem festen Kern besteht und wenig Fluktuation herrscht. Die Vermittlung der Angehörigen an weitergehende psychotherapeutische Angebote ist häufig nicht mehr notwendig, weil viele der stark belasteten Angehörigen zum Zeitpunkt des Erstgesprächs bereits in Behandlung sind. Generell wären zusätzliche Qualifikationen von Suchtberatern wünschenswert, z.B. familientherapeutische Zusatzausbildungen.

4.4. Expertenworkshops

Nach Beendigung der BEPAS-Pretestphase und Auswertung der Pretestergebnisse wurden der Interviewleitfaden und die Erfahrungen aus den ersten Interviews, in einem ersten Expertenworkshop im September 2015 mit Vertretern der Selbsthilfeverbände diskutiert. Die Erfahrungswerte der anwesenden Teilnehmer deckten sich weitestgehend mit den Pretest-Ergebnissen. Der Interviewleitfaden wurde an einigen Stellen ergänzt und geringfügig modifiziert, aber enthielt alle wesentlichen Themen, um sich ein möglichst vollständiges Bild der psychosozialen Belastungs- und Bedarfssituation Angehöriger machen zu können (vgl. Kap. 2.3.2.). Nach Abschluss der Datenauswertung wurden die Projektergebnisse im Rahmen eines zweiten Expertenworkshops im Februar 2017 im BMG in Berlin präsentiert. Im Anschluss der Präsentation und Diskussion der Ergebnisse wurden im Plenum zwei übergeordnete Themen vertiefend analysiert, die von unseren Interviewpartnern als zentrale Barrieren für die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten durch Angehörige benannt wurden. Zum einen ging es unter dem Stichwort der „doppelten Stigmatisierung von Angehörigen“ um die Frage, wie sich Sucht als Erkrankung entstigmatisieren ließe und wodurch Angehörigen Schuld- und Schamgefühle genommen werden könnten. Zum anderen ging es um den Aspekt der generellen Präsenz und Attraktivität von Sucht- und Selbsthilfe. Diesbezüglich wurde der Frage nachgegangen, wie man bestehende Angebot besser publik machen könnte und wie sich angesichts des Rückgangs und der Überalterung der Mitglieder Angebote insbesondere für die jüngere Generation attraktiver gestalten ließen.

Da sich die beiden Themenfelder in vielen Bereichen überschneiden, wurden sie nicht separat diskutiert und werden an dieser Stelle auch gemeinsam behandelt. Ein wesentlicher Aspekt in der Diskussion war der der öffentlichen Wahrnehmung, bei der Sucht ein oftmals eher ausgegrenztes Thema darstellt. Diesbezüglich könnte eine stärkere Zusammenarbeit und ein gemeinsames öffentliches Auftreten der einzelnen Verbände der Suchtselbsthilfe zu einer Verbesserung der Situation beitragen. Eine „Einladungskultur“ der Verbände und Suchteinrichtungen wurde als notwendig erachtet, um Angehörige besser anzusprechen. Teilweise wurde die fehlende Attraktivität von Suchtselbsthilfe auch als ein selbstproduziertes Problem gewertet. Selbsthilfegruppen würden von jungen Menschen zu wenig wahrgenommen und könnten deren Bedürfnissen nicht ausreichend gerecht werden. Die Interessen Hilfesuchender hätten sich zudem im Laufe der Jahre verschoben. Vielen junge Menschen wollten sich nicht mehr langfristig an eine Gruppe binden, sondern bevorzugen es, kurz zu bleiben und möchten teilweise lediglich suchtspezifische Informationen erhalten. Früher seien Partnerinnen und Partner vergleichsweise stärker in die Suchtproblematik involviert gewesen und hätten einen ausgeprägteren Anspruch zu helfen aufgewiesen, auch über längere Zeit. Heute hätten Partnerschaften häufig einen anderen

Charakter und viele seien nicht mehr bereit, einen Suchtkranken über längere Zeit zu begleiten. Eine Öffnung für junge Zielgruppen und deren Bedürfnisse erscheint angesichts der Überalterung daher notwendig. Über eine Evaluierung von Selbsthilfegruppen könnten Schwächen und Stärken von Selbsthilfegruppen identifiziert werden. Nach dem „best practice“ Prinzip könnte in einer internen Analyse der Verbände geschaut werden, was gut funktionierende von weniger gut funktionierenden Gruppen unterscheidet. Prinzipiell seien Strategien erforderlich, die der Schrumpfung der Selbsthilfe entgegenwirken. Die von PB im Rahmen der BEPAS-Studie geäußerten Schnittstellenprobleme in der Versorgung wurden von den Anwesenden bestätigt. So wiesen Strukturen des Psychosozialen Hilfesystems mitunter nur geringe Kenntnisse hinsichtlich suchtspezifischer Probleme auf (z.B. Jugendämter bei suchtmittelabhängigen Minderjährigen).

Außerdem gelte es, die Wahrnehmung von Sucht als einer angeblich „selbstverschuldeten“ Erkrankung zu verändern, da diese falsche Wahrnehmung einen großen Teil zur Stigmatisierung von Sucht beigetragen hat. Generell erschien den Teilnehmern der Expertenrunde die Stigmatisierung von Sucht in den vergangenen Jahren eher zugenommen zu haben. Zur Entstigmatisierung wurde insbesondere auf die Notwendigkeit positiver Rollenmodelle hingewiesen, z.B. prominente Personen, die öffentlich von ihrer Sucht und der Überwindung der Erkrankung berichten. Es bedürfe Kampagnen mit positiven Geschichten und Gesichtern um Angehörige zu gewinnen, z.B. mit dem Verweis auf die gute Prognose bei Sucht im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen. Auch die derzeit gebräuchliche Wortwahl „Betroffene“ und „Angehörige“ sollte überdacht werden, denn betroffen von der Sucht sind letztendlich alle aus dem direkten Umfeld des Suchtkranken. Ein neues Wording könnte der Situation Angehöriger wohl möglich eher gerecht werden und sollte z.B. bei Flyern und Internetplattformen der Verbände berücksichtigt werden. Außerdem sollten Angehörige breiter definiert werden und alle Personen miteinbezogen werden, die unmittelbar mit dem Suchtkranken in Kontakt stehen.

Die Arbeit in der Selbsthilfe müsste zudem vermehrt an den Ressourcen Angehöriger und dem sozialen Umfeld anknüpfen und weniger auf die Suchterkrankung fokussiert sein. Wünsche und Bedarfe Angehöriger müssten erst einmal ernst genommen werden, auch wenn diese schwierig umzusetzen sind. Angehörige müssen dort „abgeholt“ werden wo sie aktuell stehen. Weiten Teilen der Selbsthilfe, aber auch der professionellen Suchtkrankenhilfe fehle teilweise das richtige „Werkzeug“, um den Bedürfnissen der Angehörigen gerecht zu werden. Die Arbeit mit Angehörigen könne erst dann gut funktionieren, wenn Schuld und Scham überwunden wurden. Um diese Barriere zu überwinden, benötigen Angehörige häufig zunächst einmal Informationen. Sich über Sucht zu informieren und die Erfahrung zu machen, mit der Problematik nicht allein zu sein seien wesentliche Faktoren bei der Überwindung von Stigmatisierungsängsten. Die Befunde der BEPAS-Studie könnten hierbei z.B. in Form von Informationsmaterialien als Ressource herangezogen werden, so z.B. der Befund, dass rund 10% der erwachsenen Allgemeinbevölkerung von einem suchtkranken Angehörigen berichtet. Außerdem wäre es wünschenswert, wenn sich systematische Coachings für Angehörige stärker Einzug erhalten in die Suchthilfe.

4.5. Angehörigen-Chat

Im Rahmen des Beitrages 'Alkoholismus und Co-Abhängigkeit: Die Verbündeten der Sucht' der RTL-Sendung Stern TV beantwortete BEPAS-Projektleiter Dr. Bischof Fragen der Zuschauer in einem Live-Chat. Insgesamt wurden innerhalb einer Stunde 547 Anliegen von Angehörigen zum besagten Thema geäußert.

Am häufigsten wurde Hilfestellung in Form konkreter Verhaltenshinweise erfragt. 307 Anliegen wurden dieser Kategorie zugeordnet. Viele Chat-User wollten wissen, was sie tun müssten, um den Betroffenen von einer Behandlung/Therapie zu überzeugen bzw. wie man Suchtkranke zur Krankheitseinsicht verhelfen kann. Andere baten um Hinweise, wie man Rückfälle verhindern kann und ob in bestimmten Situationen eine Trennung hilfreich sei.

„Wie bringt man einen Alkoholsüchtigen dazu, dass er einsichtig wird und selber auch einen Schritt entgegenkommt. Wir kommen uns vor, als würden wir gegen eine Wand reden, was können wir tun, dass er zu einem Arzt geht und einsichtig wird?“

„Bei meinem Mann handelt es sich nicht um Alkohol, er raucht Haschisch, manche Monate nicht und dann wieder Monate lang jeden Tag. Er sagt, es beruhige ihn, er braucht es zum Abschalten, er selbst sagt, er ist nicht süchtig, er kann jederzeit aufhören. Wenn er Probleme in seinem Job hat, raucht er mehr, oft sogar, bevor er ins Büro geht. Er hat eine gute Position in seiner Firma und ein sehr gutes Gehalt, und das schon viele Jahre. Ich möchte gerne, dass er damit aufhört, ich habe aber das Gefühl, je mehr ich ihn dazu dränge, umso schlimmer wird es. Wie soll ich mich verhalten?“

„Mein Mann macht zurzeit eine Therapie wegen seiner Alkoholsucht. Wie verhalte ich mich danach? Meine Angst ist groß vor einem Rückfall, da er große Schwierigkeiten hat, mit Problemen umzugehen und die Schuld immer versucht, anderen zuzuschieben.“

In 152 Fällen verlangten die Angehörigen nach allgemeinen Informationen zum Thema Sucht und Angehörige. Die Kategorie beinhaltete unter anderem Anfragen zu den Ursachen von Rückfällen, zu Trinkmengen des Betroffenen, zu Definition und Ursache von Alkoholismus, zum Verlauf von Suchterkrankungen, zu Literatur und Therapieformen, zum Hilfsanspruch Suchtkranker, zu Möglichkeiten der Einweisung, zu Themen Schuld und Verantwortung und zum Begriff der Co-Abhängigkeit.

„Ab welchem Konsum gilt jemand als Alkoholiker? Stimmt es, wenn ein Alkoholiker sagt, dass die Partnerin Schuld ist, dass er trinkt, weil er sich über sie aufregen musste?“

„Mein Vater ist seit paar Jahren alkoholkrank. Nach dem Tod meiner Oma ist es sehr schlimm geworden. Er braucht jeden Tag Alkohol, wenn er einen Tag mal nicht trinkt, holt er es am nächsten Tag nach. Ich finde es schrecklich, das ansehen zu müssen, zumal ich auch noch Zuhause wohne und nicht das Geld habe, auszuziehen. Natürlich ist da die

Angst, dass ihm was passieren könnte, er ist auch herzkrank. Mir wurde gesagt, dass man nichts tun kann und er eigentlich 'auf die Schnauze fallen muss', um endlich den Ernst der Lage zu verstehen. Aber dann ist es vielleicht zu spät. Kann man ihn nicht trotzdem 'einweisen'? Kann der Hausarzt das nicht?"

„Was halten Sie von Disulfiram? Mein Freund ist Quartalstrinker, bei ihm wirken die üblichen Therapien nicht, da er den Drang nach Alkohol eben nicht jeden Tag spürt. Wir sehen das Disulfiram als letzte Hoffnung, denn wir haben schon alles probiert.“

Fragen zu bestehenden Hilfs- und Coachingangeboten kamen in 72 Chat-Beiträgen zur Sprache. Die Beiträge beinhalteten unter anderem Fragen zu der Bandbreite an Unterstützungsangeboten für Angehörige, zu bestehenden Selbsthilfegruppen, zu Therapiemöglichkeiten Angehöriger, zu Hilfeangeboten für Hinterbliebene von Suchtkranken, zu Unterstützungsmöglichkeiten über das Internet und zu konkreten Coachingverfahren für Angehörige.

„Wo und wie kann man sich Hilfe als Familienmitglied holen? Wir haben leider bisher keine Hilfe aus Kliniken, wo mein Vater untergebracht wurde, erfahren. Zum Teil wurde man ohne Mitgefühl abgespeist. Es ist immer noch ein liebender Mensch, um den man sich Sorgen macht.“

„Mein Freund ist gerade in einem Entzug. Ich finde es gut, dass er das macht, aber ich habe auch Angst, dass er die Beziehung beendet. Ich befinde mich in einer Co-Abhängigkeit, das weiß ich. Die Selbsthilfegruppe, die ich seit 2 Wochen besuche, hilft mir leider nicht. Können auch Co-Abhängige eine stationäre Therapie machen? Wenn ja, wo?“

„Wo finden erwachsene Kinder von Alkoholikern Hilfe? Bin ich trotz eigener Familie ohne Sucht Co-Abhängig? Ich bin 50 und die Erinnerungen werden schlimmer!“

In 17 Chat-Beiträgen wurden Fragen gestellt, die sich auf Unterstützungsmöglichkeiten für eine Person im nahen (häufig familiären) Umfeld bezogen. Dazu gehörten Fälle, in denen ein Freund oder ein Familienmitglied Hilfe im Umgang mit der Suchterkrankung einer nahestehenden Person benötigt. Beispielsweise wurde nach Möglichkeiten des Schutzes für Kinder mit einem trinkenden Elternteil gefragt. Einige User wollten auch wissen, wie sie als Bekannte mit dem Angehörigen und Suchtkranken umgehen sollen und inwieweit sie sich einmischen dürfen in die Angelegenheiten anderer.

„Meine Mutter, 66, lässt meinen heroinsüchtigen Bruder, 31, bei sich schon 4 Jahre wohnen in der Hoffnung, dass er irgendwann eine Langzeittherapie macht. Er versucht es auch immer, macht aber nichts. Soll sie ihn rauswerfen?“

„Ich habe mich vor 10 Jahren von meinem alkoholabhängigen Mann getrennt. Meine

Kinder, besonders meine knapp 10-jährige Tochter, leiden sehr darunter, keinen Kontakt mit ihrem Vater zu haben. Auch das Jugendamt ist da gescheitert. Wenn sie ihren Vater mal zufällig treffen, sagt er immer, sie könnten jederzeit zu ihm kommen. Aber wenn sie ein Treffen ausmachen, scheitert es immer. Wie kann ich meinen Kindern helfen, damit klarzukommen?“

„Von einem Bekannten, 18 Jahre, sind beide Eltern abhängig. Ich vermute bei ihm eine Co-Abhängigkeit. Was kann ich ihm raten? Seine Eltern sehen nichts ein. Eine Verwandte geht mit einem der Elternteile manchmal sogar feiern. Wie sollte man da reagieren? Wie soll man als Bekannte eines Co-Abhängigem damit umgehen?“

Insgesamt schienen die im Chat geäußerten Anliegen weitestgehend im Einklang zu stehen mit den Bedarfen und Wünschen, die im Rahmen der vertiefenden Interviews zur Sprache kamen. Äquivalent zu den Interviews bezogen sich die meisten Anliegen darauf, Unterstützung zu erhalten, wie man sich in bestimmten Situationen als Angehörige/r richtig zu verhalten hat. Wie in den Interviews bereits deutlich wurde, schwang bei vielen die Angst mit, sich falsch gegenüber dem IP und dessen Konsum zu verhalten. Es bestand häufig der Wunsch nach konkreten, klaren Antworten auf teilweise sehr komplexe Situationen. Dabei stand oftmals der Wunsch im Vordergrund, den IP von der Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu überzeugen. Auch der richtige Umgang mit Rückfällen und das Thema Trennung und deren Folgen wurden mehrfach angesprochen. Bei vielen Anfragen ging es ebenfalls um Fragen der Verantwortung und Schuld bezüglich der Suchtentstehung des IP. Dies war in den Interviews zwar ähnlich präsent, wurde aber im Chat stärker unter dem Label der „Co-Abhängigkeit“ thematisiert. Dieser Umstand dürfte dem Titel der Sendung und dem dort ausgestrahlten Sendebeitrag geschuldet sein. Dort wurde über die Frau eines alkoholkranken Mannes berichtet, die über ihre „Co-Abhängigkeit“ berichtete. Darüber hinaus ging es im Chat vermehrt um die Frage, ab wann man von einem Konsum im pathologischen Sinne ausgehen kann und welche bestehenden Behandlungsmöglichkeit sinnvoll seien. Diese Art des Informationsbedarfes war in den Interviews weniger präsent. Ein Großteil der RA waren diesbezüglich durch ihre Erfahrungen im Suchthilfesystem besser informiert. Insgesamt schien ein Großteil der Chat-User weniger informiert, aber ähnlich stark belastet zu sein wie die RA. Im Vergleich zu den PA gab es unter den Chat-Usern weniger schwach belastete Angehörige. Da alle Chat-User sich in irgendeiner Form Hilfe wünschten und bei Selbstmeldern grundsätzlich von einer höheren Beeinträchtigung ausgegangen werden, ist dieser Umstand nicht überraschend.

Tabelle 29 Kategorisierung der Chat-Anfragen

Kategorie	Anzahl
<i>Fragen nach konkreten Verhaltenshinweisen</i>	307
<i>Fragen nach allgemeinen Informationen</i>	152
<i>Fragen zu Hilfs- und Coachingangeboten vor Ort</i>	72
<i>Fragen zu persönlichen Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige im Umfeld</i>	17
Gesamt (inkl. Mehrfachnennung)	548

5. Diskussion

Die im Projektantrag formulierten Ziele konnten mit geringfügigen Abweichungen vollständig realisiert werden. Es konnte ein Interviewschema entwickelt werden, welches im Rahmen eines Expertenworkshops partizipativ unter Einbeziehung von Betroffenen als aussagekräftig und durchführbar bewertet wurde und mit durchschnittlich 90 Minuten Dauer unter der definierten Maximalgrenze von 3 Stunden lag. Zum Abschluss der Datenerhebung konnte ein Expertenworkshop realisiert und Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung ausgesprochen werden (vgl. Kap. 4.4.). Ein auswertbarer Datensatz der GEDA-Studie lag im April 2016 vor.

Geringfügige Abweichungen ergaben sich bei der Rekrutierung der Stichprobe für das qualitative Interview. Aufgrund der Einschlusskriterien konnten trotz ursprünglicher Teilnahmebereitschaft von 62 unbehandelten Angehörigen an Stelle der 50 geplanten Interviews lediglich 34 Interviews realisiert werden. Dies wurde ausgeglichen durch höhere Rekrutierungsraten bei den Kooperationspartnern mit dem Fokus auf spezifischen Beziehungsmerkmalen und Abhängigkeitsformen, so dass die kalkulierte Fallzahl von 100 Interviews vollumfänglich realisiert werden konnte und ein differentielles Modell zu Risiko- und Resilienzfaktoren Angehöriger Suchtkranker generiert werden konnte (vgl. 5.3.).

Bezüglich der Fokusgruppe konnte in einem Fall nicht die erwünschte Gruppengröße von mindestens 5 Personen realisiert werden, da in der Beratungsstelle zum Zeitpunkt der Durchführung lediglich 2 Personen in der Angehörigenarbeit tätig waren. Insgesamt konnten jedoch wie definiert 3 Fokusgruppen mit insgesamt 13 Personen realisiert werden, so dass sich auch hier keine wesentlichen Änderungen ergaben. Somit konnten sämtliche Projektziele vollumfänglich realisiert werden.

5.1. Angehörige in der Allgemeinbevölkerung

Die Daten der GEDA-Studie erlauben erstmalig eine Einschätzung der Prävalenzen von Angehörigen Suchtkranker in der Allgemeinbevölkerung. Von der deutschen Allgemeinbevölkerung ab 15 Jahren gaben 9,5% an, einen Angehörigen mit bestehender Suchtproblematik in den vergangenen 12 Monaten gehabt zu haben, weitere 4,4% gaben an, einen Angehörigen mit länger zurückliegender Abhängigkeit zu haben. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung mit 71,3 Millionen Personen (Statistisches Bundesamt, 2016) entspricht dies etwa 6,8 Millionen Personen (95% CI 6,94-7,13) mit einer Aktualabhängigkeit und weiteren 3,1 Millionen Personen (95% CI 2,9-3,4) mit remittierter Abhängigkeit. In Übereinstimmung mit internationalen Befunden (Orford, Velleman, et al., 2010; Orford et al., 2013) berichteten Angehörige von Suchtkranken über höhere Belastung und reduzierte Ressourcen, wobei Angehörige von IP mit aktueller Symptomatik die höchste Belastung aufwiesen, gefolgt von Angehörigen von IP mit remittierter Abhängigkeit. Auch wenn die Zusammenhänge nicht kausal interpretierbar sind, legen sie doch einen Zusammenhang zwischen der Aktualität der Abhängigkeitsproblematik und der Belastungsschwere nahe und entsprechen den Ergebnissen US-amerikanischer Analysen auf Basis von Versichertendaten, nach denen die psychosoziale

Belastung von Partnerinnen alkoholabhängiger Männer nach erfolgreicher Behandlung zurückgeht (Weisner et al., 2010). Insgesamt belegen die Befunde die hohe Public Health Relevanz der Thematik.

Erwartungsgemäß stellte Alkohol die am weitest häufigsten genannte Suchtform dar, gefolgt von Cannabis und anderen illegalen Drogen. Zu beachten ist hierbei, dass die Einschätzung selbstberichtet ist, ob eine Abhängigkeit eines oder mehrerer Angehörigen vorliegt, d.h. die Zahlen basieren nicht auf einer standardisierten Diagnostik der Angehörigen. Dementsprechend spiegeln sie die Wahrnehmung der Probanden ab, die sich in Abhängigkeit von der Art der Suchterkrankung in mehr oder weniger deutlich beobachtbaren Symptomen äußern dürfte. Die Verteilung spiegelt im Vergleich der beiden Abhängigkeitsformen Alkohol/Drogen Unterschiede in den Prävalenzraten der beiden Störungen (Pabst, Kraus, de Matos, & Piontek, 2013). Auffällig war die gegenüber den geschätzten Prävalenzraten von Alkohol- und Drogenabhängigkeit deutlich geringere Nennung von Medikamentenabhängigkeit. Vermutet werden kann, dass diese Abhängigkeitsform eine größere Wahrscheinlichkeit hat, von Angehörigen zumindest über längere Phasen unentdeckt zu bleiben, insbesondere wenn die Medikamente wegen bestehender Erkrankungen der IP über einen längeren Zeitraum von einem Arzt verschrieben wurden. Dementsprechend ist bei den Befunden der GEDA-Studie von einer Unterschätzung der wahren Prävalenz auszugehen.

Die Vergleiche der unterschiedlichen Beziehungsformen und der Art der Abhängigkeit waren durch eine ausgeprägte Wechselwirkung zwischen den beiden Parameter geprägt. So ergab der Vergleich der Angehörigengruppen nach Art der Beziehung und Art der Abhängigkeit eine deutliche Häufung von drogenbezogenen Störungen (Cannabis, andere illegale Drogen), wenn es sich bei dem IP um das eigene Kind handelte. Ebenfalls gehäuft wurden drogenbezogene Probleme inkl. Cannabis von Menschen angegeben, die entweder Partner oder Kind eines Abhängigen waren. Hierbei kann vermutet werden, dass einerseits Eltern, Geschwister und andere verwandtschaftliche Beziehungen drogenbezogene Suchtprobleme stärker und eher wahrnehmen als alkoholbezogene Probleme. Andererseits können hier zusätzlich Kohorteneffekte eine Rolle spielen, da in den beiden Gruppen von einem jüngeren Alter der IP auszugehen ist, wodurch die Wahrscheinlichkeit des Konsums weiterer, auch illegaler, Substanzen erhöht ist. Epidemiologische Daten aus der Schweiz legen zudem nahe, dass drogenbezogene Probleme von Angehörigen als belastender erlebt werden, wenngleich keine Begrenzung auf den Themenbereich Abhängigkeit vorgenommen wurde (Marmet & Gmel, 2015).

Einschränkend ist anzumerken, dass die GEDA-Daten lediglich eine grobe Einschätzung spezifischer Belastungsfaktoren und Auswirkungen auf die Angehörigen erlaubt. Eine Erhebung weitergehender Charakteristika der IP oder suchtspezifische Belastungsreaktionen der Angehörigen war im Rahmen der GEDA-Studie leider nicht möglich. Allerdings war analog zu den übrigen Beziehungsarten auch in der Gruppe der Eltern und der „sonstigen Angehörigen“ Alkohol die meistgenannte Abhängigkeitsform.

5.2. Quantitative Analysen der BEPAS-Studie

Die BEPAS-Studie untersuchte international erstmalig die Generalisierbarkeit von Befunden bei

hilfesuchenden Angehörigen. Erwartungsgemäß zeigte sich, dass im Hilfesystem (inkl. Selbsthilfe) rekrutierte Angehörige im Regelfall Partner oder Eltern darstellten, während andere Beziehungsformen dort deutlich unterrepräsentiert waren. Zudem berichteten in der Selbsthilfe rekrutierte Angehörige deutlich häufiger über drogenbezogene Probleme ihrer IP. Somit stellten hilfeschende Angehörige eine besonders stark belastete Gruppe innerhalb des Spektrums der Angehörigen dar, was sich multivariat in erhöhten Werten der Family Members Assessment Skala und einer reduzierten Gesundheit (trotz signifikant höherer sozialer Unterstützung) ausdrückte. Die Befunde entsprechen Ergebnissen zu Selbstselektionseffekten bei medienrekrutierten Alkoholabhängigen (Rumpf et al., 2000). Dementsprechend können Befunde, die an Angehörigen aus dem Hilfesystem und/oder der Selbsthilfe gewonnen wurden, nicht auf die Gesamtgruppe der Angehörigen übertragen werden. Weiterhin ist aufgrund der weitergehenden quantitativen Subgruppenvergleiche in Anbetracht der in der Literatur geschilderten lediglich geringfügigen Unterschiede zwischen verschiedenen Angehörigengruppen (Orford, Natera, et al., 2005) zu vermuten, dass die Beschränkung auf hochbelastete Angehörige in Vorgängerstudien zu einem Bodeneffekt geführt haben könnte, der vorhandene Unterschiede maskiert.

So ergaben die quantitativen Analysen deutlich erhöhte Belastungen und Beeinträchtigungen bei weiblichen Angehörigen. Die Befunde sind vergleichbar denjenigen von pflegenden Angehörigen (Casado-Mejia & Ruiz-Arias, 2016; Collins & Jones, 1997) und Angehörigen mit (anderen) psychischen Erkrankungen (Sharma, Chakrabarti, & Grover, 2016). Eine mögliche Erklärung stellt hierbei die auch zur Erklärung der allgemeinen Geschlechterunterschiede bezüglich seelischer Gesundheit formulierte „cost-of-caring“-Hypothese dar, nach der psychischer Stress bei Frauen ursächlich durch stärkere affektive Involviertheit bei Ereignissen in sozialen Netzwerken bedingt ist (Taylor, 2015).

Die Analysen erlauben zudem die Generierung von Hypothesen hinsichtlich des Einflusses der Beziehung zum IP und der Art der vorliegenden Abhängigkeit, auch wenn diese Subgruppenvergleiche aufgrund des Untersuchungsdesigns explorativen Charakter haben, da die Fallzahlen keine ausreichende statistische Power erlauben und die Heterogenität der Stichprobe Gruppenvergleiche auch bei statistischer Kontrolle von Confoundern nur eingeschränkt aussagekräftig erscheinen lässt. Wie auch aufgrund der Zusammensetzung der reaktiv rekrutierten Stichprobe zu vermuten ist, sind Belastungsfaktoren besonders ausgeprägt bei Partnern und Eltern von Suchtkranken. Das weitgehende Fehlen von Unterscheidungsmerkmalen zwischen den Gruppen in der multivariaten Analyse kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass möglicherweise weitere vermittelnde Faktoren wie familiäres Bindungsverhalten von Relevanz sind, die in der vorliegenden Studie nicht erhoben wurden. Das höhere Ausmaß an Hoffnung bei Partnern von Suchtkranken kann als Indiz für eine stärkere affektive Bindung angesehen werden.

Der Zusammenhang zwischen Belastungsfaktoren und Abhängigkeitsform konnte in der vorliegenden Arbeit mittels quantitativer Analysen lediglich für singuläre Alkoholabhängigkeit, singuläre andere Abhängigkeitsformen und multiple Abhängigkeiten analysiert werden. Hier zeigten sich bis auf geringfügige soziodemographische und beziehungsbezogene Faktoren keine relevanten Unterschiede. Einschränkend ist zum einen festzuhalten, dass der Schweregrad der Abhängigkeit nicht erhoben werden konnte. Zum anderen ist auch aufgrund der qualitativen

Ergebnisse (vgl. 5.3.) zu vermuten, dass die bei reaktiv rekrutierten Stichproben faktorenanalytisch gewonnen spezifischen Messinstrumente der Arbeitsgruppe um Orford (Buchner et al., 2016) Unterschiede zwischen den Subgruppen nicht adäquat zu erfassen vermögen.

5.3. Qualitative Analysen der BEPAS-Studie

Integratives Modell zur Situation Angehöriger

Im Rahmen der qualitativen Erhebung konnte zunächst ein Interviewschema erarbeitet werden, welches mit einer durchschnittlichen Dauer von 90 Minuten gut durchführbar erschien und auch nach Durchführung eines Expertenworkshops mit Vertretern der Selbsthilfe als ausreichend für die Abdeckung aller zentralen Lebensbereiche Angehöriger Suchtkranker erachtet wurde. Insgesamt konnten in den durchgeführten Interviews 179 distinkte Kategorien identifiziert werden, von denen lediglich 22 Kategorien eine unbefriedigende Interraterreliabilität aufwiesen.

Die Kategorien weisen auf die Heterogenität der Belastungsfaktoren und Unterstützungsbedarfe hin. Das ursprüngliche Stress-Strain-Coping-Support-Modell von Orford und Kollegen (Orford, Natera, et al., 2005; Orford, Velleman, et al., 2010) konnte repliziert und erweitert werden. Die Erweiterung des Modells ist in Abbildung 11 dargestellt.

Deutlich wurde insbesondere in den qualitativen Interviews, dass Belastungsfaktoren, Ressourcen und Bedarfe komplex interagieren und dementsprechend ein vertiefendes Verständnis der Lebenswelten von Angehörigen rekursive Prozesse berücksichtigen muss.

Erwartungsgemäß berichteten fast alle Angehörigen über unmittelbare Auswirkungen der Suchtproblematik wie deutliche Beeinträchtigungen des Familienlebens, über wiederkehrenden Streit und Verlust von Vertrauen und Nähe, meist aufgrund merklicher Persönlichkeitsveränderungen infolge der Abhängigkeit oder in intoxikiertem Zustand. Allerdings waren auch indirekte Beeinträchtigungen, vor allem in Form von Sorge um den Suchtkranken ein von der Mehrheit der Angehörigen benanntes Thema. Deviantes bis kriminelles und gewalttätiges Verhalten spielte ebenfalls eine bedeutsame Rolle, jedoch nicht in dem selben Ausmaß. Finanzielle Auswirkungen zeigten deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Art der Suchtproblematik. So waren z.B. insbesondere bei pathologischem Glücksspiel die finanziellen Auswirkungen für Angehörige teilweise existenzbedrohend.

Die aus den Belastungsfaktoren resultierenden Auswirkungen werden moderiert durch die vorhandenen formellen und informellen Hilfesysteme und durch die Bewältigungsstrategien der Angehörigen, die ebenfalls miteinander vermittelt sind.

Ressourcen und Resilienzen können unterschieden werden in personale Faktoren sowie informelle und formelle Ressourcen. Die gezielte Nutzung von Ressourcen hing ab vom Ausmaß der erlebten Belastungsfaktoren und variierte stark zwischen den Angehörigen. Ein Teil der Angehörigen konnte durch aktive Copingstrategien einen Ausgleich zu der erlebten Belastung herstellen, z.B. durch Sport, positive (eigenständige) Freizeitaktivitäten, aber auch durch sinnstiftende Tätigkeiten und spirituelle Orientierung. Während das nähere soziale Umfeld bzw. Personen, von denen vermutet wird, dass sie über die Situation Bescheid wissen, oft früh um Unterstützung gebeten

werden, stellt Scham und Angst vor Stigmatisierung eine bedeutsame Barriere für die Nutzung weiterer informeller und insbesondere formeller Hilfeangebote dar. Die Notwendigkeit, externe Hilfen zu nutzen, hängt dabei auch von den Resilienzen und Ressourcen der Angehörigen ab.

Bezüglich der Bewältigungsmechanismen fiel vor allem auf, dass die meisten Angehörigen verschiedene Strategien nacheinander und z.T. auch parallel anwenden. Eine erste große Hürde stellt meist die Verunsicherung dar, ob das Suchtverhalten des IP schwerwiegend genug ist, um einen Anspruch auf Unterstützung zu haben. Fast alle Angehörigen gaben an, sowohl konfrontatives Verhalten gezeigt zu haben als auch Phasen der Resignation und Passivität gehabt zu haben. Der Zusammenhang zwischen Belastungen und Bewältigungsstrategien hing stark vom Grad der wahrgenommenen Effizienz der angewandten Strategien ab. Als besonders belastend wurden erfolglose Kontrollversuche geschildert, was im Sinne der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) als depressionsfördernde Bedingung interpretiert werden kann. Während Abgrenzungs- und Akzeptanzstrategien mit der geringsten Belastung assoziiert waren, zeigten (wirksame) Kontrollstrategien eine verringerte Belastung. Sowohl Tabuisierung als auch Aufopferung und Resignation, die oftmals nach einer Vorgeschichte erfolgloser Bewältigungsversuche auftraten, waren mit den höchsten Belastungen assoziiert. Einschränkend muss hierbei angemerkt werden, dass ein substantieller Anteil der befragten Angehörigen über Angebote der Selbsthilfe rekrutiert wurden, so dass teilweise dort vertretene Konzepte sich in den Narrativen der Befragten widerspiegeln dürften. Die Befunde stimmen überein mit der Konzeptionalisierung von Abhängigkeit als einem Prozess der Entmündigung nicht nur des Suchtkranken, sondern auch dessen sozialen Umfeldes (Orford, 2013).

Eine Neuerung der BEPAS-Studie gegenüber den Entwicklungsstudien zum Stress-Strain-Coping-Support-Modell war der Fokus auf Barrieren der Inanspruchnahme und subjektiven Unterstützungsbedarfen der Angehörigen. Unterstützungsbedarfe hingen in erster Linie von der wahrgenommenen eigenen Belastung und der erlebten Entlastungsmöglichkeiten durch Ressourcen und persönliche Resilienzfaktoren ab. Als Barrieren wurden in erster Linie Stigmatisierungsängste geäußert, insbesondere Ängste davor, für die Abhängigkeit (mit-) verantwortlich gemacht zu werden, aber auch das negative Image von Suchtkranken in der Öffentlichkeit, welche beide die (mit erhöhter Belastung assoziierte) Bewältigungsstrategie der Tabuisierung befördern. Zusätzlich wurden insbesondere in der Gruppe der unbehandelten, proaktiv rekrutierten Angehörigen auch fehlende Kenntnisse über das Behandlungssystem und Zweifel an der dort vorhandenen Kompetenz bezüglich der Situation Angehöriger geäußert. Der wahrgenommene Mangel bestehender Angebote schließlich war assoziiert mit den wahrgenommenen Barrieren der Inanspruchnahme.

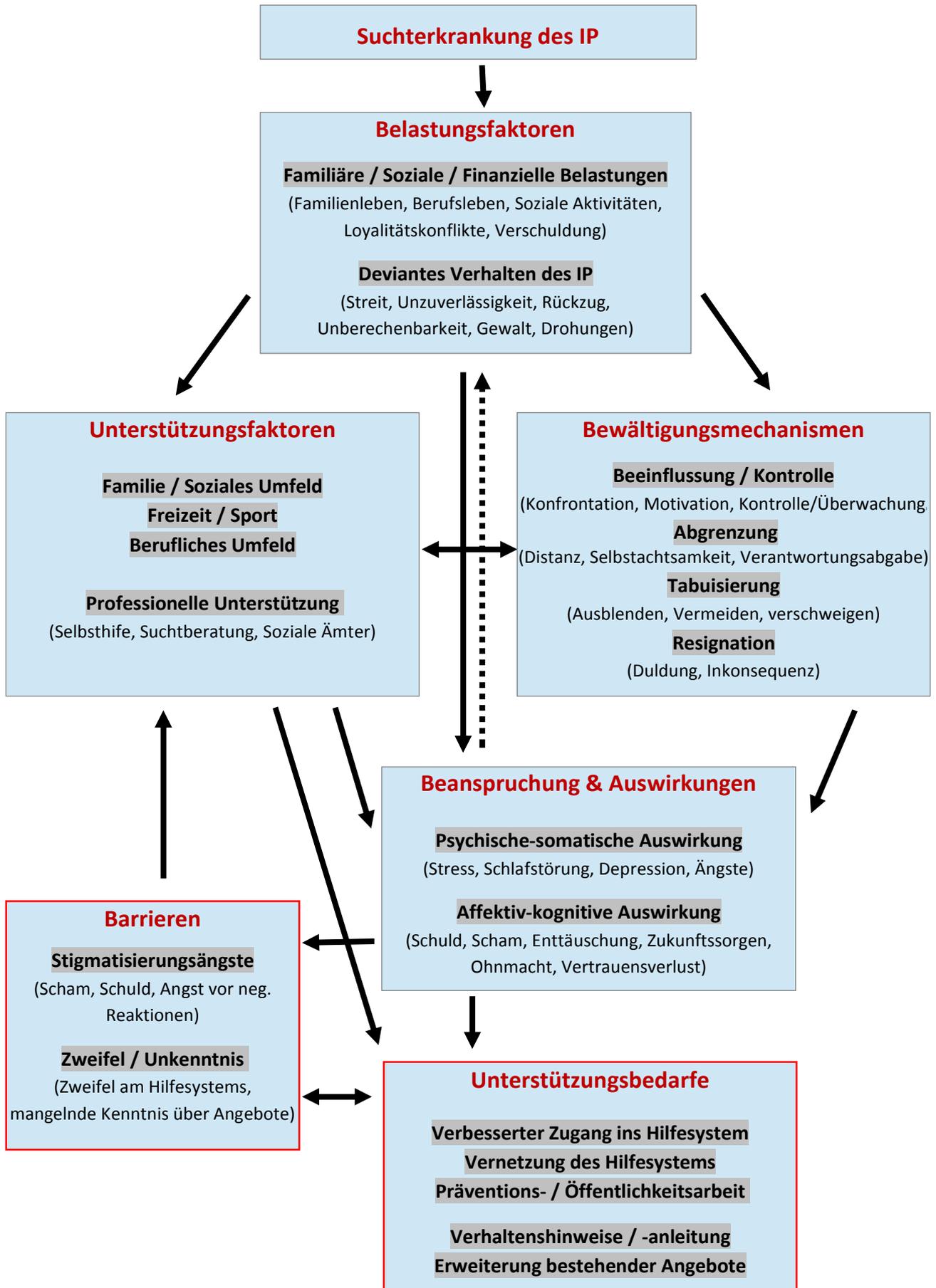


Abbildung 11: Erweiterung des Stress-Strain-Coping-Support-Modells (2010; rote Umrandungen beschreiben die Erweiterung)

Bezüglich der Hilfebedarfe ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen den im Rahmen der BEPAS-Studie interviewten Angehörigen und den befragten Vertretern der Suchthilfe. Hinsichtlich fehlender Kenntnisse über Hilfeangebote, aber auch zur Prävention der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen wurde mehr Öffentlichkeitsarbeit gewünscht, von der zugleich auch eine Entstigmatisierung erwartet wurde. Interessanterweise wurde Aufklärungsarbeit besonders häufig auch von Vertretern des Suchthilfesystems als zentrale Notwendigkeit benannt. Deutlich unterschieden sich die Angaben der betroffenen Angehörigen und der Vertreter des Hilfesystems bezüglich struktureller Änderungswünsche. Während beide Seiten eine bessere strukturübergreifende Vernetzung von Hilfeangeboten wünschten, die auch eine bessere suchtspezifische Qualifizierung von Beschäftigten anderer Hilfesysteme wie Jugend- und Familienberatungsstellen beinhalten sollte, wünschten sich insbesondere unbehandelte Angehörige ein stärkeres Coaching mit Blick auf alltagsnahe Strategien zum Umgang mit der Suchtproblematik im Sinne einer Erweiterung bestehender Angebote. Die Relevanz des Wunsches nach praktischen Verhaltensregeln wird auch ersichtlich durch die im Rahmen des Angehörigen-Chats vorgebrachten Anliegen.

Einschränkend ist bezüglich der qualitativen Interviews anzumerken, dass die Ergebnisse nicht auf die Gesamtgruppe der Angehörigen übertragbar sind. Aufgrund des hohen Anteils Vorbehandelter sind zudem keine differentiellen Aussagen zu den Bedarfen unbehandelter Angehöriger nach Abhängigkeitsform oder Beziehungsstatus möglich. Zukünftige Forschung sollte demnach die Integration geeigneter spezifischer Erhebungsinstrumente zu Angehörigenstatus und Abhängigkeitsart in epidemiologische Studien anstreben. Dabei wäre eine genauere Spezifikation der Abhängigkeitsschwere und etwaiger psychischer Komorbiditäten des IP sowie spezifischere Erhebungsinstrumente zur Bedeutung der Beziehung für den Angehörigen anstrebenswert.

Implikationen für Suchtkrankenhilfe

Ziel der BEPAS Studie war es, erstmals Unterstützungsbedarfe von Angehörigen Suchtkranker zu erfassen, um daraus Ableitungen für die Versorgung von Angehörigen zu generieren. Langfristiges Ziel ist hierbei der Abbau von Barrieren ins Hilfesystem, eine verbesserte Inanspruchnahme und eine Erhöhung der Behandlungsbereitschaft. Im Sinne eines Public Health Ansatzes kann dies dazu beitragen, Belastungen für Angehörige Suchtkranker zu reduzieren und stressbedingte Gesundheitskosten für Angehörige zu senken. Neben den Daten der qualitativen Interviews wurden Ergebnisse von Fokusgruppen mit in der Versorgung tätigen Beratern und Protokolle eines Angehörigen-Chats herangezogen. Der Angehörigen-Chat repräsentiert dabei eine akut hilfebedürftige Gruppe von Angehörigen. Insgesamt ergab sich eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den unterschiedlichen Datenquellen. Weiterhin wurden Implikationen mit Schwerpunkt auf die Selbsthilfe bei dem abschließenden Expertenworkshop (vgl. Kap. 4.4.) diskutiert.

Fast zwei Drittel der im qualitativen Interview befragten Angehörigen hatten bereits Kontakt zum Hilfesystem gehabt, insbesondere zur Selbsthilfe. Diese Kontakte wurden als sehr hilfreich angesehen in der Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik. Professionelle Hilfe hingegen wurde demgegenüber eher selten in Anspruch genommen: nur ein Drittel der Befragten hatte eine

Suchtberatungsstelle aufgesucht, weniger als 20% hatten therapeutische Hilfe beansprucht.

Gründe für die trotz des hohen Bedarfs geringe Inanspruchnahme liegen in generell mit Suchterkrankungen assoziierten Themen wie Stigmatisierungsängsten und Unkenntnis der vorhandenen Angebote. Nicht selten war den Angehörigen nicht bewusst, dass es Hilfeangebote für sie gibt. Eine weitere Erschwernis stellt die Erreichbarkeit von Hilfestellen dar.

Um der Unkenntnis vieler Angehöriger entgegenzuwirken ist es notwendig, neben einer stärkeren medialen Thematisierung mehr leicht zugängliche Informationsangebote über das Thema bereitzustellen. Hier wurde insbesondere der Bedarf nach Akutanlaufstellen geäußert und verbesserten Online-Hilfen, die Informationen über das Thema und Beratungsoptionen bereitstellen. Derzeit gibt es wenige onlinebasierte Hilfeangebote. Bislang stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zwar Infomaterialien zum kostenlosen Download zur Verfügung, eine zentralere Thematisierung des Themas Angehörige von Suchtkranken auf der Homepage der BZgA könnte jedoch eine hilfreiche Strategie sein, stärker auf das Thema aufmerksam zu machen und Hilfen und Informationen bereitzustellen.

Nach wie vor sind viele Angehörige unsicher, ob ihnen überhaupt Hilfe zusteht. Hier wurde in den vertiefenden Interviews und den Fokusgruppen vor allem mehr Medienpräsenz der Themen Suchterkrankung und Belastungen Angehöriger gefordert. Dies kann einerseits dazu dienen, ein öffentliches Bewusstsein für Suchterkrankungen und den damit einhergehenden Konsequenzen nicht nur für den Suchtkranken, sondern auch für dessen Umfeld zu schaffen, andererseits dazu beitragen, Stigmatisierung und Selbststigmatisierung entgegenzuarbeiten. Viele Angehörige äußerten, dass sie sich für die Erkrankung ihres IP schämten und fürchteten, für die Suchterkrankung verantwortlich zu sein oder verantwortlich gemacht zu werden. Von den Beratern wurde zudem angemerkt, dass Schuldgefühle und Versagensängste zu dem Anspruch bei Angehörigen beitragen, das Problem alleine bewältigen zu müssen, was eine weitere bedeutsame Barriere für eine rechtzeitige Inanspruchnahme des Suchthilfesystems darstellt. Eine stärkere gesellschaftliche Auseinandersetzung und eine Enttabuisierung des Themas Sucht sowohl in Hinblick auf Suchtkranke als auch auf deren soziales Umfeld könnte Angehörige entlasten und zu einer höheren Behandlungsbereitschaft führen. Von Beratern wurde in diesem Zusammenhang auf Erfahrungen mit Entstigmatisierungskampagnen bei anderen psychischen Erkrankungen hingewiesen. Im Expertenworkshop wurde zudem auf die Notwendigkeit positiver Rollenmodelle in der Öffentlichkeitsarbeit, also z.B. prominenter Personen mit überwundener Abhängigkeit hingewiesen. Weiterhin sollten Öffentlichkeitskampagnen auf die vergleichsweise gute Prognose von Suchterkrankungen gegenüber anderen chronischen Erkrankungen hinweisen. Eine weitere Möglichkeit, Stigmatisierung zu begegnen und Barrieren der Inanspruchnahme zu minimieren, lag in den Augen der Angehörigen und Berater auch in der Förderung weiterer niedrigschwelliger Angebote. Viele Angehörige betrachteten es als unlösbare Aufgabe, ihren IP zur Inanspruchnahme von Hilfe zu bewegen. Die negative Konnotation des Begriffs „Sucht“ in der Namensgebung vieler Anlaufstellen sei abschreckend sowohl für den IP als auch für Angehörige. Ein leichter Zugang insbesondere für Jugendliche könnte in einer stärkeren Vernetzung von Jugendeinrichtungen mit der Suchthilfe, mit speziell geschulten Sozialarbeitern und Streetworkern bestehen, die einen leichteren und ungezwungeneren Zugang zu den Betroffenen ermöglichen könnten als es die

offiziellen Stellen der Suchthilfe zu erreichen vermögen. Insbesondere von Beratern und den Teilnehmern des Expertenworkshops wurde eine stärkere Vernetzung mit anderen Hilfeeinrichtungen, bei denen Angehörige Suchtkranker zu erwarten sind, als notwendig erachtet. Ein Vorschlag zur Optimierung des Hilfesystems war eine engmaschige Vernetzung zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, Behörden, Beratungsstellen, Schule und weiteren Trägern von Hilfeangeboten wie der Jugend- und Familienhilfe. Der Hausarzt ist die erste Ansprechperson für gesundheitliche Probleme in der Allgemeinbevölkerung. Hier bedarf es einer Schärfung der Wahrnehmung für Belastungen von Angehörigen und vermehrter Schulungen. Die allgemeinärztliche Versorgung kann hier als Schnittstelle zwischen den verschiedenen Einrichtungen der Suchthilfe wie auch der Behörden sowohl für den Suchtkranken selbst als auch für dessen Angehörige fungieren. Eine enge Vernetzung zwischen Hausärzten und Suchtberatungsstellen kann dazu beitragen, dass Angehörige sich besser aufgefangen und sich in ihrer Verantwortung entlastet fühlen. Insbesondere auch im schulischen Bereich erscheint eine enge Zusammenarbeit zwischen Lehrern, Eltern und Suchthilfe angemessen und sollte durch Fortbildungen und Schulungen des Lehrkörpers gefördert und ausgebaut werden. Von anderen Hilfeangeboten wie z.B. der Jugendhilfe wurde ebenfalls eine bessere Vernetzung und Qualifizierung der Mitarbeiter gewünscht. Wichtig war den Angehörigen auch, eine feste Ansprech- und Vertrauensperson im Suchthilfesystem zu haben, um bei Akutsituationen nicht immer wieder neu den Sachverhalt erläutern zu müssen. Unter Realbedingungen in der Suchthilfe scheint dies schwer umsetzbar zu sein, lässt sich aber durch intensiven fallbezogenen Austausch in Team- und Supervisionssitzungen zumindest teilweise durchführen.

Im schulischen Bereich wurden mehr Präventionsmaßnahmen und Aufklärungskampagnen eingefordert. Hier ging es vor allem um proaktive Informationsvermittlung, die sich nicht auf einmalige Infoveranstaltungen beschränken sollten, wie derzeit praktiziert. Stattdessen wurden Familienschulungen in enger Kooperation mit den Eltern eingefordert. Auch in diesem Rahmen scheint eine engere Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und schulischer Prävention angebracht, um einerseits Kinder und Jugendliche und deren Eltern auf die Gefahren von riskantem Suchtmittelkonsum hinzuweisen und andererseits die Schule als primären Lebensort von Kindern und Jugendlichen in die Versorgung von drogenkonsumierenden Kindern und deren Angehörige zu integrieren. Dies gilt in ähnlichem Maße für betriebliche Suchthilfe: auch hier wären bessere Vernetzung, gezielte Schulung und Aufbau von Strukturen sowohl für Suchtkranke als auch für Angehörige von Suchtkranken angemessen, um einerseits die Entlastung von Angehörigen, andererseits Entstigmatisierung und Behandlungsbereitschaft zu fördern.

Die Angehörigen äußerten einen hohen Bedarf an mehr Präsenz von Suchthilfeeinrichtungen und -beratungsstellen, insbesondere in eher ländlichen Gebieten, wo Anlaufstellen seltener vertreten sind, sodass die Inanspruchnahme durch lange Anfahrtszeiten erschwert ist. Außerdem wurde ein Mangel an arbeitnehmerfreundlichen Öffnungszeiten sowie die niedrige Frequenz von Selbsthilfetreffen beklagt. Weiterhin waren aus Sicht der Berater und der Angehörigen lange Wartezeiten auf Psychotherapieplätze ein Versorgungsdefizit, das dazu führte, dass sich viele Angehörige vom Hilfesystem allein gelassen fühlten. Eine Lösung dieser Defizite im Hilfesystem sahen die Befragten durch die Einrichtung spezialisierter telefonischer Hilfen, die insbesondere bei

akuten Notfällen und dementsprechend erhöhtem Beratungsbedarf kontaktiert würden. Von Beratern wurde weiterhin angeführt, dass eine Verbreiterung von spezifisch auf Angehörige ausgerichtete Selbsthilfegruppen wünschenswert ist. In den vertiefenden Interviews fehlten entsprechende Verbesserungsoptionen hinsichtlich der Selbsthilfe, wahrscheinlich da die meisten Probanden aus diesem Kreis rekrutiert wurden. Im Rahmen des Expertenworkshops wurde zudem auf Defizite der Außendarstellung angehörigorientierter Suchtselbsthilfe hingewiesen. So fehlen bislang Hinweise im Sinne von „best-practice“-Modellen darauf, welche Merkmale Selbsthilfegruppen mit guter Einbindung von Angehörigen von denjenigen Selbsthilfegruppen unterscheiden, die keine Angehörigen einzubinden vermögen.

Weiterhin besteht ein großer Bedarf der Angehörigen an Beratung bezüglich Hilfen für multimorbide Suchtkranke, entweder mit Abhängigkeit von mehreren Suchtmitteln oder mit komorbiden weiteren psychischen Erkrankungen (beispielsweise Psychosen). Die oftmals eher einseitige Ausrichtung von Hilfestellen für Alkoholabhängige oder Konsumenten illegaler Drogen hinterlässt die Angehörigen hilflos, welche Anlaufstellen für ihren Suchtkranken die „richtige“ ist. Dieser Unkenntnis und der damit einhergehenden Überforderung kann einerseits durch einen besseren Informationsfluss in Beratungsstellen begegnet werden, der den Weg zur individuell passgenauen Hilfe ebnet, andererseits durch Schulung der Fachkräfte hinsichtlich des Auftretens komorbider psychischer und suchtbbezogener Erkrankungen.

Hinsichtlich der Behandlungserwartungen wurde sowohl in den vertiefenden Interviews als auch in den Fokusgruppen und dem Angehörigen-Chat deutlich, dass das primäre Interesse hilfeschender Angehöriger in der Vermittlung konkreter Bewältigungsstrategien für alltägliche suchtasoziierte Verhaltensweisen und Probleme bestand. Zudem wurde in den qualitativen Interviews deutlich, dass die Effektivität von Bewältigungsstrategien in Abhängigkeit insbesondere von der Person des IP und der Beziehungskonstellation stark variierte, so dass „Pauschalrezepte“ wie die Empfehlung, sich abzugrenzen als ungeeignet betrachtet wurden. Dementsprechend wurde von den Studienteilnehmern und auch im Expertenworkshop gefordert, dass Fachkräfte individueller auf die Bedürfnisse der Angehörigen eingehen sollten. Neben konkreten Verhaltenshinweisen, wie mit der Suchterkrankung des IP umzugehen sei, war dies einer der wichtigsten Bedarfe der Teilnehmenden. Eine realistische Klärung der Möglichkeiten und Grenzen von Hilfeangeboten erscheint dabei zentral, da die von einigen Angehörigen vorgebrachten Wünsche nach Einleitung von Zwangsmaßnahmen gegen die IP rechtlich nicht möglich (und ethisch problematisch) sind. Die Berater wiederum schilderten entsprechende Wünsche als häufig wiederkehrende Schwierigkeit hinsichtlich der Herstellung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung. Hilfreich wurde in diesem Zusammenhang die Fokussierung auf empathisches Zuhören erlebt, die zu einer Entlastung der Angehörigen beiträgt. Dementsprechend ist eine intensive Schulung von Beratern, Ärzten, Therapeuten und anderen Vertretern der Suchthilfe im Umgang mit Angehörigen von Suchtkranken dringend erforderlich. Auf die individuellen Bedürfnisse eingehend und in internationalen Studien als wirksam erwiesen hat sich für Angehörige nicht behandlungsbereiter IP das Community Reinforcement and Family Training CRAFT (Bischof, Iwen, Freyer-Adam, & Rumpf, 2016; Hendrik G. Roozen, de Waart, & van der Kroft, 2010; Smith & Meyers, 2009), das einerseits auf Strategien fokussiert, das Wohlbefinden der Angehörigen zu

erhöhen, andererseits Handlungspläne involviert, wie mit dem IP umgegangen und der Suchtkranke zur Inanspruchnahme professioneller Hilfen bewegt werden kann. Erste Erfahrungsberichte bei der Implementierung von CRAFT in der Versorgung legen nahe, dass die Erreichbarkeit und die Behandlungssadhärenz von Angehörigen durch CRAFT-basierte Angebote verbessert werden kann (Köster-Sommer & Pörtl-Knüppel, in press). Ein weiterer Ansatz, der individuell auf die Bedürfnisse von Angehörigen Suchtkranker unabhängig von deren Behandlungsbereitschaft eingeht, ist die 5-Step Methode (A. Copello et al., 2009; A. G. Copello, Templeton, Orford, & Velleman, 2010), die auf dem Stress-Strain-Coping Modell von Orford et al. (2010) basiert, das Grundlage der BEPAS-Studie war. Auch die 5-Step Methode ist - wie auch der CRAFT Ansatz - nicht-wertend und fokussiert auf das Erarbeiten von Copingstrategien. Weiterhin existieren eine Reihe evidenzbasierter Behandlungsansätze für Angehörige von IP, die sich bereits in Therapie befinden, darunter spezifische suchtbezogene Paartherapien (William Fals-Stewart, O'Farrell, & Birchler, 2004; W. Fals-Stewart, O'Farrell, & Birchler, 2003), Multidimensionale Familientherapie (Liddle, Dakof, Turner, Henderson, & Greenbaum, 2008; Liddle, Rowe, Dakof, Henderson, & Greenbaum, 2009; Spohr, Gantner, Bobbink, & Liddle, 2011) und der Community Reinforcement Approach CRA (M. D. Godley et al., 2017; S. H. Godley et al., 2014; Meyers, Roozen, & Smith, 2011; H. G. Roozen et al., 2004). Leider sind evidenzbasierte Angebote für Angehörige Suchtkranker in der deutschen Suchthilfe bislang nur unbefriedigend implementiert. Nicht zuletzt wurden verhältnispräventive Maßnahmen benannt, die von Seiten des Staates eine starke Einschränkung von Werbe- und Konsummöglichkeiten, Öffnungszeiten (beispielsweise von Spielhallen), Zugangskontrollen für Jugendliche und preispolitische Entscheidungen fordern.

6. Gender Mainstreaming Aspekte

In Anbetracht der Überrepräsentation von Frauen in Studien zu Belastungsfaktoren Angehöriger wurde eine Überrekrutierung von Männern angestrebt. Dies konnte erfolgreich umgesetzt werden für die Gruppe Eltern drogenabhängiger Kinder. Weiterhin fand sich im Rahmen der proaktiven Rekrutierung von Angehöriger in der primärmedizinischen Versorgung ein relativ ausgewogenes Geschlechterverhältnis. Bereits in den quantitativen Analysen ergaben sich Hinweise auf eine deutlich erhöhte Belastung bei Frauen, die vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Stressoren interpretiert werden können (vgl. Kap. 5.2.). Bezüglich der über die Selbsthilfe rekrutierten Angehörigen wurde die Anfrage nach Überrepräsentation von Männern wiederholt an die Kooperationspartner herangetragen. Aufgrund der vergleichsweise hohen Anzahl an Vätern konnten in der Teilstichprobe der Eltern suchtkranker Kinder Unterschiede zwischen Müttern und Vätern genauer untersucht werden. Die Auswertung der Interviews gibt Hinweise auf genderspezifische Belastungen und Copingstrategien sowie genderspezifische Barrieren und Unterstützungsbedarfe. In den Veröffentlichungen und Verbreitungen der Projektergebnisse werden diese Genderaspekte berücksichtigt werden.

7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Projektergebnisse werden über verschiedene Medien für unterschiedliche Zielgruppen gestreut. Die bereits erfolgten bzw. eingereichten Publikationen sind in Kapitel 9 aufgelistet. Die Ergebnisse der Studie in Form des Berichts und der in dem Zusammenhang entstandenen Masterarbeiten sind verfügbar auf der Internetseite der Forschungsgruppe S:TEP an der Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie: <http://www.uksh.de/psychiatrie-luebeck/Forschung/AG+Sucht+I+Substanzbezogene+und+verwandte+Störungen-p-502.html>. Die Ergebnisse werden auf Kongressen dargestellt, u.a. dem Deutschen Suchtkongress 2017.

Die Ergebnisse des Projekts sollen in einem Memorandum zusammengefasst werden, welches die Ergebnisse kompakt wiedergibt und Empfehlungen zur Verbesserung der Situation der Angehörigen postuliert. Das Memorandum wird den Suchtfachgesellschaften (DSG, dg sps, DG-Sucht und DGSAS) zur Konsentierung vorgelegt und anschließend breit veröffentlicht. Dabei wird eine Zusammenarbeit mit den Arbeitsgruppen zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung (Lübecker Zukunftswerkstatt; http://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/aktuelles/Lübecker_Memorandum.pdf) und der Arbeitsgruppe zur Stigmatisierung von Suchterkrankungen (http://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/aktuelles/Lübecker_Memorandum.pdf) hergestellt.

Beiträge vor Fach- und Laienpublikum:

Vorträge

Berndt, J., Bischof, A., Rumpf H.J., Bischof, G. (2016) Belastungen und Perspektiven unbehandelter Angehöriger Suchtkranker (BEPAS) Berlin: Deutscher Suchtkongress, 05.-07.09.2016

Berndt, J., Bischof, A., Rumpf H.J., Bischof, G. (2015) Das Modellprojekt Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker: ein multi-modaler Ansatz (BEPAS) Hamburg: Deutscher Suchtkongress, 16.-18.09.2015

Bischof, G., Bous, H. (2017) Angehörige stärken durch Selbsthilfe? 12. Sucht-Selbsthilfekonzferenz der DHS, Erkner, 21.-23.04.

Bischof, G. (2017) „Belastungen bei Angehörigen suchtkranker Menschen“. Frankfurt: Jahreskonferenz der Selbsthilfeverbände in der HLS „Angehörige von Suchtkranken: Vergessen, Überfordert, Stigmatisiert. 11.02.

Bischof, G. (2016) „Auswirkungen von Suchterkrankungen auf das soziale Umfeld“. Berlin: 9. Deutscher Suchtkongress, 05.-07.09.2016

Bischof, G. (2016). „Angehörigenarbeit bei nicht behandlungsbereiten Suchtkranken: das Community Reinforcement and Family Training CRAFT“. Neubrandenburg: Winterseminar des Neubrandenburger Suchthilfezentrums, 19.02.

Bischof, G. (2015). Der Rückfall und die Anderen: Betroffene und ihr soziales Umfeld. 55. Fachkonferenz der DHS, „Rückfälle“ in Münster, 13.10.

Bischof, G., Iwen, J., Bischof, A., Freyer-Adam, J., Rumpf, H.J. (2015). Welche Angehörige vermitteln ihre behandlungsunwilligen Alkoholabhängigen in suchtspezifische Hilfen – Ergebnisse einer Evaluation des „Community Reinforcement And Family Training“-Ansatzes (CRAFT). Hamburg: Deutscher Suchtkongress, 16.-18.09.

Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., Rumpf, H.J. (2015). Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for treatment-resistant individuals with alcohol use disorders: a randomized controlled trial. Odense: 13th International Conference on Treatment of Addictive Behaviors ICTAB 01.-04.06.2015

8. Verwertung der Projektergebnisse

Da es sich bei der BEPAS-Studie um ein wissenschaftliches Projekt ohne eigenständigen klinischen Arm handelte, besteht der Transfer maßgeblich in der Sensibilisierung der Öffentlichkeit und insbesondere der in der Suchthilfe und anderen psychosozialen Arbeitsfeldern tätigen Praktiker. Die Ergebnisse des Projekts werden der Fachöffentlichkeit sowie Betroffenen kontinuierlich in Form von Vorträgen und Publikationen vorgestellt. Auf dem Deutschen Suchtkongress 2015 und 2016 wurde unter Federführung des Projektleiters ein eigenes Symposium zum Thema Angehörige Suchtkranker eingereicht, in dem u.a. auch Ergebnisse des laufenden Projekts berichtet wurden. Für den Deutschen Suchtkongress 2017 wurde gemeinsam mit Jim Orford ein Symposium des Addiction and the Family International Networks AFINet eingereicht, bei dem ebenfalls Ergebnisse des BEPAS-Projektes vorgestellt wurden. Einen Überblick zu erfolgten Publikationen findet sich in Kapitel 9. Der Transfer in die Selbsthilfe erfolgte im Rahmen der Expertenworkshops, indem Projektergebnisse Multiplikatoren der kooperierenden Selbsthilfeverbände präsentiert und gemeinsam Implementierungen für die Praxis diskutiert wurden. Die Vorstellung von Ergebnissen wird sukzessive fortgeführt; so werden 2017 Projektergebnisse in Schwerpunktheften zum Thema Angehörige und Soziales Umfeld der Zeitschriften Sucht und Suchttherapie publiziert. Projektergebnisse zu „Sucht und Angehörige im Hilfeprozess“ werden auf der DHS-Fachtagung 2017 vorgestellt, die vom 09.-11.10.2017 in Essen stattfinden wird.

Weiterhin finden Befunde der Studie Eingang in Schulungsmaßnahmen zu angehörigensbasierten Interventionen für haupt- und ehrenamtlich Beschäftigte der Suchtkrankenhilfe und der Selbsthilfeverbände. Seit Beginn der Studie wurden hierbei Schulungen für Multiplikatoren der Guttempler und des BVEK durchgeführt, eine Schulung für Multiplikatoren des Kreuzbundes Mainz

ist für den Sommer 2017 terminiert. Im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2016 wurde zudem ein Artikel zu dem Projekt für die breite Öffentlichkeit publiziert.

Wünschenswert erscheint in Anbetracht des enormen Public-Health Impacts der Thematik zudem die strukturelle Sicherstellung angemessener Versorgungsangebote. Zum derzeitigen Stand ist die Finanzierung von Behandlungsangeboten für Angehörige, ohne dass eine psychische Komorbidität diagnostizierbar vorliegt, noch nicht flächendeckend sichergestellt und weitgehend abhängig von der Ausstattung lokaler Träger. Es wäre zu prüfen, ob beispielsweise eine Finanzierung entsprechender Angebote im Rahmen des 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes umgesetzt werden kann.

Die Ergebnisse belegen die Public Health Relevanz der Thematik und bieten Anknüpfungspunkte für weitere Forschungsansätze, insbesondere in Hinblick auf Entstigmatisierungsaktivitäten, weitergehenden bevölkerungsbasierten Studien zu differentiellen Bedarfen von Angehörigen und struktureller Aspekten von Hilfeangeboten.

9. Publikationsverzeichnis

Publikationen in Zeitschriften

Bischof, G. (2016) Rolle der Partnerschaft bei Rückfällen. Suchtmagazin, 42, 1, 19-22.

Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J. & Rumpf, H.-J. (2016) Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for Concerned Significant Others of treatment-refusing individuals with alcohol use disorders: A randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence, 163, 179-185.

Abstracts

Berndt, J., Bischof, A., Rumpf, H.J., Bischof, G. (2015). Das Modellprojekt Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker: ein multi-modaler Ansatz (BEPAS). Suchttherapie, 16, Suppl 1, S 37.

Bischof, G., Iwen, J., Bischof, A., Freyer-Adam, J., Rumpf, H.J. (2015). Welche Angehörige vermitteln ihre behandlungsunwilligen Alkoholabhängige in suchtspezifische Hilfen – Ergebnisse einer Evaluation des “Community Reinforcement And Family Training“-Ansatzes (CRAFT). Suchttherapie, 16, Suppl 1, S 36.

Abschlussarbeiten

Poels, V. (2016). *Belastungen und Perspektiven von Müttern und Vätern Suchtkranker. ein mixed-method Ansatz*. Masterarbeit. Psychologie. Universität zu Lübeck. Lübeck.

Ruijl, A. (2016). *Belastungen und Perspektiven von Angehörigen Alkoholabhängiger im Vergleich zu Angehörigen Pathologischer Glücksspieler: Ergebnisse der BEPAS-Studie* Psychologie. Universität zu Lübeck. Lübeck

10. Literaturverzeichnis

- AAPOR, A. A. f. P. O. R. (2016). *Standard Definitions. Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys.* Retrieved from http://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf
- Alheit, P. (1999). *Grounded Theory: Ein alternativer methodologischer Rahmen für qualitative Forschungsprozesse.* Göttingen.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J., & Rammsted, B. (2012). *Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen. Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)* Retrieved from Mannheim:
- Birks, M., & Mills, J. (2011). *Grounded Theory. A Practical Guide.* London: Sage Publications.
- Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H., -J. (2016). Efficacy of the Community Reinforcement and family training for treatment-resistant individuals with alcohol use disorders: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*, 163, 179-185.
- Bischof, G., Iwen, J., & Rumpf, H. J. (2013). Behandlungsmotive Angehöriger nicht behandlungsbereiter Suchtkranker und deren Auswirkung auf Behandlungsergebnisse des Community Reinforcement and Family Trainings CRAFT [Treatment Motives of Concerned Significant Others of Addicted Individuals Refusing Treatment and their Impact on Treatment Outcomes of the Community Reinforcement and Family Training CRAFT]. *Suchttherapie*, 14(2), 78-83. doi:10.1055/s-0033-1337993
- Buchner, U. G., Koytek, A., Fischer, U. C., Wodarz, N., & Wolstein, J. (2016). Psychometric Evaluation of the German Version of the Short Questionnaire for Family Members - Affected by Addiction SQFM-AA (Gambling). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 66(3-4), 155-162. doi:10.1055/s-0042-100812
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789-1795.
- Casado-Mejia, R., & Ruiz-Arias, E. (2016). Influence of Gender and Care Strategy in Family Caregivers Strain: A Cross-Sectional Study. *J Nurs Scholarsh*, 48(6), 587-597. doi:10.1111/jnu.12256
- Collins, C., & Jones, R. (1997). Emotional distress and morbidity in dementia carers: a matched comparison of husbands and wives. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12(12), 1168-1173.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., . . . Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction*, 104(1), 49-58. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02417.x
- Copello, A. G., Templeton, L., Orford, J., & Velleman, R. (2010). The 5-Step Method: Principles and practice. *Drugs: Education Prevention and Policy*, 17, 86-99.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., . . . Dunn, G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression - A multinational community survey with data from the ODIN study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(6), 444-451. doi:10.1007/s00127-006-0051-5
- Dawson, D., Grant, B. F., Chou, S. P., & Stinson, F. S. (2007). The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*,

68, 66-75.

- Fagerström, K.-O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, *12*, 159-183.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2004). Behavioral couples therapy for substance abuse: rationale, methods, and findings. *Sci Pract Perspect*, *2*(2), 30-41.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2003). Family therapy techniques. In F. Rodgers, J. Morgenstern, & S. T. Walters (Eds.), *Treating Substance Abuse: Theory and Techniques* (pp. 140-165). New York: Guilford Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2008). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Godley, M. D., Passeti, L. L., Subramaniam, G. A., Funk, R. R., Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2017). Adolescent Community Reinforcement Approach implementation and treatment outcomes for youth with opioid problem use. *Drug Alcohol Depend*, *174*, 9-16. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.12.029
- Godley, S. H., Hunter, B. D., Fernandez-Artamendi, S., Smith, J. E., Meyers, R. J., & Godley, M. D. (2014). A comparison of treatment outcomes for adolescent community reinforcement approach participants with and without co-occurring problems. *J Subst Abuse Treat*, *46*(4), 463-471. doi:10.1016/j.jsat.2013.10.013
- Kellner, R., & Sheffield, B. F. (1973). SELF-RATING SCALE OF DISTRESS. *Psychol Med*, *3*(1), 88-100.
- Klein, M., & Bischof, G. (2013). Editorial: Angehörige Suchtkranker – Der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells. *Sucht*, *59*, 65-68.
- Kocalevent, R.-D., & Brähler, E. (2014). OSSS. Oslo Social Support Scale. In C. J. Kemper, E. Brähler, & M. Zenger (Eds.), *Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskaalen. Standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis* (pp. 216-219). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Köster-Sommer, M., & Pörtl-Knüppel, A. (in press). Praxiserfahrungen in der Arbeit mit Angehörigen bei der Umsetzung des Community Reinforcement And Family Training (CRAFT) in einer Suchtberatungsstelle. *Suchttherapie*.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, *32*(9), 509-515.
- Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Berry, J. T., & Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord.*, *114*, 163-173.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, *103*(10), 1660-1670. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, *77*(1), 12-25. doi:10.1037/a0014160
- Liepmann, M., Nirenberg, T., Doolittle, R., Begin, A., Broffman, T., & Babich, M. (1989). Family functioning of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. *Fam Process*, *28*, 239-249.
- Marmet, S., & Gmel, G. (2015). *Suchtmonitoring Schweiz - Alkohol - und Drogenprobleme im Umfeld im Jahr 2013*. Retrieved from Lausanne: http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/marmet_ac7p14i4u8xo.pdf

- Meyers, R. J., Roozen, H. G., & Smith, J. E. (2011). The community reinforcement approach: an update of the evidence. *Alcohol Res Health*, 33(4), 380-388.
- Micallef, P. D. (1995). *Families of illicit drug users*. . (Veröffentlichte Dissertation).
- Nelson, J. A., Henriksen, R. C., & Keathley, R. S. (2014). Mothers os Sons with Sunstance Use Disorder: A Grounded Theory Approach Revealing Maternal Expectations and Three Stages of Change. *The Qualitative Report*, 19(44), 1.
- Orford, J. (2013). *Power, Powerlessness and Addiction*. New York: Cambridge University Press.
- Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Mora, J., Velleman, R., . . . Walley, G. (2005). *Coping with alcohol and drug problems. The experience of family members in three contrasting cultures*. London: Routledge.
- Orford, J., Templeton, L., Velleman, R., & Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction*, 100, 1611-1624.
- Orford, J., Templeton, L., Velleman, R., & Copello, A. (2010). Methods of assessment for affected family members. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17, 75-85.
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members : a summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 44-62.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science and Medicine*, 78, 70-77.
- Pabst, A., Kraus, L., de Matos, E. G., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59, 321-331.
- Poels, V. (2016). *Belastungen und Perspektiven von Müttern und Vätern Suchtkranker. ein mixed-method Ansatz*. Masterarbeit. Psychologie. Universität zu Lübeck. Lübeck.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Pruetz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., . . . Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 832-844. doi:10.1007/s00103-013-1665-x
- Ray, G. T., Mertens, J. R., & Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104(2), 203-214. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02447.x
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A., & Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend*, 74(1), 1-13. doi:10.1016/j.drugalcdep.2003.12.006
- Roozen, H. G., de Waart, R., & van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105(10), 1729-1738. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x
- Ruijl, A. (2016). *Belastungen und Perpektiven von Angehörigen Alkoholabhängiger im Vergleich zu Angehörigen Pathologischer Glücksspieler: Ergebnisse der BEPAS-Studie* Psychologie. Universität zu Lübeck. Lübeck.
- Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2000). Studies on natural recovery from alcohol dependence: Sample selection bias by media solicitation. *Addiction*, 95, 765-775.
- Salize, H. J., Jacke, C., & Kief, S. (2014). Produktivitätsverluste, berufliche Einbußen und

- Unterstützungsleistungen von Angehörigen von Patienten mit Alkoholabhängigkeit vor und nach der Entzugsbehandlung. *Sucht*, 60, 215-224.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Erlernte Hilflosigkeit* (3. Aufl. ed.). München Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. *World J Psychiatry*, 6(1), 7-17. doi:10.5498/wjp.v6.i1.7
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2009). *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Patient Hlth Questionnaire, P. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD - The PHQ primary care study. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737
- Spohr, B., Gantner, A., Bobbink, J. A., & Liddle, H. A. (2011). *Multidimensionale Familientherapie: Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Statistisches Bundesamt. (2014). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2013*. Retrieved from Wiesbaden:
- Statistisches Bundesamt. (2016). Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/AltersgruppenFamilienstandZensus.html>
- Taylor, J. R. (2015). Gender orientation and the cost of caring for others. *Society and mental Health*, 5, 49-65.
- Toner, P., & Velleman, R. (2014). Initial reliability and validity of a new measure of perceived social support for family members of problem substance users. *Addiction Research & Theory*, 22(2), 147-157. doi:10.3109/16066359.2013.779675
- Velleman, R., & Templeton, L. (2003). Alcohol, Drugs and the Family: Results from a long-running research programme within the UK. *European Addiction Research*, 9, 103-112.
- Weisner, C., Parthasarathy, S., Moore, C., & Mertens, J. R. (2010). Individuals receiving addiction treatment: are medical costs of their family members reduced? *Addiction*, 105 1226-1234.

Anhang: Interviewleitfaden BEPAS

1. GESCHICHTE UND EIGENSCHAFTEN DER SUCHTPROBLEMATIK

- a) Allgemeine Beschreibung des Suchtverhalten
- b) Art der Sucht
- c) Umfang des Suchtverhaltens
- d) Finanzielle Kosten des Suchtverhaltens
- e) Häufigkeit / Muster des Suchtverhaltens
- f) Bei Drogen: Quellen / Beschaffung der Substanzen
- g) Orte an denen der Sucht nachgegangen wird
- h) Entwicklung des Suchtverhaltens
- i) Inanspruchnahme professioneller Hilfe (des IP)
- j) Beschreibung des eigenen Konsum- / Spielverhaltens

2. AUSWIRKUNGEN AUF ANGEHÖRIGE / FAMILIENMITGLIEDER

- a) Allgemeine Beschreibung der Auswirkungen
- b) Beeinträchtigung der Beziehung zum IP
- c) Beeinträchtigung des familiären Umgangs
- d) Beeinträchtigung familiärer Finanzen / Lebensstandards
- e) Verlegenheit / Schamgefühle
- f) Auswirkungen auf das Sozialleben
- g) Auswirkungen auf das eigene Wohlbefinden (körperlich & psychisch)
- h) Auswirkungen auf das Wohlbefinden anderer Familienmitglieder
- i) Auswirkungen auf das eigene Konsum- / Spielverhalten

3. RESSOURCEN

- a) Hilfreiche Ressourcen

4. UMGANG MIT DEM SUCHTVERHALTEN

- a) Beschreibung der allgemeinen Bewältigungsversuche
- b) Umgang auf kognitiver Ebene
- c) Umgang auf Verhaltensebene
- d) Geeignete / Ungeeignete Bewältigungsversuche
- e) Wünschenswerte Bewältigungsstrategien
- f) Veränderungen im Umgang mit Suchtkranken

5. UNTERSTÜTZUNG / UNTERSTÜTZUNGSBEDARF & PERSPEKTIVEN

- a) Unterstützung durch Mitglieder des Haushalts
- b) Unterstützung durch Bezugspersonen außerhalb des Haushalts
- c) Einfluss lokaler Aspekte
- d) Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Angehörigengruppen, Beratung...)
- e) Unterstützungsbedarf

1. GESCHICHTE UND EIGENSCHAFTEN DER SUCHTPROBLEMATIK

- a) Bitten beschreiben Sie das Suchtverhalten Ihres Angehörigen allgemein.
- b) Um welche Art von Alkohol / Drogen / Glücksspiel handelt es sich?
- *Bei Drogen: Wie wird die Substanz verabreicht?
(z.B. Injektion, schnüffeln, Rauchen, Trinken, Schnupfen)*
- c) In welchen Mengen / Umfang geht Ihr Angehöriger der Sucht nach?
- d) Wie viel Geld gibt Ihr Angehöriger für Alkohol / Drogen / Glücksspiel etwa aus?
- e) Wie sind die Häufigkeit und das Muster des Suchtverhaltens?
- *Regelmäßig? Täglich? Gibt es leichte und schwere Phasen?*
- f) Bei Drogen: Aus welchen Quellen wird die Substanz bezogen?
- *Bestimmte Orte / Personen? Wie gut kennt der Angehörige diese Menschen?*
- g) Wo tritt das Suchtverhalten hauptsächlich auf?
- *Zuhause oder außerhalb? Familie anwesend? Wurde jemals gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern der Sucht nachgegangen?*
- h) Wie hat sich das Suchtverhalten entwickelt?
- *Stufenweise Entwicklung? Gab es Phasen der Abstinenz bzw. Rückfälle?*
- i) Hat Ihr Angehöriger bisher jemals professionelle Hilfe in Anspruch genommen?
- *Wenn ja, welche Auswirkungen hatte dies? Wenn nein, warum nicht?*
- j) Bitte schildern Sie kurz Ihr eigenes Konsum- / Spielverhalten und ggf. das anderer Familienangehöriger.
- *Menge / Häufigkeit? Ernste Suchtproblematik?*

2. AUSWIRKUNGEN AUF ANGEHÖRIGE / FAMILIENMITGLIEDER

a) Bitte beschreiben Sie das Zusammenleben mit Ihrem Angehörigen allgemein. Welche Probleme sind durch das Suchtverhalten entstanden? Welche Sorgen haben Sie?

- *Bzgl. Sucht? Bzgl. Wohlbefinden / Gesundheit? Bzgl. Vernachlässigung von Arbeit / Schule / Interessen?*

b) Wurde Ihre Beziehung zu Ihrem Angehörigen durch die Sucht beeinflusst? Wenn ja, wie?

- *Streit, Spannungen, Kommunikationsprobleme, Vertrauensverlust?*
- *Wurde vom IP Druck ausgeübt (z.B. reizbar, grob, fordernd)?*
- *Gewalt, Drohungen, Zerstörung?*

c) Wurde der Umgang innerhalb Ihrer Familie beeinträchtigt?

- *Angehörige(r) seltener zu Hause / Vernachlässigung rollenbezogener Aufgaben?*
- *Beeinträchtigung familiärer Unternehmungen / Routinen / Rituale?*

d) Wurden familiären Finanzen / Lebensstandards beeinträchtigt? Hat der IP Geld verlangt oder gestohlen?

e) Wurden Sie durch das Suchtverhalten Ihres Angehörigen in Verlegenheit gebracht?

- *Kontakt mit Polizei / Nachbarn / anderen Suchtkranken? Schamgefühle?*

f) Wurde Ihr Sozialleben beeinträchtigt?

g) Welche Auswirkungen hat die Suchtproblematik auf Ihr Wohlbefinden? (körperlich & psychisch)

- *z.B. Anspannung / Stress / Angst / Sorgen / Grübeln / Schuld / Depression*
- *z.B. Schlaf / Appetit / Krankheiten*
- *→ Wie hängen die Auswirkungen mit der Suchtproblematik zusammen?*

h) Wie hat sich die Sucht auf das Wohlbefinden anderer Familienmitglieder ausgewirkt?

- *Stress, Krankheit, Konsum- / Spielverhalten, Entwicklung / Bildung der Kinder*

i) Hat sich die Suchtproblematik auf Ihr eigenes Konsum- / Spielverhalten ausgewirkt? Gab es eine Veränderung? Wenn ja, inwiefern?

3. RESSOURCEN

a) Welche Ressourcen helfen Ihnen mit der Suchtproblematik umzugehen?

Was gibt Ihnen Kraft?

4. UMGANG MIT DEM SUCHTVERHALTEN

a) Wie sind Sie mit dem Suchtverhalten Ihres Angehörigen umgegangen?

Welche Bewältigungsversuche haben Sie unternommen? (in den letzten 3 Monaten)

b) Wie gehen Sie auf kognitiver Ebene mit der Suchtproblematik um?

- *bestimmte Einstellungsmuster / Haltungen bzgl. des Suchtverhaltens?* (z.B. auf sich selbst achten / streng sein um zu helfen)

c) Wie gehen Sie auf der Verhaltensebene mit der Suchtproblematik um?

- *Regeln aufstellen, Kontrolle, Kontakt abbrechen, Erwartungen verdeutlichen?*
- *Vermeidend, nachgiebig, nichts tuend oder motivieren / ermutigen?*
- *Um sich selbst kümmern → eigene Interessen verfolgen, sich etwas Gutes tun?*

d) Welche Bewältigungsversuche haben Sie als geeignet bzw. ungeeignet empfunden?

e) Gibt es Strategien mit dem Problem umzugehen, an die Sie sich nicht herantrauen?

Gibt es Möglichkeiten mit der Sucht umzugehen die Ihnen schwer fallen?

f) Gab es Veränderungen in Ihrem Umgang mit dem Suchtverhalten? Wenn ja, weshalb?

- *Wer hat sich verändert, Sie oder Ihr Angehöriger?*

5. UNTERSTÜTZUNG / UNTERSTÜTZUNGSBEDARF & PERSPEKTIVEN

a) Inwieweit waren andere Mitglieder des Haushalts eine Unterstützung bei den Bewältigungsversuchen? Wenn nicht, warum nicht?

- *Was wussten die anderen? Waren sie kooperativ oder unkooperativ?*
- *Unterschied sich ihr Umgang? Verständigte man sich auf einen gemeinsamen Umgang?*

b) Inwieweit waren Bezugspersonen außerhalb des Haushalts eine Unterstützung?

Wenn nicht, warum nicht?

c) Gibt es Aspekte der lokalen Umgebung die unterstützend / behindernd wirkten?

- *Riskante Orte, Bars, Clubs, Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfegruppen?*
- *Soziale Netzwerke, die die Sucht beeinflussen?*

d) Haben Sie bisher professionelle Hilfe (z.B. Selbsthilfe, Beratung, Angehörigengruppen) in Anspruch genommen?

- *Wenn ja, war es hilfreich? Inwiefern?*
- *Wenn nein, was hat Sie an der Inanspruchnahme gehindert?*

e) Welche Art von Unterstützung wünschen Sie sich? Was könnte Ihnen helfen?

- *Von wem würden Sie gerne Hilfe in Anspruch nehmen? z.B. Familie, Freunde, Nachbarn, Experten?*
- *Wie denken / reden andere über Angehörige Suchtkranker allgemein? Welches Image haben Angehörige Suchtkranker? Spielt dies eine Rolle bei der Inanspruchnahme von Hilfe?*
- *Wie könnte man den Zugang zu Hilfe praktisch verbessern? Über welches Medium (Beratung, Online, Telefonisch, Broschüren...)?*