

Positionspapiere und Leitbilder zu Angehörigen Suchtkranker POLAS

Abschlussbericht

An das Bundesministerium für Gesundheit

Projektlaufzeit: 01.08.2017 bis 31.01.2018

Förderkennzeichen: ZMVI1-2517DSM222

Gallus Bischof, Bettina Besser, Anja Bischof, & Hans-Jürgen Rumpf

Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Lübeck, 15. Mai 2018

Projektleitung: Dr. Gallus Bischof
PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf

Kontakt:

Dr. Gallus Bischof (Dipl.-Psych.), Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel: 0451/500-98752
gallus.bischof@uksh.de

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung.....	4
1. Hintergrund	5
1.1 Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Angehörige.....	5
1.2. Positionspapiere und Leitlinien	6
1.3. Ziele des Projekts.....	8
2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	8
2.1 Literatursuche und -auswertung	8
2.2 Expert/innenbefragung	11
3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	13
4. Ergebnisse.....	14
4.1 Literaturanalyse.....	14
4.2. Expert/innenbefragung	29
5. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	37
5.1. Diskussion der Ergebnisse	37
5.2. Gesamtbeurteilung.....	41
6. Gender Mainstreaming Aspekte	41
7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	42
8. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)	43
9. Literaturverzeichnis.....	44
10. Anhang.....	49

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1 Arbeits- und Zeitplan POLAS	13
Abbildung 2 Zusammensetzung der Online-Stichprobe nach Bundesländern (%)*	30
Abbildung 3 Anteil Angehöriger Suchtkranker unter den behandelten Patienten.....	32
Abbildung 4 Angehörigenbezogene Angebote in den Versorgungsbereichen in Prozent (Mehrfachantworten möglich)	33
Abbildung 5 Hauptgründe für Angehörige, Versorgung in Anspruch zu nehmen	34
Abbildung 6 Behandlungsschwerpunkte.....	35
Abbildung 7 Bewertung von Angehörigenarbeit aus Versorgersicht.....	35
Abbildung 8 Zufriedenheit mit Versorgungsangeboten für Angehörige.....	36
Abbildung 9 Einschätzung Verbesserungspotential.....	37

0. Zusammenfassung

Hintergrund: Aus internationalen Studien ist bekannt, dass die Problemlagen Angehöriger in politischen Handlungsstrategien und Positionspapieren in den vergangenen Jahren zunehmend Berücksichtigung gefunden haben. Ein entsprechender systematischer Überblick zur Lage in Deutschland liegt bislang nicht vor. Ziel des Projektes ist die Sichtung und Bewertung existierender Positionspapiere und Behandlungsleitlinien hinsichtlich der Erwähnung des Themenfeldes „Angehörige von Suchtkranken“.

Methoden: Positionspapiere aus den Bereichen Drogen- und Suchtpolitik sowie Psychatriepläne und Behandlungsleitlinien zu Suchterkrankungen wurden systematisch gesammelt und hinsichtlich der Berücksichtigung familiärer Auswirkungen von Suchterkrankungen ausgewertet. Das methodische Vorgehen erfolgte in Absprache mit internationalen Kooperationspartnern, um eine Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Ergänzend wurde eine standardisierte Onlinebefragung von Versorgungseinrichtungen der Sucht-, Jugend- und Familienhilfe sowie ambulanter Psychotherapeut/innen zur Erfassung vorhandener Angebotsstrukturen durchgeführt, bei der Daten von 1.487 Versorgern erhoben werden konnten.

Ergebnisse: Auswirkungen von Suchterkrankungen werden schwerpunktmäßig für die Bereiche Kinder aus suchtblasteten Familien und bezüglich somatischer Konsequenzen, nicht jedoch hinsichtlich psychischer Beeinträchtigungen von Angehörigen erwähnt. Hinsichtlich Behandlungskonzepten werden Angehörige primär in Zusammenhang mit Präventionsfragestellungen erwähnt, während die Benennung eigenständiger Behandlungsbedarfe nur in einer suchtpolitischen Leitlinie festgestellt werden konnte. In der nach Versorgungsbereichen stratifizierten Auswertung der Angebotsstrukturen zeigten sich signifikante Differenzen zwischen Angeboten der Familien- und Jugendhilfe, psychotherapeutischen, suchtspezifischen und sozialpsychiatrischen Versorgern in Hinblick auf angebotene Behandlungskonzepte und wahrgenommene Behandlungsaufträge von Angehörigen.

Fazit: Auswirkungen von Suchterkrankungen auf das soziale Umfeld werden in deutschen suchtpolitischen Leitlinien nur eingeschränkt thematisiert, Verweise auf evidenzbasierte Behandlungsangebote fehlen durchgängig. Eine Intensivierung der Vernetzung zwischen verschiedenen Hilfesettings und die flächendeckende Sicherstellung einer angemessenen Refinanzierung von Angeboten der Angehörigenarbeit in der Suchthilfe stellen demnach erste bedeutsame Schritte zur bedarfsgerechten Verbesserung der Versorgungslage dar.

1. Hintergrund

1.1 Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Angehörige

Negative Auswirkungen von Suchterkrankungen auf die Gesundheit von Angehörigen wurden in verschiedenen Studien konsistent belegt. So weisen Kinder von suchtkranken Menschen ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung eigener psychischer und somatischer Erkrankungen auf (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2017b; Effertz, 2017; Rossow et al., 2016). Bei erwachsenen Angehörigen Suchtkranker wurden gegenüber alters- und geschlechtsgematchten Kontrollen erhöhte Raten an Viktimisierung, Verletzungen, affektiven und Angststörungen, ein reduzierter allgemeiner Gesundheitszustand, deutlich erhöhte medizinische Behandlungskosten und Produktivitätsverluste nachgewiesen (Dawson et al., 2007; Orford et al., 2013; Salize et al., 2014). Versicherungsdaten aus den USA zeigen zudem, dass die deutlich erhöhten medizinischen Behandlungskosten von Angehörigen Suchtkranker 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 et al., 2009; Weisner et al., 2010).

Epidemiologische Daten und Hochrechnungen weisen auf den Umfang des Problems hin. Hinsichtlich der Zahl der betroffenen Kinder ist in der Literatur eine ausgeprägte Variabilität festzustellen. Eine Studie auf Grundlage der Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell 2012“ (GEDA) zu alkoholbelasteten Familien kommt zu dem Ergebnis, dass bis zu 6,6 Millionen Kinder in Haushalten mit riskantem Alkoholkonsum bzw. 4,2 Millionen Kinder in Haushalten mit Rauschkonsum aufwachsen (Lange et al., 2016). Die Ergebnisse basieren auf Angaben zum Trinkverhalten, die mittels der Konsumfragen des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C; Bush et al., 1998) erhoben wurden und keine Symptome alkoholbezogener Störungen erfasst haben, d.h. dass keine unmittelbaren Aussagen zu alkoholbezogenen Störungen im Sinne der psychiatrischen Klassifikationssysteme International Classification of Diseases (ICD-10; Dilling et al., 1991) oder dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; Falkai & Wittchen, 2015) vorgenommen werden konnten. Eine vielzitierte ältere Hochrechnung, nach der auf Grundlage der für den Raum München repräsentativen Studie Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP; Lachner & Wittchen, 1997) jedes 7. Kind zumindest zeitweise in einem Haushalt mit einem Elternteil mit einer Alkoholstörung lebt, kommt zu dem Ergebnis, dass in Deutschland 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche betroffen sind (Klein, 2004). Eine neuere Hochrechnung geht auf Grundlage von Screening-Daten des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001) von einer Untergrenze von 1,039 Millionen von einer Alkoholabhängigkeit bzw. einem Alkoholmissbrauch der Eltern betroffenen Kinder aus (Effertz, 2015). Eine weitere Hochrechnung durch eine Expertengruppe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

geht demgegenüber vor dem Hintergrund der Zahlen der deutschen Suchthilfestatistik von 590.000 Kindern in Haushalten mit einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit aus (DHS, 2014). Eine Schätzung der Anzahl Angehöriger (Partner/innen und Kinder) von substanzabhängigen Personen auf der Grundlage des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 kommt zu dem Ergebnis, dass 10,5% der Bevölkerung mit einer substanzabhängigen Person zusammenlebt (Gomes de Matos et al., 2015). Hier ist einschränkend festzuhalten, dass die häufigste benannte Suchtform die Tabakabhängigkeit darstellt, deren Auswirkung auf das soziale Umfeld mit der Abhängigkeit von Substanzen wie Alkohol oder illegale Drogen, die deutlich mehr funktionale Beeinträchtigungen mit sich bringen, nicht unmittelbar vergleichbar ist.

Werden repräsentative Stichproben direkt nach dem Vorliegen von Suchterkrankungen in ihrem familiären Umfeld gefragt, so zeigen Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2015“, dass 9,5% der Bevölkerung angeben, mindestens einen suchtkranken Angehörigen (bei explizitem Ausschluss von Tabakabhängigkeit) mit in den letzten 12 Monaten bestehender Symptomatik zu haben (Berndt et al., 2017). Auch hier muss einschränkend festgehalten werden, dass die Prävalenzschätzung nicht auf einer kriterienorientierten Diagnostik beruht. Insgesamt zeigen die Studien mit unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen jedoch konsistent, dass ein substantieller Bevölkerungsanteil in Deutschland mit suchtmittelabhängigen Personen im sozialen Nahraum konfrontiert ist. Insgesamt belegen die unterschiedlichen Schätzgrößen konsistent, dass es gemessen an der geschätzten Anzahl Suchtkranker in Deutschland deutlich mehr Angehörige zu verzeichnen sind, die mitbetroffen sind.

Die Erreichbarkeit Angehöriger durch suchtspezifische Angebote erscheint demgegenüber bislang gering, zudem sich fast ausschließlich Partner/innen und Eltern im Suchthilfesystem wiederfinden. Als Gründe hierfür gaben Betroffene und Suchtberater/innen vor allem Stigmatisierung und fehlende Information zu Hilfeangeboten an, als Verbesserungsmöglichkeiten wurden eine bessere Vernetzung der mit Angehörigen potentiell befassten psychosozialen und medizinischen Hilfeeinrichtungen benannt (Berndt et al., 2017). Da Scham- und Schuldgefühle ebenfalls als relevante Barrieren der Inanspruchnahme benannt wurden, erscheint analog zur Behandlung substanzbezogener Störungen eine stärkere, auch proaktiv orientierte Auseinandersetzung innerhalb der Hilfestrukturen notwendig, die in Leitlinien und Positionspapieren angeregt werden kann.

1.2. Positionspapiere und Leitlinien

In einer ersten Arbeit zur Erwähnung von Familien/Angehörigen in politischen Dokumenten führt Velleman (2010) aus, dass über einen langen Zeitraum Auswirkungen von Suchterkrankungen auf das soziale Umfeld in Forschung, Versorgung und Suchtpolitik keine Berücksichtigung gefunden haben und die Thematisierung sozialer Auswirkungen maßgeblich

auf Kriminalität, Unfälle und dergleichen beschränkt war. Angehörige wurden selten thematisiert und wenn, zumeist als mögliche Mitverursacher/innen der Störung (z.B. Whalen, 1953). Auswirkungen auf Angehörige wurden seit den 1970/80er Jahren zunächst unter dem (Angehörige pathologisierenden) Konzept der Co-Abhängigkeit gewertet, was zur Herausbildung erster Behandlungskonzepte führte (zur Problematik der Begrifflichkeit vgl. Klein & Bischof, 2013; Uhl & Puhm, 2007). Velleman führt aus, dass seit den 2000er Jahren eine verstärkte Wahrnehmung von Familienthemen im Bereich politischer Dokumente erfolgt sei und analysiert vor diesem Hintergrund verschiedene nationale und regionale Dokumente aus dem United Kingdom (UK) sowie Dokumente der Europäischen Union (EU), der Vereinten Nationen (UN) und der World Health Organization (WHO). Die meisten der untersuchten Dokumente behandeln ausschließlich die Auswirkungen suchtmittelabhängiger Eltern auf Kinder, während andere Beziehungsmuster wie Eltern suchtmittelabhängiger Kinder oder Partner/innen von Suchtkranken und auch Behandlungsangebote für Angehörige (sowohl eigenständig als auch in Zusammenhang mit der Behandlung der suchtkranken Person) kaum erwähnt wurden. Dabei ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen den Dokumenten hinsichtlich der Herkunft und des adressierten Schwerpunktes: Familien und familienbezogene Interventionsansätze wurden häufiger in den Dokumenten aus UK erwähnt, während in den politischen EU-Dokumenten ausschließlich Kinder aus suchtbelasteten Familien thematisiert wurden, UN Dokumente Familien nur in Bezug auf Prävention adressierten und bei den analysierten WHO Dokumenten lediglich Auswirkungen auf Angehörige ohne Bezugnahme auf Behandlungsmöglichkeiten erwähnt wurde. In den analysierten Dokumenten, die sowohl Alkohol als auch Drogen thematisierten, wurden gegenüber ausschließlich auf Alkohol bezogenen Dokumenten Familien stärker thematisiert (Velleman, 2010). Als zentrale Schlussfolgerung führt Velleman aus, dass die Bedürfnisse und die möglichen positiven Auswirkungen einer Einbeziehung von Angehörigen in die Suchthilfe besser verankert werden sollten und dass hierfür ein kontinuierlicher Austausch politischer Gremien u.a. mit Forschung und Versorgung erforderlich sei.

Eine systematische Analyse dreier zentraler südafrikanischer Dokumente zu Suchtpolitik und Familienpolitik auf Grundlage der Family Impact Lens (vgl. Kap. 2.1.) kommt zu dem Ergebnis, dass negative Auswirkungen von Suchterkrankungen in den verschiedenen Strategiepapieren zwar erwähnt werden, die empfohlenen Behandlungsangebote jedoch weitgehend individuumszentriert sind und somit die Bedarfe von Angehörigen nicht adäquat abbilden. Die Autoren folgern, dass eine verstärkte Anerkennung in politischen Leitlinien in Zusammenhang mit Studien zu best-practice Ansätzen, die an lokale Gegebenheiten adaptierbar sein müssten, notwendige Bausteine für die kontextangemessene Entwicklung evidenzbasierter Interventionen für Angehörige darstellen (Groenewald & Bhana, 2016).

Inwiefern sucht- und gesundheitspolitische Dokumente die Auswirkungen von Suchtmittelabhängigkeit auf Familien und das soziale Umfeld thematisieren, wurde in Deutschland bislang nicht untersucht. Weiterhin wurde bislang international nicht untersucht, inwiefern evidenzbasierte Verfahren in den verschiedenen Versorgungsangeboten umgesetzt werden.

1.3. Ziele des Projekts

Das Projekt stellt den Deutschen Zweig des internationalen Addiction and the Family International Network (AFINet; www.afinetwork.info) Projektes „Country Policies and Practices regarding Affected Family Members (AFMs)“ dar. Als Kollaborationspartner sind in dem noch laufenden Projekt Forscherinnen und Forscher aus Südafrika, Australien, Indien, Irland, Schottland, England, Wales und Brasilien vertreten. Ziel des POLAS-Projekts ist es, einen systematischen Überblick zur Erwähnung von Belastungen und Handlungsempfehlungen bezüglich Angehöriger Suchtkranker in Positionspapieren und Leitlinien politischer Gremien zu generieren. Ergänzend sollen erste Zahlen zu Verbreitung und Angebotsstruktur von Hilfen für Angehörige Suchtkranker erhoben und im Anschluss an das Projekt die Ergebnisse mit den Befunden der übrigen in dem AFINet-Projekt Beteiligten zusammengeführt werden, um jeweils nationale Empfehlungen zu generieren

2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Das Projekt basiert auf zwei methodisch distinkten Vorgehensweisen, die im Folgenden getrennt dargestellt werden.

2.1 Literatursuche und -auswertung

Schwerpunkt des internationalen Projekts stellte die systematische Suche und Auswertung politischer Dokumente dar. In der ersten Projektphase erfolgten Telefonkonferenzen mit den weiteren beteiligten Ländern zur Vereinbarung einer verbindlichen Suchstrategie.

Bei der Suchstrategie waren nationale Besonderheiten zu berücksichtigen. So ist die Zuständigkeit für Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland zwischen Bund, Ländern und Kommunen aufgeteilt: Nach dem Grundgesetz hat der Bund die Gesetzgebungskompetenz für das Betäubungsmittelrecht, das Strafrecht und das Recht der sozialen Sicherung. Wie in dem Deutschlandbericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts (für „Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies“) an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD; Pfeiffer-Gerschel et al., 2017) ausgeführt, finden sich bedingt durch die föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland sowie durch das Prinzip der Subsidiarität, aber auch in Folge unterschiedlicher Problembelastungen und Ausgangsbedingungen regionale Unterschiede im Umgang mit substanzbezogenen

Störungen. Infolgedessen existieren Unterschiede in den Leitlinien und Richtlinien sowie in den Drogen- und Suchtprogrammen der Bundesländer. In den einzelnen Bundesländern und Kommunen kommen eine Vielfalt von unterschiedlichen Ansätzen und Methoden bzw. Instrumenten zur Anwendung. Zudem sind sehr große Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen festzustellen.

Aus diesen Gründen wurde im Rahmen des POLAS-Projekts beschlossen, in die Auswertung auch regionale Strategien miteinzubeziehen, um ein detailliertes Bild der Strategien der unmittelbar mit Versorgung befassten Gremien zu erhalten. Als bedeutsame Einschlusskriterien wurde aus diesen Erwägungen in Anlehnung an die Diskussionsprozesse der AFINet-Projektgruppe festgelegt, dass die Strategiepapiere direkt oder unter enger Beteiligung von regionalen oder überregionalen Regierungsstellen entwickelt wurden. Ausgeschlossen wurden Publikationen, die auf der Ebene von Verbänden u.Ä. erstellt wurden, an denen kein politisches Gremium direkt beteiligt war, darunter Publikationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Weiterhin wurden Tagungsberichte und Dokumentationen ausgeschlossen. Angestrebt wurde von den Projektpartner/innen die Durchführung eines „Scoping reviews“ (Peters et al., 2015). Verschiedene internationale Kooperationspartner/innen sprachen sich gegen eine systematische Literatursuche und die Begrenzung auf wenige, zentrale und möglichst überregional bedeutsame Dokumente aus. Während in anderen Ländern wie dem UK eine thematisch sehr eng gefasste, explizit auf Drogen bezogene Handlungsstrategie analysiert wurde (Office, 2017), erwiesen sich sämtliche in Deutschland identifizierten Dokumente aufgrund ihrer Thematisierung von subklinischen Konsummustern, der Betonung auf Prävention und der Einbeziehung von Tabak- und Alkoholkonsum als thematisch deutlich weiter gefasst. In diesem Zusammenhang wurde die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik für Deutschland als nationales Schlüsseldokument entsprechend des Vorgehens der Kolleg/innen aus UK analysiert und die Ergebnisse an die Arbeitsgruppe in Form eines Berichtes weitergegeben (vgl. Anhang).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde darüber hinaus eine systematische Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken (PubMed, Web of Science, Google Scholar) und mittels nicht-wissenschaftlicher Suchworte über Suchmaschinen wie Google durchgeführt (vgl. Kap. 4.1.). Dabei ergab es sich, dass trotz variierender Suchbegriffe in wissenschaftlichen Datenbanken keine geeigneten Treffer erzielt werden konnten bzw. bestenfalls im Rahmen von Fachpublikationen auf einige entsprechende Dokumente verwiesen wurde. Die Suchstrategien wurden deshalb wie in Kapitel 4.1. beschrieben sukzessive modifiziert.

In Ergänzung zu den Einschlusskriterien des internationalen Forschungsprojektes wurde von der POLAS-Projektleitung zusätzlich beschlossen, klinische Leitlinien zu Abhängigkeitserkrankungen nach der Erwähnung von Angehörigen und Familien zu sichten. Als Orientierungsrahmen für die Auswertung wurde in Anlehnung an die Arbeit von Groenewald & Bhana (2016) die Family Impact Lens herangezogen (Bogenschneider, Little, Ooms, Benning, & Cadigan, 2012; Bogenschneider, Little, Ooms, Benning, Cadigan, et al., 2012). Die Family Impact Lens fokussiert auf Pläne oder Vorgehensweisen, die durch Gesetze, verbindliche Regeln, Codizes oder andere Mechanismen im öffentlichen oder privaten Sektor umgesetzt werden. Familienpolitik wird dabei explizit als Endziel definiert und umfasst fünf explizite Funktionen von Familien: (a) Familiengründung (z. B. um zu heiraten oder sich scheiden zu lassen, Kinder zu gebären oder zu adoptieren); (b) Partnerbeziehungen (z. B. um Engagement und Stabilität zu stärken); (c) wirtschaftliche Unterstützung (z. B. zur Deckung der Grundbedürfnisse der Mitglieder); (d) Kindererziehung (z. B. um die nächste Generation zu sozialisieren); und (e) Pflege (z. B. zur Unterstützung von behinderten, gebrechlichen, kranken und älteren Menschen).

Die Family Impact Lens in der Politik ist ein Begleitbegriff, der die implizite, aber oft entscheidende Rolle familienbezogener Überlegungen in einer breiten Palette von Politikfeldern anerkennt, indem sie analysiert, (a) welche Folgen eine Politik oder ein Programm für das Wohlergehen der Familie hat (z. B. Gefängnispolitik, Reform der sozialen Sicherheit), (b) wie Familien genutzt werden, um andere politische Ziele zu erreichen (z. B. Arbeitsplatzpolitik, die die Produktivität von Arbeitnehmer/innen durch Kinderbetreuung für kranke Kinder fördert), oder (c) wann Familien als Sachwalter anderer Vorteile wirken (z. B. Anspruch auf finanzielle Unterstützung für Studierende). Die Family Impact Lens fokussiert sich bei politischen Entscheidungen oder Programmentscheidungen darauf, welche Richtlinien oder Programme umgesetzt werden. Hinsichtlich der praktischen Auswirkungen liegt der Fokus der Family Impact Lens darauf, wie Richtlinien oder Programme durch familienzentrierte Unterstützung oder Dienste implementiert werden.

Die Definition der Familie Impact Lens beruht nach Bogenschneider et al. (2012) auf zwei bedeutenden Dimensionen, die unterscheiden zwischen (1) familienorientierten Politiken oder Programmen (d.h. was umgesetzt wird) und (2) familienzentrierten Praktiken (d.h. wie Richtlinien oder Programme umgesetzt werden).

Richtlinien oder Programme werden dahingehend analysiert, ob folgende Aspekte Erwähnung finden:

- ▶ wie Familien von dem Problem betroffen sind;
- ▶ inwieweit Familien gegebenenfalls zu diesem Problem beitragen; und

► ob die Einbeziehung von Familien in die Strategieentwicklung zu einer Optimierung von Strategien und Programmen führen würde.

Wenn Politiken oder Praktiken implementiert werden, berücksichtigt die Family Impact-Lens:

- Praktiken, die Familien mit Würde und Respekt behandeln;
- Informationsangebote, damit Familien fundierte Entscheidungen treffen können;
- Wahlmöglichkeiten von Familie hinsichtlich verfügbarer Dienstleistungen und dem Ausmaß der Teilnahme; und
- Beteiligung von Familien bei der Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachpersonen und bei Entscheidungen über familiäre Ziele.

2.2 Expert/innenbefragung

Ziel der empirischen Untersuchung im Rahmen des POLAS-Projekts war die orientierende Erhebung von Versorgungsangeboten für Angehörige Suchtkranker sowie Barrieren und Optimierungsbedarfe aus Sicht von Versorgern unterschiedlicher Sektoren. Initial sollte dies durch eine begrenzte Anzahl an settingbezogenen Fokusgruppeninterviews in Schleswig-Holstein realisiert werden. Bereits während der Literatursuche wurden deutliche Unterschiede zwischen regionalen Angeboten erkennbar, die in der ursprünglich geplanten qualitativen Erhebung mit jeweils drei Vertreter/innen der Sucht-, Jugend- und Familienhilfe nicht hätten abgebildet werden können. Zudem lagen erste orientierende Befunde zu wahrgenommenen Barrieren und Anreizen der Behandlungsaufnahme durch Angehörige sowie mittels Fokusgruppen gewonnener Vorstellungen zur Optimierung der Versorgungsangebote aus Sicht unterschiedlicher Versorger aus der Studie „Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker Menschen“ (BEPAS; Berndt et al., 2017) vor.

Aus diesen Gründen erschien eine Befragung mit größeren Fallzahlen unter Einbeziehung der Ergebnisse der BEPAS-Studie zur Abbildung der Versorgungsrealität in unterschiedlichen Sektoren gegenüber einer erneuten vertiefenden Befragung einer sehr kleinen Anzahl von Versorgern für die vorliegende Arbeit zweckmäßiger. Im Rahmen des BMG-geförderten Projektes „Screening Problematischer InternetNutzung: Implementierung und Translation (SPIN-IT)“ wurde eine Liste mit bundesweiten Adressen von Versorgerinnen und Versorgern aus den Bereichen ambulante Psychotherapie, Suchthilfe, Psychiatrie sowie Jugend- und Familienhilfe erstellt. Zur Realisierung einer hohen Teilnahmebereitschaft wurde ein Online-Fragebogen programmiert, dessen Bearbeitungszeit in einem Pretest ungefähr 5 Minuten betrug. Abgedeckt wurden Fragen zur eigenen beruflichen Qualifikation, zum Versorgungssetting, zum Anteil der behandelten Angehörigen gemessen an der Gesamtzahl an Behandlungen, an wahrgenommenen Hauptanliegen der Angehörigen, an die eigenen

Behandlungsschwerpunkte sowie an Zufriedenheit mit der Versorgungsstruktur und Verbesserungsmöglichkeiten mit Blick auf Angehörigenarbeit aus Versorgerperspektive. Die Auswahl der Fragen ergab sich u.a. aus den Vorbefunden der BEPAS-Studie. Der Fragebogen findet sich im Anhang. Zur Auswertung wurde eine nach Versorgungsbereich stratifizierte Analyse der Versorgungsangebote und der Bewertungsparameter hinsichtlich der vorhandenen Angebote vorgenommen. Die Auswertung erfolgte mittels SPSS 22.0.

3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Der ursprünglich beantragte Arbeits- und Zeitplan ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1 Arbeits- und Zeitplan POLAS

	1	2	3	4	5	6
Erstellung eines Suchalgorithmus						
Recherche						
Expert/inneninterviews						
Auswertung und Bericht						

Meilensteine

M1: Fertigstellung des Suchalgorithmus

M2: Abschluss der Recherche und der Expert/inneninterviews

M3: Abschluss Bericht

Aufgrund von Verzögerungen der Arbeitsprozesse bei den internationalen Kooperationspartner/innen verzögerte sich die Recherche, Analyse und Sichtung der gefundenen Treffer in der Literatur. Da die Sichtung der Literatur eine Voraussetzung für die Generierung von Fragen zu Versorgungsstrukturen, kam es zu Verzögerungen in der Planung der Expert/innenbefragung. Nachdem die Ergebnisse der Literaturrecherche deutliche Hinweise auf die regional unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen ergaben, wurde beschlossen, Versorgungsangebote nicht durch eine geringe Zahl qualitativer Befragungen, sondern durch Kontaktierung einer größeren Anzahl von Versorgern mittels einer Online-Erhebung zu erfassen. Die mit diesem Survey verbundenen Programmieraufgaben führten zu einer weiteren Verzögerung, sodass die Befragung erst nach Ablauf der Projektlaufzeit realisiert werden konnte. Der damit verbundene personelle Mehraufwand konnte durch Eigenmittel kompensiert werden.

In der Projektlaufzeit waren die folgenden Tätigkeiten zu leisten: Monatlicher, kontinuierlicher Austausch und Koordination des Vorgehens mit den Kooperationspartner/innen des AFINet-Projekts, Durchführen einer umfangreichen Literaturrecherche, Sichten der recherchierten Literatur, Exzerpieren der relevanten Literaturstellen, Systematisieren und Diskussion der Ergebnisse, Erstellung und Programmierung eines Kurzfragebogens für Versorger, Beantwortung von Nachfragen seitens der Versorger, Editierung und Auswertung der Daten, Erstellen des Projektberichts, Vorbereiten einer internationalen Publikation der Ergebnisse.

4. Ergebnisse

4.1 Literaturanalyse

Entsprechend des in Kapitel 2.1. beschriebenen Vorgehens erfolgte zu Studienbeginn Onlinerecherche über die Suchmaschinen Google, Google Scholar und Web of Science anhand folgender Suchwörtern:

- Handlungsstrategien (und) Sucht/Alkohol/Glücksspiel/Drogen/Nikotin/Rauchen/psychiatrische Versorgung
- Psychiatrieplan (inkl. Varianten)
- Suchtplan
- Suchtpolitik
- Drogenpolitik
- Positionspapier/Leitlinien/Strategie/Strategiepapier/Aktionsplan (und) Sucht/Alkohol/Cannabis/Heroin/Kokain/Glücksspiel/Drogen/Nikotin/Rauchen

In den wissenschaftlich orientierten Datenbanken Google Scholar und Web of Science ergaben sich auch bei Nutzung sehr allgemeiner Suchbegriffe lediglich vereinzelte Treffer zu wissenschaftlichen Publikationen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Politische Dokumente entsprechend der Einschlusskriterien wurden in diesen Datenbanken nicht gelistet. Aus diesen Gründen wurden diese Suchmaschinen bei der sukzessiven Erweiterung und Anpassung der Suchstrategie nicht mehr genutzt.

Da die Internetrecherche trotz wiederholter Anpassung der Suchstrategie in Ermangelung zentraler Datenbanken zur Identifikation politischer Dokumente eine hohe Anzahl unpassender Treffern ergab und demnach das geplante Abbruchkriterium in Form von Sichtung der ersten 100 Treffer als nicht hinreichend verlässlich betrachtet wurde, wurden zusätzlich die Webauftritte der Bundesdrogenbeauftragten, der verschiedenen Landesstellen für Suchtfragen sowie der nationalen und länderbezogenen Familien- und Gesundheitsministerien systematisch nach einschlägigen Dokumenten durchsucht. Auf Bundes- und Länderebene wurden die folgenden Webauftritte gesichtet:

- Bundesgesundheitsministerium
- Ministerien für Familie und Gesundheit
- Landesstellen für Sucht, Glücksspielsucht, Jugendschutz
- Gesundheitsziele
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Leitlinien

Die identifizierten Treffer wurden dann zunächst anhand folgender Suchschlagwörter nach Relevanz untersucht:

- Suchtspezifische Dokumente: Angehörige, Familie, Kinder, Jugendliche, Eltern
- Psychatriepläne, suchtspezifische Präventionspläne und Leitlinien: Sucht, Abhängigkeit, Alkohol, Nikotin, Tabak, Glücksspiel, Rauchen, Drogen

Bei Verweisen innerhalb eines Dokumentes auf weitere Literatur, die Anhaltspunkte darauf lieferte, den Einschlusskriterien der POLAS-Studie zu entsprechen, erfolgte eine gezielte Suche nach der Quellliteratur.

Da aufgrund der modifizierten Suchstrategie deutlich mehr inadäquate Treffer gesichtet werden mussten, wurde das Vorhaben einer Darstellung des Suchalgorithmus nach dem CONSORT-Schema aus Ökonomiegründen als nicht praktikabel verworfen.

Insgesamt wurden 197 potentiell geeignete Dokumente identifiziert, die von den Projektmitarbeiter/innen gesichtet wurden. Diese wurden differenziert in suchtspezifische Dokumente (Leitlinien zu Drogen- und Alkoholpolitik und zu Suchtkrankenversorgung, politische Aktionspläne zur Suchtprävention), nicht-suchtspezifische Dokumente (wie Psychatriepläne und allgemeine Präventionskonzepte) sowie Behandlungsleitlinien, bei denen aufgrund ihrer versorgungspolitischen Bedeutung anders als bei den vorgenannten Dokumenten keine Beteiligung politischer Gremien für den Einschluss vorausgesetzt wurde. Die folgende Darstellung erfolgt differenziert nach der Art der Dokumente.

4.1.1. Suchtspezifische politische Dokumente

Entsprechend der Absprachen mit den internationalen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern wurden Dokumente, die als Berichte oder Empfehlungen gekennzeichnet waren, von der vertiefenden Analyse ausgeschlossen, wenngleich sich in einzelnen dieser mittels der Google-Recherche identifizierten und gesichteten Dokumente Verweise auf Schwerpunkte der regionalen Suchtpolitik und -hilfe finden ließen (z.B. Gesundheitsamt Köln, 2016; Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2017; Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz Freistaat Sachsen, 2014), die jedoch nicht als eigenständige politische Konzeption gewertet wurden. Weiterhin wurden Dokumente ausgeschlossen, in denen eine direkte Einbindung ministerieller Strukturen nicht erkennbar war (z.B. Saarländische Landesstelle für Suchtfragen, 2016).

Als sucht- und drogenpolitische Dokumente wurden neben der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012) die Strategien aus Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Bayern sowie die Strategien von Leipzig, Dresden und München herangezogen (Arbeitskreis Suchtprävention Dresden, 2015; Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2007; Landeshauptstadt München Referat für Gesundheit und Umwelt, 2010; Ministerium für Arbeit und Sozialordnung Familien und Senioren Baden-Württemberg, 2010; Ministerium für Gesundheit Emanzipation

Pflege und Alter des Landes NRW, 2015a; Stadt Leipzig Dezernat Jugend Gesundheit und Schule, 2013a). Ein Dokument des Landes Berlin (Senatsverwaltung für Gesundheit Umwelt und Verbraucherschutz Berlin, 2006) wurde aufgrund seines eher stichworthaften Charakters nicht in die vertiefende Analyse aufgenommen, zumal auf der Website der Landesdrogenbeauftragte ausdrücklich die Orientierung an der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik erwähnt wurde.

Einen Überblick zu den analysierten Dokumenten nach der Erwähnung familienrelevanter Variablen findet sich in Tabelle 1. Bewertet wurde, ob:

- die Problembelastung Angehöriger erwähnt wird, differenziert nach erwachsenen Angehörigen und Kindern
- Prävalenzzahlen zu Angehörigen berichtet werden, welche die Public-Health Relevanz des Themas abbilden
- Angehörige als Risiko- und/oder Schutzfaktor für den Suchtverlauf benannt werden
- eigenständige Behandlungs-/Beratungsbedarfe von Angehörigen benannt werden und
- die Einbeziehung Angehöriger in die Behandlung der suchtkranken Person thematisiert wird

Zusätzlich wurde bewertet, ob die einzelnen Punkte spezifisch (z.B. Arten von Belastungen, konkrete Programme) oder unspezifisch/allgemein erwähnt wurden. Die Bewertungsgrundlagen finden sich in den detaillierten Beschreibungen der Dokumente.

Tabelle 1: Liste der politischen Dokumente

	Problem- belastung erwachsene Angehörige	Problem- belastung Kinder aus Suchtfamilien	Ausmaß Problematik	Angehörige als Risikofaktor für Sucht- entwicklung	Angehörige als Schutzfaktor Suchtverläufe	Eigener Behandlungs- bedarf	Einbeziehung Angehörige in Behandlung Suchtkranker
Nationale Strategie	0	++	Kinder ++ Erw. 0	Kinder + Erw. 0	+	Kinder ++ Erw. +	0
Landeskonzept NRW	+	+	0	Kinder + Erw. 0	0	Kinder + Erw. 0	0
Bayerische Staatsregierung	0	+	Kinder ++ Erw. 0	Kinder + Erw. 0	0	+	0
Suchtprävention Baden-Württemberg	0	+	Kinder ++ Erw. 0	Kinder + Erw. 0	0	0	0
Suchtpolitik München	+	++	+	+	+	+	+
Suchtpolitik Leipzig	0	+	0	Kinder + Erw. 0	0	Kinder + Erw. 0	0
Suchtprävention Dresden	0	+	0	Kinder + Erw. 0	0	Kinder + Erw. 0	0

*0=keine Erwähnung; + Erwähnung, unspezifisch; ++ Erwähnung, spezifisch

Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik

Die aktuelle „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ stammt aus dem Jahr 2012 und hat keine definierte Laufzeitbegrenzung. Sie betont die zentrale Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitspolitik und ersetzt den Nationalen Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahre 2003.

Besonderes Augenmerk richtet die aktuelle Nationale Strategie auf neue Herausforderungen in der Drogen- und Suchtpolitik, die sich unter anderem aus dem demografischen Wandel, gesellschaftlichen Veränderungen, alten und neuen Suchtformen und -mitteln (z.B. dem Aufkommen Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS), Umgang mit zunehmendem Konsum von Methamphetaminen (Crystal Meth), pathologischem Glücksspiel und so genannter Online-/Mediensucht) und daraus resultierenden Konsumtrends ergeben. Stärker als in dem vorangegangenen Aktionsplan Drogen und Sucht (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003a) wird nicht nur Abhängigkeit in den Blick genommen, sondern auch gesundheitsschädliches und entwicklungseinschränkendes riskantes Konsumverhalten, welches nicht zwingend zu einer Abhängigkeit führt. Basis der nationalen Drogen- und Suchtpolitik sind die vier „Säulen“ (a) Prävention, (b) Beratung und Behandlung, Hilfe zum Ausstieg, (c) Maßnahmen zur Schadensreduzierung und (d) Repression. Es werden 6 verschiedene Bereiche abgedeckt: (i) Alkohol, (ii) Tabak, (iii) Medikamentenabhängigkeit und Medikamentenmissbrauch, (iv) pathologisches Glücksspiel, (v) Online-/Mediensucht, und (vi) Illegale Drogen.

Das Dokument enthält verschiedene Erwähnungen von Familien: insgesamt wurden Bemerkungen zu Familien/Bezugspersonen/Kindern/Partner/innen in 16 verschiedenen Abschnitten identifiziert, wobei die Bemerkungen zumeist unspezifisch und allgemein gehalten sind. Auswirkungen von Suchtmittelabhängigkeit auf Familienmitglieder werden zunächst sehr allgemein beschrieben: „Sucht ist mit dramatischen persönlichen Schicksalen verbunden. Sie betrifft den Abhängigen ebenso wie Familienangehörige, Freunde oder Kollegen.“(S. 6; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012). An direkten gesundheitlichen Auswirkungen werden maßgeblich in Zusammenhang mit Rauchen gesundheitliche Auswirkungen auf Dritte thematisiert (Nichtraucherschutz). Angehörige werden als ein wichtiger Ansatzpunkt für eine helfende Sucht- und Drogenpolitik benannt: „Im Mittelpunkt der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung steht der suchtkranke Mensch als Person und nicht seine Erkrankung. Um Abhängigkeit zu verhindern und erkrankten Menschen zu helfen, müssen die gesamten Lebensumstände in den Blick genommen werden. Seinen Hintergrund, seine Abhängigkeiten und seinen individuellen Hilfebedarf müssen wir ermitteln und dort mit unserer Hilfe ansetzen. Dies bedeutet auch, dass die sozialrechtliche Segmentierung unseres ohne Zweifel insgesamt bewährten Systems nicht immer den Bedürfnissen eines einzelnen Hilfebedürftigen gerecht wird. Darüber hinaus brauchen wir Menschen als Helfer. Nichts kann die unmittelbare

Ansprache eines Suchtkranken durch andere Menschen ersetzen, seien es Ärzte, Apotheker, Mitarbeiter in der Suchthilfe, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige. Sie sind deshalb der wichtigste Ansatzpunkt für unsere helfende Drogen- und Suchtpolitik.“ (S. 12, ebd.). Als spezifische Programme oder Interventionsangebote werden Programme für Kinder aus suchtblasteten Familien und suchtmittelgefährdete Kinder und Jugendliche benannt, die in Deutschland entwickelt wurden und die in Form von Modellprojekten gefördert wurden wie „Hart am Limit“ (HaLt), dem „Modularen Präventionskonzept für Kinder aus suchtblasteten Familien Trampolin“ (Klein et al., 2013; Prognos AG, 2008) und dem „Nationale Zentrum frühe Hilfen“ erwähnt. Es werden keine spezifischen Behandlungsprogramme für die individuellen Bedürfnisse von erwachsenen Angehörigen erwähnt, der einzige Verweis auf entsprechende Hilfeangebote befasst sich mit der Sucht-Selbsthilfe („Sucht-Selbsthilfe stärken“): „Das Hilfsangebot richtet sich an die Suchtkranken vor, während und nach der Therapie, an die Angehörigen und Freunde. Selbsthilfe ist Ansprechpartner für Dienstleister (u.a. Betriebe, Arztpraxen, Beratungsdienste). Es gibt Selbsthilfegruppen für alle Formen von Abhängigkeiten (z.B. Alkohol, Drogen, Medikamente, Glücksspiel, Computer, Internet). Sie leisten Motivationshilfe und Unterstützung für Betroffene, Begleitung und Stärkung für Angehörige und tragen durch Aufklärung über Suchterkrankungen zu einem Bewusstseinswandel in der Öffentlichkeit bei“ (S. 17, ebd.). Eine Bezugnahme auf international bewährte Verfahren für Angehörige findet in dem Dokument nicht statt.

Hinsichtlich des Umfangs des Problems wird erwähnt, dass bis zu 2,6 Mio. Kinder von der Alkoholabhängigkeit und weitere 30.000 Kinder von der Drogenabhängigkeit mindestens eines Elternteils betroffen sind. In unterschiedlichen Abschnitten zu erwachsenen Familienmitgliedern wird deren Bedeutung für die Prävention substanzbezogener Störungen (Modelllernen) bei Kindern und Jugendlichen hervorgehoben. Als wichtige Zielgruppe für Prävention werden weiterhin Schwangere, u.a. aufgrund der teratogenen Wirkung von Substanzkonsum in der Schwangerschaft erwähnt.

Landeskonzept gegen die Sucht NRW

Das Landeskonzept gegen die Sucht NRW wurde 2012 der Öffentlichkeit vorgestellt und 2015 um den Aktionsplan Sucht NRW ergänzt. Das gemeinsam mit den maßgeblichen im Suchtbereich verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren erstellte Landeskonzept gegen Sucht beschreibt Grundsätze und Handlungsrahmen für die Weiterentwicklung von Suchtprävention und Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen. Vordringliche Handlungsbedarfe und Empfehlungen zur Umsetzung sind in dem ebenfalls von den maßgeblichen Verantwortungsträger/innen entwickelten Aktionsplan gegen Sucht festgeschrieben.

Im Sinne einer Neuausrichtung der Sucht- und Drogenpolitik wird der Fokus stärker als früher auf Maßnahmen der Prävention und Hilfe gelegt, die sich an den speziellen

Bedürfnissen und konkreten Problemlagen der betroffenen Menschen in ihrer jeweiligen Lebenswelt orientieren. Neben der Förderung von hilfesystemübergreifenden Strukturentwicklungs- und Vernetzungsprozessen ist die Stärkung der Sucht-Selbsthilfe ein besonderes Anliegen.

Das Landeskonzept gegen die Sucht NRW erläutert grundlegende Strategien und Konzepte mit deutlicher Betonung geschlechts- und genderspezifischer Herausforderungen. Unterschieden wird dabei zwischen Konzepten der Suchtprävention und der Suchthilfe. Eine detaillierte Unterteilung in verschiedene Substanzgruppen findet sich nicht, stattdessen findet sich ein Exkurs zum Themenfeld Essstörungen, die aufgrund ihrer Charakterisierung als „psychosomatische Krankheitsbilder, die Suchtaspekte aufweisen können“ (S. 53, Ministerium für Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter des Landes NRW, 2015b) dort mitbehandelt werden. Ein besonderes Augenmerk wird auf Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung gelegt. Für die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder werden Handlungsbedarfe benannt.

Insgesamt wurden im Landeskonzept gegen die Sucht NRW 14 Textpassagen identifiziert, in denen ein Bezug zu Familien und auch Partnerschaften als Einflussfaktoren auf Suchtentstehung und -verläufe Erwähnung finden. Initial finden die gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen auf das unmittelbare soziale Umfeld der Suchtkranken Erwähnung: „Sucht ist eine chronische Krankheit mit gravierenden gesundheitlichen und vor allem auch sozialen Folgen für die Suchtkranken selbst und deren unmittelbares Umfeld“ (ebd., S. 7).

Als Weiterentwicklungsbedarf für die Suchthilfe wird als Punkt explizit die „Weiterentwicklung von psychosozialen Betreuungs- und Unterstützungsangeboten für Angehörige suchtkranker Menschen (insbesondere Kinder, Partner, Eltern und andere Familienangehörige)“ (ebd., S. 39) angeführt. Mit Blick auf Angehörige wird zudem die Arbeit der Sucht-Selbsthilfe erwähnt. Konkrete Programme werden insbesondere im Rahmen von Modellprojekten („Kein Kind zurücklassen“) ausschließlich für die Zielgruppe der Kinder benannt. Eltern und Familie werden als bedeutsame Größe für die Prävention des Suchtmittelmissbrauchs benannt: „Suchtpräventives Handeln muss die aktuelle Entwicklungs- und Lebensphase sowie Lebenssituation der Zielgruppe berücksichtigen. Dabei ist das soziale Umfeld (z. B. Elternhaus, Familie, Kindergarten, Schule, Beruf, Freundeskreis und sonstige Bezugspersonen) von zentraler Bedeutung. Suchtprävention richtet sich als gesamtgesellschaftliche Aufgabe an alle Personen, die im Rahmen ihres Erziehungsauftrags oder ihrer Vorbildfunktion auf die Entwicklung von Suchtverhalten Einfluss nehmen können“ (ebd., S. 29).

Grundsätze Bayerische Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen

Die 2007 verabschiedeten und noch gültigen Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen betonen die Eigenständigkeit der bayerischen Drogen- und Suchtpolitik. Inhaltlich wird gegenüber den vorangegangenen Grundsätzen eine stärkere Gewichtung der legalen Suchtmittel Tabak und Alkohol entsprechend ihrer gesundheitsrelevanten Auswirkungen vorgenommen, der Präventionsgedanke wird gegenüber kurativen Ansätzen stärker betont. Es finden sich deutliche regionale Unterschiede zur Nationalen Sucht- und Drogenpolitik mit der Betonung der Eigenständigkeit der bayerischen Sucht- und Drogenhilfe, insbesondere hinsichtlich der Relevanz repressiver Maßnahmen im Bereich illegaler Substanzen. Die Bayerische Sucht- und Drogenpolitik basiert wie die Nationale Strategie auf den Säulen Prävention, Repression und Beratung und Behandlung. Ein deutlicher Unterschied besteht darin, dass die Säule „Maßnahmen zur Schadensreduzierung“ bzw. „Überlebenshilfen“ im Gegensatz zur Bundespolitischen Strategie ausdrücklich keinen Bestandteil der Bayerischen Grundsätze für Drogen und Suchtfragen darstellt.

Familienangehörige werden ausgiebig im Kontext von Suchtprävention als Risiko- und Resilienzfaktor und als „erstes und wichtigstes Setting (der Suchtprävention)“ (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2007; S. 30) benannt. Im Bereich von Bedarfen in der Versorgung werden besonders Kinder von Suchtkranken als Risikogruppe benannt, der Anteil an Kinder aus solchen Familien wird für Deutschland mit 2-3 Millionen beziffert. Besonderes Gewicht wird auf die Prävention gelegt, bei dem Eltern eine bedeutsame Rolle zugeschrieben wird. In diesem Kontext wird auch als Projekt „Elterntalk“ erwähnt, welches den Austausch zwischen Eltern mit dem Ziel der Prävention von Suchtentwicklung bei Kindern und Jugendlichen anstrebt. Hinsichtlich der Suchtkrankenhilfe werden psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen sowie Selbsthilfegruppen als Anlaufstellen für Angehörige benannt und festgestellt, dass „analog den für die Suchtprävention gültigen Erfordernissen und Standards (...) die Suchtkrankenhilfe über Kompetenzen für Therapie und Nachsorge von Kindern und Jugendlichen, älteren Menschen, Angehörigen und Kindern aus Familien mit Suchtproblematik und Schwangeren“ (ebd., S. 54) verfüge. Weitergehende Behandlungskonzepte werden nicht benannt.

Grundlagenpapier Suchtprävention Baden-Württemberg

Das Grundlagenpapier Suchtprävention Baden-Württemberg wurde 2010 verabschiedet. Auch wenn das Papier (wie bereits aus dem Titel ersichtlich wird) sich stärker mit dem Aspekt der Prävention befasst, finden sich doch Bezugspunkte auch auf die Suchtkrankenbehandlung, die zu der Entscheidung führte, das Papier in die vorliegende Analyse zu integrieren.

Hinsichtlich der gesellschaftlichen Belastung durch Substanzmissbrauch werden neben den Auswirkungen auf Kinder aus suchtbelasteten Familien und teratogenen Folgeschäden durch Substanzkonsum in der Schwangerschaft auch innerfamiliäre Gewalt benannt. Es wird die Zahl von 2,7 Mio. betroffenen Kindern bundesweit und von 250.000-300.000 betroffenen Kindern in Baden-Württemberg angegeben, zudem werden jährlich 4000 neugeborene Kinder mit schweren substanzbezogenen Folgeschäden angeführt. Familien werden als besonders geeignetes Setting für Suchtprävention im Kinder- und Jugendalter benannt und die Rolle von Eltern als Rollenmodellen wird betont: „Ein wesentlicher Teil der Suchtprävention vermittelt sich über Erziehung. Wichtig ist daher, Eltern ihre Verantwortung bezüglich dem eigenen Suchtmittelgebrauch deutlich zu machen. Eltern sind Vorbilder für ihre Kinder. Kinder lernen von den Eltern, wie man mit Problemen, Stress, Gefühlen, angenehmen und unangenehmen Situationen umgeht“ (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung Familien und Senioren Baden-Württemberg, 2010; S.14). Bezogen auf erwachsene Angehörige wird als Auswirkung/Belastung innerfamiliäre Gewalt benannt. Spezifische Unterstützungsprogramme oder Behandlungsbedarfe erwachsener Angehöriger werden nicht benannt, wobei der Präventionsschwerpunkt des Dokumentes zu berücksichtigen ist.

Leitlinien der Suchtpolitik des Landeshauptstadt München

Die Leitlinien der Suchtpolitik der Landeshauptstadt München wurden 2010 verabschiedet und erheben den Anspruch, nicht nur Grundlage und Ausgangspunkt für die Ausgestaltung der eigenen Suchtpolitik vor Ort zu bilden, sondern auch die Interessen aller betroffenen Münchnerinnen und Münchner gegenüber anderen Leistungsträgern und Akteuren aus Suchtpolitik und Suchthilfe zu vertreten. Dargestellt werden unterschiedliche Handlungsfelder, differenziert nach Abhängigkeitsarten (wobei das Feld hier auch Essstörungen umfasst; Landeshauptstadt München Referat für Gesundheit und Umwelt, 2010). Es finden sich ausgiebige Darstellungen diversifizierender Hilfeangebote und eine Berücksichtigung von Maßnahmen zur Schadensminimierung, welche die Suchtpolitik der Landeshauptstadt München von derjenigen des Bundeslandes Bayern abhebt.

In dem Dokument konnten insgesamt 14 teilweise ausführliche Textpassagen identifiziert werden, die Angehörige von Suchtkranken thematisieren. Neben einem längeren Exkurs zum Thema „Kinder und Angehörige“, in welchem primär Kinder aus suchtbelasteten Familien als Risikogruppe mit einem Anspruch auf Hilfe und Unterstützung beschrieben werden, finden sich auch explizit Hinweise auf die psychische Belastungssituationen anderer Angehöriger, z.B.: „Suchtpolitik und Suchthilfe richten sich aber auch an Angehörige von suchtkranken Menschen – insbesondere an Partnerinnen und Partner, Kinder und Eltern sowie das weitere familiäre und soziale Umfeld. Sie alle sind in unterschiedlich starker Weise von der Suchterkrankung mit betroffen und erleben häufig sowohl die damit verbundene Scham als

auch die soziale Ausgrenzung mit. Eine Stadtgesellschaft muss sich hier solidarisch zeigen, Ausgrenzung verhindern und konkrete Hilfen vorhalten.“ (Landeshauptstadt München Referat für Gesundheit und Umwelt, 2010; S. 7). Weiterhin werden erwachsene Angehörige explizit als Zielgruppe mit Unterstützungsbedarf benannt: „Angehörige und andere von einer Suchterkrankung mittelbar Betroffene haben ebenso Anspruch auf Unterstützung durch die präventiven und behandelnden Angebote der Suchthilfe“ (ebd., S. 7). Explizit werden als Hilfeangebote für Angehörige Suchtberatung und Selbsthilfe benannt. Neben einer konkreten Beschreibung der Belastung Angehöriger werden diese auch explizit als potentielle Ressource für die Behandlung von Suchtkranken benannt: „Eltern, Geschwister, Partnerinnen und Partner, Freunde sowie das soziale Umfeld von suchtkranken Menschen sind je nach Art und Ausprägung der Erkrankung stark mit betroffen. Häufig bemühen sie sich lange, mit großem persönlichen Einsatz und unter Einbußen ihrer eigenen Lebensqualität, dazu beizutragen, dass die Sucht überwunden oder kontrolliert werden kann. Dabei geraten sie nicht selten in die Dynamik der Sucht und tragen ungewollt zu ihrem Erhalt bei. Die gesellschaftliche Stigmatisierung, die nicht nur Suchtkranke, sondern auch ihre Familien erleben, trägt zu ihrer sozialen Isolation bei. Schuldzuweisungen an Eltern, Partnerinnen und Partner sind in unserer Gesellschaft noch nicht überwunden. Für suchtkranke Menschen stellen stabile Familienbeziehungen indes eine wichtige Ressource dar, da sie der Verelendung entgegen wirken und zu einem Weg aus der Sucht motivieren können. Um den starken persönlichen Belastungen stand halten und das eigene Verhalten überprüfen zu können, müssen Eltern, Partnerinnen und Partner sowie weitere Angehörige von Suchtkranken einen Anspruch auf eigene Beratungen und therapeutische Angebote haben. Sie sind als Teil der originären Klientel der Suchthilfe anzusehen und in Maßnahmen der Prävention, Beratung und Behandlung einzubeziehen – sowohl zu ihren eigenen Themen als auch als Bezugspersonen, die zur Behandlung des Erkrankten beitragen können“ (ebd., S. 19). Für Kinder aus suchtbelasteten Familien werden an konkreten Programmen das „Münchener Hilfenetzwerk für Kinder und ihre Eltern mit Alkoholproblemen“ und das „Münchener Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern“ benannt, als Programm mit Einbeziehung von Angehörigen wird Hart am Limit (HaLt; Prognos AG, 2008) erwähnt.

Es handelte sich um das einzige im Rahmen von POLAS gesichtete Dokument, in dem die Public Health-Relevanz des Themenfeldes Familie auch in Bezug auf erwachsene Angehörige erwähnt wurde: „Auf jeden suchtkranken Menschen kommen etwa drei Angehörige, insbesondere Kinder, die selbst belastet sind und Hilfe benötigen. Diese Zahlen zeigen eindrücklich, dass Suchtpolitik sowie die Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen keine Randthemen sind. Eine Suchthilfe, die dem großen Bedarf gerecht werden will, benötigt zahlreiche und unterschiedliche Einrichtungen und Angebote“ (ebd., S. 16). Ein weiteres Alleinstellungsmerkmal ist die Thematisierung von Gendereffekten mit Blick auf die

Situation Angehöriger: „In der Versorgungsstruktur der Suchthilfe fällt auf, dass Frauen als direkt Betroffene in vielen Einrichtungen unterrepräsentiert sind. In der Angehörigenberatung indes sind sie stark vertreten; bei Selbsthilfeangeboten zeigt sich ein ähnliches Bild. Insgesamt nehmen Frauen eine fürsorgende Rolle ein und stellen ihre eigenen Interessen häufig hinter die eines suchtkranken Angehörigen zurück.“ (S. 19, ebd.).

Konzept der Leipziger Sucht- und Drogenpolitik

Die Sucht- und Drogenpolitischen Leitlinien der Stadt Leipzig (Stadt Leipzig Dezernat Jugend Gesundheit und Schule, 2013b) wurden vom dortigen Stadtrat 2013 beschlossen und stellen die Weiterentwicklung der 1999 verabschiedeten Drogenpolitischen Leitlinien dar. Eine ausführliche Darstellung mit Verweisen auf vor Ort umgesetzte Aktivitäten findet sich in dem Konzept der Leipziger Sucht- und Drogenpolitik (Stadt Leipzig Dezernat Jugend Gesundheit und Schule, 2013a). Es wird ausdrücklich erwähnt, dass sich die Leipziger Konzeption in Übereinstimmung mit der Nationalen Strategie zur Sucht- und Drogenpolitik befindet. Zusätzlich zu den zentralen Säulen Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensminimierung und Repression der Nationalen Strategie wird in der Leipziger Konzeption Kooperation und Vernetzung als 5. Leitlinie benannt.

Insgesamt fanden sich 10 Textstellen, die Angehörige bzw. Familie thematisieren. Auch in der Leipziger Sucht- und Drogenpolitik wird ein starkes Augenmerk auf Kinder aus suchtblasteten Familien als Hochrisikogruppe gelegt, wobei auch die Notwendigkeit einer Unterstützung der Eltern thematisiert wird: Eine der Gruppen mit dem höchsten Risiko sind Kinder abhängigkeitskranker Eltern. Ziel von Maßnahmen der selektiven Prävention ist die Unterstützung der betroffenen Kinder und deren Eltern zur Senkung von Risikofaktoren. Diese Kinder und deren Familien werden zum einen über Angebote der Sucht- und Jugendhilfe als auch über Kindertagesstätten und Schulen erreicht“ (Stadt Leipzig Dezernat Jugend Gesundheit und Schule, 2013a; S. 16). Ein Programmpunkt stellt dabei das Angebot von Mütter- und Väterunterstützungstrainings für suchtkranke bzw. suchtmittelkonsumierende Eltern zur Förderung der Erziehungskompetenz und zur Gewalt- und Suchtprävention dar. Wiederholt wird erwähnt, dass sich die Angebote der Suchthilfe gleichermaßen an Angehörige richten. Selbsthilfe wird begleitend oder auch unabhängig von professioneller Behandlung als bedeutsames Unterstützungsangebot für Angehörige benannt. Verschiedene in Leipzig vorhandene Angebote werden skizziert, darunter auch der an ein städtisches Klinikum angebundene Fachbereich Familienhilfe am Zentrum für Drogenhilfe.

Strategiepapier Suchtprävention in Dresden

Das 2015 veröffentlichte Strategiepapier Suchtprävention in Dresden (Arbeitskreis Suchtprävention Dresden, 2015) orientiert sich explizit an der Nationalen Sucht- und Drogenpolitik. Trotz des im Titel enthaltenen Bezugs auf Prävention finden sich in dem Papier

verschiedene Bezugspunkte auf den Bereich Suchtkrankenhilfe, weshalb das Papier in die vorliegende Analyse eingeschlossen wurde.

Es konnten insgesamt 14 Textstellen identifiziert werden, in denen Angehörige thematisiert wurden, die zum Teil identisch mit den Texten der Leipziger Konzeption waren. Auch in dem Dresdner Strategiepapier wird Familie als zentraler Ort der Lebenskompetenzförderung und demnach auch als Risikofaktor für Suchtentstehung dargestellt. Dies wird ausführlich thematisiert in Zusammenhang mit Kindern aus suchtblasteten Familien. Zugleich wird die Rolle von (nicht-suchtkranken) Eltern für die Prävention von problematischem oder abhängigen Suchtmittelkonsum thematisiert und entsprechende Angebote thematisiert, wie in einem Abschnitt zu Maßnahmen universeller Prävention ersichtlich wird: „Eine wichtige Zielgruppe dieser Maßnahmen sind Kinder, Jugendliche und Heranwachsende in ihren Lebenswelten: Familie, Kindertageseinrichtungen, Schule und Freizeit. Dabei ist die Familie der wichtigste Ort der Lebenskompetenzförderung. Eltern finden Anregung in den verschiedenen Familienbildungsangeboten freier und öffentlicher Träger. In Kindergärten und Schulen sind neben den Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden selbst, das Fachpersonal der Einrichtungen die wichtigsten Ansprechpartner für Maßnahmen der universellen Prävention“ (Arbeitskreis Suchtprävention Dresden, 2015; S. 4). Explizit erwähnt wird der Bedarf der Schaffung stabiler Strukturen hinsichtlich der Vernetzung unterschiedlicher Hilfesysteme und der Qualifikation von Multiplikatoren zur besseren Erreichung u.a. von betroffenen Familien. Am konkreten Programmen werden neben „trampolin“ und „HaLt“ (Klein et al., 2013; Prognos AG, 2008) lokale Angebote wie ein Resilienztraining für Kinder aus suchtblasteten Familien und ein Mutterunterstützungstraining für suchtkranke Mütter angeführt. Spezifische Programme für erwachsene Angehörige von Suchtkranken werden nicht benannt.

4.1.2. Psychiatriepläne

Ergänzend zu den suchtspezifischen Dokumenten wurden Dokumente zu Gesundheits- und Familienpolitik, allgemeine Präventionskonzepte und Psychiatriepläne gesichtet. Dabei zeigte sich, dass in den nicht auf Drogen oder Alkohol fokussierenden gesichteten Dokumenten als Angehörige ausschließlich Kinder aus suchtblasteten Familien thematisiert wurden und die Darstellungen weitgehend den suchtpolitischen Dokumenten entsprach (z.B. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2015; Ministerium für Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter des Landes NRW, o.J.), weshalb diese Dokumente nicht in die vertiefende Analyse aufgenommen wurden.

Als politische Dokumente mit einem engeren Bezug zur Suchtkrankenhilfe wurden die Psychiatriepläne der Länder Bayern, Berlin, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, NRW, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen nach der Erwähnung von

Suchterkrankungen und Angehörigen gesichtet. In den meisten analysierten Dokumenten wird eine grundsätzliche, durch das Sonderversorgungssystem Sucht jedoch eingeschränkte Geltung auch für den Bereich suchtkranker Menschen beansprucht, so z.B. in den Bayerischen „Grundsätzen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“: „Zur Gruppe psychisch kranker oder behinderter Menschen zählen grundsätzlich auch suchtkranke Menschen. Die Suchthilfe hat sich in Deutschland im Unterschied zu anderen Ländern als eigenständiges Versorgungssystem entwickelt und differenziert. Es ist umfangreich und komplex, so dass es – wie bisher auch – nur durch ein eigenes Programm adäquat dargestellt und weiterentwickelt werden kann. Das Vorgehen, trotz der Überschneidungen zwei getrennte Programme fortzuschreiben, wurde von der Bayerischen Staatsregierung gewählt, weil diese „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ und das „Programm der Bayerischen Staatsregierung gegen Drogen und Sucht“ teilweise unterschiedliche Zielgruppen mit unterschiedlichen Handlungsschwerpunkten betreffen“ (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2007; S. 22).

Im Gegensatz zu den Dokumenten aus dem Bereich der Suchtpolitik werden in sämtlichen gesichteten Psychiatrieplänen Angehörige oft als bedeutsamer Einflussfaktor für Krankheitsverläufe mit eigenen Belastungen und Unterstützungsbedarfen angeführt, wie in folgender Ausführung des Bayerischen Psychiatrieplans exemplarisch zum Ausdruck kommt: „Von einer psychischen Erkrankung ist die ganze Familie betroffen. Die Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen tragen – auch in finanzieller Hinsicht – einen großen Teil der Versorgungslast. Sie sind nicht nur physisch und psychisch stark gefordert, sondern auch gesundheitlich gefährdet. Sie leiden oftmals aufgrund der krankheitsbedingten Belastungen unter Depressionen, Nervosität, Erschöpfungszuständen und Schlafstörungen. Eigene Bedürfnisse kommen häufig zu kurz. Die Folge ist der Rückzug aus sozialen Beziehungen, Vereinsamung und Isolation. Hinzu kommt, dass der einzelne Angehörige psychischen Erkrankungen und dem psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungssystem anfangs häufig verunsichert und hilflos gegenüber steht. Das Einholen von Krankheitsinformationen ist für die Angehörigen häufig nicht einfach. Notsituationen und Ängste vor Rückfällen belasten sie zusätzlich, so dass es immer wieder zu Krankenhauseinweisungen des kranken Familienmitglieds kommt, die vermeidbar wären. Andererseits ist das Umfeld des psychisch Erkrankten – meist die Familie – ein wichtiger Faktor für den Krankheitsverlauf, der für den Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung ausschlaggebend sein kann. Die Familienangehörigen sind Bezugspersonen, die es in den Behandlungsverlauf im Sinne einer familienorientierten Therapie einzubinden gilt. Sie haben eine präventive Funktion. Für Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen gilt, wie für die Psychiatrieerfahrenen, dass sie besser mit den krankheitsbedingten Belastungen

umgehen können, wenn sie bereit sind, sich zu informieren und sich selbst einzusetzen (z.B. im Rahmen von Psychoseseminaren und Psychoedukation)“ (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2007; S. 45).

Vereinzelt findet sich auch eine explizite Würdigung der Unterstützungsbemühungen von Angehörigen, wie im Landespsychiatrieplan NRW aufgeführt: „Wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt, trägt die Familie eine große Last und braucht daher dringend Unterstützung. Hierzu gehören leicht zugängliche, übersichtliche Informationen über die Erkrankung und die Hilfeangebote vor Ort. Vor allem müssen Familien von den professionell in der Psychiatrie Tätigen als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner wahr- und ernstgenommen werden, was u.a. voraussetzt, dass ihr Wissen um ihre Angehörigen und ihre umfangreichen und vielfältigen - oft jahrzehntelang erbrachten - Leistungen Anerkennung finden. Familien benötigen außerdem ganz praktische Unterstützung und Entlastung im Alltag, in vielen Fällen auch finanzieller Art“ (Ministerium für Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter des Landes NRW, 2017; S. 18).

Im Gegensatz zu den Dokumenten aus dem Themenfeld „Sucht“ finden sich zudem in den Psychiatrieplänen eine häufige Nennung des dialogischen Prinzips, d.h. der Notwendigkeit des gleichberechtigten Austauschs von psychiatrischen Professionellen mit Betroffenen und deren Angehörigen.

4.1.3. Behandlungsleitlinien

Leitlinien werden von privaten Institutionen, meist der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften verfasst und veröffentlicht, nicht vom Bundes- oder Landesgesetzgeber. Politische Gremien wie das BMG beteiligen sich jedoch mitunter an den beträchtlichen Kosten der Leitlinienentwicklung. Auch kommt den Fachgesellschaften keine Berechtigung zu, verbindliches Satzungsrecht zu erlassen, wie dies z.B. die jeweiligen Ärztekammern können. Rechtlich handelt es sich bei Leitlinien jedoch um unverbindliche Empfehlungen einer privaten Institution, denen aber faktisch eine hohe Verbindlichkeit zukommt (Muche-Borowski & Kopp, 2015). Von Seiten der Suchtkrankenversorgung wird von einer hohen Relevanz von Leitlinien für die Versorgungspraxis ausgegangen (Weissinger & Schneider, 2006).

Für die vorliegende Arbeit wurden die bei der AWMF erfassten Leitlinien systematisch nach Suchterkrankungen und psychischen Störungen durchsucht. Dabei konnten insgesamt vier aktuelle Leitlinien identifiziert werden, von denen eine nach Sichtung aufgrund des expliziten Ausschlusses von Suchterkrankungen ausgeschlossen werden musste (DGPPN, 2012). Die verbliebenen drei in die Analyse aufgenommenen Leitlinien befassen sich mit Alkoholbezogenen Störungen, schädlichem und abhängigen Tabakkonsum und

Methamphetamin-bezogenen Störungen (AWMF, 2015, 2016; Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al., 2016).

Leitlinie Alkohol

In der S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wird eine starke „Soll-Empfehlung“ zur Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgesprochen und in den Forschungsempfehlungen empfohlen, im Rahmen von Studien zu Familientherapien auch die Familienangehörigen mittels kriterienbezogener Diagnostik auf psychische Störungen zu diagnostizieren. Bezüglich alters- und geschlechtsspezifischer Populationen werden Empfehlungen für Interventionen bei Schwangeren ausgesprochen und es wird bei der Behandlung alkoholabhängiger Frauen eine kognitive Paartherapie als „Kann-Empfehlung“ ausgesprochen. Im Unterkapitel Entwöhnungsbehandlungen wird unter Interventionskomponenten für Angehörigenarbeit eine „Soll-Empfehlung“ ausgesprochen, Angehörigenarbeit und Paartherapie werden zudem als wirksame Interventionsangebote mit hohem Evidenzgrad aufgeführt. In dem Kapitel „Hintergrund der Evidenz“ wird zudem aufgeführt: „Für die Postakutbehandlung wird die Beratung und Einbezug von Angehörigen z.B. in Angehörigen-, Partner und Kinderseminaren, der Einbezug von Betriebsangehörigen und therapeutische Aufgabenstellungen bei Familienheimfahrten empfohlen (Bottlender et al., 2006; Schmidt et al., 2008). Interessanterweise finden sich international auch Belege aus kontrollierten Studien, die eine verbesserte Gesundheit, Lebensqualität und Finanzen bei Angehörigen durch die Behandlung von Indexpatienten zeigen (Holder & Blose, 1986). Dies wurde kürzlich auch für Behandlungen in Deutschland gezeigt (Salize et al., 2013)“ (AWMF, 2016; S. 312).

Weiterhin finden Angehörige Erwähnung als Zielgruppe für Frühinterventionsmaßnahmen und mögliche einzubeziehende Personen bei unzureichender Compliance in der Pharmakotherapie. Als klinischer Konsenspunkt wird zudem empfohlen, Angehörigen den Besuch einer Selbsthilfegruppe nahelegen.

Leitlinie Tabak

In der S-3 Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ finden Angehörige nur selten Erwähnung. Explizit aufgeführt wird familiäres Modelllernen in Form rauchender oder andere Substanzen missbrauchenden Eltern als Risikofaktor für den Beginn des Rauchens bei Kindern und Jugendlichen, und eher allgemein die Auswirkung von Passivrauchbelastung auf Dritte. Ein eigener Abschnitt ist dem Thema Raucherentwöhnung bei Schwangeren gewidmet, die explizit aufgrund der teratogenen Wirkung von Tabakrauch mit einer starken „Soll-Empfehlung“ versehen wird. Bezogen auf Interventionsansätze findet die Einbeziehung Angehöriger keine Erwähnung.

Leitlinie Metamphetamin

In der S3-Leitlinie „Methamphetaminbezogene Störungen“ finden sich viele Bezüge zu Angehörigen/Familien. Auch hier werden Kinder von Metamphetaminkonsumierenden Eltern als Hochrisikogruppe charakterisiert und die Bereitstellung zielgruppenorientierter Interventionsangebote (Diagnostik, Risikoabklärung, Förder- und Therapieangebote) empfohlen. Zusätzlich wird empfohlen, Metamphetamin-Konsument/innen über die Zusammenhänge der Substanzwirkung mit Sexualität, die Risiken ungeplanter Schwangerschaften und einer pränatalen Substanzexposition für das Kind aufzuklären, konsumierenden Eltern Elternkompetenztrainings anzubieten und diese über Angebote der Jugend- und Familienhilfe zu informieren. Substanzindizierte Unberechenbarkeit und Gewalttätigkeit wird als Risikofaktor für das soziale Umfeld aufgeführt und es wird empfohlen, angehörigenorientierte Psychoedukation, eigenständige Angehörigenarbeit und angehörigenorientierte Selbsthilfe sowie Einbeziehung in die Akut- und Postakutbehandlung der suchtkranken Person anzubieten. Zusätzlich wird empfohlen, bei Verdacht auf häusliche Gewalt Abklärung und Dokumentation vorzunehmen und gegebenenfalls Opferschutzmaßnahmen in die Wege zu leiten. In Bezug auf Forschung stellt die Leitlinie fest, dass u.a. Unterstützungsbedarfe von Angehörigen noch unzureichend untersucht wurden.

Unter „komplexe Therapieprogramme“ werden zudem zwei evidenzbasierte internationale Behandlungsangebote mit Einbezug der Familie angeführt, das in den USA evaluierte Programm MATRIX (Obert et al., 2000; Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA, 2006) und das in Thailand evaluierte Konzept „Family Alternative treatment activities, Self-help and Therapeutic Community“ (FAST; Perngarn et al., 2011). Diese werden in den Leitlinien als mögliche Alternativen zu verhaltenstherapeutischen Verfahren zur Behandlung von Menschen mit Metamphetaminbezogenen Störungen vorgeschlagen („Methamphetamin-Konsumierenden, die die Diagnosekriterien für eine substanzbezogene Störung erfüllen, sollten je nach Bereitschaft und Verfügbarkeit zur Konsumreduktion oder Entwöhnung Verhaltenstherapie bzw. Methamphetamin-spezifische komplexe Programme angeboten und vermittelt werden“ (S.64; DGPPN, 2012). Die praktische Relevanz von Leitlinien zeigt sich nach Veröffentlichung der Leitlinie in der nach dem „Thüringer Leitfaden zum Thema Crystal-Meth“ erfolgten Adaptation des MATRIX-Konzeptes nach Deutschland (Ministerium für Soziales Gesundheit Frauen und Familie Thüringen, 2017).

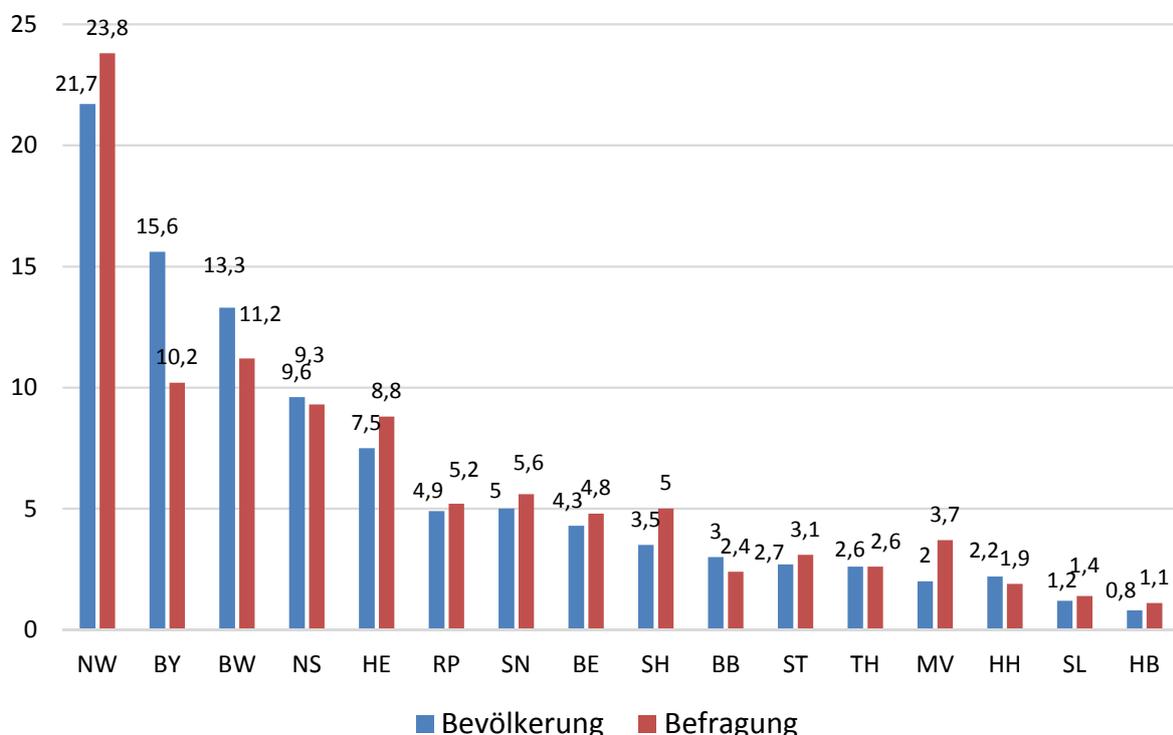
4.2. Expert/innenbefragung

Am 26.02.2018 wurden an insgesamt 16.009 E-mailadressen von Versorgerinnen und Versorgern aus den Bereichen Suchthilfe, Jugend- und Familienhilfe, sozialpsychiatrischer Hilfeangebote und ambulante Psychotherapeut/innen mit einer kurzen E-mail angeschrieben, in der eine Kurzbeschreibung des Projekts sowie ein Link zu der Onlinebefragung enthalten

war (vgl. Anhang). Von den 12.879 Berater/innen, von denen persönlichen Kontaktadressen vorlagen (im Gegensatz zu Institutionellen Adressen), waren 68,2% weiblich. Unter den angeschriebenen Adressen waren 1150 ungültig bzw. kamen mit dem Verweis, dass die E-mail nicht zugestellt werden konnte, zurück. Bei weiteren 351 Adressen erfolgte eine automatisierte Antwortmail mit einer Abwesenheitsnotiz, 7 weitere E-mails wurden mit der Bitte um Löschung aus dem Datensatz beantwortet. Weitere 19 angeschriebene Personen bekundeten ihr Interesse und teilten mit, dass sie die Einschlusskriterien, definiert als Arbeit mit mindestens einem Angehörigen einer suchtkranken Person, in den vergangenen 12 Monaten nicht erfüllten. Insgesamt wurden 1527 Adressen als ungültig, aktuell nicht erreichbar, ineligibel oder nicht teilnahmebereit klassifiziert. In insgesamt 71 Fällen wurden Nachfragen telefonisch oder per E-mail beantwortet. Nach insgesamt 30 Tagen lagen insgesamt 1.487 gültige Datensätze vor, was einer Antwortquote von 10,3% entspricht.

Wie in Abbildung 2 dargestellt, entspricht die regionale Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer weitgehend der Bevölkerungsverteilung auf Länderebene, lediglich geringfügige Überrepräsentationen der nördlichen Bundesländer sind festzustellen. Insgesamt kann die Stichprobe demnach regionale Repräsentativität beanspruchen.

Abbildung 2 Zusammensetzung der Online-Stichprobe nach Bundesländern (%)*



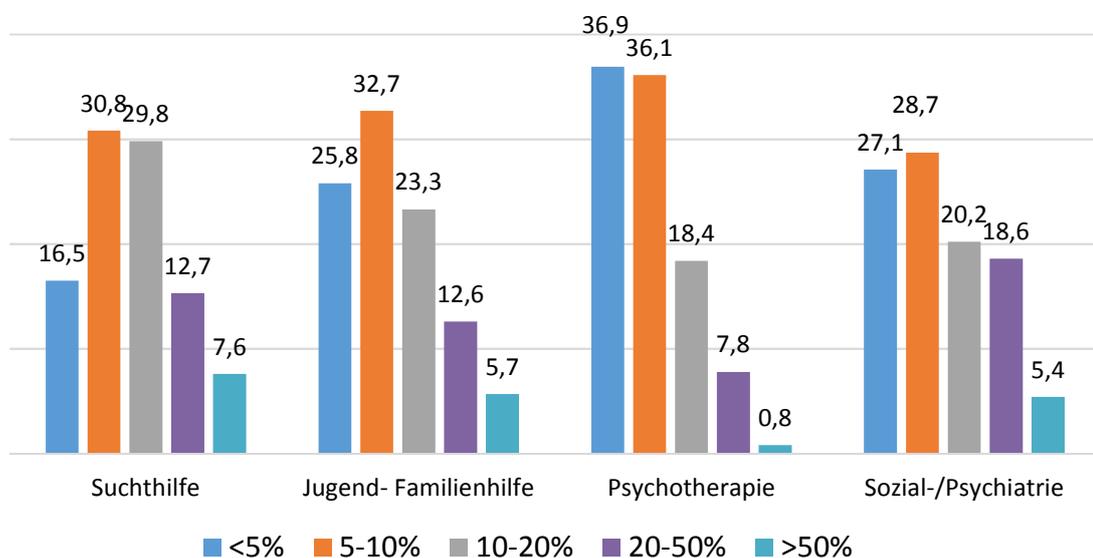
*Vergleichswerte Bevölkerungsverteilung Niedersachsen (NW), Bayern (BY), Baden-Württemberg (BW), Niedersachsen (NS), Hessen (HE), Rheinland-Pfalz (RP), Sachsen (SN), Berlin (BE), Schleswig-Holstein (SH), Thüringen (TH), Mecklenburg-Vorpommern (MV), Hamburg (HH), Saarland (SL), Bremen (HB), Quelle: Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (<https://www.statistik-bw.de/VGRdL/tbls/tab.jsp?rev=RV2014&tbl=tab20&lang=de-DE#tab04>)

Hinsichtlich der Berufsgruppen waren die meisten Befragungsteilnehmer/innen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter (40,7%), gefolgt von Psychologinnen und Psychologen (37,9%) und Pädagoginnen und Pädagogen (11,0%). Weitere 3,3% der Antwortenden waren Ärztinnen und Ärzte, 7,2% der Stichprobe ordneten sich einer anderen Berufsgruppe zu.

Als Schlüsselvariable für den Vergleich der unterschiedlichen Settings wurden die Angaben nach dem Versorgungsbereich, in dem die Befragten tätig waren, herangezogen. Aufgrund der vergleichsweise geringen Angaben für die Bereiche Jugend- und Familienhilfe inkl. Erziehungsberatung (n=111 bzw. n=28) wurden die beiden Bereiche zu einer Kategorie zusammengefasst. Anschließend erfolgte eine Analyse der unter „Sonstige“ getätigten Angaben (n=120), die durch Freitextangaben spezifiziert wurden. Meist wurde die Kategorie „Sonstige“ von niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern genannt, weshalb die Kategorie „Sozialpsychiatrischer Dienst“ erweitert wurde um den Bereich Psychiatrie allgemein. In Einzelfällen konnte eine Zuordnung zu den Bereichen Suchthilfe, Psychotherapie oder Jugend-/Familienhilfe vorgenommen werden. Nach der Editierung lagen die meisten Angaben aus der Suchthilfe (n=711; 47,8%), gefolgt von ambulanten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (n=488; 32,8%), Beschäftigten der Jugend-, Erziehungs- und Familienhilfe (n=159; 10,7%) und der (Sozial-)psychiatrischen Versorgung (n= 129; 8,7%) vor. Während im Bereich der ambulanten Psychotherapie Psychologinnen und Psychologen dominierten (82,6%), waren Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die am stärksten vertretene Gruppe in den Bereichen Suchthilfe (66,2%), Jugend- und Familienhilfe (43,4%) und auch in dem Feld (Sozial-)Psychiatrie (35,7%). Ärztinnen und Ärzte waren lediglich in dem Bereich (Sozial-)Psychiatrie mit 24,8% nennenswert vertreten. Die verschiedenen Versorgungssysteme unterschieden sich zudem deutlich hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl an Behandlungs-bzw. Beratungskontakten pro Angehörigen: in der Suchthilfe bzw. dem (Sozial-)Psychiatrischen Setting gaben 55% bzw. 56,8% der Behandlerinnen und Behandler an, dass Angehörige durchschnittlich maximal 3 Termine in Anspruch nehmen, während in der Psychotherapie 67% und in der Jugend- und Familienhilfe 19% von durchschnittlich mehr als 15 Gesprächskontakte berichtet wurde. Auch hinsichtlich der Art der Beziehung zwischen Angehörigen und Suchtkranken unterschieden sich die Versorgungssektoren signifikant (chi-square=293,39; p<.001): in der Jugend- und Familienhilfen waren 48,4% der Angehörigen Kinder, während es in der Psychotherapie 32,4% waren. Deutlich niedriger war der Anteil an Kindern in der (Sozial-)Psychiatrie mit 18,6% und der Suchthilfe mit 3,4%. Die Einordnung „Kinder“ war nicht beschränkt auf Minderjährige. Partner/innen fanden sich am häufigsten bei den Angehörigen in der Suchthilfe (56,5%), gefolgt von der (Sozial-)Psychiatrie mit 51,2% und der Psychotherapie mit 44,9%. Deutlich seltener waren Partner in der Jugend- und Familienhilfe vertreten (15,7%).

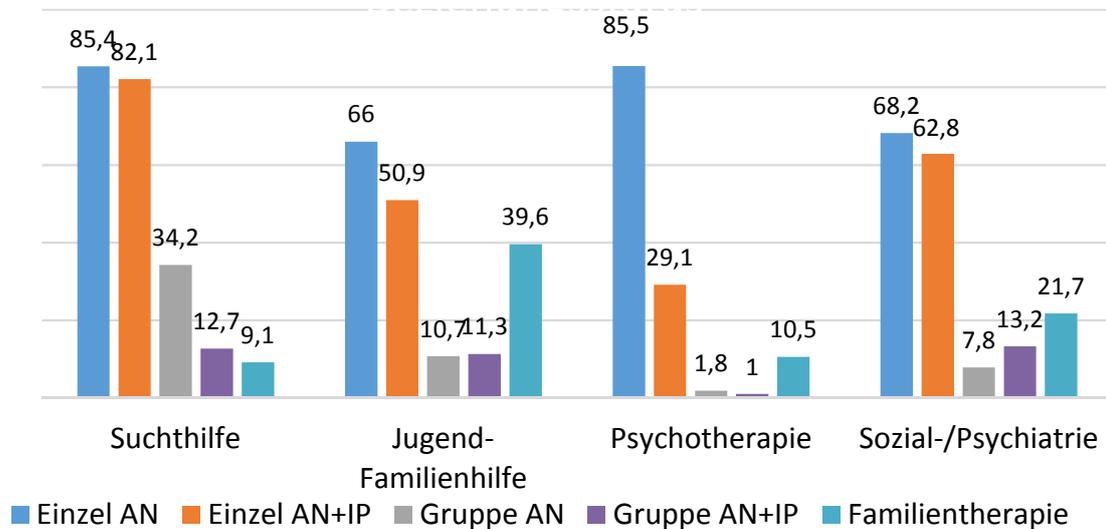
In Abbildung 3 finden sich die Angaben zum Anteil Angehöriger Suchtkranker unter den versorgten Patient/innen. Der Anteil an Angehörigen unterschied sich signifikant zwischen den Gruppen (Chi-square= 111,55; $p < .001$). Erwartungsgemäß finden sich besonders hohe Raten in der Suchthilfe und deutlich niedrigere Raten im psychotherapeutischen Bereich. Es zeigen sich aber über alle Versorgungsbereiche hinweg höhere Prävalenzen, als nach den Prävalenzschätzungen von ca. 10% aus der Allgemeinbevölkerung zu erwarten gewesen wäre.

Abbildung 3 Anteil Angehöriger Suchtkranker unter den behandelten Patienten



In Abbildung 4 sind die Angebote für Angehörige stratifiziert nach Versorgungsbereich dargestellt. Erwartungsgemäß dominieren in allen Versorgungsbereichen Einzelgespräche mit den Angehörigen, ggf. ergänzt um Gespräche mit der suchtkranken Person. Jugend- und Familienhilfe wie auch (Sozial-)Psychiatrische Versorgungsangebote weisen zusätzlich einen bedeutsamen Anteil an familientherapeutischen Angeboten auf, Angehörigengruppen finden sich maßgeblich im Rahmen der Suchthilfe.

Abbildung 4 Angehörigenbezogene Angebote in den Versorgungsbereichen in Prozent (Mehrfachantworten möglich)



In Abbildung 5 sind die Hauptgründe von Angehörigen, Versorgung in Anspruch zu nehmen, aus Sicht der Versorger dargestellt. Diese Variable wurde als forced-choice Item vorgegeben, d.h. hier war nur eine Antwort möglich. Die Antworten zeigen signifikante (Pearson chi-square=645,5, $P < .001$) Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen. Der Wunsch nach Verbesserung der eigenen Befindlichkeit, gefolgt von akuten Krisen und dem Wunsch nach Abgrenzung stellten primäre Gründe für die Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie dar, während in der Suchthilfe der Wunsch, dem Suchtkranken zu helfen sowie Verhaltenstipps für den Umgang mit dem Suchtkranken überwogen. In den beiden weiteren Settings zeigten sich heterogenere Einschätzungen der primären Behandlungsziele und eine vergleichsweise häufige Nennung von akuten Krisen als primären Grund für die Inanspruchnahme, der in der Jugend- und Familienhilfe mit 25% den am häufigsten genannten Behandlungs-/Beratungsanlass darstellte.

Abbildung 5 Hauptgründe für Angehörige, Versorgung in Anspruch zu nehmen

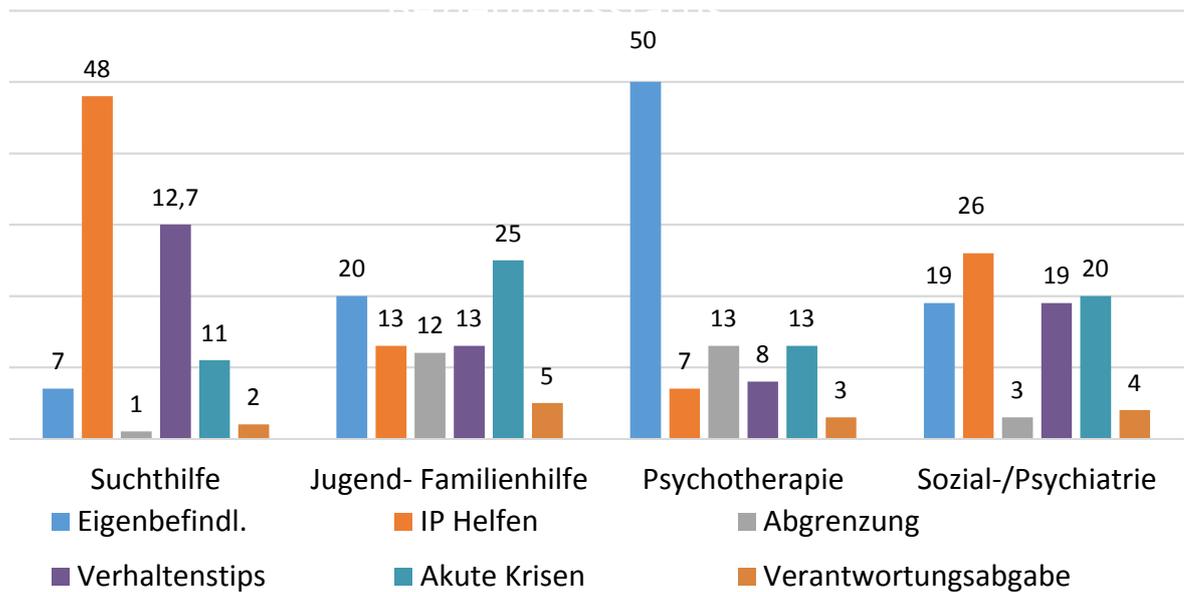
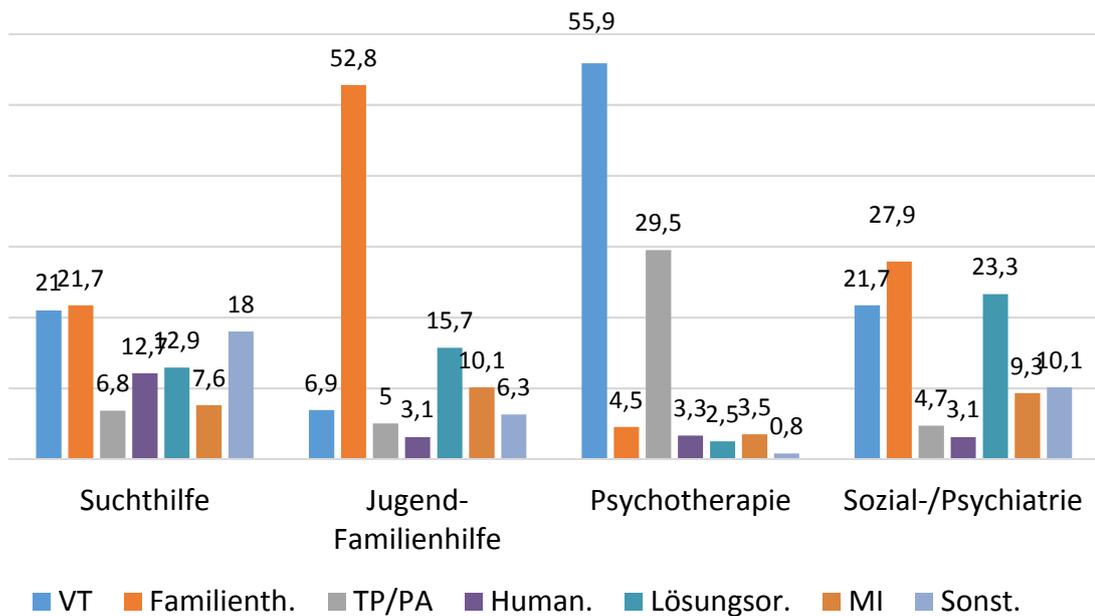


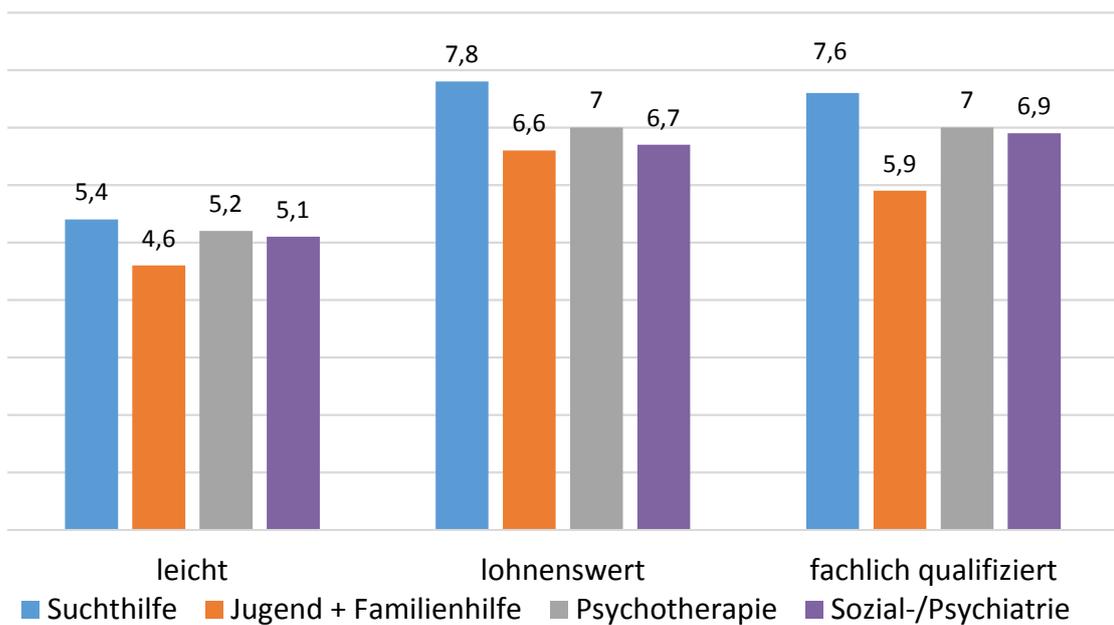
Abbildung 6 zeigt die Behandlungsschwerpunkte der Stichprobe. Als Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben Verhaltenstherapie (VT), Familientherapie (Familienther.), Humanistische Verfahren einschließlich Gesprächstherapie nach Rogers (Human.), Lösungsorientierte Verfahren (Lösungsor.), Motivational Interviewing (MI) und „Sonstige“. Erwartungsgemäß dominieren im Bereich der ambulanten Psychotherapie die von den Krankenkassen anerkannten Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse, während in den anderen Versorgungsbereichen Familientherapie eine höhere Relevanz besitzt. Die hohen Zustimmungsraten zu „sonstigen Verfahren“ erklären sich bei Betrachtung der Freitextangaben in ca. 80% der Fälle durch die Nennung einer Kombination verschiedener Verfahren.

Abbildung 6 Behandlungsschwerpunkte



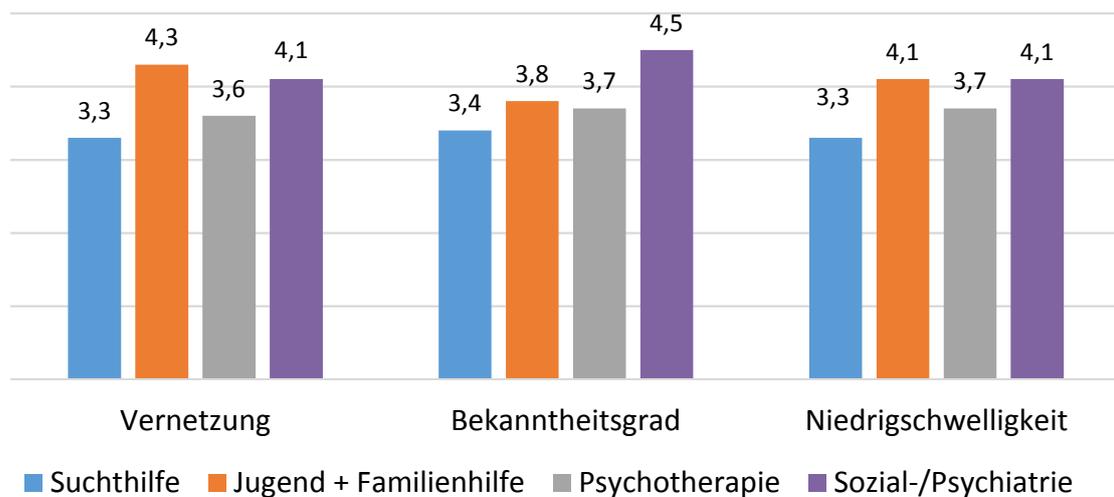
Die Bewertung von Angehörigenarbeit bei Suchterkrankungen aus Sicht der Versorger/innen ist in Abbildung 7 dargestellt. Angehörigenarbeit wird ein mittlerer Schwierigkeitsgrad zugeschrieben. Positiver eingeschätzt werden die Fragen nach der eigenen Qualifikation zur Durchführung von Angehörigenarbeit und ob Angehörigenarbeit lohnenswert sei. Die Bewertungen fallen bei der Suchthilfe besonders positiv aus, bei allen Variablen finden sich im Kruskal-Wallis-Test signifikante Gruppenunterschiede (alle $p < .001$).

Abbildung 7 Bewertung von Angehörigenarbeit aus Versorgersicht



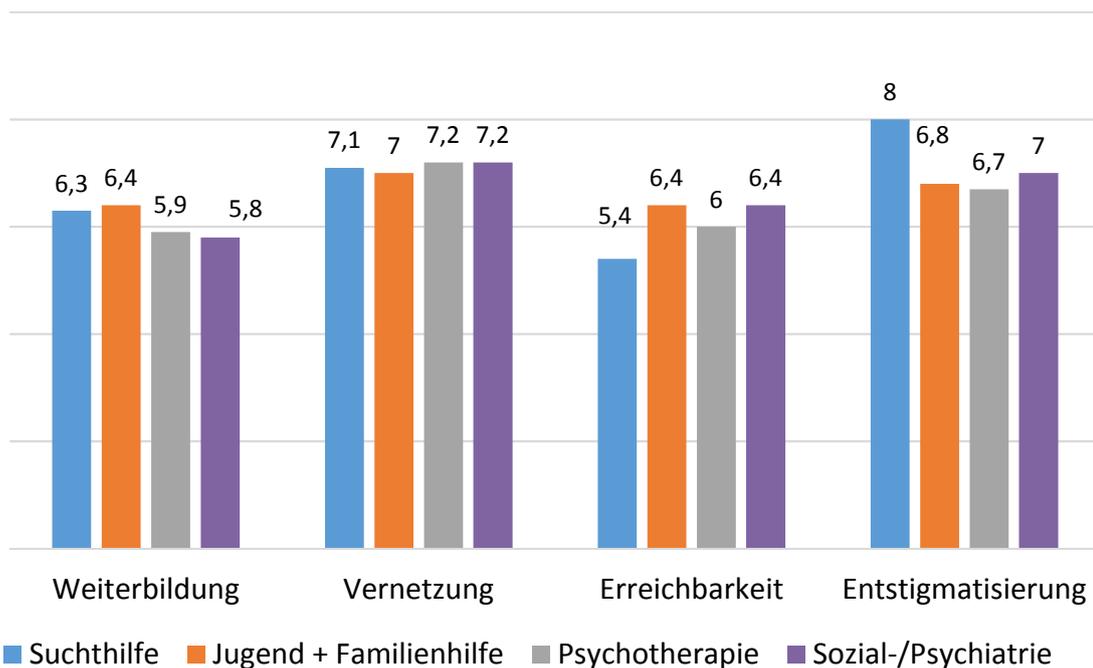
Wie aus Abbildung 8 hervorgeht, äußerten sich die Befragten eher kritisch hinsichtlich des derzeitigen Vernetzungs- und Bekanntheitsgrades Angehörigenbezogener Behandlungsangebote. Auch die Verfügbarkeit niedrigschwelliger Angebote wurde kritisch bewertet. Besonders kritisch wurden die Angebote seitens der Suchthilfe bewertet, bei allen Variablen finden sich im Kruskal-Wallis-Test signifikante Gruppenunterschiede (alle $p < .001$).

Abbildung 8 Zufriedenheit mit Versorgungsangeboten für Angehörige



Die Einschätzung möglicher Verbesserungsansätze für die Versorgung Angehöriger ist in Abbildung 9 dargestellt. Die Aspekte „Entstigmatisierung von Suchterkrankungen“ und „Verbesserung der Vernetzung“ fanden die höchsten Zustimmungsraten. Allerdings zeigten sich auch eher hohe Zustimmungswerte zu den Punkten Verbesserung von Weiterbildungsangeboten und Verbesserung der Erreichbarkeit von Angeboten für Angehörige. Hinsichtlich der Einschätzung des Verbesserungspotentials durch Vernetzung unterschieden sich die Gruppen nicht. Signifikante Gruppenunterschiede fanden sich im Kruskal-Wallis-Test bezüglich des Verbesserungspotentials durch Weiterbildung (besonders ausgeprägt bei der Jugend-/Familienhilfe und der Suchthilfe, $p = .018$) sowie bei der Erreichbarkeit (besonders niedrig bewertet von Vertretern der Suchthilfe; $p < .001$) und der Verbesserung durch Entstigmatisierung (besonders ausgeprägt bei der Suchthilfe, $p < .001$).

Abbildung 9 Einschätzung Verbesserungspotential



5. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

5.1. Diskussion der Ergebnisse

Die Analyse der Leitlinien und Positionspapiere ergab, dass in sämtlichen analysierten politischen Dokumenten Angehörige von Suchtkranken thematisiert wurden, wobei Kinder aus suchtbelasteten Familien den Schwerpunkt darstellten. Es zeigen sich zwischen den Dokumenten deutliche Unterschiede in dem Ausmaß, in dem das Thema Angehörige behandelt wird. Unter den analysierten Dokumenten zeichnet sich insbesondere die suchtpolitische Strategie der Landeshauptstadt München durch eine ausführliche Darstellung der Auswirkungen von Suchterkrankungen auf das soziale Umfeld aus. Hinsichtlich der Belastungsfaktoren Angehöriger wurden dementsprechend besonders Entwicklungsrisiken thematisiert, weiterhin wurden unmittelbare physische (in Zusammenhang mit Tabak) und soziale Risiken thematisiert. Psychische Auswirkungen wurden - wenn überhaupt - meist sehr allgemein mit dem Verweis auf die Belastung thematisiert, eine Bezugnahme auf psychische Belastungen, die u.a. durch die persönliche Bindung an die suchtkranke Person bedingt und in dem „Stress-Strain-Coping-Support-Modell“ zu Belastungsfaktoren Angehöriger (Orford et al., 2005) beschrieben sind, fehlt demgegenüber in den meisten Dokumenten. Eine Ausnahme stellte hierbei die suchtpolitische Strategie der Landeshauptstadt München dar, wobei auch dort die hohen Belastungen, denen nach neueren Forschungsergebnissen (z.B. Berndt et al.,

2017) die in der Selbsthilfe stark vertretenen Partner/innen und Eltern von Suchtkranken ausgesetzt sind, nicht explizit thematisiert werden.

Die Public-Health Relevanz der Thematik wird in einigen der Dokumente für Kinder aus Suchtfamilien dargestellt, mit Ausnahme der Münchner Strategie werden keine Aussagen zu der Gruppe der erwachsenen Angehörigen getroffen.

Hinsichtlich der möglichen Rolle von Angehörigen für Entstehung und Verlauf von Suchterkrankungen finden sich in den untersuchten Dokumenten primär Aussagen in Zusammenhang mit Fragen der Suchtprävention allgemein und bezüglich Interventionsansätzen bei suchtmittelgefährdeten Kindern und Jugendlichen. Insbesondere in Zusammenhang mit Kindern aus suchtbelasteten Familien, aber auch bezogen auf ihre Vorbildfunktion werden Angehörige in diesem Zusammenhang als möglicher Risiko- und Resilienzfaktor betrachtet.

Als Ressource für den Genesungsprozess bei bereits bestehenden Suchterkrankungen werden Angehörige ausschließlich im Rahmen der Münchner Leitlinien der Suchtpolitik erwähnt.

Bezüglich eigenständiger Beratungs- und Behandlungsbedarfe betonen die Dokumente übereinstimmend, dass sich die Angebote der Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe auch an Angehörige wenden. An konkreten Programmen für Angehörige werden Programme für Kinder wie „trampolin“ benannt, spezifische Programme für erwachsene Angehörige finden sich in keinem der analysierten Dokumente. Die Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung substanzbezogener Probleme wird lediglich in Hinblick auf Elterngespräche bei Kindern und Jugendlichen in Form von Interventionsangebote wie „Hart am Limit“ (HaLt) thematisiert.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass Leitlinien und Positionspapiere die Versorgungsrealität nur begrenzt abdecken. So wurden relevante Stellungnahmen wie z.B. die 2003 veröffentlichten „Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003b) vor dem Hintergrund der Einschlusskriterien nicht als eigenständige Strategie gewertet. Zugleich weisen entsprechende Stellungnahmen auf die Anerkennung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien hin. Weiterhin sind ermutigende neuere Entwicklungen in den Strategiepapieren nicht abgebildet. So zeigen die jährlichen Berichte der Drogenbeauftragten, dass in den letzten Jahren vermehrt Modellprojekte initiiert wurden und Themen wie z.B. Kinder aus suchtbelasteten Familien als Jahresschwerpunkt der Drogenbeauftragten 2017 in den Fokus genommen wurden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2017a). Sicherzustellen wäre hier insbesondere die nachhaltige Implementierung positiv evaluierter Konzepte (Arenz-Greiving & Kober, 2007).

Auffällig war bei den analysierten Dokumenten der Kontrast bezüglich der Erwähnung von Angehörigen zwischen suchtpolitischen Dokumenten und Psychiatrieplänen. In den

Psychiatrieplänen wurden Angehörige durchgehend als bedeutsame Ressource mit eigenen Belastungs- und Behandlungsbedarfen gewertet, was vor dem Hintergrund von Stress-Belastungskonzepten naheliegend erscheint. Die Differenz kann einerseits auf strukturelle Unterschiede zwischen den Versorgungssystemen, insbesondere in Hinblick auf die Betonung triologischer Strukturen unter expliziter Einbeziehung Angehöriger im psychiatrischen Versorgungskontext zurückgeführt werden. Andererseits erscheint auch denkbar, dass es sich hierbei um Folgen des lange vorherrschenden Modells der Co-Abhängigkeit und der gegenüber anderen psychischen Erkrankungen besonders ausgeprägten Stigmatisierung von Suchterkrankungen (Schomerus et al., 2011) handelt. Insgesamt weisen die Analysen zur Berücksichtigung angehörigenbezogener Themen darauf hin, dass eine stärkere Orientierung von Strategiepapieren und Leitlinien im Suchtbereich an der Darstellung von Angehörigen in Psychiatrieplänen wünschenswert erscheint.

Die Analyse der Behandlungsleitlinien zeigen, dass insbesondere für die Bereiche alkoholbezogene Störungen und Crystal-Meth-bezogene Störungen international verschiedene wirksame Konzepte der Angehörigenarbeit vorliegen bzw. dass die Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung der Suchtkranken als sehr wirksam -auch hinsichtlich einer Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus der Angehörigenanzusehen ist. Einschränkend ist jedoch zu bemerken, dass über das Suchthilfesystem nur ein kleiner Anteil aller Suchtkranker erreicht wird (z.B. Rumpf et al., 2000) und Interventionsangebote, die sich ausschließlich an Angehörige wenden, durch die Leitlinien nicht abgedeckt werden. Dementsprechend finden sich in den Leitlinien keine Ausführungen zu Behandlungsangeboten für die Majorität der mitbetroffenen Angehörigen, auch wenn international erste Übersichtsarbeiten zu angehörigenbasierten Interventionsansätzen vorliegen (Copello et al., 2005; Klostermann & O'Farrell, 2013; Roozen et al., 2010).

Die Expert/innenbefragung zu Versorgungsangeboten für Angehörige Suchtkranker ergab zum einen, dass Angehörige in allen erfassten Versorgungsbereichen gegenüber der Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert sind, was sich durch die erhöhte Morbidität dieser Gruppe erklären lassen dürfte. Die Daten zeigen, dass den unterschiedlichen Versorgungsbereichen unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte zugeordnet werden können. Erwartungsgemäß stellen Angehörige in der Suchthilfe den größten Anteil des Klientels dar. In Übereinstimmung mit Expert/innen- und Angehörigenbefragungen (Berndt et al., 2017) liegt ein Schwerpunkt der Unterstützungsbedarfe in diesem Bereich in der Unterstützung der suchtkranken Person, während in der psychotherapeutischen Versorgung die Verbesserung der Eigenbefindlichkeit und die Abgrenzung gegenüber dem Suchtkranken stärker gewichtet wurden. Die Befunde legen nahe, dass die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgt und unterschiedliche Schweregrade von Belastungen widerspiegelt. Insgesamt wurde die Arbeit mit Angehörigen in allen

Versorgungsbereichen tendenziell positiv eingeschätzt. Vertreterinnen und Vertreter der Jugend- und Familienhilfe stufen die Arbeit am schwierigsten ein, stufen sich am kritischsten hinsichtlich der eigenen Qualifikationen ein und benannten den stärksten Bedarf an Weiterbildung zu dem Thema. Auch wenn Vertreterinnen und Vertreter der Suchthilfe Angehörigenarbeit als besonders lohnenswert und sich als besonders qualifiziert einstufen, wurde auch hier ein großer Weiterbildungsbedarf angegeben. Das von den Suchthilfe als dem Versorgungsbereich mit dem höchsten Anteil an Angehörigen in der täglichen Praxis besonders häufig genannte Verbesserungspotential durch Entstigmatisierung dürfte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass Angehörige -wie auch an den Differenzen hinsichtlich der Primäranliegen ersichtlich- zu einem Zeitpunkt die Suchthilfe kontaktieren, an dem Schuld- und Schamgefühle noch eine besonders hohe Hürde darstellen. Von besonderer Relevanz wurde über alle Versorgungsbereiche hinweg die Verbesserung der Vernetzung gewertet. Da dieses Thema auch eine bedeutsame Rolle in den analysierten politischen Dokumenten darstellt, sind von einer Überarbeitung entsprechender Leitlinien und Positionspapiere Synergien mit der Versorgung zu erwarten.

Allerdings lassen die Ergebnisse der Versorgerbefragung nur eingeschränkt Aussagen für die gesamten Versorgungsbereiche zu. Ziel der Expert/innenbefragung war, einen Überblick zu Versorgungsangeboten für Angehörige Suchtkranker über verschiedene Versorgungssektoren hinweg zu erhalten. Während die unterschiedlichen Regionen in Deutschland vergleichsweise gut abgebildet werden konnten, ist zunächst einschränkend festzuhalten, dass die Repräsentativität der Daten nicht gesichert werden kann, da die Bereitschaft zur Teilnahme an der Online-Befragung wahrscheinlich von persönlichen Vorlieben für das Themenfeld beeinflusst wurde, wie sich in diversen positiven Freitext-Kommentaren bezüglich der Studie zeigte. Da der Fragebogen für sehr unterschiedliche Versorgungsbereiche konzipiert wurde, war mit der gewählten Operationalisierung ein gewisser Informationsverlust hinsichtlich der spezifischen Rahmenbedingungen der einzelnen Versorgungsbereiche verbunden. Eine genauere Spezifikation der Angebote mit Blick auf evidenzbasierte Konzepte der Angehörigenarbeit wie Multidimensionale Familientherapie (MDFT; Gantner & Spohr, 2011; Spohr et al., 2011) oder dem Community Reinforcement And Family Training (CRAFT; Bischof et al., 2012; Köster-Sommer & Pörtl-Knüppel, 2017; Smith & Meyers, 2009) hätte die Antwortvorgaben drastisch erhöht. In welchem Ausmaß die Verfahren beispielsweise unter Verhaltens- oder Familientherapie subsumiert wurden, ließe sich nur durch vertiefende Befragungen klären.

Insbesondere die Frage nach finanziellen Begrenzungen des Versorgungsangebotes für Angehörige erwies sich als ungünstig operationalisiert. Die Variable, die ohnedies nur für den öffentlich finanzierten Versorgungsbereich Geltung beanspruchen konnte, erwies sich im Vergleich zu den Freitextangaben als zu formalisiert, d.h. die Angaben deuten darauf hin, dass

formale Begrenzungen des Anteils an Angehörigen in der Regel nicht vorliegen, die Refinanzierung entsprechender Angebote jedoch oftmals unbefriedigend verläuft. Diese Einschätzung wird gestützt durch eine von der Deutschen Sektion der National Association for Children of Alcoholics (NACOA) durchgeführte Befragung von Anbietern verschiedener Interventionsansätze für Kinder aus suchtbelasteten Familien, die z.B. zu dem Schluss kommt, dass fehlende bzw. unzureichende Refinanzierung eine bedeutsame Barriere bei der Implementation entsprechender Angebote darstellt (Mielke, o.J.).

5.2. Gesamtbeurteilung

Wie in Kapitel 3 dargelegt, kam es zu Beginn der Studie zu Verzögerungen aufgrund der notwendigen Absprachen mit den internationalen Kooperationspartner/innen und später aufgrund der inhaltlich erforderlichen Anpassung der Expert/innenbefragung zu weiteren Verzögerungen im Zeitplan. Die Studie konnte dementsprechend erst mit einer Verzögerung von 2 Monaten abgeschlossen werden. Durch den Einsatz von Eigenmitteln konnte die Verlängerung kostenneutral gestaltet werden, sodass der Finanzierungsplan voll eingehalten werden konnte. Die zentralen angestrebten Ziele wurden voll erreicht, lediglich das angestrebte Zwischenziel einer nach dem CONSORT-Schema aufgebauten Literatursuche musste aus den in Kapitel 4.1 angeführten Gründen verworfen werden.

6. Gender Mainstreaming Aspekte

Die Inanspruchnahme von Hilfen durch Angehörige betrifft in besonders hohem Maße Frauen (insbes. Partnerinnen und Mütter), bei denen nach epidemiologischen Studien ein ausgeprägter Leidensdruck feststellbar ist. Epidemiologische Daten zeigen zudem, dass - wie auch aufgrund der geschlechtsspezifischen Differenzen hinsichtlich der Suchtprevalenz erwartbar ist- deutlich mehr Frauen als Männer in Partnerschaften mit suchtkranken Menschen leben. Eine verbesserte Berücksichtigung der Belastungen und Bedarfe erwachsener Angehöriger Suchtkranker und die explizite Thematisierung der Bedarfe von Partnerinnen würde demnach insbesondere das Empowerment dieser hochbelasteten Gruppe stärken.

Die politischen Dokumente und die Leitlinien wurden auch in Hinblick auf Genderaspekte analysiert. Hierbei war ersichtlich, dass die in der Literatur beschriebenen Genderdifferenzen in der analysierten Literatur mit Ausnahme der Münchener Suchtpolitischen Leitlinien nicht erwähnt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere Angehörige eine noch immer vernachlässigte Gruppe hinsichtlich Gender Mainstreaming im Suchtbereich darstellen (vgl. z.B. DHS, 2004; Ernst, 2010).

7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Ergebnisse von POLAS sollen international in Zusammenarbeit mit der projektbezogenen AFINet Arbeitsgruppe publiziert werden, sobald die Berichte der unterschiedlichen Länder vorliegen. Weitere Publikationen sollen in deutschsprachigen Suchtfachzeitschriften und ggf. in Fachzeitschriften für die Berufsgruppen der Jugend- und Familienhilfe sowie Psychotherapie-bezogenen Zeitschriften veröffentlicht werden. Zudem werden Ergebnisse auf dem Deutschen Suchtkongress 2018 und der 1. AFINet Konferenz im November 2018 in Newcastle-on-Tyne vorgestellt. Zur Verbreitung der Befunde sollen diese zudem in ein Memorandum „Angehörige von Suchtkranken“ integriert und über die Sucht-Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe) sowie über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen und die Landesstellen für Suchtfragen distribuiert werden.

8. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Die Analyse der Erwähnung von Angehörigen in politischen Dokumenten zu Sucht, Psychiatrie und Prävention zeigt Verbesserungspotential hinsichtlich der Berücksichtigung angehörigenspezifischer Themen für die Überarbeitung entsprechender Positionspapiere auf. Zugleich zeigen die Ergebnisse der Expert/innenbefragung den Stellenwert von Angehörigenarbeit in unterschiedlichen Settings hinsichtlich der Größe der Zielgruppe als auch aus der Sicht der Versorger/innen. Die Ergebnisse lassen sich für unterschiedliche Anwendungsfelder wie Politikgestaltung und Suchtforschung nutzen und beinhalten auch die Vernetzung der deutschen Suchtforschung im Angehörigenbereich mit einem internationalen Netzwerk. Daher ist das Verwertungspotenzial als hoch anzusehen.

Bezüglich des Transferpotentials ist von entscheidender Bedeutung, inwiefern die Projektergebnisse rezipiert und als Bezugspunkt für innovative Ansätze für Politik, Forschung und Versorgung herangezogen werden. Vor dem Hintergrund der geplanten Distribution der Ergebnisse ist insgesamt eine Nachhaltigkeit als wahrscheinlich anzusehen.

9. Literaturverzeichnis

- Arbeitskreis Suchtprävention Dresden. (2015). *Strategiepapier Suchtprävention in Dresden*. Retrieved from https://www.dresden.de/media/pdf/gesundheit/Sucht_Strategiepapier_2015_neu.pdf
- Arenz-Greiving, I., & Kober, M. (2007). *Metastudie Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit*. Retrieved from https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Kinder_suchtbelasteter_Familien_0705_31_Drogenbeauftragte.pdf
- AWMF. (2015). S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf
- AWMF. (2016). S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. (Second ed.). Geneva.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, F. u. F. (2007). *Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern*. Retrieved from [https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=eshop&DIR=eshop&ACTION=xSETVAL\(artdtl.htm,APGxNODENR:298956,AARTxNR:10010092,AARTxNODENR:336014,USERxBODYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMAS,AKATxNAME:StMAS,ALLE:x\)=X](https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=eshop&DIR=eshop&ACTION=xSETVAL(artdtl.htm,APGxNODENR:298956,AARTxNR:10010092,AARTxNODENR:336014,USERxBODYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMAS,AKATxNAME:StMAS,ALLE:x)=X)
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. (2015). Bayerischer Präventionsplan.
- Berndt, J., Bischof, A., Besser, B., Rumpf, H., -J., & Bischof, G. (2017). *Abschlussbericht Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker (BEPAS)*. Retrieved from Lübeck: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/171109_Abschlussbericht_BEPAS.pdf
- Bischof, G., Iwen, J., Müller, C. W., Bischof, A., & Rumpf, H. J. (2012). *Abschlussbericht Projekt „Psychosoziale Intervention bei Angehörigen von Personen mit chronischer Alkoholabhängigkeit“*. Retrieved from Lübeck: http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschluss01gx0702_craft_bischof.pdf
- Bogenschneider, K., Little, O., Ooms, T., Benning, S., & Cadigan, K. (2012). *The family impact rationale. An evidence base for the Family Impact Lens*. Madison, WI.: Family Impact Institute.
- Bogenschneider, K., Little, O. M., Ooms, T., Benning, S., Cadigan, K., & Corbett, T. (2012). The Family Impact Lens: A Family-Focused, Evidence-Informed Approach to Policy and Practice. *Family Relations*, 61(3), 514-531. doi:10.1111/j.1741-3729.2012.00704.x
- Bottlender, M., Köhler, J., & Soyka, M. (2006). Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. *Fortschr Neurol Psychiat*, 74, 19-31.
- 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.
- Copello, A. G., Velleman, R. D., & Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev*, 24(4), 369-385. doi:10.1080/09595230500302356
- 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.
- DGPPN. (2012). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin Heidelberg: Springer.
- DHS. (2004). *DHS-Grundsatzpapier Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten* Retrieved from http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/gender.pdf

- DHS. (2014). *Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland*. Retrieved from http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2014-08-27_DHS-Systemanalyse_Finale_01.pdf
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2003a). *Aktionsplan Drogen und Sucht*. November 2003. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2003b). *Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien*. Retrieved from http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Kinder_aus_Suchtfamilien/10_Eckpunkte_2003.pdf
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2012). *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik*. Retrieved from https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2017a). *Drogen- und Suchtbericht. Juli 2017*. Retrieved from https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2017/2017_III_Quartal/Drogen-und_Suchtbericht_2017_V2.pdf
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2017b). *Kinder aus suchtbelasteten Familien*. Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/Broschuere_Kinder_aus_suchtbelasteten_Familien.pdf
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesärztekammer (BÄK), & DGPPN. (2016). *S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Effertz, T. (2015). *Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Effertz, T. (2017). Kinder aus Suchtfamilien: die ökonomische Dimension eines kaum beachteten Problems. *Frühe Kindheit - die ersten sechs Jahre: Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V.. Thema: Substanzmittelmissbrauch in der Schwangerschaft und die Folgen für die Kinder*, 20, 35-41.
- Ernst, M. L. (2010). Gender Mainstreaming in der Suchthilfe. *Public Health Forum*, 18, 10-11. doi:10.1016/j.phf.2010.03.006
- Falkai, P., & Wittchen, H. U. (Eds.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Gantner, A., & Spohr, B. (2011). Multidimensionale Familientherapie (MDFT) in der Praxis: Therapeutische Erfahrungen mit jugendlichen Cannabisabhängigen und ihren Familien. *Sucht*, 56, 71-76.
- Gesundheitsamt Köln. (2016). *Kölner Suchtbericht 2016 - Sachstand und Ausblick*. Retrieved from https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf53/koelner_suchtbericht_2016.pdf
- Gomes de Matos, E., Kraus, L., & Piontek, D. (2015). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Schätzung der Anzahl Angehöriger von substanzabhängigen Personen in Deutschland*. Retrieved from München:
- Groenewald, C., & Bhana, A. (2016). Substance abuse and the family: An examination of the South African policy context. *Drugs, Education, Prevention and Policy*, 25(2), 148-155. doi:10.1080/09687637.2016.1236072
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. (2017). *Fünfter Suchtbericht für das Land Hessen*.
- Holder, H. D., & Blose, J. O. (1986). ALCOHOLISM-TREATMENT AND TOTAL HEALTH-CARE UTILIZATION AND COSTS - A 4-YEAR LONGITUDINAL ANALYSIS OF FEDERAL-EMPLOYEES.

- Jama-Journal of the American Medical Association*, 256(11), 1456-1460.
doi:10.1001/jama.256.11.1456
- Klein, M. (2004). Psychosoziale Aspekte des Risikoverhaltens Jugendlicher im Umgang mit Suchtmitteln. *Gesundheitswesen*, 66, 56-60. doi:10.1055/s-2004-812769
- Klein, M., & Bischof, G. (2013). Editorial: Angehörige Suchtkranker – Der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells. *Sucht*, 59, 65-68.
- Klein, M., Bröning, S., & Moesgen, D. (2013). *Kinder aus suchtblasteten Familien stärken. Das "Trampolin"-Programm*. Bern: Hogrefe.
- Klostermann, K., & O'Farrell, T. J. (2013). Treating substance abuse: partner and family approaches. *Soc Work Public Health*, 28(3-4), 234-247. doi:10.1080/19371918.2013.759014
- Köster-Sommer, M., & Pörtl-Knüppel, A. (2017). Praxiserfahrungen in der Arbeit mit Angehörigen bei der Umsetzung des Community Reinforcement And Family Training (CRAFT) in einer Suchtberatungsstelle. *Suchttherapie*, 18, 196-199. doi:10.1055/s-0043-118707
- Lachner, G., & Wittchen, H. U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H. Watzl & B. Rockstroh (Eds.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (pp. 43-89). Göttingen: Hogrefe.
- Landeshauptstadt München Referat für Gesundheit und Umwelt. (2010). *Leitlinien der Suchtpolitik der Landeshauptstadt München*. Retrieved from <https://www.muenchen.de/rathaus/dam/jcr:ed6a8a14.../Leitlinie%20Suchtpolitik.pdf>
- Lange, C., Manz, K., Varnaccia, G., & Zeiger, J. (2016). *Abschlussbericht Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien*. Retrieved from Berlin:
- Mielke, H. (o.J.). *Ein Netz mit weiten Maschen. Hilfeangebote für Kinder aus suchtblasteten Familien sind rar - doch es gibt sie*. Retrieved from <http://www.nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/ein%20netz%20mit%20weiten%20maschen.pdf>
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung Familien und Senioren Baden-Württemberg. (2010). *Grundlagenpapier Suchtprävention in Baden-Württemberg*. Retrieved from https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/msm/intern/downloads/Downloads_Sucht/Grundlagenpapier_Suchtpraevention_BW_2010.pdf
- Ministerium für Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter des Landes NRW. (2015a). *Aktionsplan gegen Sucht NRW*. Retrieved from http://www.landesstellesucht-nrw.de/tl_files/images/pages/Aktionsplan%20gegen%20Sucht/Aktionsplan%20gegen%20Sucht_PDFUA.pdf
- Ministerium für Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter des Landes NRW. (2015b). *Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen*. Retrieved from http://www.landesstellesucht-nrw.de/tl_files/images/pages/Aktionsplan%20gegen%20Sucht/Landeskonzept%20gegen%20Sucht_PDFUA.pdf
- Ministerium für Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter des Landes NRW. (2017). *Landespsychiatrieplan NRW*. Retrieved from <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/staatskanzlei/landespsychiatrieplan-nrw/2666>
- Ministerium für Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter des Landes NRW. (o.J.). *Handlungskonzept der Landesinitiative zu "Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW"*. Retrieved from https://www.praeventionskonzept.nrw.de/media/pdf/Psyche_Kinder/Handlungskonzept_der_Landesinitiative.pdf
- Ministerium für Soziales Gesundheit Frauen und Familie Thüringen. (2017). *Thüringer Leitfaden zum Thema "Crystal Meth"*. Retrieved from https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheit/suchtpraevention/thueringer_leitfaden_crystal_meth.pdf

- Muche-Borowski, C., & Kopp, I. (2015). Medizinische und rechtliche Verbindlichkeit von Leitlinien. *Z Herz-Thorax-Gefäßschir*, 29, 116-120.
- Obert, J. L., McCann, M. J., Marinelli-Casey, P., Weiner, A., Minsky, S., Brethen, P., & Rawson, R. (2000). The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 157-164. doi:10.1080/02791072.2000.10400224
- Office, H. (2017). 2017 Drug Strategy.
- 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., 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.
- Perngarn, U., Limanonda, B., Aramrattana, A., Pilley, C., Areesantichai, C., & Taneepanichskul, S. (2011). Methamphetamine dependence treatment rehabilitation in Thailand: a model assessment. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(1), 110-117.
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 141-146. doi:10.1097/XEB.0000000000000050 [doi]
- Pfeiffer-Gerschel, T., Dammer, E., Piontek, D., Schulte, L., Friedrich, M., & Bartsch, G. (2017). *DEUTSCHLAND Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017)*. Retrieved from München: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017/WB_03_Drogen_Germany_DE.pdf
- Prognos AG. (2008). *Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am Limit“*. Retrieved from Basel: http://www.halt.de/files/halt/pdf/halt-projekt_endbericht.pdf
- 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., 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
- Rossov, I., Felix, L., Keating, P., & McCambridge, J. (2016). Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug Alcohol Rev*, 35(4), 397-405. doi:10.1111/dar.12319
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G., & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie [Utilization of professional help of individuals with alcohol dependence or abuse: findings from the TACOS population study]. *Sucht*, 46, 9-17.
- Saarländische Landesstelle für Suchtfragen. (2016). *Suchtprävention im Saarland*. Retrieved from https://www.landesstelle-sucht-saarland.de/pdf/SuchtpraeventionimSaarland_Leitsaetze.pdf
- 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.
- Salize, H. J., Jacke, C., Kief, S., Franz, M., & Mann, K. (2013). Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. *Addiction*, 108(1), 62-70. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04002.x
- Schmidt, P., Kohler, J., & Soyka, M. (2008). Evidence-based treatments in the inpatient rehabilitation of alcoholics - Results of a representative survey in German clinics for drug addiction. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, 76(2), 86-91. doi:10.1055/s-2007-1016431

- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112. doi:10.1093/alcalc/agq089
- Senatsverwaltung für Gesundheit Umwelt und Verbraucherschutz Berlin. (2006). *Leitlinien der Suchtprävention im Land Berlin* Retrieved from <https://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/assets/service/leitlinien.pdf>
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2009). *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Spoehr, B., Gantner, A., Bobbink, J. A., & Liddle, H. A. (2011). *Multidimensionale Familientherapie: Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz Freistaat Sachsen. (2014). 2. Sächsischer Drogen- und Suchtbericht.
- Stadt Leipzig Dezernat Jugend Gesundheit und Schule. (2013a). Konzept der Leipziger Sucht- und Drogenpolitik 2014-2019. Retrieved from https://www.leipzig.de/fileadmin/mediendatenbank/leipzig-de/Stadt/02.5_Dez5_Jugend_Soziales_Gesundheit_Schule/53_Gesundheitsamt/Sucht/Konzept_der_Leipziger_Sucht-_und_Drogenpolitik_2014_01.pdf
- Stadt Leipzig Dezernat Jugend Gesundheit und Schule. (2013b). *Sucht- und Drogenpolitische Leitlinien der Stadt Leipzig*. Retrieved from https://www.leipzig.de/fileadmin/mediendatenbank/leipzig-de/Stadt/02.5_Dez5_Jugend_Soziales_Gesundheit_Schule/53_Gesundheitsamt/Sucht/Suchthilfe/Drogenpolitische_Leitlinien_2013.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA. (2006). *Counselor's Treatment Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders*. (Vol. DHHS Publication No. (SMA) 07-4152). Rockville, MD: SAMHSA.
- Uhl, A., & Puhm, A. (2007). Co-Abhängigkeit - ein hilfreiches Konzept? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 30, 13-20.
- Velleman, R. (2010). The policy context: Reversing a state of neglect. *Drugs: education, prevention, and policy*, 17, 8-35.
- 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.
- Weissinger, V., & Schneider, R. (2006). Leitlinien und ihre Bedeutung für die Suchthilfe in Deutschland: Statement des Fachverbandes Sucht e.V. *Sucht aktuell*, 13, 4-7.
- Whalen, T. (1953). WIVES OF ALCOHOLICS - 4 TYPES OBSERVED IN A FAMILY SERVICE AGENCY. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 14(4), 632-641.

10. Anhang

Onlinebefragung: Anschreiben

[Begrüßung] [Anrede] [Titel] [Name],

die Universität zu Lübeck führt derzeit mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit eine Studie zur Versorgungssituation von Angehörigen Suchtkranker durch. Hierfür möchten wir Kolleginnen und Kollegen, die in unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkten in den vergangenen 12 Monaten mit mindestens einem/einer Angehörigen von Suchtkranken gearbeitet haben bitten, einen kurzen Fragebogen auszufüllen, in dem vorhandene Versorgungsangebote und Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung aus Ihrer Sicht erfasst werden. Das Ausfüllen des Online-Fragebogens nimmt erfahrungsgemäß weniger als 5 Minuten in Anspruch. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, sind wir dabei auch auf Ihre Unterstützung angewiesen.

Den Fragenbogen finden Sie unter www.dia-net.com/polas/.php [Angehörigenstudie-Lübeck]

Bei Fragen kontaktieren Sie uns gerne per Mail oder telefonisch von Montag bis Freitag zwischen 09:00 und 16:00 Uhr unter 0451 / 500 - 98752 (Projektleiter Dr. Gallus Bischof).

Sollten Sie, trotz unseres Versuches, dies zu vermeiden, diese Mail mehrfach erhalten haben, bitten wir, dies zu entschuldigen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Gallus Bischof, M.Sc. Bettina Besser, Dr. Anja Bischof, M.Sc. Dominique Brandt und PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf

Forschungsgruppe S:TEP

Universität zu Lübeck

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

ZIP - Zentrum für Integrative Psychiatrie

Ratzeburger Allee 160

D-23538 Lübeck

Tel. 0049-451-500-98752

Fax. 0049-451-500-98754

Email: info.angehoerige.luebeck@uksh.de



Durchführung der Onlinebefragung: Instruktion und Fragen

Studie Angehörige von Suchtkranken: Behandlungsangebote und Versorgungsdefizite

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an unserer Befragung zum Themenfeld „Angehörige von Suchtkranken“ teilzunehmen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre persönliche Erfahrung in der Behandlung von Angehörigen Suchtkranker. Denken Sie dabei an Ihre derzeitige Arbeitsstelle und an die letzten 12 Monate. Auch wenn die Antwortvorgaben im Einzelfall nicht zu 100% auf Sie zutreffen sollten, wählen Sie bitte die Antwort aus, die am ehesten auf Sie zutrifft.

1. In welchem Versorgungsbereich sind Sie tätig?
 - a) Suchthilfe (Beratungsstelle, Fachambulanz etc.)
 - b) Jugendhilfe
 - c) Familienhilfe
 - d) Niedergelassene/r Psychotherapeut/in
 - e) Sozialpsychiatrischer Dienst
 - f) Andere (FREITEXT)

2. Welchen beruflichen Hintergrund haben Sie?
 - a) Psychologe/in
 - b) Arzt/Ärztin
 - c) Sozialarbeiter/in
 - d) Pädagoge/Pädagogin
 - e) Sonstige, nämlich (FREITEXT)

3. In welchem Bundesland sind Sie tätig?
 - a) Baden-Württemberg
 - b) Bayern
 - c) Berlin
 - d) Brandenburg
 - e) Bremen
 - f) Hamburg
 - g) Hessen
 - h) Mecklenburg-Vorpommern
 - i) Niedersachsen
 - j) Nordrhein-Westfalen
 - k) Rheinland-Pfalz
 - l) Saarland
 - m) Sachsen
 - n) Sachsen-Anhalt
 - o) Schleswig-Holstein
 - p) Thüringen

4. Wie hoch ist in etwa der Anteil an Angehörigen von Suchtkranken bei Ihren Klienten?
- a) Unter 5%
 - b) 5-10%
 - c) 10-20%
 - d) 20-50%
 - e) Über 50%
5. Wie viele Termine erhalten Angehörige von Suchtkranken bei Ihnen im Durchschnitt?
- a) 1 Termin
 - b) 2-3 Termine
 - c) 4-5 Termine
 - d) 6-15 Termine
 - e) Mehr als 15 Termine
6. Wie viele Termine wenden Sie durchschnittlich während der gesamten Behandlung für die Bearbeitung der häuslichen Suchthematik im Vergleich zu individuellen Themen auf?
- a) 1 Termin
 - b) 2-3 Termine
 - c) 4-5 Termine
 - d) 6-15 Termine
 - e) Mehr als 15 Termine
7. Gibt es seitens Ihres Kostenträgers/Ihrer Geschäftsführung eine Begrenzung der für Angehörigenarbeit zur Verfügung stehenden Arbeitszeit?
- a) Nein/trifft nicht zu
 - b) Ja, max. 10% der Arbeitszeit
 - c) Ja, max. 20% der Arbeitszeit
 - d) Ja, aber mehr als 20% der Arbeitszeit
8. In welcher Beziehung stehen die von Ihnen behandelten Angehörigen zu dem Suchtkranken?
- a) Hauptsächlich Partner/innen
 - b) Hauptsächlich Eltern
 - c) Hauptsächlich Kinder
 - d) Hauptsächlich Andere, nämlich (FREITEXT)
9. Um welche Suchtform handelt es sich **bei der Mehrheit** der behandelten Angehörigen? (nur eine Antwort)
- a) Alkohol
 - b) Cannabis
 - c) Opiate
 - d) Kokain/Stimulanzien
 - e) Glücksspiel
 - f) Medikamente
 - g) Andere, nämlich (FREITEXT)

10. Bei wieviel Prozent der von Ihnen behandelten Angehörigen befanden sich die Suchtkranken während der Behandlung selbst in suchtspezifischer Behandlung (Beratung, Therapie etc.)?

- a) Unter 5%
- b) 5-10%
- c) 10-20%
- d) 20-50%
- e) Über 50%

11. In welchem Setting arbeiten Sie mit Angehörigen? (Mehrfachantworten möglich)

- a) Einzelsetting ohne den Suchtkranken
- b) Einzel- bzw. Paarsetting zusammen mit dem Suchtkranken
- c) Gruppensetting mit anderen Angehörigen
- d) Gruppensetting mit Angehörigen und Suchtkranken
- e) Familientherapie
- f) Sonstige (FREITEXT)

12. **Was ist der Hauptgrund** für Behandlungsaufnahme aus Sicht der Angehörigen? (nur eine Antwort)

- a) Verbesserung der eigenen Befindlichkeit
- b) Wunsch, dem Suchtkranken zu helfen
- c) Abgrenzung/Trennung
- d) Wunsch, alltagsnahe Anleitung zum Umgang mit dem Suchtkranken zu erhalten
- e) Akute Krisen
- f) Abklärung, ob überhaupt eine Abhängigkeit vorliegt
- g) Wunsch, Verantwortung abzugeben
- h) Andere (FREITEXT)

13. Wie schwierig/leicht finden Sie persönlich die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken?

Schwierig 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 Leicht

14. Wie fachlich qualifiziert fühlen Sie sich persönlich für die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken?

Wenig qualifiziert 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 Sehr qualifiziert

15. Wie frustrierend/lohnenswert finden Sie persönlich die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken?

Frustrierend

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Lohnenswert

16. Nach welchem Behandlungskonzept arbeiten Sie schwerpunktmäßig mit Angehörigen?

- a) Verhaltenstherapie
- b) Familientherapie
- c) Tiefenpsychologisch/ analytisch fundierte Therapie
- d) Humanistische Therapie (inkl. Gesprächstherapie)
- e) Lösungsorientierte Therapie
- f) Andere, nämlich (FREITEXT)

17. Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Aspekten in Hinblick auf die Versorgung Angehöriger Suchtkranker?

a) Vernetzung des Hilfesystems (Arztpraxen, Behörden, Beratungsstellen etc.)

sehr unzufrieden

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

sehr zufrieden

b) Bekanntheitsgrad spezifischer Angebote für Angehörige (Selbsthilfe, Therapieangebote etc.)

sehr unzufrieden

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

sehr zufrieden

c) Verfügbarkeit niedrigschwelliger Angebote

sehr unzufrieden

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

sehr zufrieden

18. Was würde aus Ihrer Sicht die Versorgung Angehöriger verbessern können?

a) Besseres Weiterbildungsangebot für Fachkräfte

Kein Verbesserungspotential

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Hohes Verbesserungspotential

b) Bessere Vernetzung der unterschiedlichen Hilfesysteme

Kein Verbesserungspotential

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Hohes Verbesserungspotential

c) Bessere räumliche/zeitliche Erreichbarkeit von Angeboten (z.B. Abends, am Wochenende)

Kein Verbesserungspotential

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Hohes Verbesserungspotential

d) Entstigmatisierung von Suchterkrankungen

Kein Verbesserungspotential

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Hohes Verbesserungspotential

AFINet Project 2 – Country policies and practices regarding AFMs

An analysis of the current German National Strategy on Drug and Addiction Policy, February 2012.

SUMMARY CONCLUSION

The National Strategy on Drug and Addiction Policy was adopted in 2012 by the Federal Cabinet as an ongoing strategy with no specified end date. Since it replaced the National Strategy launched in 2005, it is likely that a new Strategy will be adopted in the upcoming legislative period.

The German National Strategy on Drug and Addiction Policy aims to help individuals avoid or reduce their consumption of licit substances (alcohol, tobacco and psychotropic pharmaceuticals) and illicit substances, as well as addictive behaviours (e.g. pathological gambling). The strategy is comprehensive and based on four pillars: (i) prevention; (ii) counselling, treatment and help in overcoming addiction; (iii) harm reduction measures; and (iv) supply reduction. It covers six distinct areas: (i) alcohol; (ii) tobacco; (iii) prescription drug addiction and prescription drug abuse; (iv) pathological gambling; (v) online/media addiction; and (vi) illegal drugs. Each of the six areas contains a set of goals and measures for the implementation of the strategy. The document is available in English under [https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-](https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung_EN.pdf)

[dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung_EN.pdf](https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung_EN.pdf)

The document contains few mention of families: I found separate mentions of family/families/carers/children/partner in 16 different sections, however, almost all of them being unspecific and general. Specific programmes or interventions are rarely mentioned and restricted to programs that have been developed in Germany and have been tested in field projects funded by the German Ministry of Health. No reference is made to internationally established interventions for CSOs. The emphasis is more strongly on children of alcoholics compared to adult family members. In most sections, the role of family members (especially parents) for preventing substance misuse (in contrast to family members of individuals already suffering from addiction) is focused.

Since addiction counselling in Germany is mainly financed by communal structures, we decided to analyse regional strategies as well in order to get a more fine-grained picture from the view of institutions associated with treatment. So far, we have found one example (Drug strategy of the City of Munich) that strongly emphasized the role and needs of family members, indicating that there is substantial variance in the significance family members are referred to.

Families are mentioned throughout the document

We found 16 separate mentions of family/families/carers/children/partner (see Extracts 1 – 16 below), including one sub-sections, headed “Individuals and Addiction: Children from families with a history of addiction”. No reference is made to family members in the sections dealing with pathological gambling

and addiction to prescription drugs, with regard to illegal drugs only damage to “society as a whole” is mentioned.

Children are most often the focus

Although families are therefore mentioned a number of times, it is mostly children who are the focus (e.g. Extracts 4, 8, 11, 15, 16).

References to families and children are often general, bland and unspecified

When affected families and children are mentioned, references to their needs for help and support are often general and bland with relatively little mention of specified projects, programmes or interventions (e.g. Extracts 1, 8). No specific treatment programs are mentioned for affected family members in their own right, the only reference made to help offers deals with – again very unspecific-Addiction self-help (Extract 7). Treatment programs aiming to improve the well being of family members are restricted to programs for Children from families with a history of addiction; here, two National programs (Modular Prevention Concept for Children from Families with Addiction Histories and the National Centre for Early Assistance) are mentioned. Like in the UK document, that stands in contrast to specific mentions of projects, programmes or interventions in other parts of the document where families and children are not mentioned. For example, under Illegal Drugs several programs are mentioned aiming at young drug users like “Quit the shit”, CANDIS, CANStop and INCANT (p.51) or Early Intervention Program with First-Offence Drug Consumers (FreD).

In other instances, families are mentioned as relevant models in the context of the prevention of drug/alcohol misuse (e.g. Extracts 5, 9, 10, 12) or in the context of tobacco smoking with regard to physical effects of second-hand smoke (e.g. Extracts 6, 10, 11, 16).

Reference to the suffering of family members is only made in a very broad sense, only once explicitly mentioning the “personal misfortune” for family members associated with addiction (Excerpt 1) and in the Section on Illegal Drugs referring to negative consequences to others, there referred to as “society as a whole” with no specific mention of family members (Extracts 14, 15).

However, in the Section “Cornerstones for the Formulation of Drug and Addiction Policy – Where do we want to go?” it is mentioned that – among others- relatives can play a key role in assisting recovery attempts and it is stated that people with direct contact to the individual suffering from addiction „are (...) the most important starting point for our assistance-oriented drug and addiction policy“ (Excerpt 2), which might be a positive outlook for the future.

Document extracts which mention family/families/carers/children/partner

Introduction/Preamble:

Extract 1: “Addiction is linked to personal misfortune. It affects not only the addicts, but also their family members, friends and co-workers. Dependency is a serious chronic illness, which can lead to considerable health problems and premature death. „

„Part 1: Cornerstones for the Formulation of Drug and Addiction Policy – Where do we want to go?“

Extract 2: p.12 “Focus on the individual”: “In order to prevent addiction and to help people suffering from addiction, it is necessary to take people’s overall living situations into consideration. We must discover their backgrounds, their addictions and the individual help required, in order to determine where we to begin offering help. “ (...) “In addition, we also need people who are willing to help. Nothing can take the place of direct contact between someone suffering from addiction and other people, regardless of whether they are doctors, pharmacists, addiction service workers, psychologists,

psychotherapists or **relatives**. They are, therefore, the most important starting point for our assistance-oriented drug and addiction policy.“

Extract 3: p.12: “In order to ensure that children and adolescents have the necessary resources at their disposal, and are able to say no to tobacco, alcohol and drugs, measures to prevent addiction and promote health must support disadvantaged children and adolescents with targeted programmes in close cooperation with schools, **family** and youth services and parental and family counselling. „

Extract 4 p.15: „Consistently Establishing Gender Sensibility“: Pregnant women are an important target group for prevention efforts. Many women begin to reconsider their consumption patterns when facing pregnancy and thus embark on new paths. By the same token, the continued consumption of alcohol, tobacco or prescription drugs during pregnancy involves risks for the unborn child. The consumption of addictive substances during pregnancy has considerable effects on every woman and her child. It is therefore our goal to specifically address pregnant women whose consumption threatens to become problematic.

Extract 5 p.15: „Targeting Research“: [Internet Addiction]: Along with clinical and therapeutic aspects, it is also a question of developing educational and pedagogical media approaches to prevention, as well as discovering possible connections between excessive computer and Internet use and family interaction.

Extract 6 p.16: „Legislation where necessary“: When an individual is injured or endangered as a result of the health-threatening behaviour of others, legal measures, such as those to protect non-smokers, are imperative. The state is responsible for ensuring the protection of children and adolescents through legal regulations, when other measures are insufficient in providing effective protection.

Extracts 7 : p.17: (Enhance Addiction self-help: “Self-help facilities breathe life into our ideal of helping people to help themselves in overcoming addiction. The help they offer is directed at addicts before, during and after therapy, **as well as their relatives and friends**. „

„Part 2: Sub-Areas of the National Strategy“

Alcohol

Extract 8: p. 19: Sub-section “Individuals and Addiction: Children from families with a history of addiction“: „In Germany, as many as 2.6 million children and adolescents under the age of 18 are affected by the alcohol addiction of a father, a mother, or both parents. Approx. 30,000 children have parents who are addicted to illegal drugs. These children have a much higher risk of developing a substance-related disorder during the course of their lives. Over 30% of the children from families with addiction histories will suffer from addiction themselves – usually early in their lives. Because addiction is still a stigmatised disease, and seen as a sign of weakness, failure, or even as a disgrace, it is difficult for those who are involved to admit to an addiction problem. As a result of the concerted efforts of all family members to create the impression that nothing is wrong, children often do not receive adequate help or support from external sources. The Federal Ministry of Health supported the development and testing of a Modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtblasteten Familien (Modular Prevention Concept for Children from Families with Addiction Histories) (www.projekt-trampolin.de) during a three-year project completed in 2011. The multi-centre study was conducted at 16 project locations in a total of ten Länder and assesses the effectiveness of a modular group programme for 8- to 12-year-old children from families with addiction histories under various structural and local framework conditions using standardised measuring instruments in the case of

both the children and their parents. Parent training is integrated into the prevention measures. The goal of the project is to reduce the psychological strain on children from families with addiction histories, enhance their capacity to deal with various situations and to achieve a long-term increase in the children's resources and resistance. The presentation of the findings will enable us to assess the possibility of reaching the target group and the effectiveness of these measures. Based on these results, the federal government will consider the transfer of these measures. Within the context of the work of the Nationales Zentrum Frühe Hilfen (National Centre for Early Assistance), which was established, in part, in reaction to the tragic death of a child whose parents were addicted to opiates and were receiving substitute substances, all aspects that can contribute to discovering threats to the welfare of a child and to offering help to those affected on time are considered. One of the numerous model projects that test approaches to this problem is specifically dedicated to children from families with addiction histories and/or children of parents with psychological disorders. „

Measures (recommended):

- Development of evidence-based recommendations for parents on how to deal with their children's consumption of alcoholic beverages
- Study on preventive measures related to alcohol consumption that address parents in the school setting

Extract 9 p.20 "Alcohol Consumption by children and adolescents, Goal 1: Reducing in the frequency of binge drinking in children and adolescents": "While studies show that parents have an important influence on the drinking habits of their children, parents tend, for a variety of reasons, to refrain from talking to their children about alcohol. The federal government supports the intensification of measures, both within the context of schools and beyond, to help parents re-examine themselves as role models and the way they deal with the consumption habits of their own children. „

Tobacco

Extract 10 p.29: Sub-section "Individuals and Addiction: Adolescents":

„Numerous studies emphasise the relevance of parents, both in terms of child raising as well as in the role of models for dealing with addictive substances and promoting healthy behaviour.“

Extract 11 p.34 „Improve Protection of Non-smokers“: „There are still problematic areas, where people continue to smoke. For example, smoking on playgrounds is not only such a critical issue because smoking adults are bad role models for children; cigarette butts that have been thrown away can also cause serious problems, especially for small children. [...] Certain segments of the population know too little about the considerable impact of smoking in private vehicles, especially on the health of children. A broad consensus must be established among the population at large, in cooperation with various organisations, regarding the importance of refraining from smoking in automobiles. This can be achieved by ongoing measures to make more information available on the dangers of smoking in automobiles where children are present. „

Online-/Media-Addiction

Extract 12 p.46: "Measures": "Enhance the competence of parents by developing and implementing measures to educate them regarding the opportunities and possible risks of being online, as well as raising their awareness of the need to install appropriate programmes to protect children and young people on the computers in their homes.“

Illegal Drugs

Extract 13 p.46: “General Situation”: “Illegal drugs such as cannabis, heroin, cocaine, or amphetamines represent a considerable threat to people’s health. They also seriously interfere with the lives of friends and relatives of those who consume drugs. “ (...)”Drug dealing and drug-related crime represent a threat to society on the whole. Hence, the federal government’s addiction and drug policy aims to reduce drug consumption in order to lessen the harm to society and to health caused by the use of illegal drugs and to limit their availability through the rigorous prosecution of drug dealers. „

Extract 14, p.50 “Goal 2: Expansion of selective prevention in relation to illegal drugs”: “Even if the consumption of, and addiction to, illegal drugs only affects a small part of society, the consumption of illegal substances not only has considerable negative consequences for the individual, but also for society as a whole.“

International and European Drug and Addiction Policy

Extract 15 p.61-62: „Numerous measures cited in the Global Strategy and Action Plan of the European Region are already being implemented in Germany. Germany is, therefore, also involved in the exchange of best practices and contributes, through the evaluation of the executed measures, to increasing the body of evidence and assessing their effectiveness. As one of the first areas of focus, the WHO will also address the problem of Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD), especially in countries with low and middle incomes. Even though the epidemiological data for children with FASD are much higher in many threshold countries than in Germany, the opportunity to learn from each other and to promote international awareness is welcomed and actively supported by Germany.“

Extract 16 p.62: “With the ratification of the International Tobacco Convention in 2005, Germany assumed obligations to reduce tobacco consumption, which were implemented in national law. The convention foresees the global reduction in tobacco consumption through national measures in the signatory countries, such as improving the protection of children and young people, reducing demand through instruments of tax policy, introducing regulations for the protection against passive smoking, banning advertising for tobacco products, regulating the additives in cigarettes as well as mounting extensive campaigns to provide information and raise awareness regarding the dangers of smoking.“