

Hochschule Düsseldorf
University of Applied Sciences

HSD

Fachbereich Sozial- & Kulturwissenschaften
Faculty of Social Sciences and Cultural Studies

SK

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades eines Bachelor of Arts (B.A.)
an der Fachhochschule Düsseldorf,
im Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften,

mit dem Thema

Inwiefern kann die Soziale Arbeit positiven Einfluss auf die Entwicklung von Kindern, die in Haushalten mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten aufwachsen, nehmen?

Erstleserschaft: Dipl.- Soz. Päd. Thomas Tackenberg

Zweitleserschaft: Prof. Dr. Reinhold Knopp

Vorgelegt von: Selin Öztürk

Matr.-Nr.: XXXXXXXXXX

Studiengang: Sozialarbeit/Sozialpädagogik

WiSe 2023/24

Düsseldorf, den 13.12.2023

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich während der Anfertigung meiner Bachelorarbeit mit Fachwissen, Anregungen und Geduld motiviert und unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt Jonas Eberhardt für sein stets offenes Ohr und seiner allseitigen Unterstützung, die nicht nur während des Schreibprozesses, sondern während meines gesamten Studiums von großem Wert war.

Des Weiteren bedanke ich mich bei Kevin Fladung für seine fachlichen Anregungen und seiner Ratschläge in Bezug auf das inhaltliche Vorgehen in dieser Arbeit.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Gender-Hinweis	III
1. Einleitung	1
1.1 Herleitung der Thematik	1
1.2 Zielsetzung der Arbeit	2
1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit	3
1.4 Methodisches Vorgehen	4
2. Ursprung und Funktionen von Alkoholkonsum	4
2.1 Begriffsbestimmung und Entstehung der Alkoholabhängigkeit	5
2.2 Epidemiologie	8
2.3 Mögliche Verhaltensveränderungen und Auffälligkeiten durch Alkoholkonsum	9
3. Alkoholabhängigkeit als familiäres Problem	11
3.1. Mögliche Unterschiede hinsichtlich der Auswirkungen von väterlicher vs. mütterlicher Alkoholabhängigkeit auf das Familiensystem	11
3.2. Familienregeln in alkoholbelasteten Familien	12
3.3 Die Rollenmodelle der Kinder in der Familie	13
4. Die Entwicklung eines Kindes	17
4.1 Bindungstheorie nach Bowlby	18
4.2 Bindungstypen nach Ainsworth	19
4.3 Bindung in alkoholbelasteten Familien	20
4.4 Der Alkoholkonsum von Sorgeberechtigten im späteren Lebensjahr des Kindes	21
5. Mögliche Folgen für die Kinder von alkoholabhängigen Sorgeberechtigten	22
5.1 Körperliche und Psychische Folgen	24
5.2 Soziale Folgen	24
5.3 Folgen der Lern- und Leistungsfähigkeit	25
5.4 Misshandlung und Vernachlässigung	26
5.5 Somatische und Psychosomatische Störungen	26
5.6 Kindeswohlgefährdung	27
6. Wie kann die Soziale Arbeit betroffene Kinder unterstützen?	28
6.1. Maßnahmen der Jugend- und Suchthilfe	30
6.1.1 Herausforderung in der Erreichbarkeit von betroffenen Kindern	36
6.1.2 Resilienzförderung der betroffenen Kindern	37
6.1.3 Ziele innerhalb der Arbeit mit Kindern alkoholabhängiger Sorgeberechtigten	38
6.1.4 Zusammenarbeit mit den alkoholabhängigen Sorgeberechtigten	39

6.1.5 Soziale Gruppenarbeit mit betroffenen Kindern.....	40
6.2 spezifische Maßnahmen für betroffene Kinder in der Praxis.....	40
6.2.1 Vorstellung Präventionsprogramm <i>Trampolin</i>	44
6.2.2 Bewertung der Maßnahme	45
6.2.3 Vorstellung Online - Angebot <i>KidKit</i>	46
6.2.4 Bewertung der Maßnahme:	47
6.2.5 Vorstellung <i>Konfidu</i> Düsseldorf.....	47
6.2.6 Bewertung der Maßnahme	49
6.2.7 Vorstellung der Programme <i>MiniMIKADO und MIKADO</i>	49
6.2.8 Bewertung der Maßnahme	50
6.3 Zusammenfassung der Erkenntnisse	51
7. Fazit.....	51
8. Literaturverzeichnis	52
Anhang.....	a

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Abkürzungsverzeichnis

BPSM	bio-psycho-sozial-Modell
DSM	Englisch: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	Englisch: International Classification of Diseases
KJSG	Kinder- und Jugendstärkungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Unausgesprochene Familienregeln in Suchtfamilien. (Wegschneider, 1988 zit. n. Zobel, 2017, S. 2)	13
Abbildung 2: Rollenmodelle im Überblick. (Zobel, 2017, S. 29)	16
Abbildung 3: Transmissionswege von Störungen bei familialem Alkoholismus. (Klein und Zobel, 1999, S. 17)	23
Abbildung 4: Möglichkeiten der Interventionen der Sucht- und Jugendhilfe. (BKK, 2007, S. 36)	34
Abbildung 5: Darstellung der spezifischen Maßnahmen für betroffene Kinder in Deutschland. (Mielke, 2015, S. 2)	41

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Gender-Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Hierbei werden mit allen personenbezogenen Bezeichnungen stets alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten miteinbezogen, sofern dies für die Aussage erforderlich ist (vgl. duisburg.de, o. J., o. S.).

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

1. Einleitung

Kinder von alkoholabhängigen Sorgeberechtigten wurden zunächst weitestgehend pathologisch betrachtet (vgl. Zobel, 2017, S. 21) und werden in der Literatur auch als die „vergessenen Kinder“ bezeichnet (Cork 1969, zit. n. Zobel, 2017, S. 21). Bereits 45-125 n. Chr. machte der altgriechische Gelehrte Plutarch (o. J., zit. n. Klein, 2001a, S. 118) mit der Leitaussage „Trinker zeugen Trinker“, auf die Thematik aufmerksam, wodurch schon in der Frühantike ein Zusammenhang zwischen der elterlichen Alkoholabhängigkeit und der resultierenden kindlichen Alkoholabhängigkeit festgestellt wurde (vgl. Goodwin 1985, zit. n. Zobel, 2017, S. 13). In Deutschland leben aktuell ca. 2,65 Millionen dieser Kinder mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil zusammen (vgl. Mortler, 2017, S. 5).

1.1 Herleitung der Thematik

Erstmalig wurde die Menschheit im 18. Jahrhundert durch die Gin-Epidemie in England, auf die Entwicklung der Kinder hinsichtlich des elterlichen Alkoholkonsums hingewiesen (vgl. Zobel, 2006, S. 13). Da der vermehrte mütterliche Alkoholkonsum durch Gin zu einer höheren Kindermortalitätsrate führte, wurde dieser ehemals auch als „Ruin der Mütter“ bezeichnet (vgl. Molfenter, 2017, o. S.). Zu Beginn des 19. Jahrhunderts, gab es dann erste Aufklärungskampagnen an Schulen (vgl. Lindenmeyer, 2022, S. 43). Auch wurden appellierende und aufklärerische Bilder und Plakate verbreitet, um die Menschen zum Alkoholverzicht zu animieren (vgl. ebd.). Zudem wurde 1851 das erste „*Trinkerasyl*“ in der Nähe von Düsseldorf eröffnet (vgl. ebd.). Allerdings gab es derzeit keine spezifischen Hilfsangebote für Kinder von alkoholabhängigen Sorgeberechtigten (vgl. ebd.). Erst durch die Abstinenzbewegung zum Ende des 19. Jahrhunderts wurde der Stand der epidemiologischen und experimentellen Forschung zusammengefasst. Infolgedessen wurde erneut auf die durch die elterliche Alkoholabhängigkeit hervorgerufenen negativen Auswirkungen auf Kinder hingewiesen (vgl. Zobel, 2017, S. 13). Durch den Zweiten Weltkrieg wurde diese Problematik jedoch erneut von der Gesellschaft vernachlässigt (vgl. ebd.).

Einige Jahre nach der Beendigung des Zweiten Weltkriegs wurde im Jahr 1952 die erste Fassung des Jugendschutzgesetzes (JuSchG) erlassen, welches den Verzehr und Verkauf von alkoholischen Getränken an Minderjährige untersagte (vgl. Kamratzki, 2022, o. S.). Anschließend sensibilisierte Cork 1969 die Thematik mit der Studie „*The forgotten Children*“ (Die vergessenen Kinder, Übersetzung S. Öztürk), in welcher sie die Auswirkungen von

elterlicher Alkoholabhängigkeit auf Kinder untersuchte (vgl. Brunner, 2011, S. 3). Im Rahmen dieser Untersuchung interviewte Cork insgesamt 115 betroffene Kinder im Alter von 10 und 16 Jahren (vgl. Cork, 1969, S. 2). Die daraus entnommenen Erkenntnisse ergaben, dass ein hoher Bedarf an spezifischen Maßnahmen für betroffene Kinder vorhanden war (vgl. Brunner, 2011, S. 3). Infolgedessen wurde der Fokus der psychologischen Erforschung auf betroffene Kinder gelegt (vgl. ebd.). Auch entwickelte sich im Jahr 1983 in den USA die *National Association for Children of Alcoholics* (NACoA), welche sich gezielt für die betroffenen Kinder einsetzen und ihre Interessen vertreten (vgl. ebd.). Anschließend wurde in Europa, im Jahr 2002, erstmalig das *European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family* (ENCARE) gegründet, um auf die Problematik der betroffenen Kinder aufmerksam zu machen, die Forschung zu fördern und ein erstes Netzwerk aufzustellen (vgl. ebd.).

Auch heute profitieren Kinder, welche in Haushalten mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten aufwachsen, von spezifischen Maßnahmen. Viele Kinder sind ihrer fatalen Situation bereits nach der Geburt ausgesetzt (vgl. Watzel, 2021, o. S.). Infolgedessen wird in der vorliegenden Arbeit erforscht, inwiefern die Soziale Arbeit durch gezielte Maßnahmen betroffene Kinder unterstützen kann.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit behandelt die Forschungsfrage, inwiefern die Soziale Arbeit positiven Einfluss auf die Entwicklung von Kindern, welche in Haushalten mit mindestens einem alkoholabhängigen Sorgeberechtigten aufwachsen, nehmen kann. Dabei bezieht sich die Arbeit ausschließlich auf die Alkoholabhängigkeit, eines Sorgeberechtigten. Die Grundlage der vorliegenden Arbeit bildet die bereits bestehende Literatur zu diesem Forschungsfeld. Die Arbeit zielt darauf ab, bereits bestehende ambulante und spezifische sozialpädagogische Maßnahmen in Düsseldorf und Umgebung für betroffene Kinder zu untersuchen.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit bezieht sich die Autorin auf die klassische Familienform nach Parsons (vgl. Lück und Ruckdeschel, 2019, S. 2). Nach Parsons besteht die klassische Kernfamilie aus einem zusammenwohnenden, heterosexuellen Paar bestehend aus einer maskulinen und einer femininen Person, welches miteinander verheiratet ist und ungefähr zwei gemeinsame, aus der Ehe entstandene, leiblicher Kinder hat (vgl. Lück und Ruckdeschel, 2015, S. 34). Aufgrund mangelnder Kapazitäten wird nicht auf andere Familienformen eingegangen. Kinder aus anderen Haushalten können aufgrund der

Alkoholabhängigkeit eines Sorgeberechtigten ebenfalls und gleichwertig in ihrer Entwicklung beeinflusst werden. Der Rechtsbegriff „Sorgerecht“ wird gem. § 1626-1698b BGB (vgl. Nomos Gesetze, 2023, S. 668-678) festgelegt und meint rechtsgemäß denjenigen, der sich für um das minderjährige Kind sorgt. Gem. § 1626 BGB ist dies zunächst das Recht und die Pflicht der leiblichen Eltern. Zudem bezieht sich die vorliegende Arbeit auf Kinder gem. § 7 Abs. 1 S.1 SGB VIII (vgl. ebd., S. 1779). Nach dem SGB VIII ist ein Mensch ein Kind, wer das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht hat (vgl. ebd.). Kinder, welche in Haushalten mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten aufwachsen, werden in der Literatur zudem häufig auch die *betroffenen* Kinder genannt (vgl. Mielke, 2021, o. S.). Für Sorgeberechtigt wird häufig der Begriff *Erziehungsberechtigt* verwendet (vgl. Schneider und Toyka-Seid, 2023, o. S.).

1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit

Gemäß dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. verfolgt die professionelle Soziale Arbeit unter anderem die Achtung der Menschenrechte und Menschenwürde und die Förderung sozialer Gerechtigkeit (vgl. Bundesmitgliederversammlung des DBSH, 1997, S. 2). Außerdem gilt für das berufliche Handeln in der Sozialen Arbeit die Richtlinie, sich für den Schutz des Lebens einzusetzen (vgl. ebd.). Hierbei richtet sich die sozialpädagogische Arbeit an die Gesellschaft im Allgemeinen und an jeden Einzelnen (vgl. ebd.). Damit verpflichtet sich die Soziale Arbeit, negativer Diskriminierung entgegenzutreten, Verschiedenheit anzuerkennen, für eine gerechte Verteilung ihrer Mittel und einer Zurückweisung ungerechter politischer Entscheidungen und Praktiken einzutreten (vgl. ebd.). Kinder, welche in Haushalten mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten aufwachsen, können sich aus verschiedenen Gründen, wie beispielsweise der Tabuisierung der Alkoholabhängigkeit in ihren Haushalten, diskriminiert fühlen (vgl. Haverfield, Theiss, 2016, zit. n. Gavez, et al. 2017, S. 41). Zudem ist es wahrscheinlich, dass betroffene Kinder, auch durch eine soziale und psychosoziale Beeinträchtigungen der alkoholabhängigen Erziehungsberechtigten, einer mangelnden Teilhabe an gesellschaftlichen Möglichkeiten ausgesetzt sein (vgl. Kindler et al., 2006, S. 21-2f.) und daher schon im frühen Kindesalter negative Diskriminierungserfahrungen machen können (vgl. Hülshoff, 2021, S. 337), wodurch das Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit deutlich berührt wird.

1.4 Methodisches Vorgehen

Im zweiten Kapitel wird ein Überblick über den Ursprung und die Funktionen von Alkohol gegeben. Ausgangspunkt des dritten Kapitels ist eine Darstellung der situativen Alkoholabhängigkeit in den Haushalten der betroffenen Kinder. Im Zentrum des vierten Kapitels steht die Entwicklung des Kindes und die damit verbundenen Bindungstypen eines Kindes, vor dem Hintergrund des Zusammenlebens mit einem alkoholabhängigen Sorgeberechtigten. Dies ist grundlegend, um in Kapitel fünf auf die Konsequenzen für und die Auswirkungen auf betroffene Kinder eingehen zu können. Im Fokus des sechsten Kapitels stehen die Maßnahmen der Sozialen Arbeit im Hinblick auf die Unterstützung von Kindern von alkoholabhängigen Sorgeberechtigten. Hierbei wird unter anderem die sozialpädagogische Arbeit hinsichtlich ihrer Ziele und Herausforderungen beleuchtet. Anschließend werden einige ambulante Angebotsmaßnahmen aus dem Bereich der Sozialen Arbeit vorgestellt und bewertet. Die vorliegende Arbeit schließt in Kapitel sieben mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse und einem darauf aufbauenden Ausblick.

2. Ursprung und Funktionen von Alkoholkonsum

Die ersten Berührungen machten die Menschen durch die Herstellung von Bier- und weinartigen Getränken, welche erstmalig als Nahrungsmittel angesehen wurden und häufig aus Frucht- und Getreideprodukten, die durch die natürlichen hefebedingten Gärungsvorgängen entstanden (vgl. Soyka und Kufner, 2008, S. 2). Durch die toxische Wirkung auf die Hefezellen enthielten die ersten alkoholischen Getränke maximal 15-18 % an Alkohol (vgl. ebd.). Durch eine Destilliertechnik gelang es den Menschen nach dem 1. Jh. n. Chr. erstmalig Alkohol mit höherem Endhalt zu erzeugen, welches ehemals auch als Lebenswasser (aqua vitae) bezeichnet wurde (vgl. ebd.) und im Einsatz für Medizin, wie beispielsweise für die Pest diente (vgl. Jessen, 2018, S. 74) oder auch ungetrübt als Arzneimittel funktionierte (vgl. Tappe, 1994, S. 34). Aufgrund dieser Darlegung verbreitete sich dieser Alkohol in Europa und begann im 16. Jahrhundert allmählich für die Produktion und Verwendung von Medizin zu fungieren (vgl. ebd.) und wurde späterhin auch als Genussmittel anerkannt (vgl. ebd.).

In der heutigen deutschen Gesellschaft wird Alkohol weiterhin als Genuss- und Nahrungsmittel anerkannt und ist nach wie vor ein Bestandteil von Arzneimittel (vgl. Schuster, 2017, o. S.). Zudem herrscht eine überwiegend positive Einstellung zum Alkohol

(vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023, o. S.). Dies führt dazu, dass es sich bei Alkohol um die beliebteste legale Droge der deutschen Gesellschaft handelt (vgl. ebd.). Darüber hinaus wird Alkohol in der deutschen Gesellschaft in vielen Lebensbereichen konsumiert und gilt als fester Bestandteil von Fest- und Feierlichkeiten (vgl. Kostrzewa, 2022, S. 13). Auch wirkt er gemeinschaftsstiftend und sorgt für soziale Ordnungen (vgl. Fabian, 2023, o. S.).

Seit 1952 wird die Alkoholabhängigkeit von der Weltgesundheitsorganisation, als eine Krankheit beschrieben (vgl. BZgA, o. J., o. S.). Trotz dessen, dass die Alkoholabhängigkeit als eine Krankheit angesehen wird, bleibt das ambivalente Gesellschaftsbild unverändert (vgl. Braun, 2021, S. 2). Dieses Gesellschaftsbild ist aufgrund des Verhältnisses der Gesellschaft zum Alkoholkonsum zurückzuführen (vgl. ebd.). Da Alkohol einerseits als ein Genussmittel, andererseits als ein von der Gesellschaft toleriertes Suchtmittel gilt, was zu einer Verurteilung der Alkoholabhängigen aufgrund seines Suchtverhaltens führen kann (vgl. ebd.). Ein weiterer Aspekt für das ambivalente Gesellschaftsbild kann sein, dass der Übergang zwischen dem Alkoholmissbrauch und der Alkoholabhängigkeit fließend ist (vgl. Kornhuber, o. J., S. 5). Infolgedessen ist in der Literatur keine deutliche Grenze zwischen dem Alkoholmissbrauch und der Alkoholabhängigkeit aufzufinden (vgl. ebd.). Da sich die vorliegende Arbeit mit der Alkoholabhängigkeit beschäftigt, wird dieser Begriff im folgenden Kapitel definiert.

2.1 Begriffsbestimmung und Entstehung der Alkoholabhängigkeit

Der Begriff „Alkoholabhängigkeit“ setzt sich den beiden Begriffen, „Alkohol“ und „Abhängigkeit“ zusammen. Der Begriff „Alkohol“ stammt aus der arabischen Alchemie „alkuhl“, was ursprünglich „das Feinste“ bedeutet, womit die kleinen Bestandteile des Weines gemeint waren (vgl. Wetterling et al., 2021, S. 28) und beschreibt eine farblose Flüssigkeit (vgl. Laging, 2023, S. 50).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Abhängigkeit „als einen seelischen, eventuell auch körperlichen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er beherrscht wird.“ (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, 2003, o. S.). Darüber hinaus wird darauf eingegangen, dass bei einer Abhängigkeitserkrankung der Drang zugrunde liegt, die psychischen Wirkungen des Suchtmittels zu erfahren und dadurch auch zunehmend das Bedürfnis, unangenehme

Auswirkungen des Fehlens, wie z. B. individuelle Entzugserscheinungen, durch Schlafstörungen oder Unruhe, zu vermeiden (vgl. ebd.).

Die beiden Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden häufig synonym verwendet (vgl. Laging, 2023, S. 15). Der ursprüngliche Begriff *Sucht* existierte im offiziellen Sprachgebrauch der WHO von 1964 bis 1975 und wurde anschließend von den beiden Begriffen „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“ ersetzt (vgl. Soukup und Schmale, 2009, S. 287). Häufig wird bei einer Abhängigkeit zwischen einer psychischen und einer physischen Abhängigkeit unterschieden. Besteht ein Zusammenspiel einer psychischen und physischen Abhängigkeit, wie bei einer Alkoholabhängigkeit, wird dies unter dem Begriff „Abhängigkeitssyndrom“ zusammengefasst (vgl. ebd.). Darüber hinaus wird im Rahmen von Abhängigkeitserkrankung zwischen stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Süchten unterschieden, wodurch der Begriff „Sucht“ weiterhin verwendet wird (vgl. Laging, 2023, S. 15).

Eine Alkoholabhängigkeit entwickelt sich durch den Einfluss und das Zusammenwirken mehrerer Faktoren, welche in somatisch-medizinisch, psychologisch und soziologisch differenziert werden (vgl. Soyka et al., 2008, S. 20). Diese drei Faktorengruppen, werden häufig in Form eines Dreiecksschemas verdeutlicht und betrachten die Alkoholabhängigkeit als ein multikonditionales Modell, welches den Alkohol als eine Konstruktion, das soziale Umfeld, mit ihren soziokulturellen und sozioökonomischen Einflüssen und die körperlichen, als auch psychischen Eigenschaften des Einzelnen beschreiben und in einem unterschiedlichen Ausmaß und in einem Wechselverhältnis voneinander eintreten können (vgl. ebd., S. 20).

Außerdem wird bei der Alkoholabhängigkeit, hinsichtlich der psychosozialen Ebene, häufig von mehreren Teufelskreisen unterschieden (vgl. ebd.). Diese Teufelskreise sorgen für einen wiederholten Alkoholkonsum, da dieser als ein allgemeiner Problemlöser betrachtet wird (vgl. ebd.). Es wird zwischen dem somatischen, dem intrapsychischen und dem psychosozialen Teufelskreisen unterschieden (vgl. ebd., S. 21). Dabei bezieht sich der somatische Teufelskreis auf die körperliche und neurobiologische Ebene, durch beispielsweise Toleranzentwicklungen, Entzugserscheinungen oder körperlichen Erkrankungen (vgl. ebd., S. 20). Der intrapsychische Teufelskreis betrifft unter anderem den Abbau von Spannungen. Der psychosoziale Teufelskreis bezieht sich auf soziale Spannungen und Konflikte (vgl. ebd.). Dabei wirkt der Alkoholkonsum des Alkoholabhängigen lediglich als

einen kurzzeitiger Problemlöser, welcher langfristige Konfliktsituationen verstärkt (vgl. ebd., S. 21).

Studienergebnisse stellten fest, dass psycho-soziale Faktoren, wie unter anderem das häusliche und soziale Umfeld, dazu beitragen können, eine Abhängigkeit zu entwickeln (vgl. Laging, 2023, S. 20). Da Krankheit und Gesundheit auf der systemhaften Wechselwirkung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren basieren, wurde das bio-psycho-soziale-Modell (BPSM) entwickelt (vgl. Rummel und Gaßmann, 2020, S. 14). Durch das BPSM wird Sucht als ein erlerntes Verhalten beschrieben (vgl. ebd.). Dabei fließen biologisch-organische, psychische und soziale Faktoren mit in die Suchtentwicklung ein (vgl. Laging, 2023, S. 20).

Die WHO unterscheidet zwischen den beiden psychiatrischen Klassifikationssystemen, DSM-5 und ICD-10 (vgl. Caspar et al., 2018, S. 16). Die vorliegende Arbeit bezieht sich hierbei lediglich auf die 10. Auflage der internationalen statischen Klassifikationen der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, des International Classification of Diseases (ICD-10), welches von der Weltgesundheitsorganisation herausgebracht wurde (vgl. ebd.). Da es sich bis zur Einführung des ICD-11, weiterhin um die gültige amtliche Klassifikation für Deutschland handelt (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2023, o. S.).¹

Darüber hinaus existiert seit 2013 die fünfte Ausführung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV/ DSM-5) (vgl. Jacobi et al. 2013, S.2364), welches von dem nationalen System der American Psychiatric Association (APA) veröffentlicht wurde (vgl. Walter und Euphrosyne, 2019, S. 24). Im Vergleich zum ICD-10 ist das DSM-5 nicht multiaxial und bezieht sich lediglich auf psychische Störungen und damit mögliche zusammenhängende Erkrankungen (vgl. ebd.). Das DSM-5 hauptsächlich im US-amerikanischen Raum verwendet wird (vgl. Caspar et al., 2018, S. 18) und sich die vorliegende Arbeit auf den europäischen Raum bezieht, folgt eine Ausführung des ICD-10.

Die 10. und aktuelle Ausführung der WHO stammt aus dem Jahr 2019 und wurde zuletzt im Jahr 2022 aktualisiert (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2019, o. S.). Im fünften Kapitel (F) sind in den Kategorien F0-F99 *psychische Störungen* zu finden (vgl. Caspar et al, 2018, S. 17). In der Kategorie F10-F19 werden *psychische Verhaltensstörungen*

¹ Bereits im Mai 2019 wurde auf der 72. Weltgesundheitsversammlung der ICD-11 verabschiedet und am 11.01.2022 in Kraft getreten, welche voraussichtlich nach einer flexiblen Übergangszeit von mindestens 5 Jahren eingeführt wird (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, o. J., o. S.). Auch gibt es durch das ICD-10 GM (German Modification) für Deutschland eine nationale Anpassung des ICD-10, welche sich ausschließlich auf die ambulante und stationäre Versorgung in Deutschland bezieht (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2023, o. S.).

durch *psychotrope Substanzen* dargestellt (vgl. Dilling et al., 2019, S. 5). Die jeweilige Substanz wird dabei an der dritten Stelle des Kapitels angegeben, z. B. steht F10.1 für den schädlichen Gebrauch von Alkohol (vgl. ebd., S. 63). Unter F10.2 ist das Abhängigkeitssyndrom zu finden (vgl. ebd.).

Für die Zuschreibung eines F10.2 Abhängigkeitssyndroms sollen laut dem Klassifikationssystem des ICD-10 mindestens drei oder mehr der Kriterien innerhalb eines zwölfmonatigen Zeitraums auftreten (vgl. Hülshoff, 2011, S. 348), welche folglich aufgelistet werden:

1. Ein starker Wunsch, Alkohol zu konsumieren.
2. Eine verminderte Kontrollfähigkeit, was den Beginn, die Beendigung oder die Menge des Alkoholkonsums angeht.
3. Ein Alkoholgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern.
4. Ein körperliches Entzugssyndrom.
5. Toleranz mit zunehmender Steigerung der Tagesdosen von Alkohol
6. Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol wie zum Beispiel die Tendenz, an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken (...).
7. Eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
8. Ein anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (...). (Hülshoff, 2011, S. 348).

Hinsichtlich der Forschungsfrage ist der siebte Punkt dieser Kriterien bedeutend, da der alkoholabhängige Erziehungsberechtigte häufig den Alkohol priorisiert, wodurch es zugunsten des Alkoholkonsums, zu einer Vernachlässigung der erzieherischen Verantwortung und somit auch zu einer allgemeinen Vernachlässigung des betroffenen Kindes führen kann (vgl. ebd.).

2.2 Epidemiologie

Entnommen eines Beitrags der WHO nimmt Europa im Jahr 2023 den höchsten Anteil an Alkoholkonsumierenden in der Bevölkerung ein (vgl. WHO, 2023, o. S.). Im Rahmen der Forschung des epidemiologischen Suchtsurveys wurde von 1995 bis 2018 mit dem Titel „Trends in Substance Use and Related Disorders“ in Deutschland die Veränderungen der Substanzgebräuche untersucht. Dabei stellte sich unter anderem heraus, dass im Jahr 2018 1,9 % der Frauen und 4,8 % der Männer im Alter von 18-59 Jahren eine Alkoholabhängigkeit aufweisen (vgl. Seitz et al. 2019, S. 589).

Darüber hinaus machte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2019 auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufmerksam (vgl. BzgA,

2019, S. 7). Dabei wurde der Alkoholkonsum von 7.002 Personen, im Alter von 12-25 Jahren in Deutschland, untersucht. Die daraus resultierenden Erkenntnisse ergaben, dass insgesamt 62,9 % der 12-17-Jährigen bereits Alkohol konsumiert haben, 9,8 % davon mindestens einmal in der Woche. 14,0 % berichteten von mindestens einem Tag, an dem Rauschtrinken praktiziert wurde.

Im Jahr 2017 gab Marlene Mortler, die ehemalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, bekannt, dass jeder siebte Minderjährige mit einem Elternteil zusammenlebt, welcher eine alkoholbezogene Störung aufweist (vgl. Mortler, 2017a, S. 5). Daraus lässt sich entnehmen, dass ca. 22 % der Sorgeberechtigten, welche mit mindestens einem Kind in einem gemeinsamen Haushalt lebt, einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen (vgl. ebd.). 14 % dieser Erziehungsberechtigten praktizieren regelmäßiges Rauschtrinken (vgl. ebd.). Schätzungsweise wird diesbezüglich hochgerechnet, dass 3,8 Millionen Sorgeberechtigten einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen und 2,4 Millionen regelmäßig Rauschtrinken (vgl. ebd.). Insgesamt wachsen demnach 6,6 Millionen Kinder bei mindestens einem Sorgeberechtigten, mit einem riskanten Alkoholkonsum auf und 4,2 Millionen Kinder bei Erziehungsberechtigten, welche regelmäßig rauschtrinken (vgl. ebd.). Zusätzlich wird auf eine hohe Dunkelziffer hingewiesen (vgl. ebd.).

2.3 Mögliche Verhaltensveränderungen und Auffälligkeiten durch Alkoholkonsum

Unabhängig von der Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums, bleibt die Wirkung unverändert (vgl. Fux, 2019, o. S.). Alkohol wirkt unter anderem auf die Gefühle, die Wahrnehmung, die Konzentration und der Koordination des Konsumierenden und schlägt dabei im Belohnungszentrum des Gehirns an (vgl. ebd.). Außerdem wirkt Alkohol stimmungshhebend, angstlösend und enthemmend, wodurch der Konsumierende laut Fux (2019, o. S.) zunächst eine positive Wirkung erfährt, welcher anschließend zu einer möglichen Steigerung der Häufigkeit des Alkoholkonsums führen kann (vgl. ebd.). Aufgrund dessen, dass der Alkohol die Informationsübertragung zwischen den Nervenzellen beeinflusst wird (vgl. ebd.), wird er in der Literatur auch als „Nervengift“ bezeichnet (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2021, o. S.). Bereits bei geringen Mengen von Alkohol kann der Konsumierende spürbare Symptome erfahren, welche sich unter anderem negativ auf die Organe und die Lebenssituation auswirken können (vgl. Fux, 2019, o. S.). Infolgedessen weist die WHO darauf hin, dass es beim Alkoholkonsum keine unbedenkliche Menge gibt (vgl. WHO, 2023, o. S.).

Die Richtlinien der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen gaben in der Vergangenheit an, dass 24g (0,6 Liter Bier) Alkohol für Männer und 12g (0,3 Liter Bier) Alkohol für Frauen pro Trink-Tag, einen risikoarmen Alkoholkonsum beschreiben (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2023, S. 1). Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse folgte im Jahr 2023 hinsichtlich der Prinzipien der Förderung von physischer Gesundheit eine Aktualisierung der Richtlinien. Die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen empfiehlt infolgedessen eine allgemeine Reduzierung des Alkoholkonsums und befürwortet den generellen Verzicht von Alkohol (vgl. ebd.). Auch die WHO, das World Cancer Research Funds und das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) stehen unterstützend hinter dieser Aussage (vgl. Troendle et al., 2023, o. S.).

Durch den Alkoholkonsum können vermehrte Stimmungs- und Verhaltensveränderungen ausgelöst werden (vgl. Zobel, 2017, S. 22). Betroffene Kinder müssen sich tagtäglich mit diesen Veränderungen auseinandersetzen und sich diesen gegebenenfalls anpassen, da sie ihre alkoholabhängigen Sorgeberechtigten mehrfach am Tag sowohl in „trockenen“ als auch in „nassen“ Phasen erleben (vgl. ebd.). Die alkoholabhängigen Sorgeberechtigten zeigen sich, abhängig von der Phase, in welcher sie sich gerade befinden, besonders liebe- und hingebungsvoll oder desinteressiert, meist in Verbindung mit Ablehnung gegenüber dem Kind (vgl. ebd.). Infolgedessen ist es möglich, dass betroffene Kinder für dieselben Verhaltensweisen gelobt oder bestraft werden (vgl. ebd.). Da der alkoholabhängige Sorgeberechtigte den Alkohol priorisiert, lernt das betroffene Kind nur sehr wenig Beispiele für angemessene Verhaltensweisen und wird kaum in seinen Kompetenzen unterstützt oder gefördert (vgl. ebd.). Durch die widersprüchliche Kommunikation seitens des Alkoholabhängigen, wird vor allem in der „nassen“ Phase deutlich, dass die alkoholabhängigen Erziehungsberechtigten ihre eigenen Kinder meist für störend auffassen und häufig mehr negative als positive Gefühle für sie empfinden (vgl. ebd.). Darüber hinaus interessieren sie sich in der nassen Phase kaum dafür, ob die Bindung zu dem Kind oder das Kind selbst unter dem Verhalten leidet (vgl. ebd.). Wenn sich der alkoholabhängige Sorgeberechtigte in seiner nassen Phase dem Kind gegenüber zuwendet, geschieht dies hauptsächlich aufgrund von Eigennutzen (vgl. ebd.).

3. Alkoholabhängigkeit als familiäres Problem

Bei einer Alkoholabhängigkeit innerhalb der Familie bezieht sich diese Problematik häufig auf die gesamte Familie und vor allem Kinder gelten dabei als die Leidtragenden (vgl. Woititz, 1990, S. 9; Hülshoff, 2011, S. 337). Betroffene Kinder wachsen in sehr ähnlichen Umgebungen auf (vgl. Woititz, 1990, S. 19). Die situativen Umstände innerhalb der Familie sind, auch wenn sich die mitwirkenden Akteure unterscheiden, dabei ähnlich (vgl. ebd.). Woititz (1990, S. 20) beschreibt, dass die Unterschiede innerhalb des familiären Zusammenlebens mit einem alkoholabhängigen Sorgeberechtigten auf die unterschiedlich aufgenommenen Geschehnisse des Einzelnen zurückzuführen sind, die resultierenden Auswirkungen wie beispielsweise Schmerz und Leid dabei jedoch absehbar seien (vgl. ebd., S. 20). Häufig resultieren durch die anhaltende negative Atmosphäre innerhalb der Familie vielfältige Störungen bei den im gemeinsamen Haushalt lebenden Kindern, wodurch frühzeitige sozialpädagogische Maßnahmen erforderlich sein können (vgl. Hülshoff, 2011, S. 362).

3.1. Mögliche Unterschiede hinsichtlich der Auswirkungen von väterlicher vs. mütterlicher Alkoholabhängigkeit auf das Familiensystem

In der Literatur wird zwischen einer Alkoholabhängigkeit der beiden Erziehungsberechtigten unterschieden (vgl. Zobel, 2017, S. 23). Handelt es sich um eine Alkoholabhängigkeit des väterlichen Sorgeberechtigten bzw. der Vaterfigur, bemüht sich häufig die nicht-alkoholabhängige Sorgeberechtigte zunächst, das Zusammenleben der Familie aufrechtzuerhalten (vgl. Zobel, 2017, S.23; Woititz, 1990, S. 23). Die nicht-alkoholabhängige Ehefrau übernimmt anfänglich die Verantwortung für ihren alkoholabhängigen Ehemann, bringt zunächst viel Verständnis für seine Alkoholabhängigkeit entgegen und verharmlost diese (vgl. Zobel, 2017, S. 23). Im Verlauf kommt es immer häufiger zu innerehelichen Konflikten und die nicht-alkoholabhängige Ehefrau hört auf, den Alkoholkonsum ihres Ehemannes zu tolerieren (vgl. ebd.). Anschließend kommt zu Verhaltensänderungen ihrem Ehemann gegenüber, welche zu Kontrollversuchen und innerehelichen Auseinandersetzungen führen (vgl. ebd.). Die gemeinsam im Haushalt lebenden Kinder bekommen die Konflikte ihrer Erziehungsberechtigten häufig mit und leiden darunter (vgl. ebd.).

Handelt es sich bei der Alkoholabhängigkeit die mütterliche Sorgeberechtigte bzw. die Mutterfigur, trennt sich der Ehepartner meist eher oder distanziert sich von seiner

alkoholabhängigen Ehepartnerin (vgl. Woititz, 1990, S. 21). Auch ist es möglich, dass der Ehepartner zeitweise die ursprünglichen Haushaltsaufgaben der Alkoholabhängigen übernimmt, um damit das Verhalten der alkoholabhängigen Ehepartnerin den betroffenen Kindern gegenüber zu entschuldigen (vgl. ebd. S. 22).

Unabhängig davon, welcher der beiden Sorgeberechtigten alkoholabhängig ist, wird diese Erkrankung zunächst hingenommen (vgl. Zobel, 2017, S. 24). Der nicht-alkoholabhängige Sorgeberechtigte ist sich meist der Alkoholabhängigkeit seines Ehepartners bewusst, entwickelt häufig allerdings Schamgefühle, weshalb keine spezifischen Hilfsangebote in Anspruch genommen werden (vgl. ebd.). Gelingt eine Unterdrückung der Alkoholabhängigkeit nicht mehr, dreht sich der familiäre Alltag hauptsächlich um den alkoholabhängigen Sorgeberechtigten (vgl. Hülshoff, 2011, S. 364). Infolgedessen beginnt das betroffene Kind zu kochen, Ordnung zu halten (vgl. Woititz, 1990, S. 22) und sich selbst die Schuld für die Alkoholerkrankung und das damit verbundene Verhalten seines Erziehungsberechtigten, zu geben (vgl. Hülshoff, 2011, S. 363). Aufgrund dessen kann das betroffene Kind seine Kindheit nicht mehr ausleben, übernimmt die Verantwortung für seine Familienmitglieder und beginnt sich um den Alkoholabhängigen und gegebenenfalls um jüngere Geschwister zu sorgen (vgl. Woititz, 1990, S. 22). Die Aufhebung der Parentifizierung kann dabei nur durch einen Dritten, wie beispielsweise anhand von sozialpädagogischer Arbeit, erfolgen (vgl. Hülshoff, 2011, S. 363).

Zusammenfassend kommt es in Familien mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten insgesamt sehr häufig zu innerfamiliären Konfliktsituationen und Auseinandersetzungen (vgl. Zobel, 2017, S. 22). Die Grundstimmung im Haushalt der Familie wird als negativ und instabil beschrieben und das Kind lernt schnell ein hohes Ausmaß an negativen Gefühlen auszuhalten (vgl. ebd.). Auch ist es möglich, dass das Kind in einen Loyalitätskonflikt hinsichtlich der beiden Erziehungsberechtigten geriet (vgl. Arenz-Greiving, o. J., S. 8). Darüber hinaus lernt das betroffene Kind, nicht über die häusliche Situation zu sprechen und sich niemanden anzuvertrauen (vgl. Zobel, 2017, S. 22). Es folgt eine Tabuisierung bezüglich der Alkoholabhängigkeit des Erziehungsberechtigten zu sprechen (vgl. ebd.).

3.2. Familienregeln in alkoholbelasteten Familien

Wegschneider formulierte 1988 (nach Zobel, 2017, S. 22) die *unausgesprochenen Familienregeln* in Suchtfamilien hinsichtlich der Alkoholabhängigkeit eines Erziehungsberechtigten (vgl. Zobel, 2017, S. 22). Der im Fokus stehende Alkohol bzw. der

Alkoholkonsum des Alkoholabhängigen leitet sowohl die familiäre Situation als auch die häusliche Atmosphäre und darf nicht als Problemauslöser benannt werden (vgl. ebd.).

Trotz der Alkoholabhängigkeit des Sorgeberechtigten und der damit verbundenen häuslichen Situation, ist es der Familie besonders wichtig, den Status quo aufrechtzuerhalten (vgl. ebd. S. 24). Dadurch wird eine Veränderung einerseits eine Bedrohung angesehen, andererseits wird diese dennoch erwünscht (vgl. ebd.). Durch die unausgesprochenen Familienregeln lebt die Familie weiterhin zusammen.

1. Das Wichtigste im Familienleben ist der Alkohol.
2. Der Alkohol ist nicht die Ursache von Problemen.
3. Der abhängige Elternteil ist nicht für seine Abhängigkeit verantwortlich, Schuld sind andere oder die Umstände.
4. Der Status quo muss unbedingt erhalten bleiben, koste es, was es wolle.
5. Jeder in der Familie ist ein „enabler“ (Zuhelfer).
6. Niemand darf darüber reden, was „wirklich“ los ist.
7. Niemand darf sagen, wie er sich wirklich fühlt.

Abbildung 1: Unausgesprochene Familienregeln in Suchtfamilien. (Wegschneider, 1988 zit. n. Zobel, 2017, S. 2)

Besonders ausschlaggebend für die Entwicklung dieser betroffenen Kinder sind vor allem die Regeln 3, 6 und 7. Durch die dritte Regel ist es möglich, dass das betroffene Kind Schuldgefühle entwickelt. Aufgrund der sechsten Regel lernt das betroffene Kind nicht über die häusliche Situation zu sprechen zu dürfen (vgl. Zobel, 2017, S. 23). Hinsichtlich der siebten Regel kann es sein, dass sich das Kind, aus Angst, etwas Unvorteilhaftes über die familiäre Situation auszusprechen, zurückzieht oder sogar isoliert und dabei mit niemandem über seine eigenen Gefühle spricht (vgl. ebd.). Um den Alltag innerhalb der Familie zu bewältigen, eignen sich die Kinder Rollenmodelle an (vgl. ebd.), welche nachfolgend erläutert werden.

3.3 Die Rollenmodelle der Kinder in der Familie

Heutzutage werden Rollenmodelle in den Konzepten hinsichtlich der Förderung von betroffenen Kindern eingegliedert, um anhand dieser Modelle einen positiven Einfluss durch die sozialpädagogische Arbeit nehmen zu können (vgl. Zobel, 2017, S. 32). Weiterhin steht laut Zobel (2017, S. 31-32) eine wissenschaftliche Weiterentwicklung basierend auf diesen Rollenmodellen bisher aus. Infolgedessen sind Rollenmodelle insgesamt aufgrund einer möglichen Stigmatisierung kritisch zu betrachten, da die individuellen Charaktere der Kinder und die damit verbundenen Neigungen zu bestimmten Rollen vernachlässigt werden (vgl. ebd.).

Rollenmodelle werden als Reaktion der Kinder auf die häusliche Situation herausgebildet (vgl. Zobel, 2017, S. 31). Hinsichtlich dieser Rollenmodelle bezieht sich Zobel (2017, S. 27) auf die Autoren Wegschneider, Black, Lambrou, Ackermann und Jakob, welche im Rahmen eines systemischen Konzepts die Bewältigungsstrategien bzw. das Anpassungsbestreben der betroffenen Kinder untersuchten (vgl. ebd., S. 27). Dabei benennt Wegschneider (nach Zobel, 2017, S. 27), die Rollen der Kinder aus alkoholbelasteten Familien wie folgt: der Held, der Sündenbock, das verlorene Kind und der Clown, folglich werden diese dargestellt.

Bei der Rolle des Helden handelt es sich häufig um das älteste Kind (vgl. ebd.). Der Held erbringt sowohl im schulischen, als auch im außerschulischen Bereich positive Leistungen und erhält infolgedessen Anerkennung durch seine Familienmitglieder, wie beispielsweise durch Lob aufgrund seines selbstständigen und verantwortungsbewussten Verhaltens, welche zu der Entwicklung seines Selbstwertgefühls beitragen (vgl. ebd.). Zudem lernt er schnell, Eigenverantwortung zu übernehmen und sich vor Gefühlen wie Angst und Hilflosigkeit zu schützen (vgl. ebd.). Trotz der erbrachten Leistungen zeigen Kinder, welche die Rolle des Helden einnehmen, nach Wegschneider häufig psychosoziale Auffälligkeiten und neigen zu Perfektionismus (vgl. ebd.). Ein Kind, das die Heldenrolle einnimmt, hat häufig die Kompetenzen dazu, sich durch seine Erfahrungen zu einem erfolgreichen Menschen zu entwickeln und Reliabilität aufzuzeigen (vgl. ebd., S. 32).

Das zweitgeborene Kind ist oftmals der Sündenbock der Familie (vgl. ebd.). Dieser zeigt häufig ein gegensätzliches Verhalten zu der Rolle des Helden und erzeugt durch sein negatives und rebellisches Verhalten, wie beispielsweise durch Wut und Trotzigkeit, häufig negative Aufmerksamkeit von seinen Familienmitgliedern (vgl. ebd.). Durch seine Verhaltensweisen ist er oft nicht zu übersehen und fällt zusätzlich gesetzeswidrig auf. Zudem ist es möglich, dass der Sündenbock der Familie früh mit dem Alkoholkonsum beginnt (vgl. ebd.). Durch die Verhaltensweisen, welche häufig das zweitgeborene Kind an den Tag legt, kommt es vermehrt zu innerfamiliären Konflikten, wodurch von dem eigentlichen Problem, der Alkoholabhängigkeit des Sorgeberechtigten, abgelenkt wird (vgl. ebd.). Dennoch ist es möglich, dass die Rolle des Sündenbocks seine Fähigkeiten für Kritik und Risikobereitschaft für sich zu nutzt und diese positiv einsetzt (vgl. ebd., S. 32).

Die Rolle des verlorenen Kindes übernimmt häufig das dritte Kind der Familie (vgl. ebd., S. 27). Dieses Kind entzieht sich meist der familiären Situation und lebt in seiner eigenen

Welt (vgl. ebd.). Durch diesen Rückzug schützt es sich von den unkontrollierbaren Reaktionen seiner alkoholabhängigen Sorgeberechtigten und entlastet aufgrund seiner unauffälligen Verhaltensweisen, die gesamte Familie (vgl. ebd., S. 28). Infolgedessen erhält die Rolle des verlorenen Kindes kaum Beachtung von seinen Familienmitgliedern oder wird für sein unauffälliges Verhalten gelobt, wodurch sekundäre Emotionen, wie beispielsweise das Gefühl bedeutungslos zu sein, ausgelöst werden können (vgl. ebd.). Infolgedessen fühlt sich das Kind anschließend häufig unsicher und hilflos (vgl. ebd.). Darüber hinaus zeigt es sich besonders introvertiert, wodurch ihm kaum eine eigene Identitätsentwicklung gelingt (vgl. ebd., S. 27f.) und entwickelt soziale Auffälligkeiten (vgl. ebd. S. 28). Trotz dessen besteht auch für die Rolle des verlorenen Kindes die Möglichkeit, sich zu einem selbstbewussten und kreativen Menschen zu entwickeln (vgl. ebd., S. 32).

Das jüngste Kind der Familie nimmt häufig die Rolle des Clowns ein (vgl. ebd., S. 28). Es verhält sich besonders aufgeschlossen und fällt durch seine lustige Art auf (vgl. ebd.). Anders als das verlorene Kind der Familie gelangt die Rolle des Clowns durch sein extrovertiertes und unterhaltsames Verhalten an Aufmerksamkeit seiner Familienmitglieder (vgl. ebd.). Andererseits zeigt sich die Rolle des Clowns, besonders unreif, ängstlich und kaum belastungsfähig (vgl. ebd.). Aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten werden häufig Symptome wie Hyperaktivität oder einer Konzentrations- und Lernschwäche deutlich (vgl. ebd.). Da er von seinen älteren Geschwistern geschützt wird, erhält das jüngste Kind der Familie kaum Informationen über die wahrhaftige häusliche Situation (vgl. ebd.). Da die wahrhaftige häusliche Situation allerdings nicht vollständig verborgen werden kann, wird die Rolle des Clowns von einem angespannten Gefühl geprägt und entwickelt das Gefühl einer unklaren Ängstlichkeit, welches sich anschließend anhand seines auffälligen Verhaltens bemerkbar macht (vgl. ebd.). Dennoch besitzt er die Fähigkeit, durch sein Talent und der Begeisterung für Entertainment, die Menschen zu unterhalten und kann diese Kompetenzen zukünftig für sich nutzen (vgl. ebd., S. 32).

Wie in Abbildung 2 deutlich wird, ergänzen die Rollenmodelle von Black, Ackermann, Lambrou und Jakob die Rollenmodelle von Wegschneider teilweise und differenzieren diese weiter aus (vgl. ebd., S. 28). Black verändert die Titel der Rollen, übernimmt die Rollenmodelle von Wegschneider jedoch gänzlich (vgl. ebd.). Ackermann übernimmt vereinzelnde Rollen und Titel von Wegschneider und ergänzt zusätzlich vier weitere Rollenmodelle (vgl. ebd.). Durch diese Ergänzung bezieht sich Ackermann als einziger Autor auf das Rollenmodell des „Unverletzten“ (vgl. ebd.) und geht darauf ein, dass betroffene Kinder die Möglichkeit zu einer gesunden, positiven Entwicklung haben (vgl. ebd.). Lambrou übernimmt die ersten fünf Rollen von Ackermann (vgl. ebd.). Jakob unterscheidet zwischen fünf ähnlichen Rollenmodellen und bezieht sich dabei mit der Rolle des „Elternkindes“ auf Einzelkinder (vgl. ebd., S. 28f.). Aufgrund fehlender Kapazitäten wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter auf die einzelnen Rollenmodelle der Autoren eingegangen.

Wegscheider (1988)	Black (1988)	Ackerman (1987)	Lambrou (1990)	Jakob (1991)
Held	Verantwortungsbewusstes Kind	Macher	Macher	Elternkind Partnerersatz Vorzeigekind
Sündenbock	Ausagierendes Kind	Sündenbock	Sündenbock	Schwarzes Schaf
Verlorenes Kind	Fügsames Kind	Schweiger	Unsichtbares Kind	
Clown	Friedensstifter	Maskottchen	Maskottchen	Nesthäkchen
		Chamäleon Der Übererwachsene Der Distanzierte Der Unverletzte	Chamäleon	

Abbildung 2: Rollenmodelle im Überblick. (Zobel, 2017, S. 29)

Mit Ausnahme des Rollenmodells „des Unverletzten“ nach Ackermann beziehen sich alle Rollenmodelle auf die negativen Auswirkungen von betroffenen Kindern, welche aufgrund der Alkoholabhängigkeit eines Sorgeberechtigten zurückzuführen sind (vgl. ebd., S. 31). Zusätzlich sind die Rollenmodelle kritisch zu betrachten, da die frühe Zuweisung einer Rolle zu einer einseitigen Wahrnehmung im klinischen Kontext führen kann (vgl. ebd.). Aufgrund der individuellen Entwicklung des Einzelnen werden folglich auf die Grundbedürfnisse von Kindern eingegangen.

4. Die Entwicklung eines Kindes

Die Kinderpsychologin Mia Kellmer Pringle entwickelte im Jahr 1975 in ihrer Studie „The Needs of Children“ und legte vier Grundbedürfnisse von Kindern fest (vgl. Wolf, 2012, S. 16). Diese Grundbedürfnisse werden lediglich erfüllt, wenn das Kind von Geburt an in einer stabilen, anhaltenden, zuverlässigen und harmonisierenden Beziehung aufwächst (vgl. Pringle, 1979, zit. n. ebd., S. 19). Zudem gibt Pringle 1979 (nach Wolf, 2016, S. 16) an, dass die Erfüllung dieser Bedürfnisse ausschlaggebend für die Entwicklung eines Kindes ist.

1. Das Bedürfnis nach Liebe und Geborgenheit: Kinder entwickeln im Idealfall die erste emotionale Beziehung zu der Mutter (vgl. ebd., S. 19). Durch die fürsorgliche Beziehung seitens der Mutter wird dem Kind zu Beginn die Möglichkeit für eine positive Entwicklung gegeben. (vgl. ebd.).
2. Das Bedürfnis nach neuen Erfahrungen: Das Kind hat bereits in seinen frühesten Lebensjahren das Bedürfnis, zu erforschen und neue Erfahrungen zu machen (vgl. ebd., S. 25). Durch diesen Explorationsdrang hat das Kind die Möglichkeit, sich weiterzuentwickeln (vgl. ebd.). Bei dieser Weiterentwicklung profitieren Kinder von positiven Reaktionen ihrer Sorgeberechtigten (vgl. ebd.). Erleben Kinder diesbezüglich keine positiven Erfahrungen, wird eine Entwicklung dahingehend verzögert (vgl. ebd.).
3. Das Bedürfnis nach Lob und Anerkennung: Kinder müssen in ihren Fähigkeiten gefördert werden (vgl. ebd., S. 28). Das Bedürfnis des Lobes und der Anerkennung lässt sich den Leistungserwartungshaltungen der Sorgeberechtigten ableiten (vgl. ebd.). Diese dürfen keine zu hohen, jedoch auch keine zu niedrigen Erwartungen an ihre Kinder haben und sollen stets zuversichtlich sein, dass das Kind das eigene Ziel erreicht (vgl. ebd.).
4. Das Bedürfnis nach Verantwortung: Kinder haben den Wunsch nach Selbstständigkeit und neigen dazu, bereits kleinere Dinge eigenständig zu meistern (vgl. ebd., S. 30). Dabei ist der Wunsch zur Unabhängigkeit individuell und abhängig von dem familiären Umfeld (vgl. ebd.).

Bei diesen Grundbedürfnissen von Kindern handelt es sich um zusammenhängende Bedürfnisse (vgl. ebd., S. 32). Da die Grundlage die Bindung zu und zwischen den Erziehungsberechtigten darstellt (vgl. ebd., S. 20), wird infolgedessen die Bindungstheorie nach Bowlby ausgeführt.

4.1 Bindungstheorie nach Bowlby

Die von dem Psychiater und Psychoanalytiker, John Bowlby, entwickelte Bindungstheorie beschäftigt sich mit den Auswirkungen erwachsener Bindungspersonen und der damit verbundenen psychischen Entwicklung von Kindern (vgl. Grossmann und Grossmann, 2017, S. 7). Die Bindungstheorie sagt demnach, dass eine liebevolle und fürsorgliche Beziehung zwischen dem Kind und seinen Erziehungsberechtigten eine sichere Bindung bildet und zentral für die psychische Gesundheit des Kindes (vgl. ebd., S. 25f.) und auch entscheidend für sichere Bindungen in späteren Beziehungen ist (vgl. Holmes, VII, in Bowlby, 2010, Gleitwort). Wenn die frühkindlichen Grundbedürfnisse nicht erfüllt werden (s. Kapitel 4.), so bewirkt dies nach Überzeugung der Entwicklungspsychologin Bühler unter anderem eine Spannungszunahme, Unlust und Unsicherheit bei dem Kind (vgl. Bühler 1959, zit. n. Gossmann und Gossmann, 2017, S. 33).

Zudem geht Bowlby darauf ein, dass sich Kinder überwiegend mit ihren Bedürfnissen an die Mutterfigur wenden (vgl. Bowlby, 2010, S. 22). Bei Abwesenheit der Mutterfigur tendieren Kinder anschließend dazu, ihre Gefühle auch Bekannten oder sympathisch aussehenden Fremden zu zeigen (vgl. ebd.). Damit weist Bowlby darauf hin, dass Kinder ihr Bindungsverhalten situativ an mehrere Personen richten können, eine anhaltende Bindung allerdings meist nur zu einzelnen Personen aufgebaut wird (vgl. ebd.). Aufgrund dessen wird an dieser Stelle zwischen der Bindung und dem Bindungsverhalten unterschieden (vgl. ebd.).

Bowlby unterscheidet zwischen den beiden Bindungstypen sicher und unsicherer Bindung (vgl. Birsch, 2022, S. 44). Bei der sicheren Bindung handelt es sich um eine zu der Bezugsperson nahen und bedürfnisorientierten Bindung (vgl. ebd.). Dies geschieht häufig bereits im Säuglingsalter, indem die Mutterfigur sich an den Bedürfnissen des Kindes orientiert und diese befriedigt (vgl. ebd.). Bei einer sicheren Bindung wird dem Kind vor allem Schutz, Geborgenheit und Nähe gegeben (vgl. ebd., S. 43). Wenn die Bindung durch ein unvorhersehbares und wechselhaftes Verhalten zwischen Liebe und Vernachlässigung seitens der Sorgeberechtigten geführt wird, ist es möglich, dass das Kind eine Bindungsstörung entwickelt (vgl. ebd., S. 44). Demnach hat die Beziehung und das damit verbundene Verhältnis zwischen den Erziehungsberechtigten und dem Kind besonderen Einfluss auf seine Entwicklung (vgl. ebd.).

4.2 Bindungstypen nach Ainsworth

Basierend auf der Bindungstheorie entwickelte Mary Ainsworth diese weiter, indem sie die Versuchsanordnung „die fremde Situation“ als Experiment durchführte. Ihr Ziel war es dabei, das Bindungs- und Explorationsverhalten zu erforschen (vgl. Grossmann und Grossmann, 2017, S. 146). Dafür wurden 56 Kinder, im Alter von 49 bis 51 Wochen, aus familiärer Mittelschicht untersucht (vgl. ebd., S. 150). Die Kinder wurden in einem möblierten experimentellen Zimmer dabei beobachtet, wie sie sich verhalten, wenn eine fremde Person den Raum betritt und die Bezugsperson den Raum verlässt (vgl. ebd. S. 151). Anschließend wurde die Reaktion des Kindes bei der Wiederkehr der Bezugsperson festgehalten (vgl. ebd.). Ainsworth dokumentierte die Reaktionen der Kinder und entwickelte durch die resultierende Erkenntnisgewinnung weitere Bindungsmuster (vgl. Bowlby, 2010, S. 101).

Dabei kennt Mary Ainsworth die beiden Bindungsmuster von John Bowlby an und führt aus, dass Kinder in ihrer sicheren Bindung sich in Angst- und Stresssituationen auf ihre Bezugspersonen verlassen können und diese mit Feinfühligkeit auf die negativen Gefühle ihrer Kinder reagieren (vgl. ebd.). Auf Grundlage der resultierenden Erkenntnisse der fremden Situation entwickelte Ainsworth drei weitere unsichere Bindungsmuster, welche nachfolgend erläutert werden (vgl. ebd.).

Unsicher-ambivalente Bindung: Kinder mit diesem Bindungsmuster ist es unklar, ob die Bezugspersonen psychisch und physisch erreichbar sind, wodurch häufig Trennungängste entwickelt werden (vgl. ebd.). Bezüglich dieses Bindungsmusters ergaben zudem Therapiestudien, dass diese Kinder bereits Trennungserfahrungen machen mussten oder einzelne Sorgeberechtigte lediglich selten präsent waren (vgl. ebd.).

Unsicher-vermeinernder Bindung: Diese Kinder erwarten bereits eine Ablehnung ihrer Bezugspersonen, was dazu führt, dass sie auch auf fremde Hilfe oder Zuneigungen verzichten (vgl. ebd.). Sie steuern psychische Unabhängigkeit an und können dadurch, nach Winnicott 1960, eine narzisstische Persönlichkeitsstörung oder eine falsche Vorstellung des eigenen Selbstbildes entwickeln (vgl. ebd.). Dieses Bindungsmuster kann aufgrund von anhaltender Ablehnung durch die Mutterfigur folgen (vgl. ebd.).

Unsicher desorganisierte Bindung: Hierbei handelt es sich um Kinder, welche keinem der vorherigen Bindungsmuster zugeordnet werden konnten (vgl. ebd., S. 102). Kinder mit diesem Bindungsmuster wirkten verstört und desorganisiert (vgl. ebd.). Sie zeigten vor allem Verhaltensauffälligkeiten, indem sie erstarrten, einem stereotypisches Verhalten zeigten

oder plötzlich stehen blieben (vgl. ebd.). Forschungen ergaben später, dass Kinder dieser Auffälligkeiten häufig misshandelt oder stark vernachlässigt wurden und bereits eine psychische Störung entwickelt haben (vgl. ebd.).

Bindung wird unter anderem als eine Basis für die Persönlichkeitsentfaltung angesehen (vgl. Herbst, 2012, S. 438). Dabei entwickelt sich die primäre Bindung nicht während der Geburt, sondern in den ersten Lebensmonaten und im frühkindlichen Alter (vgl. ebd.). Die Bindungsentwicklung lässt sich in der Literatur in vier Phasen einteilen. Die erste Phase ist als die Vorbindungsphase bekannt und findet in den ersten zwei bis drei Monaten nach der Geburt statt (vgl. ebd.). In dieser Phase sucht der Neugeborene den Kontakt zu seinen Bezugspersonen, indem er durch seine angeborenen Verhaltensweisen auf sich aufmerksam macht (vgl. ebd.). Mit sechs bis acht Monaten, beginnt die zweite Phase der Bindungsentwicklung, die Bindungsphase (vgl. ebd.). Der Säugling beginnt, bekannte Gesichter abzuspeichern und auf fremde dementsprechend zu reagieren. Die Bindung entwickelt sich in dieser Phase hauptsächlich zur Mutterfigur, da diese den intensivsten Kontakt zu dem Neugeborenen pflegt (vgl. ebd.). Die dritte Phase wird als die Phase des aktiven und initiierten, zielkorrigierten Bindungsverhalten im Alter, zwischen drei bis sechs Monaten und zwei bis vier Jahren durchlaufen (vgl. ebd.). Hier ist die Bindung zu den Bindungspersonen erkennbar, da durch das Krabbeln oder die ersten Schritte wird der Kontakt bzw. die Nähe zu den Bezugspersonen hergestellt wird (vgl. ebd.). Im Alter darüber hinaus beginnt die Phase der reziproken Beziehungen (vgl. ebd.). Diese Phase kann erst eintreten, wenn das Kind sprechen kann und die Absichten ihrer Bezugspersonen versteht (vgl. ebd.).

4.3 Bindung in alkoholbelasteten Familien

Durch die Alkoholabhängigkeit eines Sorgeberechtigten entwickeln Kinder häufig eine unsichere Bindung (vgl. Strauß und Schauenberg, 2017, S. 207). Dies bildet sich vor allem daher, dass Kinder, welche mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten in einem Haushalt leben, häufig vernachlässigt werden und kaum Fürsorglichkeit oder emotionale Zuwendung erfahren (vgl. ebd.). Vor allem Kinder mit einer alkoholabhängigen mütterlichen Sorgeberechtigten bzw. einer alkoholabhängigen Mutterfigur zeigen meist ein hochunsicheres oder ein desorganisiertes Bindungsmuster auf, welche negative Folgen auf die Entwicklung des Kindes haben kann (vgl. ebd., S. 140f.). Dadurch, dass Kinder häufig eine desorganisierte Bindung zu ihren alkoholabhängigen Bezugspersonen entwickeln, zeigen sie

damit zusammenhängende, häufig psychische Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Remschmidt, 1998, zit. n. Zobel, 2017, S. 25). Liegen bei der elterlichen Alkoholabhängigkeit noch weitere Symptome vor, wird in der Literatur von Multiproblemfamilien gesprochen (vgl. Klein und Zobel, 2000, S. 16). Weitere Symptome können hierfür laut Remschmidt 1998 (nach Zobel, 2017, S. 25), beispielsweise ein geringer sozioökonomischer Status, eine weitere Erkrankung der Mutterfigur oder häufige Konflikte zwischen den Ehepartnern sein. Handelt es sich um eine Multiproblemfamilie, steigt das Risiko für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen bei Kindern (vgl. ebd.).

4.4 Der Alkoholkonsum von Sorgeberechtigten im späteren Lebensjahr des Kindes

Je nachdem, wann die Alkoholabhängigkeit des Sorgeberechtigten beginnt, kann es unterschiedliche Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben (vgl. Zobel, 2017, S. 45). Beginnt die Alkoholabhängigkeit der Mutterfigur bereits vor der Geburt, kann dies andere Konsequenzen für das Kind haben, als wenn die Alkoholabhängigkeit des Sorgeberechtigten im Frühkindesalter oder im Alter eines Jugendlichen beginnt (vgl. ebd.). Außerdem ist es auch ausschlaggebend, ob bereits eine Abstinenz begonnen hat und ob beide oder ausschließlich ein Erziehungsberechtigter alkoholabhängig ist (vgl. Klein, 2007, S. 1). Handelt es sich beispielsweise bei der Alkoholabhängigkeit um einen statt beiden Sorgeberechtigten oder lebt der alkoholabhängige Sorgeberechtigte abstinent, haben Kinder positive Aussichten auf eine bessere Entwicklung, als wenn beide Erziehungsberechtigte alkoholabhängig sind (vgl. ebd.). Zudem suchen betroffene Kinder zukünftig häufiger einen alkoholabhängigen Lebensgefährten als nicht betroffene Kinder (vgl. Burr, 1985, S. 98). Darüber hinaus neigen betroffene Kinder mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten dazu, bereits eine Suchterkrankung im Jugendalter zu entwickeln oder bringen sich selbst bei, mit der Situation umzugehen (vgl. Klein, 2001b, S. 118).

Hinsichtlich der Selbstachtung eines Kindes konnten keine altersspezifischen Unterschiede erkannt werden (vgl. Woititz, 1990, S. 13). Betroffene Kinder entwickeln altersunabhängig dasselbe negative Selbstbild (vgl. ebd. S. 12). Unterschiede sind zwar im Verhalten erkennbar, allerdings nicht im Selbstwertgefühl (vgl. ebd.). Ob Kinder durch die Alkoholabhängigkeit ihrer Sorgeberechtigten Auswirkungen mit sich tragen, ist individuell und abhängig von dem Einzelnen (vgl. Zobel, 2017, S. 45). Ein großer Faktor spielt hierbei vor allem das emotionale Klima innerhalb der familiären Situation und das Verhalten, welches sich das Kind von ihrem Erziehungsberechtigten abschaut (vgl. Burr, 1985, S. 98). Kleine

Kinder lassen sich häufig durch den nicht-alkoholabhängigen Sorgeberechtigten beeinflussen (vgl. ebd.). Zudem haben betroffene Kinder die Möglichkeit, sich durch die Toleranz der Erkenntnis, dass es sich bei den alkoholabhängigen Erziehungsberechtigten, um keinen schlechten Menschen handelt, zu einem realistischen Erwachsenen zu entwickeln (vgl. ebd., S. 101; Mielke und Gutknecht, 2017, S. 2).

Unabhängig davon, in welchem Lebensjahr sich das Kind beim Beginn der Alkoholabhängigkeit seines Sorgeberechtigten befindet (vgl. Lambrou, 2016, S. 32), kann die Alkoholabhängigkeit eines Erziehungsberechtigten individuelle Folgen für das Kind haben (vgl. Zobel, 2017, S. 45). Aufgrund dessen folgt nun eine Erläuterung der möglichen Folgen für Kinder durch die Alkoholabhängigkeit ihrer Sorgeberechtigten.

5. Mögliche Folgen für die Kinder von alkoholabhängigen Sorgeberechtigten

Betroffen Kinder eignen sich häufig die Verhaltensweisen ihrer Erziehungsberechtigten an. Dieser Prozess wird in der Literatur auch als *Modelllernen* bezeichnet (vgl. Zobel, 2017, S. 202). Die Kinder lernen durch den alkoholabhängigen Sorgeberechtigten, dass der Alkohol als tägliche Bewältigungsstrategie fungiert, ohne dabei anderweitige Handlungs- und Bewältigungsstrategien zu erlernen (vgl. ebd. S. 203). Aufgrund dessen fehlt den Kindern eine adäquate Bewältigungsstrategie, welcher anschließend zu einer zukünftigen Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit führen kann (vgl. ebd., S. 214). Daher ist es möglich, dass das Modelllernen zu einer indirekten Transmission führen kann (vgl. ebd., S. 202).

Insgesamt wird in der Literatur hinsichtlich der Entwicklungsverläufe der betroffenen Kinder zwischen der direkten und den fünf Transmissionswegen der indirekten Transmission unterschieden (Abb. 5; vgl. Klein und Zobel, 1999, S. 18.; Klein, 2001b, S. 121). Dabei bezieht sich die direkte bzw. offene Transmission auf die Auswirkungen eines Kindes, welche direkt durch den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft entstanden sind (vgl. Klein, 2001b, S. 121). Aufgrund dessen, dass sich die vorliegende Arbeit hauptsächlich auf Kinder bezieht, welche aufgrund des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft keine gesundheitlichen Auswirkungen mit sich tragen, wird nicht auf weiter auf die direkte Transmission eingegangen. Die indirekte bzw. verdeckte Transmission beschreibt die Schädigung eines Kindes, welche durch das Verhalten der alkoholabhängigen Sorgeberechtigten hervorgerufen wird (vgl. ebd.).



Abbildung 3: Transmissionswege von Störungen bei familiärem Alkoholismus. (Klein und Zobel, 1999, S. 17)

Ausgehend von Abbildung 3 bezieht sich der homopathologische Weg auf die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung. Die Wahrscheinlichkeit, dass betroffene Kinder eine eigene Suchterkrankung entwickeln, liegt bei ca. 30 % (vgl. Klein und Zobel, 1999, S. 18). Im Vergleich zu Kindern ohne alkoholabhängigen Sorgeberechtigten ist die Wahrscheinlichkeit, ebenfalls an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken, sechsfach höher (vgl. ebd., S. 13; Klein, 2007, o. S.; Klein, 2001b, S. 118). Bei dem heteropathologischen Weg entwickeln Kinder häufig eine psychische Erkrankung, in Form einer externalisierenden oder eine internalisierende Verhaltensstörung, statt einer Abhängigkeitsstörung (vgl. Klein und Zobel, 1999, S. 18). Dabei sind mit externalisierenden Störungen, jene des Sozialverhaltens und mit internalisierenden Störungen, psychische Verhaltensstörungen gemeint (vgl. Zobel, 2017, S. 27). Der comorbide Transmissionsweg beschreibt häufig eine Komposition zwischen dem heteropathologischen und dem homopathologischen Weg (vgl. Klein und Zobel, 1999, S. 17). Hierbei resultieren häufig eine Abhängigkeitserkrankung mit gleichzeitiger psychischer Störung (vgl. ebd.). Die Auswirkung des mittelmäßigen Weges führt auf ein insgesamt unzufriedenes Leben zurück, ohne eine Entwicklung von behandlungsbedürftigen Störungen (vgl. ebd.) Der letzte, salutogenetische Weg beschreibt ein unbelastetes Leben aufgrund einer hohen Resilienz des Kindes (vgl. ebd.).

Hinsichtlich des heteropathologischen Weges kann zwischen den körperlichen, psychischen und sozialen Folgen, sowie auch der Lern- und Leistungsfähigkeit und der Wohlfährdung durch Misshandlung und Vernachlässigung der betroffenen Kinder durch die Alkoholabhängigkeit ihrer Sorgeberechtigten, unterschieden werden (vgl. ebd., S. 18). Um Vergleichsergebnisse zu erzielen, wurden zahlreiche Studien von Kindern mit und ohne alkoholabhängige Sorgeberechtigte durchgeführt (vgl. Zobel, 2017, S. 26). Kinder ohne

alkoholabhängige Sorgeberechtigte werden hier als „Kontrollpersonen“ bezeichnet (vgl. ebd.).

5.1 Körperliche und Psychische Folgen

Im Vergleich zu den Kontrollpersonen werden betroffene Kinder häufiger Opfer von verbaler körperlicher Gewalt (vgl. Klein und Zobel, 1999, S. 27). Dies hat nicht nur körperliche, sondern auch psychische Folgen für das Kind (vgl. Lambrou, 2016, S. 53). In Haushalten, in welchen alkoholabhängige Sorgeberechtigte leben, erleben Kinder nicht nur, dass an ihnen Gewalt ausgeübt wird, sondern müssen auch mitansehen, wie der alkoholabhängige Sorgeberechtigte oder weitere Familienmitglieder, Opfer von Gewalt durch den alkoholabhängigen Erziehungsberechtigten werden (vgl. ebd., S. 52f.).

Durch die in alkoholbelasteten Familienregeln aufgestellten Regeln, lernt das Kind wie bereits in Kapitel 3.2 erwähnt, nicht über die häusliche Situation zu sprechen, sich niemandem zu öffnen oder anzuvertrauen (vgl. Zobel, 2017, S. 23). Auch hierbei handelt es sich um eine Form von psychischer Gewalt (vgl. Lambrou, 2016, S. 53).

Psychische Verhaltensstörungen, wie etwa Angststörungen, sind im Allgemeinen mit einer Prävalenzrate von 10 %, bei Kindern und Jugendlichen mit einem alkoholabhängigen Sorgeberechtigten, die häufigsten psychischen Störungen (vgl. Petermann et al., 2002, zit. n. Zobel, 2017, S. 40). Zudem kann man bei Kindern, mit einer Angststörung, häufig von einer zusätzlichen depressiven Erkrankung ausgehen (vgl. Zobel, 2017, S. 41). Ausschlaggebende Gründe für die Angststörungen oder die depressiven Verstimmungen eines Kindes können z. B. die häufigen innerfamiliären Auseinandersetzungen sein (vgl. Hill & Hruska, 1992; Johnson et al., 1991, zit. n. Zobel, 2017, S. 41). Bei einer Abstinenz des alkoholabhängigen Sorgeberechtigten werden die psychischen Verhaltensstörungen des Kindes verringert (vgl. Chassin et al., 1991; Moos & Billings, 1982; Whipple & Noble, 1991, zit. n. Zobel, 2017, S. 41). Bei einer dysfunktionalen familiären Situation ist das Risiko einer Verhaltensstörung beim Kind höher (vgl. Zobel, 2017, S. 42).

5.2 Soziale Folgen

Es ist möglich, dass betroffene Kinder aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten von Gleichaltrigen und Erwachsenen gemieden werden, was dazu führt, dass sie auch außerhalb der häuslichen Situation Ablehnung erfahren müssen (vgl. Zobel, 2017, S. 26). Infolgedessen können sich die bereits vorhandenen Störungen aufrechterhalten oder gegebenenfalls

verstärken (vgl. ebd.). Da diese Kinder häufig in einer dysphorischen Atmosphäre aufwachsen, tragen sie ihre Wut und Aggressivität, welche sie vom eigenen Haushalt kennen, oftmals an Gleichaltrige aus, was dazu führt, dass sie kaum Freundschaften knüpfen können (vgl. Burr, 1985, S. 97).

Kinder, welche mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt aufwachsen, zeigen im Vergleich zu Kontrollpersonen außerdem häufiger Aufmerksamkeitsstörungen mit Hyperaktivität (ADHS) auf (vgl. Christensen und Bilenberg, 2000, S. 222). Die ersten Anzeichen dieser externalisierenden Verhaltensstörung treten hierbei in den ersten fünf Lebensjahren auf (vgl. Zobel, 2017, S. 37). Kinder mit einer ADHS neigen häufig dazu, zwischen mehreren Tätigkeiten hin und her zu wechseln, da sie eine geringe Ausdauer für jegliche Beschäftigungen haben (vgl. ebd.). Zusätzlich prägen sich Kinder, welche ihr auffallendes und aggressives Verhalten häufig bereits im Vorschulalter zeigen, sich dieses Verhalten auch für die Zukunft ein (vgl. Loeber, 1990, S. 34). Allerdings kann laut Zobel (2017, S. 18) kein direkter Zusammenhang zwischen kindlichen ADHS Symptomen und der Alkoholabhängigkeit eines Sorgeberechtigten festgestellt werden.

5.3 Folgen der Lern- und Leistungsfähigkeit

Studienergebnisse zeigen darüber hinaus einen Zusammenhang zwischen der Alkoholabhängigkeit eines Sorgeberechtigten und mangelnden schulischen Leistungen des Kindes (vgl. Carle & Chassin, 2004; Casa-Gil & Navarro-Guzman, 2002; McGrath et al., 1999; Moss et al., 1995; Poon et al., 2000; Puttler et al., 1998, zit. n. Zobel, 2017, S. 32; Puttler et al., 1998, S. 1966ff.). Hierbei gilt jedoch zu differenzieren, dass betroffene Kinder im Vergleich zu Kontrollpersonen beispielsweise mehr Fehlzeiten aufweisen und das Schuljahr häufiger wiederholen oder psychologische Unterstützung durch den Schulpsychologen erhalten, diese sich allerdings nicht hinsichtlich der schulischen Leistungen bzw. den schulischen Bildungsabschluss unterscheiden (vgl. Knop et al., 1985, zit. n. Zobel, 2017, S. 32f.). Im Vergleich zu Kindern ohne alkoholabhängigen Sorgeberechtigten haben betroffene Kinder zudem häufig einen niedrigeren Intelligenzquotienten (vgl. Puttler et al., 1998, S. 1969), wodurch auch sprachliche Fähigkeiten, wie beispielsweise signifikante Unterschiede im Buchstabieren im Grundschulalter erkennbar sind (vgl. Zobel, 2017, S. 36). Dies zeigte sich vor allem, wenn die alkoholabhängigen Sorgeberechtigten der betroffenen Kinder noch zusätzlich eine psychiatrische Erkrankung aufzeigten oder sie einen niedrigen sozioökonomischen Status hatten (vgl. ebd., S. 35). Allerdings wird dies in der Literatur nicht

als direkte Folge der alkoholabhängigen Sorgeberechtigten gewertet, da es den betroffenen Kindern diesbezüglich an Unterstützung seitens der Sorgeberechtigten mangelt (vgl. ebd.).

5.4 Misshandlung und Vernachlässigung

Nach zahlreichen Studien (Galaif et al., 2001; McGaha und Leoni, 1995; Mesching, 2001; Walsh et al., 2003, zit. n. Zobel, 2017, S.43) werden Kinder, welche in Haushalten mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten aufwachsen, häufiger Opfer von Misshandlungen und Vernachlässigungen (vgl. ebd.). Zudem reagieren Kinder häufig auch beispielsweise auf die Vernachlässigung mit Stressattacken, wodurch sie eine anhaltende innere Alarmbereitschaft entwickeln (vgl. Lambrou, 2016, S. 56). Im Vergleich zu Kontrollpersonen ist die Wahrscheinlichkeit bei betroffenen Kindern höher, dass diese von ihren alkoholabhängigen Sorgeberechtigten geschlagen werden oder emotionalen, sowie körperlichen oder sexuellen Missbrauch erfahren müssen (vgl. Anda et al., 2002, S. 1003). Konsumierende neigen dazu, durch den Alkoholkonsum schneller Schamgrenzen zu überschreiten, was dazu führt, dass sie eher zu sexuellen Übergriffen neigen können (vgl. Lambrou, 2016, S. 57). Das Alkoholprobleme und sexuelle Gewalt in einem Zusammenhang zueinanderstehen, wird unter anderem dadurch deutlich, dass Sexualstraftäter während ihrer Tat häufig unter Alkoholeinfluss stehen (vgl. Abracen et al., 2000, S. 270). Zudem stammen sie häufig selbst aus suchtbelasteten Familien (vgl. Hummel et al., 1999, zit. n. Zobel, 2017, S. 47), wodurch das Risiko von sexuellem Missbrauch in suchtbelasteten Familien steigt (vgl. Anda et al., 2002, S. 1003ff.). Dabei werden betroffene Jungen häufiger körperlich misshandelt als Mädchen (vgl. ebd.). Zudem konnten bereits auch Ehekonflikte in den Zusammenhang mit körperlicher Misshandlung auf das im gemeinsamen Haushalt lebende Kind geschlossen werden (vgl. Wetzels, 1997, S. 41). Ein Risikofaktor von Misshandlung und Vernachlässigung in suchtbelasteten Familien kann vor allem sein, dass die alkoholabhängigen Sorgeberechtigten in ihrer kindlichen Vergangenheit, ebenfalls ähnliche Erfahrungen gemacht haben (vgl. Zobel, 2017, S. 44).

5.5 Somatische und Psychosomatische Störungen

Studien (West & Prinz, 1987; Roberts und Brent, 1982; Steinhausen et al., 1982; Biek, 1981, zit. n. Zobel, 2017, S. 49) ergaben nach Zobel (2017, S. 49), dass ein Zusammenhang zwischen der elterlichen Alkoholabhängigkeit und gesundheitlichen Beschwerden der Kinder besteht (vgl. ebd.). Dieser Zusammenhang sei allerdings geschlechtsspezifisch, da betroffen

Mädchen öfter einen Arzt aufsuchen würden, als ihre Kontrollpersonen (vgl. Roberts & Brent, 1982, zit. n. ebd.). Dies führt dazu, dass das weibliche Geschlecht öfter eine Diagnose zu den jeweiligen Erkrankungen erhält (vgl. ebd.). Sie leiden häufiger unter psychosomatische Beschwerden, wie beispielsweise ein gestörtes Essverhalten (vgl. Chandy et al., 1994, zit. n. Zobel, 2017, S. 50) und neigen oftmals zu gesundheitlichen Folgen wie beispielsweise Magen- und Darmbeschwerden, Kopfschmerzen oder psychisch bedingte Hauterkrankungen (vgl. Lambrou, 2016, S. 56).

Das Kinder ihre alkoholabhängigen Sorgeberechtigten verleugnen, die häusliche Situation verschweigen und sich von ihren alkoholabhängigen Erziehungsberechtigten beleidigen lassen müssen, gilt ebenfalls als Gewalt (vgl. Lambrou, 2016, S. 54). Kommt es dazu, dass Kinder sich gegenüber ihren alkoholabhängigen Sorgeberechtigten schützen oder wehren müssen, indem sie diese gegebenenfalls zurückschlagen, werden die betroffenen Kinder psychisch durch ihre Abwehr, in gleicherweise verletzt, wie wenn sie selbst geschlagen werden (vgl. ebd.). Diese Form von Gewalt kann vor allem dazu führen, dass das Kind nicht nur lernt, niemandem zu vertrauen, sondern auch, dass ein geringes Selbstwertgefühl (vgl. ebd.) oder ein Trauma entwickelt wird (vgl. ebd., S. 62). Zusammenfassend ist es möglich, dass Kinder, welche mit alkoholabhängigen Erziehungsberechtigten, in einem gemeinsamen Haushalt leben, jegliche Formen von Gewalt im Alltag über sich ergehen lassen müssen (vgl. ebd., S. 53f.).

5.6 Kindeswohlgefährdung

Bei jeglicher Art von Misshandlung und Vernachlässigung gegenüber dem im Haushalt lebenden Kindes kann das körperliche und/oder geistige oder das seelische Wohl des Kindes gefährdet sein (vgl. Kindler et al., 2006, S. 2-1). Da die alkoholabhängigen Sorgeberechtigten im Fall, dass ihre eigenen Kinder durch ihr Verhalten Opfer von Gewalt, Misshandlung oder Vernachlässigung werden, nicht dazu gewillt sind, diese Gefahr abzuwenden oder nicht beabsichtigt sind, Hilfemaßnahmen für die Gewährleistung des Kindeswohls annehmen wollen, hat das Familiengericht gem. § 1666 Abs. 1 BGB das Recht und die Pflicht, Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr zu treffen (vgl. ebd.; vgl. Nomos Gesetze, 2023, S. 673). Diese Maßnahmen können unter anderem sein, dass die elterliche Sorge voll- oder teilweise entzogen wird (vgl. Kindler et al., 2006, S. 2-1). In akuten Situationen kann zudem das Kinder- und Jugendhilferecht durch die Aktivierung eines Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a Abs.1 SGB VIII) folgen (vgl. Nomos Gesetze, 2023, S. 1780) oder

eine Inobhutnahme gem. § 42 Abs. 1 S. 1 SGB VIII eintreten (vgl. ebd., S. 1795). Dabei ist eine umgehende Informierung des Familiengerichtes gem. § 8a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII vorgesehen (vgl. Kindler et al., 2006, S. 2-1).

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass es sich bei betroffenen Kindern um eine heterogene Gruppe handelt (vgl. Zobel, 2017, S. 45). Mit der Begründung, dass jedes betroffene Kind ein Recht auf Förderung und Unterstützung hat und somit auch jedes betroffene Kind das Recht hat, unabhängig des Ausmaßes ihrer Auswirkungen und auch unabhängig davon, ob eine Inanspruchnahme der spezifischen Maßnahmen ihrer alkoholabhängigen Sorgeberechtigten, erfolgt, sozialpädagogische Unterstützung zu bekommen (vgl. Bernsdorff et al., o. J., S. 2; Klein, 2008a, o. S.) wird nachfolgend erläutert, inwiefern die Soziale Arbeit betroffene Kinder unterstützen kann.

6. Wie kann die Soziale Arbeit betroffene Kinder unterstützen?

Alkoholabhängige Erziehungsberechtigte sind häufig nicht in der Lage, ihren Kindern die liebevolle Fürsorge und Aufmerksamkeit zu geben, welche sie für eine individuelle Entwicklung benötigen (vgl. Burr, 1985, S. 100). Dies führt dazu, dass betroffene Kinder von einer verlässlichen, erwachsenen Person außerhalb des eigenen Haushalts profitieren können (vgl. Mielke und Gutknecht, 2017, S. 2). Hierbei kann es sich sowohl um nicht-alkoholabhängige Verwandte, erwachsene Bekannte oder Fachpersonen handeln, welche durch eine stabile Bindung ein Vertrauensverhältnis zu dem Kind aufgebaut haben (vgl. ebd.). Zudem gilt es als eine besondere Aufgabe dieser Person, für das Kind anhaltend präsent zu sein, ihm zuzuhören und das Gefühl zu vermitteln, gesehen zu werden und wertvoll zu sein (vgl. ebd.). Dem betroffenen Kind soll es ermöglicht werden, sich in seinen Emotionen sowie in seiner Persönlichkeit widerspiegeln zu können (vgl. Mielke, 2015, S. 3) und Halt bei der erwachsenen Person zu bekommen (vgl. Arenz-Greiving, o. J., S. 24). Öffnet sich das Kind gegenüber der Vertrauensperson bezüglich der Alkoholabhängigkeit im eigenen Haushalt, ist es von hoher Relevanz, dass das Kind in seinem Anliegen ernst genommen, ihm geglaubt wird und dem Kind altersgerechte Informationen über den Alkohol bzw. der Alkoholabhängigkeit vermittelt werden (vgl. Mielke und Gutknecht, 2017, S. 2). Darüber hinaus soll dem Kind zusätzlich verdeutlicht werden, dass es an der Alkoholabhängigkeit des Sorgeberechtigten keine Schuld trägt und das Kind ihm nicht helfen oder ihn heilen kann und es zudem auch nicht seine Aufgabe ist (vgl. ebd.).

Durch die Informationsvermittlung entwickeln Kinder ein Verständnis für die Abhängigkeitserkrankung ihrer Sorgeberechtigten (vgl. Mielke, 2015, S. 3). Dies wirkt angstlösend und entlastet die Schuld- und Schamgefühle des Kindes, da das betroffene Kind infolgedessen das Verhalten des Alkoholabhängigen besser nachvollziehen kann (vgl. ebd.). Durch diese Entlastung entwickelt das Kind Selbstheilungskräfte, welche suchtpreventiv wirken können (vgl. ebd., S. 3f.). Eine Informationsvermittlung kann beispielsweise durch altersadäquate Materialien stattfinden, indem dem betroffenen Kind ein Buch über die Alkoholabhängigkeit vorgelesen wird (vgl. Mielke und Gutknecht, 2017, S. 2). Dafür eignet sich beispielsweise das Buch „Boby – der Hund“, um die Aufhebung der Tabuisierung zu signalisieren. In diesem Buch wird anhand von Bildern und in einer einfachen Sprache thematisiert, wie ein Hund die Verhaltensveränderung seines Herrchens bemerkt und sich selbst die Schuld dafür gibt, da sich sein Herrchen nicht mehr um ihn kümmerte, bis sich Bobby jemanden anvertraute und begann, die Situation und das Verhalten seines alkoholabhängigen Herrchens besser zu verstehen (vgl. Sucht Schweiz, 2016, o. S.).

Hinsichtlich der sozialpädagogischen Arbeit mit Kindern von alkoholabhängigen Erziehungsberechtigten ist es bedeutend, dass es zu keinen überstürzten Handlungen seitens der sozialpädagogischen Fachkräfte kommt (vgl. Mielke und Gutknecht, 2017, S. 2). Darüber hinaus sollten Fachpersonen eine gewisse Kompetenz im Umgang mit betroffenen Kindern aufweisen und dafür durch regelmäßige Fortbildungen sensibilisiert werden (vgl. Ehrenfried et al., 1999, S. 161). Dies führt ebenfalls dazu, dass sie über ein breites Fachwissen bezüglich der Suchterkrankung und der damit verbundenen Auswirkungen verfügen (vgl. ebd.).

Wie anfänglich erwähnt, ließ sich mit Beginn des 20. Jahrhunderts feststellen, dass Betroffene bereits im Kindesalter von spezifischen Hilfsangeboten profitieren können (vgl. S. 157). Dabei wurde ebenfalls dargelegt, dass die Kinder schwer zu erreichen waren, da häufig die suchterkrankten Sorgeberechtigten aufgrund ihrer eigenen Suchterkrankung, keine anhaltende Therapie- und Unterstützungsbedürftigkeit ihrer Kinder anerkannten (vgl. ebd.). Infolgedessen wurden einige Projekte in der Vergangenheit wiederkehrend eingestellt (vgl. ebd.). Darüber hinaus ließ sich festhalten, dass die Arbeit mit betroffenen Kindern durch die steigenden Anforderungen der herkömmlichen Aufgabenbereiche der Suchthilfe vermehrt in den Hintergrund rückten (vgl. ebd., S. 158). Ein weiterer Aspekt, welcher die Arbeit mit betroffenen Kindern bereits in der Vergangenheit erschwerte, waren die mangelnden

Finanzierungsmöglichkeiten für die Unterstützungsangebote der betroffenen Kinder (vgl. ebd.). Dennoch wurde damals festgestellt, dass die Situation von betroffenen Kindern berücksichtigt werden soll (vgl. ebd.). Aufgrund dessen wurde der Fokus bezüglich der spezifischen sozialpädagogischen Maßnahmen für betroffene Kinder auf die Suchtprävention gelegt (vgl. ebd.). Die Suchtprävention beschreibt das Wirken spezifischer Maßnahmen, wodurch die Verhinderung einer eigenen Abhängigkeitsentstehung erzielt wird (vgl. Jost, 2018, o. S.). Zusätzlich werden Unterstützungsangebote von Fachkliniken bereitgestellt, in welchen die betroffenen Kinder im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalte ihrer alkoholabhängigen Erziehungsberechtigten mit in die Betreuung und Behandlung einbezogen werden (vgl. Arenz-Greiving, o. J., S. 25). Eine Erreichung der Kinder erfolgt hierbei ausschließlich dann, wenn sich die alkoholabhängigen Sorgeberechtigten gemeinsam mit ihren Kindern in stationäre Behandlung begeben (vgl. ebd.). Da sich die vorliegende Arbeit auf die ambulanten Maßnahmen für betroffene Kinder bezieht, folgt keine Ausführung eben jener stationären Unterstützungsangebote, sondern ausschließlich der ambulanten sozialpädagogischen Maßnahmen der Jugend- und Suchthilfe.

6.1. Maßnahmen der Jugend- und Suchthilfe

Durch das im Jahr 2021 in Kraft getretene Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG), können Kinder und Jugendliche unabhängig von ihren Sorgeberechtigten, Anspruch auf Beratung durch das zuständige Jugendamt (vgl. Ludwig, 2020, o. S.; Lautenbach, 2021, o. S.). Hierbei werden betroffene Kinder dahingehend unterstützt, dass sie ohne Absprache und einer Inkenntnissetzung ihrer Erziehungsberechtigten Hilfe in Anspruch nehmen können (vgl. Ludwig, 2020, o. S.). Dies führt dazu, dass eine schnellere Unterstützung durch die Jugendhilfe angestrebt und eine damit verbundene Stärkung der Prävention erzielt wird. Die ehemalige Bundesbeauftragte für Sucht- und Drogenfragen, Daniela Ludwig, führt außerdem auf, dass zur Stärkung und Unterstützung der betroffenen Kinder in einer engeren Kooperation zwischen dem Jugendamt und anderen Hilfesystemen, wie die Suchthilfe, gearbeitet werden soll (vgl. ebd.). Darüber hinaus sollen professionelle Fachkräfte bei dem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung (s. Kapitel 5.6.) umgehend das zuständige Jugendamt informieren (vgl. ebd.).

Im Sinne eines staatlichen Schutzauftrags bei einer Kindeswohlgefährdung wird eine Gefährdung im Rahmen des zuständigen Jugendamtes durch das Zusammenwirken von mehreren Fachkräften eingeschätzt (vgl. Biesel und Urban-Stahl, 2022, S. 113). Nach

Einschätzung des Gefährdungsrisikos werden die Erziehungsberechtigten über die Beurteilung informiert (vgl. ebd. S. 284). Hält das Jugendamt das Einwirken von Hilfen für notwendig, werden diese den Sorgeberechtigten empfohlen (vgl. Schilling, 2014, S. 15). Eine Verdachtsabklärung, kann unter anderem auch durch die Miteinbeziehung von medizinischen, psychologischen oder polizeilichen Kompetenzen erfolgen (vgl. Schilling, 2014, S. 15). Bei Bereitwilligkeit der Erziehungsberechtigten, Hilfen anzunehmen, werden geeignete sozialpädagogische Maßnahmen durch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (dem zuständigen Jugendamt) eingesetzt (vgl. LWL 2011, zit. n. Schay et al., 2021, S. 45). Diese übernehmen i. d. R. auch die Kosten für spezifische Leistungen, wie beispielsweise Präventionsmaßnahmen für betroffene Kinder (vgl. ebd.). Gemäß SGB II, V, VI, und XII gilt die Suchthilfe in der Vernetzung von Hilfeleistungen als besonders kompetent und beschreibt sich hinsichtlich der betroffenen Kinder außerdem als ein Kooperationspartner des Jugendamtes (vgl. Schilling, 2014, S. 14). Arbeiten sowohl Suchthilfe als auch Jugendamt unter Berücksichtigung ihrer jeweils unterschiedlich gelagerten Kompetenzen zusammen, so kann dies zu einer effizienten Jugendhilfeleistung führen (vgl. ebd.). Kinder- und Jugendhilfeleistungen sind gem. §§ 11 bis 60 SGB VIII geregelt (vgl. Nomos Gesetze, 2023, S. 1782-1807). Bezüglich einer Suchtproblematik im häuslichen Umfeld sind folgende Paragraphen relevant: § 13 SGB VIII (Präventiver Kinder- und Jugendschutz), §§ 27-35 SGB VIII (Hilfe zur Erziehung), § 31 SGB VIII (Sozialpädagogische Familienhilfe), § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche), um die Entwicklung und Integration für individuell beeinträchtigte und sozial benachteiligte Menschen zu fördern (vgl. Schay et al., 2021, S. 45; vgl. Nomos Gesetze, 2023, S. 1774f.). Die Wirksamkeit der eingesetzten Hilfen wird durch das Fachpersonal des zuständigen Jugendamtes gem. § 36 SGB VIII im Rahmen eines sogenannten Hilfeplanverfahrens evaluiert (vgl. Schay et al., 2021, S. 45). Zudem gilt es als ein gesetzlicher Auftrag gem. SGB VIII und IX der öffentlichen und freien Jugendhilfe, auf die vollständige Erfüllung der Hilfesysteme und eingesetzten Träger zu achten und diese zu kontrollieren (vgl. Schay und Peters, 2021, S. 17).

Das Ziel der sozialpädagogischen Maßnahmen der Suchthilfe ist eine Verhinderung bzw. Vermeidung von Verhaltensstörungen durch beispielsweise psycho- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen lösen und die Ermöglichung einer gesellschaftlichen Teilhabe (vgl. ebd.). Dies entwickelt sich durch differenzierte und bedarfsorientierte Angebote (vgl. ebd.). Es gilt als die moralische und politische Verantwortung beider

Hilfesysteme, sich auf jegliche Konflikte der betroffenen Kinder zu beziehen und einen Lösungsansatz zu entwickeln (vgl. ebd.).

Die Kooperation der Hilfesysteme Sucht- und Jugendhilfe ist demnach in der Unterstützung für betroffene Kinder von hoher Relevanz (vgl. BKK, 2007, S. 35). Durch das frühe Einwirken sozialpädagogischer Maßnahmen können betroffene Kinder von einer positiven Entwicklung erfahren (vgl. ebd.). Für die Entlastung dieser Kinder entwickelten die Sucht- und Jugendhilfe in Zusammenarbeit Unterstützungsangebote (vgl. ebd.). Klein (2008b, S. 125) benennt im Rahmen der Unterstützungsangebote für betroffene Kinder die Frühzeitigkeit, die Dauerhaftigkeit und dem Netzwerk als bedeutsame Prinzipien hinsichtlich der familienbezogenen Maßnahmen (vgl. Klein, 2008b, S. 125) und geht neben der sozialen Gruppenarbeit mit betroffenen Kindern und den begleitenden Elterngesprächen, auf weitere Interventionsansätze für die Arbeit mit alkoholbelasteten Familien ein (vgl. Klein, 2005, S. 192), welche nachfolgend erläutert werden:

- Familienorientierte Arbeit: Im Rahmen dieser Arbeit wird eine Kommunikation mit allen Familienmitgliedern erzielt. Dies gelingt vor allem, wenn der abhängige Sorgeberechtigte bereits abstinent lebt (vgl. Klein, 2005, S. 192).
- Einzelfallhilfe/Fallarbeit mit betroffenen Kindern: Hierbei dienen sozialpädagogische Hilfen als Alltagsbewältigung. Durch kulturpädagogische oder andere kreative Methoden, wie beispielsweise kunst- und ausdruckspädagogische Ansätze oder Methoden der Körperwahrnehmung, können neue Verhaltensweisen und Handlungsstrategien erlernt werden (vgl. ebd., S. 193).
- Psychotherapie mit betroffenen Kindern und Jugendlichen: Neben sozialpädagogischen Unterstützungsangeboten profitieren betroffene Kinder auch von psychotherapeutischen Hilfen, beispielsweise im Sinne einer Verhaltenstherapie oder einer Spieltherapie. Hierbei soll eine Reflexion des eigenen Verhaltens, das Erlernen neuer Verhaltensweisen und die Verminderung der eigenen Schuldgefühle im Hinblick auf die Abhängigkeitserkrankung der Sorgeberechtigten erzielt werden (vgl. ebd.).

Zudem geht Klein (2005, S. 193) auf die Selbsthilfe für Jugendliche ab 16 Jahren und auf niedrigschwellige Hilfen ein, welche insbesondere bei betroffenen Kindern aus Multiproblemfamilien nachweislich zu einem besonderen Erfolg führen (vgl. Klein, 2005, S. 193). Er empfiehlt außerdem, die Qualität und die Effizienz der niedrigschwelligen Maßnahmen durch die Miteinwirkung der nachgehenden Sozialarbeit (Case Management),

familietherapeutischer Arbeit und weiterer psychologischer Interventionsverfahren zu erhöhen (vgl. ebd., S. 194). Die Niedrigschwelligkeit meint hierbei den Zugang für betroffene Kinder zu sozialpädagogischen Maßnahmen ohne jegliche Anforderungen (vgl. Konter, 2019, o. S.; Klein, 2019, o. S.). Darüber hinaus benennt Klein (2005, S. 196) die Kinder- und Jugendpsychiatrie bei besonders schwer beeinträchtigten Betroffenen und die Multiplikationsarbeit, mit dem Schwerpunkt der Informationsvermittlung, der Sensibilisierung und der Kompetenzförderung, wofür unter anderem Schulen, Erziehungsberatungsstellen und die Jugendämter infrage kommen (vgl. Klein, 2005, S. 196). Diese Interventionen sind zwei Faktoren abzuleiten, sowohl spezifische Maßnahmen für betroffene Kinder, die indirekten Maßnahmen für Erziehungsberechtigte, als auch die Früherkennung sollen in Kooperation miteinander erfolgen, um flächendeckende Behandlungen betroffener Kinder zu erzielen (vgl. ebd.).

Dabei benötigen betroffene Kinder altersentsprechende Unterstützungsangebote (vgl. BKK, 2007, S. 35). Eine Eingrenzung der Altersstufen dient infolgedessen zur Orientierung des professionellen Handelns (vgl. ebd.), welche nachfolgend dargelegt werden: Säuglingsalter 0-1 Jahr, Kleinkindalter 1-3 Jahre, Vorschulalter 3-6 Jahre, Grundschulalter 6-10 Jahre, Frühes Jugendalter 10-14 Jahre, Jugendalter 14-18 Jahre (BKK, 2007, S. 35).

Kleins Ausführungen (2013, S. 25) ist zu entnehmen, dass spezifische Hilfsangebote häufig erst mit einem Mindestalter von acht Jahren beginnen, da Kinder dieses Alters ein zunehmendes Abstraktionsvermögen entwickeln und sie dadurch beginnen, sich mit der Suchtproblematik im eigenen Haushalt auseinanderzusetzen, wodurch die Arbeit mit jüngeren Kindern in einer suchtspezifischen Maßnahme erschwert wird (vgl. Klein, 2013, S. 25). Weiterhin wird darauf eingegangen, dass sich die sozialpädagogische Arbeit mit frühadoleszenten Kindern ebenfalls schwierig gestaltet, da sich Kinder in diesem Alter besonders von dem Konsum ihrer Sorgeberechtigten distanzieren möchten und infolgedessen die Teilnahmebereitschaft an suchtspezifischen Maßnahmen sinkt (vgl. ebd.). Dennoch ist zu erwähnen, dass hinsichtlich jeder Altersstufe spezifische Unterstützungsangebote gegeben sein sollen (vgl. ebd., S. 38). Nachfolgend wird aufgrund dessen eine beispielhafte Veranschaulichung der möglichen Interventionen dargestellt.

Aus Abbildung 4 lässt sich ableiten, dass die beiden Hilfesysteme individuelle Unterstützungsangebote bieten und sich dabei an den Altersbeschränkungen orientieren, beispielsweise setzt die Jugendhilfe eine sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) gem. § 31

0 – 3 Jahre			
Symptomatik der Kinder	Bedürfnisse	Möglichkeiten der Intervention	
		Suchthilfe	Jugendhilfe
<ul style="list-style-type: none"> - Vernachlässigung - Mangelernährung - Körperliche und geistige Folgen einer Alkoholembryopathie bzw. von Alkoholeffekten: Körperliche, motorische, sprachliche und kognitive Entwicklungsverzögerungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Verlässliche Befriedigung der Bedürfnisse nach Essen, Sicherheit, Liebe, Pflege, Zuwendung, Körperkontakt, Förderung - Setzung von sinnvollen Grenzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung und Aufklärung - Aufbau einer Behandlungsmotivation - Auswahl einer Entwöhnungsklinik für Mütter mit Kindern - Hinweis auf SPFH 	<ul style="list-style-type: none"> - Heilpädagogische Frühförderung - Säuglingspflegekurs - SPFH - Erziehungsberatung - Fremdunterbringung in einer Pflege- oder Adoptivfamilie
4 – 6 Jahre			
Symptomatik der Kinder	Bedürfnisse	Möglichkeiten der Intervention	
		Suchthilfe	Jugendhilfe
<ul style="list-style-type: none"> - Verwahrlosung - Auffälliges Verhalten - Entwicklungsverzögerungen - Einnässen / Einkoten - Häufiges Fehlen in der Kita 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakte zu Gleichaltrigen - Aufmerksamkeit - Geborgenheit - Zuwendung - Förderung - Erlernen gesellschaftlicher Regeln 	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung und Aufklärung der Eltern - Aufbau einer Behandlungsmotivation bei den Eltern - Hinweis auf SPFH - Suchtprävention 	<ul style="list-style-type: none"> - Kindertagesstätte - SPFH - Erziehungsberatung - Eltern- und Familienbildung

Abbildung 4: Möglichkeiten der Interventionen der Sucht- und Jugendhilfe. (BKK, 2007, S. 36)

SGB VIII zur Unterstützung der gesamten Familie ein, während die Suchthilfe spezifische Maßnahmen für betroffene Kinder hinsichtlich der Suchtprävention anbietet (vgl. BKK, 2007, S. 36). Dennoch gestaltet sich die Zusammenarbeit der Sucht- und Jugendhilfe weiterhin schwierig (Schay und Peters, 2021, S. 17). Dies lässt sich damit begründen, dass es zwischen den beiden Hilfesystemen an Regelungen, Verfahrensweisen und einem effizienten Informationsaustausch mangelt (vgl. Kuhlmann, 2021, S. 120). Die Verantwortung über die betroffenen Kinder übernimmt sowohl die Jugendhilfe als auch die Suchthilfe (vgl. ebd.). Jedoch entwickelt sich häufig eine Frage der Zuständigkeit, da es vermehrt in beiden Hilfesystemen an Kapazitäten mangelt (vgl. Ehrenfried et al, 1999, S. 159). Darüber hinaus konnten weiterhin keine Lösungen zur Steuerung und Finanzierung spezifischer Angebote gefunden werden (vgl. Landschaftsverband-Lippe, 2020, S. 12). Dadurch, dass die Suchtprävention als eine kommunale Aufgabe gilt und der Schutz für Kinder- und Jugendliche gesetzlich festgelegt wurde, wird es auf Grundlage der Literatur als sinngemäß angesehen, betroffene Kinder unter die Zuständigkeit der Jugendhilfe einzuordnen (vgl. Ehrenfried et al, 1999, S. 159). Durch diese Überführung der Zuständigkeit von der Suchthilfe in die Jugendhilfe, werden Kinder in die Jugendhilfemaßnahmen integriert und vor einer Stigmatisierung geschützt (vgl. ebd.). Die Erfahrungen und das fachliche Wissen beider

Fachbereiche ergänzen sich und müssen in die spezifischen Maßnahmen für betroffene Kinder miteinfließen (vgl. ebd.).

Um das Kindeswohl stärker zu schützen und die strukturellen Rahmenbedingungen zu verbessern, hat das Bundesland Nordrhein-Westfalen seit 2022 das stärkste Kinderschutzgesetz Deutschlands erhalten (vgl. Landesregierung Nordrhein-Westfalen, 2022, o. S.). Dieses umfasst unter anderem standardisierte Verfahrensabläufe, eine Konzeptentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe, ein landesweites Qualitätsentwicklungsverfahren der Kinderschutzpraxis, sowie eine zuständige Stelle für die Beratung des Qualitätsverfahrens, interdisziplinäre Netzwerke und Fortbildungsangebote (vgl. ebd.).

Für eine frühzeitige Beachtung des Kindeswohls ist neben der Suchtprävention auch die Frühintervention bedeutend (vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2020, S. 12; Fullerton et al., 2019, S. 1). Der Handlungsbedarf für frühe Hilfen lässt sich dadurch ableiten, dass die Entwicklung eines betroffenen Kindes, auch bereits im frühen Kindesalter durch die Suchterkrankung des Erziehungsberechtigten nachweislich negativ beeinflusst werden und auch die Bindung zwischen dem Kind und seinen Erziehungsberechtigten darunter leiden kann (s. Kapitel 5., vgl. Fullerton et al., 2019, S. 1). Frühe Hilfen richten sich an Schwangere und Familien mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr (vgl. ebd.). Ziel dieser frühen Hilfen ist es unter anderem, dem Kind durch die Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten, dem Kind eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen (vgl. ebd.). Die Angebote werden beispielsweise durch die Beratung in Familien- und Erziehungsberatungen oder sogenannten Eltern-Kind-Gruppen abgedeckt und sind dabei freiwillig und kostenfrei nutzbar (vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, o. J., o. S.). Frühe Hilfen und die Angebote der Jugendhilfe richten sich nicht ausschließlich an alkoholbelastete Familien, können allerdings auch von diesen in Anspruch genommen werden (vgl. Mortler, 2017, S. 24). Da sich die vorliegende Arbeit auf die expliziten Maßnahmen für betroffene Kinder bezieht, werden diese im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt. Infolgedessen, dass sich die Erreichbarkeit der betroffenen Kinder in vielen Hilfsangeboten schwierig gestaltet, da die Betroffenen häufig noch zu jung und dadurch nicht fähig sind, selbstständig spezifische Unterstützungsangebote aufzusuchen (vgl. Arenz-Greiving, o. J., S. 23), folgt eine Darstellung der Herausforderungen in der Erreichbarkeit der betroffenen Kinder.

6.1.1 Herausforderung in der Erreichbarkeit von betroffenen Kindern

Bei den expliziten Angeboten für betroffene Kinder handelt es sich überwiegend um Projekte oder befristete Angebote. Zudem richten sich diese an betroffene Kinder mit einem vorgegebenen, zu erreichenden Mindestalter (vgl. Arenz-Greiving, o. J., S. 25). Aufgrund dessen kann von keiner flächendeckenden Betreuung ausgegangen werden (vgl. ebd.).

Aus professionellen Projekten geht hervor, dass die bereits vorhandenen Angebote für betroffene Kinder lediglich selten angenommen werden (vgl. Arenz-Greiving, o. J., S. 25). Vor allem jüngere Kinder können ausschließlich durch die Unterstützung eines Erziehungsberechtigten oder einer anderen Bezugsperson von solchen Angeboten profitieren (vgl. ebd., S. 23). Häufig nehmen die jeweiligen Sorgeberechtigten diese Angebote aus Scham nicht in Anspruch, was dazu führt, dass die betroffenen Kinder die spezifischen Angebote ebenfalls nicht wahrnehmen können (vgl. ebd., S. 25). Sorgeberechtigte mit einer Suchterkrankung wollen zudem häufig nicht, dass ihre Kinder in die Thematik miteinbezogen werden (vgl. ebd.). Sie gehen häufig davon aus, dass das Kind die Suchterkrankung des Erziehungsberechtigten nicht mitbekommt, und sind sich sicher, dass die Kinder dadurch nicht belastet werden (vgl. Gleißner, 2006, S. 14).

Ein weiterer Aspekt, welcher eine Herausforderung für die Erreichbarkeit der Kinder von alkoholabhängigen Sorgeberechtigten darstellt, ist, dass sich die alkoholabhängigen Sorgeberechtigten sich die Alkoholabhängigkeit erst einmal selbst eingestehen müssen, damit die betroffenen Kinder an spezifischen Maßnahmen teilnehmen können (vgl. Laging, 2023, S. 137). Erst, wenn die alkoholabhängigen Erziehungsberechtigten einsichtig sind oder sich dazu bereit erklären, selbst Hilfe anzunehmen, werden Maßnahmen für ihre eigenen Kinder in Betracht gezogen (vgl. ebd.).

Zudem ist davon auszugehen, dass Kinder, dessen suchterkrankte Erziehungsberechtigte keine Behandlungsbereitschaft zeigen, stärker belastet sind als betroffene Kinder, dessen alkoholabhängige Erziehungsberechtigte krankheitseinsichtig sind (vgl. ebd.). Die betroffenen Kinder jedoch durch die geringe Akzeptanz ihrer Erziehungsberechtigten nicht an Maßnahmen teilnehmen, da sie sonst in einen Loyalitätskonflikt mit ihren Sorgeberechtigten geraten könnten (vgl. ebd.). Die mangelnde Mitwirkung der Erziehungsberechtigten kann dafür sorgen, dass keine konstante Teilnahme an den spezifischen Maßnahmen stattfinden kann (vgl. Oswald & Meeß, 2022, S. 25).

Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bezüglich der Zugänglichkeit der betroffenen Kinder um einen Prozess handelt, welcher durch das Zusammenwirken von mehreren Faktoren der Erziehungsberechtigten, wie beispielsweise die Einstellung zu suchtpreventiven Maßnahmen oder der Suchtrisikogefahr, beeinflusst werden kann (vgl. ebd.). Gelingt eine Inanspruchnahme des betroffenen Kindes an spezifischen Maßnahmen, kann das betroffene Kinder unter anderem Unterstützung durch die Resilienzförderung erhalten.

6.1.2 Resilienzförderung der betroffenen Kindern

Resilienzen beschreiben die Widerstandskraft eines Einzelnen, die dazu führen, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Auswirkungen zu durchleben (vgl. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2023, o. S.). Die Resilienzförderung meint beispielsweise, dass betroffene Kinder dazu ermutigt werden sollen, ihre Gefühle zu äußern, sie sowohl Lob und Anerkennung, als auch konstruktive Kritik erfahren und sie in ihren eigenen Fähigkeiten bestärkt und dahingehend gefördert werden sollen (vgl. BKK, 2018, S. 18).

In der Arbeit mit betroffenen Kindern wird ein besonderer Fokus auf die Suchtprevention gelegt (vgl. Stolz, 2007, S. 6). Dabei wird im Bereich der Präventionsarbeit zwischen der selektiven und der indikativen Prävention unterschieden (vgl. Zobel, 2017, S. 226). Die selektive Prävention thematisiert die Abhängigkeitsgefährdung (vgl. ebd.). Bezüglich der selektiven Präventionsprogramme gilt die gezielte Resilienzförderung als eine Aufgabe der spezifischen Hilfsangebote (vgl. Klein, 2007, S. 3).

Wolin und Wolin, (1995, zit. n. Klein, 2007, S. 3) benennen sieben (intrapyschische) Resilienzfaktoren, um sich von den Auswirkungen der familiären Situation und der Abhängigkeitserkrankung des Sorgeberechtigten zu schützen, diese lauten wie folgt: *Einsicht*, *Unabhängigkeit*, *Beziehungsfähigkeit*, *Initiative*, *Kreativität*, *Humor und Moral* (vgl. Klein, 2007, S. 3). Die *Einsicht* bezieht sich dabei auf das Erkennen der familiären Situation (vgl. Bröning et al, 2012, S. 15). Das betroffene Kind beginnt ein Verständnis dafür zu entwickeln, dass ein alkoholabhängiger Sorgeberechtigter mit im Haushalt lebt (vgl. Bröning et al, 2012, S. 15; Klein, 2007, S. 3). Die *Unabhängigkeit* bezieht sich auf die emotionale und psychische Isolation bezüglich der innerfamiliären Konflikte (vgl. Bröning et al, 2012, S. 15). Die *Beziehungsfähigkeit* meint die Bindung und das damit verbundene Verhältnis zu Vertrauens- und Bezugspersonen außerhalb der Familie (vgl. ebd.). Mit *Initiative* wird die Teilnahme an sozialen Aktivitäten und die daraus resultierende Selbstwirksamkeitsentwicklung

beschrieben (vgl. ebd.). Der Resilienzfaktor *Kreativität* richtet sich unter anderem an die Ablenkung vom Alltag (vgl. ebd.). *Humor* erfahren betroffene Kinder im eigenen Haushalt nach Wolin und Wolin (1993 zit. n. Bröning et al, 2012, S. 15) kaum. Dabei wirkt *Humor* entlastend und kann zu einer emotionalen Distanzierung beitragen (vgl. ebd.). Durch *Moral* wird dem betroffenen Kind ein eigenes, individuelles Wertesystem verliehen (vgl. ebd.).

Diese Resilienzen sollten im Rahmen der sozialpädagogischen Maßnahmen gefördert werden, um die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung präventiv zu verhindern (vgl. Klein, 2007, S. 3). Außerdem ist es bedeutend, dass diese Kinder die ungerechte familiäre Situation, welche häufig von negativen Gefühlen geprägt ist, nachvollziehen können und sich davon distanzieren (vgl. ebd.). Neben der Resilienzförderung werden auch weitere Ziele innerhalb der Arbeit mit betroffenen Kindern gesetzt.

6.1.3 Ziele innerhalb der Arbeit mit Kindern alkoholabhängiger Sorgeberechtigten

Grundlegende Ziele in der Arbeit mit betroffenen Kindern sind neben der Bewahrung und dem Schutz vor einer eigenen Suchterkrankung, auch die Bearbeitung von bereits bestehenden Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten (vgl. Ehrenfried et al, 1999, S. 41). Für die Erreichung dieser Ziele benötigt das betroffene Kind zunächst die Möglichkeit, sich kindgerecht und positiv entwickeln zu können (vgl. Arenz-Greiving, o. J., S. 24). Hinsichtlich der Ziele innerhalb der Arbeit mit betroffenen Kindern, können diese sowohl suchtpreventiv als auch therapeutisch betrachtet werden (vgl. Ehrenfried et al., 1999, S. 158f.). Die Prävention bezieht sich darauf, dass die bereits erlebten Erfahrungen der familiären Situation aufgearbeitet und neue Anregungsbedingungen geschaffen werden, um die Persönlichkeit des Kindes zu stärken, wodurch eine individuelle Selbstfindung gefördert wird (vgl. ebd.). Die Förderung der Fähigkeiten und Fertigkeiten des Einzelnen führen zu einer Stärkung der Persönlichkeit (vgl. ebd., S.158). Dabei finden die therapeutischen Ziele häufig in Gruppen- oder Einzelsettings statt und beziehen sich unter anderem auf psychosomatische Beschwerden (vgl. ebd., S. 158f.). Therapeutische Interventionsansätze können beispielsweise gezielt in Form einer Spieltherapie erfolgen (vgl. Köppl und Reiners, 1987, S. 39). Durch die Interaktion im Spiel kann ein Zugang zu dem betroffenen Kind geschaffen werden (vgl. ebd.). Zudem können unter anderem Konflikte herausgearbeitet werden, um anschließend an diesen zu arbeiten (vgl. ebd.). Spieltherapeutische Interventionsansätze können unter anderem durch Rollenspiele oder einer Gruppenspieltherapie stattfinden (vgl. ebd. S. 39f.).

Neben der Aufhebung der Tabuisierung, dem Abbau von Schuld- und Schamgefühlen und einer altersadäquaten Informationsvermittlung, können auch ein Erfahrungsaustausch, die Reduktion einer Verantwortungsübernahme und die Ermutigung zur kindgerechten Entwicklung, aber auch die Abgrenzung und die Entwicklung einer eigenen Haltung zur Abhängigkeit der Erziehungsberechtigten weitere Ziele in der sozialpädagogischen Arbeit mit Kindern darstellen (vgl. Zobel, 2008, S. 106). Für eine Erreichung der Ziele ist die Zusammenarbeit mit den alkoholabhängigen Sorgeberechtigten maßgeblich (vgl. Schilling, 2014, S. 18).

6.1.4 Zusammenarbeit mit den alkoholabhängigen Sorgeberechtigten

Ein Ziel in der Zusammenarbeit mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten stellt die Sensibilisierung der Auswirkungen der eigenen Abhängigkeit auf die Lebensgestaltung der Kinder dar (vgl. Zobel, 2008, S. 106; Klein, 2013, S. 10). Die Defizite der betroffenen Kinder zu erkennen und das Einfühlungsvermögen der Erziehungsberechtigten zu stärken, mit ihnen reflektiert zu arbeiten und sie in ihren Kompetenzen zu fördern, können weitere Zielsetzungen sein (vgl. Zobel, 2008, S. 107). Zudem könnte auch die Bindung zwischen dem Kind und dem Sorgeberechtigten gestärkt und die Parentifizierung abgebaut werden, vorausgesetzt, dass diese stattgefunden hat, um das betroffene Kind zu stärken und die Verantwortung des Erziehungsberechtigten zu verdeutlichen (vgl. ebd.).

Wie weiter oben bereits beschrieben gehen alkoholabhängige Erziehungsberechtigte häufig davon aus, dass das Kind den Alkoholkonsum und die damit verbundene häusliche Situation, welche durch die Abhängigkeitserkrankung des Sorgeberechtigten erzeugt wird, nicht mitbekommt (vgl. Zobel, 2008, S. 112). Es ist daher von hoher Relevanz, dass die Sorgeberechtigten darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich dieser Glaubenssatz nicht bewahrheitet, da nachweislich auch Kinder im frühen Kindesalter familiäre Situationen hochempfindlich wahrnehmen und sich bereits in jungen Jahren dafür verantwortlich machen (vgl. ebd.). Da davon auszugehen ist, dass auch alkoholabhängige Erziehungsberechtigte sich um ihre Kinder kümmern wollen, ist es bedeutend, dass der eigene Selbstwert und die eigene Erziehungskompetenz gestärkt werden (vgl. Klein, 2013, S. 10). Dafür eignet sich in der Arbeit mit den alkoholabhängigen Sorgeberechtigten ein ressourcenorientierter Ansatz (vgl. ebd.). Ein ressourcenorientierter Ansatz bezieht sich auf die bereits vorhandenen Fähigkeiten eines Einzelnen und fördert diese (vgl. Paulick, 2019, o. S.).

6.1.5 Soziale Gruppenarbeit mit betroffenen Kindern

Grundsätzlich kann bezüglich der spezifischen Maßnahmen für Kinder von abhängigen Erziehungsberechtigten zwischen Einzel- und Gruppenarbeiten, freizeitpädagogischen Angeboten und begleitende Arbeit mit den Erziehungsberechtigten unterschieden werden (vgl. Klein, 2005, S. 192). Die häufigsten Unterstützungsangebote für betroffene Kinder finden im Rahmen einer sozialen Gruppenarbeit statt (vgl. Klein et al., 2013, S. 24). Durch die Gruppenmitglieder, wie auch durch die Gruppenleitung, können positive Erfahrungen, wie beispielsweise Zuverlässigkeit, Sicherheit und Kontinuität gesammelt werden (vgl. Klein et al., 2013, S. 10). Dem betroffenen Kind wird die Möglichkeit gegeben, Beziehungen durch die Gruppenmitglieder und der Gruppenleitung aufzubauen (vgl. ebd.). Auch kann die Gruppenleitung als Vorbild gesehen werden (vgl. ebd.). Eine Altersbeschränkung innerhalb des Gruppensettings kann zu einem positiven Einfluss durch Gleichaltrige führen (vgl. ebd., S. 10). Durch das Unterstützungsangebot in einem Gruppensetting, wird dem betroffenen Kind unter anderem die Möglichkeit gegeben, sich hinsichtlich einer individuellen Persönlichkeitsentwicklung zu entfalten und von den Handlungs- und Lösungsstrategien der betroffenen gleichaltrigen Kinder zu profitieren, wodurch Scham- und Schuldgefühle abgebaut und auch das eigene Sozialverhalten weiterentwickelt werden kann (vgl. ebd.). Darüber hinaus fühlen sich Kinder in Gruppensettings zugehörig, erfahren Ablenkung und werden in sozialen Aktivitäten miteingebunden (vgl. ebd.). Aufgrund der bereits angesprochenen Vorteile bei der Verbindung von Jugend- und Suchthilfe empfehlen sich zwei gruppenleitende Fachpersonen aus beiden Hilfesystemen, innerhalb eines Unterstützungsangebots (vgl. Oswald et al., 2022, S. 23).

6.2 spezifische Maßnahmen für betroffene Kinder in der Praxis

Im Jahr 2015 existierte bereits ein Hilfesystem von über 240 Unterstützungsangeboten in Deutschland, welche explizit für Kinder von suchtbelasteten Sorgeberechtigten entwickelt wurden (vgl. Mielke, 2015, S. 1f.). Diese Angebote lassen sich inhaltlich in drei Gruppen einteilen, den sogenannten freien Angeboten, dem Präventionsprogramm *Trampolin* und dem Programm *Fitkids*. Im Rahmen der freien Angebote handelt es sich mit ca. 134 Angeboten in Deutschland um die größte Gruppe (vgl. ebd., S.1). Das zweitgrößte Programm ist das *Trampolin*-Präventionsprogramm mit 79 Standorten. Das Programm *Fitkids* folgt mit 29 Standorten in ganz Deutschland. Die freien Angebote werden so bezeichnet, da die Träger dieser Angebote eigene Konzeptentwicklung entwickeln. Hierbei handelt es sich um

Maßnahmen, welche beispielsweise aus den Bereichen der Suchthilfe, der Jugendhilfe oder der Erziehungsberatung stammen (vgl. Mielke, 2015, S. 1).

Wie aus Abbildung 5 ersichtlich wird, deckt Nordrhein-Westfalen im Jahr 2015 mit insgesamt 62 spezifischen Hilfs- und Unterstützungsangeboten für betroffene Kinder den größten Teil in Deutschland ab (vgl. ebd., S. 1f.). Diese 62 Hilfsangebote setzen sich aus 35 Maßnahmen der freien Angebote, 21 Maßnahmen des *Fitkids*-Programms und sechs Maßnahmen des Präventionsprogramms *Trampolin* zusammen (vgl. ebd., S. 1). Deutlich wird in Abbildung 5 außerdem, dass es in Bremen im Jahr 2015 keine spezifischen Maßnahmen für Kinder von alkoholabhängigen Sorgeberechtigten gibt und die Anzahl der spezifischen

	freie Angebote	Fitkids	Trampolin
Baden-Württemberg	27	4	2
Bayern	5	2	20
Berlin	16		2
Brandenburg	3		1
Bremen			
Hamburg	7		1
Hessen	7	2	4
Mecklenburg-Vorpommern	1		1
Niedersachsen	2		23
Nordrhein-Westfalen	35	21	6
Rheinland-Pfalz	10		1
Saarland	2		1
Sachsen	4		14
Sachsen-Anhalt	1		2
Schleswig-Holstein	10		1
Thüringen	4		
	134	29	79

Abbildung 5: Darstellung der spezifischen Maßnahmen für betroffene Kinder in Deutschland. (Mielke, 2015, S. 2)

Angebote für betroffene Kinder zwischen den Bundesländern z. T. deutlich schwanken.

An dieser Stelle soll außerdem angemerkt werden, dass es sich bei der Ausführung aus dem Jahr 2015 selbstredend, um keine aktuellen Zahlen handelt. Da die Literaturrecherche keine aktuelleren Daten offenbart, lässt sich entnommen der offiziellen Internetseite der NaCoA einer Ausführung für spezifische Maßnahmen in NRW abzählen, dass es sich um ca. 41 spezifische Maßnahmen für betroffene Kinder, der freien Angebote, in NRW handelt (vgl. nacoa.de, o. J., o. S.). Das Präventionsprogramm *Trampolin* führt auf der offiziellen Internetseite, ca. 25 Standorte des Präventionsprogramms auf und ist an drei Standorten in NRW, in Dülmen, Dortmund und in Duisburg, vertreten (vgl. projekt-trampolin.de, o. J., o.

S.). Der offiziellen Internetseite des *Fitkids* Programms (vgl. fitkids.de, o. J., o. S.) ist zu entnehmen, dass dieses Programm an ca. 60 Standorten in NRW, Unterstützungsangebote angeboten wird.

Im Vergleich dazu, wie viele Kinder mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten in einem Haushalt aufwachsen (s. Kapitel 1.), fällt die Anzahl der sozialpädagogischen Unterstützungsangebote gering aus (vgl. Arenz-Greiving, o. J., S. 25). Laut Klein (2005, S. 190) werden Kinder, welche mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten gemeinsam in einem Haushalt leben, weiterhin als Personengruppe weitestgehend vergessen (vgl. Klein, 2005, S. 190). Explizite Maßnahmen sollen vermehrt bereitgestellt werden, um präventiv ansetzen zu können (vgl. ebd., S. 191). Dabei sollen Unterstützungsangebote für betroffene Kinder vor allem frühzeitig und niederschwellig sein (vgl. Klein, 2019, o. S.). Zudem sollen frühe spezifische Maßnahmen hinsichtlich der Suchtprävention angeboten werden (vgl. Klein, 2007, S. 5). Dennoch sind laut Klein (2007, S. 5) im Jahr 2007 kaum Unterstützungsangebote für Kinder im Vorschulalter entwickelt worden (vgl. ebd.). Dies begründet Klein damit, dass jüngere Kinder noch über keine Verbalisierungs- und Strukturierungsfähigkeiten verfügen, um in Interventionen miteingebunden zu werden (vgl. ebd.). Kinder im frühen Kindesalter können sich lediglich vieldeutig interpretierbar und noch nicht sonderlich reflektiert ausdrücken (vgl. ebd., S. 5f.).

Nachfolgend werden einige der existierenden spezifische Maßnahmen für betroffene Kinder dargestellt und bewertet. Die Kontaktaufnahme mit den sozialpädagogischen Einrichtungen erfolgte durch von der Autorin durchgeführte Telefongespräche und mehreren E-Mailanfragen. Hierbei wurde Kontakt zu insgesamt 30 Einrichtungen, unter anderem in den Städten Düsseldorf und Köln, aufgenommen. Dabei ergab sich, dass die Anzahl an spezifischen Angebote für betroffene Kinder insgesamt äußerst gering ausfällt. Aufgrund der mangelnden spezifischen Unterstützungsangebote für Kinder im frühen Kindesalter wurde die Recherche um sozialpädagogische Einrichtungen in Hamburg erweitert. Auf Rat von Herrn Tackenberg, welcher die Betreuung der vorliegenden Arbeit übernimmt, wurde hinsichtlich der spezifischen Maßnahmen für betroffene Kinder unter sechs Jahren auf den Palette Iglu e.V. in Hamburg, hingewiesen. Auch Frau Schüler, welche zurzeit in Vertretung die Leitung des Palette Iglu e.V. in Hamburg übernimmt, teilte der Autorin telefonisch mit, dass es ein Angebot für Kinder unter fünf Jahren in ihrer Einrichtung in der Vergangenheit gegeben hatte, diese Maßnahme allerdings aufgehoben wurde, da sich

um Kinder unter sechs Jahren im Rahmen der Jugendhilfe gekümmert werde. Sie verwies auf den Sucht- und Wendepunkt in Hamburg, welche sich auf alkoholabhängige Sorgeberechtigte fokussiert. Herr Schünemann (Pädagogische Leitung der Einrichtung Sucht- und Wendepunkt in Hamburg) informierte die Verfasserin in einem weiteren Telefongespräch darüber, dass sich die Maßnahmenangebote der Einrichtung Sucht- und Wendepunkt e.V. lediglich im Auftrag bei Hilfe zur Erziehung beziehen. Die spezifischen Gruppenangebote für Kinder unter sieben Jahren würden sich erfahrungsgemäß schwierig gestalten, da Kinder dieses Alters häufig noch nicht ohne ihre Erziehungsberechtigten an Angeboten teilnehmen wollen und ihnen an Autonomie fehle. In einem weiteren Gespräch, diesmal mit Frau Pucks (Ansprechpartnerin Erziehungs- und Familienberatung Rath, der Caritas in Düsseldorf) berichtete sie, dass das von ihr geleitete Projekt *Löwen-kids* für Kinder im Grundschulalter mit psychisch erkrankten Sorgeberechtigten, im Dezember 2023 auslaufen werde, da die dreijährige Finanzierung durch den ursprünglichen Träger zu Ende gehe und die Stadt Düsseldorf keine weitere finanzielle Kostenübernahme dieses Projektes übernehme. Infolgedessen stellt das *MiniMIKADO* Programm der SKM Köln, welches zu einem späteren Zeitpunkt vorgestellt wird, stellt ein positives Beispiel dar, da es eins der wenigen auffindbaren und aktiven Maßnahmen beschreibt, welches sich auch an Kinder unter sechs Jahren richtet.

Im Vergleich mit den spezifischen Maßnahmen für betroffene Kinder in der Stadt Köln, welche sich auch an fünfjährige Kinder richtet, beziehen sich die auffindbaren spezifischen Maßnahmen der Stadt Düsseldorf auf ein Mindestalter von sechs Jahren. Auf Nachfrage in einem Telefongespräch bei Herrn Rupert Schüler (Zuständiger der Prävention, für die Fachstelle Sucht der Caritas Düsseldorf) bestätigte dieser, dass es im Allgemeinen nur sehr wenige spezifische Angebote für betroffene Kinder gibt und diese Zielgruppe kaum bedient werde. Die Ansätze einer Maßnahmenentwicklung für jüngere Kinder seien bereits häufig vorgestellt und geplant worden, an einer Durchsetzung sei es aber an zahlreichen Gründen, wie beispielsweise einer fehlenden Finanzierung durch die Stadt Düsseldorf, gescheitert. Um betroffene Kinder unter sechs Jahren werde sich durch die Jugendhilfe im Rahmen einer sozialpädagogischen Familienhilfe gekümmert.

Im Rahmen der spezifischen Maßnahmensuche für betroffene Kinder konnten folgende Maßnahmen gefunden werden: Das *Trampolin*-Präventionsprogramm, das Online-Angebot *Kidkit*, die *Konfidu* Maßnahme der Stadt Düsseldorf und die beiden Angebote *MiniMIKADO*

und *MIKADO* Angebote der Stadt Köln. Die Informationsbeschaffung zu den einzelnen Programmen erfolgte überwiegend durch eine Internetrecherche. Aufgrund dessen, dass es sich bei dem *Trampolin-Projekt* um ein Sammelwerk handelt, war keine Konzeptanfrage notwendig. Die beiden Maßnahmen *KidKit* und *FitKids* werden auf Grundlage einer Internetrecherche vorgestellt. Im Vergleich zu dem *Konfidu*-Projekt gestaltete sich die Kontaktaufnahme zu den leitenden Fachpersonen der *Konfidu* Maßnahme nach mehrfachen Kontaktversuchen als schwierig, wodurch die Vorstellung der Maßnahme ebenfalls aus der Internetrecherche basiert. Die leitenden Fachpersonen des *MiniMIKADO*-Programms übersendeten auf Anfrage eine kurze konzeptionelle Beschreibung der Maßnahme per E-Mail, sodass dies die Internetrecherche ergänzte.

6.2.1 Vorstellung Präventionsprogramm *Trampolin*

Im Jahr 2008 wurde das Präventionsprogramm durch das Deutsche Zentrum für Suchtanfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) in Hamburg und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) in Köln entwickelt und anschließend wissenschaftlich auf ihre Wirksamkeit untersucht (vgl. Mielke, 2015, S. 1). Das Präventionsprogramm gilt in Deutschland als besonders wichtig hinsichtlich der spezifischen Angebote für betroffene Kinder, da es als einziges Gruppenangebot wissenschaftlich belegt und standardisiert wurde (vgl. Klein et al., 2017, S. 10).

Das Programm zielt vor allem darauf ab, die Entwicklung einer zukünftigen, eigenen Abhängigkeitserkrankung zu verhindern (vgl. Klein et al., 2013, S. 10). Basierend auf der Resilienzforschung setzt das Programm neben der Resilienzförderung weitere folgende Unterziele, welche als bedeutend für die Beeinflussung eines Abhängigkeitsrisikos gelten (vgl. ebd.) und folglich erläutert werden:

- Eine Informationsvermittlung über die Abhängigkeitserkrankung, den damit verbundenen Wirkungen von Alkohol und den Folgen für die gesamte Familie.
- Eine Enttabuisierung bezüglich der Suchtthematik im eigenen Haushalt, wodurch unter anderem die psychischen Belastungen eines Kindes abgebaut werden.
- Das Erlernen von effektiven Handlungs- und Stressbewältigungsstrategien, womit eine Verbesserung im Umgang mit den eigenen Gefühlen, Verhaltensstrategien für einen Umgang im häuslichen Umfeld, als auch ein effektives Hilfesuchverhalten angestrebt und gefördert werden.
- Die Erhöhung des eigenen Selbstbildes und der Selbstwirksamkeit (vgl. ebd.).

Das Angebot findet im Rahmen eines Gruppensettings mit ca. 5 bis 8 Kindern statt und richtet sich an betroffene Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren. Je nach Entwicklungsstand des Kindes können auch 7- oder 13-Jährige an dem Angebot teilnehmen. Es ist dabei so konzipiert, dass es von lediglich einer Gruppenleitung geführt wird. Für die Gruppenleitung eignet sich vor allem eine Fachperson, welche Kompetenzen im sozialen Bereich und bereits vorhandene Berufserfahrungen in der Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten oder dysfunktionalen Familien vorweisen kann. Es beschränkt sich auf ein wöchentliches Angebot von ca. 90 Minuten pro Sitzung (vgl. ebd., S. 25-27).

Das Programm entwickelte ein kleinschrittiges, modulares Präventionskonzept (vgl. ebd., S.28). Dabei treten immer wiederkehrende Elemente auf, wie beispielsweise die Einführung von Begrüßungs- und Abschiedsritualen, wodurch dem betroffenen Kind Struktur- und Kontinuität gegeben wird (vgl. Klein et al., 2013, S. 28). Das Präventionsangebot umfasst neun verschiedene Module, welche sich auf verschiedene Themen und dementsprechenden Inhalten beziehen (vgl. ebd., S.11). Dabei richtet sich beispielsweise das dritte Modul mit dem Titel *Über Sucht in der Familie reden* unter anderem an die Hinführung der Suchtthematik des Sorgeberechtigten, um sich anschließend austauschen und die Schuld- und Schamgefühle der betroffenen Kinder abbauen zu können (vgl. Klein et al., 2013, S.11).

6.2.2 Bewertung der Maßnahme

Das *Trampolin*-Präventionsprogramm ist als einziges Unterstützungsangebot für betroffene Kinder, mit einer wissenschaftlich nachgewiesenen Wirkung belegt (vgl. Molfester, 2017, S. 22). Darüber hinaus lässt sich das modulare Konzept in vielen Settings einsetzen (vgl. Klein et al., 2017, S. 10). Das *Trampolin*-Präventionsprogramm führt auf seiner Webseite hinsichtlich der nachgewiesenen Wirksamkeit aus, dass insgesamt 130 Kinder aus suchtbelasteten Familien im Rahmen von 27 Beratungsstellen des *Trampolin* Präventionsprogramms, in verschiedenen Standorten in Deutschland untersucht wurden (vgl. projekt.trampolin.de, o. J., o. S.). In diesem Rahmen wurden Befragungen nach der Maßnahmenteilnahme und ein halbes Jahr später durchgeführt, um die Entwicklungsschritte der betroffenen Kinder festzuhalten. Diese Befragungen behandelten Themen wie beispielsweise das Wohlergehen und den Umgang des betroffenen Kindes im häuslichen Umfeld der Familie. Um Vergleiche mit anderen Maßnahmen ziehen zu können, fand eine andere spezifische Maßnahmenuntersuchung mit ca. 88 Kindern statt. Innerhalb des *Hüpfburg*-Programm

fanden ebenfalls neunwöchige Termine mit betroffenen Kindern statt, welche ebenfalls befragt wurden. Anschließend fand ein Vergleich der beiden Forschungsprogramme statt (vgl. ebd.). Die daraus resultierenden Erkenntnisse ergaben, dass die Kinder, welche an dem *Trampolin*-Präventionsprogramm teilgenommen haben, insgesamt durch positive Veränderungen besser entlastet werden konnten als in der Vergleichsgruppe (vgl. ebd.). Seit 2016 können die Kosten für die Teilnahme am Präventionsprogramm von Krankenkassen erstattet werden (vgl. Molfester, 2014, S. 22).

Zusätzlich ließ das Programm sich im selben Jahr auch von der Prüfstelle des GKV-Spitzenverbandes als sogenanntes Stressbewältigungsprogramm zertifizieren (vgl. ebd.). Zudem erreicht das Programm betroffene Kinder vor allem durch die Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Klein, 2011, o. S.).

Da sich das *Trampolin* Programm als einziges spezifisches Angebot für betroffene Kinder mit einer nachgewiesenen Wirkung erweist, sticht dieses Angebot im Vergleich zu anderen spezifischen Maßnahmen äußerst positiv heraus und lässt sich insgesamt aufgrund dessen als besonders sinnvoll und bedeutend hinsichtlich der spezifischen Maßnahmen für betroffene Kinder bewerten. Infolgedessen, dass es sich bei der *Trampolin* Maßnahme um ein zeitlich begrenztes Modul von neun Wochen handelt (vgl. Klein et al., 2017, o. S.), wird keine anhaltende Unterstützung durch diese Maßnahme erzielt.

6.2.3 Vorstellung Online - Angebot *KidKit*

KidKit beschreibt sich in seinem Programm als ein seit 2003 existierendes internetbasiertes Unterstützungsangebot für Kinder von suchterkrankten Sorgeberechtigten, ab einem Alter von 10 Jahren. Das Angebot wurde durch die Drogenhilfe Köln e.V. und KOALA e.V. (Kinder ohne den schädlichen Einfluss von Alkohol und anderen Drogen) e.V. aufgebaut und wird vom Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der katholischen Hochschule NRW hinsichtlich einer wissenschaftlichen Evaluation unterstützt (vgl. *KidKit*, 2021, S. 4).

Das Ziel des Online-Angebots, ist vor allem eine altersadäquate und wissenschaftlich fundierte Informationsvermittlung der Suchthematik und die Weitervermittlung an spezifischen Maßnahmen, die in der Nähe des individuellen Wohnortes eines betroffenen Kindes angeboten werden (vgl. ebd.). Zudem bietet das niederschwellige Angebot betroffenen Kindern ebenfalls die Möglichkeit, Unterstützung anonym zu erhalten (vgl. ebd.). Betroffene werden durch die Öffentlichkeitsarbeit, unter anderem durch die sozialen

Medien, erreicht und haben durch das *KidKit* Internetangebot die Möglichkeit ein Beratungsgespräch per E-Mail oder im Rahmen eines virtuellen Gesprächsraums zu führen und innerhalb von wenigen Tagen eine Antwort zu erhalten (vgl. ebd.). Bei einem Gesprächsverlauf ist es allerdings möglich, dass sich die Antworten der Fachkräfte um bis zu einer Woche verzögert (vgl. KidKit, 2021, S. 4). Das Beratungsteam besteht dabei aus vier Sozialarbeitern (vgl. KidKit.de, o. J., o. S.). *KidKit* finanziert sich durch Spenden, Sponsoren und Drittmittelgeber und wird unter anderem durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und durch das Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration gefördert (vgl. ebd., S. 19f.).

6.2.4 Bewertung der Maßnahme:

Aus dem Jahresbericht des Jahres 2021 lässt sich entnehmen, dass 479 betroffene Kinder und Jugendliche durch das internetbasierte Beratungsangebot Unterstützung angenommen haben (vgl. KidKit, 2021, S. 6). Das Angebot lässt sich aufgrund der heutigen Digitalisierung über die sozialen Netzwerke, wie beispielsweise Instagram, auffinden, was für eine altersgerechte Öffentlichkeitsarbeit spricht (vgl. ebd., S. 17). Zusätzlich kann sich die Anonymität, welche durch den Beratungskontakt per E-Mail gegeben werden kann, positiv auf den Erstkontakt auswirken (vgl. Klein, 2005, S. 188). Allerdings ist die Maßnahme nicht wissenschaftlich evaluiert, wodurch keine fundierten Aussagen über die Wirksamkeit getroffen werden können (vgl. Klein et al., 2017, S. 10).

Die Einsicht der Abhängigkeitserkrankung und die Bereitwilligkeit der Erziehungsberechtigten Hilfe anzunehmen, gelten häufig als Voraussetzung, um auch Hilfsangebote für die eigenen Kinder anzunehmen (s. Kapitel 6.1.1). Aufgrund dessen stellt das internetbasierte Angebot *KidKit* ein positives Beispiel für betroffene Kinder dar, welche bereits einen Internetzugang haben. Dass das Angebot auch ohne die Einwilligung der Erziehungsberechtigten und vor allem auch anonym stattfinden kann, lässt sich ebenfalls als sinnvoll bewerten, da die Hemmschwelle gesenkt und hierdurch der Zugang erleichtert wird.

6.2.5 Vorstellung Konfidu Düsseldorf

Das *Fitkids* Programm hat seinen Hauptstandort in Wesel und wurde vom Verein Information und Hilfe in Drogenfragen e.V. gegründet (vgl. Mielke, 2015, S. 1). *Fitkids* wird als ein entwickeltes Organisationsentwicklungsprogramm für die Praxis anderer Einrichtungen beschrieben. Aufgrund dessen kann das Angebot durch

Weiterbildungsmaßnahmen in anderen Einrichtungen etabliert werden (vgl. Fitkids.de, o. J., o. S.). So ist z. B. die Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. seit 2020 durch eine Fortbildungsmaßnahme und die damit verbundene Sensibilisierung für diese Thematik ein eingetragener *Fitkids*-Standort (vgl. ebd.). Basierend auf der *Fitkids*-Weiterbildungsmaßnahme, wurde das Angebot *Konfidu* der Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. entwickelt (vgl. Düsseldorfer Drogenhilfe e.V., 2021, S. 25).

Im Zuge der *Fitkids*-Weiterbildungsmaßnahme wurde die Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. angefragt in Kooperation mit dem Jugend- und Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf und der Unterstützung des LVR-Landesjugendamts bei dem *Konfidu*-Projekt für Kinder von psychisch und/oder suchterkrankten Erziehungsberechtigten mitzuwirken (vgl. Düsseldorfer Drogenhilfe e.V., 2021, S. 25). Bei dem Projekt *Konfidu*, handelte es sich zunächst um ein auf zwei Jahre befristetes Angebot, welches im Jahr 2021 startete (vgl. ebd.). Es bezieht sich auf 8- bis 12-Jährige, bei einer Gruppengröße von ca. sieben Kindern (vgl. ebd., S. 26). Zudem wurde im Jahr 2023 eine regelhafte Finanzierung angestrebt (vgl. Otterbach et al, 2023, o. S.). Laut Projektbeschreibung (vgl. Düsseldorfer Drogenhilfe, 2021, S. 25-26) strebt *Konfidu* sowohl eine Gesundheitsförderung als auch die Förderung der eigenen Ressourcen und Resilienzen an, wodurch bereits entstandene Schädigungen gemindert und die Entwicklung eines Abhängigkeitsrisikos verhindert werden soll. Auch findet im Rahmen dieses Gruppensettings eine kindgerechte Informationsvermittlung und eine Enttabuisierung der Suchtthematik im eigenen Haushalt statt, wodurch die Scham- und Schuldgefühle der betroffenen Kinder abgebaut werden (vgl. ebd., S. 26). Durch spielerische und erlebnispädagogische Methoden bezüglich der Themenfelder *Distanzierung der Suchtproblematik in der Familie, Wohlergehen im häuslichen Umfeld, der Hilfsmöglichkeiten außerhalb der Familie und einer Verantwortungsabgabe*, wird die Suchtthematik und die damit verbundene familiäre Situation im Rahmen eines kinderbezogenen individuellen Tempos thematisiert (vgl. ebd.).

Um die Anwesenheit der betroffenen Kinder gewährleisten zu können, bietet *Konfidu* einen Hol- und Bringdienst an, wodurch auch die Erziehungsberechtigten entlastet werden können. Die Stiftung Sterntaler e.V. bot durch Sach- und Geldspenden Unterstützung an (vgl. ebd., S. 26-27). Die Vermittlung der betroffenen Kinder erfolgt hauptsächlich über den Bezirkssozialdienst, der Schulsozialarbeit oder durch Beratungsstellen der Stadt Düsseldorf (vgl. Otterbach et al., 2023, o. S.). Auch bietet *Konfidu* pädagogische Freizeitangebote für

betroffene Kinder an (Düsseldorfer Drogenhilfe e.V., 2021, S. 27). Hinsichtlich einer Zusammenarbeit mit alkoholabhängigen Erziehungsberechtigten, wird eine Weitervermittlung an die Düsseldorfer Suchtpräventionsstelle Crosspoint der Caritas Düsseldorf aufgrund einer bereits bestehenden kooperativen Zusammenarbeit angestrebt (vgl. Otterbach et al., 2023, o. S.).

6.2.6 Bewertung der Maßnahme

Durch das Angebot des Hol- und Bringdienstes kann für eine anhaltende Teilnahme der betroffenen Kinder und infolgedessen für eine parallele Entlastung der Erziehungsberechtigten gesorgt werden (vgl. Düsseldorfer Drogenhilfe e.V., 2021, S. 26f.). Darüber hinaus stellt die Krankheitseinsicht des alkoholabhängigen Sorgeberechtigten ebenfalls eine Herausforderung für die Soziale Arbeit hinsichtlich der Erreichung der betroffenen Kinder dar. Dadurch ist es möglich, dass alkoholabhängige Sorgeberechtigte häufig durch den Alkohol nicht in der Lage oder gewillt sind, ihre Kinder zu den spezifischen Maßnahmen zu bringen oder abzuholen, wodurch die Teilnahme der betroffenen Kinder durch den Hol- und Bringdienst gewährleistet wird und den positiven Aspekt des Dienstes unterstreicht. Außerdem bietet die Maßnahme auch freizeitpädagogische Angebote an (vgl. Otterbach et al., 2023, o. S.), um den betroffenen Kindern auch an freien Tagen Unterstützung zu bieten (vgl. Düsseldorfer Drogenhilfe e.V., 2021, S. 27). Auch dieser Aspekt lässt sich positiv bewerten, da Kinder beispielsweise in den Ferien mehr Zeit im häuslichen Umfeld verbringen, als im Vergleich zu Kindergarten- oder Schulzeiten und dadurch beispielsweise auch häufiger der Gewalt ihrer alkoholabhängigen Sorgeberechtigten ausgesetzt sein können (s. Kapitel 5.1). Durch die ambulanten freizeitpädagogischen Angeboten von *Konfidu* können betroffene Kinder aus der häuslichen Situation zeitweise herausgenommen, abgelenkt und gefördert werden.

6.2.7 Vorstellung der Programme *MiniMIKADO* und *MIKADO*

Die Maßnahmen *MIKADO* und *MiniMIKADO* des Sozialdiensts katholischer Männer e.V. Köln (SKM) wurden in Kooperation mit der Familienberatung der christlichen Sozialhilfe Köln gGmbH aufgebaut und bieten wöchentliche Gruppenangebote in verschiedenen Stadtteilen in Köln an. Es besteht eine Differenzierung der Altersstufen der beiden Gruppen (vgl. skm-koeln.de, o. J., o. S.). Laut Beschreibung des Angebots findet die Maßnahme besteht die *MiniMIKADO* Gruppe aus ca. 4-5 Kindern, im Alter von 5-7 Jahren (vgl. Kurzbeschreibung

SKM Köln, o. J., o. S.). Das Angebot besteht seit 2022 und gibt Kindern von sucht- und/oder psychisch erkrankten Erziehungsberechtigten die Möglichkeit, durch spielerische Methoden, wie beispielsweise Rollenspiele, die bereits bestehenden Konflikte herauszufiltern, an diesen zu arbeiten und die bereits bestehenden Ressourcen und Resilienzen zu stärken. Ein weiteres Ziel dieser Maßnahme ist die Stärkung der Widerstandskraft. Diese führt zu einer Verleihung neuer Handlungsstrategien, hinsichtlich des Umgangs in familiären Situationen, welche von der Alkoholabhängigkeit ihrer Sorgeberechtigten gesteuert wird (s. Kapitel. 2.3). Das Angebot ist ausgelegt für Kinder bis sieben Jahren. Danach besteht die Möglichkeit der Übernahme in die *MIKADO* Gruppe besteht (vgl. ebd.).

Die *MIKADO* Gruppe bezieht sich auf Kinder im Alter von 7-12 Jahren. Im Rahmen des Gruppensettings werden altersadäquate Auseinandersetzungen mit der Suchterkrankung und/oder einer psychischen Erkrankung des Erziehungsberechtigten angeboten. Zielsetzungen im Rahmen dieser Gruppe sind unter anderem eine Psychoedukation, die Entlastung von Scham- und Schuldgefühlen, einer eigenen Entwicklungshaltung zur Suchthematik, die Verminderung der Verantwortungsgefühle und die Verhinderung einer Parentifizierung. Zusätzlich finden regelmäßige Einzelgespräche mit den betroffenen Kindern und den Sorgeberechtigten statt. In den Gesprächen mit den Erziehungsberechtigten wird diesen eine Unterstützung und Förderung in der Erziehungsverantwortung angeboten. Die beiden Gruppen werden jeweils von zwei Gruppenleitungen geführt und gelten gem. § 29 i. V. m. § 36 SGB VIII als niedrigschwellige ambulante Hilfen, wodurch die sozialen Gruppenarbeiten durch das zuständige Bezirksjugendamt finanziert werden. Nach Erreichung des 12. Lebensjahres kann eine (oft wünschenswerte) weitere Übernahme in die *Stand-Up* Maßnahme der SKM erfolgen, wodurch eine anhaltende Teilnahme an den spezifischen Angeboten erwünscht und gefördert wird (vgl. skm-koeln.de, o. J., o. S.).

6.2.8 Bewertung der Maßnahme

Die *MiniMIKADO* Gruppe stellt eine der wenigen Gruppen dar, welche sich auch an betroffene Kinder unter sechs Jahren richtet. Durch diesen Aspekt ist das Angebot ebenfalls für die Suchtprävention in Deutschland von hoher Bedeutung. Dadurch, dass die *MiniMIKADO* ab fünf Jahren beginnt, wird gleichzeitig auch deutlich, dass sich spezifische Maßnahmen auch an jüngere Kinder richten kann. Zudem ist es nachgewiesen, dass es sich bei niedrigschwelligen Angeboten um effektive Maßnahmen für Kinder handeln kann (vgl. Klein, 2005, S. 194), was ebenfalls einen positiven Aspekt dieser Maßnahme darstellt. Durch

die in der *MiniMIKADO* eingesetzten Rollenspiele wird Kindern die Möglichkeit gegeben, Alltagssituationen und bereits gemachte Erfahrungen zu verarbeiten (vgl. Windecker, o. J., o. S.). Auf diese Weise können Fachpersonen die aktuellen Themen der Kinder herauszufiltern, um dann gezielt daran anzuknüpfen (vgl. ebd.). Darüber hinaus werden langfristige Förderungen durch die Übernahme in weitere Maßnahmen der SKM Köln gewährleistet. Aufgrund dessen lässt sich auch diese Maßnahme insgesamt als sinnvoll bewerten.

6.3 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die spezifischen Angebote für betroffene Kinder zwar gering ausfallen, jedoch einen individuellen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Kinder haben kann, wodurch die Notwendigkeit dieser Angebote verdeutlicht wird. Allerdings bringt die Zusammenarbeit mit betroffenen Kindern viele Herausforderungen mit sich. Betroffene Kinder profitieren unter anderem durch stabile Bindungen zu außerfamiliären Personen, wodurch sich bei Kindern mit einer desorganisierten Bindungsstörung eine Schwierigkeit darstellt. Da es sich bei den Unterstützungsmaßnahmen, häufig um Projekte oder zeitlich begrenzte Angebote handelt, werden dadurch keine anhaltenden und langfristigen Maßnahmen bereitgestellt. Dies ist kritisch zu betrachten, da betroffene Kinder durch anhaltende Maßnahmen Vorteile erzielen. Im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit wurde auf die Notwendigkeit von spezifischen Maßnahmen für betroffene Kinder jeden Alters aufmerksam gemacht. Infolgedessen wurde eine intensive Recherche, welche ursprünglich in Düsseldorf geplant war, auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen und teilweise darüber hinaus, erweitert. Innerhalb der gesamten Maßnahmensuche waren insgesamt kaum spezifische Maßnahmen für betroffene Kinder unter sechs Jahren auffindbar. Der Mangel an spezifischen Angeboten für betroffene Kinder, stellt unter Berücksichtigung der vielfältigen Auswirkungen durch die Alkoholabhängigkeit ihrer Sorgeberechtigten, eine besondere Problematik dar.

7. Fazit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, der Frage nachzugehen, inwiefern die Soziale Arbeit einen positiven Einfluss auf Kinder, welche mit alkoholabhängigen Sorgeberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, nehmen kann. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden zunächst die möglichen problematischen Auswirkungen von der Alkoholabhängigkeit eines

Erziehungsberechtigten, auf die Entwicklung eines im gemeinsamen Haushalt lebenden Kindes dargestellt. Zudem wurde darauf aufmerksam gemacht, dass es sich bei dieser heterogenen Gruppe um Kinder handelt, welche bereits früh von spezifischen Unterstützungsangeboten profitieren können. Des Weiteren wurde herausgestellt, dass betroffene Kinder verschiedene Transmissionen durchlaufen können. Danach wurde herausgearbeitet, wie die Grundbedürfnisse von Kindern aussehen und wie sich die positive Bindung eines Kindes gestaltet. In Kapitel 6 wurden schließlich verschiedenste spezifische Maßnahmen für betroffene Kinder untersucht. Nachdem zunächst festgestellt werden musste, dass es wenige sozialpädagogische Unterstützungsangebote für betroffene Kinder jeder Altersklasse gibt, wurden einige existierende spezifische Maßnahmen vorgestellt und bewertet, um die Herausforderungen und auch den positiven Einfluss der sozialpädagogischen Arbeit in Zusammenarbeit mit betroffenen Kindern kritisch zu beleuchten. Dabei stellte sich unter anderem heraus, dass die Soziale Arbeit vor allem durch anhaltende, niederschwellige und suchtpreventive Maßnahmen einen positiven Einfluss auf betroffene Kinder nehmen kann.

Als eine Schwierigkeit im Hinblick auf die Bewertung der Qualität der sozialpädagogischen Unterstützungsangebote stellte sich die weitestgehend fehlende wissenschaftliche Untersuchung der Angebote dar, dass die vorhandenen Angebote kaum auf ihre Wirksamkeit geprüft werden. Hierbei stellt das *Trampolin*-Programm ein bedeutendes und positives Beispiel dar, da es sich hierbei um das einzige Angebot handelt, welches nachweislich auf die Wirksamkeit für betroffene Kinder geprüft wurde.

Abschließend kann gesagt werden, dass jedes betroffene Kind einen Anspruch auf die Teilnahme an expliziten Maßnahmen hat. Infolgedessen sollte die Soziale Arbeit spezifische Hilfsangebote, welche langfristig und niederschwellig sind, für betroffene Kinder unterschiedlicher Altersklassen weiter ausbauen, um präventiv gegen eine Suchtentwicklung einwirken und die bestehenden Auswirkungen abbauen bzw. verhindern zu können

8. Literaturverzeichnis

Abracen, J., Looman, J. und Anderson, D. (2000). Alcohol and drug abuse in sexual and non-sexual violent offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 263-274.

Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R., Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experience, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53, 1001-1009.

Arenz-Greiving, I. (o. J.). *Kinder von suchtkranken halt geben. Fakten. Risiken. Hilfen.* Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Bundesverband e.V. (Hrsg.). Verfügbar unter: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/DHS_Kindern_von_Suchtkranken_Halt_geben.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Bernsdorff, D., Flassbeck, J., Mayer, R., Mielke, H., Reiß, S. und Weinand-Melgarejo, C. (o. J.). *Empfehlungen zur Unterstützung von Kindern aus suchtblasteten Familien im Rahmen des nationalen Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“.* NaCoA Deutschland. Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. (Hrsg.). Verfügbar unter: <https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/neu/Empfehlungen%20zur%20Unterstützung%20von%20Kindern%20aus%20Suchtfamilien.pdf> [Zugriff am 09.12.2023.]

Biesel, U. und Urban-Stahl, U. (2022). *Lehrbuch Kinderschutz.* (2. überarb. und erweiterte Aufl.). Weinheim & Basel: Beltz-Juventa.

Birsch, K.H. (2022). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Beratung und Therapie.* (19., erweiterte und vollständig überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Fachbuch Klett-Cotta.

BKK Bundesverband. (2007). *Kindern von Suchtkranken Halt geben – durch Beratung und Begleitung.* Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe. Praxishilfe. Leitfaden für Multiplikatoren Verfügbar unter <https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/freundeskreise%20multiplikatorenleitfaden.pdf> [Zugriff am 09.12.2023].

BKK-Bundesverband. (2018). *Kindern von suchtkranken Halt geben. Fakten. Risiken. Hilfen. Leben.* (1. Aufl.). Verfügbar unter https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/Kinder_von_Suchtkranken_Halt_geben_-_Layout_15.04.2018.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Bowlby, J. (2010). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie.* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag.

Braun, W. (2021). *Mein Freund der Alkohol. Kritische Betrachtung eines ambivalenten Genussmittels.* (2. Aufl.). (o. O.). BoD – Books on Demand.

Burr, A. (1985). *Alkohol in der Familie. Wege zur Selbsthilfe.* München: Kösel- Verlag GmbH & Co.

Bröning, S., Klein, M., Moesgen, D. (2012). Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Kindern aus Suchtfamilien. *PiD – Psychotherapie im Dialog.* 4, 44-48.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2019). *ICD-10-WHO Version 2019. In internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. Mit Aktualisierungen.* Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/> [Zugriff am 09.12.2023].

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (o. J.). *ICD-11. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision*. Verfügbar unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html [Zugriff am 09.12.2023].

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2023). *ICD-10 GM. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. German Modification*. Verfügbar unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html [Zugriff am 09.12.2023].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BzgA. (o. J.). *Die Geschichte des Alkohols. Alkohol? Kenn dein Limit*. Verfügbar unter <https://www.kenn-dein-limit.info/tipps-facts/von-der-steinzeit-bis-in-die-gegenwart-die-geschichte-des-alkohols/> [Zugriff am 09.12.2023].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BZgA. (2019). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln. Verfügbar unter: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Alkoholsurvey_2018_Alkohol-Bericht.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2021). *Der kleine Unterschied: Gesundheitsrisiken von Alkoholkonsum für Frauen gravierender*. BZgA informiert zum internationalen Frauentag. Verfügbar unter <https://www.bzga.de/presse/pressemitteilungen/2021-03-05-der-kleine-unterschied-gesundheitsrisiken-von-alkoholkonsum-fuer-frauen-gravierender/> [Zugriff am 09.12.2023].

Bundesministerium für Gesundheit. (2023a). *Alkohol*. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol.html> [Zugriff am 09.12.2023].

Bundesministerium für Gesundheit. Sucht und Drogen. (2023b). *Sucht ist kein Randproblem in der Gesellschaft, sondern betrifft viele Menschen in Deutschland*. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen#:~:text=Mit%20dem%20Begriff%20Sucht%20sind,wie%20Glücksspiel%20und%20pathologischer%20Internetgebrauch> [Zugriff am 09.12.2023].

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2023). *Resilienz*. Verfügbar unter <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/70564-70564#:~:text=Übersetzt%20wird%20er%20häufig%20als,ohne%20dauerhafte%20Beeinträchtigung%20zu%20überstehen> [Zugriff am 09.12.2023].

Caspar, F., Pjanic, I. Westermann, S. (2018). *Klinische Psychologie*. Bern: Springer Verlag.

Christensen, H. B. und Bilenberg, N. (2000). Behavioural and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European Child and Adolescent Psychiatry* 9, 219-226.

Cork, M. R. (1969). *The forgotten children*. Toronto: PaperJacks.

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (1997). *Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V. Ethik in der Sozialen Arbeit*. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (Hrsg.). Verfügbar unter https://www.ethikdiskurs.de/fileadmin/user_upload/ethikdiskurs/Themen/Berufsethik/Soziale_Arbeit/Grundlagen_fuer_die_Soziale_Arbeit.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., DHS (o. J.). *Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Empfehlung zum Umgang mit Alkohol*. Verfügbar unter https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/WK_der_DHS__Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Alkohol.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Dilling, H. und Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2019). *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. Weltgesundheitsorganisation. Nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J.E. Cooper. (9. aktual. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen gem. ICD-10-GM (German Modification)). Bern: Hogrefe AG Verlag.

Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. Geschäftsbericht. (2021). *Damit die Zukunft nicht vorbeirauscht!* Verfügbar unter https://drogenhilfe.eu/cms/images//05_Downloads/Geschftsbericht2021.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Ehrenfried, T., Heinzelmann, C., Kähni, J., Mayer, R., (1999). *Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker*. (3. Korrigierte Aufl.). Balingen: Huckleberry&Pippilotta e.V.

Fabian, S. (2023). *Ein ambivalentes Gut. Alkohol in Deutschland im 20. Jahrhundert*. Humboldt-Universität zu Berlin. Verfügbar unter <https://www.geschichte.hu-berlin.de/de/bereiche-und-lehrstuehle/dtge-20jhd/forschung/laufende-forschungsprojekte/alkoholkonsum-in-deutschland-im-20-jahrhundert> [Zugriff am 09.12.2023].

Fitkids.de. (o. J.). *FITKIDS Standorte. Hier finden Sie unsere 81 Standorte in ganz Deutschland*. Verfügbar unter <https://fitkids.de/standorte/> [Zugriff am 09.12.2023].

Fitkids.de (o. J.). *Programm. Netze knüpfen für Kinder süchtiger Eltern. FITKIDS – ein starkes Programm für die moderne Suchtberatungsstellen*. Verfügbar unter <https://fitkids.de/programm/> [Zugriff am 09.12.2023].

Fullerton, B., Eickhorst, A., Sann, A., Lorenz, S. (2019). Suchtanzeichen bei Eltern mit Kleinkindern. Faktenblatt 4 zur Prävalenz und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Nationales Zentrum frühe Hilfen (Hrsg.). Verfügbar unter https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-4-NZFH-Praevalenzforschung-Suchtanzeichen-Eltern-mit-Kleinkindern.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Fux, C. (2019). *Alkohol – die Wirkung*. NetDoktor. Verfügbar unter <https://www.netdoktor.de/alkohol/wirkung/> [Zugriff am 09.12.2023].

Geschlechtergerechte Sprache. Die geschlechtergerechte Sprache. (o. J.). Duisburg am Rhein. Verfügbar unter <https://www.duisburg.de/microsites/rgc/rubrik2/inhalt-ii.5-a-geschlechtergerechte-sprache.php> [Zugriff am 09.12.2023].

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. (2003). *Abhängigkeit*. Verfügbar unter https://www.gbebund.de/gbe/ergebnisse.prc_tab?fid=8554&suchstring=abhängigkeit_who&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=1&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=39207466&hlp_nr=3&p_jan_ein=J [Zugriff am 09.12.2023].

Gleißner, T. (2006). *Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe* von Hinze, K., Jost, A (Hrsg.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Grossmann, K.E., Grossmann, K. (Hrsg.). (2017). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Haverfield, Theiss (2016). In: Gavez, S., Keller, S., Beck, T. (2017). *Zurück in den Alltag – Mütter nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit*. Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich Verlag.

Herbst, Y. (2012). Bindung und Bildung. Attachment and Education. Themenschwerpunkt Bildung und Schule. *Psychologie in Österreich*. 5, 436-447.

Holmes, J. Gleitwort VII-XIII. in Bowlby, J. (2010). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie*. (4. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Hülshoff, T. (2011). *Basiswissen Medizin für die Soziale Arbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Jacobi, F., Maier, W., Heinz, A., (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Hilfestellung zur Indikation*. *Deutsches Ärzteblatt*. 110(49), 2364-2368.

Jessen, A. (2018). *Historische Krankheitsbilder. Die grassierende Kartoffelseuche. Branntweinpest. Gefährliche Branntweinpest*. Springer Link. Verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00058-018-3721-2> [Zugriff am 09.12.2023].

Jost, A. (2018). *Suchtprävention*. Socialnet. Verfügbar unter <https://www.socialnet.de/lexikon/Suchtpraevention> [Zugriff am 09.12.2023].

Kamratzki, P. (2022). Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport. Jubiläum. *Das Jugendschutzgesetz wird 70 Jahre alt*. In: Das Portal der Kinder- und Jugendhilfe. Verfügbar unter: <https://jugendhilfeportal.de/artikel/das-jugendschutzgesetz-wird-70-jahre-alt> [Zugriff am 09.12.2023].

Kidkit.de (o. J.). KIDKIT Hilfe bei Problemeltern (o. J.). *Hier findest du Informationen und Hintergründe zum Projekt KidKit*. Verfügbar unter <https://www.kidkit.de/ueber-uns/> [Zugriff am 09.12.2023].

Kidkit.de. KidKit Jahresbericht (2021). *Das Kooperationsprojekt von KOALA e.V. und Drogen Hilfe Köln e.V.* Verfügbar unter https://www.kidkit.de/fileadmin/user_upload/kidkit_Jahresbericht_21_WEB.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T., Werner, A (Hrsg.). (2006). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V. München.

Klein, M. & Zobel, M. (1999). *Abschlussbericht zum Projekt Prävention und Frühintervention aus suchtbelasteten Mutliproblemfamilien (1996 – 1999)*. Im Auftrag des Ministeriums für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. Rheinisches Institut für Angewandte Suchtforschung (RIAS). Verfügbar unter <https://www.edoweb-rlp.de/resource/edoweb%3A3273754/data> [Zugriff am 09.12.2023].

Klein, M. (2001a). Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Forschungsschwerpunkt Sucht, Köln. *Schwerpunktthema 2*, 118-124.

Klein, M. (2001b). Das personale Umfeld von Suchtkranken. In F. Tretter und A. Müller, (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. (S. 203-226.). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Klein, M. (2005). *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien*. Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. In Klein, M. (Hrsg.), Hoff, T. und Pauly, A.: *Schriftenreihe angewandte Suchtforschung*. (Band 1). Regensburg: Roderer Verlag.

Klein, M. (2007). Kinder suchtkranker Eltern. Fakten, Risiken, Lösungen. *Prävention extra*. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 30 Jahre Prävention. 02, 1-7.

Klein, M. (2008a). *Alkoholsucht und Familie – Kinder in suchtbelasteten Familien*. Bundeszentrale. APuZ. Aus Politik und Zeitgeschichte. für politische Bildung. Verfügbar unter <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/31101/alkoholsucht-und-familie-kinder-in-suchtbelasteten-familien/> [Zugriff am 09.12.2023].

Klein, M. (2008b). *Kinder und Suchtgefahren. Risiken. Prävention. Hilfen*. Mit einem Gleitwort von Sabine Bätzing. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Klein, M. (2011, 22./23. 11). *TRAMPOLIN – Lieber früh intervenieren als später süchtig werden! Konzept und Erfahrungen mit dem Bundesmodellprojekt „Modularisierte Frühintervention für Kinder aus suchtbelasteten Familien“*. Fachtagung des LWL. Kurz & gut – 10 Jahre FreD in Deutschland, Münster. Verfügbar unter: <https://www.lwl.org/ks->

download/downloads/fred/10JahreFreD/11_2011_Vortrag_Klein.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S., Thomasius, R. (2013). *Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken. Das „Trampolin“-Programm*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Klein, M., Thomasius, R., Ise, K., Wartberg, L., Moesgen, D. (2017). *Abschlussbericht. Trampolin II – Katamneseerhebung zur Überprüfung des Langzeiteffekte des Bundesmodellprojektes „Trampolin“ an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)*. Köln/Hamburg. Verfügbar unter https://katho-nrw.de/fileadmin/media/foschung_transfer/Forschungsprojektemodul/Trampolin_II/Trampolin2_Abschlussbericht_22082017.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Klein, M. (2019, 5.11). *Kinder suchtkranker Eltern als Kinder psychisch kranker Eltern – zwei Seiten einer Medaille?!* Fachtagung Kleine Held(inn)en in Not. „Intersystemische Hilfe für Kinder suchtkranker/psychisch kranker Eltern“, Köln. Verfügbar unter https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Doku_Kindertagung_2019/MKlein.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Konter, A. (2019). *Niedrigschwelligkeit*. Socialnet. Verfügbar unter <https://www.socialnet.de/lexikon/Niedrigschwelligkeit#:~:text=AdressatInnen%20niedrigschwelliger%20Arbeit%20sind%20Menschen,garantierten%20Rechten%20nicht%20teilhaben%20können> [Zugriff am 09.12.2023].

Kornhuber, J. (o. J.). Erlangen. *Abhängigkeit – Alkohol, Nikotin, Medikamente. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik Universitätsklinikum Erlangen (Hrsg.). Verfügbar unter https://www.psychiatrie.uk-erlangen.de/fileadmin/einrichtungen/psychiatrie/dateien/Ratgeber_Abhaengigkeit.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Köppl, B. und Reiners, W. (1987). *Hilfen für Kinder von alkoholkranken Vätern*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Kostrzewa, R. (2022). *Alkohol und Drogen in der Familie. Präventionswissen für Eltern und pädagogische Fachkräfte*. (1. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH Verlag.

Kuhlmann, M. (2021) Jugendhilfe trifft auf Suchthilfe. in P., Schay, R., Helsper und N., Helsper. *Durchgerutscht: Kinder und Jugendliche zwischen den Hilfesystemen. Analysen und Lösungsansätze zur Sozialarbeit in suchtbelasteten Familien*. (S.120-127). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Laging, M. (2023). *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen- Konzepte-Methoden*. (3. überarb. Aufl.). Bieker, R. (Hrsg.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen (2022). *„Meilenstein für den Kinderschutz“: Landtag verabschiedet Landeskinderschutzgesetz*. Nordrhein-Westfalen unterstreicht bundesweite Vorreiterrolle bei der Stärkung und Wahrung der Rechte von Kindern und

Jugendlichen. Verfügbar unter <https://www.land.nrw/pressemitteilung/meilenstein-fuer-den-kinderschutz-landtag-verabschiedet-landeskinderschutzgesetz> [Zugriff am 09.12.2023].

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2020). Jugendhilfe und Suchthilfe – gemeinsam für den Kinderschutz! Verfügbar unter https://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_53_gemeinsam_fuer_Kinderschutz.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Lambrou, U. (2016). *Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit*. (5. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Lautenbach, H. (2021). *Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – Was ändert sich konkret? Überblick zur SGB-VIII-Novelle*. AWO. Verfügbar unter [https://awo.org/kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-was-aendert-sich-konkret#:~:text=Seit%2010.,VIII\)%20sind%20jetzt%20zu%20beachten%3F___](https://awo.org/kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-was-aendert-sich-konkret#:~:text=Seit%2010.,VIII)%20sind%20jetzt%20zu%20beachten%3F___) [Zugriff am 09.12.2023].

Lück, D., Robert, N., Ruckdeschel, K. (2019). *Familie – was bedeutet das heute?. Zur Messung von Familienleitbildern*. Familienleitbilder in Deutschland sind vielfältig, aber im Kern stabil. Bevölkerungsforschung aktuell. Schneider, N.F., Diabate, S., Ruckdeschel, K. (Hrsg.): Verfügbar unter: https://www.bib.bund.de/Publikation/2019/pdf/Familie-was-bedeutet-das-heute.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 09.12.2023].

Lück, D., Ruckdeschel, D. (2015). *Was ist Familie? Familienleitbilder und ihre Vielfalt*. Familienleitbilder in Deutschland. Kulturelle Vorstellungen zu Partnerschaft, Elternschaft und Familienleben. Beiträge zur Bevölkerungswissenschaft. Herausgegeben durch das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB). (Band 48). Schneider, Norbert F., Diabate, Ruckdeschel, K (Hrsg.). Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich Verlag.

Ludwig, D. (2020). *Kabinettsbeschluss für neues Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG)*. Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen. Berlin. Verfügbar unter <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/kabinettsbeschluss-fuer-neues-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-kjsg/> [Zugriff am 09.12.2023].

Lindenmeyer, J. (2022). *Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit*. Mit E-Book Inside und Arbeitsmaterial. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.

Loeber, R. (1990). Development and risk factors of Juvenile antisocial behavior and delinquency. *Western Psychiatric Institute and Clinic University of Pittsburgh School of Medicine*. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.

Mielke, H. (2015). *Hilfangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien sind rar – doch es gibt sie*. NACOA Deutschland. Ein Netz mit weiten Maschen. Verfügbar unter <https://nacoa.de/sites/default/files/2021-02/Mielke%2C%20Henning%20-%20Ein%20Netz%20mit%20weiten%20Maschen.%20Hilfangebote%20für%20Kinder%20aus%20suchtbelasteten%20Familien%20sind%20rar-%20doch%20es%20gibt%20sie.%202016.pdf> [Zugriff am 09.12.2023].

Mielke, H. und Gutknecht, S. (2017). *Kinder suchtkranker Eltern*. Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz e.V. (Hrsg.). (überarb. Aufl.). Verfügbar unter <https://gpv.jena.de/fm/2150/BAG-Dossier-Kinder-Suchtkranker-Eltern-web.pdf> [Zugriff am 09.12.2023].

Mielke, H. (2021). *Interview Henning Mielke über "vergessene Kinder" in alkoholkranken Familien*. GRIPS Blog. Verfügbar unter <https://grips.online/interview-henning-mielke> [Zugriff am 09.12.2023].

Molfenter, A. (2017). *Alkohol-Abgründe. Ein Königreich verrückt nach Gin*. SPIEGEL Geschichte. Verfügbar unter <https://www.spiegel.de/geschichte/grossbritanniens-gin-krise-chaos-elend-und-verbrechen-a-1148047.html> [Zugriff am 09.12.2023].

Mortler, M. (2017). *Kinder aus suchtbelasteten Familien*. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/Broschuere_Kinder_aus_suchtbelasteten_Familien.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Nacoa.de. NaCoA Deutschland. *Ambulante Hilfeangebote für Kinder*. Verfügbar unter <https://nacoa.de/infos/hilfeangebote/ambulante-hilfeangebote-fur-kinder#nordrhein-westfalen> [Zugriff am 09.12.2023].

Nationales Zentrum frühe Hilfen (o. J.). Was sind frühe Hilfen? Verfügbar unter <https://www.elternsein.info/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/> [Zugriff am 09.12.2023].

Nomos Gesetze. *Gesetze für die Soziale Arbeit*. Textsammlung. Ausgabe 2023/24. (13. Aufl.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Oswald, C. & Meeß, J. (2022). *Methodenhandbuch Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien*. (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Otterbach, K., Harbaum, M., Kraus, U., Melville-Drewes, A. (2023). *KONFIDU – Gemeinsam für belastete Familien*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Paulick, C. (2019). *Ressourcenorientierung*. Socialnet. Verfügbar unter https://www.socialnet.de/lexikon/Ressourcenorientierung#toc_5 [Zugriff am 09.12.2023].

Projekt-trampolin.de. (o. J.). *Wirksamkeit wissenschaftlich getestet* Trampolin. Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken. Verfügbar unter <https://www.projekt-trampolin.de/wirksamkeit-wissenschaftlich-getestet/> [Zugriff am 09.12.2023].

Projekt-trampolin.de (o. J.). *Standorte, an denen Trampolin stattfindet* Trampolin. Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken. Verfügbar unter <https://projekt-trampolin.de/standorte-an-denen-trampolin-stattfindet/> [Zugriff am 09.12.2023].

Puttler, L.I., Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E. und Bingham, C.R. (1999). Behavioral Outcomes among Children of Alcoholics During the Early and Middle Childhood Years: Familial Subtype Variations. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 22, 1962-1972.

Rummel, C., Gaßmann, R. (Hrsg.). (2020). *Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin*. (1. Aufl.) Stuttgart: W. Kohlhammer.

Schay, P., Helsper, R. und Helsper, N. (2021). *Durchgerutscht: Kinder und Jugendliche zwischenden Hilfesystemen! Analysen und Lösungsansätze zur Sozialarbeit in suchtblasteten Familien*. Pabst Science Publishers: Lengerich.

Schay, P. und Peters, F. Kinder und Jugendliche im Kontext der Sucht und Jugendhilfe. S.17-18 in: P., Schay, R., Helsper und N., Helsper. (2021). *Durchgerutscht: Kinder und Jugendliche zwischen den Hilfesystemen. Analysen und Lösungsansätze zur Sozialarbeit in suchtblasteten Familien*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Schilling, S. Vorsitzender des GVS. (2014). *Suchtberatung für suchtkranke Eltern zur Förderung des Kindeswohls*. Gesamtverband für Suchthilfe e.V. Fachverband der Diakonie Deutschland. (überarbeitete Aufl.). Verfügbar unter https://www.eltern-sucht.de/wp-content/uploads/2019/06/GVS_Leitfaden_Kindeswohl-1.pdf [Zugriff am 09.12.2023].

Schneider, G. und Toyka-Seid, C. (2023). *Erziehungsberechtigt*. Bundeszentrale für politische Bildung. Das junge Politik-Lexikon. Bonn. Verfügbar unter <https://www.bpb.de/kurzknapp/lexika/das-junge-politik-lexikon/320243/erziehungsberechtigte/> [Zugriff am 09.12.2023].

Schuster, N. (2017). Alkoholabstinenz. Welche Arzneimittel zu meiden sind. *PZ Pharmazeutische Zeitung*. Die Zeitschrift der deutschen Apotheke. 50

Seitz, N.N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T., Kraus, L. (2018). *Trends in Substance Use and Related Disorders. Analysis of the Epidemiological Survey of Substance Abuse 1995 to 2018*. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/336650772_Trends_in_Substance_Use_and_Related_Disorders_Analysis_of_the_Epidemiological_Survey_of_Substance_Abuse_1995_to_2018 [Zugriff am 09.12.2023].

SkM-koeln.de (o. J.). Jugend und Sucht. MIKADO/StandUp. *Das Angebot*. Verfügbar unter <https://www.skm-koeln.de/mikadostandup/> [Zugriff am 09.12.2023].

Soukup, J. und Schmale, M. (2009). Das Suchtrisiko bei Medizinern. Sind wir Anästhesisten besonders gefährdet?. *Anästhesiologie intensivmed* 50, S.286-295.

Soyka, M. & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen und Abhängigkeit*. (6., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Strauß, B., Schauenberg, H. (Hrsg.). (2017). *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – ein Handbuch*. (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Sucht Schweiz. (2016). *Boby – der Hund*. Bilderbuch für 4- bis 8- jährige zum Thema Sucht in der Familie oder im nahen Umfeld. Lausanne. (Hrsg.). Verfügbar unter <https://shop.addictionsuisse.ch/de/kinder/103-boby-der-hund.html> [Zugriff am 09.12.2023].

Tappe, H. (1994). *Auf dem Weg zur modernen Alkoholkultur. Studien zur Geschichte des Alltags. Alkoholproduktion, Trinkverhalten und Temperenzbewegung in Deutschland. Vom frühen 19. Jahrhundert bis zum ersten Weltkrieg*. (Band 12). H., J. Teuteberg und Borscheid, P. (Hrsg.). Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Troendle, S., Kölbel, R., Theodoropoulos, E. (2023). *Neue Empfehlung zum Umgang mit Alkohol. So schädlich ist Alkohol wirklich*. SWR Wissen. Verfügbar unter <https://www.swr.de/wissen/neue-empfehlungen-zum-umgang-mit-alkohol-so-schaedlich-ist-alkohol-wirklich-100.html> [Zugriff am 09.12.2023].

Walter, M., Euphrosyne G.M. (Hrsg.). (2019). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. (2. Erweiterte und aktualisierte Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Watzel, L. (2021). *Alkohol: WHO um Frauen besorgt, um Männer nicht*. mdr Wissen. Kommentar Verfügbar unter <https://www.mdr.de/wissen/alkoholverbot-fuer-frauen-who100.html> [Zugriff am 09.12.2023].

Wetterling, T., Bilke-Hentsch, O., Gouzoulis-Mayfrank, E., Klein, M. (Hrsg.). (2021). *Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Sucht: Risiken – Formen – Interventionen*. (1. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Wetzels, P. (1997). *Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen*. Baden-Baden: NOMOS Verlag.

Windecker, J. (o. J.). Rollenspiele und ihre Bedeutung für die kindliche Entwicklung. Dusyma. Verfügbar unter <https://www.dusyma.com/de/--cms-page.blog.expertentipp.windecker.rollenspiel#:~:text=Rollenspiele%20helfen%20Kindern%20nicht%20nur,maßgeblich%20zur%20geistigen%20Entwicklung%20bei.> [Zugriff am 09.12.2023].

Woititz, J. G. (1990). *Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken*. München: Kösel-Verlag GmbH & Co.

Wolf, K. (2012). *Sozialpädagogische Interventionen in Familien. Basistexte Erziehungshilfen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa*.

World Health Organization. (2022). *Alcohol*. Verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> [Zugriff am 09.12.2023].

World Health Organization (2023). Regional office for Europe. Beim Alkoholkonsum gibt es keine gesundheitlich unbedenkliche Menge. Verfügbar unter

<https://www.who.int/europe/de/news/item/28-12-2022-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health> [Zugriff am 09.12.2023].

Zobel, M. (2006). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen.* (2.Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Zobel, M. (Hrsg.). (2008). *Wenn Eltern zu viel trinken. Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien.* Bonn: BALANCE buch+ Medien Verlag GmbH & Co. KG.

Zobel, M. (2017). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen.* (3. neu ausgestatte Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF



MiniMIKADO – Beschreibung des Angebotes

Für 5-7-jährigen Kinder sucht- und/oder psychisch kranker Eltern gibt es seit August 2022 das zielgruppenspezifische Gruppenangebot MiniMIKADO des SKM Köln.

MiniMIKADO kombiniert die Methode des Kinderpsychodrama sowie die zielgruppen- und themenspezifische Gruppenarbeit im Sinne von MIKADO und erreicht speziell die jüngeren betroffenen Kinder. Kinder dieser Altersstufe sprechen nicht gerne über ihre Probleme und Belastungen, oder sie können es (noch) nicht. Sie möchten nicht über unangenehme Gefühle oder Situationen reden und diese erneut durchleben. Kinder drücken sich aber im Spiel aus. Spielen, vor allem das Rollenspiel, ist eine lustvolle Möglichkeit, Probleme zu thematisieren und zu bearbeiten. Spielen ist die Sprache der Kinder, hier setzt das Kinderpsychodrama an. Die Kinder werden durch das Spiel entlastet, entdecken ihre Stärken und Ressourcen und bauen ihre Resilienzen aus. Das Selbstwertempfinden der Kinder sowie die Erfahrung von Selbstwirksamkeit wird gefördert. Starke Rollen, wie der brüllende Löwe oder die Superheldin, können genauso übernommen werden wie auch bedürftige Rollen, z.B. ein verletztes Reh oder eine Babykatze, und im Spiel durch die mitspielende Gruppenleitung versorgt werden.

Das Rollenspiel ist eine Form des Spiels, in dem die Lust und Freude des Kindes am Spiel ihm hilft, sich mit sich und seiner Umwelt in vielfältiger Weise auseinanderzusetzen. Die Grundbedürfnisse der Kinder werden durchgängig angesprochen und jedes Kind hat die Möglichkeit, die eigenen Bedürfnisse auszuleben und entsprechende Ressourcen für sich daraus zu ziehen. MiniMIKADO fördert die innere Stärke und Widerstandskraft der Kinder, um den familiären Belastungen besser begegnen zu können und eine gesunde Entwicklung der Kinder zu ermöglichen.

Die Gruppe findet einmal wöchentlich für eine Zeitstunde mit 4-5 Kindern und zwei im Kinderpsychodrama ausgebildeten Gruppenleitenden statt. Die Kontinuität der Gruppe sowie die Gruppenkohäsion schaffen Vertrauen und Sicherheit. Eine Teilnahme der Kinder für eine Dauer von bis zu zwei Jahren bzw. bis zur Erreichung des 7. Lebensjahres ist möglich. Dies bietet den teilnehmenden Kindern einen vertrauten Rahmen, in dem sie sich entfalten und entwickeln können. MiniMIKADO ist als feste, geschlossene Gruppe konzipiert, in der prozesshaft gespielt wird. Die Kontinuität der Gruppe mit möglichst wenig Fluktuation ist ein wichtiges Element. Sollte ein Kind, beispielsweise durch einen Umzug, nicht mehr an der Gruppe teilnehmen können und somit ein Platz frei werden, wird ein neues Kind aufgenommen und integriert. Mit 7 Jahren ist ein Kind der MiniMIKADO-Gruppe entwachsen und kann in eine MIKADO-Gruppe wechseln.

Die enge Zusammenarbeit mit den Eltern ist ein weiterer Bestandteil von MiniMIKADO. Psychisch und suchtkranke Eltern sind durch die eigene Erkrankung hochbelastet, sie fühlen sich schnell überfordert. Betroffene Eltern benötigen beispielsweise besondere Unterstützung in der Reflektion ihres Erziehungsverhaltens oder der Orientierung im Hilfesystem. Parallel zu dem Gruppenangebot für die Kinder finden flankierende Gespräche mit den betroffenen Eltern statt, in denen die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt werden. Die Auswirkungen von Sucht und psychischer Erkrankung und die damit für die Kinder einhergehenden Belastungen werden thematisiert und gemeinsam reflektiert. Bei Bedarf erfolgt eine Aufklärung über die Erkrankung. Im Rahmen von Krisenintervention haben die Eltern die Möglichkeit, kurzfristige persönliche oder telefonische Termine mit den Gruppenleitenden zu vereinbaren. Eine Vermittlung in weiterführende Hilfen ist möglich und gegebenenfalls nötig.

Die Lebensphasen übergreifende Begleitung ermöglicht den Kindern nach Abschluss von MiniMIKADO den Übergang in die bereits bestehenden MIKADO-Gruppen und als Jugendliche in die StandUp-Gruppen. Auch die Eltern werden im Rahmen von MIKADO/StandUp weiterhin unterstützt.



SKM Köln – Sozialdienst
Katholischer Männer e. V.
www.skm-koeln.de

Kinder sucht- und psychisch kranker Eltern bilden eine Hoch-Risikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Sucht und/oder psychischen Erkrankung. Für Kinder suchtkranker Eltern ist das Risiko, selbst eine Abhängigkeit zu entwickeln oder Suchtstoffe zu missbrauchen, im Vergleich zu Kindern nicht suchtkranker Eltern um das bis zu sechsfache erhöht. Etwa 2/3 der Kinder aus psychisch- bzw. suchtblasteten Familien entwickeln im Verlauf ihres Lebens eine eigene Sucht oder psychische Erkrankung.

Frühzeitige Prävention ist deshalb erforderlich.

MiniMIKADO erreicht die betroffenen Kinder in der frühen Kindheit und ebnet ihnen und ihren Eltern frühzeitig den Weg ins Hilfesystem.

Das zielgruppenspezifische Gruppenangebot von MiniMIKADO für Kinder sucht- und/oder psychisch kranker Eltern stärkt die Ausbildung von individuellen Resilienzen und umgebungsbezogenen Schutzfaktoren.

In der Arbeit mit den Eltern werden regelmäßig die durch die elterliche Erkrankung bestehenden Belastungen und Risiken für die Kinder thematisiert. Bei Bedarf werden die Eltern in der Inanspruchnahme weiterer Hilfen unterstützt. Eine Kooperation mit zusätzlich involvierten Diensten und Einrichtungen zur Sicherung des Kindeswohls wird angestrebt.

THESIS A
FACHBEREICH
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE

Eidesstattliche Versicherung

Öztürk, Selin

Name, Vorname Matrikelnummer

Hiermit versichere ich an Eides Statt, dass ich die Bachelorarbeit/Masterarbeit (nicht Zutreffendes bitte streichen) mit dem Titel

Inwiefern kann die Soziale Arbeit positiven Einfluss auf die Entwicklung von Kindern, die in alkoholabhängigen Sorgeberechtigten aufwachsen, nehmen?

eigenständig und ohne unzulässige fremde Hilfe verfasst habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Inhalte als solche kenntlich gemacht. Für den Fall, dass die Arbeit zusätzlich auf einem Datenträger eingereicht wird, erkläre ich, dass die schriftliche und die elektronische Form vollständig übereinstimmen. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch in keinem Prüfungsverfahren vorgelegen. Sie wurde bisher auch nicht veröffentlicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Arbeit mit Hilfe computergestützter Methoden auf Plagiate hin überprüft wird.

Ort, Datum Unterschrift

Belehrung:

Die vorsätzlich oder auch nur fahrlässig falsche Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung ist strafbar:

§ 156 StGB - Falsche Versicherung an Eides Statt

Wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides Statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 161 StGB - Fahrlässiger Falscheid; fahrlässige falsche Versicherung an Eides Statt

(1) Wenn eine der in den §§ 154 bis 156 bezeichneten Handlungen aus Fahrlässigkeit begangen worden ist, so tritt Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe ein.

(2) Straflosigkeit tritt ein, wenn der Täter die falsche Angabe rechtzeitig berichtigt. Die Vorschriften des § 158 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

Die vorstehende Belehrung habe ich zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum Unterschrift