

Hilfen für Kinder drogenabhängiger Eltern - HiKiDra

I. Wissenschaftlich theoretischer Hintergrund

von Dr. Anke Bauer und Jan Rademann

1. Einleitung

Suchterkrankungen der Eltern üben auf vielschichtige Weise negative Einflüsse auf das Wohlergehen ihrer Kinder aus. Die Einflüsse sind physischer, psychischer und kognitiver Natur. Neben einem erhöhten Risiko für familiäre Konflikte, häusliche Gewalt oder Vernachlässigung, stehen die Kinder auch unter einem deutlich erhöhten Risiko selbst später eine psychische Erkrankung oder eine Suchterkrankung zu entwickeln (Klein 2007, Bröning et al. 2011, vgl. Tab. 1).

In Deutschland leben schätzungsweise 2,65 Mio. Kinder mit suchtkranken Eltern, d.h. das jedes fünfte Kind betroffen ist. Zusätzlich werden 2.200 Kinder mit fetalem Alkoholsyndrom geboren. Jedes dritte Kind aus einer suchtbelasteten Familie erlebt regelmäßig häusliche Gewalt (Klein et al. 2007). Studien zeigen, dass etwa 30 bis 40% der betroffenen Kinder später selbst suchtkrank werden (Bröning et al. 2011, Korczak et al. 2011). Viele entwickeln eine psychische Erkrankung, vor allem Depressionen und Angststörungen (Arenz-Greiving und Kober 2007, Klein et al. 2007, Korczak et al. 2011). Die Kinder zeigen überhäufig Auffälligkeiten im emotionalen Bereich. Sie sind häufiger verhaltensauffällig und haben häufiger soziale Probleme in der Schule oder im Kindergarten. Sie haben kognitive Defizite, die wiederum schlechte schulische Leistungen bedingen und einen erfolgreichen Ausbildungsweg und den Weg in erfolgreiche Arbeit behindern (Bröning et al. 2011).

Kumpfer et al. (2003) benennen diesen Teufelskreis als "Family-Disease of Lifestyle", bestehend aus genetischer Disposition, erlerntem Verhalten ("abends wird getrunken") und Konditionierung auf Stress-Situationen ("wenn es mir schlecht geht, nehme ich etwas ein").

Nach heutigem Kenntnisstand sind Kinder suchtkranker Eltern die größte bekannte Risikogruppe für spätere Suchtstörungen (Arenz-Greiving und Kober 2007). Kinder aus suchtbelasteten Familien sind im epidemiologischen Sinne daher sehr deutlich eine "population at risk" (d.h. eine Bevölkerungsgruppe, die unter besonderem Risiko steht, zu erkranken). Präventive Maßnahmen, die dazu führen, dass diese Kinder gesund bleiben sind daher sowohl im individuellen Sinne ("Teilhabe") als auch im gesellschaftlichen Sinne (Kosten für die Behandlung von Erkrankungen, Arbeitslosigkeit u.a.m.) lohnend.

Table 1: Zahlen, Daten Fakten zu gesundheitlichen und sozialen Risiken von Kindern aus suchtbelasteten Familien (Aus: Klein et al., 2007)

Risiko der Kinder für	% Prävalenz (mind. ein Elternteil suchtkrank)	Risiko der Kinder für	% Prävalenz (mind. ein Elternteil suchtkrank)
Krankenhausaufenthalte	24,3% über "normal"	Hyperaktivität	56,1%
Dauer der Krankenhausaufenthalte	61,7% über "normal"	geringe Geduld / Frustrationstoleranz	51,1%
Kosten der Krankenhausbehandlung	36,2% über "normal"	häufig Wutausbrüche	50,0%
Später selbst suchtkrank	30-40%	Impulsivität	48,8%
Angststörung	24,8%	Aggressives Verhalten gegen andere	48,7%
Panikattacken	4,3%	sehr ängstlich	41,1%
Generalisierte Angststörung	0,9%	Leistungsprobleme in der Schule	39,3%
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	1,3%	Erhalten Hilfe für diese Probleme	10%
Risiko der Kinder für	% Kinder (mind. ein Elternteil suchtkrank)	% Kinder / Kontrollgruppe (keine suchtkranken der Eltern)	
Fühlen sich oft krank	35,6%	15,9%	
Erfahren häusliche Gewalt (>5mal/Mon.)	32,5%	9,1%	
Erfahren psychologische Gewalt (>5mal/Mon.)	59,0%	21,7%	
Erfahren schwerwiegende häusliche Gewalt	24,3%	8,1%	
Haben ernsten Unfall als "Critical Life Event"	13,5%	0%	
Haben Parasuizidalität	24,0%	8,6%	
Risikorate (OR, Odds Ratio) für die Kinder (Bsp: OR=3 heißt, das das Risiko dreifach über normal (=1) ist)	Risiko für Kinder (beide Elternteile alkoholabhängig)	Risiko für Kinder (Vater alkoholabhängig)	Risiko für Kinder (Mutter alkoholabhängig)
Später selbst alkoholabhängig	18,8 (Jungen) 28,00 (Mädchen)	2,01 (Jungen) 8,69 (Mädchen)	3,29 (Jungen) 15,94 (Mädchen)
Später drogenabhängig	16,68	4,13	7,79
Spätere Angststörung	4,12	1,79	2,38
Spätere Panikattacken	4,48	2,37	3,98
Sp. Generalisierte Angststör.	6,58	3,13	4,56
Später Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	14,77	5,15	5,53
Später Essstörung	2,87	2,12	2,95

Auffallend ist dabei, dass das Risiko der Kinder für psychiatrische Folgeerkrankungen insbesondere dann ansteigt, wenn die Mutter suchtkrank ist. Mutmaßlich stabilisiert die nicht selbst abhängige Mutter die Funktion der Familie signifikant, wenn nur der Vater abhängig ist. Eine Funktion, die von den Vätern so nicht ausgefüllt wird, wobei berücksichtigt werden muss, dass abhängige Mütter oft alleinerziehend sind. Das Risiko für häusliche Gewalt und entsprechende Folgen steigt dagegen mit der Abhängigkeit des Vaters deutlich an (Klein 2007). Alle Risiken steigen überproportional an, wenn beide Elternteile abhängig sind.

Während aber die Behandlung der suchtkranken Eltern aufgrund einer psychiatrischen Diagnose eine Kassenleistung ist und an Fachkliniken, Beratungsstellen und Ambulanzen gut ausgebaut ihren Platz hat, findet eine Mitbehandlung der Kinder bisher kaum statt. Nur etwa 10% der Kinder suchtkranker Eltern erhalten irgendeine Hilfe für ihre Probleme (Klein et al. 2007).

Von den Projekten, die sich Hilfe für die Kinder zum Ziel gesetzt haben, sind die meisten -wie auch die HiKiDra- aus Spenden oder anderen Drittmitteln finanziert und in der Regel zeitlich befristet. Dies kann keine dauerhafte Lösung zur Unterstützung einer derart großen Risikopopulation sein.

Allerdings zeigen präventive Maßnahmen auch nicht immer den gewünschten Effekt. Im Folgenden soll daher anhand der aktuellen wissenschaftlichen Literatur dargestellt werden, ob und welche Ansätze bei den betroffenen Kindern erfolgreich sind und auf welche Effekte mit welchen Mitteln Einfluss genommen werden kann. Reviews und Meta-Analysen mehrerer Studien wurde dabei der Vorzug gegeben.

2. Medizinisch-wissenschaftlich basierte Evidenz für die Wirksamkeit von Maßnahmen zugunsten von Kindern aus suchtbelasteten Familien

Bröning et al (2011) fassen ihre Meta-Analyse von 13 Studien über die Wirksamkeit von Maßnahmen zugunsten von Kindern aus suchtbelasteten Familien wie folgt zusammen:

- Jedes zufällig ausgewählte Kind profitiert mit einer Wahrscheinlichkeit von 69% von den Maßnahmen.
- Insgesamt hatten längere Programme eine bessere Wirksamkeit als kurze Interventionen.
- Die familienbasierten Programme wiesen eine bessere Wirksamkeit auf als die schulbasierten Programme. Letztere hatten, wenn auch nur in einzelnen Aspekten, auch einige negative Ergebnisse aufzuweisen.

Table 2: Ziele von Interventionen für Kinder von suchtbelasteten Eltern, wirksame Maßnahmen, durchschnittliches Alter (d) der Kinder und die Evidenzklasse (von I bis V absteigende Evidenz, Oxford-Kriterien der Wirksamkeit, vgl. Tab. 3) (Aus: Bröning et al. 2011)

Ziel : Verbesserung von	Signifikant wirksame Maßnahme	Alter d	Evidenz- klasse
Wissen um Sucht	1) Schulbasiertes Programm: 4-6 Klasse (SMAAP) 6) Familienbasiertes Programm: Kinder jeden Alters von alkoholabhängigen Eltern (SFP)	10,1 10,6	Ia IIa*
sozialem Verhalten	1) Schulbasiertes Programm: 4-6 Klasse (SMAAP) 2) Schulbasiertes Programm: 3-4 Klasse (FiN) 4) Schulbasiertes Programm: 3-4 Klasse (CHOICES) 6) Familienbasiertes Programm: Kinder jeden Alters von alkoholabhängigen Eltern (SFP) 6) Familienbasiertes Programm: Kinder jeden Alters von alkoholabhängigen Eltern (SFP) ➤ zeigte hier keinen Effekt bei Jungs: 3) SBSG	10,1 8-9 8-9 11 10,6	Ia Ib Ib Ib IIa*
Coping	1) Schulbasiertes Programm: 4-6 Klasse (SMAAP) 3) Schulbasiertes Programm: 9-12 Klasse (SBSG)	10,1 -	Ia III
schulischen Leistungen	4) Schulbasiertes Programm: 3-4 Klasse (CHOICES)	8-9	Ib
Selbstbewusstsein	4) Schulbasiertes Programm: 3-4 Klasse (CHOICES)	8-9	Ib
Familien-Funktion	5) Familienbasiertes Programm: Kinder jeden Alters von Eltern in Methadonbehandlung (FOF) 6) *Familienbasiertes Programm: Kinder jeden Alters von alkoholabhängigen Eltern (SFP)	10.4 10,6	Ib IIa*
	6) **Familienbasiertes Programm: Kinder von 6-12 von alkoholabhängigen Eltern (SFP)	7,6	Ib**
Ziel: Verringerung von	Signifikant wirksame Maßnahme	Alter d	Evidenz- klasse
Suchterkrankungen der Kinder bzw. späterer Erstkonsum	5) Familienbasiertes Programm: Kinder jeden Alters von Eltern in Methadonbehandlung (FOF) ➤ zeigte hier keinen Effekt: 3) SBSG	10.4	Ib
Externalisierung von Problemen	6) **Familienbasiertes Programm: Kinder von 6-12 von alkoholabhängigen Eltern (SHP)	7,6	Ib**
Internalisierung von Problemen	6) **Familienbasiertes Programm: Kinder von 6-12 von alkoholabhängigen Eltern (SHP)	7,6	Ib**

Programm-Namen:

- 1) SMAAP: Stress management and alcohol awareness program (Schule)
- 2) FiN: Friends in need (Schule)
- 3) SBSG: School based support groups (Schule)
- 4) CHOICES: Children having opportunities in courage esteem and success
- 5) FOF: Focus on families (Kinder von Eltern in Methadon-Behandlung)
- 6) SFP: Strengthening families program (familienbasiert, Eltern alkoholabhängig) und *spanische Adaption des SFP (=FCP: Family Competence program) und ** Adaption des SFP für Afroamerikaner (**SHP: Safe haven program)

Familienbasierte Programm beziehen die Eltern in die Intervention ein und die Familienfunktion, erzieherische Fähigkeiten, Umgang mit Kindern, Umgang mit der Suchterkrankung, Rückfallvermeidung und Ähnliches sind ebenfalls Ziel der Maßnahmen. Allerdings sind nach Bröning et al. (2011) die suchtkranken Eltern häufig nur schwer zu bewegen, an derartigen Interventionen teilzunehmen, daher haben die schulbasierten Maßnahmen durchaus eine wichtige Rolle in der Prävention und der Stärkung der Kinder (Resilienz).

Das Angebot der HiKiDra ist familienbasiert und am ehesten mit den Studien-Interventionen SFP (Strengthening families program) und FOF (Focus on families) zu vergleichen. Die HiKiDra der Fachambulanz Kiel hat weiterhin gute Teilnahmequoten auch der Eltern an den Gruppenveranstaltungen. Dies ist der Niedrigschwelligkeit der Angebote zu verdanken:

- Der erste Zugang zu HiKiDra erfolgt häufig über das Angebot von Schwimmkursen, die in Kiel sonst nur schwer zu bewerkstelligen sind, da nur zwei Schwimmbäder in entfernten Vororten zur Verfügung stehen.
- Das Angebot der HiKiDra findet in benachbarten Räumlichkeiten zur Methadon-Vergabestelle statt. Viele der Angebote für Kinder ähneln Angeboten von Kindergärten.
- Die substituierten Eltern sind verpflichtet, an psychosozialen Beratungen an der FAK teilzunehmen, kennen daher Personal, Räumlichkeiten und die entsprechenden "Gesprächssituationen".
- **XXXXX**

Die größten, über alle Studien gemittelten, Effektstärken (ES) maßen Bröning et al. (2011) bezüglich der Parameter "Wissen um Sucht / Suchterkrankungen" (ES=0,55), Coping (ES=0,34), und Familien-Funktion (ES=0,27). Viele Studien zeigten eine Verbesserung des "Sozialen Verhaltens", allerdings war die gemittelte Effektstärke hier geringer (ES=0,17), da eine Verbesserung des sozialen Verhalten vor allem in Studien ermittelt wurde, die keine ES angaben.

Nur eine Studie zeigte einen positiven Effekt auf das Selbstbewusstsein der Kinder, Bröning et al. (2011) vermuten, dass "Selbstbewusstsein" als Charaktereigenschaft nur schwer zu beeinflussen ist. Ebenfalls nur eine der von Bröning et al. 2011 einbezogenen Studien stellte eine positive Wirkung auf das spätere Suchtverhalten der Kinder im Vergleich mit Kontrollgruppen fest. Allerdings waren die teilnehmenden Kinder der analysierten Programme in der Regel noch zu jung, als dass zu diesem Aspekt verlässliche Aussagen getroffen werden könnten. Hier wären Nachbeobachtungszeiten von mehreren Jahren erforderlich.

Studien mit älteren Kindern zu diesem Thema zeigen gleichfalls den Vorteil von familienbasierten Programmen: Auch nach Korzcak et al. 2011 und Arenz-Greiving und Kober (2007) sind vor allem familienbasierte Programme, wie das SFP sowie adaptierte Verfahren (s.o.) wirksam, auch bspw. in Hinblick auf eine Verringerung von jugendlichen Alkoholkonsum, Einstiegsalter und Trinkmenge.

Nach der Meta-Analyse von Arenz-Greiving und Kober (2007) haben sich für den fallbezogenen Erfolg mehrdimensionale Unterstützungsmaßnahmen sowie individuell zugeschnittene und interdisziplinär abgestimmte Beratungen als evident erwiesen (z.B. Einzelgespräche mit Kindern und Eltern/-teilen, Spielgruppen für Kinder, sozialpädagogische Gruppenarbeit, Ferienfreizeiten und Hausbesuche). Dieses ist auch der Ansatz der HiKiDra. Wir stellen im Folgenden die Anforderungen der Autoren zu diesen Punkten dem Angebot der HiKiDra gegenüber.

Arenz-Greiving und Kober (2007): Meta-Studie: Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern	HiKiDra
Familienorientierte Interventionen haben sich in der Tendenz als umso erfolgreicher erwiesen, je mehr Familienmitglieder daran partizipiert haben, da veränderte Rollen- und Selbstverständnisse der Kinder von den Eltern akzeptiert werden müssen.	Niedrigschwellige Angebote, Einbezug von Eltern und Kindern. Eltern kennen Fachambulanz Kiel (FAK) und Personal
Die Wahrscheinlichkeit, Belastungen für Kinder aus suchtblasteten Familien verringern zu können, wächst mit der Dauer der Intervention. Entsprechende Projekte sollten daher mit der Zielsetzung einer dauerhaften Implementierung langfristig ausgerichtet sein.	Angebot geht über xx Wochen, Folgeangebote xxx, Langfristigkeit gewährleistet durch xxxx
Eine positive Einflussnahme auf suchtmittelabhängige Familienmitglieder ist maßgeblich davon abhängig, ob diese bereit sind, sich in den Beratungsprozess einbinden zu lassen. Können sie nicht in die Hilfen eingebunden werden, gelingt es nur in Ausnahmefällen, eine Verhaltensänderung des süchtigen Elternteils herbeizuführen.	Niedrigschwellige Angebote, Einbezug von Eltern gelingt gut.
Abhängig von den familiären Voraussetzungen gestaltet sich die Notwendigkeit konkreter familienorientierter Hilfeangebote unterschiedlich. Liegen beispielsweise Mehrfachabhängigkeiten vor oder handelt es sich um Multiproblemfamilien - wie dies tendenziell eher bei drogenabhängigen Eltern/-teilen der Fall ist - rücken therapeutische und beraterische Maßnahmen zu Gunsten praktischer Lebens- und Familienhilfe in den Hintergrund.	Individuelles Zuschneiden der Angebote auf die Familien, Abhängiger Elternteil nimmt an Psychosozialer Beratung (PSB) der Fachambulanz Kiel teil
Obgleich die Integration aller Familienmitglieder in Problemlösungsprozesse zur Beeinflussung familiärer Suchtstrukturen, ebenso wie für die altersadäquate Entwicklung betroffener Kinder, überaus wichtig erscheint, kann der familienorientierte Ansatz bei der Überwindung der Suchtmittelabhängigkeit lediglich unterstützend wirken, eine individuelle Suchttherapie jedoch nicht ersetzen.	Therapie der Sucht findet bereits statt (an der FAK), dieses zeitlich vor dem Angebot der HiKiDra, PSB ist Pflicht für die abhängigen Eltern
Ein familienorientiertes Beratungsangebot sollte daher idealerweise ergänzend zu den Regelangeboten der Sucht-, Partnerschafts- sowie Jugend- und Drogenberatung im regionalen Hilfesystem verankert werden.	Die FAK und die HiKiDra sind auch niedrigschwellige Schnittstelle zwischen den Hilfesystemen und Trägern, helfen z.B. beim Anträge stellen, Ämterbesuchen etc.

Nach Reviews von Niccols et al. (2012) und Blunt (2009) verbessern integrierte Programme auch die Elternfunktion von substanzabhängigen Müttern mit Neugeborenen in Substitutionsprogrammen. Die Neugeborenen der Mütter in integrierten Programmen wiesen bessere Parameter hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes im Vergleich zu "nursubstituierten" Müttern auf. Die Mütter in integrierten Programmen hatten bessere Werte in Bezug auf die Erkennung von Bedürfnissen ihrer Kinder sowie in Bezug auf Reflexionsfähigkeit, Sensitivität und Pflege der Kinder. Die Effekte waren allerdings in Teilen nicht von Dauer.

Tabelle 3: Einordnung von therapeutischen Maßnahmen in der evidenzbasierten Medizin

"Evidenz"grad	Kriterien
Ia: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien
Ib: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie
Ila: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie, retrospektive Kohortenstudie
III: Wahrscheinlich wirksam	"Evidenz" aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller, deskriptiver Studien (z.B. Beobachtungsstudien (vorher-nachher), Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fall-Kontrollstudien)
IV: Möglicherweise wirksam	"Evidenz" aufgrund von Fall-Serien, Berichte von Expertengruppen, Konsensuskonferenzen
V: Möglicherweise wirksam	Expertenmeinungen und –aussagen bzw. klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Quelle: Leitlinien-Manual der AWMF und der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ), Kapitel 5, siehe auch <http://leitlinien.net/>

Referenzen:

- Blunt B (2009): Supporting mothers in recovery: parenting classes. Neonatal network 28(4):231-235.
- Bröning S, Kumpfer K, Kruse K, et al. (2012). Prevention programs for children from substance-affected families: a systematic review. Substance Abuse, Treatment, Policy and Prevention 7:23.
- Bröning, S., Wiedow, A., Wartberg, L., Ruths, S., Haevelmann, A., Kindermann, S., Moesgen, D., Schaunig-Busch, I., Klein, M. & Thomasius, R. (2012). Targeting children of substance-using parents with the community-based group intervention TRAMPOLINE: A randomised controlled trial – design, evaluation, recruitment issues. BMC Public Health, 12:223.
- Arenz-Greiving I, Kober M (2007). Metastudie: Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern. Auftraggeber: Bundesministerium für Gesundheit, Berlin. Münster, Mai 2007.
- Korczak D, Steinhäuser G, Dietl M (2011): Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. GMS Health Technology Assessment, Band 7 (2011)
- Klein M (2007): Alcohol and Violence in Families. What about the Children? 2nd International ENCORE Symposium, Bad Honnef, April 19th to 20th 2007.

Kumpfer K L, Alvarado R, Whiteside HO (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance use & misuse*, 38:1759-1787.

Niccols A, Milligan K, Smith A et al. (2012): Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child abuse & neglect*. 36: 308–322.

II. Evaluation der KisEl-Gruppen der HiKidra

(KisEl= Kinder suchtkranker Eltern)

Die Evaluation der KisEl-Gruppen der HiKidra besteht aus mehreren Stufen:

A. Selbstbewertung der Befindlichkeit der Kinder durch eine grafische Methode.

B. Befragung der Eltern anhand eines Fragebogens (Aspekte: Befindlichkeit und Verhalten der Kinder, Wünsche und Ziele der Eltern) (Auswertung folgt bis Jan. 2013).

C. Zusätzlich war geplant, eine externe Bewertung über die Kinder über die Klassenlehrer zu den Punkten "Sozialverhalten" und "schulische Leistungen" einzuholen. Das dafür nötige Einverständnis der Eltern, auf die Lehrer zuzugehen, konnte jedoch in so wenigen Fällen erhalten werden, dass diese Stufe nicht durchführbar war.

Stufe A.:

A.1. Methodik: Die Kinder aus zwei KisEl-Gruppen a 6 Kindern ordneten über 14 Gruppentermine vor und nach dem Termin jeweils ihre Befindlichkeit einem "Smiley" unter einer Auswahl von fünf verschiedenen Smileys zu. Die Smileys gab es auf einer Skala von 1 bis 5: 1= sehr glücklich, 2= glücklich, 3= mittelmäßig, 4= traurig, 5= wütend / böse.

Das Alter der n=12 Kinder lag zwischen 7 und 12 Jahren Das mittlere Alter betrug 9,8 Jahre.

Die 14 Gruppentermine wurden für die Auswertung zusammengefasst zu den Terminen 1-3, 4-6, 7-9, 10-12 und 13-14. Anschließend wurden aus den übertragenen Skalenwerten von 1 bis 5 Mittelwerte berechnet. Es wurden Differenzen "vor" und "nach" den Terminen bestimmt sowie Differenzen zwischen den ersten Terminen 1-3 und den letzten Terminen 13-14. Zusätzlich wurde der Anteil der Kinder bestimmt, die Werte von "4" oder "5" angaben ("traurig" oder "wütend/böse").

A.2. Ergebnisse

An den Gruppenterminen nahmen jeweils 9 bis 11 Kinder teil. Der Mittelwert (vor Termin) lag bei den ersten Treffen (1-3) bei 3,0 und sank im Verlauf auf 2,3 (Terminen 13-14) ab. Es wurde insgesamt eine Verbesserung der Mittelwerte um 22% verzeichnet (Abb. 1). In allen analysierten Parametern trat zunächst eine "Erhöhung" der Werte ein, wenn die Werte bei den Treffen 1-3 mit denen der Treffen 4-6 verglichen wurden. Erst danach kam es zu

deutlichen Verbesserung hinsichtlich der Befindlichkeit der Kinder in den Treffen 7-9 und 10-12. Zwischen den Werten der Termine 10-12 und 13-14 kam es zu keinen weiteren Veränderungen. Die Ergebnisse wurden jedoch stabilisiert. Insgesamt scheint der Umfang der Maßnahme gut gewählt.

Die Werte, die jeweils zu Beginn der Gruppentreffen ("vor") ermittelt wurden, waren zu allen Treffen höher als die Werte, die nach den Treffen ermittelt wurden ("nach"). Die Differenz der Werte "vor den Treffen" im Vergleich mit "nach den Treffen" war in den ersten Treffen 1-3 am höchsten und nahm dann sukzessive ab (Tab. 1).

Ausgeprägt war der Effekt der Maßnahme auf den Anteil der Kinder die Werte von 4-5 (traurig oder wütend/böse) angaben. Der Anteil nahm von 27,8% (Termine 1-3) und 33% (Termine 4-6) auf 4,6% sehr deutlich ab (Termine 13-14) (Abb.2). Der bedrückend hohe Anteil der Kinder, die zu Beginn der ersten KisEl-Treffen diese Smileys für ihr Befinden aussuchte von bis zu 42% (Treffen1, 4 und 5), sollte schon allein ein Grund sein, diese Kinder suchtkranker Eltern in einem besonderen Umfang zu fördern.

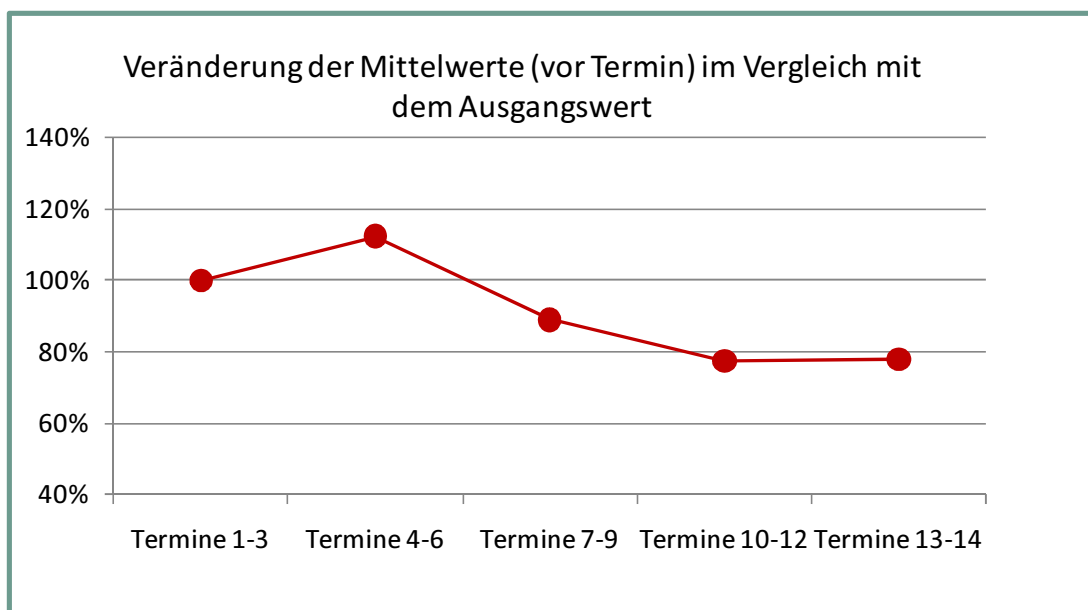


Abbildung 1: Veränderung der Mittelwerte im Verlauf der Maßnahme "KisEl" (14 Termine) im Vergleich zum Ausgangswert (Termine 1-3= 100%)

Tabelle 1: Veränderung der Mittelwerte der Befindlichkeit der Kinder auf einer Skala von 1 bis 5* im Verlauf der Maßnahme "KisEl" (14 Termine) im Vergleich zu den Ausgangswerten (Termine 1-3) und der Anteil der Kinder mit Werten von 4-5 (traurig oder wütend/böse) im Verlauf

Gruppentermine	Termine	Termine	Termine	Termine	Termine	Vergleich Beginn / Ende T1-3 vs. T13-14
	1-3	4-6	7-9	10-12	13-14	
Mittelwerte (vor Termin)	3,00	3,37	2,67	2,32	2,33	-22,1%
Mittelwerte (nach Termin)	2,50	3,10	2,34	2,22	2,22	-11,2%
Mittlere Differenz "vor" vs. "nach"	-0,49	-0,27	-0,32	-0,10	-0,11	-
Mittlere Differenz "vor" vs. "nach" (% vom Ausgangswert)	-16,5%	-7,9%	-12,2%	-4,4%	-4,8%	-
Veränderung der Mittelwerte (vor Termin) in Bezug auf den Ausgangswert (=100%)	100,0%	112,3%	89,0%	77,6%	77,9%	-22,1%
Veränderung der Mittelwerte (nach Termin) in Bezug auf den Ausgangswert (=100%)	100,0%	123,8%	93,6%	88,7%	88,8%	-11,2%
% Kinder mit Werten von 4-5 (traurig oder wütend/böse)	27,8%	33,3%	13,9%	5,6%	4,2%	-85,0%

*Skala : 1= sehr glücklich, 2= glücklich, 3= mittelmäßig, 4= traurig, 5= wütend / böse

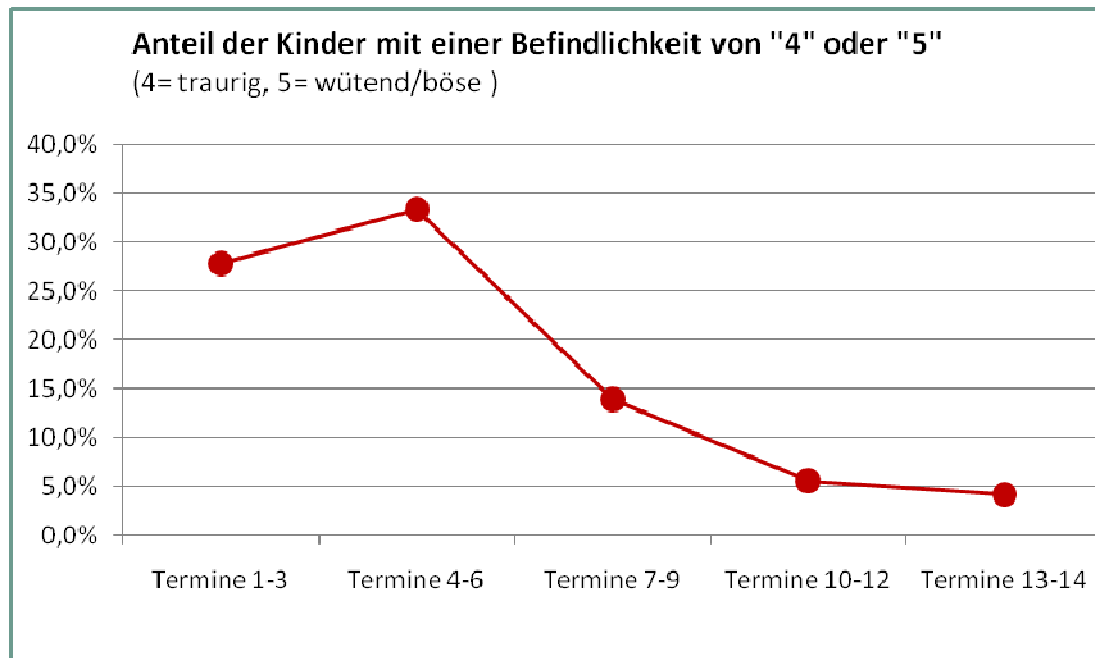


Abbildung 2: Veränderung des Anteils der Kinder mit Werten von 4-5 (traurig oder wütend/böse) im Verlauf der Maßnahme KisEl (Kinder suchtkranker Eltern, 14 Termine)