

**STAERKE- Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines suchtherapeutischen
Akutprogramms für suchtkranke Eltern**

S UCHT-
T HERAPEUTISCHES
A KUTPROGRAMM FÜR
E LTERN ZUR
R ESSOURCENORIENTIERTEN
K OMPETENZSTÄRKUNG IN DER
E RZIEHUNG

Abschlussbericht

an das Bundesministerium für Gesundheit

Über die Projektlaufzeit vom

01.01.2021 bis 31.12.2023

Vorgelegt von:

Prof. (apl.) Dr. med. Anne Koopmann

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Mannheim, den 18. Februar 2025

1 Titel und Verantwortliche

Projekttitlel	Suchttherapeutisches Akutprogramm für Eltern zur ressourcenorientierten Kompetenzstärkung in der Erziehung (STAERKE)
Förderkennzeichen	ZMI1-2520DSM214
Projektlaufzeit	01.01.2021-31.12.2023
Fördersumme	147.700€
Projektleitung	Prof. (apl.) Dr. med Anne Koopmann
Projektmitarbeitende	Yvonne Krisam (Assistenzärztin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim) Alisa Riegler (Psychologische Psychotherapeutin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim) Dr. med. Tobias Link (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden) Jean Keller (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden) Rebecca Kunkel (geprüfte wissenschaftliche Hilfskraft, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim)
Zuwendungsempfänger	Prof. (apl.) Dr. med. Anne Koopmann Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin Zentralinstitut für Seelische Gesundheit 68159 Mannheim Email: anne.koopmann@zi-mannheim.de Tel: 0621/17033551
Projektlaufzeit	01/01/2021-31/12/2023

Projekttitlel	Suchttherapeutisches Akutprogramm für Eltern zur ressourcenorientierten Kompetenzstärkung in der Erziehung (STAERKE)
Erstellungsdatum	18.02.2025

Inhaltsverzeichnis

1	TITEL UND VERANTWORTLICHE.....	2
2	VORBEMERKUNG	7
3	ZUSAMMENFASSUNG	8
4	EINLEITUNG.....	10
4.1	Hintergrund.....	10
4.2	Risiko- und Schutzfaktoren für Kinder aus suchtblasteten Familien	10
4.3	Etablierte Angebote für Familien im Suchthilfesystem.....	12
4.4	Projektziele und Projektstruktur	13
4.5	Therapeutische Bestandteile des Programms:	15
4.5.1	Phase 1: Diagnostische Elternsprechstunde	15
4.5.2	Phase 2: Therapeutische Phase.....	16
4.6	Gruppentherapie.....	16
4.6.1	Ablauf der einzelnen Sitzungen.....	16
4.7	Module der „Einsteiger“- Gruppe.....	17
4.7.1	Vorstellung der einzelnen thematischen Module.....	17
4.7.1.1	Achtsamkeit und Entspannung	17
4.7.1.2	Kindliche Grundbedürfnisse.....	18
4.7.1.3	Suchtdruck.....	18
4.7.1.4	Umgang mit Gefühlen und Suchtdruck.....	18
4.7.1.5	Skillsketten	18
4.7.1.6	Sicherheit im Rückfall.....	18
4.8	„Fortgeschrittenen“- Gruppe	19
4.8.1.1	Stress als Auslöser für Rückfälle.....	19
4.8.1.2	Meilensteine der kindlichen Entwicklung.....	19
4.8.1.3	Kommunikation (in der Familie).....	19
4.8.1.4	Konflikte (und Rückfall).....	20
4.8.1.5	Regeln in der Familie	20
4.8.1.6	Krisen.....	20
4.8.1.7	Soziale Netzwerke	20
4.8.1.8	Umgang mit zwischenmenschlichen Fertigkeiten (Skills).....	20
4.8.1.9	Ernährung.....	20
4.8.1.10	Selbstfürsorge	21
4.9	Einzelgespräche.....	21
4.9.1.1	Inhalte der Einzelgespräche	21
4.9.2	Struktur der Einzelgespräche	22

5	WISSENSCHAFTLICHE EVALUATION	23
5.1	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	23
5.2	Hypothesen der wissenschaftlichen Evaluation.....	24
5.3	Design der wissenschaftlichen Evaluation	25
5.4	Ablauf der wissenschaftlichen Evaluation	26
5.4.1	Durchführung nur bei Einschluss und Studienende	26
5.4.2	Durchführung zu allen Messzeitpunkten	26
5.4.3	Durchführung zum Katamnesezeitpunkt drei Monate nach Studienende.....	27
5.5	Patientenrekrutierung für die wissenschaftliche Evaluation	27
5.6	Beschreibung der verwendeten psychometrischen Skalen	28
5.6.1	Eltern-Belastungs- Inventar (EBI; Tröster, 2010).....	28
5.6.2	Brief Resilient Coping Scale (BRCS; Sinclair and Wallston, 2004).....	28
5.6.3	Beck-Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger et al., 2009)	28
5.6.4	State-Trait-Angstinventar (STAI; Laux et al., 1981)	29
5.6.5	Perceived-Stress-Scale (PSS; Schneider et al., 2020).....	29
5.6.6	Child-Behavior-Checklist (CBCL; Achenbach et al., 2000)	29
5.6.7	Mannheimer Craving Scale (MaCS; Nakovics et al., 2012)	29
5.6.8	Erfassung der Bedarfe und der Adhärenz der Patientinnen und Patienten.....	30
5.6.9	Erfassung der Schwierigkeiten bei der Implementierung.....	30
5.7	Forschungsdesign	30
5.8	Relevanz der Ziele für die Zielpopulation	34
5.8.1	Kooperationen.....	34
5.8.2	Genderaspekte	35
5.8.3	Vorbereitungen und Vorleistungen.....	36
5.9	Nutzen und Verwendung der Ergebnisse.....	37
6	DATENAUSWERTUNG	38
6.1	Durchführungs- Arbeits- und Zeitplan.....	38
6.2	Arbeits- und Zeitplan	38
6.3	Projektverlauf.....	39
6.3.1	Vorbereitungsphase (1.-6. Monat).....	39
6.3.2	Projektkonzeption	39
6.3.3	Ausarbeitung und Einreichung des Ethikantrags	40
6.3.4	Ausarbeitung der Gruppeninhalte	40
6.3.5	Organisatorische Vorbereitung der Abläufe vor Beginn der Gruppen- und Einzeltherapie	41
6.3.6	Rekrutierungsphase	41
6.4	Besondere Herausforderungen im Projektverlauf	44
6.5	Auswirkungen der Covid-19 Krise auf den Projektverlauf.....	44

7	ERGEBNISSE.....	45
7.1	Statistische Analysen.....	45
7.2	Stichprobe und Baseline.....	45
7.2.1	Soziodemografische Charakteristika der Patientinnen und Patienten	45
7.2.2	Suchttherapeutische Vorbehandlungen	48
7.3	Veränderungen der Symptombelastung während der Teilnahme am „STAERKE“-Therapieprogramm	50
7.3.1	Symptombelastung zu Studienbeginn.....	50
7.3.2	Veränderung der Depressivität	51
7.3.3	Veränderung der Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft.....	53
7.3.4	Veränderung des persönlichen Stresserlebens.....	54
7.3.5	Veränderung des Cravings	55
7.3.6	Drop-out Analysen	56
8	DISKUSSION	57
8.1	Ausblick auf zukünftige Projekte	60
9	GENDER-MAINSTREAM-ASPEKTE	60
10	VERBREITUNG UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	61
10.1	Vorträge und Publikationen.....	61
10.2	Verbreitung	62
11	LITERATUR.....	63
12	ANLAGEN	63
12.1	Abbildungsverzeichnis	63
12.2	Tabellenverzeichnis	64

2 Vorbemerkung

Wir bedanken uns herzlich bei allen Beteiligten, die zur erfolgreichen Umsetzung des Forschungs- und Versorgungsprojekts „STAERKE“ beigetragen haben.

Zunächst gilt unser Dank dem Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung des Projektes.

Weiterhin möchten wir uns bei den Mitarbeitenden der suchtmmedizinischen Ambulanzen des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit und des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden bedanken, die gemeinsam mit uns den Aufbau der „STAERKE“- Elternambulanzen in den beiden Kliniken ermöglicht haben. Das große Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die hohe Flexibilität insbesondere in den Jahren 2021 bis 2022 während der Covid-19 Pandemie haben maßgeblich zum Erfolg beigetragen.

Zuletzt sprechen wir selbstverständlich auch allen Müttern und Vätern, die in den suchtmmedizinischen Ambulanzen am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden am „STAERKE“-Therapieprogramm teilgenommen haben und an dem begleitenden Forschungsprojekt mitgewirkt haben, unseren Dank aus.

3 Zusammenfassung

Das Erreichen einer stabilen Abstinenz und das zufriedenstellende Ausüben der Elternrolle ist für viele suchterkrankte Eltern eine große Herausforderung. Bisher gab es spezifische, an Eltern gerichtete, suchtherapeutische Angebote in Deutschland nur im postakuten Rehabilitationsbereich. In der ambulanten suchtmmedizinischen Akutbehandlung fehlen entsprechende Therapieangebote gänzlich. Gruppentherapeutische Angebote für Eltern, wie sie von psychosozialen Beratungsstellen angeboten werden, zielen vorwiegend auf die Verbesserung der elterlichen Erziehungsfähigkeiten ab. Ein ambulantes Angebot, welches die Eltern sowohl beim Erreichen und Stabilisieren der Abstinenz, als auch in ihren Erziehungsfähigkeiten unterstützt, existierte bislang nicht.

Ziel des Projekts war die Entwicklung, Implementierung und wissenschaftliche Evaluation eines ambulanten Behandlungsangebots für suchterkrankte Eltern in den Suchtambulanzen des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim und des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden in Wiesloch. Es enthält sowohl Elemente der suchtmmedizinischen Behandlung zur Erreichung einer stabilen Abstinenz, als auch Elemente, welche die elterlichen Erziehungsfähigkeiten stärken. Die Behandlung der Eltern erfolgte hierbei durch ein kombiniertes Angebot aus wöchentlichen gruppen- und einzeltherapeutischen Sitzungen.

Nach Konzeption der Struktur und der Inhalte des Einzel- und Gruppentherapieprogramms STAERKE wurde ein Manual für das Therapieprogramm erstellt, welches zur flächendeckenden Implementierung des Programms in der ambulanten Krankenhausversorgung und im Übrigen ambulanten psychiatrisch- suchtmmedizinischen Versorgungssektor dienen soll. Das Manual „Suchtkranke Eltern“ ist im Oktober 2024 im Belz Verlag erschienen und kann nun von Behandelnden genutzt werden. In diesem Manual sind auch die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Pilotstudie zu Evaluation des Programms dargestellt.

Die Umsetzung des „STAERKE“-Therapieprogramms erfolgte in zwei Zentren: In der Suchtambulanz des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim und im Ambulanzzentrum des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden in Wiesloch. Die wissenschaftliche Evaluation der Wirksamkeit erfolgte online anhand von standardisierten Selbstbeurteilungsfragebögen zu sechs Messzeitpunkten (zu Studienbeginn, nach 3, 6, 9, 12, 24 Wochen) zur Erfassung der Symptombelastung der suchtkranken Eltern während der Teilnahme am „STAERKE“-Therapieprogramm.

Die Evaluation des „STAERKE“- Therapieprogramms für suchterkrankte Eltern ergab eine signifikante Reduktion der elterlichen Symptombelastung hinsichtlich der Depressivität (BDI), Angst als Persönlichkeitseigenschaft (STAI_T) und des subjektiven Stresserlebens (PSS). Darüber hinaus zeigte sich eine signifikante Reduktion des Cravings (MaCs) während des Beobachtungszeitraums. Die wissenschaftliche Evaluation wurde durch die im Rekrutierungszeitraum bestehenden Kontaktrestriktionen und Hygienevorschriften im Rahmen der COVID-19 Pandemie erschwert. Hierdurch konnte keine ausreichend große Kontrollgruppe rekrutiert werden, die eine statistische Auswertung möglich gemacht hätte. Durch die fehlende Kontrollgruppe kann keine eindeutige Zuordnung der gesehenen Effekte zu der Intervention (das „STAERKE“-Therapieprogramm) gemacht werden, daher sollte zur Überprüfung der Ergebnisse eine multizentrische randomisierte klinische Studie mit einem großen Studienkollektiv auf Grundlage des veröffentlichten Manuals "Suchtkrank Eltern" durchgeführt werden.

4 Einleitung

4.1 Hintergrund

Zwischen 1,5 und 2,75 Millionen Kinder wachsen in Deutschland bei mindestens einem suchterkrankten Elternteil auf (Kraus et al., 2021). Legt man die offiziellen Kriterien für einen schädlichen Gebrauch von Alkohol oder einer Alkoholabhängigkeit zu Grunde, wächst etwa jedes siebte Kind bei einem Elternteil mit einer alkoholbezogenen Störung auf. Zu der Häufigkeit von Kindern, welche bei Drogen konsumierenden Eltern aufwachsen, gibt es keine zuverlässigen Zahlen, da die Dunkelziffer sehr hoch eingeschätzt wird (Klein, 2017).

Bei Eltern mit Suchterkrankung liegen häufig kumulierte Risikofaktoren für Misshandlung und Vernachlässigung ihrer Kinder vor. Diese beeinflussen u.a. das Erziehungsverhalten, die Paarbeziehung, das familiäre Management von Krisensituationen, die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld und die Annahme von externen professionellen Hilfeangeboten. Misshandlung und Vernachlässigung sind bedeutsame Risikofaktoren für die Entstehung von kindlichen Entwicklungsverzögerungen. Die psychischen Folgen können sehr verschieden sein und oft keinem spezifischen Syndrom zugeordnet werden. Vielmehr sind sie meist unspezifisch, oft aber sehr weitreichend. Durch Misshandlung und Vernachlässigung können sich auch somatische Beschwerden herausbilden oder negativ beeinflusst werden. Die Auswirkungen sind hierbei umso schwerwiegender, je früher im Leben des Kindes und je häufiger Misshandlungen stattfinden.

4.2 Risiko- und Schutzfaktoren für Kinder aus suchtblasteten Familien

Nach Klein, Thomasius et al. (2017) werden suchtmittelspezifische und suchtmittelunspezifische Risiken unterschieden.

Zu den suchtmittelspezifischen Faktoren zählt z.B. instabiles Elternverhalten bedingt durch die Wirkung der konsumierten Substanz. Zudem erleben Kinder von drogenkonsumierenden Eltern typische Bedingungen der Drogensubkultur. Zur Drogensubkultur gehören u.a. Beschaffungskriminalität, Prostitution, Handel mit illegalen Substanzen, Strafverfolgung und Inhaftierung. Dies kann zu Beziehungsabbrüchen durch Inobhutnahme der Kinder bei Inhaftierung und längeren stationären Aufenthalten führen (Klein, 2017).

Die suchtmittelunspezifischen Faktoren zeigen sich unabhängig von der bestehenden Suchterkrankung der Eltern. Nachteilige soziodemographische Bedingungen, soziale Ausgrenzung, problematisches Elternverhalten und familiäre Konflikte sowie häusliche Gewalt

stellen hierbei die häufigsten Risikofaktoren dar. Ein niedriger oder fehlender Bildungsabschluss und das Leben in sozialen Brennpunkten sind häufig assoziiert. Daneben treten komorbid oft psychische Erkrankungen auf (Klein, 2017).

Misshandlung und Vernachlässigung stellen für Kinder einen bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung eigener substanzbezogener Störungen und anderer psychischer Erkrankungen dar. Darüber hinaus besteht ein erhöhtes Risiko einer pränatalen Schädigung bei Substanzkonsum während der Schwangerschaft sowie durch indirekte Exposition bei einem konsumierenden Elternteil (beispielsweise mit Tabakrauch, gerade auch da die Prävalenz einer Tabakabhängigkeit bei Patientinnen und Patienten mit einer substanzbezogenen Störung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant erhöht ist). Auch wurde in suchtblasteten Familien ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten (z. B. ungesunde Ernährung, unzureichende Bewegung, Nichtteilnahme an ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen) beobachtet (Klein, 2017).

In einem alternativen Modell unterscheidet Albert Lenz hingegen zum einen zwischen Risiko- und Schutzfaktoren, zum anderen zwischen Faktoren, die durch Merkmale der Eltern und des Kindes beeinflusst werden, sowie Faktoren des sozialen Umfelds, die die Erziehungsfähigkeiten beeinflussen (Lenz, 2019).

Merkmale der Eltern können Gewalterfahrungen in der eigenen Kindheit, erhöhte Stressempfindlichkeit, sowie das in der eigenen Kindheit verinnerlichte Modell des Elternverhaltens sein. Auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie z.B. eine verminderte Impulskontrolle können ein Risikofaktor für eine negative Beeinflussung des Elternverhaltens sein. Häufig werden auch Einschränkungen in der Eltern-Kind-Interaktion beobachtet. Als weitere Risikofaktoren nennt Lenz ein eingeschränktes Einfühlungsvermögen, geringe Kenntnisse der kindlichen Entwicklungsnormen und weniger ausgeprägte erzieherische Kontrollüberzeugungen (Lenz, 2019).

Schutzfaktoren auf Seiten der Eltern können positive und unterstützende Beziehungen und Rückmeldungen der Umgebung, sowie eine Flexibilität im Denken und Verhalten sein. Darüber hinaus scheinen sich Mechanismen zur Emotionsregulation, eine Sensibilisierung für kindliche Bedürfnisse und die Förderung der Perspektivübernahme positiv auf die Erziehungsfähigkeiten auszuwirken.

Risikofaktoren auf Seiten des Kindes können in Zusammenhang mit Alter und Geschlecht des Kindes stehen. Auch Behinderung, Unreife und Geburtskomplikationen stellen weitere kindliche Merkmale dar, welche zu einem vermehrt aggressiven Verhalten der Eltern gegenüber

den Kindern führen können. Auffällige kindliche Verhaltensweisen wie z.B. Unruhe, leichte Irritierbarkeit, negative Reaktionen auf neue Reize und sozialer Rückzug können von Eltern als belastend wahrgenommen werden.

Auf Seiten des Kindes bestehen wenige Schutzfaktoren und gelangen, wenn sie vorhanden sind, erst mit zunehmendem Alter in die Kontrolle des Kindes. Diese können eine hohe adaptive Flexibilität, eine starke Impulskontrolle und eine möglichst günstige Passung zum Elternverhalten sein. Darüber hinaus haben sich folgende Aspekte als mögliche Schutzfaktoren herausgestellt: Eine stabile emotionale Bindung zu einer Bezugsperson auch außerhalb der Familie, kognitive Kompetenzen wie z.B. eine gute praktische Kompetenz und Selbstwirksamkeitserfahrung (Lenz, 2019).

Als Risiken des sozialen und familiären Umfelds werden soziökonomische Belastungen, fehlende soziale Unterstützung und Risiken durch Beziehungsdynamiken in der Familie und Partnerschaft genannt (Lenz, 2019).

4.3 Etablierte Angebote für Familien im Suchthilfesystem

Für Kinder existieren in Deutschland und auch in der Region Rhein-Neckar schon einige wissenschaftlich fundierte Angebote wie z.B. das Trampolin-Projekt oder die Projekte der Caritas Mannheim – Kisiko und Jusiko. Diese evidenzbasierten Projekte wenden sich in erster Linie an die Kinder aus alkohol- und drogenbelasteten Familien. In den begleitenden Elternsitzungen werden die Eltern für kindliche Bedürfnisse sensibilisiert sowie die elterliche Erziehungskompetenz und das Selbstvertrauen in der Elternrolle gestärkt.

Daneben gibt es Angebote einzelner Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder suchterkrankter Menschen und in Einzelfällen auch spezielle Selbsthilfegruppen für suchterkrankte Eltern. Hingegen existieren in Deutschland nur wenige therapeutische Programme, welche sich speziell an suchterkrankte Eltern wenden. Hierzu zählen die Erziehungsprogramme MUT! (Mütter-Unterstützungs-Training) und SHIFT (Suchthilfe Familientraining). In beiden Programmen soll die elterliche Erziehungskompetenz gestärkt werden. Sie zielen jedoch nur auf Erziehungsproblematiken im Suchtkontext ab, ohne suchththerapeutische Elemente zu thematisieren, die auch Einfluss auf das elterliche Konsumverhalten nehmen, wie Umgang mit Suchtdruck oder das Erlernen alternativer Strategien bei Suchtdruck.

Darüber hinaus existieren zahlreiche Eltern-Programme, welche nicht spezifisch auf die Bedürfnisse suchterkrankter Eltern ausgerichtet sind. Hierzu zählen die Programme von Albert Lenz „Ressourcen psychisch kranker und suchtkrankter Eltern stärken“ und das Programm

„CHIMPS-NET - Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern“ an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Aber auch hier fehlen die spezifischen suchttherapeutischen Elemente.

Die Akutbehandlung der Eltern beschränkte sich in der Vergangenheit auf eine Entgiftungsbehandlung über wenige Tage bzw. eine qualifizierte Entzugsbehandlung, falls sich die Eltern auf eine bis zu dreiwöchige Behandlung ohne Kind einlassen konnten. Eine Aufnahme der Eltern gemeinsam mit dem Kind in der Entzugsklinik wurde und wird in aller Regel nicht angeboten.

Im Bereich der Postakutbehandlung gibt es in Baden-Württemberg einzelne Rehabilitationseinrichtungen wie die Rehabilitationsklinik Birkenbuck/Kandertal und die Rehabilitationsklinik Lindenhof, die suchterkrankte Menschen bzw. suchterkrankte Frauen mit ihren Kindern aufnehmen und eine familienorientierte Therapie anbieten. Spezifische Therapieangebote, die sich speziell an suchterkrankte Männer mit ihren Kindern richten, existieren im Postakutbereich nicht. Eine Aufnahme von Eltern mit einem schädlichen Substanzkonsum ohne die Diagnose einer Abhängigkeit kann hier nicht erfolgen. Auch ist die Akzeptanz einer rehabilitativen Einrichtung aufzusuchen, besonders bei einer beginnenden Abhängigkeitserkrankung, sehr gering. Somit kommen viele Eltern in einem frühen Stadium der Erkrankung nicht bei entsprechenden professionellen Hilfsangeboten an, weshalb solche im Bereich der Akutbehandlung entwickelt und etabliert werden sollten.

4.4 Projektziele und Projektstruktur

Das geplante ambulante psychotherapeutische Akuttherapieangebot für Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung setzt sich aus gruppen- und einzeltherapeutischen Bestandteilen zusammen. Beide Bestandteile sollen regelhaft als Vor-Ort-Termine in den Räumlichkeiten der Suchtambulanz des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit bzw. im Ambulanzzentrum des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden durchgeführt werden. Sollte aufgrund von neuerlichen allgemeinen Ausgangsbeschränkungen im Rahmen der zu Projektstart herrschenden COVID-19 Pandemie eine Durchführung als Vor-Ort-Konzept nicht möglich sein, kann das geplante Konzept ohne zeitlichen Verzug in ein Online-Konzept überführt werden. Hierzu existieren in der Suchtambulanz des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit und im Ambulanzzentrum des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden bereits die entsprechenden Soft- und Hardware-

Infrastrukturen, die für dieses Projekt genutzt werden können. Ebenso sind die beteiligten Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeiter in der Nutzung dieser Infrastruktur im klinischen Alltag vertraut. Mithilfe der zur Verfügung stehenden Infrastruktur kann sowohl das einzel-, als auch gruppentherapeutische Therapieangebot vollumfänglich in Form von Videotherapie durchgeführt werden. Um dieses Angebot nutzen zu können, ist von Patientenseite nur das Vorhandensein eines Smartphones notwendig. Sollte eine Patientin/ein Patient kein Smartphone zur Verfügung haben, kann der einzeltherapeutische Teil des Programms auch in Form einer Telefontherapie durchgeführt werden. Die vorhandene Hard- und Softwareinfrastruktur kann im individuellen Bedarfsfall, sollte eine Patientin/ein Patient aufgrund des Verdachts auf eine COVID-19 Infektion oder eine andere Erkrankung nicht zu den Vor-Ort-Terminen kommen können, jederzeit während der Teilnahme an dem Therapieprogramm für die Durchführung der Einzeltherapie als Video- oder Telefontherapie genutzt werden. Es ist somit sichergestellt, dass das geplante Projekt auch bei einer erneuten Zuspitzung der COVID-19 Pandemie vollumfänglich durchgeführt werden kann.

Die Zielgruppe für das geplante Angebot sind erwachsene Mütter und Väter (>18 Jahre), die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden (sowohl von legalen als auch illegalen Substanzen inklusive Alkohol sowie Patientinnen/Patienten mit Verhaltenssüchten) oder einen schädlichen Substanzgebrauch betreiben und minderjährige Kinder haben, zu denen im Alltag regelmäßiger Kontakt besteht. Die Schwerpunkte des Programms sollen auf einer Abstinenzsicherung in der Akutphase oder direkt nach einer erfolgten Entgiftung und einer Verbesserung der Erziehungskompetenzen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer liegen. Hierfür werden suchtmmedizinische Therapieelemente und therapeutische Elemente zur Verbesserung der Erziehungskompetenzen kombiniert.

Die Themen des suchtmmedizinischen Behandlungsteils fokussieren auf den Umgang mit Suchtverlangen und Rückfällen und die Alltagsbewältigung und sollen somit die Ressourcen zur Abstinenzsicherung und -aufrechterhaltung stärken. Darüber hinaus sollen die Patientinnen und Patienten im Umgang mit Rückfällen Ressourcen aufbauen, so dass sie im Falle eines Rückfalls nicht unvorbereitet vor der Problematik stehen und bereits vorbereitete Handlungsstrukturen zu einem schnelleren Reaktionsvermögen führen.

Durch psychoedukative Therapiebausteine werden die Patientinnen und Patienten über kindliche Bedürfnisse und altersgerechte Entwicklungsschritte informiert und auch die Förderung dieser kindlichen Bedürfnisse und Entwicklungsschritte innerhalb der Familie unterstützt. Auch das Einfühlungsvermögen in kindliche Bedürfnisse soll gestärkt werden. Dies trägt dazu bei,

dass die Eltern sich in ihrer Erziehung sicherer fühlen. Durch das erhöhte Selbstvertrauen in die eigenen Erziehungskompetenzen wird eine Stabilität im Erziehungsverhalten bewirkt.

4.5 Therapeutische Bestandteile des Programms:

4.5.1 Phase 1: Diagnostische Elternsprechstunde

Die erste diagnostische Phase besteht in der Regel aus drei 60-minütigen ärztlichen/psychotherapeutischen Gesprächen.

In diesen wird Eltern mit Substanzkonsum einerseits ein niedrigschwelliges Beratungsangebot, sowie ein erster Zugang zum ambulanten, klinischen Suchthilfesystem angeboten. Insbesondere schwangeren Frauen mit Substanzkonsum soll eine schnelle suchtmmedizinische, klinische Behandlung ermöglicht werden.

Im Einzelnen sollen in den drei Terminen folgende Inhalte bearbeitet werden:

Im ersten Termin erfolgt zunächst die diagnostische Klärung, ob ein Abhängigkeitssyndrom oder ein schädlicher Substanzgebrauch vorliegt und die Patientin/der Patient wird über die Diagnose und die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt. Ebenso erfolgt eine erste diagnostische Abklärung bezüglich komorbider psychischer Erkrankungen. Außerdem wird die psychiatrische, medizinische und die Familienanamnese erhoben. Auch sollen die im Haushalt lebenden Kinder mit Alter erfragt werden. Die bereits in der Familie bestehenden Hilfsangebote z.B. der frühen Hilfen oder durch das Jugendamt werden ebenfalls eruiert. Besonderes Augenmerk soll auf eine akute Gefährdungssituation von Eltern und/oder Kind gelegt werden und bei Bedarf ein schneller Zugang zu z.B. einer Entgiftungsbehandlung organisiert werden. Ein Fragebogen zu Problemen in der Familie wird ausgeteilt und der Patientin/dem Patienten erläutert. Der Fragebogen soll bis zum nächsten Termin vorbereitend ausgefüllt werden.

Im zweiten Termin werden anhand des ausgefüllten Fragebogens die spezifischen Probleme in der Familie besprochen und erste Möglichkeiten zur Entlastung der familiären Situation gesucht. Außerdem kann in diesem Termin, wenn notwendig, eine weitere diagnostische Abklärung hinsichtlich komorbider psychischer Erkrankungen eingeleitet und gegebenenfalls die anstehende medikamentöse, psycho- und soziotherapeutische Behandlung geplant werden.

Der dritte Termin soll in Begleitung der Kinder erfolgen. Hierbei wird zum einen der Status der Vorsorgeuntersuchungen und der Impfstatus des Kindes erhoben. Zum anderen wird die Interaktion des Elternteils mit den Kindern beobachtet und es werden erste Hypothesen über die

bereits bestehenden Ressourcen und mangelnden Kompetenzen des Elternteils in der Interaktion mit dem Kind gebildet.

Weitere Termine können bei Bedarf folgen, um die therapeutische Anbindung bis zum nächstmöglichen Einstiegstermin in das gruppen- und einzeltherapeutische Programm in Phase 2 zu gewährleisten. Hierbei kann auch die Diagnostik komorbider psychischer Erkrankungen mittels diagnostischer Interviews vertieft und in die individuelle Therapieplanung der Einzelsitzungen einbezogen werden.

Anschließend folgt die zweite, therapeutische Phase, die für eine Dauer von sechs Monaten geplant ist.

4.5.2 Phase 2: Therapeutische Phase

In der therapeutischen Phase erfolgen wöchentliche 45-minütige psychotherapeutische Gruppentherapiesitzungen und wöchentliche 60-minütige psychotherapeutische Einzelsitzungen (Details zum Ablauf und den Inhalten: siehe unten).

4.6 Gruppentherapie

Die Therapiegruppe soll modular aufgebaut werden, so dass ein Einstieg zeitnah nach Abschluss der diagnostischen Phase zu Beginn jedes Moduls möglich ist. Des Weiteren soll im Verlauf eine „Einsteiger“- und eine „Fortgeschrittenen“-Gruppe etabliert werden, so dass bei Quereinstieg in die Gruppe keine zu großen Unterschiede hinsichtlich der Vorerfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu den Inhalten bestehen. Die Gruppendauer beträgt pro Sitzung 45 Minuten. Es wird mit einer Gruppengröße von 6 -12 Patientinnen und Patienten geplant.

4.6.1 Ablauf der einzelnen Sitzungen

Der Ablauf der einzelnen Sitzung folgt einem festen und damit strukturierenden Schema. Diese Struktur ist in Abbildung 1 dargestellt.

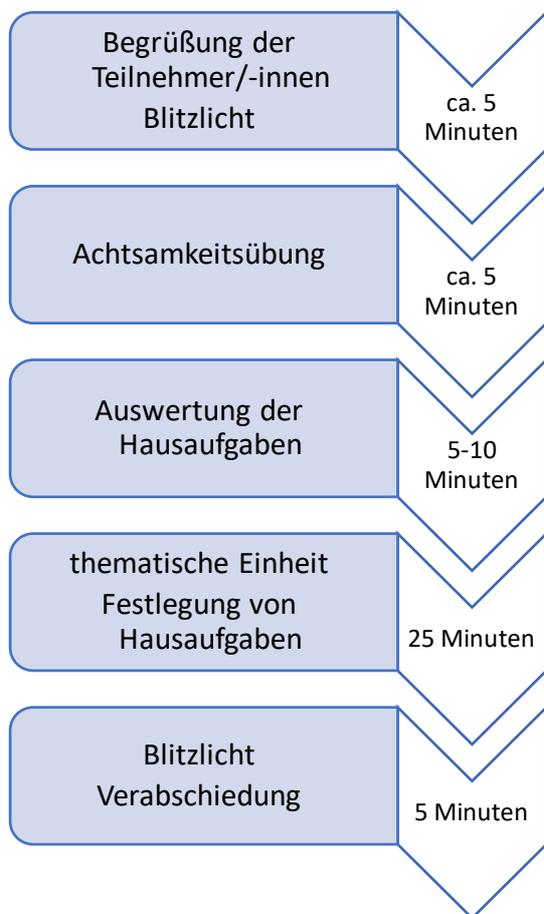


Abbildung 1: Ablauf der Gruppensitzungen

4.7 Module der „Einsteiger“- Gruppe

Die „Einsteiger“-Gruppe bietet über zwölf Wochen einen Einstieg in das Thema Abhängigkeits-erkrankungen und Erziehung (Ablauf der „Einsteiger“-Gruppe siehe Abb. 2). Hierin werden die Themen Achtsamkeit, kindliche Grundbedürfnisse, Suchtdruck, Gefühle, Umgang mit Suchtdruck und Gefühlen und die Erarbeitung von Sicherheiten im Falle eines Rückfalls bearbeitet.“.

4.7.1 Vorstellung der einzelnen thematischen Module

4.7.1.1 Achtsamkeit und Entspannung

Achtsamkeit ist ein in der Suchtmedizin etabliertes Element zum Umgang mit Suchtmittelverlangen. Ebenso ist Achtsamkeit ein geeignetes Element im Umgang mit Stress jeglicher Art.

Das Erlernen von Entspannungsverfahren ist ein zentrales Element zur Vermeidung von Rückfällen. Den Patientinnen und Patienten werden hierbei verschiedene Entspannungsverfahren vorgestellt und diese mit ihnen geübt.

4.7.1.2 Kindliche Grundbedürfnisse

Die Eltern werden hierbei über kindliche Grundbedürfnisse aufgeklärt und hierfür sensibilisiert. Dieses Modul soll auch dafür genutzt werden, dass die Patientinnen und Patienten über ihr eigenes Rollenverständnis zum Mutter- bzw. Vater-Sein reflektieren. Insbesondere soll eine Reflexion über die unterschiedliche Wahrnehmung von Erziehungs- und Fürsorgeaufgabe von Müttern und Vätern und die daraus möglicherweise resultierenden Probleme innerhalb der Familie erfolgen.

4.7.1.3 Suchtdruck

Suchtmittelverlangen kann in unterschiedlichen Formen und Intensitäten auftreten. Die Eltern sollen individuell herausfinden, woran sie dieses Verlangen bei sich erkennen können.

4.7.1.4 Umgang mit Gefühlen und Suchtdruck

Sowohl eigene, als auch kindliche Gefühle sind suchterkrankten Patientinnen und Patienten oft nicht leicht ersichtlich. Die Eltern sollen lernen unterschiedliche Gefühle bei sich zu erkennen und auch für die kindlichen Gefühle sensibilisiert werden.

Als „Skills“ bezeichnet man im suchtmmedizinischen Kontext Fertigkeiten im Umgang mit Suchtdruck oder sonstigen unangenehmen Gefühlen. Diese Fertigkeiten sind Verhaltensweisen, welche in einer schwierigen Situation kurzfristig wirksam und dabei langfristig nicht schädlich sind. Diese sollen die Patientinnen und Patienten in diesem Modul kennenlernen und ausprobieren.

4.7.1.5 Skillsketten

Skills haben die Eltern bereits im vorherigen Modul als hilfreiche Elemente kennengelernt, welche zur Regulation bei Suchtdruck und übermäßigen Gefühlen eingesetzt werden können. Nicht immer reicht die Durchführung eines Skills zur Erlangung eines ausreichenden Erfolgs. Daher soll in diesem Modul vermittelt werden, wie die Verkettung verschiedener Skills den Effekt verstärken kann und individuelle Skillsketten mit den Patientinnen und Patienten erarbeitet werden.

4.7.1.6 Sicherheit im Rückfall

Zum Schluss der „Einsteiger“- Gruppe wird eine Notfallkarte für einen kompetenten Umgang mit einem Rückfall erarbeitet. Diese soll die Patientinnen und Patienten befähigen, sich im Fall eines Rückfalls schnell Hilfen zu holen und den Rückfall möglichst rasch wieder zu beenden. Gleichzeitig wird hier auch ein konkreter Notfallplan zur Sicherstellung der Versorgung des Kindes aufgestellt. Wichtige Fragen hierin sind beispielsweise: „Wer betreut das Kind während

eines notwendigen Krankenhausaufenthalts zur Entgiftung?"; „Wie kann der regelmäßige Schul-/Kindergartenbesuch sichergestellt werden?"; „Wer sorgt dafür, dass die Tagesstruktur des Kindes aufrechterhalten werden kann und dass es regelmäßige Mahlzeiten erhält?".

4.8 „Fortgeschrittenen“- Gruppe

Die „Fortgeschrittenen“-Gruppe baut auf den Themen der „Einsteiger“- Gruppe auf. Es sind hierfür die Themen Stress als Auslöser für Rückfälle, Entspannung, Meilensteine der kindlichen Entwicklung, Kommunikation (in der Familie), Konflikte (und Rückfall), Regeln (in der Familie), Krisen, Skillsketten, Umgang mit zwischenmenschlichen Fertigkeiten, soziale Netzwerke, Ernährung und Selbstfürsorge vorgesehen. Diese Module werden innerhalb von zwölf Wochen bearbeitet (Ablauf der „Fortgeschrittenen“-Gruppe siehe Abb. 3). Für vertiefende Informationen zur den Inhalten der Gruppentherapiesitzungen sowohl der Anfänger- als auch der Fortgeschrittenengruppe verweisen wir auf das im Beltz Verlag erscheinende Therapiemanual zu diesem Programm „Suchtkranke Eltern“.

4.8.1 Vorstellung der einzelnen thematischen Module

4.8.1.1 Stress als Auslöser für Rückfälle

Anspannung und Stress sind wesentliche Faktoren, welche Rückfälle auslösen können. Es soll vermittelt werden, dass Belastungssituationen das Risiko einen Rückfall zu erleiden, erhöhen können. Die Patientinnen und Patienten werden befähigt, diese Belastungssituationen frühzeitig zu erkennen und nach Möglichkeit zu vermeiden.

4.8.1.2 Meilensteine der kindlichen Entwicklung

Das Wissen über die normale kindliche Entwicklung ermöglicht es den Eltern die Fertigkeiten und Fähigkeiten ihres Kindes besser einschätzen zu können. So können die Eltern die kindliche Entwicklung besser begleiten und ihrem Kind eine entsprechende Förderung zukommen lassen, ohne dieses dabei zu über- oder unterfordern.

4.8.1.3 Kommunikation (in der Familie)

Die Kommunikation in der Familie und mit dem sozialen Umfeld ist in suchtblasteten Familien häufig gestört. In diesem Modul wird eine positive Kommunikationsform vermittelt und geübt, sowie diese in den Alltag übertragen. Auch in diesem Modul soll das Rollenverständnis der Patientinnen und Patienten zum Mutter- bzw. Vater-Sein nochmals thematisiert werden und eine Auseinandersetzung damit gefördert werden, inwiefern dieses die Kommunikation innerhalb der Familie beeinflusst.

4.8.1.4 Konflikte (und Rückfall)

Suchtbelastete Familien erleben gehäuft Konflikte, sowohl innerhalb der Familie, als auch mit dem sozialen Umfeld. In diesem Modul wird die Feinfühligkeit gegenüber dem Kind, dem Partner/ der Partnerin und dem sozialen Umfeld gefördert und der Umgang mit Konfliktsituationen modifiziert.

4.8.1.5 Regeln in der Familie

Es werden in diesem Modul bereits erfolgreiche Abläufe und Regeln in der Familie herausgearbeitet, welche den Kindern Strukturen, Stabilität und Halt geben, und Inspiration für neue, strukturgebende Abläufe und Regeln geschaffen. Ebenso sollen in diesem Modul Regeln für den Umgang der Eltern untereinander in Bezug auf die Wahrnehmung von Fürsorge- und Erziehungsaufgaben erarbeitet werden, Hierdurch soll versucht werden möglicherweise bestehende Überforderungssituationen eines Elternteils durch die (fast) alleinige Übernahme aller Fürsorge- und Erziehungsaufgaben abzumildern. Insgesamt liegt der Fokus des Moduls darauf, sinnvolle Regeln einzuführen und willkürliche, sich rasch ändernde Regeln zu reduzieren.

4.8.1.6 Krisen

In jeder Familie treten im Laufe der Zeit Krisen auf. Sei es aufgrund von Partnerschaftskonflikten oder wegen unvorhersehbaren Ereignissen, welche die ganze Familie belasten. Den Patientinnen und Patienten soll vermittelt werden, dass feste Strukturen und feste Bindungen innerhalb der Familie helfen auch Krisen zu überstehen. Hierbei wird auch auf die Wichtigkeit des externen Hilfesystems in Krisen hingewiesen.

4.8.1.7 Soziale Netzwerke

Gute soziale Netzwerke tragen wesentlich zu psychischer Gesundheit bei und stabilisieren eine bestehende Abstinenz. Gerade Eltern brauchen ein stabiles soziales Netz, um die tägliche Versorgung der Kinder sicherstellen zu können. Daher sollen die Eltern ihr soziales Netzwerk herausarbeiten und zu einer Reaktivierung von Beziehungen ermuntert werden.

4.8.1.8 Umgang mit zwischenmenschlichen Fertigkeiten (Skills)

Interpersonelle Beziehungen zu knüpfen und aufrechtzuerhalten, erfordert bestimmte Fertigkeiten. Es sollen den Eltern daher in diesem Modul Fertigkeiten vermittelt werden, die helfen, eigene Wünsche und Ziele zu äußern und diese zu vertreten.

4.8.1.9 Ernährung

Das Wissen um eine ausgewogene Ernährung wird in diesem Modul mit den Eltern erarbeitet, da häufig in den suchtbelasteten Familien eine unausgewogene Ernährung vorherrscht, die sich auch nachteilig auf die Entwicklung der Kinder auswirken kann.

4.8.1.10 Selbstfürsorge

Im alltäglichen Leben sind die Eltern zumeist durch die Versorgung der Kinder, den Beruf und die Verrichtungen im Haushalt stark eingebunden. Dies verstärkt sich nochmals in gesellschaftlichen Krisensituationen wie der COVID-19 Pandemie. Selten bleibt dabei Zeit für eigene Bedürfnisse. Die Eltern sollen darin bestärkt werden, in der wenigen zur Verfügung stehenden Zeit auch auf die eigene Fürsorge zu achten.

4.9 Einzelgespräche

Begleitend zum Gruppentherapieprogramm erfolgen psychotherapeutische Einzelgespräche mit einer Dauer von jeweils 60 Minuten. Es sollen für jede Patientin bzw. jeden Patienten 24 Einzelsitzungen durchgeführt werden, welche wöchentlich parallel zum gruppentherapeutischen Programm erfolgen. Nach Abschluss des gruppentherapeutischen Programms gibt es darüber hinaus in der dritten Phase drei Einzeltherapiestunden zur Begleitung des Ablöseprozesses bzw. zum Übergang in die reguläre niederfrequenterere Nachsorgebehandlung in den suchtmedizinischen Ambulanzen.

4.9.1.1 Inhalte der Einzelgespräche

Zu Beginn der Behandlung werden mit den Patientinnen und Patienten die individuellen Behandlungsziele herausgearbeitet. Neben der grundsätzlichen Abwehr von akuten gesundheitlichen und sozialen Gefährdungen für Eltern und Kinder, steht besonders die Erlangung bzw. die Festigung der Abstinenz als übergeordnetes Ziel im Fokus. Auch weiteres Problemverhalten wird zunächst herausgearbeitet und es werden Ziele diesbezüglich erarbeitet. Vorrangig soll Problemverhalten, welches die Erziehung und die Abstinenz beeinflusst, bearbeitet werden. Mittels der Durchführung von Problem- und Lösungsanalysen wird die individuelle Ziel- und Motivationsarbeit gefördert. Durch Aktivierung individueller Ressourcen können z.B. Selbstwirksamkeit und Selbstwerterfahrung ermöglicht werden und somit ein positiveres individuelles Erziehungsbild gefördert werden. Es erfolgen je nach Bedarf auch psychoedukative Interventionen zum Abbau dysfunktionaler Grundannahmen. Auch auf die Veränderung übergeordneter Schemata wie z.B. den individuellen Vorstellungen zum eigenen Erziehungsstil soll hingewirkt werden. Abbildung 4 zeigt die Hierarchie der Behandlungsziele in der Einzeltherapie.

Die Gespräche greifen darüber hinaus die Themen, die in den Gruppensitzungen durchgenommen werden, nochmals mit Bezug zum individuellen Lebenskontext der Patientinnen und Patienten auf. Außerdem werden die Eltern individuell bei der Umsetzung der Hausaufgaben unterstützt.

4.9.2 Struktur der Einzelgespräche

Zu Beginn der Therapiestunde werden das Thema der vergangenen Gruppenstunde und die Hausaufgaben nochmals aufgenommen und es werden Unklarheiten seitens der Patientin bzw. des Patienten oder individuelle Schwierigkeiten in der Umsetzung erhoben und bearbeitet. Anschließend erfolgt eine Reflexion der vergangenen Woche anhand des, in der vorausgehenden Sitzung erarbeiteten, individuellen Plans. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei auf der Zielerreichung und den dabei aufgetretenen Problematiken. Das gezeigte Problemverhalten wird vorrangig bearbeitet. So können z.B. bei Auftreten eines Rückfalls eine individuelle Verhaltensanalyse zu diesem durchgeführt und Ziele daraus erarbeitet werden, welche den Grundstein für den Plan der folgenden Woche bilden können.

Abschließend erfolgt die Erstellung eines individuellen Wochenplans. Hierbei werden mit der Patientin bzw. dem Patienten realistische Ziele und erste Schritte für den Aufbau von Verhaltensänderungen in problematischen Alltagssituationen erarbeitet (Ablauf der Stunden in der Einzeltherapie siehe Abb. 2).

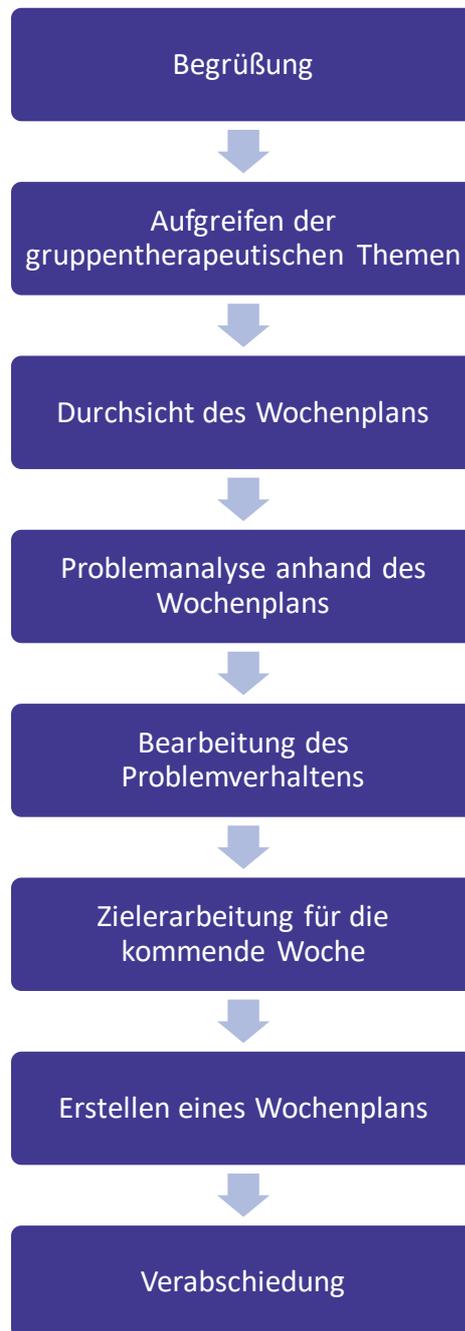


Abbildung 2: Ablauf der Stunden in der Einzeltherapie

5 Wissenschaftliche Evaluation

5.1 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Begleitend zur Etablierung und Implementierung des ambulanten Therapieprogramms erfolgte im Rahmen eines Versorgungsforschungsansatzes eine wissenschaftliche Begleitforschung

in Form einer Pilotstudie, welche zum einen die Effekte des Programms auf die Abstinenzhaltung und auf die Erziehungskompetenzen der Eltern erfassen sollte. Hierfür wurden mittels eines Eltern-Belastungs-Inventars die elterliche Belastung vor Beginn und nach Beendigung des sechsmonatigen Programms erfragt. Zudem erfolgte eine Katamneseerhebung drei Monate nach Beendigung der individuellen Programmteilnahme der Patientinnen bzw. Patienten. Es wurden durch die Erhebung somit auch die längerfristigen Effekte auf die Symptome der betroffenen Eltern, sowie deren Erziehungsverhalten erfasst. Zudem wurden mittels verschiedener Inventare das Vorhandensein und die Schwere von psychischen Begleiterkrankungen erhoben. Hierbei standen die häufigsten Komorbiditäten einer Suchterkrankung im Fokus: Depressive Störungen, Angsterkrankungen und ein allgemein erhöhtes Stresserleben. Hierfür wurden etablierte Inventare bzw. Fragebögen verwendet. Zur Erhebung einer depressiven Symptomatik wurde das Beck-Depressions-Inventar (BDI) verwendet. Angsterkrankungen wurden mittels des State-Trait-Anxiety-Inventar (STAI) beurteilt. Zur Beurteilung des subjektiven Stressempfindens setzten wir die Perceived-Stress-Scale (PSS) ein. Im Rahmen eines Fall-Kontroll-Ansatzes sollten die hier erfassten Daten mit Daten einer Kontrollgruppe (Eltern mit gleichaltrigen Kindern), die an der regulären Nachsorge in unserer Suchtambulanz mit 14-tägigen Kurzterminen teilnehmen, verglichen werden. In der Kontrollgruppe sollten hierfür die gleichen psychometrischen Skalen wie bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des ambulanten Therapieprogramms erhoben werden.

Zum anderen erfolgte eine Zielerreichungsskalierung, anhand von Fragebögen, die zu Beginn der Programmteilnahme die individuellen Bedarfe und Erwartungen der Patientinnen und Patienten an das Therapieprogramm, sowie am Ende der Programmteilnahme den Grad deren Erfüllung erfassten. Daneben wurden die Adhärenz der Patientinnen und Patienten bei der Programmteilnahme und Faktoren, die diese beeinflussen, erfasst bzw. erfragt.

Zusätzlich wurden durch Befragung der Behandlerinnen und Behandler Schwierigkeiten bei der Implementierung des neuartigen ambulanten Therapieangebots erhoben.

5.2 Hypothesen der wissenschaftlichen Evaluation

1. Die spezifische einzel- und gruppentherapeutische ambulante Behandlung suchterkrankter Elternteile führt zu einer schnelleren Erreichung der Abstinenz und einer länger andauernden Abstinenzzeit als die reguläre suchtmmedizinische Akutbehandlung.

2. Die spezifische einzel- und gruppentherapeutische ambulante Behandlung suchterkrankter Elternteile führt zu einer Reduktion der elterlichen Belastung und Verbesserung deren Erziehungskompetenzen.
3. Bei schnellerer Erreichung der Abstinenz (auch bei Rückfällen) und länger andauernder Abstinenz, sowie Nachweis einer Reduktion der elterlichen Belastung und einer Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenz sinkt die kindliche Belastung und ein positiver Effekt auf die Entwicklung des Kindes kann verzeichnet werden.

5.3 Design der wissenschaftlichen Evaluation

Das Projekt stellte gemäß der Planung eine Fall-Kontroll-Studie dar, wobei die Teilnehmenden der Kontrollgruppe anhand des Alters der Kinder gematcht werden sollten. Insgesamt sollten N=98 PatientInnen in die Studie eingeschlossen werden. Hiervon sollten

- 49 männliche und weibliche Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung (stoffgebundene Süchte und Verhaltenssüchte) bzw. einem schädlichen Substanzgebrauch mit Kindern im Alter von 0-12 Jahren in der Prüfgruppe
- 49 männliche und weibliche Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung (stoffgebundene Süchte und Verhaltenssüchte) bzw. einem schädlichen Substanzgebrauch mit Kindern im Alter von 0-12 Jahren in der Kontrollgruppe

eingeschlossen werden.

Die Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe sollten am spezifischen ambulanten Therapieprogramm mit einzel- und gruppentherapeutischen Sitzungen teilnehmen. Die Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe sollten an der regulären Behandlung in unserer Suchtambulanz teilnehmen.

Die Effekte der Intervention sollten zu sechs verschiedenen Zeitpunkten gemessen werden.

- 1. Messzeitpunkt: Im Rahmen des zweiten Termins in der diagnostischen Phase
- 2. Messzeitpunkt: Zu Beginn der „Einsteiger“-Gruppe
- 3. Messzeitpunkt: Sechs Wochen nach Beginn der „Einsteiger“-Gruppe
- 4. Messzeitpunkt: Nach Ende der „Einsteiger“-Gruppe und vor Beginn der „Fortgeschrittenen“-Gruppe
- 5. Messzeitpunkt: Sechs Wochen nach Beginn der „Fortgeschrittenen“-Gruppe
- 6. Messzeitpunkt: Nach Ende der „Fortgeschrittenen“-Gruppe

Drei Monate nach Beendigung der Programmteilnahme sollte zudem eine Katamneseerhebung erfolgen.

Das Studiendesign einer nicht-randomisierten Fall-Kontroll-Studie im quasi-experimentellen Design, in dem die Eltern frei wählen konnten, ob sie an der Intervention teilnehmen wollten oder nicht, wurde vor dem Hintergrund ethischer Überlegungen gewählt, da wir suchterkrankten Eltern die Therapieteilnahme zum frühestmöglichen Zeitpunkt nicht vorenthalten wollten, um so die Auswirkungen der elterlichen Suchterkrankung auf die Kinder möglichst gering zu halten.

5.4 Ablauf der wissenschaftlichen Evaluation

Die Studiendauer betrug für die einzelne Patientin bzw. den einzelnen Patienten 26 Wochen mit zusätzlicher Katamneseerhebung drei Monate nach Beendigung des Therapieprogramms bzw. nach Studienende in der Kontrollgruppe.

Bei allen Patienten und Patientinnen erfolgte zu jedem Behandlungs- und Untersuchungszeitpunkt eine Kontrolle des Atemalkohols. Zusätzlich wurde jede zweite Woche eine Urindiagnostik auf Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Kokain, Opiate und Cannabis bei jeder Patientin bzw. jedem Patienten zum Monitoring hinsichtlich eines möglichen Substanzkonsums durchgeführt. Weiterhin wurde die psychopathologische Belastung der Patientin bzw. des Patienten zum jeweiligen Messzeitpunkt mittels verschiedener psychometrischer Messinstrumente erfasst.

Dabei wurden folgende psychometrische Skalen verwendet:

5.4.1 Durchführung nur bei Einschluss und Studienende

- Beck-Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger et al., 2009)
- State-Trait-Angstinventar (STAI; Laux et al., 1981)
- Child-Behavior-Checklist (CBCL; Achenbach et al., 2000)

5.4.2 Durchführung zu allen Messzeitpunkten

- Eltern-Belastungs-Inventar (EBI; Tröster, 2010)
- Brief Resilient Coping Scale (BRCS; Sinclair and Wallston, 2004)
- Perceived Stress Scale (PSS; Schneider et al., 2020)
- Mannheimer Craving Scale (MaCS; Nakovics et al., 2012)

5.4.3 Durchführung zum Katamnesezeitpunkt drei Monate nach Studienende

- Beck-Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger et al., 2009)
- State-Trait-Angst Inventar (STAI; Laux et al., 1981)
- Child-Behavior-Checklist (CBCL; Achenbach et al., 2000)
- Eltern-Belastungs-Inventar (EBI; Tröster, 2010)
- Brief Resilient Coping Scale (BRCS; Sinclair and Wallston, 2004)
- Perceived Stress Scale (PSS; Schneider et al., 2020)
- Mannheimer Craving Scale (MaCS; Nakovics et al., 2012)

5.5 Patientenrekrutierung für die wissenschaftliche Evaluation

Insgesamt sollten N=98 PatientInnen in die Studie eingeschlossen werden (N= 49 Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe, N= 49 Patientinnen und Patienten in der Kontrollgruppe).

Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte in den suchtmmedizinischen Ambulanzen der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit und des Ambulanzentrums des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden.

Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie lauteten:

- Alter: 18 Jahre - 60 Jahre
- Elternschaft mit Kindern im Alter von 0-12 Jahren bzw. bestehende Schwangerschaft
- Kinder leben im eigenen Haushalt
- Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung oder eines schädlichen Substanzgebrauchs nach ICD 10
- Ausreichende Fähigkeit, sich mit dem jeweiligen Studienmitarbeiter zu verständigen, Fragen zu beantworten bzw. Fragebögen zu bearbeiten.
- Fähigkeit zur Zustimmung nach ausführlicher schriftlicher Aufklärung (Fully Informed Consent)
- Vorliegen einer gültigen schriftlichen Einwilligung zur Studienteilnahme

Die Ausschlusskriterien, die gegen eine Studienteilnahme sprachen, lauteten:

- Alter: <18 Jahre und >60 Jahre
- Nicht Erreichen einer Abstinenz im Rahmen eines qualifizierten Entzugs

- Florides psychotisches Syndrom
- Nicht bestehende Einwilligungsfähigkeit
- Nichtvorliegen einer gültigen schriftlichen Einwilligung zur Studienteilnahme
- Akute Suizidalität

5.6 Beschreibung der verwendeten psychometrischen Skalen

5.6.1 Eltern-Belastungs- Inventar (EBI; Tröster, 2010)

Das Eltern-Belastungs-Inventar (EBI) unterscheidet zwei Hauptquellen elterlicher Belastung. Es wird zwischen den Eigenschaften und Verhaltensweisen des Kindes und Einschränkungen der elterlichen Funktionen unterschieden. Aus den Eigenschaften des Kindes folgen spezifische Anforderungen an die Eltern, die zu elterlicher Belastung führen können. Einschränkung der elterlichen Funktionen beeinträchtigen die elterlichen Ressourcen, die den Eltern zur Bewältigung der Anforderungen in der Erziehung, Betreuung und Versorgung ihres Kindes zur Verfügung stehen.

Das Inventar enthält fünf Subskalen, welche vom Verhalten des Kindes ausgehen und sieben Subskalen, die elterliche Funktionsbereiche erfassen. Insgesamt erfasst das Inventar 48 Items.

5.6.2 Brief Resilient Coping Scale (BRCS; Sinclair and Wallston, 2004)

Es dient zur Evaluation der subjektiven Wahrnehmung von zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien. Dieses Testinventar erfasst vier Items zu Bewältigungsstrategien. Es dient somit der Orientierung, ob Bewältigungsstrategien im Verlauf aufgebaut werden können.

5.6.3 Beck-Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger et al., 2009)

Das Beck-Depressions-Inventar dient zur Beurteilung einer depressiven Symptomatik. Es werden hierbei 21 Items in einer Selbstbeurteilungsskala erhoben und dabei Bezug auf die Symptomatik der letzten beiden Wochen genommen. Die aktuelle Stimmung, Antrieb, Ängstlichkeit, Interessenverlust, Änderung der Schlafgewohnheiten und des Appetits werden erfasst. Aufgrund einer Skalierung der erhobenen Items kann hierbei gleichzeitig neben dem Vorhandensein der Symptomatik auch ihr Schweregrad erhoben werden und somit auch eine Aussage zum Schweregrad einer vorhandenen Depression gemacht werden.

5.6.4 State-Trait-Angstinventar (STAI; Laux et al., 1981)

Das State-Trait-Anxiety-Inventar erfasst zwei Komponenten, die „State-Anxiety“ und die „Trait-Anxiety“. Die „State-Anxiety“ ist dabei definiert als eine vorübergehende Ängstlichkeit, welche durch den aktuellen emotionalen Zustand beeinflusst wird. Diese Ängstlichkeit ist zeitlich und zur Situation related. Die „Trait-Anxiety“ definiert Angst als ein überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal. Es wird hierbei eine intraindividuelle Neigung zu Angstreaktionen erfasst. Das Testinventar erfasst insgesamt 40 Items in einer Selbstbeurteilungsskala.

5.6.5 Perceived-Stress-Scale (PSS; Schneider et al., 2020)

Die Perceived-Stress-Scale ist ein Selbstbeurteilungsinventar zur Erhebung des im letzten Monat wahrgenommenen Stress. Dieses Inventar unterteilt sich in zwei Beurteilungsskalen. Es werden mit insgesamt zehn Items die „wahrgenommene Hilflosigkeit“ und die „wahrgenommene Selbstwirksamkeit“ erhoben.

5.6.6 Child-Behavior-Checklist (CBCL; Achenbach et al., 2000)

Die Child-Behavior-Checklist ist ein Fremdbeurteilungsinventar. Hierbei werden in sieben Skalen emotionale Reaktivität, ängstliche bzw. depressive Symptomatik, körperliche Beschwerden, sozialer Rückzug, Schlafprobleme, Aufmerksamkeitsprobleme und aggressives Verhalten der Kinder durch die Eltern beurteilt. Zudem können durch drei übergeordnete Skalen externalisierende und internalisierende Auffälligkeiten sowie Gesamtauffälligkeiten abgebildet werden.

5.6.7 Mannheimer Craving Scale (MaCS; Nakovics et al., 2012)

Die Mannheimer Craving Scale dient der quantitativen Erfassung von Verlangen nach Suchtmitteln unterschiedlicher Art, auch bei multiplem Substanzgebrauch. Der Fragebogen besteht aus zwölf Items (und vier Zusatzitems), die sich vor allem auf die fortgesetzte gedankliche Beschäftigung mit Suchtmitteln beziehen, auf das Unvermögen, sich diesen Gedanken zu entziehen und den drohenden Verlust der Verhaltenskontrolle.

5.6.8 Erfassung der Bedarfe und der Adhärenz der Patientinnen und Patienten

Zusätzlich sollen mit einem selbstentwickelten Erfassungsbogen zu Beginn der Programmteilnahme die individuellen Bedarfe und Erwartungen der Patientinnen und Patienten an das „STAERKE“-Therapieprogramm, sowie am Ende der Programmteilnahme der Grad deren Erfüllung erfasst werden. Daneben werden in diesem Fragebogen die Adhärenz der Patientinnen und Patienten bei der Programmteilnahme und Faktoren, die diese beeinflussen, erfasst bzw. erfragt.

5.6.9 Erfassung der Schwierigkeiten bei der Implementierung

Mit einem selbstzusammengestellten Fragebogen sollen bei den Behandlerinnen und Behandlern Schwierigkeiten bei der Implementierung des neuartigen ambulanten Therapieangebots erfasst werden.

5.7 Forschungsdesign

Das übergeordnete Ziel des Projekts war die Konzeption, Manualisierung und eine erste Evaluation eines spezifischen Therapieangebots für suchterkrankte Eltern (stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen und Verhaltenssüchte) und Eltern mit einem schädlichen Substanzkonsum, das in gleichem Maße die Abstinenzerrreichung und -aufrechterhaltung sowie die Erziehungskompetenzen der Eltern in einem integrierten Programm beinhaltet. Hierdurch soll die psychiatrische Akutversorgung dieser Patientengruppe im Vergleich zur aktuellen Regelversorgung in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAen) und Hochschulambulanzen (HSAen) bundesweit signifikant verbessert werden. Durch die Manualisierung soll die bundesweite, flächendeckende Implementierung dieses neuartigen, integrierten Behandlungsangebots an Hochschulambulanzen und psychiatrischen Institutsambulanzen sowie im kassenärztlichen bzw. psychotherapeutischen ambulanten Versorgungsbereich unterstützt werden.

Das einzel- und gruppentherapeutische Angebot für suchterkrankte Eltern (stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen und Verhaltenssüchte) und Eltern mit einem schädlichen Substanzkonsum wurde im ersten Schritt in der Suchtambulanz des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim entwickelt, implementiert und wissenschaftlich im Rahmen einer ersten Pilotstudie evaluiert.

Im zweiten Schritt wurde das Therapieangebot in der suchtmmedizinischen Ambulanz des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden (PZN) in Wiesloch, einem psychiatrischen Versorgungskrankenhaus, implementiert und evaluiert. Durch diesen zweiten Implementierungs- und Evaluations-schritt wurde die Durchführbarkeit in einem außer-universitären Setting in einem großen psychiatrischen Versorgungskrankenhaus untersucht.

In der wissenschaftlichen Evaluation sollte das neuartige Therapieangebot hinsichtlich Akzeptanz, Adhärenz und Auswirkungen auf die psychopathologischen Symptome der Patientinnen und Patienten sowie ihr Erziehungsverhalten und der Auswirkungen auf die Kinder im Vergleich zu der bisher durchgeführten Standardbehandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen bzw. Hochschulambulanzen (Treatment as usual, TAU) evaluiert werden.

Begleitend zum Implementierungs- und Evaluationsprozess an den beiden beteiligten Kliniken wurde ein therapeutisches Manual erstellt, welches eine bundesweite Implementierung des Programms im deutschen Versorgungssystem ermöglicht („Suchtkranke Eltern“, Beltz Verlag Weinheim, 2024).

Übergeordnete(s) Ziel(e):	Wie wird die Zielerreichung gemessen? Bitte nennen Sie konkrete Planzahlen!
<p>1. Evaluierung und Manualisierung eines spezifischen Therapieangebots für suchterkrankte Eltern und Eltern mit einem schädlichen Substanzkonsum, welches eine flächendeckende, bundesweite Implementierung des Therapieprogramms in der psychiatrischen Akutversorgung ermöglicht.</p>	<p>Evaluierung: Fallkontrollstudie mit zwei Therapiearmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Rekrutierungszeitraum: 2 Jahre ⇒ Rekrutierungsorte: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim + Psychiatrisches Zentrum Nordbaden Wiesloch ⇒ Patienten/-innenzahl: 49 Patientinnen und Patienten mit Kindern im Alter von 0-12 Jahren in der Interventionsgruppe

Übergeordnete(s) Ziel(e):	Wie wird die Zielerreichung gemessen? Bitte nennen Sie konkrete Planzahlen!
	<p>⇒ Patienten/-innenzahl: 49 Patientinnen und Patienten mit Kindern im Alter von 0-12 Jahren in der Kontrollgruppe</p> <p>⇒ Auswertung: Vergleichende Auswertung der Therapieverläufe und -ergebnisse der beiden Patientengruppen</p>
2. Erstellung eines therapeutischen Manuals zur bundesweiten flächendeckenden Implementierung eines solchen Programms in dem deutschen Versorgungssystem	Fertigstellung des Manuals sechs Monate nach Abschluss der Projektrekrutierungsphase
Teilziele:	
a. Ausarbeitung der Projektskizze inklusive der organisatorischen und inhaltlichen Planung der einzel- und gruppentherapeutischen Inhalte des Programms sowie Konzeption der wissenschaftlichen Evaluation	Fertigstellung der Projektskizze sechs Monate nach Start des Gesamtprojekts
b. Aufbau der organisatorischen Strukturen an beiden Projektstandorten	Beginn der Patientenrekrutierung an beiden Standorten 6 Monate nach Beginn des Gesamtprojekts
c. Patientenrekrutierung	- Einschluss von 49 Müttern und Vätern mit Kindern im Alter von 0-12

Übergeordnete(s) Ziel(e):	Wie wird die Zielerreichung gemessen? Bitte nennen Sie konkrete Planzahlen!
	<p>Jahren in der Therapiegruppe an beiden Projektstandorten innerhalb von zwei Jahren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einschluss von 49 Müttern und Vätern mit Kindern im Alter von 0-12 Jahren in der Kontrollgruppe an beiden Projektstandorten innerhalb von zwei Jahren
d. Auswertung der wissenschaftlichen Evaluation und Erstellung eines veröffentlichungsfähigen Therapiemanuals	Fertigstellung des Manuals sechs Monate nach Abschluss der Projektrekrutierungsphase

Hinsichtlich der beiden übergeordneten Projektziele können diese als erreicht angesehen werden. Hinsichtlich des Teilziels c.) kann das Projektziel als bedingt erreicht angesehen werden, da die gewünschte Patientenzahl leider nicht vollständig erreicht werden konnte und insbesondere die Rekrutierung der Patienten für die Kontrollgruppe nicht in dem Ausmaß gelang wie geplant (siehe unten). Die Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Rekrutierung sind zu einem großen Teil auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen. Die spezifische Zielgruppe des „STAERKE“-Therapieprogramms war von der mangelnden bzw. diskontinuierlichen Kinderbetreuung maßgeblich betroffen und konnte deshalb teilweise auch nicht an den angebotenen Online-Terminen teilnehmen. Aufgrund des fehlenden sozialen Netzwerks der teilnehmenden Eltern und der strengen Hygienemaßnahmen aufgrund der COVID-19-Pandemie mussten die Eltern die Kinderbetreuung ungeplant oft persönlich übernehmen, was eine Teilnahme am Therapieprogramm erschwerte oder ausschloss. Das Erreichen der gewünschten Teilnehmendenzahl in der Kontrollgruppe wurde des Weiteren dadurch verkompliziert, dass die suchterkrankten Mütter und Väter, welche zu einer Studienteilnahme bereit waren, sich bei Studienteilnahme im Rahmen des quasi-experimentellen Studiendesigns fast ausschließlich auch für die Teilnahme an dem gruppen- und einzeltherapeutischen Therapieangebot interessierten. Eine alleinige Teilnahme an der Kontrollgruppe schien für die betroffenen

Mütter und Väter trotz des In-Aussicht Stellens eines Probandenentgelts nicht lukrativ. Zusammenfassend wurde die Rekrutierung durch verschiedene Faktoren, welche vor Projektbeginn nicht absehbar waren, verkompliziert. Hierdurch gelang es nicht, wie geplant, eine Kontrollgruppe mit Teilnahme am TAU der am Projekt beteiligten Kliniken, zu rekrutieren und deren Daten den Daten der Teilnehmenden aus der „STAERKE“- Interventionsgruppe gegenüberzustellen. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse der Evaluation sind entsprechend dieser Limitationen zu interpretieren. Das veröffentlichte Manual „Suchtkranke Eltern“ kann als wissenschaftlich fundierte Grundlage für eine weiterführende Evaluation im Rahmen einer multizentrischen kontrollierten klinischen Studie genutzt werden, um die Effekte des „STAERKE“ Therapieprogramms erneut zu überprüfen.

5.8 Relevanz der Ziele für die Zielpopulation

Durch die Manualisierung und Evaluation eines Therapieprogramms mit einem einzel- und gruppentherapeutischen Angebot für suchterkrankte Eltern (stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen und Verhaltensüchte) und Eltern mit einem schädlichen Substanzkonsum in den suchtmmedizinischen Ambulanzen am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden wurde erstmals ein Angebot entwickelt und evaluiert für die ambulante psychiatrische Akutversorgung, das sowohl die suchtmmedizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Bedarfe, als auch deren Unterstützungsbedarfe im Rahmen der Elternrolle in einem integrierten Angebot adressiert.

Durch die Erstellung und Veröffentlichung eines Therapiemanuals für das Behandlungsprogramm wird die flächendeckende bundesweite Implementierung eines solchen Angebots in psychiatrischen Institutsambulanzen und psychiatrischen Hochschulambulanzen oder auch in anderen ambulanten Versorgungskontexten deutschlandweit möglich gemacht, wodurch das verbesserte Versorgungsangebot einer größeren Anzahl an Betroffenen eröffnet wird und die Versorgungsqualität dieser, im Rahmen der aktuellen Regelversorgung bisher unterversorgten Patientengruppe optimiert wird.

5.8.1 Kooperationen

Das Projekt wurde in den suchtmmedizinischen Ambulanzen der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und im Ambulanzzentrum des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden durchgeführt. Hier erfolgten auch alle oben dargestellten Arbeitsschritte. Im Rahmen des Projekts konnten bereits bestehende interne und

externe Kooperationen mit anderen Institutionen des Hilfesystems genutzt werden. So bestand eine enge Zusammenarbeit mit der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Hier konnte bei Bedarf zeitnah eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung der Kinder der betreuten suchterkrankten Eltern aus beiden Suchtambulanzen erfolgen. Außerdem bestand eine Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen der Caritas, der Diakonie, des Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation (bwlv) in der Metropolregion Rhein-Neckar sowie des Drogenvereins Mannheim, wo eine suchtherapeutische Nachsorge nach Beendigung der Programmteilnahme erfolgen konnte. Des Weiteren haben wir enge Kontakte zu den regionalen suchtspezifischen Selbsthilfegruppen, wohin auch eine Weitervermittlung erfolgen konnte.

Darüber hinaus besteht eine Kooperation mit den Jugendämtern der Stadt Mannheim, sowie des Rhein-Neckar-Kreises und anderen Hilfeanbietern der Kinder- und Jugendhilfe, die bei Bedarf genutzt werden konnten.

5.8.2 Genderaspekte

Die Spezialambulanzen für suchterkrankte Eltern und Eltern mit einem schädlichen Substanzkonsum in der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und im Ambulanzzentrum am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden richten sich an Mütter und an Väter. Das „STAERKE“-Gruppentherapieangebot wurde in einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe (männlich/weiblich/divers) durchgeführt, nichts destotrotz gab es in der Gruppe Möglichkeiten auch Problemstellungen zu thematisieren, die sich aus der spezifischen Geschlechter- und Genderrolle der Patientinnen und Patienten und den damit in der Gesellschaft attribuierten Eigenschaften ergeben. Insbesondere wurde in verschiedenen Modulen darauf eingegangen, inwieweit das Rollenverständnis der Patientinnen und Patienten vom Mutter- bzw. Vater-Sein ihr Handeln im Alltag, vor allem bei der Wahrnehmung von Fürsorge- bzw. Erziehungsaufgaben beeinflusst. Diesbezüglich sehen wir die gemischt-geschlechtliche Gruppenzusammensetzung als Vorteil, weil so in der Diskussion und Bearbeitung eines Problems auch der Input der andersgeschlechtlichen Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer genutzt werden konnte. Hierdurch wurde unterstützt, dass sich die Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer gegenseitig kritisch hinterfragen konnten bezüglich möglicher genderspezifischer Verhaltensweisen innerhalb der Familie, gerade auch bei der

Wahrnehmung von Fürsorge- und Erziehungsaufgaben für die Kinder. Dies förderte das Herausbilden und Üben von Verhaltensänderungen der Gruppenteilnehmer/innen im Zusammenhang mit dysfunktionalen Verhaltensweisen.

Bei der Zusammensetzung der Projektgruppe bzw. der Behandlergruppe wurde darauf geachtet, dass sowohl männliche als auch weibliche Therapeuten und Projektmitarbeiter eingesetzt wurden, um den geschlechtsspezifischen Aspekten Rechnung tragen zu können.

5.8.3 Vorbereitungen und Vorleistungen

Die Projektleiterin ist seit 2018 als Co-Leiterin der klinikübergreifenden Initiative „Stark im Sturm – Hilfen für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern“ maßgeblich am Aufbau von Versorgungsstrukturen für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit beteiligt. Im Rahmen dieser Initiative konnte in den letzten Jahren in allen stationären und teilstationären Bereichen des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit und der Klinik für Suchttherapie und Entwöhnung am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden ein System von „Kinderbeauftragten“ aufgebaut werden. Die Kinderbeauftragten tragen während der Behandlung der erwachsenen Patientinnen und Patienten dafür Rechnung, dass alle Mütter und Väter eine spezifische Beratung zu Hilfeangeboten für diese Zielgruppe erhalten und organisieren einen ersten Beratungstermin bei zuständigen externen Hilfeanbietern bereits während der (teil-) stationären Behandlung der betroffenen Elternteile. Darüber hinaus informieren sie über altersentsprechendes Informationsmaterial zu der Erkrankung der Eltern für die Kinder. Dieses steht den Eltern neben anderen Informationsbroschüren auch zur Ansicht zur Verfügung. Außerdem organisiert die Initiative regelmäßige Informationsveranstaltungen zum Thema für alle klinisch-tätigen Mitarbeitenden, um so auf den Stellenwert dieses Themas aufmerksam zu machen. Nach Etablierung des Systems der Kinderbeauftragten im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit sind zeitlich gestaffelt zwei Förderanträge (Fördervolumen des ersten Antrags 2020: 280.000; Fördervolumen des zweiten Förderantrags 2024: 1,5 Millionen Euro) bei der Dietmar Hopp-Stiftung (DHS) bewilligt worden. In der ersten Förderperiode wurde das System der Kinderbeauftragten in den stationären Bereichen der Psychiatrischen Klinik der Universitätsklinik Heidelberg, sowie in der Klinik für Suchttherapie und Entwöhnung des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden in Wiesloch implementiert. In der zweiten Förderperiode erfolgt die Implementierung auch in den allgemeinspsychiatrischen Kliniken des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden und in den Zentren für Psychiatrie Weinsberg und Weisenau.

Die Antragstellerin hat darüber hinaus einschlägige Erfahrung in der Etablierung neuer Behandlungsstrukturen, sowohl im ambulanten, als auch im stationären Akutversorgungsbereich. So hat sie federführend 2015 ein stationäres Spezialangebot für Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Abhängigkeitserkrankung (Dialektisch Behaviorale Therapie Sucht; DBT-S) und 2019 eine daran angegliederte DBT-S Spezialambulanz an der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin aufgebaut.

Außerdem verfügt die Antragstellerin über eine langjährige Erfahrung in der Planung und Durchführung klinischer, wissenschaftlicher Studien. In diesem Zusammenhang hat sie folgende Drittmittel eingeworben:

- ⇒ Forschungsförderung der Oberberg-Stiftung für das Projekt „Der Effekt von „Trauma Informed Hatha Yoga“ auf die psychopathologische Symptombelastung und Lebensqualität bei Patienten/innen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ sowie einer komorbiden Suchterkrankung“ in Höhe von 22.648,68 Euro
- ⇒ Forschungsförderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für das Projekt „Der Effekt einer forcierten oralen Glucoseaufnahme auf das Alkoholcraving und die mesolimbische Reizreaktivität bei Alkoholabhängigkeit“ in Höhe von 322.000 Euro

5.9 Nutzen und Verwendung der Ergebnisse

Ziel des Projekts war einerseits die Etablierung und (Pilot-)Evaluation eines spezifischen kombinierten einzel- und gruppentherapeutischen Angebots für suchterkrankte Eltern in der ambulanten Akutversorgung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit und des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden. Andererseits wurde durch die Erstellung eines Behandlungsmanuals die flächendeckende Implementierung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung deutschlandweit gefördert und so die Versorgungsqualität für diese Patientengruppe verbessert. Daneben konnten wissenschaftliche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und die Vorstellung des Projekts und der Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation auf Fachtagungen und Kongressen zu einem erweiterten Zugang des Fachpublikums zu diesem spezifischen Themenkomplex beitragen. Dies soll die Etablierung des Behandlungsangebots in anderen Zentren und Standorten vorantreiben.

Vor Ort in Mannheim und Wiesloch wurden die im Rahmen des Projekts aufgebauten Organisationsstrukturen dazu genutzt, eine dauerhafte Fortführung bzw. den weiteren Ausbau ent-

sprechender Behandlungsangebote am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit und am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden zu ermöglichen. Darüber hinaus konnte das „STAERKE“-Therapieprogramm mit Unterstützung durch das Projektteam auch im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg etabliert und der Aufbau einer entsprechenden Ambulanz am Zentrum für Psychiatrie Weinsberg unterstützt werden.

Die Ergebnisse wurden wie folgt genutzt:

1. *Veröffentlichung:*

Die im Rahmen des Projekts erzielten Ergebnisse wurden in Form eines Manuals und wissenschaftlichen Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und durch Vorträge bei nationalen und internationalen Fachtagungen und Kongressen veröffentlicht bzw. entsprechende Beiträge befinden sich in Vorbereitung.

2. *Fortführung:*

Vor Ort in Mannheim und Wiesloch wurden die im Rahmen der Studie aufgebauten Organisationsstrukturen dazu genutzt, eine dauerhafte Fortführung bzw. den weiteren Ausbau entsprechender Behandlungsangebote am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit und am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden sicherzustellen. In beiden Ambulanz wird die „STAERKE“- Elternambulanz nun als Regelleistung in den PIAen angeboten.

3. *Breite Implementierung:*

Die Erstellung und Veröffentlichung des Behandlungsmanuals „Suchtkranke Eltern“ bei dem Beltz Verlag Weinheim ermöglicht die flächendeckende Implementierung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung deutschlandweit.

6 Datenauswertung

6.1 Durchführungs- Arbeits- und Zeitplan

6.2 Arbeits- und Zeitplan

Die Gesamtprojektdauer betrug 36 Monate und gliederte sich in die folgenden drei Projektphasen:

1. Vorbereitungsphase (Monat 1-6)
2. Rekrutierungsphase (Monat 7-30)
3. Auswertungsphase (Monat 31-36)

Für das Gesamtprojekt wurden die folgenden drei Meilensteine definiert:

M1: Abschluss der Vorbereitungsphase (Projektkonzeption, Erstellung und Einreichung des Ethikantrags, Ausarbeitung der Gruppeninhalte, organisatorischer Vorbereitung der Abläufe vor Beginn der Gruppen- und Einzeltherapie) und Beginn der Rekrutierungsphase in Monat 7

M2: Abschluss der Rekrutierungsphase in Monat 30

M3: Erstellung des Therapiemanuals und des Abschlussberichts der Studie in Monat 36

6.3 Projektverlauf

6.3.1 Vorbereitungsphase (1.-6. Monat)

Die Vorbereitungsphase konnte planungsgemäß nach 6 Monaten Projektlaufzeit abgeschlossen werden. Im Einzelnen wurden in diesem Zeitraum folgende Tätigkeiten durchgeführt:

6.3.2 Projektkonzeption

Die ersten drei Projektmonate wurden dazu genutzt, die einzelnen Projektarbeitsschritte genau zu definieren und die zeitliche Reihenfolge der Bearbeitung dieser zu planen. Die hier definierten Arbeitsschritte beinhalteten neben den Kernelementen des Forschungsvorhabens (inhaltliche Konzeption, Aufbau und Evaluation der Elternambulanz an den Projektstandorten) auch die Planung von Fortbildungsveranstaltungen in den beteiligten Kliniken sowie Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere die Planung und inhaltliche Vorbereitung von Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende der örtlichen Jugend- und Suchthilfeeinrichtungen. Besonders

hervorzuheben sind hier sechs Informationsveranstaltungen für die Mitarbeitenden der Jugendämter der Stadt Mannheim bzw. des Rhein-Neckar-Kreises (Durchführung in den Monaten März- Mai 2021) sowie die Planung und Durchführung eines Online- Fortbildungsnachmittags für niedergelassene Ärzt*innen aller Fachrichtungen und andere Gesundheitsberufe in der Rhein-Neckar-Region zum Themenkomplex Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern am 17.11.2021. Zu dieser Fortbildung wurden auch externe Referenten aus der Region eingeladen, die ihre Angebote vorstellen konnten. Die Veranstaltung wurde von der Landesärztekammer Baden-Württemberg nach Beantragung mit 5 Fortbildungspunkten zertifiziert und konnte am 17.11.2021 mit 60 Teilnehmenden erfolgreich durchgeführt werden. Eine anschließende Evaluation unter den Teilnehmenden erbrachte ein durchweg sehr positives Feedback.

Um nach Ablauf der Projektlaufzeit eine weitreichende Implementierung des Therapieprogramms „STAERKE“ in der ambulanten suchtmmedizinischen Akutversorgung in Deutschland zu ermöglichen, wurde ein Exposé zu dem geplanten Therapiemanual durch die ärztlichen und psychologischen Projektmitarbeitenden (unterstützt durch die wissenschaftliche Hilfskraft) erstellt und bei mehreren Fachbuchverlagen zur Begutachtung eingereicht. Eine Veröffentlichung des Manuals erfolgte im Beltz Verlag Weinheim, als Abgabetermin für das fertige Manuskript wurde der 31.12.2023 vereinbart. Dieser konnte im Projektverlauf eingehalten werden.

6.3.3 Ausarbeitung und Einreichung des Ethikantrags

Während der Vorbereitungsphase erfolgte durch die im Projekt beschäftigten ärztlichen und psychologischen Mitarbeitenden unterstützt durch die wissenschaftliche Hilfskraft die Ausarbeitung und Einreichung des Ethikantrags bei der Ethikkommission 2 der Medizinischen Fakultät Mannheim. Das positive Votum lag zum 04.06.2021 vor, so dass ein fristgerechter Beginn der Rekrutierung in der 2. Projektphase erfolgen konnte. Nach Erhalt des positiven Votums durch die Ethikkommission 2 der Medizinischen Fakultät Mannheim wurde das Vorhaben mit dem Ethikrat am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden abgestimmt, so dass ebenfalls am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden ein fristgerechter Beginn der Rekrutierung möglich war.

6.3.4 Ausarbeitung der Gruppeninhalte

Im Rahmen der Vorbereitungsphase erfolgte die detaillierte Ausarbeitung der Inhalte der Gruppentherapien für die Einsteiger- und Fortgeschrittenengruppe. Die Einsteigergruppe beinhaltet

die Themenkomplexe Achtsamkeit, kindliche Grundbedürfnisse, Suchtdruck, Gefühle, Umgang mit Suchtdruck und Gefühlen und die Erarbeitung von Sicherheiten im Falle eines Rückfalls. Die Fortgeschrittenengruppe befasst sich mit Stress als Auslöser für Rückfälle, Entspannungstechniken, Meilensteinen der kindlichen Entwicklung, Kommunikation (in der Familie), Konflikten (und Rückfall), Regeln (in der Familie), Krisen, Skillsketten, Umgang mit zwischenmenschlichen Fertigkeiten, sozialen Netzwerken, Ernährung und Selbstfürsorge. Die Ausarbeitung der Gruppeninhalte erfolgte durch die ärztlichen und psychologischen Mitarbeitenden des Projekts unterstützt durch die wissenschaftliche Hilfskraft. Hierbei wurden neben der Erstellung von Powerpoint-Präsentationen zu den einzelnen Gruppenterminen auch Arbeitsmaterialien für die Eltern konzipiert und designt. Sowohl die Powerpoint-Vorlagen als auch die Arbeitsmaterialien für die Eltern wurden in das Therapiemanual „Suchtkranke Eltern“ integriert.

6.3.5 Organisatorische Vorbereitung der Abläufe vor Beginn der Gruppen- und Einzeltherapie

Zum Abschluss Vorbereitungsphase wurden die Informationsmaterialien für die betroffenen Eltern konzipiert sowie die Distribution durch die ärztlichen und psychologischen Studienmitarbeitenden in Kooperation mit der Öffentlichkeitsarbeit des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit und des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden durchgeführt. Außerdem wurde der Internetauftritt des Projekts auf den Institutshomepages des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit und des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden ausgearbeitet. Hier finden sich spezifische Inhalte für betroffene Eltern und externe Behandlerinnen und Behandler, die auf der Suche nach einem Therapieangebot für ihre Patientinnen und Patienten sind. In allen Kliniken des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit und in der Klinik für Suchttherapie und Entwöhnung sowie dem Ambulanzzentrum des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden wurden vor dem Start der Patientenversorgung in den Elternambulanzen kurze Online- Informationsveranstaltungen für Ärzt*innen, Psycholog*innen und Pflegekräfte zu den Inhalten und den Zielgruppen des Angebots sowie zu den Anmeldemodalitäten durchgeführt.

6.3.6 Rekrutierungsphase

Die Rekrutierungsphase der suchterkrankten Eltern und Eltern mit einem schädlichen Substanzgebrauch für die „STAERKE“- Ambulanz konnte am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit fristgerecht am 01.07.2021 beginnen, somit konnte der erste Meilenstein des Projekts

erreicht werden. Mit Beginn der klinischen Arbeit der Elternambulanz wurde ein systematisches Screening-System nach Eltern mit minderjährigen Kindern im Patientenklientel der stationären und teilstationären Behandlungseinheiten der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin aufgebaut, hieran nahmen federführend die ärztlichen Mitarbeiter*innen der Klinik teil. Nach Etablierung des Screening-Systems wurde dieses im Regelbetrieb vorwiegend durch die wissenschaftliche Hilfskraft des Projekts betreut.

Parallel zum Start der Behandlungen in der Elternambulanz am Projektstandort am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim wurde mit den organisatorischen Vorbereitungen zum Aufbau der Elternambulanz am Projektstandort am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden begonnen.

Nachdem die Rekrutierungsphase der suchterkrankten Eltern und Eltern mit einem schädlichen Substanzgebrauch für die „STAERKE“- Ambulanz am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit fristgerecht am 01.07.2021 gestartet werden konnte, war die Durchführung der Gruppen- und Einzeltherapien durch die Kontaktrestriktionen im Rahmen der COVID-19 erschwert. Da es den, an dem Therapieangebot teilnehmenden Eltern teilweise aufgrund von fehlenden Kinderbetreuungsmöglichkeiten oder Quarantäneauflagen nur unregelmäßig möglich war, an den Gruppen- und Einzeltherapieterminen teilzunehmen, mussten individuelle Lösungen für jede Patientin/ jeden Patienten gefunden werden, die es ihr/ihm möglich machten, möglichst viele Therapiesitzungen im Präsenz- oder Videoformat wahrzunehmen. Dies erschwerte die Rekrutierung für die wissenschaftliche Erhebung enorm. Dennoch konnten im Verlauf des Jahres 2022 insgesamt 33 suchterkrankten Müttern und Vätern in die Erhebung eingeschlossen werden. Die Haltequote der Probandinnen und Probanden in der Studie konnte durch die nachträglich vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigte Probandenvergütung in der Interventionsgruppe deutlich verbessert werden. In der Kontrollgruppe konnte durch die Auszahlung einer Aufwandsentschädigung für die Studienteilnahme keine Verbesserung im Bereich der Einschlüsse und der Haltequote erreicht werden.

Aufgrund des gewählten quasi experimentellen Studiendesigns hatten die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer die freie Wahl, welche Therapieform sie wählen wollten, dies hatte aufgrund des großen Interesses der Patientinnen und Patienten an unserem „STAERKE“ Therapieprogramm im Jahr 2022 dazu geführt, dass nur fünf Elternteile sich für die Teilnahme am regulären Therapieangebot unserer Ambulanzen entschieden haben, also deutlich weniger als avisiert, alle übrigen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer konnten in den „STAERKE“ Therapiearm eingeschlossen werden. Dies war möglicherweise mitbedingt dadurch, dass Eltern,

welche am TAU der Kliniken teilnahmen, aufgrund der problematischen Kinderbetreuungssituation nicht bereit waren, Zeit für das Ausfüllen von Studienfragebögen zu investieren.

Parallel zu der Durchführung der Behandlungen in der Elternambulanz am Projektstandort am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim wurden die organisatorischen Vorbereitungen zum Aufbau der Elternambulanz am Projektstandort am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden fokussiert. Die geplante Implementierung der Elternambulanz an diesem Standort musste aufgrund der Elternzeit einer Mitarbeiterin aus dem Projektteam und der dortigen Personalknappheit auf das Jahr 2023 verschoben werden. Die durch die spätere Implementierung entstandenen Rekrutierungsrückstände in der wissenschaftlichen Begleitstudie insbesondere am Projektstandort Wiesloch wurden im Rahmen einer kostenneutralen Laufzeitverlängerung versucht zu kompensieren, was jedoch insbesondere in der Kontrollgruppe trotz Auszahlung der Aufwandsentschädigung leider nicht gelang (siehe unten). Viel mehr entschieden sich suchterkrankte Eltern, welche auch zu einer Studienteilnahme bereit waren, im Rahmen des quasi-experimentellen Designs weit überwiegend für die Teilnahme an der Interventionsgruppe mit Besuch der „STAERKE“-Therapiesitzungen.

Um die durch die COVID-19 Pandemie bedingten Rekrutierungsrückstände in der wissenschaftlichen Studie ausgleichen und die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten im Projektverlauf verlängern zu können, zogen wir im Jahr 2022 einige für den späteren Projektverlauf geplante Arbeitsschritte vor: Nachdem wir den Beltz Verlag Weinheim für die Veröffentlichung des Manuals zu unserem Therapieprogramm gewinnen konnten, konnten im Jahr 2022 parallel zur Rekrutierung der Studienteilnehmenden bereits sechs Kapitel des Therapiemanuals erstellt werden. Die Erstellung des Therapiemanuals wurde im Verlauf kontinuierlich während des gesamten Rekrutierungsprozesses fortgesetzt, um Zeit zu sparen für eine Verlängerung der Rekrutierung während der verbleibenden Projektlaufzeit. Hierdurch konnte das Manual fristgerecht zum 31.012.2023 bei dem Beltz Verlag Weinheim eingereicht werden und durchlief in der Folge erfolgreich das Lektorat. Eine Veröffentlichung ist am 09.10.2024 erfolgt.

Im Jahr 2023 konnte die „STAERKE“ Elternambulanz auch im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden in Wiesloch ihre Arbeit aufnehmen und auch die Rekrutierung von teilnehmenden Eltern für die wissenschaftliche Begleitstudie dort begonnen werden.

6.4 Besondere Herausforderungen im Projektverlauf

Wie oben berichtet, gestaltete sich die Rekrutierung der suchterkrankten Eltern für die wissenschaftliche Erhebung aufgrund der oben aufgeführten Gründe insgesamt schwierig, wodurch sich im Vergleich zum avisierten Zeitplan bei der Rekrutierung der Probandinnen und Probanden eine zeitliche Verzögerung ergeben hat und die geplante Anzahl an Studienteilnehmenden nicht voll erreicht werden konnte. Dies gilt insbesondere für die Rekrutierung der Kontrollgruppe. Um die Rekrutierungsrückstände bestmöglich auszugleichen, wurden einige geplante, patientenunabhängige Arbeiten aus der dritten Projektphase in den ursprünglich für die Rekrutierungsphase reservierten Zeitraum vorgezogen (Beginn der Ausarbeitung des Therapiemanuals), so wurde ein zeitlicher Puffer zur Verlängerung der Rekrutierung der Probandinnen und Probanden in der Projektlaufzeit geschaffen. Des Weiteren wurde im Verlauf eine kostenneutrale Laufzeitverlängerung des Projekts bis 30.06.2024 mit dem Bundesministerium für Gesundheit vereinbart. Trotz dieser Maßnahmen konnte die avisierte Zahl von Studienteilnehmenden nicht erreicht werden, was bei der Interpretation der Ergebnisse der Evaluation berücksichtigt werden muss. Diese sollten daher im Rahmen einer möglichst multizentrischen, randomisierten klinischen Studie verifiziert werden. Hierfür bildet das erstellte Therapiemanual „Suchtkranke Eltern“ eine gute Grundlage, da dadurch sichergestellt werden kann, dass an allen Studienzentren das Programm in gleicher Art und Weise durchgeführt werden kann.

6.5 Auswirkungen der Covid-19 Krise auf den Projektverlauf

Die COVID-19 Pandemie hatte einen erheblichen Einfluss auf den Projektverlauf. Die -pandemiebedingten Hygienemaßnahmen und wiederholte deutschlandweite Lockdowns erschwerten insbesondere die Probandenrekrutierung. Dies ist zum einen auf die Zielgruppe der „STAERKE“- Elternambulanz zurückzuführen: So hatten die suchterkrankten Eltern wiederholt Probleme die Kinderbetreuung während der Therapiezeit sicherzustellen, weil Kinderbetreuungseinrichtungen nur eingeschränkt oder gar nicht zur Verfügung standen aufgrund von vorübergehenden Schließungen oder eingeschränkten Öffnungszeiten. Die ungeklärte Kinderversorgung ermöglichte den Eltern teilweise auch keine Online-Teilnahme an den Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen. Zum anderen trugen die strenge Hygienemaßnahmen im Gruppentherapieumgebung und eine allgemeine Sorge vor Ansteckung dazu bei, dass insgesamt die Bereitschaft zu einer Teilnahme an dem Therapieprogramm gesunken ist. Dies führte dazu, dass die angestrebte Anzahl an Studienteilnehmenden leider nicht erreicht werden konnte und

insbesondere nur eine so kleine Kontrollgruppe rekrutiert werden konnte, dass eine statistische Auswertung deren Daten nicht sinnvoll war.

7 Ergebnisse

7.1 Statistische Analysen

Die statistischen Analysen wurden mithilfe der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics Advanced Statistics Version 29 für Windows von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Arbeitsgruppe Therapie und Versorgungsforschung bei Abhängigkeitserkrankungen an der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim durchgeführt. Deskriptive Daten werden als Mittelwerte mit Standardabweichung angegeben. Die teilnehmenden Patientinnen und Patienten befanden sich vor/zu Studienbeginn in einer suchtmmedizinischen Behandlung in einer der beiden Kliniken, in der sie auf das Gruppentherapieprogramm aufmerksam gemacht wurden. Die Mütter und Väter konnten sich dann frei entscheiden, ob sie am ambulanten „STAERKE“-Therapieprogramm teilnehmen wollten. Die Evaluation erfolgte unter Nutzung der Daten der teilnehmenden Mütter und Väter.

Die Effekte der Intervention wurden zu sechs verschiedenen Zeitpunkten gemessen: Der erste Messzeitpunkt war zu Studieneinschluss, darauf folgten weitere Messungen nach 3, 6, 12, 18, und 24 Wochen Therapieteilnahme. Darüber hinaus erfolgte drei Monate nach Beendigung der Programmteilnahme eine Katamneseerhebung.

7.2 Stichprobe und Baseline

7.2.1 Soziodemografische Charakteristika der Patientinnen und Patienten

In die Studie konnten 48 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Interventionsgruppe eingeschlossen werden, sowie N=10 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Kontrollgruppe. Von den initial 48 eingeschlossenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe gab es von N= 7 keinen Datenrücklauf, sodass diese als Drop-Outs gewertet werden. Darüber hinaus gab es auch bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bei N = 4 Dropouts bereits nach Studieneinschluss.

Alle teilnehmenden Eltern (N =41, 25 Frauen und 16 Männer, Durchschnittsalter $38,33 \pm 5,70$ Jahre) befanden sich zu Beginn der Studie in stationärer oder ambulanter Behandlung, weshalb zu diesem Zeitpunkt bereits erste Informationen über das „STAERKE“-Therapieangebot

gegeben werden konnten. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Charakteristika der Patientinnen und Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe wie Alter, Anzahl minderjähriger Kinder, konsumierte Hauptsubstanz und die aktuelle berufliche Situation. Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander außer bzgl. des Nikotin-/Tabakkonsums. Informationen zur beruflichen Situation zeigten (Tabelle 1), dass ein großer Teil der Stichprobe – sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe – angab, derzeit berufstätig zu sein.

Tabelle 1: soziodemographische Patientencharakteristika

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		p
	N	% / M(SD)	N	% / M(SD)	
Geschlecht (%weiblich)	35	63%	6	50%	.562
Alter (SD)	35	38.8 (5.70)	6	40.2 (7.98)	.612
Anzahl Kinder (unter 18 Jahren)	35	1.94 (0.97)	6	1.50 (0.55)	.285
Alkohol (%)	37	60%	5	100%	.057
Nikotin/Tabak (%)	37	45.7%	6	0%	.001*
Marihuana/Cannabis (%)	37	22.9%	5	83.3 %	.967
Amphetamin (%)	37	8.6%	4	66.7%	.027
Kokain (%)	37	11.4%	5	0%	.481
Berufliche Situation					
	N	%	N	%	
Arbeitssuchend	3	4,3%		0%	
im ALG 1 Bezug	3	4,3%	6	16.7%	
im ALG 2 Bezug	8	11,4%	6	0%	

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		p
Berufstätigkeit	15	21,4%	6	66.7%	
Erwerbsunfähigkeits- rente	1	1,4%	6	0%	
Arbeitsunfähigkeit	8	11,4%	6	16.7%	
Sonstiges	3	4,3%	6	0%	

Aufgrund der Unvollständigkeit der Daten der Kontrollgruppe vor allem in Bezug auf die Daten der Folgerhebungen im Verlauf werden im Folgenden ausschließlich die Ergebnisse der Analysen aus der Interventionsgruppe dargestellt. Die Interpretation der Ergebnisse wird unter Berücksichtigung der entsprechenden Limitationen gewichtet. Aus Abbildung 3 geht hervor, dass 41.46 % (SD=.927) der teilnehmenden Eltern der Interventionsgruppe ein minderjähriges Kind und 35.59 % (SD=.927) zwei Kinder haben.

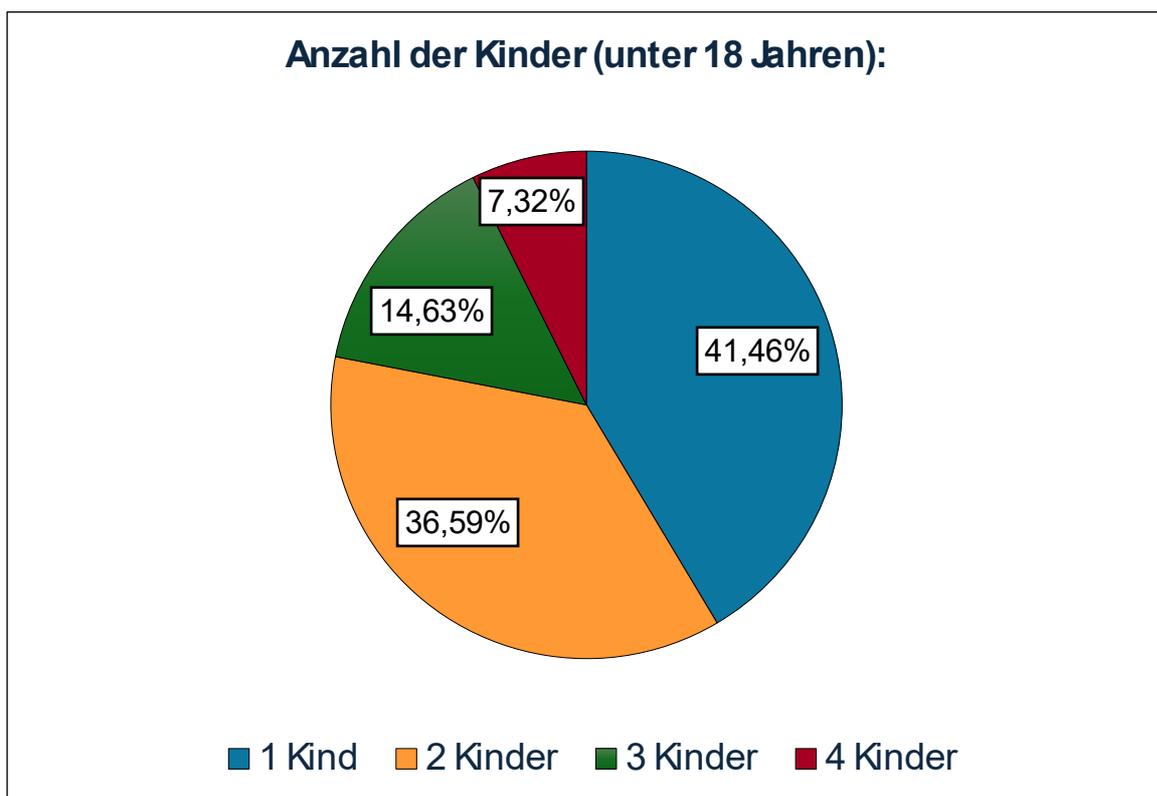


Abbildung 3: Anzahl der minderjährigen Kinder der teilnehmenden Eltern

Darüber hinaus gaben 82,93 % der teilnehmenden Eltern der Interventionsgruppe an, dass sie gemeinsam mit ihren Kindern in einem Haushalt leben. Wohingegen 17,07 % der Kinder nicht bei den Eltern lebten. Diese lebten entweder bei dem anderen sorgeberechtigten Elternteil, bei anderen Verwandten, in Jugendhilfeeinrichtungen oder Pflegefamilien (Abb. 5).

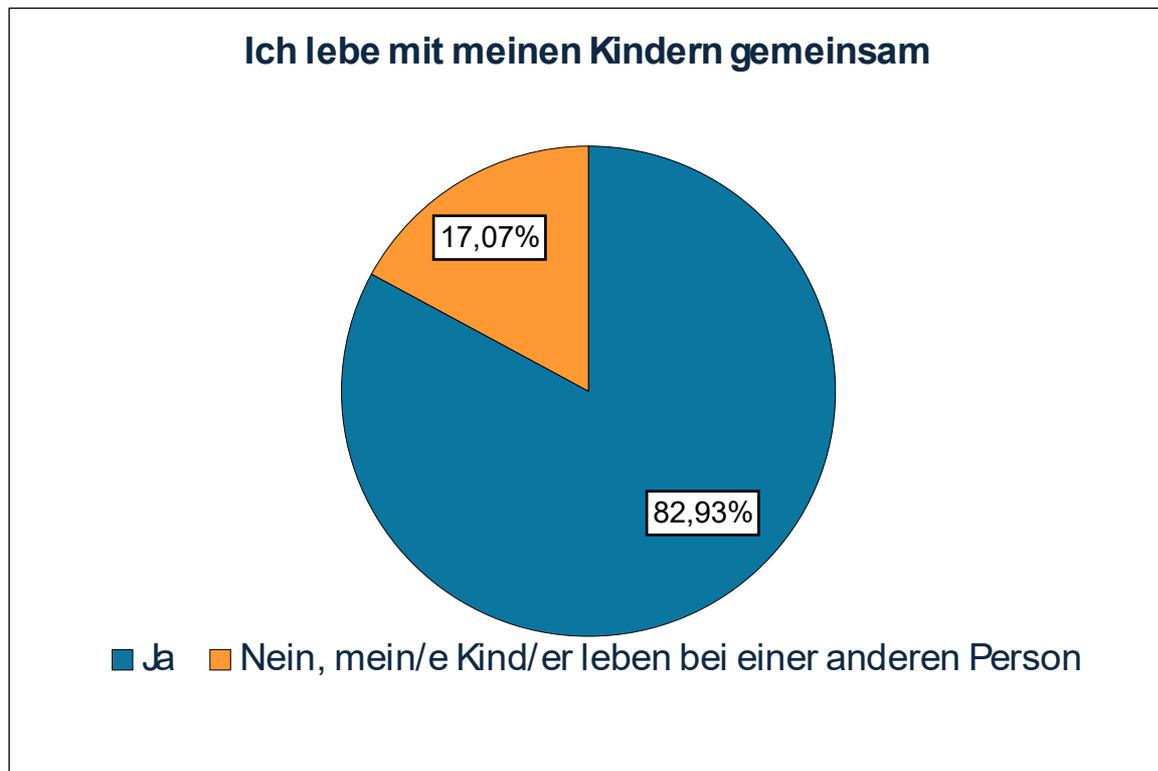


Abbildung 4: Wohnsituation der Kinder

7.2.2 Suchttherapeutische Vorbehandlungen

Bezüglich der suchttherapeutischen Vorbehandlungen zeigt die Abbildung 5, dass alle teilnehmenden Eltern bereits suchttherapeutische Vorerfahrungen haben. Hiervon gaben 29,41 % der teilnehmenden Eltern an, bereits zweimal in einer Entgiftung bzw. qualifizierten Entzugsbehandlung gewesen zu sein. 23,53 % gaben an bereits mehr als 10 Entgiftungen oder qualifizierte Entzugsbehandlungen in Anspruch genommen zu haben.

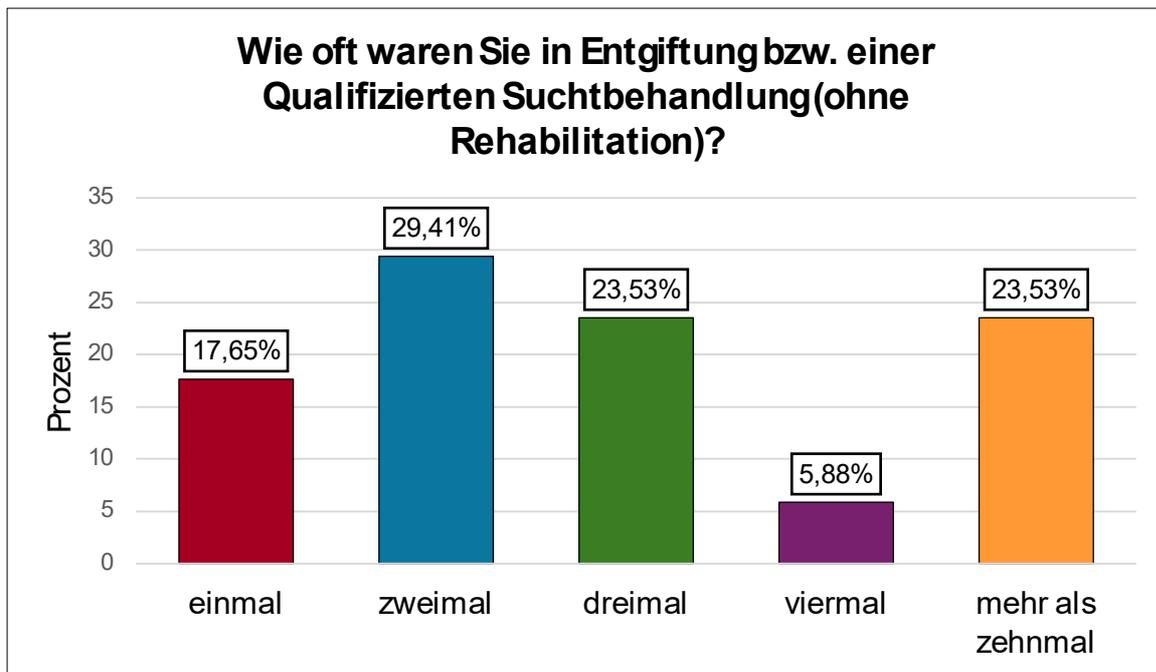


Abbildung 5: Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen/qualifizierter Entzüge

Im Bereich der medizinischen Rehabilitationsbehandlungen gaben 82% der teilnehmenden Eltern an, bereits eine medizinische Rehabilitationsbehandlung in Anspruch genommen zu haben, hiervon gaben 40 % der teilnehmenden Eltern an, dass sie bereits zweimal an einer Rehabilitationsbehandlung teilgenommen haben (Abb.6).

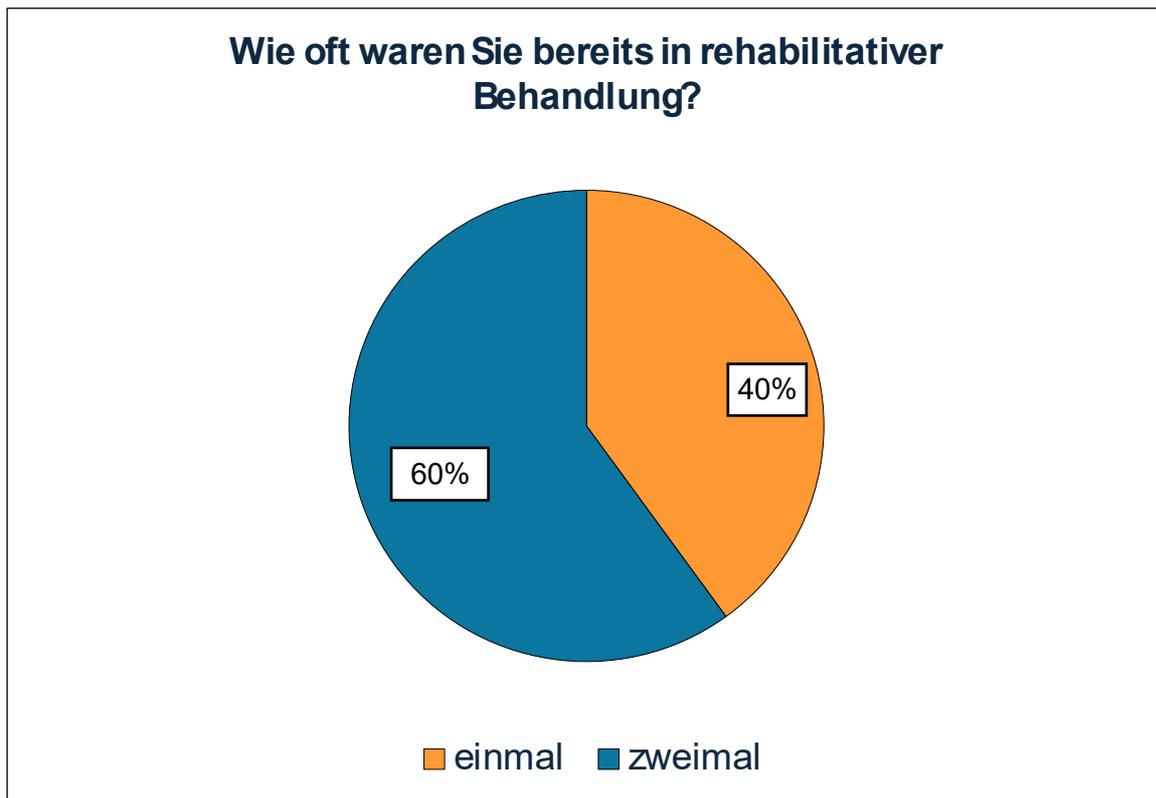


Abbildung 6: Durchgeführte rehabilitative Behandlungen

7.3 Veränderungen der Symptombelastung während der Teilnahme am „STAERKE“-Therapieprogramm

Die Veränderungen der Symptombelastung während der Teilnahme an dem „STAERKE“-Therapieprogramm wurden mithilfe von Varianzanalysen mit Messwiederholungen (ANOVA) berechnet. Bei der Durchführung der ANOVA hinsichtlich der Veränderungen der Depressivität gemessen mit dem BDI, der Ängstlichkeit als überdauernde Persönlichkeitseigenschaft gemessen mit dem STAI_Trait und dem persönlichen Stresserleben PSS als abhängige Variable zeigte sich eine signifikante Reduktion der Symptombelastung im Verlauf der Teilnahme am „STAERKE“-Therapieprogramm in allen drei Symptombereichen. Darüber hinaus wurde das Craving gemessen mit dem MaCS über den Therapieverlauf hinweg untersucht.

7.3.1 Symptombelastung zu Studienbeginn

In Tabelle 2 ist die psychische Symptombelastung der teilnehmenden Eltern aus der „STAERKE“-Therapiegruppe zu Studienbeginn dargestellt. Die Auswertung des BDI lässt auf das Vorliegen moderater depressiver Symptome zu Studienbeginn schließen. Der PSS Summenscore deutet ebenso auf eine moderate bis schwere Stressbelastung hin, ebenso wie die

Ausprägung der State und Trait-Ängstlichkeit im STAI. Bezüglich des Cravings der teilnehmenden Eltern deutet der Mittelwert auf ein hohes Craving hin.

Tabelle 2: Symptombelastung der Eltern aus der „STAERKE“-Therapiegruppe zu Studieneinschluss

	N	M (SD)
BDI Summenscore	37	20.1 (11.4)
PSS Summenscore	33	27.0 (4.7)
MACS_sum zu t0	37	23.4 (8.8)
STAI State Summenscore	37	50.0 (12.7)
STAI_Trait_sum zu t0	37	51.7 (11.2)

7.3.2 Veränderung der Depressivität

Bezüglich der Depressivität ($F(2) = 14.400$; $p = 0.002$) zeigte sich eine signifikante Reduktion der Depressivität zwischen dem Messzeitpunkt zu Studieneinschluss und dem Zeitpunkt bei Beendigung des „STAERKE“ Therapieprogramms. Darüber hinaus zeigte sich eine signifikante Reduktion der Depressivität zwischen t0 und der Katamnese-Untersuchung ($F(2) = 14.400$; $p = 0.011$). Die Effektgröße beträgt $\eta^2 = .590$ (großer Effekt). Tabelle 3, 4 und 5 zeigen die Entwicklung der Depressivität über die Teilnahme am „STAERKE“ Therapieprogramm.

Tabelle 3: Deskriptive Werte der ANOVA-Ergebnisse des BDI-Testverfahrens

<i>BDI</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
BDI gesamt zu t0	20.36	10.42	11
BDI gesamt zu t5	10.73	8.98	11
BDI gesamt zu t6	12.18	11.29	11

Tabelle 4: ANOVA-Ergebnisse des BDI-Testverfahrens

<i>BDI</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>Fehler df</i>	<i>p</i>	<i>η^2</i>	<i>N</i>
	10.853	2	9	.004*	.707	11

Tabelle 5: ANOVA-Ergebnisse der konkreten Reduktion des BDI-Testverfahrens zwischen T1-T2 und T1

<i>BDI</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	η^2
T1-T2	24.912	1	.002*	.714

<i>BDI</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	η^2
T1-T3	24.912	1	.011*	.714

Die Abbildung 7 verdeutlicht die signifikante Reduktion der Depressivität während der Teilnahme am „STAERKE“ Therapieprogramm.

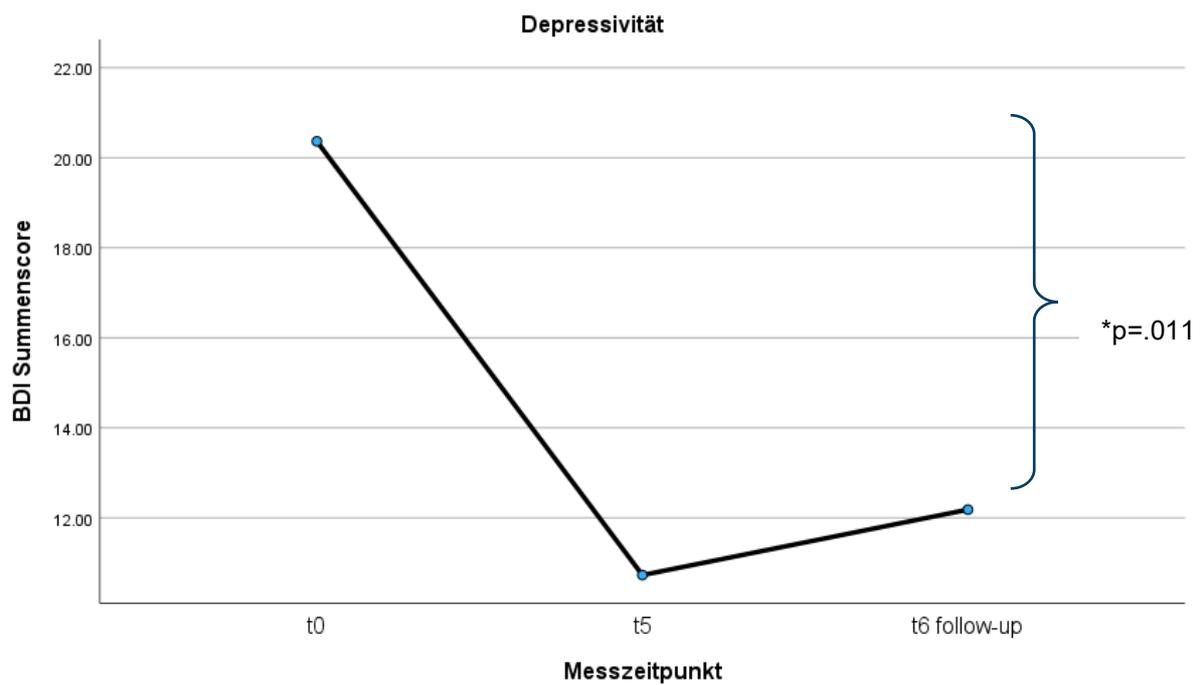


Abbildung 7: Reduktion der Depressivität während der Therapieteilnahme.

7.3.3 Veränderung der Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft

Bei der Ängstlichkeit als überdauernder Persönlichkeitseigenschaft ($F(9) = 4.620$; $p = 0.042$) zeigte sich diese signifikante Reduktion zwischen dem Messzeitpunkt zu Studieneinschluss und dem Messzeitpunkt zum Ende der Teilnahme am „STAERKE“-Therapieprogramm nach 24 Wochen. Die Effektgröße beträgt $\eta^2 = .507$ (großer Effekt). Tabelle 6, 7 und 8 zeigen die Entwicklung der Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft während der Teilnahme am „STAERKE“-Therapieprogramm.

Tabelle 6: Deskriptive Werte der ANOVA-Ergebnisse der STAI-Skala

STAI	M	SD	N
STAI gesamt zu t0	50.55	11.84	11
STAI gesamt zu t5	42.36	12.23	11
STAI gesamt zu t6	43.18	12.93	11

Tabelle 7: ANOVA-Ergebnisse der STAI-Skala

STAI	F	df	Fehler df	p	N
Zeit	4.620	2	9	.042*	11

Tabelle 8: ANOVA-Ergebnisse der konkreten Reduktion der STAI-Skala zwischen T1-T2

STAI	F	df	p	η^2
T1-T2	170.016	1	.029*	.944

Die Abbildung 8 verdeutlicht die signifikante Reduktion der Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft während der Teilnahme am „STAERKE“ Therapieprogramm.

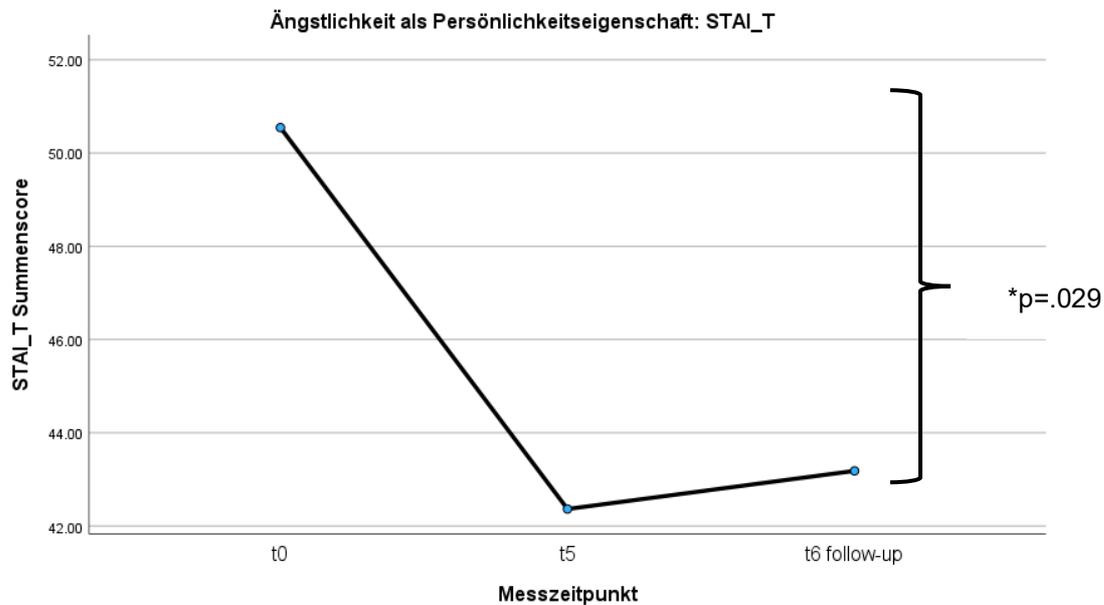


Abbildung 8: Reduktion der Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft während der Therapieteilnahme.

7.3.4 Veränderung des persönlichen Stresserlebens

Bei dem persönlichen Stresserleben zeigte sich eine signifikante Reduktion des Stresserlebens zwischen dem Messzeitpunkt zu Studienbeginn und dem zweiten Messzeitpunkt nach sechs Wochen ($F(1) = 33.601$; $p = 0.001$), sowie eine signifikante Reduktion zwischen den Messzeitpunkten t2 und t3 ($F(2) = 13.395$; $p = 0.015$). $\eta^2 = .441$ (großer Effekt). Die Tabellen 9 und 10 zeigen die Entwicklung des persönlichen Stresserlebens während der Teilnahme am „STAERKE“-Therapieprogramm.

Tabelle 9: Deskriptive Werte der ANOVA-Ergebnisse von der PSS-Skala

PSS	M	SD	N
PSS gesamt zu t0	26.82	4.95	18
PSS gesamt zu t1	25.08	6.39	18
PSS gesamt zu t2	21.11	5.71	18

Tabelle 10: ANOVA-Ergebnisse der PSS-Skala

PSS	F	df	Fehler df	p	η^2	N
Zeit	15.701	2	16	<.001*	.662	18

Die Abbildung 9 verdeutlicht die signifikante Reduktion des persönlichen Stresserlebens während der Teilnahme am „STAERKE“ Therapieprogramm.

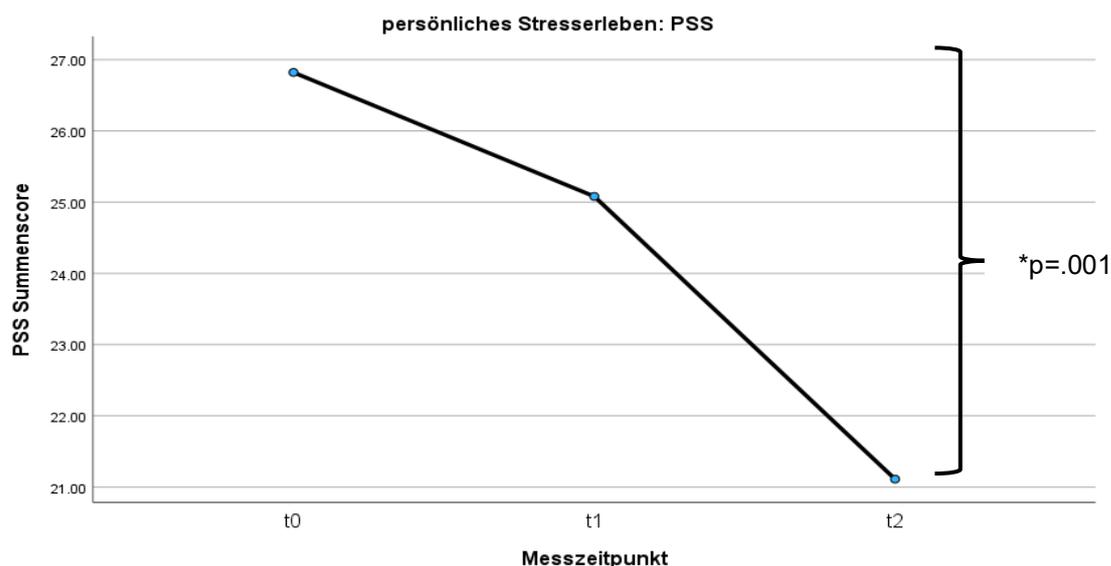


Abbildung 9: Reduktion des persönlichen Stresserlebens zwischen Studieneinschluss und nach sechs Wochen.

7.3.5 Veränderung des Cravings

Bezüglich des Cravings zeigt sich ein Trend für eine Reduktion zwischen t0 und t2 ($F(20) = 3.497$; $p = 0.050$). Die Effektgröße beträgt $\eta^2 = .259$. Die Tabellen 11 und 12 zeigen die Entwicklung des Cravings während der Teilnahme an dem Therapieprogramm.

Tabelle 11: Deskriptive Werte der ANOVA-Ergebnisse von der MACS-Klassifikation

MACS	M	SD	N
MACS gesamt zu t0	22.36	8.46	22
MACS gesamt zu t1	20.36	8.06	22
MACS gesamt zu t3	18.95	9.26	22

Tabelle 12: ANOVA-Ergebnisse der MACS-Klassifikation

MACS	F	df	Fehler df	p	η^2	N
	3.497	2	20	.050	.259	22

Abbildung 10 zeigt die Reduktion des Cravings während der Teilnahme am „STAERKE“ Therapieprogramm.

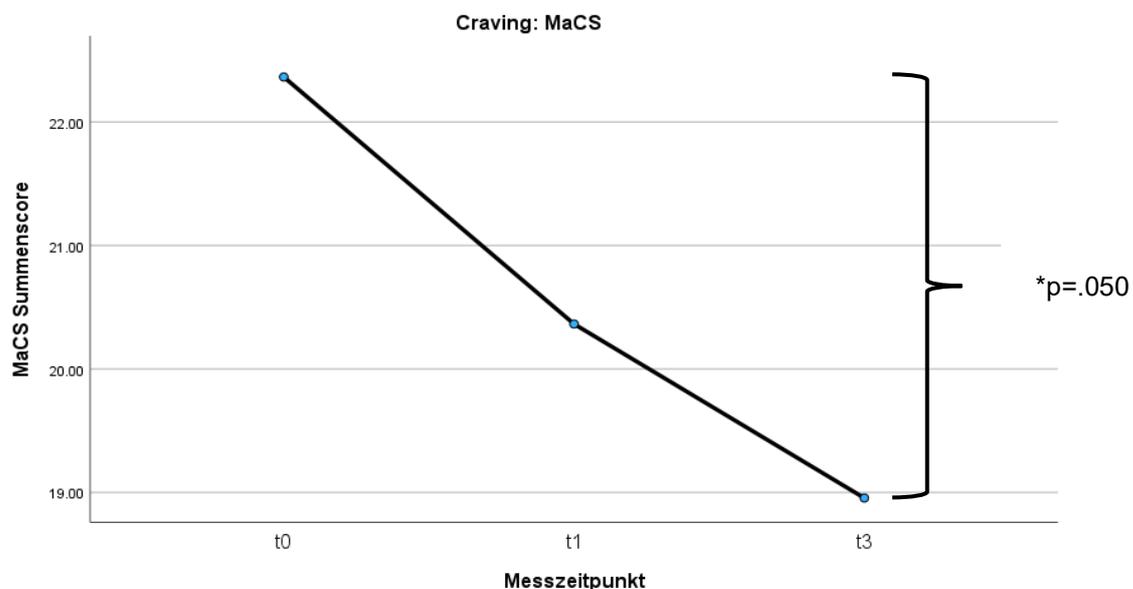


Abbildung 10: Reduktion des Cravings zwischen Studieneinschluss und t3.

7.3.6 Drop-out Analysen

Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation des Projekts erfolgte auch eine Analyse zu den Teilnehmenden, die im Studienverlauf aus der Studie ausschieden. Die meisten Drop-Outs waren zwischen t0 und t1 zu verzeichnen, dies galt insbesondere auch in der Kontrollgruppe. Aufgrund der fehlenden Daten können hier keine weiteren Angaben gemacht werden. Gerade die hohe Drop Out Quote zu Beginn der Teilnahme am „STAERKE“ Therapiebeginn ist vermutlich zumindest mitbedingt durch die Covid-19 Pandemie und die damit verbundenen Restriktionen im Gesundheits- und Kinderbetreuungsbereich. Aufgrund der strengen Hygienevorgaben und Personalknappheit aufgrund von Quarantänemaßnahmen, war die Kinderbetreuung zu dieser Zeit nur sehr unregelmäßig bzw. nicht durchgehend flächendeckend gewährleistet. Weshalb die in den „STAERKE“ Elternambulanzen in Behandlung befindlichen Eltern

die Kinderbetreuung selbst übernehmen mussten, sodass für sie eine weitere regelmäßige Teilnahme an den „STAERKE“-Therapieangeboten nicht umsetzbar war. In Bezug auf die Kontrollgruppe zeigte sich im Rahmen des quasi-experimentellen Designs der Studie eine weitere Problematik dadurch, dass die, zu einer Studienteilnahme bereiten Eltern fast ausschließlich auch eine Teilnahme an dem „STAERKE“-Therapieprogramm wünschten, wodurch die Rekrutierung von Teilnehmenden für die Kontrollgruppe trotz einer nachträglich genehmigten Aufwandsentschädigung erschwert war.

8 Diskussion

Die wissenschaftliche Evaluation im Rahmen einer Pilotstudie an den beiden Suchtambulanzen ergab eine deutliche Abnahme der psychopathologischen Symptombelastung der teilnehmenden Eltern in Bezug auf die Depressivität, die Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft, das persönliche Stresserleben sowie des Cravings in der Interventionsgruppe mit Teilnahme am „STAERKE“-Therapieprogramm. Aufgrund der geringen Größe der Kontrollgruppe bzw. den fehlenden Datenrücklauf in dieser konnte die Kontrollgruppe nicht in die Auswertungen aufgenommen werden. Dementsprechend kann nicht sicher gesagt werden, inwiefern die gesehenen Verbesserungen auf spezifische inhaltliche Komponenten des „STAERKE“-Therapieprogramms zurückgeführt werden können und welche Effekte allgemein durch die ambulante Behandlung der Mütter und Väter bedingt sind. Durch die Erstellung und Veröffentlichung des Manuals „Suchtkranke Eltern“ im Beltz Verlag Weinheim, kann das „STAERKE“-Therapieprogramm flächendeckend in der ambulanten Versorgung von suchterkrankten Müttern und Vätern zur Anwendung kommen, was eine gute Basis für die Durchführung einer multizentrischen randomisierten klinischen Studie mit einem großen Studienkollektiv darstellen kann, um die Effekte des „STAERKE“-Therapieprogramms erneut zu evaluieren.

Die Ergebnisse der Evaluation legen nahe, dass das persönliche Stresserleben der teilnehmenden Eltern bereits zu einem frühen Zeitpunkt während der Teilnahme am „STAERKE“-Therapieprogramm abnimmt. Darüber hinaus lässt sich schlussfolgern, dass sowohl die Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft als auch die Depressivität bei den teilnehmenden Eltern bei Beendigung des „STAERKE“-Therapieprogramms signifikant reduziert werden konnten. Dies lässt vermuten, dass die teilnehmenden Eltern während des Therapieprogramms Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernen, mit denen sie sowohl ihr subjektives Stresserleben reduzieren, als auch ängstliche Persönlichkeitsanteile und depressives Erleben verringern können. Diese Vermutung lässt sich zudem damit untermauern, dass auch eine signifikante Reduktion

der Depressivität zum Katamnesezeitpunkt gefunden werden konnte. Darüber hinaus lässt auch die deutliche Reduktion des Cravings diesen Schluss zu.

Als Limitation der dargestellten Ergebnisse der Evaluation ist die kleine Fallzahl insbesondere in der Kontrollgruppe zu nennen: Diese sind in der „STAERKE“ Therapiegruppe unter anderem Folge des angestrebten Therapie- Outcomes, nämlich der Weitervermittlung vieler Mütter und Väter in spezifische Rehabilitationsbehandlungen. Die betroffenen Elternteile haben infolgedessen nur einen Teil des „STAERKE“-Therapieprogramms durchlaufen. Dies sollte aus unserer Sicht jedoch als Erfolgsfaktor des „STAERKE“-Therapieprogramms verstanden werden, da durch die Therapieteilnahme bei den Müttern und Vätern die Motivation zu einer Rehabilitationsbehandlung erst geschaffen werden konnte. Weitere Gründe für das Nicht-Erreichen der angestrebten Teilnehmendenzahl stellten die COVID-19-Pandemie und die damit einhergehenden Kontaktrestriktionen und Kinderbetreuungsproblematiken dar. Insgesamt stellte die Sicherstellung der Kinderbetreuung während der Therapiezeit, aufgrund eingeschränkter Öffnungszeiten und vorübergehenden Schließungen der Betreuungseinrichtungen, ein großes Problem für viele teilnehmende Eltern dar, das eine regelmäßige Therapieteilnahme erschwerte. Auch die Teilnahme an Online-Therapiemöglichkeiten war aufgrund von fehlender Kinderbetreuung nur eingeschränkt möglich, zusätzlich sank die Bereitschaft der Teilnahme an dem Gruppentherapieprogramm sowohl aufgrund von Befürchtungen vor Ansteckung als auch infolge strenger Hygienemaßnahmen.

Die geringe Fallzahl der Kontrollgruppe war überwiegend der Tatsache geschuldet, dass die Patientinnen und Patienten im Rahmen des quasi experimentellen Studiendesigns selbst wählen durften, ob sie an dem neu- entwickelten „STAERKE“-Therapieprogramm oder der Kontrollgruppe - dem treatment as usual (TAU) - teilnehmen wollten und muss als Limitation gesehen werden. Dieses Design wurde gewählt, um therapiemotivierten abhängigkeiterkrankten Eltern auf alle Fälle eine frühestmögliche Therapieteilnahme zu ermöglichen und so die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Entwicklung der Kinder in der Familie möglichst gering zu halten. Während der Projektlaufzeit wurde versucht, die Teilnehmendenzahl der Kontrollgruppe dadurch zu erhöhen, dass eine monetäre Aufwandsentschädigung angeboten wurde. Leider führte auch diese Strategie in der Praxis nicht zu dem gewünschten Erfolg im Sinne einer Erhöhung der Teilnehmenden in der Kontrollgruppe. Dies ist aus unserer Sicht darauf zurückzuführen, dass die Wahl des Studiendesigns insbesondere therapiemotivierte abhängigkeiterkrankte Eltern angesprochen hat, welche entsprechend auch an der Interventionsgruppen mit Teilnahme an dem STAERKE Therapieprogramm teilnehmen wollten. Diejenigen, die sich gegen eine Teilnahme an dem STAERKE Therapieprogramm entschieden,

brachten bis auf wenige Ausnahmen auch mit der In-Aussichtstellung der monetären Aufwandsentschädigung keine Motivation für eine Studienteilnahme begleitend zu der Inanspruchnahme des TAU in den suchtmmedizinischen Ambulanzen auf. Darüber hinaus spielte die Besetzungssituation auf Seiten der Behandelnden auch eine Rolle. Aufgrund der Elternzeit einer Mitarbeitenden wurde die Implementierung und Ausweitung des „STAERKE“ Therapieangebotes am zweiten Projektstandort am PZN Wiesloch zeitlich verzögert umgesetzt. Die COVID-19 Pandemie mit den weitreichenden Einschränkungen der Kinderbetreuung hatte zudem auch Einfluss auf die Projektmitarbeitenden, weil diese nicht von Beginn an als „systemrelevant“ galten, weshalb auch die dadurch bedingten Ausfallzeiten einen negativen Einfluss auf die Rekrutierungszahlen hatten.

Des Weiteren hatte auch die infolge der COVID-19 Pandemie deutlich verlängerte Bearbeitungszeit der Ethikkommission einen negativen Einfluss auf die schlussendlich eingeschlossene Zahl an Teilnehmenden.

Die größere Teilnehmer*innenzahl der Interventionsgruppe „STAERKE“ im Vergleich zur Kontrollgruppe spiegelt darüber hinaus die große Relevanz, Akzeptanz, Dringlichkeit und Wichtigkeit der Entwicklung eines integrativen Therapieansatzes wider, in dem sowohl Themen mit Bezug zur Kindererziehung, als auch solche mit Assoziation zu der Abhängigkeitserkrankung der betroffenen Patient*innen mitberücksichtigt werden.

Aufgrund der relativ kleinen Stichprobe müssen bei der Interpretation der Ergebnisse die folgenden Aspekte berücksichtigt werden: Bei kleinen Stichproben ist der Stichprobenfehler größer und daher können die Ergebnisse weniger repräsentativ für die Grundgesamtheit sein. Darüber hinaus besteht eine geringere Schätzgenauigkeit, da Mittelwerte und Varianzen anfälliger für Ausreißer sein können. Weitere Aspekte, die es bei der Interpretation zu berücksichtigen gilt, sind die eingeschränkte Testpower, sowie die Einschränkungen in der Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Dementsprechend kann, wie oben bereits dargelegt, nicht sicher gesagt werden, inwiefern die gesehenen Verbesserungen auf spezifische inhaltliche Komponenten des „STAERKE“-Therapieprogramms zurückgeführt werden können und welche Effekte allgemein durch die ambulante Behandlung der Mütter und Väter bedingt sind. Dem entgegen zu setzen ist allerdings, dass die Ergebnisse der statistischen Auswertung mit dem klinischen Eindruck der Studientherapeutinnen und -therapeuten übereinstimmen: Die elterliche Symptombelastung ging während der Teilnahme am „STAERKE“-Therapieprogramm deutlich zurück. In Kapitel 8.1 wird auf die Empfehlungen bezüglich der weiteren Evaluation eingegangen (siehe unten).

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass unsere Ergebnisse darauf hindeuten, dass durch die Teilnahme am „STAERKE“-Therapieprogramm im Rahmen eines naturalistischen Behandlungssettings zweier Suchtambulanzen an einem suchtmmedizinischen Versorgungskrankenhaus und einer universitären Suchtklinik (ohne Selektion der Studienteilnehmenden) eine Reduktion der elterlichen Symptombelastung erreicht werden konnte, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit für Rückfälle reduziert und längerfristig eine Verbesserung der Erziehungskompetenz erreicht werden könnte.

8.1 Ausblick auf zukünftige Projekte

Auf Basis des veröffentlichten Therapiemanuals empfiehlt sich eine größere, randomisierte, multizentrische Evaluationsstudie, um die Effekte des „STAERKE“-Therapieprogramms und die damit einhergehenden Effektstärken an einer größeren Stichprobe mit einer ausreichend großen Kontrollgruppe zu untersuchen.

Darüber hinaus entstand während der Implementierung und Evaluation des suchttherapeutischen Therapieprogramms die Entwicklung einer therapiebegleitenden App („Elma- Eltern sein motiviert und abstinert“), die den Eltern eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Therapieinhalten zwischen den Therapiesitzungen ermöglichen soll. Die oben dargestellten Herausforderungen während der Projektlaufzeit (z.B. fehlende Teilnahme aufgrund mangelnder Kinderbetreuung) legten den Schluss nahe, dass ein noch niederschwelligerer Zugang zu Therapiemöglichkeiten für die Zielgruppe der suchterkrankten Eltern ermöglicht werden sollte. Das Projekt „Elma –Eltern sein motiviert und abstinert“ ist ein von der Baden-Württemberg Stiftung gefördertes Projekt, welches suchtkranken Eltern jederzeit durch Nutzung einer App einen digitalen Zugang zu und die Auseinandersetzung mit Therapiematerialien ermöglicht. Die Nutzbarkeit der „Elma“-App in allen Teilbereichen des Suchthilfenetzwerkes (Akutbehandlung in psychiatrischen und suchtmmedizinischen Kliniken, Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen und Rehabilitationseinrichtungen) lässt die „Elma“-App zum Bindeglied zwischen den verschiedenen Abschnitten der Suchtbehandlung werden.

9 Gender-Mainstream-Aspekte

Das „STAERKE“ Therapieprogramm hat das Ziel Mütter und Väter gleichermaßen zu adressieren. Die Spezialambulanzen für suchterkrankte Eltern und Eltern mit einem schädlichen Substanzkonsum in der suchtmmedizinischen Ambulanz am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und das Angebot im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden richten sich

an Mütter und an Väter. Das Gruppentherapieangebot wurde während der Projektlaufzeit in einer gemischt-geschlechtlichen Gruppe (männlich/weiblich/divers) durchgeführt, nichts desto trotz gab es in der Gruppe auch Möglichkeiten Problemstellungen zu thematisieren, die sich aus der spezifischen Geschlechter- und Genderrolle der Patientinnen und Patienten und den damit in der Gesellschaft attribuierten Eigenschaften ergeben. Dementsprechend wurde die Gleichstellung von Müttern und Vätern, während der gesamten Laufzeit des Projektes berücksichtigt. In der Evaluation zeigte sich, dass das Angebot zu 63% von Müttern wahrgenommen wurde, wohingegen im stationären suchtmmedizinischen Behandlungskontexts meist zwei Drittel der Patienten männlich sind. Mit einem Anteil an Vätern von ca. 37% werden die Projektziele bezüglich der Gender-Mainstream-Aspekte in der häufig mütter-zentrierten Elternarbeit dennoch als erfüllt angesehen.

10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit

10.1 Vorträge und Publikationen

Die Konzeption und der Aufbau des „STAERKE“-Therapieprogramm wurden bereits vor 2021 in einigen Vorträgen vorgestellt.

Während der Projektlaufzeit fanden darüber hinaus zahlreiche klinikinterne Schulungen im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit und dem Psychiatrischen Zentrum Nordbaden sowie insgesamt fünf Schulungen für Mitarbeitende des Mannheimer Jugendamtes, drei Schulungen für Mitarbeitende von Jugendämtern des Rhein-Neckar-Kreises und eine für den AGJ- Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e.V statt. Zudem wurde das „STAERKE“ Therapieprogramm auf der Kooperationstagung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und Bundesärztekammer im September 2023 vorgestellt, sowie auf relevanten Fachkonferenzen, wie dem Kongress der DGPPN, dem Deutschen Suchtkongress in den Jahren 2022 und 2023 in Form von Vorträgen vorgestellt.

Weitere Vorträge sind bereits geplant und angenommen, wie auf dem diesjährigen Deutschen Suchtkongress und dem Kongress der DGPPN und bei den Tübinger Suchttherapietagen 2025. Ebenso besteht eine Einladung für eine Publikation der Konzeption und der Ergebnisse der Evaluation zum „STAERKE“ Therapieprogramm in der Zeitschrift *Suchttherapie* in einem Sonderheft zum Thema „Elternschaft und Suchterkrankungen“, welches 2025 erscheinen wird.

10.2 Verbreitung

Ein Projektziel des „STAERKE“-Projekts war die Erstellung eines Therapiemanuals, welches fristgerecht zum 31.12.2023 beim verlegenden Verlag eingereicht wurde und am 09.10.2024 beim Beltz Verlag Weinheim veröffentlicht wurde. Durch die Veröffentlichung des Therapiemanuals wird nun vielen Kliniken, aber auch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen und Mitarbeitenden von anderen Einrichtungen der Suchthilfe die Möglichkeit zuteil werden, das Therapieprogramm anzubieten. Durch klinikinterne Vorstellungen im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden wurde das Projekt regelmäßig internen und externen Mitarbeitenden nahegebracht. Durch die enge Vernetzung der Zentren für Psychiatrie Baden-Württemberg, wurden bereits Anfragen an das Projektteam gestellt, das Therapieangebot in weiteren psychiatrischen Institutsambulanzen anderer Kliniken anzubieten, welche derzeit schon unterstützt werden beispielsweise im Zentrum für Psychiatrie in Weinsberg und im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg. Durch die neuen PIA-Vergütungspauschalen analog zum Bayrischen Abrechnungsmodell kann das „STAERKE“ Therapieangebot nun auch kostendeckend in den Kliniken in Baden-Württemberg und anderen Bundesländern mit einem ähnlichen PIA-Vergütungssystem abgerechnet werden.

11 Literatur

Achenbach, T. M., Rescorla, L.A. (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington: University of Vermont.

Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (2009). Beck-Depressions-Inventar (BDI-II, dt. Version: M. Hautzinger, F. Keller & C. Kühner, 2. Aufl.). Frankfurt: Pearson Assessment.

Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD (1981). State-Trait-Angstinventar (STAI). Weinheim: Beltz

Klein, M. T. (2017). *Kinder von suchtkranken Eltern - Grundsatzpapier und Fakten zur Forschungslage*. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung.

Lenz, A. (2019). *Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken*. Göttingen: Hogrefe.

Nakovics, H., Diehl, A., Geiselhart, H. & Mann, K. (2009). Entwicklung und Validierung eines Instrumentes zur substanzunabhängigen Erfassung von Craving: Die Mannheimer Craving Scale (MaCS). *Psychiatrische Praxis*, 36 (2), 72-78.

Schneider, E. E., Schönfelder, S., Domke-Wolf, M., & Wessa, M. (2020). Measuring stress in clinical and nonclinical subjects using a German adaptation of the Perceived Stress Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20 (2), 173-181.

Sinclair, V. G. & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment* 11, 94-101

12 Anlagen

12.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf der Gruppensitzungen..... 17

Abbildung 2: Ablauf der Stunden in der Einzeltherapie.....	23
Abbildung 3: Anzahl der minderjährigen Kinder der teilnehmenden Eltern.....	47
Abbildung 4:Wohnsituation der Kinder	48
Abbildung 5: Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen/qualifizierter Entzüge.....	49
Abbildung 6:Durchgeführte rehabilitative Behandlungen	50
Abbildung 7:Reduktion der Depressivität während der Therapieteilnahme.....	52
Abbildung 8:Reduktion der Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft während der Therapieteilnahme.....	54
Abbildung 9:Reduktion des persönlichen Stresserlebens zwischen Studieneinschluss und nach sechs Wochen.	55
Abbildung 10:Reduktion des Cravings zwischen Studieneinschluss und t3.....	56

12.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: soziodemographische Patientencharakteristika	46
Tabelle 2:Symptombelastung der Eltern aus der „STAERKE“- Therapiegruppe zu Studieneinschluss.....	51
Tabelle 3:Deskriptive Werte der ANOVA-Ergebnisse des BDI-Testverfahrens	51
Tabelle 4:ANOVA-Ergebnisse des BDI-Testverfahrens.....	51
Tabelle 5:ANOVA-Ergebnisse der konkreten Reduktion des BDI-Testverfahrens zwischen T1-T2 und T1	52
Tabelle 6:Deskriptive Werte der ANOVA-Ergebnisse der STAI-Skala.....	53
Tabelle 7:ANOVA-Ergebnisse der STAI-Skala	53
Tabelle 8:ANOVA-Ergebnisse der konkreten Reduktion der STAI-Skala zwischen T1-T2.....	53
Tabelle 9:Deskriptive Werte der ANOVA-Ergebnisse von der PSS-Skala	54
Tabelle 10:ANOVA-Ergebnisse der PSS-Skala.....	54
Tabelle 11:Deskriptive Werte der ANOVA-Ergebnisse von der MACS-Klassifikation.....	55
Tabelle 12: ANOVA-Ergebnisse der MACS-Klassifikation	56