

12 Drogenkonsumenten mit Kindern (Abhängige Eltern und kindesbezogene Themen)

In Deutschland liegen nur unvollständige Daten darüber vor, wie viele Drogenkonsumenten Kinder haben und mit ihnen zusammenleben. Unterschiedliche Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland zwischen 30.000 und 60.000 Kinder von Drogenabhängigen leben. Aussagekräftige Zahlen liegen über Drogenkonsumenten vor, die in Behandlung oder Betreuung in einer ambulanten oder stationären Einrichtung der Suchthilfe sind. Die Dokumentation der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) gibt auch darüber Auskunft, wie viele der Klienten eigene Kinder haben oder in einem Haushalt mit Kindern zusammenleben (Kapitel 12.1). Zu Drogenkonsumenten, die nicht in Behandlung sind, sind keine verlässlichen Daten verfügbar.

Aus der Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils ergeben sich für die Familien und einzelne Familienmitglieder unterschiedliche Gefahren und Risiken. Die Lebensumstände drogenabhängiger Eltern sind häufig von Armut und sozialer Benachteiligung gekennzeichnet. Dadurch ergeben sich sowohl für die Eltern als auch für die Kinder zusätzliche Gesundheitsrisiken und psychische Belastungen. Die gesunde Entwicklung von Kindern ist durch die Lebensumstände in suchtblasteten Familien bedroht. Während der Schwangerschaft kann Drogenkonsum ungeborene Kinder direkt schädigen und auch später gesundheitliche Folgen haben. Das Aufwachsen in einer suchtblasteten Familie stellt für die Kinder eines der größten Risiken dar, im späteren Leben selbst eine Abhängigkeit zu entwickeln. Kenntnisse über das Ausmaß des Problems sowie Kenntnisse über Risiken und Gefahren werden im ersten Teil dieses Sonderkapitels dargestellt (Kapitel 12.1), im zweiten Teil werden politische Strategien und rechtliche Rahmenbedingungen beschrieben (Kapitel 12.2).

In Deutschland existiert ein komplexes Gefüge aus Akteuren, Einrichtungen und Institutionen, die in ihrer Arbeit Unterstützung und Hilfsangebote für suchtblastete Familien bereithalten und Aktionen, Veranstaltungen und Projekte durchführen. Die Arbeit mit den Eltern und Kindern, den Familien als Ganzes oder Angehörigen ist dabei häufig eng verzahnt. Alkoholabhängigkeit der Eltern oder eines Elternteils stellt in der Arbeit mit suchtblasteten Familien das weitaus größte Problem dar und viele Angebote und Maßnahmen unterscheiden nicht zwischen Abhängigkeiten von legalen oder illegalen Substanzen. Im dritten Teil des Sonderkapitels (Kapitel 12.3) wird ein Ausschnitt der Angebote und Aktivitäten dargestellt. In Deutschland existieren spezielle Beratungs- und Behandlungsangebote für suchtblastete Familien und Drogenkonsumenten mit Kindern. Der Kooperation verschiedener Institutionen kommt eine besondere Rolle zu. Ein wichtiges Anliegen ist, die derzeit auf lokaler und kommunaler Ebene vorhandenen Strukturen weiter auf- und auszubauen sowie auch bundeseinheitlich Standards für verbindliche Kooperationsstrukturen zu schaffen.

12.1 Ausmaß des Problems und Risikofaktoren

Verschiedenen Schätzungen zufolge leben zwischen 30.000 und 60.000 Kinder drogenabhängiger Eltern in Deutschland. Im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit wird die Zahl auf etwa 2,5 bis 2,65 Millionen Kinder in belasteten Haushalten geschätzt. Damit wächst fast jedes fünfte Kind in einer suchtblasteten Familie auf (DHS 2011; Klein 2005; www.nacoa.de). Der Anteil der Drogenabhängigen, die Kinder haben, wird auf etwa ein Drittel geschätzt. Bei Frauen in Substitutionsbehandlung gehen die Schätzungen von bis zu 50% aus (Klein 2008; DHS 2011).

Viele Untersuchungen in Deutschland, die sich mit dem Thema „suchtblastete Familien“ befassen, nehmen die Kinder selbst, oder die Familie als Ganzes in den Blick, seltener stehen die Eltern im Fokus. Auch große Teile der Anstrengungen im Bereich von Hilfsangeboten für suchtblastete Familien richten sich an die Kinder oder an die gesamte Familie, zudem wird häufig keine Unterscheidung zwischen (insbesondere) Alkohol und illegalen Drogen vorgenommen, sondern die Suchtproblematik thematisiert.

12.1.1 Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik

Die zuverlässigsten Daten über das Ausmaß des Problems sind in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) dokumentiert. Die Daten der DSHS beruhen auf etwa drei Vierteln aller ambulanten und etwa der Hälfte der stationären Facheinrichtungen¹³⁷. Die Daten der DSHS geben auch Aufschluss darüber, wie viele der betreuten Klienten eigene Kinder haben und wie viele Kinder (leibliche oder nicht leibliche) im Haushalt der Klienten leben. Da die DSHS nicht alle Einrichtungen der Suchthilfe berücksichtigt, handelt es sich bei den berichteten Daten um konservative Werte, d.h. dass die Zahlen der Betroffenen in Wirklichkeit höher sind als sie sich in der DSHS widerspiegeln.

Eigene Kinder von Drogenkonsumenten

Die DSHS weist für ambulante Einrichtungen im Jahr 2009 insgesamt N=22.567 Klienten mit einer Substanz-bezogenen Störung aufgrund des Konsums illegaler Drogen, die mindestens ein eigenes Kind haben, aus. Allerdings ist zu beachten, dass für einen relativ großen Anteil der Klienten (je Hauptdiagnose (HD) etwa ein Fünftel) unbekannt ist, ob sie Kinder haben.

¹³⁷ Zur Vorgehensweise und Erreichungsquote der DSHS vgl. Kapitel 5.

Insgesamt n=1.297 Klienten mit mindestens einem eigenen Kind wurden 2009 in einer stationären Einrichtung mit einer der oben genannten Hauptdiagnosen behandelt und im Rahmen der DSHS dokumentiert (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010a,b,c)¹³⁸.

Klienten, die aufgrund einer HD Opioiden in Betreuung oder Behandlung sind, stellen die größte Personengruppe der Drogenkonsumenten in der DSHS dar. Etwa ein Drittel von ihnen (n=15.370, 34,4%) hat mindestens ein eigenes Kind. Auch bei Klienten mit HD Kokain hat etwa jeder Dritte mindestens ein eigenes Kind (N=1.641, 35,2%), bei Personen mit einer Störung aufgrund des Konsums von Sedativa/Hypnotika ist es etwas weniger als ein Drittel (n=1.309, 30,9%) (vgl. Tabelle 12.1). Die Vergleichswerte für Klienten mit HD Stimulanzien fallen geringer aus (n=494, 25,8%), ebenso wie bei Klienten mit einer HD Cannabis (n=3.729, 16,4%) (vgl. Tabelle 12.1).

Eine Betrachtung des Durchschnittsalters der Hauptdiagnosegruppen zeigt, dass die Klienten mit HD Sedativa/Hypnotika mit 43,6 Jahren im Durchschnitt die ältesten sind. Klienten mit HD Opioiden oder Kokain sind im Durchschnitt 33,8 bzw. 31,7 Jahre alt und Klienten mit HD Cannabis sind am jüngsten (24,2 Jahre) (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010a;b,c). Bei allen Hauptdiagnosegruppen haben die meisten Klienten, die eigene Kinder haben, nur ein einziges Kind (vgl. Tabelle 12.1).

¹³⁸ In den Tabellen 12.1, 12.2 und 12.3 sind Daten der Deutschen Suchthilfestatistik 2009 für die Bezugsgruppen „Zugänge/Beender“ und „Alle Betreuungen“ in ambulanten Einrichtungen dargestellt. Die Bezugsgruppe „Alle Betreuungen“ beinhaltet die Daten *aller* Personen, die im Berichtsjahr (auch durchgehend) in Betreuung oder Behandlung waren. Die Querschnittsbeschreibung der Klientengruppe „Drogenkonsumenten mit Kindern“ erfordert es, diese Bezugsgruppe zu wählen, um eine umfassende Darstellung zu ermöglichen. In diesem Sonderkapitel bezieht sich die deskriptive Betrachtung der Personengruppe „Drogenkonsumenten mit Kindern“ daher auf die Bezugsgruppe „alle Betreuungen“ von Klienten in ambulanten Einrichtungen. Im Rahmen der jährlichen Berichterstattung des REITOX-Berichtes wird in der Regel die Bezugsgruppe „Zugänge/Beender“ dargestellt, die ein genaueres Bild über die Veränderungen bei der Betreuungs-/Behandlungsnachfrage ermöglicht. Um eine Konsistenz und Vergleichbarkeit der Daten innerhalb des Berichtes zu erreichen, ist in den Tabellen die Bezugsgruppe „Zugänge/Beender“ ebenfalls dargestellt, für Klienten in stationären Einrichtungen die Bezugsgruppe „Beender“.

Tabelle 12.1 Hauptdiagnose und Zahl der eigenen Kinder

Hauptdiagnose	Zahl der eigenen Kinder					Gesamt mit Kind/ern	Unbekannt	Gesamt	
	ohne Kind/er*	eins*	zwei*	drei*	mehr*				
	%	%	%	%	%	%*	N	N	
Opioide									
ambulant, Zugänge/Beender	66,5%	20,5%	9,3%	2,6%	1,1%	33,5%	7.195	5.531	26.978
ambulant, Alle Betreuungen	65,6%	20,9%	9,6%	2,7%	1,2%	34,4%	15.370	11.844	56.583
Stationär, Beender	74,7%	15,4%	7,4%	1,6%	0,9%	25,3%	697	202	2.961
Cannabinoide									
ambulant, Zugänge/Beender	84,5%	10,1%	3,6%	1,2%	0,5%	15,5%	2.401	4.096	19.616
ambulant, Alle Betreuungen	83,6%	10,8%	3,9%	1,2%	0,5%	16,4%	3.729	6.088	28.792
stationär, Beender	83,2%	11,3%	4,2%	0,8%	0,5%	16,8%	255	233	1.751
Sedativa/ Hypnotika									
ambulant, Zugänge/Beender	71,2%	15,8%	10,2%	1,6%	1,2%	28,8%	283	261	1.245
ambulant, Alle Betreuungen	69,1%	17,1%	10,1%	2,4%	1,3%	30,9%	494	450	2.051
stationär, Beender	81,6%	13,8%	3,5%	0,7%	0,4%	18,4%	52	23	306
Kokain									
ambulant, Zugänge/Beender	66,0%	19,3%	9,7%	3,1%	1,8%	34,0%	959	689	3.512
ambulant, Alle Betreuungen	64,8%	20,1%	10,2%	3,1%	1,8%	35,2%	1.641	1.150	5.814
stationär, Beender	72,9%	15,0%	7,7%	3,0%	1,4%	27,1%	152	26	586
Stimulanzien									
ambulant, Zugänge/Beender	74,2%	16,6%	6,6%	1,9%	0,7%	25,8%	760	941	3.885
ambulant, Alle Betreuungen	73,2%	17,5%	6,6%	1,8%	0,9%	26,8%	1.309	1.598	6.484
stationär, Beender	77,1%	15,0%	5,6%	1,5%	0,8%	22,9%	140	68	680
Halluzinogene									
ambulant, Zugänge/Beender	76,7%	15,0%	5,0%	1,7%	1,7%	23,3%	14	25	85
ambulant, Alle Betreuungen	75,0%	19,8%	3,1%	1,0%	1,0%	25,0%	24	46	142
stationär, Beender	85,7%	-	14,3%	-	-	14,3%	1	0	7

*) Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Klienten, für die eine Antwort vorliegt (ohne unbekannte).

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010a;b;c.

Kinder in Haushalten von Drogenkonsumenten

In Tabelle 12.2 ist dargestellt, wie viele Kinder im Haushalt des Klienten jeweils wohnen, diese Frage bezieht sich nicht notwendigerweise auf eigene Kinder. Auch hier ist bei einem relativ großen Teil der Klienten der Status dieser Frage unbekannt (etwa ein Fünftel bis ein Viertel bei den unterschiedlichen Hauptdiagnosen).

Mit mindestens einem Kind im selben Haushalt leben insgesamt N=11.627 Personen, die in Betreuung oder Behandlung in einer ambulanten Einrichtung sind. In der größten Klientengruppe (HD Opioide) sind die meisten Klienten zu finden, die mit mindestens einem Kind in einem Haushalt leben (n=7.465, 17,4%) (vgl. Tabelle 12.2). Klienten mit HD Cannabis sind die zweitgrößte Klientengruppe, und auch die zweitgrößte Gruppe, die mit Kindern im selben Haushalt lebt. Von ihnen leben 10,7% mit mindestens einem Kind zusammen (n=2.340). Bei den anderen Hauptdiagnosen sind dies 17,1% (n=781) mit HD Kokain, 15,3% (n=713) mit HD Stimulanzien und 20,5% (n=317) mit HD Sedativa/Hypnotika. Bei allen Hauptdiagnosen lebt mehr als die Hälfte der Klienten, die mit Kindern im Haushalt leben, mit einem Kind und mehr als ein Viertel mit zwei Kindern im selben Haushalt. (vgl. Tabelle 12.2).

Tabelle 12.2 Hauptdiagnose und Zahl der Kinder im Haushalt

Hauptdiagnose	Zahl der Kinder im Haushalt						Gesamt mit Kind/ern	unbekannt	Gesamt
	ohne Kind/er*	eins*	zwei*	drei*	mehr*				
	%	%	%	%	%	%* N			
Opioide									
ambulant, Zugänge/Beender	83,8%	9,9%	4,7%	1,2%	0,5%	16,2%	3.327	6.474	26.978
ambulant, Alle Betreuungen	82,6%	10,5%	5,1%	1,3%	0,5%	17,4%	7.465	13.699	56.583
Stationär, Beender	87,2%	7,0%	4,5%	1,0%	0,2%	12,8%	345	259	2.961
Cannabinoide									
ambulant, Zugänge/Beender	89,4%	6,4%	2,9%	0,9%	0,4%	10,6%	1.571	4.746	19.616
ambulant, Alle Betreuungen	89,3%	6,5%	3,0%	0,9%	0,4%	10,7%	2.340	6.967	28.792
stationär, Beender	90,3%	6,3%	2,2%	0,7%	0,5%	9,7%	143	272	1.751
Sedativa/ Hypnotika									
ambulant, Zugänge/Beender	80,8%	12,0%	5,5%	0,8%	0,8%	19,2%	181	300	1.245
ambulant, Alle Betreuungen	79,5%	12,2%	6,3%	1,2%	0,8%	20,5%	317	505	2.051
stationär, Beender	80,9%	12,6%	4,5%	0,4%	1,6%	19,1%	47	60	306
Kokain									
ambulant, Zugänge/Beender	83,1%	8,5%	5,7%	1,6%	1,1%	16,9%	465	753	3.512
ambulant, Alle Betreuungen	82,9%	9,1%	5,5%	1,7%	0,8%	17,1%	781	1.242	5.814
stationär, Beender	88,9%	6,7%	3,6%	0,4%	0,4%	11,1%	61	36	586
Stimulanzien									
ambulant, Zugänge/Beender	85,4%	9,3%	3,8%	0,9%	0,6%	14,6%	411	1.069	3.885
ambulant, Alle Betreuungen	84,7%	10,0%	3,8%	0,9%	0,6%	15,3%	713	1.813	6.484
stationär, Beender	86,7%	8,5%	4,2%	0,2%	0,5%	13,3%	80	80	680
Halluzinogene									
ambulant, Zugänge/Beender	89,5%	8,8%	1,8%	-	-	10,5%	6	28	85
ambulant, Alle Betreuungen	88,3%	10,6%	1,1%	-	-	11,7%	11	48	142
stationär, Beender	100,0%	-	-	-	-	0,0%	0	0	7

*) Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Klienten, für die eine Antwort zu dem Item vorliegt (ohne unbekannte).

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010a;b;c.

Die Mehrheit der Klienten ambulanter Einrichtungen lebt nicht allein. Für alle HD liegt der Anteil der nicht Alleinlebenden zwischen 58,5% (HD Opiode) und 62,1% (HD Stimulanzen). Unter diesen variiert der Anteil derer, die mit Kindern zusammenleben, in größerem Maße. Während etwas mehr als jeder Zehnte der nicht alleinlebenden Klienten mit HD Cannabis mit Kindern zusammenlebt (11,0%), ist es bei HD Stimulanzen beinahe jeder fünfte (18,2%). Bei HD Kokain sind es 22,8% und bei HD Opiode 25,0%. Mit 36,9% ist es bei HD Sedativa/Hypnotika sogar mehr als jeder Dritte (vgl. Tabelle 12.3).

Tabelle 12.3 Hauptdiagnose und Lebenssituation

Hauptdiagnose	Lebenssituation		Zusammenlebend mit*				
	Alleinlebend	Nicht alleinlebend	Partner/in	Kind/ern	Eltern (-teil)	Sonst. Bezugsperson/en	Sonst. Person/en
Opiode							
ambulant, Alle Betreuungen	41,5%	58,5%	46,1%	25,0%	24,5%	6,3%	17,7%
stationär, Beender	47,3%	52,7%	43,2%	23,7%	32,8%	7,7%	18,0%
Cannabinoide							
ambulant, Alle Betreuungen	32,7%	67,3%	21,6%	11,0%	55,0%	9,7%	15,0%
stationär, Beender	45,4%	54,6%	25,2%	14,0%	49,8%	11,6%	17,1%
Sedativa/Hypnotika							
ambulant, Alle Betreuungen	40,3%	59,7%	66,7%	36,9%	11,6%	3,8%	6,4%
stationär, Beender	43,7%	56,3%	67,8%	37,4%	17,2%	10,9%	11,5%
Kokain							
ambulant, Alle Betreuungen	39,8%	60,2%	42,3%	22,8%	21,9%	5,9%	25,6%
stationär, Beender	51,0%	49,0%	48,1%	23,9%	26,6%	9,3%	20,8%
Stimulanzen							
ambulant, Alle Betreuungen	37,9%	62,1%	30,9%	18,2%	39,8%	8,7%	18,4%
stationär, Beender	41,7%	58,3%	28,2%	17,6%	41,1%	9,2%	22,6%
Halluzinogene							
ambulant, Alle Betreuungen	39,7%	60,3%	26,0%	9,6%	43,8%	9,6%	17,8%
stationär, Beender	71,4%	28,6%			100,0%		

*Mehrfachnennungen möglich

12.1.2 Regionale Dokumentationen und Studienergebnisse

Hamburger Basisdokumentation 2001

Die Hamburger Basisdokumentation (BADO) widmete bereits 2003 ein Sonderkapitel ihres Jahresberichtes (Datenjahr 2001) dem Thema „Suchtmittelabhängige Mütter und Väter, Unterbringung der Kinder“. Darin wurde vor zehn Jahren ausgewertet, wie viele Kinder in suchtmittelbelasteten Familien lebten, bzw. wie viele Klienten der Suchthilfe eigene Kinder hatten und wie viele von ihnen mit Kindern zusammenlebten. Demnach hatten 44,0% (2.134) der Klienten Kinder. Dieser Wert aus Hamburg liegt über dem Bundesdurchschnitt. Allerdings ist ein Vergleich nur bedingt zulässig, da diese Daten keine Auskunft über die Anteile bei den einzelnen Hauptdiagnosen geben und der Zeitraum zwischen beiden Erhebungen recht groß ist. Dennoch lässt der Unterschied vermuten, dass Drogenkonsumenten mit Kindern eher in Ballungsgebieten wie Hamburg leben als in ländlichen Regionen.

In Hamburg waren Klienten mit Kindern in 2001 im Mittel 35 Jahre alt. Allerdings lebten 46% der Kinder nicht mit dem in Betreuung/Behandlung befindlichen Elternteil zusammen sondern meist bei dem (getrennt lebenden) anderen Elternteil. Insbesondere war das der Fall, wenn der Vater das Suchtproblem hatte: In diesem Fall lebten drei Viertel der Kinder bei der alleinerziehenden Mutter (76,6%). Wenn die Mutter Klientin der Suchthilfeeinrichtung war, lebten die Kinder häufiger in Pflegefamilien (45,2%), bei den Großeltern (27,4%) oder in Erziehungseinrichtungen (13,4%). Bei alleinerziehenden Personen, bei denen die Kinder mit der betreuten Person zusammenlebten, handelte es sich meist um alleinerziehende Mütter (62,4%). In der Basisdokumentation wurden soziodemografische Merkmale und sozioökonomischer Status der Klienten untersucht, insbesondere von Müttern in Betreuung. Zwar hatten Mütter in Behandlung einen niedrigeren Schulabschluss als Frauen in Behandlung ohne Kinder, sie hatten aber nicht weniger häufig eine abgeschlossene Berufsausbildung. Ihren Lebensunterhalt bezogen Klientinnen mit Kindern aber häufiger von der Sozialhilfe als Klientinnen ohne Kinder, bei alleinerziehenden Müttern war dieser Anteil nochmals erhöht (Martens et al. 2003).

Fuchs et al. (2008) führten im Rahmen der Basisdokumentation der Hamburger ambulanten Suchthilfe eine Studie zu opioidabhängigen Eltern mit minderjährigen Kindern durch. Darin wurde der Zusammenhang zwischen Elternschaft und Sucht im Hinblick auf das Kindeswohl empirisch untersucht. Die Klienten (n=4.971) wurden in die Gruppen „Eltern, die mit ihren Kindern zusammenleben“, „Eltern, die mit ihren Kindern nicht zusammenleben“ und „Kinderlose“ eingeteilt. Etwa ein Drittel der Klienten hat Kinder (30,3%), von ihnen leben etwas mehr als ein Drittel mit den Kindern zusammen (35,9%). Die Studienergebnisse zeigen, dass sich die Lage der erziehenden Eltern hinsichtlich ausgewählter Risikofaktoren (Drogenkonsum, traumatische Erlebnisse, soziale Situation, Gesundheitszustand) günstiger darstellt als für die Eltern, die mit ihren Kindern nicht zusammenleben. Es kann anhand dieser Studie jedoch keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Anwesenheit von Kindern im Haushalt Grund dafür ist, dass es den Klienten besser geht, oder ob Klienten,

denen es schon vorher besser ging, eher dazu neigen, ihre eigenen Kinder zu behalten (Fuchs et al. 2008; vgl. REITOX-Bericht 2009).

Ergebnisse aus der PREMOS Studie

In der PREMOS-Studie¹³⁹ (Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment) wurden langfristige Effekte der opioidgestützten Substitutionstherapie mittels einer prospektiv-longitudinalen, epidemiologisch fundierten 6-Jahres-Verlaufsstudie an Patienten in der Routineversorgung Deutschlands untersucht (vgl. Kapitel 5).

In der Studie erhobene soziodemografische Merkmale zeigen, dass 40,7% der Studienpopulation (n=1.624) mindestens ein eigenes Kind hatte (23,4% ein Kind; 11,8% zwei Kinder; 5,5% drei oder mehr Kinder). Ein Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten zeigt, dass der Anteil unter weiblichen Patienten größer ist: insgesamt 50,7% der Frauen (n=524) hatten Kinder, bei männlichen Patienten (n=1100) waren es nur 36,0% (Wittchen et al. 2011).

Eine Abfrage, ob und welcher Art Einrichtungen spezialisierte Angebote für Risikogruppen bereithalten (insgesamt ca. 30% der Einrichtungen), ergab, dass nur 8,4% eine Spezialisierung für Schwangere und/oder Frauen mit Kindern vorweisen. Dieser Wert zeigt eine defizitäre Versorgungslage auf, da über ein Drittel aller Substitutionspatienten Frauen sind, und die Mehrzahl von ihnen Kinder hat. Zudem sind spezialisierte Einrichtungen im Bundesgebiet sehr ungleichmäßig verteilt. In der Regel sind es große, personalintensive Einrichtungen in Ballungsräumen, die überhaupt spezialisierte Angebote vorweisen können (Wittchen et al. 2011).

Die spezifischen Situationen und Problemlagen von opioidabhängigen Frauen mit Kindern und Schwangeren wurden im Rahmen einer ergänzenden Vertiefungsstudie untersucht und mit einem separat entwickelten Fraueninterview erhoben.¹⁴⁰ Erste Ergebnisse im Schlussbericht der Studie zeigen, dass insbesondere während der Schwangerschaft eine umfangreiche Betreuung der Patientinnen stattgefunden hatte, die sich auch darin widerspiegelt, dass von den untersuchten Frauen überproportional viele angaben, während der Schwangerschaft zumindest vorübergehend abstinent geworden zu sein. Für die nachfolgende Zeit sind allerdings häufige Rückfälle, Phasen massiver sozialer Desintegration und psychosozialer Belastungen sowie zumeist mehrfacher Neubeginn von Substitutionsbehandlungen festzustellen (Wittchen et al. 2011).

Insbesondere für die Zeit nach der Geburt sehen die Autoren daher in dem Ausbau und der Verbesserung der Koordination von unterschiedlichen Diensten zur Unterstützung von substituierten Frauen mit Kindern größeren Handlungsbedarf sowie im Abbau regionaler Defizite von spezialisierten Angeboten.

¹³⁹ <http://www.premos-studie.de/>

¹⁴⁰ Weitere Ergebnisse dieser vertiefenden Untersuchung werden zum Zeitpunkt dieser Berichterstattung noch ausgewertet. Für die Vorstellung der Ergebnisse kündigen die Autoren weitere Publikationen an (Wittchen et al. 2011).

12.1.3 Risikofaktoren für drogenkonsumierende Schwangere, Eltern und deren Kinder

Eine Abhängigkeitserkrankung belastet oftmals nicht nur den Betroffenen selbst. Die Erkrankung wirkt sich auch auf die Angehörigen aus. Kinder sind von einer Abhängigkeitserkrankung der Eltern besonders stark belastet, denn sie sind auf ihre Eltern angewiesen. Sie benötigen die elterliche Erziehung, Schutz und Sorge, gesundheitliche Fürsorge, Verpflegung, sie brauchen die emotionale Nähe, Liebe und auch die finanzielle Versorgung durch die Eltern. In vieler Hinsicht sind Kinder schutz- und hilflos, wenn Eltern die Funktionen der Elternrolle nicht ausüben können. Abhängigkeitserkrankungen der Eltern stellen dabei ein besonders großes Risiko dar.

Erkenntnisse über Risikofaktoren und Gesundheitsgefahren für Schwangere, Eltern und Kinder, die sich durch den Konsum von Drogen ergeben, basieren zumeist nicht aufgrund in Deutschland systematisch erfasster Daten oder nationaler Studien jüngerer Datums. Vielmehr gründet sich der Wissenstand, z.B. über Risiken durch die Drogenwirkung auf ungeborene oder über Generationen wiederkehrende Abhängigkeitsprobleme in Familien in großen Teilen auf Studien aus den 1980er und 1990er Jahren, die in den Vereinigten Staaten durchgeführt wurden. In den folgenden Abschnitten wird eine Beschreibung der bekannten Risikofaktoren und Gefahren zusammengefasst, die in der Literatur dargestellt werden.

Generationenübergreifende Suchtproblematiken in Familien

Alkohol- und Drogenabhängigkeit sind in Familien häufig ein sich wiederholendes Problem. Abhängigkeitserkrankung stellen im familiären Kontext ein erhöhtes Risiko für Kinder dar, später selber eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln (vgl. z.B. Klein 2003; Sack & Thomasius 2009b).

Einflüsse problematischer Lebenslagen und -umstände

Im Wesentlichen lassen sich zwei Arten negativer Einflüsse auf die Lebenslagen und -umstände von Mutter und Kind unterscheiden, die in der Regel gleichzeitig vorhanden sind. In der Literatur wird einerseits die Lebenswelt der Mutter beschrieben, die von sozialer Benachteiligung geprägt ist. Andererseits wird die Einschränkung der Erziehungskompetenz der Mutter, verursacht durch eine Drogenabhängigkeit, thematisiert.

Im Vergleich zur Normalbevölkerung weisen Drogenabhängige in der Regel eine niedrigere Schul- und Berufsbildung auf, was insgesamt mit einem höheren Armuts- und Arbeitslosigkeitsrisiko einhergeht (Klein 2006). Folglich ist nicht überraschend, dass drogenabhängige Mütter im Vergleich zu nicht drogenabhängigen Müttern einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben sowie ein höheres Stresserleben und dass sie stärker isoliert sind (Klein 2008). Bei drogenabhängigen Müttern können sich die meist herrschenden unsicheren Lebensumstände sowie schlechte Ernährung, ungünstige Wohnverhältnisse und ein sozial eingeschränktes Umfeld negativ auf die physische, psychische und soziale Entwicklung des Kindes auswirken. Diskontinuitäten und Brüche im Leben von Kindern von Drogenabhängigen wie Wechsel und Unterbrechungen im Zusammenleben gelten als Risikofaktor für Verhaltensauffälligkeiten. Durch z.B. Notfälle und

Krankenhausaufenthalte, Verhaftungen der Eltern, Suizidversuche bis hin zu vollendeten Suiziden erleben Kinder in suchtblasteten Familien häufiger traumatisierende Ereignisse als andere Kinder. Mütter haben häufig selbst traumatische Kindheitserfahrungen, die weiterhin auf ihre psychische Gesundheit wirken (Klein 2006). In suchtblasteten Familien, in denen die Suchtproblematik aufgrund des Konsums illegaler Drogen besteht, sind häufig beide Partner einer Paarbeziehung von Abhängigkeit betroffen, sofern (meist) die Mutter nicht alleinerziehend ist. Im Vergleich zu Alkoholabhängigen, bei denen öfters nur ein Partner abhängig ist, haben Drogenabhängige überdurchschnittlich oft auch drogenabhängige Partner (Klein 2006).

Die Abhängigkeitserkrankung und eventuelle weitere psychische Erkrankungen, Beschaffungsdruck, Beschaffungskriminalität und Prostitution der Mutter können die Erziehungskompetenz der Mutter erheblich einschränken (Rasenack 2004, Klein 2008, fdr 2009)¹⁴¹. Drogenabhängige Eltern zeigen häufiger Unaufmerksamkeiten und Nachlässigkeiten gegenüber ihren Kindern. Kinder von Drogenkonsumenten zeigen daher häufiger Symptome von Vernachlässigung (Klein 2008). Bei Kindern, die in suchtblasteten Familien aufwachsen, ist häufig zu beobachten, dass sie Verantwortung und Aufgaben, wie die Haushaltsführung oder Betreuung jüngerer Geschwister, übernehmen (müssen), die schnell zu einer hohen Belastung oder Überforderung führen können (BMFSFJ 2009).

In einer Untersuchung mit 58 substituierten Müttern, die im Rahmen einer Entwicklung eines Programms zur Förderung der Erziehungskompetenz drogenabhängiger Mütter durchgeführt wurde, kommen Kröger et al. (2006) neben der Feststellung benachteiligender Lebensumstände (vgl. oben) auch zu den Schlussfolgerungen, dass die Mütter Defizite in der Erziehungskompetenz bei sich selbst wahrnehmen. Die Autoren weisen darauf hin, dass das geringe Selbstvertrauen der Mütter in ihre Fähigkeiten sich auch in Inkonsistenzen in der Erziehung niederschlagen.

Insgesamt wird deutlich, dass neben den vielfach vorhandenen Angeboten, die die Belange und Bedarfe der Kinder aus suchtblasteten Familien in den Fokus nehmen (vgl. Kapitel 12.3), auch ein erheblicher Bedarf an Hilfsangeboten für die Eltern besteht. Zunehmend ist in letzter Zeit daher die Förderung der Erziehungskompetenzen eines der zentralen Ziele oder Element verschiedener Hilfsangebote an drogenkonsumierende oder substituierte Eltern, die diese dabei unterstützen sollen, ihr Recht auf Erziehung ihrer eigenen Kinder zu wahren (vgl. hierzu z.B. die Abschnitte zu „Frühen Hilfen“ in Kapiteln 12.2 und 12.3).

Wirkungen von Heroin und Kokain auf ungeborene Kinder

Alkohol und illegale Drogen haben eine teratogene Wirkung. Aus akuter Intoxikation, Entzügen und aus der zell- und organotoxischen Wirkung der Substanzen können Missbildungen und Entwicklungsstörungen entstehen. Außerdem verursachen die

¹⁴¹ Das in diesem Kapitel zitierte Positionspapier „Drogen – Schwangerschaft – Kind“ greift die Debatten und Erörterungen auf, die im Rahmen einer Expertenanhörung von Mitarbeitern aus Medizin, der Sucht- und der Jugendhilfe am 29. Januar 2007 in Berlin unter gleichem Titel geführt wurden und die während des 31. BundesDrogenkongresses im April 2008 „Kinder sind Zukunft - die Suchthilfe positioniert sich“ vertieft wurden.

Substanzen eine passive Abhängigkeit und ein neonatales Entzugssyndrom (Bevot & Krägeloh-Mann 1999; fdr 2009). Eine späte Feststellung der Schwangerschaft und wenige Voruntersuchungen sowie Komorbidität insbesondere mit Infektionen (HIV, Hepatitis B und C), Polytoxikomanie und psychiatrischen Erkrankungen sind häufig (Rasenack 2004).

Die Gefahren der Wirkung von Heroin auf das ungeborene Kind gehen stärker von der abhängigkeiterzeugenden Eigenschaft aus, die teratogene Wirkung ist schwächer als beispielsweise bei Kokain oder Alkohol (Bevot & Krägeloh-Mann 1999; Rasenack 2004). Besonders groß sind daher die Gefahren eines akuten Entzuges der Schwangeren, der zum intrauterinen Fruchttod führen kann und des neonatalen Entzugssyndroms, (Rasenack 2004). Auch die Gefahr eines plötzlichen Kindstodes ist im ersten Lebensjahr erhöht (Bevot & Krägeloh-Mann 1999). Zu weiteren Komplikationen in der Schwangerschaft, die bei Heroinkonsumierenden häufig hinzukommen, gehören intrauterine Mangelentwicklung, Frühgeburten und neurologische Spätschäden (Rasenack 2004).

Die teratogene Wirkung von Kokain (und Amphetaminen) umfassen eine generelle Vasokonstriktion (Verengung der Blutgefäße) und daraus resultierende Verminderung der Durchblutung auch im Bereich der Plazenta. Dies kann zu Frühgeburten und intrauterinem Fruchttod führen. Des Weiteren erhöht der Konsum die Rate an mangelentwickelten Neugeborenen mit Mikrocephalie (Fehlentwicklung des Gehirns) und postnatal das Auftreten akuter toxischer Symptomen und des plötzlichen Kindstodes (Rasenack 2004).

In Hinsicht auf Probleme in der weiteren Entwicklung von Kindern drogenkonsumierender Mütter stellen die Autoren des Positionspapiers „Drogen - Schwangerschaft - Kind“ (fdr 2009) heraus, dass noch weiterer Forschungsbedarf besteht, hinsichtlich der Untersuchung ob bestimmte Defizite auf direkte Drogeneinwirkung während der Schwangerschaft zurückzuführen sind oder ob psychosoziale Belastungen durch drogenkonsumierende Eltern Ursache sind (fdr 2009). Der aktuelle Stand der Wissenschaft aus der Bundesrepublik wurde in der Arbeit von Stachowske (2008) beschreiben.

12.2 Strategien und Gesetzgebung

12.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen: Die Sozialgesetzbücher (SGB)

Drogenkonsumierende mit Kindern haben dieselben Ansprüche auf Hilfen wie andere Konsumenten auch, z.B. auf Behandlung ihrer Abhängigkeit oder auf Grundsicherung und andere Unterstützungsleistungen. Die Sozialgesetzbücher (SGB) bilden die rechtlichen Grundlagen, nach denen Drogenabhängige Anspruch auf Behandlungen haben, und regeln, welche Institutionen die Behandlung finanzieren (vgl. Kapitel 5). Im Hinblick auf die Behandlung der Eltern sind vor allem die Gesetzbücher SGB V (Gesetzliche Krankenkasse) und SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), gegebenenfalls SGB XII (Sozialhilfe) relevant. Bezüglich der Rechte und Pflichten von Eltern gegenüber ihren Kindern bildet das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) die gesetzliche Grundlage, die im Kontext von Drogenkonsumenten mit Kindern von zentraler Bedeutung ist.

12.2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen: SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe

Das „Übereinkommen über die Rechte des Kindes“ (Convention on the Rights of the Child, UN-Kinderrechtskonvention) der Vereinten Nationen definiert in den Artikeln 24¹⁴² und 33¹⁴³ Grundlagen, die in Deutschland in verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen ihre Verwirklichung finden.

Im Deutschen Sozialgesetzbuch (SGB) - Aches Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe wird in §1 festgelegt, dass „jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit [hat]“¹⁴⁴. Die Leistungen und Aufgaben öffentlicher und freier Träger zugunsten junger Menschen und deren Familien werden unter dem Begriff Kinder- und Jugendhilfen zusammengefasst („Jugendhilfen“). Die Hilfen für Drogenkonsumenten mit Kindern bestehen daher aus einem komplexen Zusammenwirken verschiedener Akteure. Beteiligt sind z.B. Akteure der Suchthilfe, der Jugendhilfe, der gesundheitlichen Versorgung und des Erziehungs- und Bildungssystems. Schnittstellenprobleme der unterschiedlichen Verwaltungs- und Rechtssysteme erfordern eine Kooperation und Vernetzung, um eine optimale Versorgung sicherstellen zu können (fdr 2009).

Aus Artikel 6(2) des deutschen Grundgesetzes geht hervor, dass Pflege und Erziehung der Kinder das Recht der Eltern sind, damit aber auch Pflichten verbunden sind. Eine Gefährdung des Kindeswohls durch die Lebensweise der Eltern¹⁴⁵ kann zu einem Konflikt des Rechts der Eltern und des Kindes führen. Bei Gefährdung des Kindeswohls sind die Jugendämter durch §8a des SGB VIII („Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“) beauftragt, geeignete und notwendige Hilfen zur Abwendung der Gefährdung anzubieten. Das Jugendamt ist eine Organisationseinheit innerhalb der Kommunalverwaltung und muss nach dem achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) durch jeden Landkreis bzw. jede kreisfreie Stadt eingerichtet werden. Die Jugendämter sind für die Vergabe von Leistungen des SGB VIII zuständig, sie können auch als öffentlicher Jugendhilfeträger selbst auftreten. Ihnen obliegen bei Gefährdungen des Kindeswohls z.B. durch Drogenabhängigkeit der Eltern auch Aufgaben zur Kooperation mit Leistungsträgern und Einrichtungen aus dem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen. Ausdrücklich ist im Gesetz festgelegt, dass das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen ist, auch die Eltern sind mit einzubeziehen. Des Weiteren ist sicherzustellen, dass die geeigneten und notwendigen Hilfen durch Träger von Einrichtungen und Diensten angeboten und die

¹⁴² „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit [...]“

¹⁴³ „Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen einschließlich Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um Kinder vor dem unerlaubten Gebrauch von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen im Sinne der diesbezüglich internationalen Übereinkünfte zu schützen [...]“

¹⁴⁴ http://bundesrecht.juris.de/sgb_8/_1.html

¹⁴⁵ Der Gesetzestext nennt „Personensorgeberechtigte oder Erziehungsberechtigte“. Der Terminus berücksichtigt die Konstellationen, in denen Kinder nicht bei ihren leiblichen Eltern leben. In diesem Abschnitt sind die Personensorgeberechtigten oder Erziehungsberechtigte im Sinne des Gesetzes gemeint, der einfachen Lesbarkeit halber ist von „Eltern“ die Rede.

Leistungen durch die Eltern in Anspruch genommen werden. Ziel ist, unter Beteiligung aller erforderlichen Akteure gemeinsam eine Abwendung der Gefahren für das Kindeswohl zu erreichen. Eingriffe in das Elternrecht sind nach § 1666 BGB erst möglich, wenn angebotene Hilfen nicht zur Abwendung der Gefahren reichen, weil die Eltern nicht bereit sind zu kooperieren oder nicht dazu in der Lage sind. In solchem Fall ruft das Jugendamt ein Familiengericht an. Eine Reihe von Maßnahmen kann durch das Familiengericht eingeleitet werden, die von Anordnungen der Annahme von Leistungen bis zur teilweisen oder vollständigen Entziehung des Sorgerechts reichen können. In Fällen dringender Gefahr muss das Jugendamt das Kind oder den Jugendlichen nach §42 SGB VIII „in Obhut“ nehmen.

12.2.3 Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG)

Für einen umfassenden Kinder- und Jugendschutz sind unterschiedliche Akteure mit unterschiedlichem fachlichem Hintergrund, aus unterschiedlichen Versorgungssystemen, mit unterschiedlichen gesetzlichen Aufträgen und unterschiedlicher Finanzierungsgrundlage zu beteiligen. Um einheitliche Rahmenbedingungen für regionale Kooperationsstrukturen im Kinder- und Jugendschutz zu schaffen, erarbeitete das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) einen Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG) (Bundesrat Drucksache 202/11). Die Bundesregierung schloss sich am 16. März 2011 dem Entwurf an, dessen Inkrafttreten für den 1. Januar 2012 geplant ist. Ein wesentlicher Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetzes ist der Artikel 1, das „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)“. Die Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz werden darin geregelt sowie Vorschriften über die Information der Eltern über Unterstützungsangebote. Zudem regelt das KKG mit einer Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger die Weitergabe von sensiblen Daten zwischen den Akteuren. Hier treten bislang rechtliche Konflikte auf, z.B. steht bei der Kenntnis einer Abhängigkeitserkrankung der Eltern und damit möglicherweise einhergehender Gefährdung des Kindeswohls die Weitergabe dieser Information in Konflikt mit der ärztlichen Schweigepflicht. Über den Gesetzesentwurf der Bundesregierung beriet der Bundesrat am 27. Mai 2011. Zwar begrüßt der Bundesrat die Initiative des Gesetzesentwurfs und unterstützt die generelle Zielsetzung des Entwurfs grundsätzlich, sieht in seiner Stellungnahme aber weiterhin umfangreichen Verbesserungsbedarf. Dieser bezieht sich vor allem darauf, dass das Gesundheitswesen in die vorgesehenen Kooperationsstrukturen stärker eingebunden werden müsse (Bundesrat Drucksache 202/11B).

In einer öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages am 26. September 2011 wurden Stellungnahmen von Experten zu dem von der Regierung vorgelegten Gesetzesentwurf (Bundestag Drucksache 17/6256) diskutiert. Das Gesetzesvorhaben wurde von den angehörten Experten grundsätzlich begrüßt. Kritisiert wurde jedoch eine mangelnde Einbindung des Gesundheitswesens. Andererseits sehen die Experten auch die Gefahr einer Unterfinanzierung im Gesetzesentwurf und mangelnde Ressourcen auf kommunaler Ebene für die geplanten

Kooperationsstrukturen. Den Erfolg des Gesetzes sehen die Experten von einer hinreichenden Finanzierung und Kostenregelung zwischen Bund, Ländern und Kommunen abhängig.¹⁴⁶

Die Bundesregierung verabschiedete am 28. September 2011 auch den „Aktionsplan 2011 zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung“ (BMFSFJ 2011). Anknüpfend an dem am 24. März eingeführten „Runden Tische Sexueller Kindesmissbrauch“ führt der Aktionsplan 2011 konkrete Maßnahmen in einem Gesamtkonzept zusammen. Zu den Schwerpunkten des Aktionsplanes gehören die Bereiche „Prävention“ und „Intervention“. Der Umfassende Schutz von Kindern und Jugendlichen setzt einerseits am Opferbereich an. Hier sind verstärkte Bemühungen für den Schutz von Kindern in Familien mit unterschiedlichen vernachlässigungs- und Misshandlungsproblematiken nötig. Auch für den Schutz von Kindern aus suchtbelasteten Familien sieht der Aktionsplan Handlungsbedarf bei Aufklärung und Sensibilisierung (Prävention) sowie bei dem Beratungs- und Unterbringungsangebot (Intervention).

12.2.4 Nationales Zentrum frühe Hilfen (NZFH)

Im deutschen Sozialsystem werden umfangreiche Hilfen und Unterstützungsangebote für bedürftige Personen geleistet. Menschen mit einer Suchterkrankung zählen hierzu und erfüllen oftmals auch weitere Kriterien, die sie als Empfänger von Unterstützung berechtigen. Armut, Krankheit und geringe Teilhabechancen gehören z.B. dazu. In Strategien und Aktionsplänen wird in Deutschland oft ein integrierender Ansatz verfolgt, der mit Maßnahmen für bedürftige Personen eine übergeordnete Zielgruppe anvisiert. So sind Drogenabhängige oftmals nicht die primäre Zielgruppe, die Betroffenen erfüllen aber dennoch häufig die Voraussetzungen und sind Teil der Zielgruppe, die Unterstützungsangebote erhalten.

Ein Beispiel hierfür sind die im Folgenden beschriebenen „Frühen Hilfen“. Als Frühe Hilfen werden Unterstützungs- und Hilfsangebote bezeichnet, die Eltern ab Beginn der Schwangerschaft bis etwa zum Ende des dritten Lebensjahres eines Kindes unterbreitet werden. Ziel Früher Hilfen ist es, den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung möglichst frühzeitig durch Prävention zu verbessern. Die Stärkung der Erziehungskompetenz (werdender) Eltern ist ein weiterer Schwerpunkt. Die Frühen Hilfen richten sich an Eltern in belasteten Lebenslagen mit geringen Bewältigungsressourcen, z.B. an suchtbelastete Eltern und deren Kinder (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011).

¹⁴⁶ <http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a13/anhoeerungen/Kinderschutzgesetz/index.html>

Die Regierungskoalition der 16. Wahlperiode vereinbarte in ihrem Koalitionsvertrag 2005, mit einem Projekt zur frühen Förderung gefährdeter Kinder soziale Frühwarnsysteme zu entwickeln. Leistungen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe sollen darin zu einer verbesserten Verzahnung kommen. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)¹⁴⁷ wurde im Rahmen des Aktionsprogramms des BMFSFJ „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ im Jahr 2007 gegründet. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI) sind gemeinsame Träger des NZFH. Die gemeinsame Trägerschaft unterstreicht den Ansatz der multiprofessionalen Kooperation im Arbeitsfeld Früher Hilfen¹⁴⁸.

12.3 Reaktionen

Ein nicht intaktes familiäres Umfeld gilt als eine der größten Ursachen für ein erhöhtes Risiko, dass Kinder später Suchterkrankungen erleiden. Ursachen für das erhöhte Suchtrisiko sind unter anderem das Erleben von häuslicher Gewalt, Trennungen und Scheidungen, körperliche und emotionale Misshandlung oder auch sexueller Missbrauch. Diese Probleme sind in suchtblasteten Haushalten überdurchschnittlich ausgeprägt.

In Deutschland existieren verschiedene Angebote der Behandlung und Beratung von drogenabhängigen Eltern und Schwangeren. Ein großer Teil der Angebote richtet sich direkt an die Kinder. Auch das Informationsangebot von Verbänden und Einrichtungen, welches sich an z.B. Sozialarbeiter und Mitarbeiter aus Jugendämtern richtet, hat häufiger die Arbeit mit Kindern aus suchtblasteten Familien zum Thema. In der Arbeit mit drogenkonsumierenden Eltern steht die Thematisierung der Elternrolle und Wahrnehmung elterlicher Pflichten noch eher selten im Fokus. Viele Angebote befassen sich mit den Problemen und Nöten der Kinder, die mit Suchtkranken zusammenleben.

Eine einheitliche und umfassende Dokumentation über die Angebote und Aktivitäten existiert nicht. Die in Kapitel 12.3 vorgestellten Projekte, Kooperationen und Veranstaltungen dienen als Beschreibung ausgewählter Aktivitäten mit der unterschiedliche Akteure und Institutionen der Thematik und angrenzender Probleme begegnen.

12.3.1 Behandlung drogenkonsumierender Eltern und schwangerer Konsumentinnen

Behandlung, Beratung und Betreuung von Drogenkonsumenten mit Kindern

Neben der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung gibt es verschiedene Angebote der Beratung und Betreuung für Familien, Eltern und/oder Kinder, sowohl in ambulanten als auch

¹⁴⁷ Das NZFH ist die zentrale Informationsplattform im Bereich „Früher Hilfen“, Ergebnisse aus Modellprojekten werden auf der Internetseite aufbereitet und Handlungsempfehlungen zur Implementierung auf kommunaler Ebene werden angeboten. Die Arbeit des NZFH wird von drei Säulen getragen: einer Wissensplattform (z.B. Erfassung von Praxisbeispielen, Modellprojekten, wissenschaftlicher Befunde), Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation (z.B. Sensibilisierung der Entscheidungsträger in den Ländern und Kommunen zum weiteren Aufbau Früher Hilfen) und Entwicklung und Transfer (Unterstützung der staatlichen und nicht staatlichen, fachübergreifenden Vernetzung der Akteurinnen und Akteure im Feld Früher Hilfen) (NZFH 2010).

¹⁴⁸ www.fruehehilfen.de

in stationären Einrichtungen. Angebote, die Einrichtungen bereithalten, sind z.B. Gruppen, in denen Kinder während Therapiesitzungen betreut werden können (als Beispiel für Angebote, die sich an die Kinder Suchtkranker richten). In stationären Sucht-Rehabilitationsbehandlungen gibt es für drogenkonsumierende Eltern Angebote familientherapeutischer Maßnahmen (als Beispiel für Angebote, die die Familie einbeziehen). Außerdem werden Seminare angeboten, die die Erziehungskompetenz der Eltern fördern (als Beispiel für Angebote, die an die Eltern gerichtet sind).

Behandlung und Betreuung von schwangeren Konsumentinnen

Das übergeordnete Ziel der Betreuung schwangerer Drogenkonsumentinnen ist, die Schwangerschaft so risikoarm wie möglich zu gestalten. Der Wunsch, das eigene Konsumverhalten so zu verändern, dass möglichst kein Schaden für das ungeborene Kind entsteht, ist bei schwangeren Drogenkonsumentinnen zumeist hoch. Bei schwangeren Konsumentinnen von Opiaten ist eine stabile Substitution am besten geeignet, Risiken, die von Beikonsum, Entzügen und Rückfällen ausgehen, zu vermindern (Siedentopf & Nagel 2005). Die deutschen Behandlungsleitlinien zu opioidbezogenen Störungen¹⁴⁹ stimmen mit den Leitlinien der WHO¹⁵⁰ hinsichtlich der Empfehlungen zur Substitutionsbehandlung Schwangerer überein. Methadon gilt als geeignetes Substitutionsmittel. Möglich ist in Deutschland auch die Behandlung mit Levomethadon und Buprenorphin¹⁵¹. Für die Substitutionsbehandlung ist in Deutschland seit 2009 auch die Behandlung mit Diamorphin möglich, strikte Zugangskriterien beschränken diese Behandlungsform aber auf die Gruppe der „Schwerstabhängigen“. Unter Berücksichtigung dieser Zugangsbeschränkungen könnten Schwangere, die ansonsten die Voraussetzungen einer Behandlung mit Diamorphin erfüllen, auch mit diesem Substitutionsmittel in den zugelassenen Einrichtungen behandelt werden. Neben der suchtmedizinischen Behandlung ist die psychosoziale und geburtshilfliche Betreuung wichtig. Die Feststellung somatischer und psychischer Erkrankungen sowie Aufklärung u.a. über (Infektions-)Risiken, außerdem die regelmäßige Vorsorge und darüber hinaus Abklärung von Infektionen, Schwangerschaftskomplikationen, Fehlbildungen und Wachstumsstörungen sollte im Rahmen der medizinischen und geburtshilflichen Betreuung stattfinden. Im Rahmen psychosozialer Betreuung sollte festgestellt werden, welche Einflussfaktoren, die während der Schwangerschaft eine Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes haben, zu erwarten sind (Siedentopf & Nagel 2005; fdr 2009).

12.3.2 Angebote: Beispiele der Behandlungs- und Beratungspraxis und Projekte

Es ist kaum möglich, einen gesamten Überblick über die Angebote in Deutschland darzustellen, da es kein System gibt, welches Umfang, Art und Qualität der Angebote erfasst. Die existierenden Angebote auf lokaler oder regionaler Ebene sind teils sehr

¹⁴⁹ vgl. die Deutschen Behandlungsleitlinien „Opioidbezogene Störungen. Postakutbehandlung.“ (Havemann-Reinicke et al. 2006).

¹⁵⁰ vgl. Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2009).

¹⁵¹ Derzeit werden die AWMF-Leitlinien zur Behandlung bei Störungen durch Opiode überarbeitet (vgl. REITOX-Bericht 2010, Kapitel 11). In der Vorgängerversion befinden sich keine Aussagen bezüglich Diamorphin, da es als Substitutionsmittel noch nicht zugelassen war.

spezifische Angebote von Einrichtungen und Initiativen. In der Deutschen Suchthilfestatistik wurde zuletzt für das Jahr 1999 dokumentiert, dass 11% der ambulanten Einrichtungen irgendein Angebot für Kinder von Suchtkranken bereithielt. Welcher Art diese Angebote waren, ist nicht weiter beschrieben (Türk & Welsch 2000). Über Angebote außerhalb des Suchthilfesystems liegen keinerlei systematisch erfasste Daten vor. Bezüglich der Entwicklung von Standards und Qualitätsmerkmalen für die Arbeit mit drogenabhängigen Schwangeren und Müttern und den Bedarf an Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte sieht Tödte (2010) Handlungsbedarf, ebenso wie in der Etablierung von Netzwerken der medizinischen Versorgung, der Drogen- und der Jugendhilfe.

In den folgenden Abschnitten werden einige existierende Angebote vorgestellt, die teilweise schon seit vielen Jahren Erfahrung mit der Arbeit drogenkonsumierender Schwangerer und Mütter vorweisen.

Infektionsambulanz Berlin und WIGWAM aufsuchende Sozialarbeit

Ein Beispiel für interdisziplinäre Kooperationen aus der Behandlungspraxis ist die Arbeit der Infektionsambulanz der Klinik für Geburtsmedizin des Universitätsklinikum Charité Berlin. Bereits seit 1987 werden in einem interdisziplinären Team suchtmittelabhängige, Suchtmittel konsumierende und substituierte Schwangere in einer regelmäßigen Suchtsprechstunde beraten. Zu dem Betreuungskonzept gehört die geburtsmedizinische, neonatologische, suchtmittelmedizinische, infektologische und psychosoziale Betreuung. Den Patientinnen aus der Sprechstunde werden umfassende Angebote gemacht, z.B. gehört auch eine etwaige stationäre Behandlung des Neugeborenen-Entzugssyndromes dazu¹⁵². Die Institutsambulanz arbeitet mit „WIGWAM Connect - kompetente Begleitung in der Schwangerschaft und frühen Elternzeit“ zusammen¹⁵³. Schwangere Patientinnen der Geburtsklinik, die Drogen konsumieren, werden durch WIGWAM Connect sozialarbeiterisch betreut und begleitet. Die Arbeit umfasst z.B. Vermittlung zu Stellen der Substitutionsbehandlung und Psychosozialen Betreuung, Hausbesuche und Einschätzung der Lebensumstände und die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern in Berlin zur Optimierung der Angebote durch die Jugendhilfe. Andererseits kooperiert WIGWAM mit Berliner Suchthilfeeinrichtungen und stellt den Kontakt zur Infektionsambulanz her, so dass schwangere Klientinnen die medizinische Versorgung der Klinik für Geburtsmedizin in Anspruch nehmen können.

Bella Donna, Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen

Bereits seit 1992 ist das Thema Schwangerschaft und Mutterschaft bei drogenabhängigen Frauen konzeptionell in die Arbeit der Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen „Bella Donna“ in Essen integriert. Die Beratungsstelle bietet für substituierte/drogenabhängige Mütter und ihre Kinder das Trainingsprogramm MUT! (Mütter-Unterstützungs-Training) an. Das Training beinhaltet Unterstützung, Anregung und praktische Hilfen für den

¹⁵² <http://geburtsmedizin.charite.de/schwangere/sprechstunden/spezialsprechstunden/suchtsprechstunde/>

¹⁵³ <http://www.vistaberlin.de/index.php?id=58>

Erziehungsalltag, Informationen zu den körperlichen und psychischen Entwicklungsstadien der Kinder und deren Grundbedürfnissen. Während die Mütter in Gruppensitzungen an dem Kurs teilnehmen, wird eine Kinderbetreuung angeboten¹⁵⁴.

Beratungsangebot „Liliput – Mutter + Kind“

„Liliput – Mutter + Kind“ ist ein Angebot von Lilith e.V.¹⁵⁵, einem gemeinnützigen Träger verschiedener sozialer Einrichtungen in Nürnberg. Im Rahmen von „Liliput – Mutter + Kind“ werden z.B. Einzelberatungen für Mütter und Kinder angeboten, Gruppensitzungen, Kinderbetreuung, Freizeitangebote für Mütter und Kinder, Müttersprechstunden und die Vermittlung in Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe. Der Träger Lilith richtet sich in seiner Arbeit ausschließlich an Frauen, die illegale Drogen konsumieren oder konsumiert haben, sowie deren Kinder und Angehörige. Liliput ist Teil der Angebote des Vereins Lilith, der zielgruppenspezifisch unter anderem auch ambulante Beratungsangebote, aufsuchende Arbeit, Streetwork und Krisenintervention anbietet.

Das „Eltern-Kind-Haus“ der Fachklinik Böddiger Berg

Die Fachklinik Böddiger Berg¹⁵⁶ hält ein zielgruppenspezifisches Angebot für drogenkonsumierende Eltern bereit. Dort besteht die Möglichkeit einer stationären Rehabilitation in einem eigens für die Zielgruppe eingerichteten Behandlungsbereich. Das „Eltern-Kind-Haus“ ist ein spezielles Angebot an suchtmittelabhängige oder -gefährdete Mütter und Väter, aber auch Schwangere bzw. werdende Eltern. Sie können während ihrer Behandlung mit ihren Kindern gemeinsam unter einem Dach leben und erhalten Rat und Hilfe in Erziehungsfragen sowie Unterstützung in der Organisation des Familienalltags. Im Vorfeld findet ein Info-Gespräch in der Einrichtung statt. Eine Aufnahme ist möglich, wenn sowohl für die Eltern (durch die Rentenversicherung oder Krankenkasse) als auch für die Kinder (durch das zuständige Jugendamt) eine Kostenzusage vorliegt.

Regenbogen – Eltern-Kind-Nachsorge in der Wohngemeinschaft

Ein Angebot der stationären Nachsorge nach erfolgreicher Rehabilitation junger Mütter bzw. auch Familien ist die Nachsorgewohngemeinschaft „Regenbogen“¹⁵⁷ in Kassel. Die Einrichtung für suchtmittelabhängige Eltern ab 18 Jahren, die abstinent leben wollen, bietet den Eltern mit ihren Kindern an, ihr Eltern-Sein zu gestalten und sich und ihren Kindern eine eigene Existenz aufzubauen. Die Nachsorge umfasst die weiterführende Betreuung und Beratung nach einer ambulanten oder stationären Therapie.

FachAmbulanz Kiel – HiKiDra

Die FachAmbulanz Kiel widmet sich dem Thema „Eltern und Kinder“ und hält mit dem Projekt „Hi-Ki-Dra – Hilfen für Kinder von Drogenabhängigen“ ein erweitertes

¹⁵⁴ www.belladonna-essen.de/index.htm

¹⁵⁵ www.lilith-ev.de

¹⁵⁶ www.drogenhilfe.com/boeddiger_berg

¹⁵⁷ www.drogenhilfe.com/regenbogen

Beratungsangebot für drogenabhängige Eltern und deren Kinder bereit. Seit Juli 2010 hält die HiKiDra Kinderberatungsstelle eigene Räumlichkeiten bereit, die Arbeitsschwerpunkte umfassen Sozialberatung für Eltern, Erziehungs- und Mütterunterstützungskurse in unterschiedlichen Altersgruppen, Schwangerschaftsberatung, Gruppen für Kinder und Jugendliche mit suchtabhängigen Elternteilen, Familienfreizeiten und Ferienprogramm sowie Netzwerk- und Lobbyarbeit, Fachberatungen und Fortbildungen.¹⁵⁸

Weiterhin verfasste die FachAmbulanz Kiel im Jahr 2005 einen Hilfeleitfaden für die Landeshauptstadt Kiel (Schleswig Holstein). Der „Hilfeleitfaden für die Landeshauptstadt Kiel: HiKiDra - Hilfen für Kinder Drogenabhängiger“ hat das Ziel, die Problematik der Kinder drogenabhängiger Eltern aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, um alle mit den Kindern drogenabhängiger Eltern in Berührung stehenden bzw. arbeitenden Personen/Einrichtungen/Institutionen über die Problematik zu informieren. In dem Leitfaden werden die erforderlichen Hilfen für Kinder Drogenabhängiger beschrieben und nach Art des zuständigen Dienstes kategorisiert. Weiterhin gibt der Leitfaden Hinweise für Erkennung von Problemen, Risikobeurteilung und in Rechtsfragen, beispielsweise Rechtsansprüche der Eltern aber auch Rechtsgrundlagen für Hilfeleistungen nach den Sozialgesetzbüchern und zu Fragen der Finanzierung. (FachAmbulanz Kiel, 2005).

Projekte

Bei den hier vorgestellten Projekten handelt es sich teilweise um Bundesmodellprojekte und teilweise um regional und kommunal geförderte Vorhaben. Zum Beispiel wurde in Baden-Württemberg bereits in den Jahren 2002 bis 2006 das Programm „Suchtprävention mit Kindern von suchtkranken Eltern“, gefördert durch die „Stiftung Kinderland“, umgesetzt. Es wurden 23 Modellprojekte im Land gefördert, in deren Rahmen Kinder in therapeutisch betreuten Gruppen positive Verhaltensmodelle erlernten und Selbstsicherheit, Beziehungs- und Entscheidungsfähigkeit entwickelten. Daran ansetzend wurde das Programm „Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern“ aufgelegt, welches derzeit 16 Projekte im Land fördert.

Arenz-Greiving und Kober (2007) untersuchten in einem Review die „Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern“, indem sie die Konzeption, Dokumentation und Evaluation von 35 Projekten und Initiativen zu dem genannten Thema analysierten¹⁵⁹. Bestandteil der Untersuchung waren unter anderem Fragen nach der Art der Angebote und Stützmaßnahmen in den Projekten. Speziell hinsichtlich des Aspektes, der suchtmittelkonsumierende Eltern betrifft, wurde untersucht, welche Zugangswege zu den abhängigen Eltern sich bewährt haben und wie die Eltern in die Arbeit mit den Kindern einbezogen wurden. Die Autoren identifizieren als wesentliches konzeptionelles Element der Arbeit mit suchtbelasteten Familien den Ansatz der systemisch familienorientierten Arbeit. Etwa drei Viertel der von den Autoren analysierten Projekte verfolgen einen

¹⁵⁸ <http://fachambulanz-kiel.de/index.php/2010/projekt-eltern-kind-hikidra/>

¹⁵⁹ Eine Liste mit den Projekten, die in dem Review untersucht wurden, findet sich bei Arenz-Greiving und Kober (2007) auf Seite 63ff.

familienorientierten Ansatz. Weitere Elemente, die die Autoren nennen, sind Gruppenangebote und Elternangebote (z.B. offene Treffs, Elterngruppen, Einzelberatung, Fallberatung, Wochenendseminare, Krisenintervention und Elterntraining), außerdem Öffentlichkeitsarbeit (hierbei geht es vor allem um die Kenntnis von Angeboten bei Betroffenen sowie bei den Fachkräften), Administration (Planung von Ressourcen) und Angebote im Rahmen von Sucht-Selbsthilfe (z.B. Angebote für Kinder, während die Eltern an Gruppentreffen teilnehmen oder Familienseminare für betroffene Eltern und deren Kinder). Hinsichtlich der Zugangswege der Eltern zu den unterschiedlichen Angeboten weisen die Autoren darauf hin, dass die Kontaktaufnahme für betroffene Eltern selbst oft eine hohe Schwelle darstellt. Schuld- und Schamgefühle bezüglich des eigenen Verhaltens, aber auch Ängste vor Entziehung des Kindes sind Hindernisse für die Eigeninitiative der Eltern zur Kontaktaufnahme. Aufsuchende Arbeit (aktives Zugehen, Hausbesuche oder Präsenz in niedrigschwelligen Einrichtungen) und die Vermittlung durch andere Akteure im Hilfesystem werden als Strategien, um drogenkonsumierende Eltern zu erreichen, genannt (Arenz-Greiving & Kober 2007).

Projekte: Beispiele auf lokaler, regionaler und Bundesebene

Das Projekt „Kidkit“¹⁶⁰ ist ein niedrigschwelliges, internetbasiertes Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Zentraler Bestandteil des Projektes ist die Internetseite. Es handelt sich um ein Kooperationsprojekt des Vereins KOALA e.V. (Kinder ohne den schädlichen Einfluss von Alkohol und anderen Drogen e.V.), der Drogenhilfe Köln e.V. und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung an der Katholischen Hochschule, Abteilung Köln. Ziel des Projektes ist, Kindern und Jugendlichen, die in dysfunktionalen Familien aufwachsen und/oder familiäre Gewalt erleben, über das Internet zu den Themen „Sucht und Familie“ und „Gewalt und Familie“ altersgerecht zu Informieren. Eine kostenlose und anonyme Online-Beratung zu den Themen ist ebenfalls Bestandteil des Projekts. Die Internetseite wurde im Jahr 2002 im Rahmen des Projektes errichtet.

Das Bundesmodellprojekt „Trampolin“¹⁶¹ ist ebenfalls ein an Kinder aus suchtbelasteten Familien gerichtetes Angebot. Es zielt darauf ab, Kinder in ihrer positiven Selbstwahrnehmung und in ihren Problemlösefähigkeiten zu stärken. In Gruppenangeboten werden z.B. Stressbewältigungsstrategien vermittelt, das Thema „Sucht“ enttabuisiert und Aufklärungsarbeit über Drogen und Alkohol durchgeführt. Parallel werden Angebote für die Eltern bereitgehalten. Sie sollen für die Bedürfnisse der Kinder und die Auswirkungen der Sucht auf die Kinder sensibilisiert werden, in ihren Fähigkeiten als Eltern gestärkt werden und motiviert werden, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Das Projekt wird von dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) wissenschaftlich begleitet und auf seine Wirksamkeit hin überprüft. Das Projekt wird in Standorten in allen 16 Bundesländern durchgeführt.

¹⁶⁰ www.kidkit.de

¹⁶¹ www.projekt-trampolin.de

KiSEL¹⁶² (Kinder Suchtkranker Eltern) ist ein Projekt der Drogen- und Jugendberatungsstelle Arbeitskreis Rauschmittel e.V. Lörrach, das sich im Kern an Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien richtet, aber auch Angebote für die Eltern selbst bereithält. Die Angebote für die Eltern umfassen Beratung bei Fragen bezüglich Erziehung, Schule oder Kindergarten. Außerdem sollen die Erziehungskompetenzen der Eltern gestärkt werden und Rückmeldung über die Entwicklung der Kinder erbracht werden.

Das Projekt Lichtblick der Integrative Drogenhilfe e.V.¹⁶³ aus Frankfurt ist ein ambulantes Beratungs- und Unterstützungsangebot für suchtmittelabhängige und substituierte Eltern. Die Arbeit von Lichtblick beruht auf der Erkenntnis, dass es im Interesse des Kindes ist, einen Sorgerechtsentzug nach Möglichkeit zu vermeiden. Nahziel von Lichtblick ist die Schadenminimierung, Fernziel die Herauslösung der Eltern aus der Drogenszene. Oberstes Ziel jedoch ist die gesunde körperliche und seelische Entwicklung der Kinder. Eltern werden dabei Gespräche zu Erziehungsfragen und anderen familiären Themen angeboten sowie praktische Hilfe bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, wobei im Sinne von Empowerment die Eltern dazu angehalten werden, so viel wie möglich selbst zu erledigen.

Frühintervention für suchtmittelabhängige Schwangere (KIDS)¹⁶⁴ wurde 2007 als gemeinsames Projekt des Jugendamtes der Stadt Kassel und der Drogenhilfe Nordhessen e.V. initiiert. KIDS hat das Ziel schwangere suchtmittelabhängige Frauen so früh wie möglich in der Schwangerschaft zu erreichen und auf der Grundlage einer engmaschigen passgenauen Hilfeplanung zwischen der werdenden Mutter, den Allgemeinen Sozialen Diensten (ASD) und KIDS sowie einer intensiven Einzelbetreuung durch „KIDS“ die Voraussetzungen zu schaffen, die für eine gemeinsame Lebensperspektive von Mutter und Kind notwendig sind. Auch die Stärkung der Erziehungsfähigkeit, Vermittlung in weiterführende Hilfen und Verhinderung vorgeburtlicher Schädigungen der Kinder sowie Prävention eigener süchtiger Lebensverläufe durch den Aufbau eines stabileren emotionalen und sozialen Umfeldes sind Bestandteile der Unterstützungsleistungen für drogenkonsumierende Eltern.

Im Bundesland Thüringen setzt sabit e.V. im Raum Erfurt seit 2006 das Projekt „Jonathan – Ein Projekt zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien“¹⁶⁵ um. Bestandteile der Aktionen und Maßnahmen sind u.a. freizeitpädagogische Betreuungsangebote für Kinder mit mindestens einem suchtblasteten Elternteil, aber auch Stabilisierung und Stärkung sozialer Kompetenzen sowie alters- und themenspezifische Aufklärung zur Suchtproblematik. Teilweise wird auch Elternarbeit angeboten, seit 2011 z.B. in Form eines festen Ansprechtages für Eltern, Kinder und Institutionen.

Zum Arbeitsauftrag des NZFH (vgl. 12.2.4) gehört die Förderung und Koordination der wissenschaftlichen Begleitung von Modellprojekten in allen Bundesländern. In diesen Modellprojekten werden Maßnahmen und Ansätze zur frühzeitigen Unterstützung hoch

¹⁶² www.kisel.de

¹⁶³ www.idh-frankfurt.de/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=84

¹⁶⁴ www.drogenhilfe.com/case

¹⁶⁵ www.projekt-jonathan.de

belasteter Familien, wie z.B. die Kooperation und Vernetzung relevanter Akteure im Feld der Frühen Hilfen erprobt. Beispiele für Modellprojekte im Rahmen des NZFH, die einen direkten Bezug zur Thematik suchtbelasteter Familien haben, sind „Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt (Intervention)“ und „Familienhebammen im Landkreis Osnabrück (Intervention)“. Das Konzept der Familienhebammen bietet Unterstützung für hoch belastete Familien und senkt das Risiko, dass Säuglinge und Kleinkinder durch die eigenen Eltern geschädigt werden. Die Bereitschaft zur Annahme dieser Form der Frühen Hilfen ist hoch.¹⁶⁶

12.3.3 Netzwerke und Kooperationen

Kooperation von staatlichen und nicht staatlichen Akteuren

In der Arbeit mit suchtbelasteten Familien ist eine multiprofessionelle Begleitung der Familien erforderlich, um Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen anzubieten. Experten der Suchthilfe kommen in einem Positionspapier zu der Einschätzung, dass entsprechende Kooperationen noch aufgebaut, bzw. ausgebaut werden müssen (fdr 2009). Die Angebote gehen über die Aufgaben der Suchthilfe hinaus, weshalb als mögliche Partner für regionale Kooperationen u.a. genannt werden: Suchtberatungsstellen, AIDS-Hilfe, Ärzte verschiedener Fachrichtungen (z.B. Hausärzte, Psychiater, Kinderärzte, Gynäkologen), Hebammen, Jugendhilfe, Gesundheitsämter, sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Sozialämter, Erziehungsberatungsstellen, Gerichte und weitere Ämter. Wie in Kapitel 12.2 beschrieben sind Kooperationsstrukturen derzeit noch nicht durch eine verbindliche Gesetzesbasis geregelt, was durch das neue Bundeskinderschutzgesetz geschehen soll.

Kommunale Kooperationsvereinbarungen

Als Beispiel für die Kooperation verschiedener Akteure auf kommunaler Ebene kann die „Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppen innerhalb der Stadt Essen“¹⁶⁷ angeführt werden. In der Vereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken wurden im Jahr 2002 die gemeinsamen Ziele definiert, drogenkonsumierende/substituierte Mütter/Väter/Eltern (auch werdende) und ihren Kindern dauerhaft ein gemeinsames Leben zu ermöglichen und eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Zielgruppe und eine verbindliche Kooperation mit den Vertragspartnern der drei Bereiche festzulegen. Ein konkretes Beispiel der Zusammenarbeit aus der Vereinbarung ist die „HelferInnenkonferenz“. Je nach Einzelfall beteiligen sich Fachkräfte aus den Hilfebereichen und die Betroffenen selbst regelmäßig zur Abklärung der Situation und Bedarfe sowie Hilfsangebote und Zielsetzungen¹⁶⁸.

Die institutionsübergreifende Kooperationsvereinbarung in Essen war die erste dieser Art in Deutschland, inzwischen existieren vergleichbare Vereinbarungen auf kommunaler Ebene in einer Vielzahl deutscher Städte. So existieren z.B. in Mecklenburg-Vorpommern mittlerweile

¹⁶⁶ www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen/

¹⁶⁷ www.nacoa.de/images/stories/pdfs/kooperationsvereinbarung%20essen.pdf

¹⁶⁸ http://essen.de/de/Rathaus/Aemter/Ordner_50/Sucht/Sucht_Startseite_Abhaengigkeit_und_Sucht.html

drei funktionierende Netzwerke für Kinder aus suchtbelasteten Familien in Rostock, Greifswald und Wolgast. Die Koordination liegt bei der Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern¹⁶⁹.

In Hamburg existieren zwei Rahmenvereinbarungen zur Kooperation („Schwangerschaft – Kind – Sucht“ und „Familie – Kind – Sucht“), deren Unterzeichner die Notwendigkeit der Zusammenarbeit verschiedener Professionen und Institutionen unterstreichen. Aus den Bereichen der medizinischen Versorgung, Jugendhilfe und Suchthilfe bzw. der Allgemeinen Sozialen Dienste (ASD) und der Suchthilfe einigen sich die Akteure gemeinsam auf Standards in der Unterstützung von Betroffenen durch die jeweiligen Berufsgruppen und ihre Zuständigkeiten. Auch Standards für die Kooperation z.B. hinsichtlich der Kontaktaufnahme zu zuständigen Stellen, fachlicher Austausch und Austausch von Informationen, eventuelle Entbindungen von Schweigepflichten und führen von fallbezogenen Kooperationspartnerlisten sind Bestandteile der Rahmenvereinbarungen (BSG 2008; BSG 2010).

Kooperationsstrukturen im Bereich der Frühen Hilfen

Zu Kooperationsformen im Bereich der Frühen Hilfen (vgl. Kapitel 12.2) wurde eine bundesweite Bestandsaufnahme durch das Deutsche Institut für Urbanistik durchgeführt. Die Kooperationsstrukturen umfassen inzwischen etwa 50% aller Jugend- und Gesundheitsämter in Deutschland (Landua et al. 2009). Insbesondere unter Jugendämtern ist die Zahl der Ämter mit eigenen Aktivitäten im Bereich der Frühen Hilfen hoch, und die Vernetzung mit anderen Professionen stark ausgebaut. Insgesamt liegen die Schwerpunkte der Frühen Hilfen wie beschrieben auf der Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern, aber im Bereich mit der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen spielt auch die Vernetzung mit Drogenberatungsstellen eine Rolle (Landua et al. 2009).

Unterstützt werden Netzwerke teilweise auch auf Länderebene. Z.B. werden in Baden-Württemberg Landesmittel zur Verfügung gestellt und 18 Stadt- und Landkreise durchlaufen aktuell das Programm „Gütesiegel Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“. Die Kreise erhalten fachliche Unterstützung beim Auf- und Ausbau einer Struktur für eine verbesserte Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen und für verbesserte Angebote der Frühen Hilfen.

12.3.4 Verbände und Vereine

Im Folgenden werden einige Beispiele für Netzwerke, Verbände und Vereine angeführt, die als Akteure im Themenfeld „suchtbelastete Familien“ aktiv sind. Sie führen Projekte durch, betreiben Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, dienen der Vernetzung von Einrichtungen und Fachleuten oder fungieren als Interessensvertretung. Insbesondere an dieser Stelle kann eine Trennung nach „illegalen“ und „legalen“ Suchtmitteln im Zusammenhang mit suchtbelasteten Familien schwerlich vorgenommen werden.

¹⁶⁹ http://smv.de/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=31

„NACOA Deutschland - Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V.“¹⁷⁰ ist eine offizielle Partnerorganisation der amerikanischen National Association for Children of Alcoholics (NACOA). NACOA vertritt die Interessen von Kindern, die in ihren Familien von Alkoholismus oder anderen Arten von Suchterkrankungen betroffen sind. Wesentliche Aufgaben sieht NACOA in der Information der Öffentlichkeit und einer Enttabuisierung des Themas „Kinder aus suchtbelasteten Familien“. Übergeordnetes Ziel ist es, die Chancen für Kinder suchtkranker Eltern zu erhöhen, Hilfe zu erhalten, die ihre Lebenssituation verbessert. Der Verein informiert auf seiner Internetseite über Hintergründe, Zahlen und Fakten aus Studien und Quellen Dritter sowie über Hilfsangebote. In zielgruppenorientierten Bereichen der Seite bietet NACOA Informationen für Mitarbeiter in Jugendämtern an, z.B. Handlungsempfehlungen für den Umgang mit suchtbelasteten Familien oder auch Beispiele für kommunale Kooperationsvereinbarungen der an der Arbeit mit suchtbelasteten Familien beteiligten Stellen.

Das „European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family (ENCARE)“¹⁷¹ vernetzt, informiert und unterstützt Fachleute, die mit Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien arbeiten. Im Netzwerk werden hauptsächlich Projekte mit Bezug zur Thematik „alkoholbelastete Familien“ durchgeführt, die im Wesentlichen durch das Daphne-Programm der Generaldirektion Justiz (DG Justice) gefördert werden. Im Fokus stehen dabei z.B. Erhebungen über Gefährdungslagen der Kinder, innerfamiliäre Gewalt im Zusammenhang mit Alkohol oder Handlungsempfehlungen und Sammlungen guter Praxis der Schadensbegrenzung und Gesundheitsförderung.

12.3.5 Tagungen und Veranstaltungen

Die Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen (BLS), die AG Suchtprävention Potsdam und der AK Sucht/Erwachsene Potsdam führten am 13. Dezember 2010 gemeinsam eine Fachtagung zum Thema Kinder in suchtbelasteten Familien durch. Die Fachvorträge behandelten Fragen der Begleitung suchtkranker Familien und Vernetzung der Jugendhilfe und Suchthilfe sowie einer Vorstellung des bundesweiten Projektes „Trampolin“. Die Workshops behandelten Fragen der Vernetzung und Kooperation von Akteuren und Einrichtungen in Potsdam und Brandenburg, die mit suchtbelasteten Familien zusammenarbeiten.¹⁷²

Vom 13. bis 19. Februar 2011 fand die „Aktionswoche für Kinder aus Suchtfamilien“ statt. Die drei Vereine "Kunst gegen Sucht" (Düsseldorf), "NACOA Deutschland" (Berlin) und "Such(t)- und Wendepunkt" (Hamburg) sind die Initiatoren der Aktionswoche. Sie fand zeitgleich wie die „Children of Alcoholics Week (COA Week)“ in den USA und Großbritannien statt und wird jährlich durchgeführt. Das Ziel der Aktionswoche ist, die Aufmerksamkeit von Öffentlichkeit und Medien auf die Situation von bis 2,65 Mio. Kindern zu lenken, die in Deutschland in suchtbelasteten Familien aufwachsen. Bundesweit wurden Veranstaltungen und Aktionen

¹⁷⁰ www.nacoa.de

¹⁷¹ www.encare.de

¹⁷² <http://www.spf.chillout-pdm.de/content/view/396/233/>

von Einrichtungen, Verbänden und Initiativen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen durchgeführt. Dabei wurden sehr unterschiedliche Aktivitäten durchgeführt, z.B. Fachtagungen, Informationsabende, Fortbildungsseminare oder Theater- und Filmvorführungen.¹⁷³

Die Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg führte am 23. Mai 2011 ihre 31. Landestagung unter dem Thema „Vater-Mutter-Kind – Familienorientierung in der Suchthilfe“ durch. In Fachvorträgen wurden Ausmaß suchtselasteter Familien in Deutschland und Folgen von Suchtproblemen in Familien für Betroffene und Angehörige referiert sowie auf Lösungswege und konkrete Hilfsangebote hingewiesen. Der hohen Zahl der betroffenen Kinder kommt derzeit noch zu wenig Aufmerksamkeit in Einrichtungen der Suchthilfe zu. Andererseits sind insbesondere viele Kinder aus Familien gefährdet, deren Alkoholmissbrauchende/-abhängige Väter/Mütter/Eltern derzeit gar nicht durch das Suchthilfesystem erreicht werden, weshalb die Notwendigkeit der Familien- und Angehörigenarbeit hervorgehoben wurde. Weiterhin bot die Tagung einer Reihe von Projekten und Einrichtungen die Möglichkeit, ihre Arbeit und Methoden im Umgang mit suchtselasteten Familien vorzustellen.¹⁷⁴

Am 9. September 2011 führte das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) eine Fachtagung zum Thema „„Wenn Eltern süchtig sind ... Hilfen für Kinder aus suchtselasteten Familien“ durch.¹⁷⁵ Die Tagung thematisierte die erhöhte Gefahr für Kinder aus suchtselasteten Familien, später selbst eine Suchterkrankung oder eine andere psychische Störung zu entwickeln. Experten aus der Wissenschaft und Praxis diskutierten Ursachen der problematischen Entwicklung betroffener Kinder, die sowohl genetische Faktoren als auch inner-familiäre Stressoren umfassen. Die problematische Lebensumwelt der Kinder wurde ebenfalls thematisiert. Mit der Fachkonferenz machte das DZSKJ auf die verschiedenen Problematiken von Kindern aus suchtselasteten Familien aufmerksam, und gab einen Überblick über die verschiedenen Aspekte des Themas.

¹⁷³ www.coa-aktionswoche.de/

¹⁷⁴ www.suchtfragen.de/landestagung/beitraege.html

¹⁷⁵ www.uke.de/zentren/suchtfragen-kinder-jugend/index.php