

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung



DOKUMENTATION DER 33. NIEDERSÄCHSISCHEN SUCHTKONFERENZ 11|2023

INNOVATIVE HILFEN FÜR SUCHTBELASTETE FAMILIEN

Berichte zur Suchtkrankenhilfe



Niedersachsen. Klar.

INNOVATIVE HILFEN FÜR SUCHTBELASTETE FAMILIEN

Impressum

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.
Schillerstraße 32
30159 Hannover

Redaktion:
Thomas Altgeld
Alexandra Schüssler

Layoutkonzept und Gestaltung:
hgb – Homann Güner Blum,
Visuelle Kommunikation,
Hannover

Erschienen im Juni 2024

Druck:
Unidruck, Hannover

VORWORT

DR. ANDREAS PHILIPPI Niedersächsischer Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung	Innovative Hilfen für suchtblastete Familien	6
---	---	----------

VORTRÄGE

PROF. DR. DIANA MOESGEN	Kinder aus suchtblasteten Familien – Lebenswelten und Möglichkeiten der Hilfe	8
PROF. DR. REGINA KOSTRZEWA	Stigmatisierung und Selbststigmatisierung in suchtblasteten Familien	14
DR. MED. LIESELOTTE SIMON- STOLZ, DR. MED. HAUKE DUCK- WITZ, FRAUKE SCHWIER	Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Handlungsempfehlungen aus dem Leitfaden der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin	18
DR. ANKE HÖHNE	Lina. Schwangerschaft Kind Sucht. Das Hamburger Netzwerk für schwangere Frauen mit einer Suchtblastung	26
KATHARINA POGUNTKE	Schul-KITT	31
ANDREAS GANTNER	Multidimensionale Familientherapie	34
GABRIELE BARTOSZAK	Kinderschutz in der Psychosozialen Beratung. Prävention, Förderung und Intervention	38
ANNA TIBERT	Familien zwischen Substitution, Drogenhilfe und Jugendamt	44

ANHANG

Verzeichnis der Referent:innen Themen bisheriger Suchtdokumentationen	52
--	-----------

Vorwort

Innovative Hilfen für suchtblastete Familien

Sehr geehrte Damen und Herren.

Ich möchte Sie ganz herzlich zur 33. Niedersächsischen Suchtkonferenz in der Akademie des Sports begrüßen. Heute geht es um „Innovative Hilfen für suchtblastete Familien“. Studien zeigen, dass in Deutschland rund drei Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren – vermutlich deutlich mehr – in suchtblasteten Familien leben. Wenn Eltern abhängigkeitskrank sind, dann hat dies unmittelbare Auswirkungen auf die Entwicklung ihrer Kinder.

Kinder aus suchtblasteten Familien fehlen öfter in der Schule, brechen diese häufiger ab und haben schlechtere Schulergebnisse. Abhängigkeitskranke Eltern sind neben der Alltagsbewältigung häufig mit den Folgen ihrer Erkrankung beschäftigt wie Suchtmittelbeschaffung, Konsum, Rausch und Entzugsversuchen. Sie können ihrer Elternrolle dadurch häufig nur eingeschränkt oder nicht gerecht werden.

Der Alltag in Familien mit suchtkranken Eltern ist unberechenbarer als in anderen Familien. Häufig können die Kinder nicht die Nähe und Geborgenheit erleben, die sie brauchen. Kinder übernehmen häufig früh Aufgaben der Erwachsenen und sorgen mehr für die Familie, als es altersgerecht ist.

Kinder aus suchtblasteten Familien haben ein großes Risiko Vernachlässigung zu erleben sowie emotionale und körperliche Gewalt.

Hinzu kommt, dass die Suchtproblematik innerhalb der Familie häufig tabuisiert wird. Dadurch lernen Kinder, ihren Gefühlen und Wahrnehmungen nicht zu vertrauen oder sie zu unterdrücken.

Und schließlich sind die Kinder und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien auch dem Stigma ausgesetzt, das auf Abhängigkeitskrankungen lastet. Damit sind diese Kinder und Jugendlichen eine der Hauptrisikogruppen für die Entwicklung einer eigenen Abhängigkeitskrankung oder einer anderen psychischen Störung. Studien haben gezeigt, dass Kinder aus suchtblasteten Familien früher Substanzen konsumieren, früher erste Rauscherfahrungen machen, mehr Rauschtrinken betreiben und ein schnellerer Übergang vom alkoholbezogenen Konsum hin zur Alkoholabhängigkeit eintritt.

Bei den psychischen Erkrankungen besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Depressionen, Ängste und Störungen des Sozialverhaltens. Das Risiko dieser Kinder, im Leben eine

psychische Erkrankung und insbesondere eine Abhängigkeitskrankung zu entwickeln, ist im Vergleich zu Kindern gleichen Alters um 30–40 % erhöht. Diese erhöhten Risiken zeigen sich außerdem in erhöhten Behandlungskosten von Kindern aus suchtblasteten Familien, welche jährlich mit 221,5 Millionen Euro höher geschätzt werden als die von Kindern aus nicht belasteten Familien.

Wenn Sie im Gesundheitswesen, in der sozialen Arbeit oder wo auch immer mit abhängigkeitskranken erwachsenen Menschen zu tun haben, fragen Sie nach den Kindern dieser Menschen. Diese Kinder fallen nicht unbedingt auf. Unter Umständen sind Sie die einzige Person, die nach ihrem Schicksal fragt und dadurch einen Hilfebedarf identifizieren und Hilfen initiieren kann.

Kinder und Jugendliche mit suchtkranken Eltern sind eine besonders vulnerable und gleichzeitig eine sehr schwer zu erreichende Gruppe. Bereits die Suchtkonferenz im Jahr 2012 hatte unter dem Titel „Sucht zu Hause“ suchtblastete Familien und ihre Kinder zum Thema. Damals standen unter anderem die kindlichen Bewältigungsstrategien und individuellen Schutzfaktoren im Fokus sowie

daraus abgeleitete Unterstützungsbedarfe. Zehn Jahre nach dieser ersten Suchtkonferenz zu diesem Thema sind die Belastungen für die Familien nicht weniger geworden. Dies wird auch im diesjährigen Kindergesundheitsbericht sichtbar. Die Pandemie hatte einen deutlichen Einfluss nicht nur auf die psychische Verfassung der Kinder und Jugendlichen, sondern scheint sich auch auf ihren Suchtmittelgebrauch auszuwirken. So ist der Anteil der Raucher:innen bei den 14- bis 17-Jährigen 2022 auf mehr als 15 % angestiegen. 2021 waren es noch 8,7 %. Immer mehr Kinder und Jugendliche konsumieren Cannabis und beginnen mit dem Konsum in einem jüngeren Alter. Diese Entwicklungen verlangen eine Antwort des Versorgungssystems.

Es gibt auch viele Initiativen, die das Thema Kinder aus suchtbelasteten Familien aktiv angehen: Auf Bundesebene hat sich seit 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen mit koordinierten Hilfsangeboten etabliert. Es adressiert Familien ab der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr des Kindes und macht Abhängigkeitserkrankungen zum speziellen Thema. Unterstützungsangebote, wie Factsheets wurden entwickelt, um spezifischere therapeutische Hilfen zu vermitteln.

Ebenfalls auf Bundesebene findet zeitgleich mit unserer Veranstaltung heute eine Fachtagung zum Umsetzungsstand der Handlungsempfehlungen der Arbeitsgruppe „Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern“ (KpkE) statt. Sie hat der Bundesregierung 2019 differenzierte Empfehlun-

gen zur Verbesserung der Situation der Kinder und Jugendlichen mit psychisch und abhängigkeiterkrankten Eltern vorgelegt:

Einige der Empfehlungen wurden bereits im Zusammenhang mit dem seit 2021 in Kraft getretenen Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) umgesetzt. Auf Landesebene liegt in Niedersachsen seit 2022 ein modernes strategisches Suchtpräventionskonzept vor. Es geht darum, den Menschen im Land über die gesamte Lebensspanne ein möglichst gesundes Leben ohne Abhängigkeitserkrankungen zu ermöglichen.

Das Konzept empfiehlt Kinder aus suchtbelasteten Familien durch folgende Maßnahmen besser zu erreichen: Es geht um die Sensibilisierung von Kontakt- und Bezugspersonen (z.B. Kita, Soziale Arbeit, Familienhebammen), um betroffene Kinder und Jugendliche zielgerichtet zu unterstützen und gegebenenfalls die Eltern zu motivieren, Hilfe anzunehmen. Es geht um die Erweiterung des Programms der Suchtpräventionsfachkräfte. Diese gibt es zurzeit nur in 22 Kommunen. Es sollte sie in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt in Niedersachsen geben. Auch auf kommunaler Ebene gibt es zahlreiche Initiativen, die Inhalte des Niedersächsischen Suchtpräventionskonzepts mit dem Fokus auf „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ umsetzen. Diese anspruchsvolle Aufgabe kann nur gelingen, wenn die unterschiedlichen Akteure zusammenwirken. Dieser Prozess wird von der Landesregierung auch zukünftig unterstützt und gefördert.

Die Situation in suchtbelasteten Familien erhöht das Risiko der intergenerationalen Weitergabe von Abhängigkeitserkrankungen von den Eltern auf die Kinder. Es erhöht das Risiko für die Kinder einen schlechten Start ins Leben zu haben. Es erhöht ihr Risiko selbst später psychisch krank oder abhängig zu werden. Es erhöht ihr Risiko keinen oder einen schlechteren Schulabschluss und später schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu haben.

Dennoch gibt es in Deutschland noch keine flächendeckenden Hilfen im Bereich der Prävention und Unterstützung für diese Hochrisikogruppe. Es ist gut, dass Sie das Thema suchtbelastete Familien so diskutieren, wie es diskutiert werden muss: nämlich interdisziplinär!

Nutzen Sie den Tag nicht nur, um neue Impulse zu bekommen, sondern vor allem auch, um sich zu vernetzen. Denn die Vernetzung macht die Arbeit im Alltag zum Wohle der betroffenen Familien leichter.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende, spannende Veranstaltung! Vielen Dank!

Dr. Andreas Philippi
Niedersächsischer Minister
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Kinder aus suchtbelasteten Familien

Lebenswelten und Möglichkeiten der Hilfe

Vorbemerkung

Substanzkonsumstörungen gehen nicht nur mit hohen Belastungen für die betroffene Person einher, sondern besitzen auch starken Einfluss auf das soziale Umfeld der Betroffenen. Die Frage nach den Auswirkungen auf die Angehörigen sollte in der Praxis und Forschung die Regel und nicht die Ausnahme sein. Kinder aus suchtbelasteten Familien stellen im Kontext der Angehörigenarbeit eine besonders schutzbedürftige Zielgruppe dar.

Wichtig ist zu betonen, dass Eltern, die von einer Substanzkonsumstörung betroffen sind, in der Regel den starken Wunsch besitzen, bessere Eltern für ihr(e) Kind(er) zu werden und sich Sorgen über die Auswirkungen ihres Substanzkonsums auf ihr(e) Kind(er) machen (Suchman et al., 2013). Dennoch sind betroffene Eltern häufig in erster Linie mit den Symptomen ihrer Störung befasst, die mit Bedürfnissen von Kindern in Konflikt geraten.

1. Zahlen zu Kindern aus suchtbelasteten Familien

Verschiedene Studien haben versucht, die Anzahl der Kinder zu erfassen, die mit einem oder zwei Elternteilen mit Substanzkonsumstörung zusammenleben. Häufig liegen jedoch nur Schätzungen oder Hochrechnungen vor. Aktuelle Hochrechnungen zufolge lebten in Deutschland im Jahr 2018 insgesamt 13.597.428 minderjährige Kinder; unter ihnen etwa 5,2–7,9% (686.482–696.279) in Haushalten, in denen mindestens ein Erwachsener eine alkoholbezogene Störung aufwies (Kraus et al., 2020). In Haushalten, in denen eine drogenbezogene Problematik eines Erwachsenen vordergründig war, lebten etwa 0,38–1,05% (93.229–142.141) der Kinder. Somit wird die Gesamtsumme von Kindern in engem Kontakt zu einem Erwachsenen mit einer substanzbezogenen Störung auf 7,4–11,2% (1.000.725–1.522.667) geschätzt. Zahlen zu Kindern von Eltern mit einer Störung durch Verhaltenssüchte lassen sich gegenwärtig nur schwierig schätzen. Von einer erheblichen Dunkelziffer ist in allen Gruppen auszugehen.

2. Psychosoziale Lebensbedingungen suchtbelasteter Familien

Die ungünstigen Lebensbedingungen für Kinder aus suchtbelasteten Familien sind aus Forschungssicht mehrfach belegt und betreffen soziodemographische und psychosoziale Aspekte.

2.1. Lebenswelten von suchtbelasteten Familien

Aspekte der sozialen Marginalisierung und ein niedriger sozioökonomischer Status werden in betroffenen Familien häufiger beobachtet als in Familien ohne Substanzkonsumstörungen (Klein et al., 2017). Das Zusammenspiel von benachteiligenden sozialen Bedingungen und einer elterlichen Substanzkonsumstörung führt häufig zu Konflikten zwischen den Eltern. Templeton et al. (2009) zufolge erleben Kinder mit betroffenen Eltern häufig elterliche Streitigkeiten, die teils in häuslicher Gewalt münden können. Es ist daher wenig überraschend, dass die Kinder eine Trennung oder Scheidung ihrer Eltern erleben. Diese Beziehungsabbrüche können neben (wiederholten) Fremdunterbringungen eines Kindes,

langfristigen stationären Behandlungen des betroffenen Elternteils, Haftstrafen oder sogar dem Tod des Elternteils (z.B. durch eine Überdosis) negative Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Dyade haben und unsichere Bindungsmuster fördern (Klein et al., 2017).

2.2. Dysfunktionales Elternverhalten

Insbesondere im Zuge einer Progredienz einer elterlichen Abhängigkeitsstörung verlagern sich die Prioritäten des betroffenen Elternteils auf die Beschaffung und den Konsum des Suchtmittels, während Verantwortlichkeiten hinsichtlich Kinder und Erziehung zunehmend vernachlässigt werden. Elterliche Aufgaben, wie z.B. die materielle Grundversorgung des Kindes, die adäquate Förderung kindlicher Entwicklung sowie die Befriedigung emotionaler kindlicher Grundbedürfnisse nach Anleitung, Ermutigung, Zuwendung und emotionaler Wärme sind im Kontext von elterlichem Substanzkonsum regelhaft beeinträchtigt (Arria et al., 2012). Als Resultat werden alltägliche Aufgaben und Pflichten innerhalb der Familie oftmals neu verteilt. Kinder können dann altersinadäquate Verpflichtungen auferlegt bekommen, die praktisch und emotional überfordernd sein können, wie z.B. die Versorgung jüngerer Geschwister. Das Phänomen der „Parentifizierung“ betrifft die Versorgung des betroffenen Elternteils (Pasternak & Schier, 2014).

In der praktischen Erziehung ist bei Eltern mit Substanzgebrauchsstörungen häufig bestrafendes und übermäßig strenges Verhalten zur Disziplinierung der Kinder zu beobachten, bei einem gleichzeitig auftretenden defizitären

Monitoring der Kinder, das heißt eine nicht ausreichende Beaufsichtigung und/oder Begrenzung (Calhoun et al., 2015). Je nach der Wirkung der konsumierten Substanz sind auch die Stimmung und das Verhalten der Eltern oft sprunghaft (Templeton et al., 2009). Dies erschwert es dem Kind, ein sicheres Bindungsmuster zu den Eltern aufzubauen. Die spezifischen Wirkungen der verschiedenen Substanzen variieren und prägen das elterliche Verhalten stark: Während Alkohol, Marihuana oder Opioide mit sozialem Rückzug und depressiven Verstimmungen verbunden sind, können Stimulanzien wie Kokain oder Methamphetamin zu unruhigem, impulsivem und aufdringlichem Verhalten führen (Mayes & Truman, 2002). Betroffene Kinder bemerken den Rausch der Eltern oft an einer undeutlichen Sprache, unangemessener Kommunikation, dem Wechsel zwischen körperlicher Nähe und Ablehnung sowie an unvorhersehbaren Reaktionen, die von laxer Nachgiebigkeit bis zu Überreaktion reichen. Der daraus resultierende Mangel an Kontinuität und altersgerechten Grenzen kann das Kind überwältigt und verunsichert zurücklassen (Dyba et al., 2019).

Lang andauernder elterlicher Substanzkonsum wurde außerdem mit vermehrten Tendenzen zu Gewalt und Kindesmisshandlung in Verbindung gebracht (Ammerman et al., 1999). Für Kinder aus suchtbelasteten Familien besteht dabei ein erhöhtes Risiko, nicht nur häusliche Gewalt und (teils schwere) Vernachlässigung (Ghertner et al., 2018), sondern auch sexuellen Missbrauch zu erleben (Walsh et al., 2002).

3. Auswirkungen der elterlichen Substanzkonsumstörung auf das Kind

Forschungsbefunde haben mehrfach belegt, dass sich ein elterlicher Substanzkonsum auf unterschiedliche Entwicklungsbereiche des Kindes negativ auswirken kann. Hierbei sind Aspekte einer potenziellen pränatalen Substanzexposition des Kindes sowie die genannten psychosozialen Faktoren von Bedeutung.

3.1. Pränatale Exposition an Suchtmittel

Bei einer vorgeburtlichen Alkoholexposition besteht für das Ungeborene z.B. die Gefahr der Entwicklung einer Fetalen Alkoholspektrum-Störung (FASD) (Landgraf & Heinen, 2013). Auch Befunde zur pränatalen Drogenexposition dokumentieren negative Auswirkungen auf das ungeborene Kind, die neben körperlichen Schädigungen auch spätere Verhaltens- und Entwicklungsdefizite beim Kind einschließen (z.B. Mühlig et al., 2016). Ein pränataler Methamphetamin- oder Heroinkonsum kann außerdem nach der Geburt zu Entzugssymptomen beim Neugeborenen führen (Neonatales Abstinenzsyndrom (NAS)) (Calhoun et al., 2015).

3.2. Entwicklung psychischer Störungen

Kinder aus suchtbelasteten Familien haben ein 2,7-fach erhöhtes Risiko selbst eine Substanzgebrauchsstörung zu entwickeln (Greiner et al., 2018). Darüber hinaus konnte beobachtet werden, dass betroffene Kinder mit größerer Wahrscheinlichkeit a) in einem jüngeren Alter beginnen, erstmals selbst Substanzen zu konsumieren

ren (Waldron et al., 2014), b) früher erste Rauschzustände erleben (Wong et al., 2006), c) häufiger „Binge Drinking“ aufweisen (Weitzmann & Wechsler, 2000) und d) dass sich der Übergang vom ersten Substanzkonsum zu einer substanzbezogenen Störung schneller vollzieht als bei Kindern aus unbelasteten Familien (Hussong et al., 2008).

Neben dem Risiko für eine eigene Substanzkonsumstörung entwickeln sich bei betroffenen Kindern häufig auch psychische Störungen, z.B. in Form externalisierender Verhaltensstendenzen wie Störungen des Sozialverhaltens (Molina et al., 2010) oder hyperkinetische Störungen (Parvaresh et al., 2015). Auch in Bezug auf internalisierende Auffälligkeiten zeigen die Kinder erhöhte Raten an z.B. Ängsten, depressiven Störungen oder Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Bender et al., 2021; Omkarappa & Rentala, 2019). Diese manifestieren sich oft in der Kindheit, können sich aber auch später im Jugend- und Erwachsenenalter entwickeln bzw. fortbestehen (Park & Schepp, 2015).

4. Schutzfaktoren und Resilienz

Trotz der Vielzahl an vorhandenen Risiken ist die Entwicklung einer eigenen Substanzkonsumstörung und/oder psychischer Störungen nicht allein durch die reine Anwesenheit einer elterlichen Abhängigkeitsstörung zu erklären (Klein et al., 2017). Vor allem die transgenerationale Transmission der elterlichen Substanzkonsumstörung auf das Kind ist komplex und beinhaltet genetische (Palmer

et al., 2019), soziale und psychologische Faktoren wie Modelllernen und positive Wirkungserwartungen an die Substanz (Cleveland et al., 2014; Waddell et al., 2020).

Je mehr Risikofaktoren in einer Familie vorhanden sind, desto stärker kann die Entwicklung des Kindes beeinträchtigt werden. Daher kommt protektiven Faktoren eine wichtige Bedeutung zu, zu denen u.a. umgebungsbezogene Schutzfaktoren zählen, wie z.B. eine unterstützende und vertrauensvolle Beziehung zu einem nicht-konsumierenden Erwachsenen, Freundschaften mit Gleichaltrigen und Kontinuität im Familienalltag (Velleman & Templeton, 2016). Eine elterliche Substanzkonsumstörung von geringer Intensität und kürzerer Dauer sowie eine zeitnahe, effektive Behandlung des suchtkranken Elternteils gelten außerdem als wichtige schützende Aspekte. Zu den personenbezogenen Resilienzfaktoren des Kindes gehören z.B. eine hohe internale Kontrollüberzeugung, soziale Fähigkeiten, eine funktionale Emotionsregulation, ein proaktives Hilfesuchverhalten, Selbstfürsorge, Freizeitinteressen, Zukunftspläne sowie Distanzierungsfähigkeit.

5. Unterstützungsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Die oben genannten Befunde weisen darauf hin, dass ein hoher Bedarf an Hilfsmaßnahmen für betroffene Eltern und deren Kinder besteht. Grundsätzlich ist der Zugang für suchtbelastete Familien zum professionellen Hilfesystem aus unterschiedlichen Gründen oftmals erschwert. Suchtkranke Eltern

sind z.B. aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen häufig nicht bereit, ihren Kindern eine Teilnahme an professionellen Unterstützungsangeboten zu ermöglichen (Klein et al., 2017). Diese elterliche Zurückhaltung muss im Zuge von Ansprachen betroffener Familien dringend berücksichtigt werden.

5.1. Interventionen für Kinder aus suchtbelasteten Familien

In Deutschland existieren zahlreiche Unterstützungsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Die meisten Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien sind aber in der lokalen, ambulanten Suchthilfe verortet (Ruths et al., 2013). Sie bestehen im Wesentlichen aus Gruppenarbeit und/oder Einzelgesprächen mit den Kindern oder Familiengesprächen und können in der Regel als sehr qualifiziert und engagiert betrachtet werden. Allerdings sind die lokalen Programme häufig nur unzureichend dokumentiert und in der Regel nicht wissenschaftlich evaluiert, sodass keine fundierte Aussage über deren Wirksamkeit zulässig ist.

Wissenschaftlich fundierte Angebote speziell für Kinder aus suchtbelasteten Familien sind insgesamt selten, die meisten von ihnen sind in den USA zu finden. Im deutschsprachigen Raum existiert bislang nur ein evidenzbasiertes Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Das „Trampolin“-Programm ist ein modularisiertes Gruppenprogramm für betroffene Kinder im Alter zwischen acht und 12 Jahren (Klein et al., 2013). Ziel des Programms ist es, den Kindern effektive Stressbewältigungsfertigkeiten sowie hilfreiches Wissen zum Thema Abhängigkeitsstörungen zu

vermitteln, sie in ihrem Selbstwert zu stärken und sie psychisch zu entlasten. In begleitenden Elternsitzungen sollen auch die teilnehmenden Eltern unterstützt werden. Studienergebnisse belegen, dass teilnehmende Kinder von der Intervention in verschiedenen Bereichen profitieren konnten.

Neben diesen Angeboten, die üblicherweise im direkten persönlichen Kontakt mit den betroffenen Kindern stattfinden, haben zuletzt digitale Angebote zunehmend an Bedeutung gewonnen. Inzwischen gibt es online viele hilfreiche und kostenfreie Informations- und Beratungsangebote, z.B. von „Kidkit“ (www.kidkit.de) oder NACOA Deutschland e.V. (www.nacoa.de). Alters- und zielgruppengerechte Informationsbroschüren für Betroffene und/oder Fachkräfte (z.B. „Pepe’s Tipps“, „Mia, Matz und Moritz“ oder „Luis und Alina“) sind ebenfalls frei im Internet erhältlich.

5.2. Interventionen für Eltern mit Substanzkonsumstörung

Neben Angeboten, die sich direkt an betroffene Kinder richten, sind qualifizierte Hilfeangebote essenziell, die auf die Förderung der Erziehungs- und Elternkompetenzen von suchtkranken Eltern abzielen. Hier sind u.a. die gesetzlich verankerten Frühen Hilfen und Hilfen zur Erziehung nach Sozialgesetzbuch (SGB) VIII (z.B. Erziehungsberatung, sozialpädagogische Familienhilfe) relevant, die sich auch, aber nicht nur an suchtbelastete Familien richten.

Um den besonderen Bedarfen suchtbelasteter Familien jedoch gezielt gerecht zu werden, sollten zudem suchtspezifische Elternprogramme angeboten werden. Es existieren unter-

schiedliche evidenzbasierte Elterntrainings, die sich auch oder besonders an Mütter und/oder Väter mit Substanzgebrauchsstörung richten. Aus dem systematischen Review von Moreland und McRae-Clark (2018) geht hervor, dass vornehmlich in den USA Elterntrainings in die Behandlung von Substanzkonsumstörungen integriert werden. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung der Programme zeigen signifikante Verbesserungen in unterschiedlichen relevanten Bereichen. Es sollte allerdings an dieser Stelle erwähnt werden, dass während einige der in dieses Review einbezogenen Programme speziell für Eltern (bzw. nur Mütter) mit Substanzkonsumstörung entwickelt und angepasst wurden (z.B. „Families facing the future“, „Mothering from the Inside Out“), andere Programme aber nicht speziell für den Einsatz bei Eltern mit Substanzkonsumstörungen entwickelt wurden (z.B. „Attachment and Behavioural Catch-Up“, „Parents under Pressure“). Vielmehr handelt es sich dabei um Elterninterventionen, die für vulnerable Gruppen allgemein entwickelt und dann auch mit Eltern umgesetzt wurden, die sich wegen einer Substanzkonsumstörung in Behandlung befanden. Beide Arten von Programmen weisen in der Regel gemeinsame, wirksame Behandlungselemente auf (z.B. kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente und/oder bindungsorientierte Fähigkeiten). Übersetzungen der US-amerikanischen Programme in andere Sprachen sind möglich, aber es müssen kulturelle sowie strukturelle Besonderheiten anderer Länder berücksichtigt werden.

Für den deutschsprachigen Raum sollten die „SHIFT-Elterntrainings“

(„SHIFT“ und „SHIFT Plus“) erwähnt werden, welche speziell für Mütter und Väter konzipiert wurden, die illegale Substanzen konsumieren. Die SHIFT-Trainings zielen u.a. darauf ab, die Elternkompetenzen zu stärken. Beide Programme haben sich im Rahmen wissenschaftlicher Studien auf unterschiedlichen Ebenen als wirksam erwiesen (Klein et al., 2019).

Auch in Deutschland bestehen Hilfeangebote, die sich an Risikofamilien im Allgemeinen richten und damit auch suchtbelastete Familien adressieren (z.B. das evidenzbasierte Programm „Familien stärken“, Baldus et al., 2016).

5.3. Qualifizierungsangebote für Fachkräfte

Zuletzt existieren verschiedene Qualifizierungsmaßnahmen, welche Fachkräfte aus unterschiedlichen Settings zu einem professionellen Umgang mit suchtbelasteten Familien befähigen sollen, wie z.B. die webbasierten „KIDinare“ von KidKit.

6. Fazit und Ausblick

Kinder aus suchtbelasteten Familien stellen eine besonders vulnerable Gruppe für die Entwicklung eigener Substanzkonsum- oder anderer psychischer Störungen dar. Die Mechanismen der Transmission von Substanzkonsumstörungen sind komplex und beinhalten bio-psycho-soziale Faktoren. Damit riskante Einflüsse für die Kinder bestmöglich „abgefedert“ werden, müssen umgebungsbezogene und individuelle Schutzfaktoren gefördert werden, insbesondere dann, wenn eine Vielzahl an Risikofaktoren vorliegt. Die Risiken für die betroffe-

nen Kinder lassen sich durch vielfältige Maßnahmen reduzieren, die sich entweder direkt an die Kinder, die Eltern oder die gesamte Familie richten können (am besten in Kombination).

Trotz bestehender Angebote ist die Versorgungslage für Kinder aus suchtbelasteten Familien ausbaufähig. Während die meisten Unterstützungsangebote für suchtbelastete Familien für die Durchführung in einem Face-to-Face Setting entwickelt wurden, hat die COVID-19-Pandemie dazu geführt, dass verschiedene Interventionen auch in digitaler Form angeboten werden. Weitere Forschungsarbeiten sind notwendig, z.B. Entwicklung von Interventionen (face-to-face und webbasiert) für besondere Zielgruppen (z.B. Väter) und/oder spezielle Substanzen (z.B. Cannabis). Zur Erhöhung der Chancen einer nachhaltigen Finanzierung sollten diese Programme wissenschaftlich evaluiert werden. Ein weiteres Desiderat ist eine verpflichtende Vernetzung von Institutionen aus unterschiedlichen Systemen bzw. deren Ausbau. Als Inspiration können sog. „Wraparound“-Programme (Hubberstey et al., 2022) dienen, bei denen mehrere Dienste, inkl. Kinder- und Jugendhilfe, allgemeine Gesundheitsdienste (z.B. Primärversorgung, öffentliche Gesundheitsdienste und perinatale Versorgung) und spezialisierte Gesundheitsdienste (z.B. psychiatrische Versorgung) gemeinsam – vorzugsweise an einem Ort - angeboten werden. Die Hilfsmaßnahmen sollten für betroffene Familien(mitglieder) leicht auffindbar und niedrigschwellig sein.

Literatur

Ammerman, R.T., Kolko, D.J., Kirisci, L., Blackson, T.C., Dawes, M.A. (1999): CHILD ABUSE POTENTIAL IN PARENTS WITH HISTORIES OF SUBSTANCE USE DISORDER. *Child Abuse & Neglect*, 23(12): 1225–1238

Arria, A.M., Mericle, A.A., Meyers, K., Winters, K.C. (2012): PARENTAL SUBSTANCE USE IMPAIRMENT, PARENTING AND SUBSTANCE USE DISORDER RISK. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1): 114–122

Baldus, C., Thomsen, M., Bröning, S., Sack, P.M., Arnaud, N., Daubmann, A. et al. (2016): EVALUATION OF A GERMAN VERSION OF THE STRENGTHENING FAMILIES PROGRAMME 10–14: A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL. *European Journal of Public Health*, 26(6): 953–959

Bender, A.K., Meyers, J.L., Di Viteri, S.S., Schuckit, M., Chan, G., Acion, L. et al. (2021): A LATENT CLASS ANALYSIS OF ALCOHOL AND POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS AMONG OFFSPRING OF PARENTS WITH AND WITHOUT ALCOHOL USE DISORDER. *Addictive Behaviours*, 112: 106640

Calhoun, S., Conner, E., Miller, M., Messina, N. (2015): IMPROVING THE OUTCOMES OF CHILDREN AFFECTED BY PARENTAL SUBSTANCE ABUSE: A REVIEW OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 6: 15–24

Cleveland, M.J., Reavy, R., Mallett, K.A., Turrisi, R., White, H.R. (2014): MODERATING EFFECTS OF POSITIVE PARENTING AND MATERNAL ALCOHOL USE ON EMERGING ADULTS' ALCOHOL USE: DOES LIVING AT HOME MATTER? *Addictive Behaviors*, 39(5): 869–878

Dyba, J., Moesgen, D., Klein, M., Leyendecker, B. (2019): MOTHERS AND FATHERS IN TREATMENT FOR METHAMPHETAMINE ADDICTION-PARENTING, PARENTAL STRESS, AND CHILDREN AT RISK. *Child & Family Social Work*, 24(1): 106–114

- Hussong, A.M., Bauer, D.J., Chassin, L. (2008): TELESCOPED TRAJECTORIES FROM ALCOHOL INITIATION TO DISORDER IN CHILDREN OF ALCOHOLIC PARENTS. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1): 63–78
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S., Thomasius, R. (2013): KINDER AUS SUCHTBELASTETEN FAMILIEN STÄRKEN. DAS „TRAMPOLIN“-PROGRAMM. Göttingen: Hogrefe
- Klein, M., Thomasius, R., Moesgen, D. (2017): KINDER SUCHTKRANKER ELTERN – GRUNDSATZPAPIER UND FAKTEN ZUR FORSCHUNGSLAGE. In *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Drogen- und Suchtbericht 2017 (S. 83–95)*. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
- Klein, M., Moesgen, D., Dyba, J. (2019): SHIFT – EIN ELTERNTRAINING FÜR DROGENABHÄNGIGE MÜTTER UND VÄTER MIT KINDERN ZWISCHEN 0 UND 8 JAHREN. Göttingen: Hogrefe
- Kraus, L., Uhl, A., Atzendorf, J., Seitz, N.N. (2020): ESTIMATING THE NUMBER OF CHILDREN IN HOUSEHOLDS WITH SUBSTANCE USE DISORDERS. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1): 63
- Landgraf, M.N., Heinen, F. (2013): FETALES ALKOHOLSYNDROM. Stuttgart: Kohlhammer
- Molina B.S.G., Donovan, J.E., Belendiuk, K.A. (2010): FAMILIAL LOADING FOR ALCOHOLISM AND OFF-SPRING BEHAVIOR: MEDIATING AND MODERATING INFLUENCES. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34: 1972–1984
- Moreland, A.D., McRae-Clark, A. (2018): PARENTING OUTCOMES OF PARENTING INTERVENTIONS IN INTEGRATED SUBSTANCE-USE TREATMENT PROGRAMS: A SYSTEMATIC REVIEW. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 89: 52–59
- Mühlig, S., Dirks, H., Dyba, J., Klein, M., Paulick, J., Scherbaum, N. et al. (2016): In *Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), S3-LEITLINIE METHAMPHETAMIN-BEZOGENE STÖRUNGEN. Evidenzbasierte Aussagen zur Wirksamkeit von medikamentösen und psychotherapeutischen Interventionen (S. 117–140)*. Heidelberg: Springer
- Omkarappa, D.B., RENTALA, S. (2019): ANXIETY, DEPRESSION, SELF-ESTEEM AMONG CHILDREN OF ALCOHOLIC AND NONALCOHOLIC PARENTS. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8: 604–609
- Palmer, R.H.C., Brick, L.A., Chou, Y.L., Agrawal A., McGeary, J.E., Heath, A.C. et al. (2019): THE ETIOLOGY OF DSM-5 ALCOHOL USE DISORDER: EVIDENCE OF SHARED AND NON-SHARED ADDITIVE GENETIC EFFECTS. *Drug and Alcohol Dependence*, 201: 147–154.
- Park, S., Schepp, K.G. (2015): A SYSTEMATIC REVIEW OF RESEARCH ON CHILDREN OF ALCOHOLICS: THEIR INHERENT RESILIENCE AND VULNERABILITY. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5): 1222–1231
- Parvaresh, N., Mazhari, S., Nazari-Noghabi, M. (2015): FREQUENCY OF PSYCHIATRIC DISORDERS IN CHILDREN OF OPIOID OR METHAMPHETAMINE-DEPENDENT PARENTS. *Addiction and Health*, 7(3–4): 140–148
- Pasternak, A., Schier, K. (2014): PSYCHOLOGICAL BIRTH – THE SEPARATION-INDIVIDUATION PROCESS AMONG FEMALE ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS. *Alcoholism and Drug Addiction*, 27(4): 305–318.
- Ruths, S., Moesgen, D., Bröning, S., Klein, M., Thomasius, R. (2013): PRÄVENTIONSANGEBOTE FÜR KINDER AUS SUCHTBELASTETEN FAMILIEN – EINE BUNDESWEITE BESTANDSAUFNAHME. *Suchttherapie*, 14(1): 22–28
- Suchman, N.E., Pajulo, M., Mayes, L.C. (2013): PARENTING AND SUBSTANCE ABUSE. Oxford University Press
- Templeton, L., Velleman, R., Hardy, E., Boon, S. (2009): YOUNG PEOPLE LIVING WITH PARENTAL ALCOHOL MISUSE AND PARENTAL VIOLENCE: 'NO ONE HAS EVER ASKED ME HOW I FEEL IN ANY OF THIS'. *Journal of Substance Use*, 14(3-4): 139–150
- Waddell, J.T., Blake, A.J., Sternberg, A., Ruof, A., Chassin, L. (2020): EFFECTS OF OBSERVABLE PARENT ALCOHOL CONSEQUENCES AND PARENT ALCOHOL DISORDER ON ADOLESCENT ALCOHOL EXPECTANCIES. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*, 44(4): 973–982
- Waldron, M., Vaughan, E.L., Bucholz, K.K., Lynskey, M.T., Sartor, C.E., Duncan, A.E. et al. (2014): RISKS FOR EARLY SUBSTANCE INVOLVEMENT ASSOCIATED WITH PARENTAL ALCOHOLISM AND PARENTAL SEPARATION IN AN ADOLESCENT FEMALE COHORT. *Drug and Alcohol Dependence*, 138: 130–136
- Walsh, C., MacMillan, H., Jamieson, E. (2002): THE RELATIONSHIP BETWEEN PARENTAL PSYCHIATRIC DISORDER AND CHILD PHYSICAL AND SEXUAL ABUSE: FINDINGS FROM THE ONTARIO HEALTH SUPPLEMENT. *Child Abuse & Neglect*, 26(1): 11–22
- Weitzmann, E.R., Wechsler, H. (2000): ALCOHOL USE, ABUSE, AND RELATED PROBLEMS AMONG CHILDREN OF PROBLEM DRINKERS. Findings from a National Survey of College Alcohol Use. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(3): 148–154
- Wong, M.M., Nigg, J.T., Zucker, R.A., Puttler, L.I., Fitzgerald, H.E., Jester, J.M. et al. (2006): BEHAVIOURAL CONTROL AND RESILIENCY IN THE ONSET OF ALCOHOL AND ILLICIT DRUG USE: A PROSPECTIVE STUDY FROM PRESCHOOL TO ADOLESCENCE. *Child Development*, 77(4): 1016–1033
- Velleman, R., Templeton, L. (2016): IMPACT OF PARENT'S SUBSTANCE MISUSE ON CHILDREN: AN UPDATE. *BJ Psych Advances*, 22: 108–117

Stigmatisierung und Selbststigmatisierung in suchtblasteten Familien

Einleitung

Gesellschaftlich betrachtet zeigen sich, trotz verschiedener Bestrebungen das Stigma von Suchterkrankungen abzubauen, immer wieder Stigmatisierungen von Suchtkranken und ihren Angehörigen. Die soziale Ausgrenzung betrifft dabei nicht nur die Suchtkranken selbst, sondern immer auch das gesamte Familiensystem. Alle Familienmitglieder sind von der Stigmatisierung betroffen und „versuchen das Familiengeheimnis Sucht zu wahren“ (Kostrzewska, 2022), gehen wenig Sozialkontakte ein, damit die Probleme von Außenstehenden möglichst nicht wahrgenommen werden. Gleichzeitig führt die Ablehnung zum Bedürfnis der betroffenen Personen nach sozialer Distanz. Die Ablehnung von Alkoholiker:innen ist im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen am höchsten (Schomerus et al., 2010).

1. Stigmatisierung und Selbststigmatisierung

Der Stigmatisierungsprozess ist ein komplexes Phänomen von Wechselwirkungen zwischen den Betroffenen und der Gesellschaft. Das Stigma an sich ist ein Merkmal, das Menschen von anderen negativ unterscheidet und dadurch von der vollständigen sozialen Anerkennung ausschließt. Es stellt sich wie ein Etikett auf der Stirn dar, dem ein Makel anhaftet. Der Stigma-Prozess beginnt mit der Wahrnehmung und Benennung einer Normabweichung und der Zuschreibung eines negativen Stereotyps. Darauf folgt eine emotionale Reaktion gegenüber dem Träger des Stigmas, die eine Diskriminierung beinhaltet. Bei vielen Suchtkranken löst die Diagnose Sucht durch das Bewusstsein der gesellschaftlichen Ächtung einen Selbstverurteilungsprozess aus, der das Verbergen des Stigmas beinhaltet und zu einer negativen Identitätsbildung führt. Diese Selbststigmatisierung wird nach Finzen (2001) als sogenannte zweite Krankheit bezeichnet, die belastender wirkt als die Suchterkrankungen an sich. Suchtkranke empfinden eine Selbstwertminderung, die sie in Interviews durch Äußerungen wie „ich taue nichts“, „ich bin selbst schuld“ oder „ich krieg nichts hin“ verdeutlichen. Diese negative Identitätsbildung erhöht die Vulnerabilität und kann

weitere psychosoziale Probleme bewirken. Die Stigmatisierung löst beim Betroffenen eine bestimmte Rollenerwartung aus, die sie in ihrem Handeln beeinflusst. Die durch die Mitmenschen herangetragenen Erwartungen lösen einen Konformitätsdruck beim Suchtkranken aus und verstärken das deviante Verhalten sowie den Wunsch der Betroffenen, sich in gleichgesinnten Gruppen aufzuhalten. Gleichzeitig befördert dieses Verhalten die gesellschaftliche Sicht, den Süchtigen nicht mehr als vollwertiges Interaktionsmitglied anzuerkennen, sondern nur noch unter der Prämisse des Stigmas zu bewerten. Diese Negativ-Spirale macht auch vor den Familienmitgliedern nicht halt.

2. Suchtblastete Familien und die betroffenen Kinder

Die soziale Ausgrenzung betrifft die ganze Familie. Auch bei den Kindern zeigt sich ein wechselseitiger Prozess zwischen ihnen selbst und anderen Gesellschaftsmitgliedern. Um das „Familiengeheimnis zu wahren“ gehen Kinder aus suchtblasteten Familien nicht viele Sozialkontakte ein und werden oft als Einzelgänger:innen erlebt, die wenig Freundschaften schließen. „Wenn von einem Kind aus einer Suchtfamilie immer ein zurückhaltendes Verhalten gezeigt wird, aus



Angst, dass das Familiengeheimnis entdeckt werden könnte, kann sich keine unbeschwerte Freundschaft entwickeln“ (Kostrzewska, 2022). Die soziale Ausgrenzung von Seiten der Gleichaltrigen gegenüber den betroffenen Kindern führt zur Minderung ihres Selbstwertgefühls. Studien belegen, dass der Stigmatisierungsprozess durch Ansprache durchbrochen werden kann. Das Ansprechen kann auch durch die Betroffenen selbst erfolgen. Bei der Offenlegung hängt es u.a. von der Qualität des Kontaktes ab, der zwischen den Akteuren besteht und inwieweit es gelingt ein vertrauliches Gespräch zu führen. Betroffenenberichten zu Folge gelingt dies meistens erst im heranwachsenden Alter, in dem das soziale Umfeld an Relevanz gewinnt und der familiäre Einfluss an Bedeutung verliert. Dadurch dass die betroffenen Jugendlichen selbst offener mit der Situation umgehen, wird ihnen selbst auch eher mit Offenheit begegnet. So kann das Schweigen durchbrochen werden, „der Kontakt, explizit das Reden“ kann als zentrales Element zum Stigma Abbau benannt werden (ebd.).

3. Empfehlungen aus dem Memorandum und weitere Strategien zum Stigma Abbau

Die Veröffentlichung des Memorandums „Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden“ durch die Expert:innengruppe um Georg Schomerus im Jahr 2017 konnte maßgebliche Empfehlungen zur Entstigmatisierung des Themas Sucht beitragen. Insbesondere die qualitative Verbesserung im Hilfesystem und der Prävention sind als relevant hervorzuheben. So soll die Anti-Stigma-Kompetenz schon im Studium sozialer Berufe bzw. in der Ausbildung zu allen Gesundheitsberufen vermittelt werden, um eine stigmafrie Grundhaltung zu entwickeln und sich frühzeitig Wissen über negative Stigmafolgen anzueignen. Darüber hinaus sollen Präventionsmaßnahmen auf stigmatisierende Effekte überprüft werden, wie es z.B. in der Stigma-Checkliste der Stadt Zürich entwickelt wurde (Berger, 2017). „Sobald Präventionsfachkräfte im Rahmen der Risikobewertung

Zusammenhänge konstruieren und Werturteile fällen, greifen soziale Stigmata und Gefährdungsannahmen unreflektiert ineinander“ (Kostrzewska, 2018). Ein weiterer relevanter Punkt, der im Memorandum benannt wird, ist das Empowerment der Betroffenen und Angehörigen, wodurch sie befähigt werden, sich gegen das Stigma zu wehren. Folgende Bereiche wurden ebenfalls als notwendig ermittelt: Kommunikation, konzeptionelle und rechtliche Weiterentwicklung sowie Forschungsförderung, um Stigmafolgen und -ursachen zu untersuchen. Im Bereich Kommunikation wird beispielsweise auf eine professionelle Öffentlichkeitsarbeit abgezielt, die im Nachgang des Memorandums durch den Medienleitfaden Fair Media Sucht entwickelt wurde und Medienschaftenden eine Hilfestellung bietet, das Bild vom Menschen mit Suchterkrankungen ohne Klischees zu vermitteln (BMG, 2022).

Eine öffentlichkeitswirksame Strategie stigmafrier Suchtprävention ist auch in der partizipativen Theaterarbeit zu sehen, wie sie beispielsweise von der „Wilden Bühne“ aus Bremen angeboten wird. „Eine interaktive Methode, die die genannten Strategien der psychologischen Forschung zum Stigma-Abbau: Protest, Edukation und Kontakt, integriert, ist die partizipative Theaterarbeit. Sie ermöglicht im Spiel die Teilhabe und Interaktion von Betroffenen in der Gesellschaft, um die Dekonstruktion des Stigmaalltags zu erzielen“ (Kostrzewska, 2023).

4. Gesundheitskompetenz zum Stigma-Abbau

„Durch die gesellschaftliche Edukation zum Abbau von Vorurteilen sollen Ansichten, die zur Selbststigmatisierung führen wie z.B. „Der Süchtige ist selbst Schuld“, aufgelöst werden“ (Kostrzewa, 2018, S. 3, IN: Konturen Online). Eine Meta-Analyse basierend auf den Ergebnissen von 72 Studien mit über 38.000 einbezogenen Personen zeigte, dass Edukation sowie direkter Kontakt mit Betroffenen Diskriminierungstendenzen positiv beeinflussen können, die Wirksamkeit allerdings mit dem Lebensalter korreliert. Während bei Erwachsenen der Kontakt einen größeren Effekt als Edukation hat, verhält es sich bei Jugendlichen genau andersherum (Corrigan et al., 2012). Die Förderung der Gesundheitskompetenz ab dem Elementarbereich in einem spezifischen Schulfach wie Gesundheitserziehung, das die Entstigmatisierung von Sucht und anderen Erkrankungen einbezieht, versteht sich als denkbare Strategie für alle Länder, in deren Schulsystem dieses relevante Thema bislang nur fachübergreifend einfließt. In einem systematischen Review fand man moderate Hinweise, dass schulbasierte Interventionen zur Verringerung der Stigmatisierung psychischer Störungen und Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz beitragen können (Ma et al., 2022).

5. Konsumkompetenz als Ziel

Um einen Beitrag zum Abbau der Stigmatisierung und Selbststigmatisierung in suchtbelasteten Familien zu leisten, eignet sich in dem Kontext die Vermittlung des Konsumkompetenzansatzes, der in der Suchtprävention zunehmend Verbreitung findet. „Die Unterteilung der Konsumkompetenz erfolgt in vollständige Abstinenz, genussorientierter Konsum und kontrollierter Risikokonsum, wobei letzterer die Risiko- und Rauschkompetenz beinhaltet“ (Kostrzewa, 2018/2019, S. 283). „Der Konsumkompetenzansatz entspricht der Überzeugung des demokratisch-emanzipatorischen Menschenbildes, dass die überwiegende Mehrzahl von Menschen autonom richtige Entscheidungen treffen werden, wenn man sie unterstützt, Lebenskompetenz zu entwickeln und mit Risiken verantwortungsvoll umzugehen (ebd.). Risikokonsumkompetenz ermöglicht das Einüben von Risikohandeln und Konsumlernen, um sich eine Rauschkompetenz anzueignen. Der Konsumkompetenzansatz beinhaltet eine akzeptierende Haltung und eignet sich für entstigmatisierende Strategien in der Suchtarbeit im Allgemeinen sowie auch bei Kindern aus suchtbelasteten Familien im Speziellen, weshalb er als zukunftsweisend einzuordnen ist.

Literatur

- Berger, C. (2017): STIGMATISIERUNG TROTZ GUTER ABSICHT – ZUM UMGANG MIT EINEM KONSTITUTIVEN DILEMMA IN DER SUCHTPRÄVENTION. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 49. Jg., Heft 2, Tübingen, 335–345
- BMG (2022): FairMediaSUCHT: EIN LEITFADEN ZUR STIGMAFREIEN MEDIENDARSTELLUNG VON MENSCHEN MIT SUCHTKRANKHEITEN. In https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_FairMediaSUCHT.pdfFairMedia Sucht
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., Rüsch, N. (2012): CHALLENGING THE PUBLIC STIGMA OF MENTAL ILLNESS: A META-ANALYSIS OF OUTCOME STUDIES. *Psychiatr Serv.* 2012, 63, 963–73
- Finzen, A. (2001): PSYCHOSE UND STIGMA. STIGMA-BEWÄLTIGUNG – ZUM UMGANG MIT VORURTEILEN UND SCHULDZUWEISUNGEN. 2. Korrigierte Auflage. Bonn: Psychiatrieverlag
- Kostrzewa, R. (2022): ALKOHOL UND DROGEN IN DER FAMILIE. PRÄVENTIONSMASSNAHMEN FÜR ELTERN UND PÄDAGOGISCHE FACHKRÄFTE. Kohlhammer Verlag. Stuttgart
- Kostrzewa, R. (2018): STIGMATISIERUNG, SELBST-STIGMATISIERUNG UND ENTSTIGMATISIERUNG DER SUCHTARBEIT. In: Konturen. Februar, 2018
- Kostrzewa, R. (2018/2019): VON GENDERSENSIBLER UND DIVERSITYORIENTIERTER SUCHTPRÄVENTION BIS RESILIENZFÖRDERUNG UND KOMPETENZORIENTIERUNG. ZUM THEMENSCHWERPUNKT: INTEGRATIVE SUCHT- UND DROGENHILFE – ENTWICKLUNGEN, HERAUSFORDERUNGEN UND PERSPEKTIVEN. In: *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* (2018/2019). 7./8. Jahrgang – Heft 4/1. Pabst-Verlag
- Kostrzewa, R. (2023): WEGE AUS DEM STIGMA. IN: *Suchtmagazin.* 1/2023. S. 34–37
- Ma, K. K., Anderson, J. K., Burn, A. M. (2022): REVIEW: SCHOOL BASED INTERVENTIONS TO IMPROVE MENTAL HEALTH LITERACY AND REDUCE MENTAL HEALTH STIGMA – A SYSTEMATIC REVIEW. *Child Adolesc Mental Health*
- Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., Kostrzewa, R., ... Rumpf, H.J. (2017): DAS STIGMA VON SUCHTERKRANKUNGEN VERSTEHEN UND ÜBERWINDEN. *Sucht*, 63, 253–259. doi:10.1024/0939-5911/a000501
- Schomerus, G., Holzinger, A., Matschinger, H., Lucht, M., Angermeyer, M. C. (2010): EINSTELLUNG DER BEVÖLKERUNG ZU ALKOHOLKRANKEN. Eine Übersicht. *Psychiatrische Praxis.* DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1223438>

Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern

Handlungsempfehlungen aus dem Leitfaden der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin

Einleitung

Nach konservativen Schätzungen wachsen in Deutschland etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem Elternteil auf, der während des Elternseins an einer psychischen und/oder Suchterkrankung leidet. Diese elterlichen Erkrankungen zeigen in hohem Maße Auswirkungen auf das Fürsorgeverhalten und das familiäre System und gehen sehr häufig mit einem erhöhten Risiko der betroffenen Kinder und Jugendlichen für Entwicklungsprobleme, chronische (v.a. psychische) Erkrankungen oder auch Kindeswohlgefährdung einher. Familiensysteme mit einem psychisch und suchtkranken Elternteil sind somit eine bedeutende Zielgruppe für den präventiven medizinischen Kinderschutz.

Im folgenden Beitrag sollen schwerpunktmäßig die Kinder suchtkranker Eltern, die bereits durch Exposition gegenüber Alkohol oder anderen Substanzen in der Schwangerschaft pränatal geschädigt wurden, als eine vulnerable Gruppe mit besonderer Gefährdung in den Blick genommen werden.

Die Vermittlung von Hilfen sowie der Schutz von Kindern in sogenannten Hochrisikofamilien stellen für alle beteiligten Institutionen eine besondere Herausforderung dar. Dies gilt insbesondere im Kontext von Substanzgebrauchs- und verhaltensbezogenen Störungen und psychischen Erkrankungen eines Elternteils. Fachkräften im Gesundheitssystem dienen zur Orientierung bei ihrer täglichen Arbeit Empfehlungen und Standards in vorhandenen Leitlinien, u.a.:

- [AWMF S3+ Leitlinie Kindesmiss-handlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik](#) (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019),
- [AWMF S3-Leitlinie Metamphetamin-bezogene Störungen](#) (Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al., 2017)
- [AWMF S3-Leitlinie Medikamenten-bezogene Störungen](#) (DGPPN & DG-Sucht, 2020)
- [DGKiM-Leitfaden für Präventiven Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern](#) (Version 1.0 – 12/2020)

AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie

Im Februar 2019 wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) die AWMF S3+ Leitlinie Kindesmiss-handlung, -missbrauch und -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik, kurz **AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie** veröffentlicht. Sie beruht auf höchstem wissenschaftlichem Niveau.

Alle Informationen und Veröffentlichungen zur Kinderschutzleitlinie sind abrufbar auf den Homepages der AWMF oder der DGKiM (verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html> oder: https://dgkim.de/?page_id=243).

DGKiM Leitfaden Präventiver Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern

Dieser Leitfaden, auf den im Folgenden schwerpunktmäßig eingegangen wird, wurde im Dezember 2020 vom Arbeitskreis Prävention der Deutschen



Abb. 1: Mögliche Auswirkungen auf das Elternsein aufgrund psychischer und Suchterkrankungen

Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin veröffentlicht. Er informiert Fachkräfte im Gesundheitswesen über Prävention und Intervention bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen. Die darin enthaltenen Handlungsempfehlungen beziehen sich auf das Lebensalter und berücksichtigen die alters- und entwicklungsabhängigen Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche (verfügbar unter: https://www.dgkim.de/dateien/dgkim_leitfaden_praeventiver-kinderschutz_05-12-2020.pdf).

Auswirkungen der elterlichen psychischen und Suchterkrankung auf das Fürsorgeverhalten der Eltern und das familiäre System

Nicht jede psychische Störung oder Suchterkrankung eines Elternteils führt zwangsläufig zu einer eingeschränkten Erziehungskompetenz oder einer Gefährdung des Kindes-

wohls. Eine zentrale Rolle bei der Beurteilung der elterlichen Erziehungsfähigkeit spielen die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung und die Kompetenz der Eltern, einfühlsam die Bedürfnisse der Kinder wahrzunehmen und diese angemessen zu befriedigen (Plattner, 2017). Psychisch oder suchterkrankte Eltern zeigen jedoch in erhöhtem Maße eine eingeschränkte emotionale Bindungs- und Empathie-Fähigkeit. Die Auswirkungen auf das Elternsein verdeutlicht die Abb. 1.

Der Alltag in den betroffenen Familien bietet häufig wenig Struktur und nur unzureichende kognitive und soziale Anregung, Explorationsmöglichkeiten und Regulationshilfen für die Kinder. Diese erleben ihre Eltern immer wieder als instabil und schlecht berechenbar. Weitere Problemfelder sind die häufige soziale Isolation sowie

das hohe Risiko, dass die Eltern sich durch die Kinder persönlich eingeschränkt fühlen und den Kindern negative Emotionen (Ärger, Feindseligkeit, Wut, Hass) entgegenbringen. Darüber hinaus zeigt sich eine erhöhte Prävalenz von weiteren belastenden Kindheitserfahrungen wie z.B. familiäre Disharmonie (Trennung/Scheidung), Arbeitslosigkeit und kritische Lebensereignisse (z.B. Krankenhausaufenthalte, Polizeieinsätze, Inhaftierung). Das Risiko für Unfälle und Verletzungen ist erhöht. In manchen Familien herrscht eine Atmosphäre ständiger Angst und Unsicherheit. Häusliche Gewalt sowie Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch treten häufiger auf. Die Kumulation von Belastungsfaktoren bei häufig wenig vorhandenen Ressourcen bedeutet ein hohes Entwicklungs- und Kindeswohlgefährdungs-Risiko für die Kinder (Klein, 2008).

Auswirkungen von Substanzkonsum auf

den Schwangerschaftsverlauf

Gehäuftes Auftreten von

- » Fehlgeburten (Kokain, Alkohol, Benzodiazepine, Amphetamine, Nikotin)
- » Vorgeburtliche Wachstumsstörungen
- » Vorzeitige Wehen
- » Vorzeitige Plazentalösung
- » Fehl-, Früh- oder Totgeburt

das Neugeborene

- » Erhöhtes Risiko für plötzlichen Kindstod
- » Neugeborenen-Abstinenz-Syndrom
- » Wachstums- und Gedeihstörungen
- » Entwicklungsstörungen (Motorik, Kognition, Intelligenz, sozio-emotional)

Abb. 2: Auswirkungen von Substanzkonsum auf den Schwangerschaftsverlauf und das Neugeborene (modifiziert nach Siedentopf, 2017)

Direkte altersbezogene Auswirkungen

Schwangerschaftsverlauf und Geburt

Eine Gefährdung der Schwangerschaft und der kindlichen Entwicklung kann bereits durch eine intrauterine Substanzexposition – sowohl von legalen (Nikotin, Alkohol, Medikamente) als auch illegalen Substanzen (häufig auch in Kombination) – entstehen und Folge von chronischer prä- und postnataler Stressbelastung sein. Wie jüngere Forschungsergebnisse der Neurobiologie zeigen, kann sich chronisches Stresserleben der werdenden Mutter auf die körperliche und psychische Gesundheit und die Lebenserwartung des Kindes negativ auswirken (Albermann et al., 2019). Schwangerschaften psychisch und suchtkranker Frauen gelten als Risikoschwangerschaften. Multikomplexe Problemlagen (u.a. niedriger sozio-ökonomischer Status, schlechte Wohnbedingungen, Mangel an Hy-

giene und defizitäre Bindungserfahrungen) sind aggravierende Begleitfaktoren, die das breite Spektrum potentieller Komplikationen und Erkrankungen des Kindes und die mögliche Beeinträchtigung nach der Geburt erklären (Rohrmeister & Weniger, 2009).

Etwa 85% dieser Schwangerschaften sind ungeplant. Gynäkologische Kontakte finden oft erst weit nach dem ersten Schwangerschaftsdrittel statt. Ängste, Schuld- und Schamgefühle hindern viele Frauen daran, Vorsorge- und Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. So verheimlichen sie häufig den zurückliegenden oder aktuellen Konsum gegenüber Gynäkolog:innen, Kliniken, Hebammen oder Beratungsstellen, wodurch erforderliche Vorbereitungen auf die Geburt und eine fachlich kompetente Betreuung und dadurch Möglichkeiten der Reduzierung von Gesundheitsrisiken für die Schwangere selbst und das Ungeborene unterbleiben (Nagel & Siedentopf, 2017; Tödte & Bernhard, 2016; Gortner & Dudenhausen, 2017).

Die Auswirkungen von Substanzkonsum auf den **Schwangerschaftsverlauf** und das **Neugeborene** zeigt Abb. 2.

Neonatalzeit

Zum breiten Spektrum potentieller Komplikationen und Erkrankungen des Kindes in der Neonatalzeit nach intrauteriner Substanzexposition gehören u.a.: Frühgeburtlichkeit, intrauterine Wachstumsretardierung, Mikrocephalie, Fehlbildungen, Hyperexcitabilität, Trink- und Ernährungsschwierigkeiten sowie zerebrale Erkrankungen mit z.T. langfristigen Konsequenzen und erheblichen kognitiven Einschränkungen. Nach der Geburt manifestieren sich bei ca. 50–90% der Neugeborenen nach (legalem oder illegalem) Substanzkonsum in der Schwangerschaft (auch nach Substitution) Entzugssymptome, die unter dem Begriff **Neugeborenen-Abstinenz-Syndrom (NAS)** zusammengefasst werden. Klinische Symptome zeigen sich in der Regel innerhalb der ersten 24–36 Lebens-

stunden, allerdings bei mütterlichem Zusatzkonsum von Benzodiazepinen häufig auch zeitverzögert (nach 7 Tagen bis zu 4 Wochen). Deshalb sollten neben Geburtshelfer:innen, Neonatolog:innen, medizinischem Pflegepersonal und Hebammen auch niedergelassene Pädiater:innen mit der Symptomatik vertraut sein (Rohrmeister & Weniger, 2006; Gortner & Dudenhausen, 2017).

Prävalenzdaten zum Konsum illegaler Substanzen in der Schwangerschaft sind nicht verfügbar (Landgraf & Hoff, 2018).

Aufgrund des häufigen Mischkonsums von illegalen und legalen Drogen können direkte substanzbezogene **Langzeiteffekte** auf die Kinder nur eingeschränkt wissenschaftlich belegt werden. Insbesondere werden jedoch nach wie vor die Langzeitschädigungen durch Nikotin und Cannabinoide insbesondere in Kombination mit Alkohol erheblich unterschätzt (Siedentopf, 2017).

Nach jetzigem Kenntnisstand muss davon ausgegangen werden, dass jeglicher Substanzkonsum in der Schwangerschaft den Embryo gefährden kann, da alle psychotropen Substanzen plazentagängig sind.

Exkurs: Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD)

Vielfach untersucht sind die Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und dem Auftreten von kindlichen Behinderungen und Entwicklungsstörungen, die unter dem Oberbegriff **Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD/ Fetal alcohol spectrum disorder)** zusammengefasst werden. Mögliche Folgen der irreversiblen teratogenen und neurotoxischen Wirkungen bei Alkoholexposition in der Schwanger-

schaft sind Wachstumsstörungen, typische Gesichtsdysmorphien, Hirnschädigungen und Beeinträchtigungen der geistigen und seelischen Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten sowie Funktions- und Alltagsbeeinträchtigungen des Kindes, die bis ins Erwachsenenalter persistieren und eine besondere Herausforderung für die Betroffenen und Betreuungspersonen darstellen. Für die Diagnostik der FASD steht seit 2016 eine evidenz- und konsensbasierte **S3-Leitlinie** zur Verfügung (Landgraf & Heinen, 2016). Empfohlen wird eine vernetzte, multimodale, interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, wie sie in einigen wenigen spezialisierten Zentren bundesweit oder in Sozialpädiatrischen Zentren vorgehalten wird. Dabei sollen die individuelle Problemlage und Alltags Einschränkungen des Kindes immer im Fokus stehen (Landgraf & Hoff, 2018).

Expertenschätzungen gehen von einer **1–2%igen FASD-Prävalenz der Gesamtbevölkerung** aus. Bezogen auf Deutschland wären somit ca. 0,8 Millionen Menschen, davon 130.000 Kinder, von FASD betroffen (Landgraf & Heinen, 2016; Landgraf & Hoff, 2018).

Alters- und Entwicklungsbezogene Auswirkungen

Nachweislich stellt das Aufwachsen mit suchtkranken Eltern für die Kinder und Jugendlichen eine enorme Belastung dar. Dabei leiden sie insbesondere unter den zahlreichen Folgeerscheinungen, die eine Suchterkrankung nach sich zieht: Die Folgen für die Kinder sind umso gravierender, je früher und länger sie mit der elterlichen psychischen und

Suchterkrankung konfrontiert sind, je schwerer ausgeprägt die Erkrankung ist und je mehr zusätzliche familiäre Belastungen vorliegen. Die möglichen Auswirkungen auf den kindlichen Entwicklungsverlauf werden in Abb. 3 dargestellt.

Empfehlungen für präventives Handeln

Präkonzeptionelle Prävention

Primärpräventive Ansätze müssen bereits vor der Schwangerschaft ansetzen.

Themen wie Sexualität, Beziehungsstatus, Familienplanung, Kontrazeption und Kinderwunsch gehören frühzeitig und immer wiederkehrend mit in die Beratung und Behandlung – sowohl bei den Kinder- und Jugendärzt:innen als auch bei den Erwachsenenmediziner:innen aller Fachrichtungen (Gynäkologie, Psychiatrie, Suchtmedizin, Allgemeinmedizin usw.).

Unter dem Aspekt des präventiven Kinderschutzes ist im Kontext der Betreuung von psychisch und suchtkranken Frauen die Frage zu klären, ob ein aktueller oder zukünftiger Kinderwunsch besteht. Ebenso bedeutsam ist die Berücksichtigung des Risikos einer ungeplanten Schwangerschaft. Diesbezüglich sind eine frühe Anbindung an eine gynäkologische Praxis sowie eine psychiatrische, ggf. suchtmmedizinische Betreuung der Frauen notwendig (Kittel-Schneider, 2019).

Schwangerschaft

Die routinemäßige Erfassung des Substanzkonsums gehört in Deutschland zum Standard in der Schwangerenvorsorgeuntersuchung. Allerdings wird in der Praxisroutine eine offene

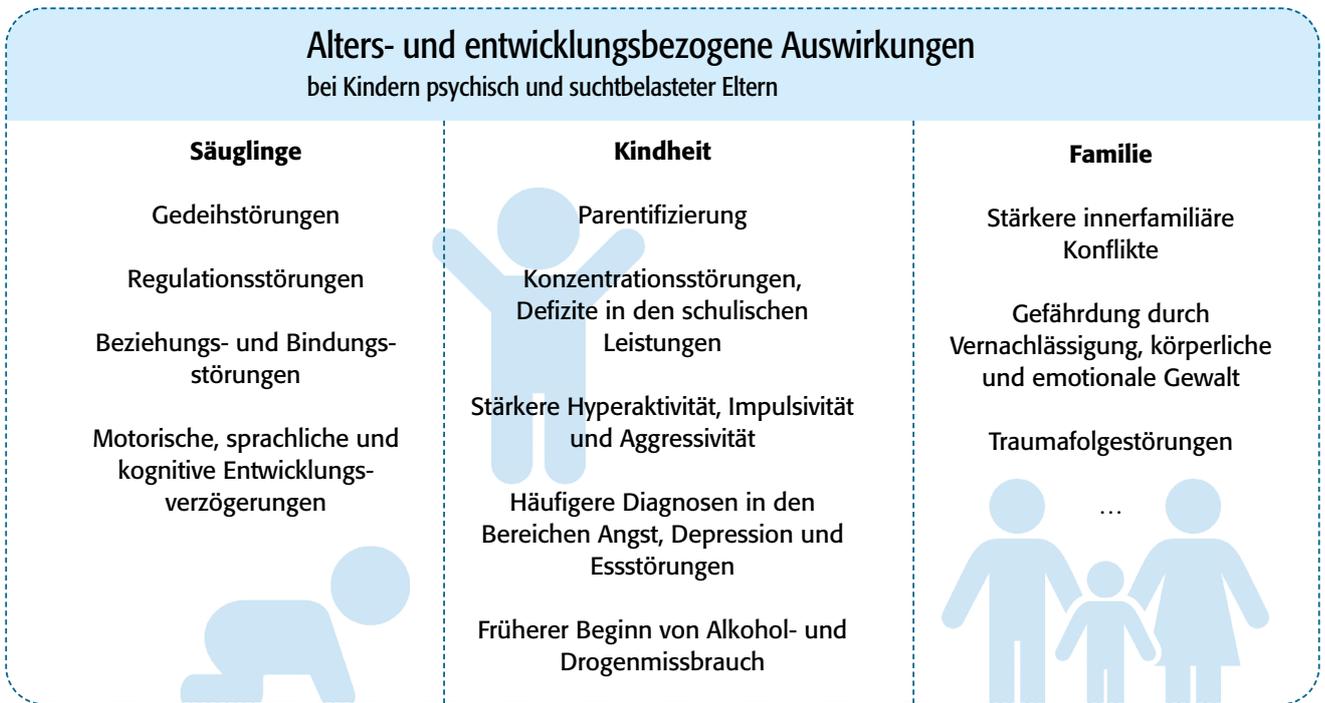


Abb. 3: Alters- und entwicklungsbezogene Auswirkungen bei Kindern psychisch und suchtblasteter Eltern

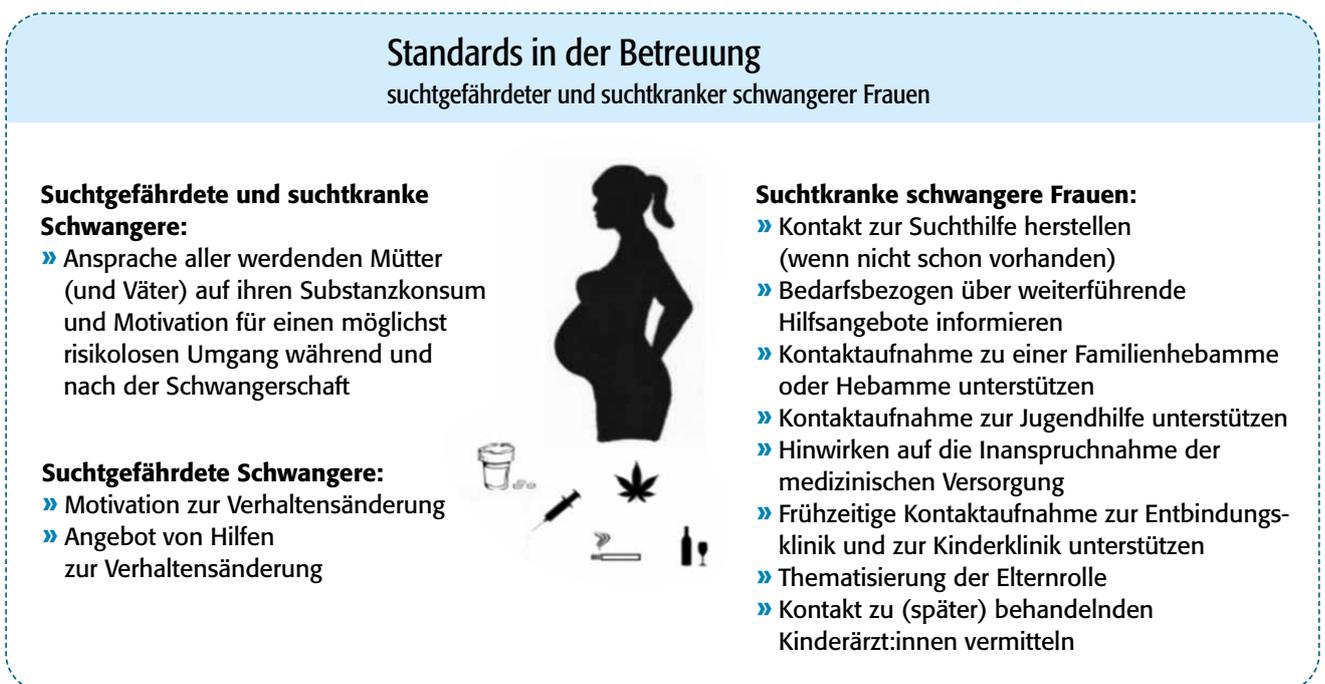


Abb. 4: Standards in der Betreuung suchtgefährdeter und suchtkranker schwangerer Frauen (modifiziert nach Nagel & Siedentopf, 2017; Landgraf & Hoff, 2018)

Ansprache des Konsums oft vermieden bzw. aufgrund struktureller und zeitlicher Belastungen nur unzureichend nachgefragt (Landgraf & Heinen, 2016; Landgraf & Hoff, 2018). Aufgrund dessen ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Daher sollte bei Screening-Verfahren in der Schwangerschaft auf jeglichen Alkohol- und Substanzkonsum und nicht nur auf riskante Konsummuster geachtet werden.

Angestrebtes Ziel der Aufklärung und Beratung sollte die **Prävention einer Substanz-exponierten Schwangerschaft** sein (Landgraf & Hoff, 2018). Die Standardtherapie bei **opiatabhängigen Schwangeren** stellt die bedarfsgerechte Substitutionstherapie mit langwirksamen Opiaten oder Opioiden dar (Bundesärztekammer, 2017). Die suchtmmedizinische Behandlung ist eine notwendige Initialmaßnahme, der weitere Behandlungen und Interventionsmaßnahmen folgen müssen, um die Risiken für das Kind zu senken. In Kooperation mit weiteren Fachdisziplinen, u.a. der Psychosozialen Betreuung (PSB) und optimalerweise der Jugendhilfe sollte der umfassende medizinische Behandlungsprozess begleitet und abgesichert werden (Nagel & Siedentopf, 2017).

Die Standards in der Betreuung suchtkranker Schwangerer zeigt Abb. 4.

Geburt und frühe Kindheit

Im Vergleich zu der vor- und nachgeburtlichen Phase werden in der Geburtsklinik in einem begrenzten Zeitraum (ein bis drei Tage) nahezu alle entbindenden Frauen (98%) mit ihren Kindern erreicht. Die Mütter sind insbesondere am Tag nach der Entbindung offen für Gespräche. Sie

nehmen während der kurzzeitigen stationären Behandlung in der Geburtsklinik Unterstützungsangebote leichter an als später.

Entwickelt das Neugeborene Entzugssymptome wird eine Verlegung in eine neonatologische Abteilung empfohlen, die ein strukturiertes Vorgehen zur Erkennung, Überwachung und Behandlung eines NAS vorhält und anwendet (AWMF S3 + Kinderschutzleitlinie). Das Entlassmanagement sollte eine Fallkonferenz mit den Eltern und den unterstützenden Helfersystemen beinhalten, um möglichst bereits vor der Entlassung erforderliche Unterstützungsmaßnahmen einleiten zu können. Optimalerweise sollte die stationäre Versorgung in enger Kooperation mit der klinikernten Kinderschutzgruppe erfolgen. Vorrangige Ziele in der **poststationären Betreuung** sind u.a. die Alltagsunterstützung und die Förderung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung sowie auch die Sicherung der sozialen und wirtschaftlichen Situation, was nur in Kooperation mit unterschiedlichen Professionen und über Institutionsgrenzen hinaus leistbar ist.

Für die betroffenen Kinder sollten routinemäßig eine **engmaschige Entwicklungsbeobachtung**, die Initiierung von erforderlichen therapeutischen und Förder-Maßnahmen und eine kontinuierliche Betreuung bis ins Adoleszenten-Alter gewährleistet sein. Dies ist zum Beispiel durch die Anbindung an ein Sozialpädiatrisches Zentrum möglich.

Generell spielen bei Unterstützungsmaßnahmen für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern neben der Beratung und Unterstützung der Eltern insbesondere auch Angebote für die betroffenen Kinder und Jugendlichen

selbst eine wichtige Rolle (AG KpKE, 2020). Sie sollten möglichst frühzeitig erfolgen. Kinder und Jugendliche haben auch ohne ihre Eltern einen uneingeschränkten eigenen Beratungsanspruch durch die Kinder- und Jugendhilfe.

Präventiver Kinderschutz in Familien mit einem psychisch oder suchtkranken Elternteil bedeutet oft eine Gratwanderung. Es gilt gefährdete Kinder frühzeitig zu identifizieren, den Eltern angemessene Unterstützung anzubieten, dabei gleichzeitig die elterliche Autonomie zu respektieren und schließlich Gefährdungssituationen deutlich abzugrenzen und ggf. geeignete Kinderschutzmaßnahmen einzuleiten (Albermann et al., 2019). Bei Hinweisen auf eine Gefährdung des Wohles oder der Entwicklung des Kindes bei fehlender Mitwirkung der Eltern sollten immer Maßnahmen unter Berücksichtigung des § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) Anwendung finden (s. Abb. 5).

Vernetzung, Kooperation und Fallverantwortung

Da die psychische und Suchterkrankung eines oder beider Elternteile Auswirkungen auf die gesamte Familie hat, müssen die Unterstützungs- und Hilfeangebote auch das gesamte Familiensystem in den Blick nehmen. In die adäquate und umfassende familienorientierte und individuelle Versorgung ist eine Vielzahl von Institutionen und Fachkräften mit unterschiedlichen Aufträgen, Herangehensweisen und Möglichkeiten eingebunden. Dazu gehören Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Jugendhilfe, der Suchthilfe u.a.m., die in unterschiedlichen Sozialgesetz-

Vorgehen nach § 4 KKG

Stufe 1

» **Anhaltspunkte** für eine Gefährdung zur Kenntnis nehmen und einschätzen.

Stufe 2

» **Erörterung** der Situation mit dem Kind oder Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten und, soweit erforderlich, bei den Erziehungsberechtigten **auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken**.

Stufe 3

» Mitteilung an das Jugendamt ist möglich, wenn ein Tätigwerden für erforderlich eingeschätzt wird, um eine Gefährdung abzuwenden (Befugnisnorm).
» Für Angehörige von Heilberufen gilt: **Bei dringender Gefahr soll** das Jugendamt informiert werden.

Stufe 4

» **Zeitnahe Rückmeldung** des Jugendamtes an den meldenden Berufsheimnisträger.

Eine **fachliche Beratung zur Gefährdungseinschätzung** kann eingeholt werden.

Zu diesem Zweck sind die erforderlichen Daten zu pseudonymisieren.

* Der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen darf nicht in Frage gestellt werden.
Hinweis: Landesrecht kann die Befugnis zu einem fallbezogenen interkollegialen Austausch von Ärzt:innen regeln.

Abb. 5: Vorgehen nach § 4 KKG

büchern verankert sind. Die Hilfen müssen interprofessionell entwickelt, gesteuert und miteinander abgestimmt umgesetzt werden. Dieses setzt eine Vernetzung der beteiligten Institutionen und Professionen auch einzelfallübergreifend voraus. Raum dazu bieten regelmäßige interprofessionelle Arbeitskreise, Netzwerktreffen, Interprofessionelle Qualitätszirkel oder Runde Tische (Lenz, 2020). Bei der fallbezogenen Zusammenarbeit sind Fachkräfte unterschiedlicher Berufsgruppen, Institutionen und Versorgungssektoren beteiligt. Das Fallmanagement beinhaltet Absprachen sowie Regelungen bezüglich der gemeinsamen Verantwortung für die Familie, der eigenen Zuständigkeit für zu übernehmende Aufgaben sowie die Festlegung der Fallverantwortung.

Zusammenfassung

Kinder psychisch und suchtkranker Eltern tragen ein großes Risiko für Entwicklungs- und gesundheitliche Gefährdungen. Sie gelten als Hochrisikogruppe für eine eigene psychische und/oder Suchterkrankung sowie für Misshandlung und Vernachlässigung. Präventiver Kinderschutz muss früh einsetzen – idealerweise bereits vor der Schwangerschaft. Hierbei stellt das Gesundheitswesen einen wichtigen Zugangsweg dar. Entsprechende Hilfen können anhand der vorhandenen Ressourcen angeboten und vermittelt werden. Notwendig sind frühzeitige, individuell angepasste Hilfen sowie differenzierte Versorgungsangebote bei hohem Unterstützungsbedarf. Adäquate Hilfen erfordern einen ganzheitlichen Blick

auf das gesamte Familiensystem und eine engmaschige Beobachtung der Entwicklung des Kindes. Wirksame Prävention, Unterstützung und Schutz der betroffenen Kinder und ihrer psychisch und suchtkranken Eltern sind nur interdisziplinär in Kooperation mit anderen Professionen und Systemen fachlich adäquat und erfolgreich zu bewältigen. Notwendige Voraussetzungen sind entsprechendes Fachwissen, geeignete Screeninginstrumente, systematisches und strukturiertes Vorgehen, verbindliche Absprachen, gemeinsame Verantwortungsübernahme mit einer eindeutig definierten Fallverantwortung sowie eine ausreichende personelle und finanzielle Ausstattung.

Literatur

- Albermann K., Wiegand-Grefe S., Winter S.M., KINDERSCHUTZ IN FAMILIEN MIT EINEM PSYCHISCH ERKRANKTEN ELTERNTEIL. Bd. 68, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 2019. S. 6–26
- Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern (AG KpKE). ABSCHLUSSBERICHT (2020). Verfügbar unter: <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-kranker-Eltern.pdf>
- AWMF S3-LEITLINIE MEDIKAMENTENBEZOGENE STÖRUNGEN. Langfassung 1. Auflage, 2020 Version 1.1 AWMF-Register-Nr.: 038-025 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-025l_S3_Medikamentenbezogene-Stoerungen_2021-01.pdf
- Bundesärztekammer. RICHTLINIE DER BUNDESÄRZTEKAMMER ZUR DURCHFÜHRUNG DER SUBSTITUTIONSGESTÜTZTEN BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER. [Internet]. 2017. Verfügbar unter: http://www.bundes-aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf_Ordner/RL/Substitution.pdf
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bonn, Bundesärztekammer (BÄK) Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-LEITLINIE METHAMPHETAMIN-BEZOGENE STÖRUNGEN [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2017 [zitiert 9. August 2022]. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-662-53541-7>
- Gortner L., Dudenhausen J. W. (Hrsg.). BETREUUNG DROGENABHÄNGIGER SCHWANGERER UND IHRER NEUGEBORENEN. Springer Verlag, Heidelberg. 2017
- Kinderschutzleitlinienbüro. AWMF S3+ LEITLINIE KINDESMISSHANDLUNG, -MISSBRAUCH, -VERNACHLÄSSIGUNG UNTER EINBINDUNG DER JUGENDHILFE UND PÄDAGOGIK (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0 [Internet]. AWMF-Registernummer: 027–069; 2019 [zitiert 4. März 2022]. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/027-069.html> Oder: https://dgkim.de/?page_id=243
- Kittel-Schneider S., PSYCHOPHARMAKA IN DER SCHWANGERSCHAFT. 2019 [zitiert 9. August 2022]; Verfügbar unter: <https://www.semanticscholar.org/paper/Psycho-pharmaka-in-der-Schwangerschaft-Kittel-Schneider/43afceae5dd8b309dd49652f6e9b453285c0dda>
- Klein M., KINDER UND SUCHTGEFAHREN. RISIKEN, PRÄVENTION, HILFEN. Stuttgart: Schattauer. 2008
- Landgraf M.N., Heinen F., FETALE ALKOHOL-SPEKTRUMSTÖRUNGEN: S3-LEITLINIE ZUR DIAGNOSTIK. Kohlhammer W.; 2016
- Landgraf M.N., Hoff T., FETALE ALKOHOLSPEKTRUMSTÖRUNGEN: DIAGNOSTIK, THERAPIE, PRÄVENTION. Kohlhammer Verlag. 2018
- Lenz A. (2020). VERSORGUNG VON KINDERN PSYCHISCH ERKRANKTER ELTERN – HERAUSFORDERUNGEN UND NEUE ENTWICKLUNGEN. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 69: 399–404
- Nagel M., Siedentopf J., SCHWANGERSCHAFT – SUCHT – HILFE. EIN LEITFADEN [Internet]. 2017. Verfügbar unter: https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/Schwangerschaft-Sucht-Hilfe_2017.pdf
- Plattner A., ERZIEHUNGSFÄHIGKEIT PSYCHISCH KRANKER ELTERN RICHTIG EINSCHÄTZEN UND FÖRDERN. München: Reinhardt; 2017
- PRÄVENTIVER KINDERSCHUTZ BEI KINDERN PSYCHISCH UND SUCHTKRANKER ELTERN. Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitswesen Version 1.0 – 12/2020 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.dgkim.de/dateien/dgkim_leitfaden_praeventiver-kinderschutz_05-12-2020.pdf
- Rohrmeister K., Weninger M. (2006). NEUGEBORENE DROGENABHÄNGIGER MÜTTER. Monatsschrift Kinderheilkunde 154: 79–89
- Siedentopf P. (2017). HANDLUNGSEMPFEHLUNG ZUM UMGANG MIT SUCHTBELASTETEN SCHWANGEREN UND WERDENDEN FAMILIEN IN GEBURTSHILFLICHEN KLINIKEN. Charité Berlin. Verfügbar unter: https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/Handlungsempfehlungen_2017_1.pdf
- Töde M., Bernhard C., FRAUENSUCHTARBEIT IN DEUTSCHLAND. EINE BESTANDSAUFNAHME. Bielefeld: transcript; 2016

Lina. Schwangerschaft Kind Sucht.

Das Hamburger Netzwerk für schwangere Frauen mit einer Suchtbelastung

Das Netzwerk „Lina. Schwangerschaft Kind Sucht“ wurde am 10.12.2008 in Hamburg mit dem Ziel gegründet, die vielfältigen und breit gefächerten Angebote für schwangere Frauen mit einer Suchtbelastung besser miteinander zu verknüpfen und auszubauen. In diesem Netzwerk haben sich Fachkräfte aus medizinischer Versorgung, Sucht- und Jugendhilfe über Berufsgrenzen hinweg auf Standards für die Unterstützung und Begleitung suchtgefährdeter und suchtkranker (schwangerer) Frauen und ihrer Partner verständigt. Diese Hilfen sollten idealerweise bereits mit der Schwangerschaft einsetzen und über die Geburt hinweg 12 Monate lang reichen. Dem Netzwerk liegt eine Rahmenvereinbarung zur Kooperation zugrunde, die unter Federführung der Hamburger Gesundheitsbehörde gemeinsam mit Fachkräften aus der medizinischen Versorgung, Sucht- und Jugendhilfe entwickelt wurde. Die Rahmenvereinbarung liegt in gedruckter Form und als Download seit 2008 vor und wurde 2015 aktualisiert (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2015). Die Rahmenvereinbarung bildet die verbindliche Grundlage für die Zusammenarbeit der mehr als 80 Kooperationspartner:innen. Die verantwortliche Netzwerkkoope-

ration lag von Beginn an bei der Hamburger Landesstelle für Suchtfragen e.V. (heute SUCHT.HAMBURG gGmbH). Mit der Rahmenvereinbarung und Lina wird das Ziel verfolgt, den Verbleib der Babys und Kinder in der Familie zu fördern.

Die Rahmenvereinbarung zur Kooperation wurde ein Jahr später durch eine weitere Kooperationsvereinbarung mit dem Titel „**Familie Kind Sucht. Vereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem Allgemeinen Sozialen Dienst Hamburg**“ ergänzt, die zum Ziel hatte, die Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe zu verbessern. Auch diese Vereinbarung liegt in gedruckter Form und als Download vor und wurde 2015 aktualisiert (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2015).

Anliegen

Mit der Rahmenvereinbarung zur Kooperation soll eine bedürfnis- und situationsgerechte frühzeitige Unterstützung und Begleitung von suchtgefährdeten und suchtkranken schwangeren Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr erreicht werden. Die Frauen (und ihre Partner)

sollen auf die Anforderungen als Familie vorbereitet werden. Als zentral wird dabei angesehen, eine sichere Eltern-Kind-Bindung zu fördern, damit das Kind Zuverlässigkeit und Stabilität in seiner sozialen Umwelt erfährt. Die suchtgefährdeten und suchtkranken schwangeren Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr sollen medizinisch und psychosozial in der Zeit der Schwangerschaft beziehungsweise im ersten Lebensjahr des Kindes begleitet werden. Im Fokus stehen die Sicherung der sozialen und wirtschaftlichen Situation und der Ausbau der Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen rund um die schwangere Frau oder junge Familie. Insgesamt soll eine Kultur des Hinschauens, Wahrnehmens und Ansprechens der oft verdeckt scheinenden Probleme wie Suchtgefährdung und Suchterkrankung und eine bessere berufsfeldübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen erreicht werden. Dabei ist allen Kooperationspartner:innen seit Bestehen der Rahmenvereinbarung zur Kooperation bewusst, dass sich mit der Geburt des Kindes alle Hilfen im Spannungsfeld zwischen den Rechten der betroffenen Frauen und den Rechten des Kindes bewegen. Im Zweifelsfall ist aber immer das Kindeswohl handlungsleitend.

Ziele

Mit der Rahmenvereinbarung zur Kooperation werden verschiedene Ziele verfolgt. In erster Linie wird die Absicht verfolgt, die Lebenssituation von suchtgefährdeten und suchtkranken schwangeren Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr systematisch und berufsfeldübergreifend zu verbessern sowie die Handlungssicherheit der Fachkräfte, die in der Praxis mit dieser Zielgruppe arbeiten, zu stärken.

Die Standards der Rahmenvereinbarung zur Kooperation sollen je nach Zuständigkeit umgesetzt werden. Für suchtgefährdete Schwangere wird vor allem das medizinische System als zuständig angesehen. Dies sind in erster Linie Gynäkolog:innen, Hebammen, geburtshilfliche Abteilungen der Krankenhäuser, Abteilungen der Kinder- und Jugendmedizin in den Kliniken und Hausärzt:innen. Fachkräfte aus dem medizinischen System sollen dabei auch präventive Aufgaben wahrnehmen, das heißt über gesundheitliche Risiken durch den Suchtmittelgebrauch aufklären und zur Verhaltensänderung motivieren. Gegebenenfalls sollen weitere Unterstützungsangebote einbezogen werden, zum Beispiel Suchtberatung, Frühe Hilfen, Mütterberatungsstellen oder der Allgemeine Soziale Dienst (ASD).

Für suchtkranke schwangere Frauen werden neben dem medizinischen System auch Suchtberatungsstellen und Familienhebammen als zuständig betrachtet. Für suchtkranke Eltern mit

Kindern bis zu einem Jahr kommen zusätzlich die Frühen Hilfen und Elternschulen hinzu. Der ASD trägt zudem die Fallverantwortung für das Kind. In der Rahmenvereinbarung zur Kooperation (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2015) werden folgende auf die Zielgruppe bezogene Ziele benannt:

- Verbesserung der Wahrnehmung und Diagnostik von Suchtgefährdung und Abhängigkeit bei schwangeren Frauen und Eltern
- Erkennen der Belastungen des Aufwachsens in einer suchtblasteten Umgebung
- Frühzeitige Unterstützungsangebote
- Verbesserung der Voraussetzungen für eine risikoarme Schwangerschaft und Geburt
- Verhinderung beziehungsweise Verminderung suchtmittelinduzierter Beeinträchtigungen bei den Kindern (zum Beispiel FAS)
- Kompetente Begleitung der suchtkranken Frauen (und Partner) und Unterstützung bei der langfristigen Überwindung der Sucht
- Beratung und Unterstützung der Eltern in der Wahrnehmung ihrer Elternverantwortung
- Frühzeitiges Bereitstellen von Hilfen zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung (Erhalten des gemeinsamen Lebens von suchtgefährdeter beziehungsweise suchtkranker Mutter und Kind)
- Einleitung der notwendigen Schutzmaßnahmen bei Kindeswohlgefährdung

Standards

Die Kooperationspartner:innen der Rahmenvereinbarung zur Kooperation „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“ legen sich auf bestimmte gemeinsam festgelegte Standards fest. Alle schwangeren Frauen werden auf ihren Alkohol-, Tabak-, Medikamenten- und Drogenkonsum angesprochen und motiviert, einen möglichst risikolosen Umgang während und nach der Schwangerschaft zu praktizieren. Entsprechende Informationsbroschüren zu beispielsweise Alkohol und Rauchen sollen regelhaft ausgelegt werden.

Bei suchtgefährdeten schwangeren Frauen sollen die Kooperationspartner:innen Maßnahmen der Frühintervention ergreifen, zum Beispiel Motivation zur Verhaltensänderung, Angebot von Hilfen zur Verhaltensänderung, Unterstützung der Abstinenz sowie Rückfallbewältigung.

Bei suchtkranken schwangeren Frauen ist zu klären, unter welchen Voraussetzungen eine risikoarme Schwangerschaft und Geburt möglich sein könnte, welche Anforderungen das Leben mit einem Kind mit sich bringt und was dafür zu tun wäre. Bedarfsbezogen sollen Informationen über weitere Hilfeangebote gegeben werden. Die Frauen werden bei der Kontaktaufnahme zu einer (Familien-)Hebamme unterstützt sowie ab der 20. Schwangerschaftswoche bei der Kontaktaufnahme zum ASD. Beim ASD soll ein Beratungsgespräch über Unterstützungsmöglichkeiten

stattfinden sowie die Bereitschaft beziehungsweise Fähigkeit geklärt werden, die Elternverantwortung zu übernehmen. Die Unterstützung der werdenden Mutter bezieht sich auf verschiedene Lebensbereiche (zum Beispiel Vermittlung von Grundsicherung in puncto Wohnen, Krankenversicherung, ärztliche Versorgung; Inanspruchnahme medizinischer Versorgung; Vermittlung des Kontakts zu Kinderärzt:innen).

In der Praxis hingegen zeigt sich, dass suchtkranke schwangere Frauen oft erst sehr spät oder unter Umständen sogar gar nicht das Hilfesystem in Anspruch nehmen. Ein Zitat aus einem Interview der Verfasserin dieses Beitrags im Mai 2023 mit einer Mitarbeiterin der Beratungsstelle IGLU in Hamburg, die Eltern mit Drogenproblemen beraten und unterstützen, verdeutlicht das Dilemma:

„Aber die kommen ja oft sehr spät und dann hat man eigentlich schon keine Zeit mehr. Dann müsste man eigentlich erst an dem Vertrauensverhältnis arbeiten um dann zu gucken, dass wir den ASD ins Boot holen.“ Auf die Nachfrage der Interviewerin „Und spät heißt dann wirklich in fortgeschrittener Schwangerschaft?“ antwortet die Kollegin „Das ist kurz vor knapp meistens. Also später heißt eigentlich, wir könnten schon das Krankenhaus buchen. Wenn es gut läuft, könntest du da und da entbinden und da kenne ich die Kinder-schutzkoordinatorin. Oder da gibt es jemanden, den ich kenne, wo man mal gucken kann. Weil das ist ja das nächste: Diese Schwangeren sind dem medizinischen Fachpersonal ja auch ausgeliefert. Und das ist nicht mein Wortlaut, sondern das ist der

Wortlaut der Sozialarbeiterin in der Klinik. Sie sind dem ausgeliefert und die werden krass angeguckt und stigmatisiert. Immer noch.“

Ab der 25. Schwangerschaftswoche soll laut Rahmenvereinbarung die Kontaktaufnahme zur Entbindungsklinik und Kinderklinik angebahnt werden.

Auch für die interdisziplinäre Kooperation bezogen auf suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr finden sich formulierte Standards in der Rahmenvereinbarung zur Kooperation. Zwischen den Kooperationspartner:innen soll kollegiale Beratung stattfinden. Falls es für die Hilfeleistung erforderlich ist, soll zur Entbindung von der Schweigepflicht motiviert werden, damit die Kooperationspartner:innen sich entsprechend austauschen können. Falls die Betroffenen nicht mit einer Schweigepflichtentbindung einverstanden sind, soll der kollegiale Austausch in anonymisierter Weise erfolgen. Mit Ausnahme von Krisenfällen werden alle Interventionen und Gespräche zwischen den beteiligten Institutionen in der Regel vorab mit den Betroffenen abgestimmt und transparent gehandhabt.

Vor der Geburt sollen die betreuenden Institutionen zwecks Informationsabgleich zueinander Kontakt aufnehmen. Gegebenenfalls erfolgt diese interdisziplinäre Kontaktaufnahme anonymisiert. Je Klientin wird eine individuelle ‚Kooperationspartner:innenliste‘ geführt. Zwischen den Institutionen wird die Arbeitsteilung verbindlich festgelegt. Sofern der ASD beteiligt ist, liegt die Fallverantwortung für das Kind dort.

Alle Einrichtungen und Fachkräfte mit Kontakt zur Zielgruppe nehmen eine Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls vor. Ggf. wird Kontakt zum zuständigen ASD aufgenommen, um umgehend eine Fallbesprechung vorzunehmen. Bei fehlender Schweigepflichtentbindung erfolgt die Kontaktaufnahme anonymisiert. Bei akuter Kindeswohlgefährdung kann die Kontaktaufnahme zum ASD auch ohne Schweigepflichtentbindung erfolgen.

Webportal Lina-Net

Zum Netzwerk „Lina. Schwangerschaft Kind Sucht“ gehört auch das Webportal www.lina-net.de, das ab 2008 sukzessive auf- und ausgebaut wurde. Lina-Net ist als Fachkräfteportal konzipiert und enthält Informationen zu aktuell 140 Angeboten für suchtbelastete Schwangere und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr in Hamburg. Die Fachkräfte, die mit der Zielgruppe von Lina arbeiten, können nach passgenauen Angeboten verschiedener Hilfearten (Beratung, Betreuung, Behandlung) und Region (Bezirke) suchen (siehe Abbildung 1).

Das Webportal Lina-Net ist dabei so aufgebaut, dass gezielt nach Unterstützungsangeboten vor der Geburt, rund um die Geburt oder nach der Geburt gesucht werden kann (siehe Abbildung 2). Die Suche kann zusätzlich nach dem Hamburger Bezirk, in dem die suchtgefährdete oder suchtkranke Schwangere beziehungsweise junge Mutter/Familie lebt, regional eingegrenzt werden. Alle Suchtreffer werden alphabetisch sortiert nach der Bezeichnung des Angebots angezeigt.



Abbildung 1: Startseite des Webportals Lina-Net / Quelle: www.lina-net.de (SUCHT.HAMBURG)

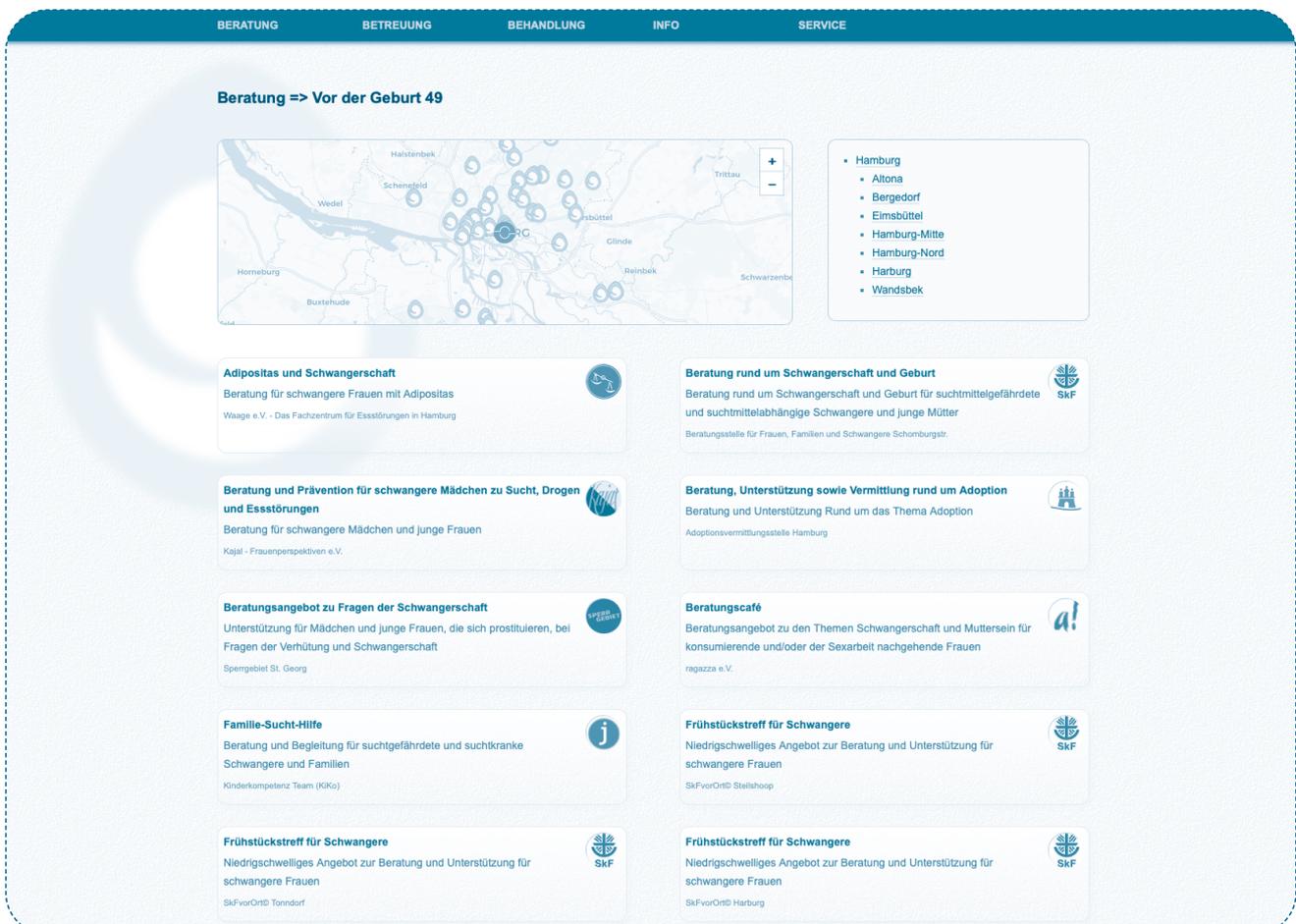


Abbildung 2: Beispiel für die Trefferanzeige von Angeboten zu Beratung vor der Geburt / Quelle: www.lina-net.de (SUCHT.HAMBURG)

Die Logos der Einrichtungen werden mitangezeigt und erleichtern den Fachkräften die Orientierung in der Helfelandschaft.

Ein Glossar, ein FAQ (Antworten auf häufige Fragen zur Nutzung von Lina-Net), ausgewählte unterstützende Angebote für die Fachkräfte selbst (zum Beispiel Kontaktdaten der bezirklichen Kinderschutzkoordinator:innen, Fachberatungsangebote) sowie Dokumentationen der zurückliegenden Lina-Jahrestreffen ergänzen das Webportal.

Die Fachstelle SUCHT.HAMBURG betreibt neben dem Fachportal Lina-Net auch ein Fachportal, das sich an Hamburger Fachkräfte wendet, die mit Schwangeren, Müttern und Vätern rund um die Geburt oder Familien mit Säuglingen und Kindern bis zu drei Jahren arbeiten: www.fruehehilfen-hamburg.de. Dieses Fachportal ist Bestandteil des Hamburger Landeskonzepes Frühe Hilfen „Guter Start für Hamburgs Kinder“ und hilft bei der Suche nach passenden Angeboten zur Unterstützung von Familien in ihrem sozialen Umfeld und erleichtert damit den Eltern einen frühzeitigen und niedrigschwelligen Zugang zu Hilfeangeboten.

Beiden Fachportalen liegt eine gemeinsame Datenbank zugrunde, aus der die Angebote zielgerichtet in das jeweilige Webportal gesteuert werden, sodass Lina-Net wirklich nur Angebote und Einrichtungen enthält, die sich an suchtblastete Schwangere und suchtblastete Familien mit Kindern bis zu einem Jahr richten.

Das Webportal Frühe Hilfen Hamburg hingegen enthält Angebote für Familien mit Kindern 0–3 Jahre mit Unterstützungsbedarf, bei denen aber keine Suchtblastung im Fokus steht. Beide Webportale verweisen wechselseitig auf ihrer jeweiligen Startseite aufeinander.

Angebote für die Netzwerkpartner

Seit dem Bestehen des Lina-Netzwerks gibt es jährlich ein Jahrestreffen bei einem der Kooperationspartner:innen, das dem Austausch und der Vernetzung dient. Die gastgebende Einrichtung stellt dabei sich und ihre Angebote vor. Die Vorträge werden auf Lina-Net eingestellt und können somit auch später noch per Download eingesehen werden. Es werden Fortbildungswünsche der Lina-Partnereinrichtungen erfragt und Neues von der Weiterentwicklung des Lina-Net-Portals berichtet.

Jährlich werden drei bis vier Newsletter an die Kooperationspartner:innen versandt, die spezifische Informationen rund um das Thema Schwangerschaft und Suchtblastung enthalten wie zum Beispiel bevorstehende Fortbildungen in Hamburg, aktuelle Publikationen, Neues aus der Forschung und aus dem Netzwerk. Es werden außerdem regelmäßig Fortbildungen für die Kooperationspartner:innen angeboten, an denen diese zu vergünstigten Konditionen teilnehmen können.

Literatur

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.), 2015: SCHWANGERSCHAFT KIND SUCHT. RAHMENVEREINBARUNG ZUR KOOPERATION. SUCHTGEFÄHRDETE UND SUCHTKRANKE SCHWANGERE FRAUEN UND FAMILIEN MIT KINDERN BIS ZU EINEM JAHR. Hamburg. www.hamburg.de/contentblob/600804/56b59943d314b5f6861e1e7b9c4d3c5b/data/rahmenvereinbarung-kooperation-download.pdf [abgerufen am 27.12.2023]

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.), 2015: FAMILIE KIND SUCHT. VEREINBARUNG ZWISCHEN DEN TRÄGERN DER SUCHTHILFE UND DEM ALLGEMEINEN SOZIALEN DIENST HAMBURG. www.hamburg.de/contentblob/2452156/9ff90ca05124302c9af8cac5f6fa3ce4/data/kooperationsvereinbarung-familie-kind-sucht-download.pdf [abgerufen am 27.12.2023]

Schul-KITT

Das Projekt Schul-KITT (Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken) wurde im Rahmen des Workshops „Kindeswohlorientierte Prävention und Intervention“ vorgestellt. Bei der Referierenden handelt es sich um Katharina Poguntke, Sozialarbeiterin und Mitarbeiterin der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention des Diakonischen Werkes Hannover gGmbH.

Hintergrund des Projektes

Jedes sechste Kind in Deutschland kommt aus einer suchtbelasteten Familie. In Klassen mit 25 Schüler:innen sind – statistisch gesehen – vier Kinder betroffen. Studien zeigen, dass Kinder von suchtkranken Eltern ein höheres Risiko haben, selbst eine stoffliche Sucht oder eine psychische oder soziale Störung zu entwickeln. Gleichzeitig sind diese Kinder auch extrem widerstandsfähig, haben vielfältige Begabungen und Kompetenzen. Mit der richtigen Art von Unterstützung können sie sich zu gesunden, lebensstüchtigen Erwachsenen entwickeln.

Entstehung von Schul-KITT

In der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention des Diakonischen Werkes Hannover gGmbH gab es schon seit 2018 das Projekt KITT „Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken“. Unter dem Namen KITT startete die

Fachstelle damals ein offenes niedrigschwelliges Elterncafé. Es war als ein Treffpunkt für Eltern aus Familien gedacht, in denen es eine Suchtproblematik gibt. Das Elterncafé bot die Möglichkeit, sich unter Betroffenen auszutauschen oder auch Fragen mit uns als Fachkräften zu klären.

Das zweite Element war eine Kindergruppe. Kinder und Jugendliche aus betroffenen Familien zwischen 8 und 15 Jahren erlebten ein wöchentliches Treffen, in dessen Verlauf Raum und Zeit war, von ihrem Alltag zu berichten. Sie lernten etwas über Problemlösungsstrategien, über Sucht und Suchtverhalten und schulten ihr Selbstbewusstsein. Es war auch Raum, einfach nur zu spielen.

Die Kindergruppe und das Elterncafé wurden durch eine große Einzelspende eines hannoverschen Ehepaares ermöglicht. Die Bearbeitung dieses wichtigen Themas sollte auch 2021 weitergeführt werden. Mit Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe des Blauen Kreuzes e.V. und Studierenden der Hochschule Hannover, die im Rahmen ihres Bachelorstudienganges Soziale Arbeit ein praxisbegleitetes Projekt durchführten, entwickelten die Projektmitarbeitenden im Januar 2021 ein neues Konzept für Schulen. Dieses Projekt mit dem Namen „Schul-KITT“ sollte auch gemeinsam umgesetzt werden. Für eine Projektverwirklichung konnten die Projektmitarbeitenden Geldgeber für sich gewinnen.

Das Projekt wird bis heute durch das GKV-Bündnis für Gesundheit und der Stadt Hannover finanziert. Gesichert ist die Finanzierung jedoch nur noch bis Ende September 2024. Die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention vom Diakonischen Werk Hannover gGmbH fungiert als Kooperationspartner der Stadt Hannover.

Eckdaten des Projektes

Heute arbeiten vier Fachkräfte der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention mit unterschiedlichen Stundenanteilen in dem Projekt Schul-KITT. Unterstützt werden sie von zwei Honorarkräften. Hierbei handelt es sich um Studierende der Fachrichtungen Soziale Arbeit und Psychologie.

Das Projekt Schul-KITT beinhaltet zunächst eine dreistündige Unterrichtseinheit für siebte und achte Klassen (ausschließlich für Schulen der Stadt Hannover), erstmalig durchgeführt im September 2021. Seitdem konnte die Fachstelle acht Schulen von dem Projekt überzeugen, die anschließend mehrfach auf das Angebot zurückkamen. So haben insgesamt 37 Termine an Realschulen, integrierte Gesamtschulen Gymnasium der Stadt Hannover stattgefunden. Bis zum Ende des Jahres 2023 sind sechs weitere Termine vereinbart worden. Mit zwei Schulen stehen die Projektmitarbeitenden momentan im Kontakt, um Termine für das Jahr 2024 abzusprechen.

Das Projekt Schul-KITT beinhaltet aber auch Multiplikator:innenschulungen und das Angebot von Elternabenden. Ersteres konnte bereits erfolgreich bei einem Arbeitskreis der Schulsozialarbeiter:innen durchgeführt werden.

Ziele

Vorrangig soll die Unterrichtseinheit für das Thema „Sucht in der Familie“ sensibilisieren. Das Projekt möchte dabei nicht nur die Schüler:innen ansprechen, sondern auch das Lehrpersonal und die Schulsozialarbeiter:innen. Es soll betroffenen Kindern und Jugendlichen aufzeigen, dass sie nicht alleine sind, dass sie gehört und gesehen werden und dass sie gefährdet sind, selbst eine stoffliche Sucht oder eine psychische oder soziale Störung zu entwickeln. In der Unterrichtseinheit soll diesen Betroffenen der Zugang zum Hilfesystem erleichtert werden. Die Einheit bietet zudem die Möglichkeit, Gesundheitswissen zu vermitteln, die Einstellungen und Werte der Kinder und Jugendlichen zu prägen und ihre emotional-sozialen Kompetenzen zu stärken.

Durchführung des Projektes

Bevor drei Projektmitarbeitende die Schüler:innen in der Schule besuchen, wird mittels eines Fragebogens/Infoblatt, welches an zuständiges Lehrpersonal oder an Schulsozialarbeiter:innen geschickt wird, erfragt, welche Besonderheiten es in der Klasse gibt. So wird beispielsweise nicht nur erfragt, welche Vorkenntnisse die Schüler:innen bereits zum Thema Sucht haben, sondern auch, wie die Klas-

sengemeinschaft, der Zusammenhalt und die Auffassungsgabe ist. Schließlich besprechen wir ein sensibles Thema.

Zu Beginn der Einheit erfolgt eine Aufstellung, um in das Thema einzusteigen. Es geht über unverfänglichen Aussagen wie „Ich bin ausgeschlafen“ zu Aussagen wie „Ich kenne eine trinkende Person, um die ich mir schon mal Sorgen gemacht habe“, zu denen sich die Schüler:innen positionieren dürfen. So wird ein erster Austausch ermöglicht. Es folgt eine Mindmap zum Thema „Sucht in der Familie“.

Das Herzstück der Einheit sind die drei von uns entwickelten und in Zusammenarbeit mit der Medienwerkstatt Linden gedrehten Kurzfilme (etwa 1–2 Minuten). Die Videos zeigen drei mögliche Alltagsszenen von Kindern aus suchtbelasteten Familien. So wartet zum Beispiel ein Mädchen vergeblich nach Schulschluss auf die Mutter, die sie eigentlich abholen wollte oder die Verabredung zum Schwimmen kann nicht eingehalten werden, da die Mutter ihren Rausch ausschlafen will.

Nacheinander werden die Filme der Klasse präsentiert und die Schüler:innen bekommen den Arbeitsauftrag, die Filme weiterzudenken – was könnte nach dieser Szene passieren? In Kleingruppen erarbeiten sie eigenständig aus ihren Gedanken und Ideen heraus ein eigenes Schauspiel von wenigen Minuten, welches sie im Anschluss der übrigen Klasse vorspielen. Die Kleingruppen werden von den Projektmitarbeitenden begleitet. Nach dem Schauspiel wird dieses besprochen. Durch die Frage „Wie ging es dir

als Tochter/als Vater?“ entsteht häufig ein interessanter Perspektivwechsel und die verschiedenen Emotionen können gut zum Ausdruck gebracht werden.

Nach dem Schauspiel erzählt, soweit dies im Vorfeld arrangiert werden konnte, ein Mitglied einer Selbsthilfegruppe aus ihrem Leben. Alternativ beantworten die Projektmitarbeitenden Fragen zum Thema Sucht und Sucht in der Familie und erzählen vom Arbeitsalltag.

Ein wichtiger Bestandteil der Einheit ist eine weitere Mindmap zum Thema Umgang mit Stress. Die im Schauspiel entstandenen Emotionen können hier nochmal gut aufgegriffen werden.

Zuletzt werden Feedback-Bögen und Kärtchen mit den Kontakten der Projektmitarbeitenden an die Schüler:innen verteilt und zusätzlich darauf hingewiesen, an wen sie sich noch wenden können, unter anderem an die Schulsozialarbeiter:innen.

Unmittelbar nach der Durchführung erfolgt eine Reflektion der Einheit durch die Mitarbeitenden vor Ort. Hierzu werden unter anderem die anonymen Feedback-Bögen genutzt und ausgewertet. Durchweg werden die Videos und die Schauspiele als sehr positiv bewertet. Die Projektmitarbeitenden reflektieren das Konzept nicht nur nach jeder Einheit, sondern auch in regelmäßigen Abständen mit allen Projektmitarbeitenden und passen das Konzept gegebenenfalls an. So ist zum Beispiel vor einigen Monaten der Fragebogen/Infoblatt erarbeitet worden, welcher nun regelhaft angewendet wird. Es gibt also kein „Schema F“.

Stimmen von Schüler:innen

Zum Schluss des Vortrages noch anonymisierte Stimmen einiger Schüler:innen:

„[Mir hat gefallen], dass wirklich auf alles eingegangen wurde, jeder Fragen stellen durfte und man offen mit Ihnen drüber reden konnte.“

„Ich persönlich habe mich gefreut darüber, dass es Menschen gibt die Abhängigen helfen und das Problem versuchen zu beseitigen bevor es entstanden ist. (...) Ich habe mich gefreut, dass wir so interaktiv mitarbeiten durften und dass sie alle das Thema so ernst nehmen.“

„Es war mutig von Claudia [Teilnehmende einer Selbsthilfegruppe] über ihre Geschichte zu reden und es hat mich sehr berührt.“

Multidimensionale Familientherapie

Einleitung

Cannabiskonsumierende haben bis spät in die 1990er Jahre nur in einem eher geringen Umfang die Hilfen von Sucht- und Drogenberatungsstellen in Anspruch genommen. Seit Mitte der 90er Jahre hat sich Cannabiskonsum als „illegale Alltagsdroge“ in der Gesellschaft etabliert. Im Kontext der Verbreitung des Konsums sind Menschen mit einer Hauptdiagnose Cannabis seit 2014 in der deutschen Suchthilfestatistik im Bereich der illegalen Drogen an die Spitze der Betreuungsfälle gerückt (DBBD, 2022).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat das Bundesministerium für Gesundheit ab Anfang der 2000er Jahre mehrere Modell- und Forschungsprojekte gefördert, die eine Verbesserung von Präventions- und Hilfsmaßnahmen für Cannabiskonsumierende zum Ziel haben.

Cannabisklient:innen kommen durchschnittlich im Alter von 25 Jahren in die ambulante Suchthilfe. Ein Blick in die Ergebnisse bisheriger Cannabisinterventionsprojekte zeigt, dass die Klient:innen in aller Regel frühestens zum 18. Lebensjahr (z.B. FreD), aber häufig auch erst ab dem 25. Lebensjahr erreicht werden (realize it/ Quit

the shit, Candis). Lediglich mit dem Angebot der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) konnten Jugendliche (12–17 Jahre) mit starken Cannabisproblemen schon in diesen Altersgruppen erreicht werden (Tossmann et al., 2021; Gantner & Stickel, 2016).

Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich mit der Implementierung von cannabisspezifischen Hilfeangeboten der Zugang der Cannabisklientel zur Suchthilfe deutlich verbessert hat. Dabei hat sich in der Suchthilfe das Konzept der „Motivierenden Gesprächsführung“ als gemeinsame Grundlage und Arbeitshaltung der angebotenen Programme erfolgreich etabliert. Auf der Grundlage dieses Ansatzes werden in einer „zieloffenen Suchtberatung“ mit den Klient:innen Ambivalenzen besprochen, Motivation gefördert und die nächsten Veränderungsschritte bestimmt.

Die MDFT gilt für jugendliche Cannabisabhängige als die effektivste Therapieform (EMCCDA, 2014). Nach der multizentrischen Hauptstudie „INCANT“ in 2009 (Tossmann et al., 2012) konnte die MDFT im darauffolgenden Transferprojekt lediglich in vier Einrichtungen in Deutschland implementiert werden. Eine flächen-

deckende Implementierung ist unter anderem an Finanzierungsfragen und Zuständigkeitsfragen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe gescheitert (Gantner, 2014). Es zeigt sich zum einen, dass wir in Deutschland ein Transferproblem mit hochwirksamen und sehr gut beforschten Therapiekonzepten haben. Zum anderen besteht vor allem ein Versorgungsproblem für minderjährige Cannabisklient:innen, die allein mit individuumszentrierten Angeboten nur selten oder gar nicht erreicht werden.

Die hohen Hürden einer breiten Praxisimplementierung der MDFT haben uns dazu motiviert, die multisystemische Perspektive der MDFT in einen niedrigschwelligen systemischen Beratungsansatz (FriDA) zu adaptieren, um die Zugänge und Versorgung für Jugendliche und deren Eltern in der ambulanten Suchthilfe zu verbessern. Damit einher geht auch das Ziel, Suchthilfe und Jugendhilfe besser zu vernetzen und intensiver systemübergreifend zu kooperieren. (Das FriDA-Projekt wurde in dieser Dokumentationsreihe in 2022 dargestellt)

Grundlagen der Multidimensionalen Familientherapie

Entwicklungspsychologische Perspektive

Das Zusammenspiel von individuellen, familiären und gesellschaftlichen Risiko- und Schutzfaktoren bildet die Grundlage, um normale bzw. abweichende Entwicklung im Jugendalter zu erklären. Entwicklungspsychologische und entwicklungspsychopathologische Aspekte sind gleichermaßen bedeutsam für das Verständnis von Substanzkonsum/-missbrauch im Jugendalter. Während Substanzkonsum im Jugendalter zunächst als passageres Risikoverhalten, das heißt als funktional zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zu sehen ist, kann die Entwicklung des Jugendlichen in eine Schiefelage geraten, wenn der Substanzkonsum vor dem Hintergrund einer schwierigen Konstellation von Risikofaktoren stattfindet. Dann können sich Substanzstörungen und komorbide psychische Störungen ausbilden.

Systemisches Verständnis von „Substanzkonsumstörungen“ im Jugendalter

Aufgrund der vielen, sich wechselseitig bedingenden Einflüsse, die Substanzkonsum/-missbrauch im Jugendalter und damit verbundene Entwicklungsprobleme begünstigen und aufrechterhalten, kann jugendliches „dysfunktionales“ Verhalten nur in einer systemischen Sichtweise angemessen verstanden werden. Dies beinhaltet nicht nur, den Fokus auf Ressourcen innerhalb der beteiligten Systeme zu legen, sondern auch einseitige kausale Erklärungen für die

Problementstehung zu vermeiden. In der Konsequenz wird aus einer MDFT-Perspektive eine komplexe Strategie verfolgt: Die Berater:innen beziehungsweise Therapeut:innen forschen gemeinsam mit relevanten Akteuren (Jugendliche, Eltern, andere Familienmitglieder, außerfamiliäre Bezugspersonen) nach den „wechselseitigen Bedingungen“ von Problemen und regen die Beteiligten zu Veränderungen in ihrem jeweiligen Einflussbereich an.

Im Unterschied zu anderen systemischen Konzepten hat der MDFT-Ansatz dabei keine „Scheu“, sich auf störungsspezifische, entwicklungspsychopathologische Erkenntnisse zu beziehen und diese ausdrücklich für die therapeutische Arbeit zu nutzen. So werden zum Beispiel die Abhängigkeitsproblematik ebenso wie eventuell bestehende komorbide Störungen bei den Jugendlichen (z.B. ADHS, depressive Störungen) in ihrer „Eigendynamik“ verstanden und spezifisch behandelt beziehungsweise eine entsprechende Behandlung initiiert und gefördert. Dies gilt gleichermaßen für psychische Störungen oder Suchtprobleme der Eltern.

Entscheidend für die Einhaltung der systemischen Sichtweise bleibt die Betonung der Wechselseitigkeit von Einflussfaktoren und das Vermeiden von kausalen (Schuld-) Zuschreibungen hinsichtlich der Problementstehung und Aufrechterhaltung.

Diagnostik und Fallverständnis sind multidimensional

Um in der Komplexität systemischen Denkens den Überblick und den roten Faden im Therapieprozess zu

behalten, ist die therapeutische Arbeit in MDFT anhand eines Modells von vier parallelen Subsystemen beziehungsweise Interventionsebenen strukturiert, für die jeweils spezifische Fragestellungen relevant sind:

- Bezogen auf das Jugendlichen-Subsystem geht es um das aktuelle Verhalten und Erleben von konkreten jungen Menschen, um deren Sichtweisen, Einschätzungen, Wünsche und Nöte, Auffälligkeiten und Stärken, aber auch deren Zukunftsvisionen, Interessen, Ziele.
- Im Subsystem Eltern richtet sich das diagnostische Interesse auf die persönliche Situation der Elternpersönlichkeiten und ihre Ressourcen und Belastungen im Hinblick auf die Erziehungsverantwortung. Erziehungspraktiken sind hier ebenso relevant wie die Frage, ob die Eltern als Team an einem Strang ziehen und sich gegenseitig stärken oder in ihrem elterlichen Einfluss schwächen.
- Im Subsystem Familie liegt der Fokus auf der Qualität der familiären Bindungen und Interaktionsmuster. Die Frage nach gemeinsam verbrachten Zeiten, festen Ritualen ist hier ebenso bedeutsam wie die, ob die Stimmung in der Familie eher von positiven oder negativen Emotionen bestimmt wird.
- Im vierten Subsystem, dem sozialen Umfeld, sind alle Einflussfaktoren bedeutsam, die aktuell zu einer Verbesserung oder auch Verschlechterung der familiären Situation beitragen.

MDFT geht davon aus, dass für eine Verbesserung der familiären

Kommunikation und Beziehungen als wichtigstem Schutzfaktor in der Entwicklung Jugendlicher die Verbesserung der Situation der einzelnen Familienmitglieder komplementär notwendig ist. Die vier verschiedenen Sichtweisen auf das jeweilige Familiensystem helfen den Fachkräften dabei, die Komplexität der Informationen aus dem Familiensystem zu strukturieren und die jeweiligen Aufträge der Beteiligten mit entwicklungspsychologischem Hintergrundwissen zu verknüpfen. Einige Aspekte dieses Hintergrundwissens sind im Folgenden skizziert.

Substanzkonsum und Suchtentwicklung im Jugendalter

Der Konsum psychoaktiver Substanzen im Jugendalter kann zunächst als jugendtypisches Experimentierverhalten im Rahmen der Entwicklungsaufgaben gesehen werden. Inwiefern sich altersadäquate, verantwortungsbewusste und kulturell akzeptierte Konsumformen oder Missbrauchs- und Abhängigkeitsformen herausbilden, ist von den Konstellationen der Schutz- und Risikofaktoren in unterschiedlichen Kontexten abhängig.

Als empirisch nachgewiesene Einflussfaktoren für Substanzmissbrauch im Jugendalter gelten:

- Biologisch-genetische Faktoren
- Elterlicher Substanzkonsum und Eltern-Persönlichkeiten
- Elterliche Paarbeziehung
- Eltern-Adoleszenten-Beziehung
- Adoleszenz-Persönlichkeiten
- Konsum von psychoaktiven Substanzen
- Peers
- Soziale Kontextfaktoren

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen gilt als ein Bindeglied: Für verschiedene Jugendliche, deren Lebenssituationen von sehr unterschiedlichen Clustern von Risiko- und Schutzfaktoren gekennzeichnet sind, kann der experimentelle Konsum von Drogen sehr unterschiedliche Bedeutung und Folgen für die langfristige Entwicklung haben. Um einzuschätzen, wie riskant jemand Drogen konsumiert, ist jedoch nicht nur die Lebenssituation der:des Jugendlichen in all ihren Facetten, sondern vor allem das Konsummuster relevant. Damit ist eine Kombination folgender Variablen gemeint:

- Art und Anzahl der psychoaktiven Substanzen, die konsumiert werden
- Dosis
- Konsumfrequenz
- Situativer Kontext

Die Klärung der individuellen Konsummuster hat deshalb eine besondere Bedeutung, weil sie bei Jugendlichen in der Regel sehr heterogen sind. Als Faustregel für riskante und problematische Konsummuster gilt: Je früher der Einstieg (unter 16), je höher die Dosis, je regelmäßiger der Konsum, je mehr unterschiedliche Drogen konsumiert werden und je unangemessener die Situation (z.B. während der Schulzeit), desto größer ist das mittel- und langfristige Missbrauchs- beziehungsweise Abhängigkeitsrisiko.

Neben der Ausprägung der Konsummuster ist eine Analyse der verschiedenen Funktionen des Substanzkonsums für ein differenziertes Verständnis erforderlich.

Grundlegend lassen sich

- „jugendtypische psychosoziale Funktionen“ wie Neugier-, Experimentierverhalten, Gemeinschaftsgefühl, Selbsterfahrung, Grenzerfahrung und
- „psychodynamische Bewältigungsfunktionen“ wie Entspannung, Abschalten, Affektregulation, Impulsregulation

unterscheiden. Während die jugendtypischen Funktionen im Kontext von Entwicklungsaufgaben als altersadäquates (Risiko-)Verhalten zu verstehen sind und für alle jugendlichen Konsument:innen gelten, stehen die Bewältigungsfunktionen im Zusammenhang mit vorhandenen Belastungen beziehungsweise Risikofaktoren.

Anders gesagt: Riskant ist Konsum vor allem dann, wenn er nicht nur dazu dient, Schönes schöner, sondern Unangenehmes erträglicher zu machen.

Das Verstehen der individuellen Bewältigungsfunktionen, eventuell auch im Zusammenhang mit weiteren komorbiden Störungen im Sinne einer Selbstmedikation, ist sowohl wichtig für eine sorgfältige suchtspezifische Diagnostik als auch zentraler Bestandteil des Beratungs- beziehungsweise Therapieprozesses.

Ausblick

Klinische Studien und die praktische Erfahrung zeigen, dass frühe Probleme mit Cannabiskonsum immer im Kontext von anderen psychischen und sozialen Problembereichen stehen. Im Sinne der „Frühintervention“ sollte es die Aufgabe sein, Jugendliche mit Cannabiskonsumstörungen problemadäquate beratende beziehungsweise therapeutische Angebote zu machen, die diese Kontexte berücksichtigen. Trotz der Etablierung zahlreicher Cannabisinterventionsprogramme sind insbesondere für die jungen Klient:innen in Deutschland noch erhebliche Defizite zu verzeichnen. Es fehlt sowohl an ambulanten als auch stationären Therapieplätzen. Vor allem aber ist die oft mangelnde Abstimmung in den Hilfenetzwerken zu beklagen. Insbesondere ist die Zusammenarbeit der Suchthilfe mit der Jugendhilfe beziehungsweise dem Jugendamt deutlich zu verbessern. Die Jugendämter stehen in der Pflicht, eine Hilfeplanung für diese Zielgruppe fachlich mit den beteiligten Netzwerken zu organisieren. Im Bereich der ambulanten Psychotherapie sind Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen gefordert, sich stärker als bisher mit frühen Konsumstörungen vertraut zu machen und in diesem Kontext unabhängig ihrer psychotherapeutischen Orientierung, die Eltern und Angehörige aktiver in den Therapieprozess miteinzubeziehen.

Literatur

DBBD (2022); REITOX JAHRESBERICHT 2022.
www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2022/REITOX_Bericht_2022_DE_WB_04_Praevention.pdf

Gantner, A. (2014): NATIONALER TRANSFER DER IN DER INCANT STUDIE EVALUIERTEN MDFT ALS FAMILIENBASIERTER FRÜHINTERVENTION IN DIE JUGENDSUCHTHILFE. Sachbericht. Bundesministerium für Gesundheit

Gantner, A. (2012): AMBULANTE THERAPIE BEI JUGENDLICHEN MIT SUCHTPROBLEMEN. IMPULSE AUS EINER SYSTEMISCHEN PERSPEKTIVE. PID 4/2012, 13. Jahrgang

Gantner, A., Spohr, B., Bobbink, J. (2021): FriDA. DAS BERATUNGSMANUAL. Berlin: Therapieladen

Spohr, B., Gantner, A., Bobbink, J., Liddle, H. (2011): MULTIDIMENSIONALE FAMILIENTHERAPIE. JUGENDLICHE BEI DROGENMISSBRAUCH UND VERHALTENSPROBLEMEN WIRKSAM BEHANDELN. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Tossmann, H.P., Gantner, A. (2016): FRÜHINTERVENTION, BERATUNG UND BEHANDLUNG BEI CANNABISSTÖRUNGEN. In: Suchttherapie 17, 1–5

Tossmann, H.P., Jonas, B., Rieger, H., Gantner, A. (2012): MULTIDIMENSIONALE FAMILIENTHERAPIE (MDFT) BEI CANNABISBEZOGENEN STÖRUNGEN. SUCHT 58 (3), 157–166

Kinderschutz in der Psychosozialen Beratung Prävention, Förderung und Intervention

XXXIII. Niedersächsische Suchtkonferenz -Innovative Hilfen für suchtbelastete Familien - 06. November 2023

Kinderschutz in der Psychosozialen Beratung – Prävention, Förderung und Intervention

Gabriele Bartoszak – LHH – OE 51.25 Koordinierungsstelle Kinderschutz und Frühe Hilfen

LANDESHAUPTSTADT HANNOVER

HAN
NOV
ER

Was macht die Koordinierungsstelle Kinderschutz und Frühe Hilfen? – Umsetzung des BkischG

- Koordination, Aufbau, die Weiterentwicklung sowie Steuerung von verbindlichen Netzwerkstrukturen im Kinderschutz und den Frühen Hilfen.
- möglichst flächendeckende Vernetzung aller Bereiche in der Landeshauptstadt Hannover (LHH), die mit Schwangeren, Familien sowie Kindern und Jugendlichen beispielsweise in der Jugendhilfe, der Medizin, der Kinder- und Jugendmedizin, der Suchthilfe zusammenarbeiten.
- Beratungen und Schulungen zum Kinderschutz für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende dieser Institutionen.
- Abschluss von Kinderschutzvereinbarungen gemäß §§ 8a, 72a SGB VIII zur Sicherstellung des Schutzauftrags sowie des Tätigkeitsausschlusses einschlägig vorbestrafter Personen.
- Angebot Fachberatung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen gemäß § 4 KKG und § 8b SGB VIII.

Arbeitskreis Familie und Sucht

- Der Koordinierungsstelle KS und FH federführend zugeordnet
- Kooperationsvereinbarung seit November 2011, aktualisiert 2021
<https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Gesundheit/Beratungsstellen/Sozialpsychiatrischer-Verbund/Arbeitskreis-Familie-und-Sucht-Hannover>
- Kooperierende: Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT, DW - Suchtberatung für Frauen, DIAKOVERE Annastift Leben und Lernen gGmbH Wohn- und Betreuungsbereich und Jugendhilfe, INUIT e.V., LHH - Fachbereich Jugend und Familie, La Strada, NLGA Nds., Polizeidirektion Hannover, prisma gGmbH, Region Hannover - Fachbereich Jugend, STEP gGmbH, Verband der Kinder- und Jugendärzte Sektion Hannover.

LEITZIEL: Die Verbesserung der Lebenssituation der Eltern, Kinder und Jugendlichen und die psychosoziale Entwicklungs- und Resilienzförderung der Kinder und Jugendlichen.

Welche Ziele verfolgt der Arbeitskreis Familie und Sucht?

- Ein dauerhaftes Zusammenleben von Eltern und Kindern unter Berücksichtigung des Kindeswohls zu fördern und zu ermöglichen.
- Die Vermeidung bzw. das frühzeitige Erkennen von Fehlentwicklungen und Schädigungen sowie die Einleitung wirksamer Hilfen.
- Eine frühzeitige Vernetzung, Zusammenarbeit und Koordination der Fachkräfte und Professionen zur Förderung eines passgenauen Hilfeangebotes für die Familien.
- Die Erarbeitung von Standards zur Entwicklung und Sicherung fachlicher Kompetenz für den Bereich Familie und Sucht.
- Eine Schärfung des gesellschaftlichen Bewusstseins für die Notwendigkeit sachgerechter Hilfen für die betroffenen Schwangeren/Eltern/Kinder.

Hilfenetzwerk: Leitlinien der Zusammenarbeit zwischen Kommunalen Sozialdienst und Suchtberatungsstellen, gemeinsame Fallberatungen und Gefährdungseinschätzungen § 8a SGB VIII, Familienhilfe durch Sucht- und Jugendhilfeträger, Lobbyarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, ...

Situation der Jugendhilfe und des Kinderschutzes in der Arbeit mit substituierten Eltern und ihren Kindern

Aufgrund von Kinderschutzfällen besonders im Fokus: Die Todesfälle von „Kevin“ in Bremen (2006) und auch „Chantal“ in Hamburg (Januar 2012) wird verstärkt der Fokus auf den Schutz von Kindern in den ersten Lebensjahren gelegt und besonders die Gruppe substituierter Eltern in den Blick genommen:

- Substitution der Eltern als Gefährdungsrisiko mit den entsprechenden jugendhilferechtlichen Folgen! Beispiel Hannover: Einzelfälle befinden sich immer im „Gefährdungsbereich“.
- Initialzündung für gesetzliche Veränderungen: Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK), 2005; Bundeskinderschutzgesetz, 2012; Kinder- und Jugendstärkungsgesetz 2021.
- Stichworte: Schutzgemeinschaft, Netzwerke im Kinderschutz und in den Frühen Hilfen (§ 3 KKG), Insoweit erfahrene Fachkraft (§ 8a Abs.4 + 5 SGB VIII), Berufsgeheimnisträger:innen (§ 4 KKG), Ehrenamtliche und andere Personen die im beruflichen Zusammenhang mit Kindern zu tun haben (§ 8b SGB VIII)
- Fokussierung auf das Gefährdungspotenzial, den Schutzauftrag der Jugendämter (§ 8a SGB VIII) und der Verantwortung (im Kinderschutz) der beteiligten Berufsgruppen und ihrer Organisationen.

Schnittstellen der Zusammenarbeit im präventiven und intervenierenden Kinderschutz

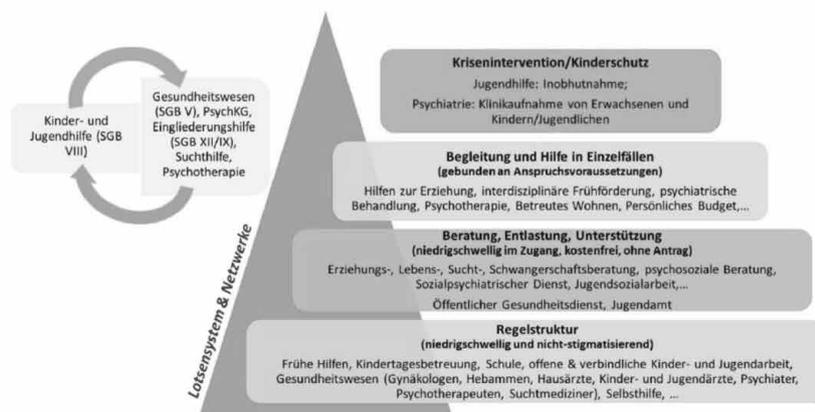


Abbildung 13: Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen für Familien mit einem psychisch und suchtkranken Elternteil modifiziert nach Schmenger & Schmutz 2019

Beraten, unterstützen und schützen – Angebote und Maßnahmen der Jugendhilfe (SGB VIII)

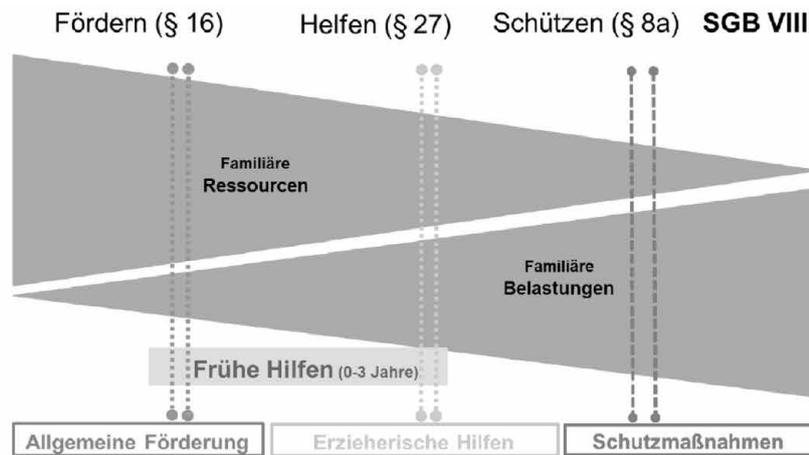
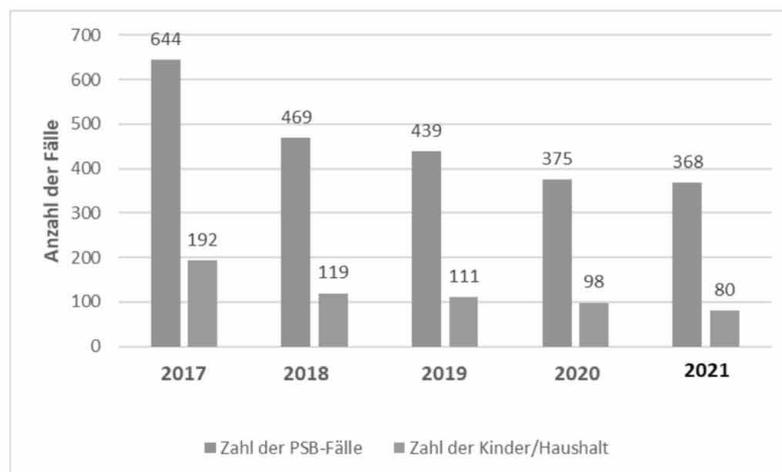


Abbildung 12: Kinderschutz von Allgemeiner Förderung bis Schutzmaßnahmen nach Schone 2011

Im Rahmen der SGB VIII-Reform / KJSG sollen niedrigschwellige und sozialraumorientierte Hilfeangebote aufgebaut werden (§ 20 SGB VIII)

Aus DGKIM-Leitfaden für Präventiven Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern, Version 1.0 – 12/2020. Seite 38

Zahl der Kinder in PSB Haushalten in Hannover seit der Novelle der Befähigungsmittel-Verschreibungsverordnung (BfMVV) 2017



Präsentation von FRANK WOIKE | Beauftragter für Sucht und Suchtprävention der Stadt Hannover im AK FuS am 09.06.2022

Jugendhilfe und Kinderschutz in der psychosozialen Betreuung von substituierten Eltern

PSB ist und war in der Sucht- und Jugendhilfe immer ein wichtiger Zugang für die Jugendämter / Jugendhilfe in die Familien.

Strukturelle Voraussetzungen:

- Es gibt verbindliche Absprachen zwischen Substitutionsärzt:innen, psychosozialer Betreuung und KSD/ASD/RSD.
- Substitutionsärzt:innen erkennen Patient:innen als Eltern und sind sich ihrer (gesetzlichen) Verantwortung im Kinderschutz bewusst. (BkischG, AWMF* S3+ Leitlinie –Kinderschutz-Leitlinien)

Zukünftige Aufgaben (Frank Woike – Beauftragter für Sucht und Suchtprävention der Stadt Hannover, 2022):

- Minderjährige brauchen einen eigenen Platz im Hilfesystem (individuelle Förderung der eigenen Resilienz; Gruppenkontakte wie Trampolin oder „Kinder aus suchtbelasteten Familien“)
- Familienbezüge Bestandteil der PSB; durch Steigerung der PSB Fälle mehr Minderjährige im Fokus (100.000 Substituierte)
- Erweiterung des Fokus bei den Kindern: illegale Drogen mit anderen Suchtkrankheiten verbinden.

*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.

Strukturentwicklung und Netzwerke der Zusammenarbeit in der Jugendhilfe gemäß SGB VIII in der LHH

AK Familie und Sucht (AK FuS):

- fallbezogener und fallübergreifender fachlicher Austausch.
- **Anonymisierte Fallberatungen im AK.**
- Fortschreibung der Handlungsempfehlungen.
- Leitlinien der Zusammenarbeit zwischen Suchthilfeträgern und KSD.
- Qualifizierung und Sensibilisierung der FK und ihrer Organisationen.
- Veranstaltungen Fachöffentlichkeit.
- „Interessenvertretung“ im Runden Tisch Sucht und Drogen LHH.

Jugendhilfe – Suchtberatung – Medizin

- AG § 78 SGB VIII: Suchthilfeträger – Jugendhilfeträger.
- UAG § 78 SGB VIII Kinder psychisch kranker Eltern.
- **Leitlinien der Zusammenarbeit zwischen KSD und Jugendhilfeträger (§ 8a Abs. 1 Nr. 2 und Abs.4).**
- Kooperation und Netzwerkarbeit zwischen KSD, ASD und Sozialpsychiatrie Region Hannover (§ 8a Abs. 1 Nr. 2 und Abs.4, § 3 und 4 KKG).
- Babylotsenprojekt DIAKOVERE und Familienhebammenzentrum DIAKOVERE. (§ 3 KKG).
- Kinderschutzvereinbarungen §§ 8a, 72a SGB VIII.

Vielen Dank für Ihr Interesse!



FRAGEN?



FACHBERATUNG ZUM SCHUTZ VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Schutz von Kindern – das geht uns alle an!

Sie stehen beruflich im Kontakt mit Kindern und Jugendlichen und haben Fragen zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung?

Wir unterstützen Sie.
Telefonische Beratung: 0511 / 2707 85 22

Sprechzeiten:

Montag:	9.30 bis 12.00 Uhr	Donnerstag:	9.30 bis 13.00 Uhr
	13.00 bis 15.00 Uhr		13.30 bis 15.30 Uhr
Dienstag:	13.00 bis 15.30 Uhr	Freitag:	9.30 bis 12.00 Uhr
Mittwoch:	12.30 bis 15.30 Uhr		

Landeshauptstadt

Hannover



Region Hannover

Familien zwischen Substitution, Drogenhilfe und Jugendamt

Rund 81.000 Menschen sind aktuell in Deutschland in einer Substitutionsbehandlung. Substitution ermöglicht es Menschen, die an einer Opiat-Abhängigkeit leiden, frei von illegalem Konsum zu leben und dennoch keine Entzugserscheinungen zu haben. Substitute sind legal durch eine:n Arzt:Ärztin verschrieben und in der Regel durch sie:ihn verabreicht. Sie gelten als sichere Medikamente und bergen wenig Risiken – wenn sie ordnungsgemäß genommen werden.

Ein Mensch, der substituiert wird, kann einer Arbeit nachgehen, Auto fahren und an allen Aktivitäten des Lebens teilhaben. Substitution kann vorübergehend gegeben werden, ebenso aber als lebenslanges Medikament. Der Bedarf wird bestimmt durch die Lebenssituation der:des Patient:in und der vorliegenden Erkrankung. Für opiatabhängige Eltern ist die Substitution oftmals der Schlüssel zu einem gemeinsamen Leben mit ihren Kindern.

Und dennoch stellt die Substitution von Eltern eine besondere Herausforderung dar; viele verschiedene Hilfesysteme agieren mit- oder nebeneinander, Eltern stehen oft unter starkem Druck und eine Vielzahl von

Ängsten beeinflussen all das unheimlich. Und doch bleibt eins klar: Substitution ist eine wichtige Behandlung, die für viele Eltern die einzige Chance ist. Die Hürden zu erkennen und zu überwinden ist eine Herausforderung.

Substitution

Der Anteil der substituierten Mütter liegt bei etwa 15 %, was eine Anzahl von ca. 12.000 Frauen ausmacht. Die Zahl der Väter ist nicht erfasst, obwohl auch sie natürlich eine erhebliche Rolle im Familiensystem spielen. Da ein großer Fokus der Hilfen jedoch auf der Schwangerschaft, der Versorgung des Neugeborenen und den ersten Lebensmonaten des Kindes liegt, werden Väter oft vergessen; ebenso wie die Tatsache, dass Substitution auch dann noch wichtig sein kann, wenn die Kinder älter sind. In Deutschland wird vornehmlich mit Polamidon und Methadon substituiert. Die Verteilung der Substitutionsmittel ist wie folgt: Siehe Tabelle 1.

Für Schwangere sind die drei gängigen Mittel Polamidon, Methadon und Buprenorphin gleichermaßen geeignet. Ein großer Vorteil von Buprenorphin ist, dass es sowohl

als Depot-Tablette als auch als Depot-Spritze verabreicht werden kann. Der:die Patient:in muss nicht täglich in die Praxis. Für alle anderen Mittel gilt: Tägliche Vergabe in einer ärztlichen Praxis.

Substitutionspraxen sind unterschiedlich aufgebaut. Einige Ärzt:innen substituieren wenige Patient:innen, die Praxen sind reguläre hausärztliche Praxen und die Substitution läuft unauffällig nebenher. Andere Praxen substituieren 200 oder 300 Patient:innen, hier kommt es zu größeren Ansammlungen von Patient:innen, teilweise bilden sich Sub-Szenen im Umfeld. Ebenso gibt es Praxen, die an Kliniken angedockt sind oder sich in Drogenhilfezentren befinden.

In allen Fällen kommen die Patient:innen zu einer festen Zeit, meistens am Morgen oder am Vormittag, erhalten ihr Substitut und ggf. Beratung. Regelmäßige Urinkontrollen auf Beikonsum sowie Gespräche mit Drogenberater:innen bzw. dem:der Arzt:Ärztin sind Pflicht. Beikonsum ist, zumindest bei substituierten Eltern, die mit ihren Kindern zusammen leben, tabu. Kommt es zu einem Rückfall, muss dieser im Hilfesystem bearbeitet werden.

Take Home

Eine beliebte Form der Substitution ist das sogenannte „Take home“. Hierbei stellt der:die Arzt:Ärztin ein Rezept für (meistens) eine Woche aus und der:die Patient:in nimmt das Substitut zu Hause ein. Unter stabil substituierten, die keine Kinder haben, wird diese Form der Vergabe immer beliebter, auch die Ärzt:innen haben immer mehr Freiheiten in der Take Home Vergabe. Bei Eltern stellt sich diese Form der Vergabe nach wie vor als kompliziert heraus. Die Angst davor, dass die Kinder Schaden nehmen könnten, dominiert, sodass von der Verschreibung Abstand genommen wird. Auch geht es um Verantwortung, die nicht übernommen werden kann und so gehen die Eltern weiter täglich mit ihren Kindern in die Praxis.

Bei genauerem Hinsehen wird klar, dass es hier an guten Lösungen fehlt. Insbesondere Eltern sollten sich so oft es geht von der Praxis fernhalten. Der Kontakt zu anderen Abhängigen ist ungeeignet, außerdem bestimmt der Weg zur Praxis oft den Alltag der Familie und lässt wenig Raum für andere Aktivitäten. Krabbelgruppen oder Eltern-Treffs, die so wichtig wären, kommen zu kurz. Auch für Eltern von Schul- oder Kitakindern stellt die tägliche Vergabe oftmals eine große Hürde dar. An Arbeit ist neben der Substitution kaum zu denken.

Und doch gibt es Take home Vergabe auch für Eltern. Sie gelingt immer dann, wenn die verschiedenen Hilfesysteme gut kommunizieren und sauber ineinandergreifen.

Levomethadon (Pola)	37,8 %
Methadon (Meta)	34,5 %
Buprenorphin (Subutex)	23,7 %
Diamorphin	1,8 %
Codein & andere	0,2 %

Tabelle 1: Verteilung der Substitutionsmittel in Deutschland

Schwangerschaft & Geburt

Bringt eine substituierte Frau ein Kind zur Welt, wird dieses mit höchster Wahrscheinlichkeit an Entzugerscheinungen leiden. Diese werden im klinischen Kontext behandelt; das Neugeborene wird mit Hilfe der Finnegan Skala mit Morphin eingestellt. Siehe Tabelle 2.

Nach festen Parametern wird es nach und nach, so schonend wie möglich entgiftet. Hat das Neugeborene eine Punktwertung von < 11 in 60 Min. erreicht, wird die Substitution gestartet. Unter enger Beobachtung wird jede Stunde neu beurteilt, ob die Dosis ausreicht, also ob noch Symptome zu erkennen sind.

Ist das Kind stabil eingestellt, wird zunächst Stabilität angestrebt. Ist diese erreicht, wird, ebenso schonend, abdosiert. Ab einem Punktwert > 9 binnen 24 h, kann die Dosis langsam reduziert werden. Dieser Prozess dauert zwischen 6 und 12 Wochen und hat nicht zwingend etwas mit

dem vorangegangenen Konsum der Mutter zu tun. Viel mehr entscheiden die Konstitution des Kindes, die Rahmenbedingungen im Enzug und der mütterliche Konsum gemeinsam über das Tempo der Abdosierung. In vielen Kliniken ist es möglich, dass die Mutter als Begleitmutter aufgenommen wird und die Entgiftung des Kindes begleitet. Studien belegen, dass körperliche Nähe zum Kind den Entzug positiv beeinflusst.

Eine Mitaufnahme ist nur bei sauberen Urinkontrollen der Mutter möglich. Mangelnde Absprachefähigkeit oder ein Rückfall führen in der Regel zur sofortigen Entlassung der Mutter. Substitution hingegen stellt kein Hindernis dar. Sie wird in der Klinik fortgeführt.

	1	2	3	4	5
Klinisches Kriterium					
Schreien		häufig, schrill	ständig, schrill		
Schlafen nach dem Füttern	< 3 h	< 2 h	< 1 h		
Moro-Reflex		verstärkt	extrem		
Tremor bei Störungen	leicht	mäßig			
Tremor in Ruhe			leicht	mäßig	
Muskeltonus		erhöht			
Hautabschürfungen	ja				
Myoklonien			ja		
Krampfanfälle					ja
Schwitzen	ja				
Fieber	37,2 – 38,2° C	ab 38,3° C			
Häufiges Gähnen	ja				
Marmorierte Haut	ja				
Verstopfte Nase		ja			
Niesen	ja				
Atmung	> 60 / min	> 60 / min, Dyspnoe			
Übermäßiges Saugen	ja				
Trinkschwäche		ja			
Erbrechen		Regurgitation	im Schwall		
Stühle		dünn	wässrig		

Tabelle 2: Finnegan-Skala / https://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/Subforum2015_Bachmann_ohne_Fallbeispiele.pdf

Hilfesysteme

In die Entgiftung sowie die anschließende Versorgung der Familie sind viele verschiedene Hilfesysteme eingebunden, diese werde ich im weiteren Verlauf erörtern.

Die Eltern sollten, im günstigsten Fall, im Verlauf der Schwangerschaft Kontakt zu einer Drogenberatungsstelle aufgenommen haben. Ist dies nicht der Fall, ist es ratsam, den Kontakt zur Beratungsstelle zeitnah nach der

Entbindung herzustellen. In einigen Städten gibt es Drogenberatungsstellen, die sich auf die Versorgung Schwangerer und Familien spezialisiert haben. Ist dies nicht der Fall, wissen in den meisten Fällen auch die Sozialarbeiter:innen in den Zentren gut Bescheid.

Der große Wert der Drogenberatung wird dadurch bestimmt, dass der:die Berater:in ein gutes Verständnis von Sucht als Erkrankung hat. Viel Erfahrung mit Abhängigkeitserkrankten

verstärkt die Möglichkeit, in gute Beziehung zu den Klient:innen zu gehen – und dies stärkt das Vertrauen. Sucht ist ein intimes Thema, das oftmals mit sehr persönlichen Erfahrungen, Ängsten und Traumata einher geht. Eine vertrauensvolle Beratung bildet somit die Grundlage der Versorgung.

Ein weiterer Vorteil der spezialisierten Beratungsstelle ist, dass der:die Berater:in mit den Hilfesystemen der Sucht- und Jugendhilfe vertraut ist.

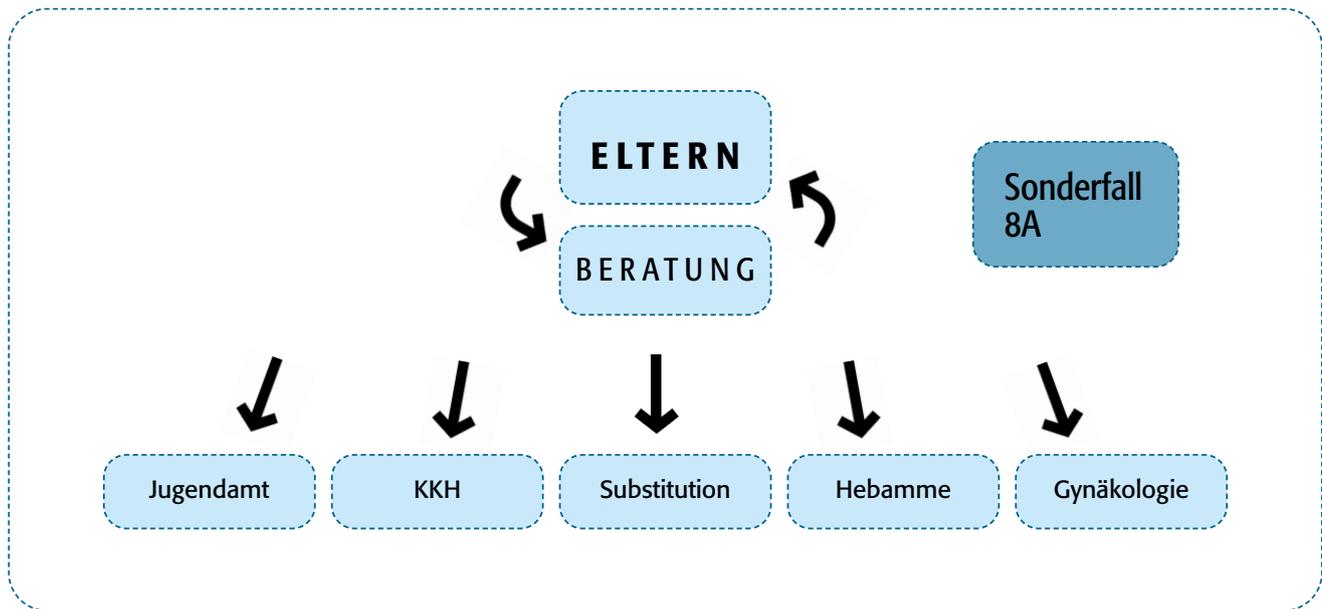


Tabelle 3 : Drogenberatungsstelle und Berührungspunkte mit der Sucht- und Jugendhilfe

Diese zwei Systeme, die im Regelfall sehr wenig miteinander zu tun haben, können durch eine Beratungsstelle verbunden werden, um so reibungsloser miteinander zu arbeiten.

Im Falle einer schwangeren, substituierten Frau sind es im Mindesten folgende Stellen, die möglichst gut miteinander funktionieren sollten:

- Substitutionspraxis
- Hebamme
- Krankenhaus
- Jugendamt
- Gynäkologie
- Drogenberatung

In einigen Fällen kommen noch weitere Institutionen hinzu, so zum Beispiel Entgiftungs- oder Therapiekliniken, Familienhelfer:innen, Umgangsbegleiter:innen oder die Pflegestelle. Nicht zu vergessen sind Stellen wie das Job Center, die Krankenkassen, Elterngeldstelle, Schuldnerberater:innen oder die Justiz.

Spätestens jetzt wird klar, von wie großem Wert ein:e Berater:in ist, die alle Stellen kennt, weiß wie „Sucht“ funktioniert und die in der Lage ist in eine vertrauensvolle Beratung zu gehen. Denn für die Eltern ist es fast unmöglich all den Stellen, Institutionen und Personen gerecht zu werden – sie sind vor allem damit befasst, Eltern zu sein. Siehe Tabelle 3.

Und darum muss es gehen: Den Eltern im System genug Raum zu lassen, um Eltern zu sein, und trotzdem den Kinderschutz nicht aus den Augen zu verlieren.

Das Zentrum des jeweiligen Systems bilden die Eltern und ihr:e Drogenberater:in. Hier wird besprochen, was die Eltern sich wünschen, ebenso wird hier abgeglichen, was realistisch ist und was es ggf. braucht, um die Wünsche der Eltern zu verwirklichen.

Der:die Drogenberater:in ist im Kinderschutz geschult. Er:sie weiß, wo die Grenzen zur Kindeswohlgefährdung verlaufen und kennt die entsprechenden Wege. Er:Sie hält den Kontakt in die anderen Systeme, oder unterstützt die Eltern dabei, dies zu tun.

Kommunikation

Wichtig ist an dieser Stelle die transparente Kommunikation. Die Eltern brauchen ein realistisches Feedback, um ihre Situation einschätzen zu können. Auch die Schweigepflicht spielt eine große Rolle!

Viele Fachkräfte reagieren sehr aufgeregt, wenn die Themen „Kinder und Sucht“ aufeinander treffen. Diese Aufregung ist jedoch kein Grund dafür, die Schweigepflicht zu brechen und hinter dem Rücken der Eltern Absprachen zu treffen! So lange keine Kindeswohlgefährdung nach § 8a be-

steht, muss die Schweigepflicht eingehalten werden. Kommunikation ist im Beisein der Eltern möglich oder aber wenn eine gültige Schweigepflichtentbindung vorliegt.

Der:die Drogenberater:in schätzt die Lage in Suchtfragen ein, er:sie kann eine Empfehlung geben, zum Beispiel ob eine Therapie sinnvoll ist, welche Gruppenangebote geeignet sind oder wo Substitutionspraxen sind. Der:die Drogenberater:in hält Kontakt zu den Eltern, kommuniziert transparent und ist auch dann ansprechbar, wenn es mal nicht läuft. Er:sie hält sich an die gesetzliche Schweigepflicht und reagiert dennoch angemessen, wenn das Kindeswohl in Gefahr ist.

Das Krankenhaus sowie die Ärzt:innen behandeln Kind und Mutter. Sie tragen die medizinische Verantwortung und sprechen ebenfalls Empfehlungen aus. Durch den ggf. langen Aufenthalt der Eltern in der Klinik, haben sie oft gute Einblicke in die Familien und teilweise in die sog. Kompetenzen der Eltern.

Hebammen und Familienhelfer:innen stehen in pädagogischen bzw. Neugeborenen Fragen an der Seite der Eltern, auch beraten sie oft in Antragsfragen rund um Elterngeld.

Das Jugendamt ist federführend in Sachen Kinderschutz. Der:die Case-manager:in beurteilt das Kindeswohl anhand von bestimmten Kriterien. Entscheidungen, ob das Kind in der Familie lebt oder in einer Mutter-Kind-Einrichtung werden vom Jugendamt getroffen. Auch ist das Jugendamt dafür zuständig Schutzkonzepte zu erstellen und regelmäßig zu überprüfen, ob diese eingehalten werden. Hierbei

kommuniziert es mit allen anderen Mitgliedern des Hilfesystems. Die genauen Prozesse unterscheiden sich zwischen den Bundesländern.

Ängste

Der Schlüssel ist, wie so oft, das Vertrauen. Die verschiedenen Stellen müssen kommunizieren und sich, auch wenn sie unsicher sind und Angst haben, darauf verlassen, dass alle ihren Job gut machen. Oftmals passiert es, dass einzelne Stellen versehentlich ihre Kompetenzen überschreiten. Der Spruch „Schuster bleib bei deinem Leisten“ trifft hier gut zu. Jedes Fachgebiet ist hochspezialisiert, jedes ist wichtig. Vor allem aber kann keines allein das Kindeswohl sichern. Und genau dies wird im Bereich der Drogenkonsumierenden bzw. substituierten Eltern immer wieder deutlich. In den vielen Studiengängen werden Sucht und Drogenhilfe gar nicht oder wenig thematisiert. Dies führt dazu, dass die genauen Prozesse den meisten Fachkräften nicht bekannt sind. Da sie in ihrem Arbeitskontext (Gesundheitswesen/ Jugendhilfe) selten damit in Berührung kommen, haben sie große Unsicherheiten und Ängste. Dies ist sehr nachvollziehbar! Ein Casemanagement, das über das Wohl eines Kindes entscheiden muss und keine oder wenig Informationen über Sucht und Substitution hat, tut dieses mit Angst und Überforderung. Dies schlägt sich in den getroffenen Entscheidungen nieder; sie sind oftmals sehr vorsichtig getroffen und schießen aus Sicht der Drogenhilfe über das Ziel hinaus.

Hier schließt sich der Kreis zur Substitution von Eltern. Wie erwähnt,

bekommen insbesondere Eltern ihr Substitut selten als Take Home verschrieben. Es bestehen Ängste, die Eltern könnten das Substitut missbräuchlich verwenden (alles auf einmal), es verkaufen oder das Kind damit in Berührung kommen lassen. Aus Sicht der Jugendhilfe sind dies berechtigte Bedenken – aus Sicht der Drogenhilfe (meistens) nicht.

Denn aufgrund der Beratungsbeziehung und den Erfahrungen, die die Mitarbeiter:innen der Drogenhilfe mit Substituierten gemacht haben, sind sie in der Lage Aussagen darüber zu treffen, was möglich ist und was nicht. Sollte der:die Mitarbeitende der Drogenhilfe zu der Einschätzung kommen, dass der:die Substituierte zu instabil ist, um die Regeln einzuhalten, wird er es benennen und verantwortungsbewusst agieren. Denn auch die Drogenhilfe schützt in erster Linie das Kindeswohl.

Zusätzlich gibt es verschiedene Mechanismen, die es den Hilfesystemen etwas einfacher machen können. Regelmäßige Urinkontrollen decken Rückfälle auf. Eine Familienhilfe in der Familie erhält wertvolle Eindrücke und kann ganz nebenbei kontrollieren, ob das Substitut gut verwahrt wird; nämlich unzugänglich für Kinder in einer abschließbaren Kassette. Zuletzt sollte auch das Jugendamt versuchen auf eine gute Beziehung zu den Eltern zu setzen. Denn wenn diese nicht permanent in der Angst leben, man könnte ihnen das Kind „wegnehmen“, sind sie in aller Regel gern bereit mitzuarbeiten. Denn auch substituierte Eltern wollen am Ende nur eins: Gesunde Kinder.

Kinder werden älter

Auch wenn Kinder älter werden, kann Substitution eine Rolle in der Familie spielen. Wie bereits erwähnt, ist es teilweise notwendig Substitutionsmittel als lebenslanges Medikament zu nehmen. Je älter Kinder werden, desto mehr bekommen sie mit. Viele Eltern erleben das zunehmende Alter und damit einhergehende Interesse der Kinder als große Herausforderung und nehmen Beratung in Anspruch. „Wie erkläre ich meinem Kind meine Krankheit?“ oder „Was denkt mein Kind denn jetzt von mir“ sind Fragen, die sensibel besprochen und ernst genommen werden müssen. Viele Eltern haben Angst, dass ihre Kinder sie als Vorbild nehmen und denselben Weg einschlagen wie einst sie. Auch ist es immer wieder wichtig zu besprechen, wie im Umfeld mit der Erkrankung der Eltern umgegangen werden soll. Dürfen Erzieher:innen es wissen oder die Lehrer:innen? Sollen Freund:innen der Kinder etwas erfahren, und wie wichtig ist es wiederum älteren Kindern, das Thema auch mit Freund:innen zu besprechen? Diese Fragen sind oft nicht mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Viel mehr muss abgewogen werden, welchen Nutzen und welche Risiken sie mit sich bringen.

Ist die Kita über die Substitution informiert, kann dies zu Unterstützung und guter Zusammenarbeit führen - oder zu Vorurteilen.

Wissen die Eltern befreundeter Kinder Bescheid, kann dies zu Entlastung führen, wenn es zum Beispiel zu Betreuungsgängern kommt – andererseits sind nicht alle Menschen tolerant und es kann zu Abbrüchen führen.

Für die betroffenen Familien sind diese Überlegungen Alltag und teilweise mit der Frage verbunden, was realistisch ist. Gehen sie zum Beispiel jeden Tag, nachdem sie die Kinder in die Kita gebracht haben, zum:zur Arzt:Ärztin, spricht sich dies schnell rum. Viele Eltern fühlen sich dann diskriminiert, denn sie haben kaum die Möglichkeit unauffällig zu leben. Auch derartige Probleme werden dann zwischen Substitution, Drogenhilfe und dem Jugendamt besprochen.

Lebenslange Abhängigkeit

Zuletzt darf nicht vergessen werden, dass Kinder, die als Säugling abhängig zur Welt gekommen sind, auch im Jugend- und Erwachsenenalter eine Suchterkrankung haben. Ihre Gehirne kennen Opiate und reagieren im gleichen Maße „süchtig“ wie es erwachsene Opiat-Erfahrene tun. Dies ist zum einen dann wichtig, wenn Kinder zum Beispiel einen Unfall haben und im Krankenhaus behandelt werden müssen, zum anderen aber auch wenn sie in die Pubertät kommen.

Wie viele Jugendliche kommen auch Kinder von substituierten Eltern manchmal in Kontakt zu Drogen. Spätestens zur Pubertät sollten Jugendliche wissen, was es mit Drogen, Sucht und Substitution auf sich hat. Sie sollten wissen, dass ihre Gehirne erfahren sind, was Suchtmittel sind und dass sie wahrscheinlich schneller abhängig werden als andere. Denn nur wer die Risiken kennt, ist in der Lage sich angemessen zu schützen.

Hier kommen die Jugendlichen unweigerlich mit der Lebensgeschichte ihrer Eltern in Berührung. Was sie

brauchen, ist eine gute Mischung aus Ehrlichkeit, Sensibilität und dem Wissen, dass man sie ernst nimmt. Jugendliche brauchen keinen Schutzwall, keine drastischen Verbote oder Gruselgeschichten. Sie brauchen ehrliche Informationen, die für ihr Alter nachvollziehbar aufbereitet sind und klare Regeln. Diese Themen, rund um Abhängigkeit zu besprechen, kann für Eltern schwierig sein. Sich intensiv mit der eigenen Geschichte zu befassen und gleichzeitig in der Elternrolle zu bleiben, ist nicht leicht. Hier ist es abermals wichtig Beratung anzubieten, von Berater:innen, die sich mit der Thematik auskennen und wissen, wie sie mit Jugendlichen sprechen können.

Abdosieren

Wie bereits erwähnt, kann Substitut lebenslang als Medikament eingenommen werden. Einige Eltern entscheiden jedoch früher oder später, dass sie nicht mehr von dem Medikament abhängig sein möchten und „abdosieren“ wollen. Zunächst wird dieser Wunsch mit dem:der Arzt:Ärztin besprochen. Was sind die Beweggründe und ist die aktuelle Lebenssituation geeignet? Wichtige Faktoren sind hierbei die allgemeine psychische Stabilität der:des Patient:in sowie etwaiger Suchtdruck oder Suchtgedanken.

Wichtig ist: Über eine Abdosierung entscheiden Arzt:Ärztin und Patient:in; nicht das Jugendamt, nicht der:die Berater:in, nicht das Umfeld.

Oftmals ist es verlockend das Substitut als Übeltäter zu stigmatisieren. Den Eltern wird häufig nahegelegt,

das Substitut „doch einfach abzusetzen“, doch ist dies nicht in allen Fällen richtig – insbesondere in den ersten Jahren als Familie. Substitution stabilisiert den:die Patient:in. Ein unkontrolliertes, zu frühes oder zu schnelles Absetzen des Medikaments kann zu schweren Entzugssymptomen oder einem Rückfall führen.

Haben Patient:in und Arzt:Ärztin entschieden, dass der Moment der richtige ist, beginnt das eigentliche Abdosieren. Patient:innen, die keine Kinder haben, können in einer sogenannten Entgiftungsklinik binnen weniger Wochen abdosieren. Dies ist ein sehr anstrengender, intensiver und teilweise riskanter Prozess, bei dem die Menge des verabreichten Substituts alle 2–3 Tage reduziert wird, bis es nach einigen Wochen ganz abgesetzt ist. Die Patient:innen leiden in diesen Wochen meist latent unter Entzugserscheinungen. Sie sind abgeschlagen, appetitlos, müde. Viele sind gereizt und unkonzentriert. Bei so schweren Symptomen Kinder zu betreuen, ist nahezu ausgeschlossen, weshalb es in Deutschland keine Entgiftungsklinik gibt, in der Kinder mit aufgenommen werden können.

Eltern dosieren meistens langsam und schonend ambulant ab. Hierbei wird ebenfalls die Menge des Substituts nach und nach reduziert, nur geht es viel langsamer voran. Die Reduktionsschritte sind viel geringer. Hierdurch fallen die Entzugserscheinungen viel geringer aus. Die Eltern bleiben in der Lage, ihre Kinder zu versorgen, die Gefahr eines Rückfalls ist minimiert und das Gehirn lernt nach und nach wieder, die fehlenden Botenstoffe selbst zu produzieren.

Die tatsächliche Dauer des Abdosierens ist hochindividuell und von verschiedenen Faktoren abhängig. Entscheidend sind die Ausgangsmenge an Substitut und die persönlichen Möglichkeiten der:des Patient:in. Der:die Arzt:Ärztin wird den Prozess eng überwachen. In jedem Fall sollten von einer Zeit von 6–12 Monaten ausgegangen werden. Auch muss mit Rückschlägen gerechnet werden; in manchen Fällen klappt es nicht. Was für Eltern hier wichtig ist, ist, dass sie keinen Druck von außen erleben.

Vielmehr sollten alle Helfer:innen, Berater:innen und Casemanager:innen im Hilfesystem stets vor Augen haben, dass Substitut für viele Menschen (mit oder ohne Kind) ein lebenswichtiges Medikament ist. Substituierte Menschen leiden an einer Abhängigkeitserkrankung, dennoch sind viele von ihnen in der Lage, Eltern zu sein. Hilfe sollten auf die Bedürfnisse der Familien zugeschnitten sein und nicht von den Ängsten der Hilfesysteme bestimmt werden. Transparenz und Kommunikation auf Augenhöhe stellen sicher, dass alles getan wird, was zum Schutz des Kindes notwendig ist. Vertrauen im Hilfesystem ist wichtig und sollte der totalen Kontrolle stets vorgezogen werden.

DR. ANDREAS PHILIPPI

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover

PROF. DR. DIANA MOESGEN

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Leostraße 19, 33098 Paderborn
d.moesgen@katho-nrw.de

PROF. DR. REGINA KOSTRZEWA

IU Internationale Hochschule, Professorin
für Soziale Arbeit, Academic Campus Manager,
Kiel & Lübeck & Rostock
Schlossgarten 14, 24103 Kiel
regina.kostrzewa@iu.org

DR. MED. LIESELOTTE SIMON-STOLZ

Kinder- und Jugendärztin, Zertifizierte Kinderschutz-
medizinerin (DGKiM), Leiterin des DGKiM
Arbeitskreises Prävention
Max-Planck-Straße 5, 66424 Homburg
ak-praevention@dgkim.de

DR. MED. HAUKE DUCKWITZ

Kinder- und Jugendarzt, Schwerpunkt Neuropädiatrie,
Zertifizierter Kinderschutzmediziner (DGKiM)
Sana Krankenhaus Gerresheim

FRAUKE SCHWIER

Kinderchirurgin, Zertifizierte Kinderschutzmedizinerin
(DGKiM), Wissenschaftliche Mitarbeiterin der AWMF e.V.

DR. ANKE HÖHNE

Sucht.Hamburg gGmbH
Repsoldstraße 4, 20097 Hamburg
hoehne@sucht-hamburg.de

KATHARINA POGUNTKE

Diakonisches Werk Hannover
Goethestraße 29, 30169 Hannover
katharina.poguntke@dw-h.de

ANDREAS GANTNER

Therapieladen Berlin e. V.
Potsdamer Straße 131, 10783 Berlin
a.gantner@therapieladen.de

GABRIELE BARTOSZAK

Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich
Jugend und Familie, Koordinierungsstelle
Kinderschutz und Frühe Hilfen
Blumenauer Straße 5–7, 30449 Hannover
Gabriele.Bartoszak@hannover-stadt.de

ANNA TIBERT

anna@tibert.de

Bitte beachten Sie, dass die Daten den allgemeinen Datenschutzbestimmungen unterliegen und ohne Einverständnis der betreffenden Personen nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen.

Themen bisheriger Suchtdokumentationen

- 2022 **Cannabis legalisieren.** Und dann?
- 2021 **Verbote vs. Freigaben** – Welche Art der Verhältnisprävention brauchen wir?
- 2020 **Update.** Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen
- 2019 **Wenn es für Jugendliche schwierig wird ... Suchthilfe und Prävention bei Jugendlichen** – eine transdisziplinäre Herausforderung
- 2018 **Luft nach oben** – Zugänge erleichtern durch Prävention, Frühintervention und zielgruppengerechte Hilfen?
- 2017 **Traumata und Sucht** – Sicherheit finden – Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata
- 2016 **Zum Wohl? – Von wegen!** – Neue Perspektiven auf die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit
- 2015 **Schöne neue Drogenwelt** – Aktuelle Trends und Herausforderungen für Prävention und Hilfesysteme
- 2014 **Im Dickicht der Hilfesysteme?** – Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie
- 2013 **Verloren in der virtuellen Welt?** – Stoffungebundene Süchte als Herausforderung für Prävention und Hilfesysteme
- 2012 **Sucht zuhause?** Familien und Sucht – Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten
- 2011 **Tüchtig und / oder Süchtig?** – Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt
- 2010 **Sucht und Gewalt** – Zwei Seiten einer Medaille?
- 2009 **Lebensabend Sucht?** – Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe
- 2008 **Geschlechtergerechte Ansätze** in Suchtarbeit und -prävention
- 2007 **Neue Drogenkonsummuster** im Jugendalter?

Die Dokumentationen sind als PDF-Version unter folgendem Link verfügbar
<https://www.ms.niedersachsen.de/> => Gesundheit und Pflege => Drogen & Sucht



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung



Niedersachsen Bremen e. V.

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.
Schillerstraße 32
30159 Hannover

Erschienen im Juni 2024

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung,
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.