



Kinder aus suchtbelasteten Familien



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung



„Ich weiß nicht mehr weiter“

„Ich bin manchmal so fertig, dass ich nur noch weinen kann.“

„Ich mache mir sehr große Sorgen um meinen Vater. Ich habe Angst, dass er wegen dem Trinken irgendwann stirbt.“

„Ich habe das Gefühl, meine Mama zu verraten. Aber ich weiß auch, dass sie Hilfe benötigt.“

„Ich habe jedes Mal Angst, wenn ich nicht da bin, dass Mama irgendetwas zustößt oder dass sie denkt, ich lasse sie alleine. Ich habe deswegen auch keine Freunde mehr.“

„Ich fühle mich so allein“

„Ich wünsche mir, dass wir einfach eine normale Familie sind“

„Mir fällt es schwer, mich in der Schule zu konzentrieren“

„Mir geht's wirklich schlecht, weil ich mir so viele Sorgen mache.“

„Mein einziger Wunsch ist es, dass es Mama wieder besser geht. Wie es mir geht, ist nicht so wichtig, aber Mama soll es gut gehen“

„Wenn ich Hilfe hole, darf ich dann nicht mehr bei meiner Mutter wohnen?“

„Ich vertraue euch etwas an, was ich eigentlich nicht sagen darf.“

„Ich frage mich, ob das Leben noch einen Sinn hat“

Vorwort

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Jahrestagung,



über drei Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland haben mindestens einen suchtkranken Elternteil. Damit geht oft einher, dass in der Familie die materiellen, aber auch emotionalen Bedürfnisse der Kinder nicht ausreichend erfüllt werden können. Die Aussagen auf der linken Seite zeigen, welche Sorgen und Ängste diese Kinder haben. Das Gefühl der Hilflosigkeit und des Alleingelassenseins prägt ihren Alltag, verbunden mit der Befürchtung, dass andere ihr Familiengeheimnis entdecken könnten.

Sie brauchen unsere Unterstützung – weil sie die gleichen Chancen auf ein unbeschwertes Aufwachsen haben sollen wie andere Kinder und weil wir verhindern wollen, dass auch sie im späteren Leben eine Suchterkrankung entwickeln. Denn das Risiko dafür ist bei diesen Kindern besonders hoch.

In den vergangenen Jahren sind zahlreiche Hilfsangebote entstanden, die die Kinder in den Blick nehmen, aber auch die Familien als Ganzes stärken. Doch noch immer erreichen wir viele Kinder und ihre Eltern nicht. Hier müssen wir ansetzen. Pädagogische Fachkräfte, die täglich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, brauchen mehr Informationen, um den Hilfebedarf zu erkennen. Der Umgang mit den Kindern und ihren Eltern benötigt Handlungskompetenz.

Außerdem müssen die bestehenden Angebote besser ineinandergreifen. Dabei können Lotsen und Netzwerke helfen, die den fachlichen Austausch zwischen Fachkräften aus dem Erziehungs-, Gesundheits-, Suchthilfe- und Jugendhilfesystem fördern und die Angebote koordinieren. Die Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfesystemen ist entscheidend für eine gelungene Unterstützung der ganzen Familie.

Ein Beispiel: Dort, wo Erwachsene aufgrund ihrer Suchtprobleme beraten und behandelt werden, ist immer auch die Frage nach den Kindern notwendig. Sie stellen oft das vorrangige Abstinenzmotiv für Eltern dar.

Mit meinem Jahresschwerpunkt 2017 möchte ich den vielen Initiativen für Kinder aus suchtbelasteten Familien Rückenwind verschaffen. Ich werde Kommunen und Länder immer wieder ermuntern, die notwendigen Voraussetzungen für ein abgestimmtes Handeln vor Ort zu schaffen und – selbstverständlich – auch die Frage stellen, welchen Beitrag der Bund zu einer Verbesserung der Situation suchtbelasteter Kinder leisten kann.

Auf den folgenden Seiten werden verschiedene Ansätze und Angebote exemplarisch vorgestellt, die zeigen, wie Hilfe gelingen kann. Außerdem erhalten Sie Hinweise auf Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten. Die genannten Beispiele bilden einen Ausschnitt aus den vielfältigen Angeboten in Deutschland. Aus Platzgründen konnten leider nicht alle relevanten Projekte genannt werden. Den vielen Fachkräften und Ehrenamtlichen, die sich für Kinder und suchtbelastete Familien engagieren, möchte ich für ihr großes Engagement von Herzen danken.



Marlene Mortler, MdB
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Kinder von suchtkranken Eltern – Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage

Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein, Prof. Dr. med. Rainer Thomasius und
Dr. rer. nat. Diana Moesgen

1. Zusammenfassung

Eine elterliche Suchterkrankung ist eines der zentralsten Risiken für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Studien zeigen, dass über 3 Millionen Kinder und Jugendliche – vermutlich deutlich mehr – mindestens einen suchtkranken Elternteil haben. Mit der elterlichen Suchterkrankung gehen häufig ungünstige Lebensumstände einher, wie z. B. nachteilige soziodemographische Bedingungen, soziale Ausgrenzung, aber oftmals auch ein ungünstiges Eltern- und Erziehungsverhalten, welches in einigen Fällen gewalttätiges Verhalten beinhaltet. Die entsprechenden Folgen für die Kinder können sehr tiefgreifend sein und neben körperlichen Schädigungen vor allem psychische Probleme hervorbringen. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn bestimmte, wichtige Schutzfaktoren nicht vorhanden sind oder nur wenig gefördert werden. In den letzten Jahren wurden verschiedene Angebote zur Unterstützung von betroffenen Kindern geschaffen. Dennoch ist die Versorgung jener Kinder und Jugendlichen nicht ausreichend gewährleistet und muss dringend verbessert werden.

2. Epidemiologie

Verschiedene Studien haben versucht, die Anzahl der Kinder zu erfassen, die mit einem oder zwei suchtkranken Elternteilen zusammenleben. Jedoch können aus diesen Angaben keine eindeutigen Schlussfolgerungen abgeleitet werden. Häufig liegen nur Schätzungen oder Hochrechnungen vor. Ein direkter Vergleich der Studienergebnisse ist nicht möglich, da a) unterschiedliche Definitionen von elterlicher Sucht zugrunde gelegt (Abhängigkeit vs. Missbrauch vs. riskanter Konsum vs. Rauschtrinken) und b) verschiedene Erhebungsmethoden angewendet wurden. Je stärker jedoch die Orientierung an den offiziellen Kriterien einer Suchterkrankung erfolgt, desto geringer sind die Fallzahlen. Untersuchungen, die eher bei Vorstufen von

Abhängigkeitserkrankungen ansetzen, zeigen, dass ein erheblicher Anteil an Kindern in Deutschland von einem kritischen Substanzkonsum durch einen Elternteil betroffen ist. Die Anzahl an Kindern, bei denen bei der Mutter und/oder dem Vater eine elterliche, diagnostizierte Suchterkrankung vorliegt, ist insgesamt niedriger, dennoch ist der Gesamtanteil jener Kinder und Jugendlichen erheblich. Eine nicht näher bestimmbare Dunkelziffer darf dabei nicht außer Acht gelassen werden.

2.1 Kinder von Eltern mit Alkoholproblemen

Werden die offiziellen Kriterien für einen schädlichen Gebrauch von Alkohol oder eine Alkoholabhängigkeit zugrunde gelegt, lebt in Deutschland etwa jeder siebte Jugendliche mit einem Elternteil zusammen, der eine alkoholbezogene Störung aufweist (Lachner et al., 1997). Aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, dass in Deutschland insgesamt ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren im Laufe ihres Lebens mit einem Elternteil mit der Diagnose Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit zusammengelebt haben (Klein, 2005). Neueste Ergebnisse der bevölkerungsweiten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ zeigen, dass 22 % der Elternteile, die mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt leben, einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen (RKI, 2016). In Bezug auf regelmäßiges Rauschtrinken („binge drinking“) ist von 14 % der Elternteile auszugehen. Dies entspricht hochgerechnet etwa 3,8 Millionen Elternteilen mit riskantem Alkoholkonsum bzw. 2,4 Millionen Müttern und/oder Vätern mit regelmäßigem Rauschtrinken. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Kinderzahl bedeutet dies, dass in Deutschland schätzungsweise bis zu 6,6 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum bzw. 4,2 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit regelmäßigem Rauschtrinken leben.

2.2 Kinder von Eltern mit Konsum von illegalen Drogen

Aussagekräftige Zahlen zu Kindern von Eltern, die illegale Drogen konsumieren, sind in Deutschland kaum vorhanden. Dies ist mit der Schwierigkeit der Erhebung derart sensibler Daten im Dunkelfeld verbunden. Schätzungen zufolge stammen etwa 60.000 Kinder von

einem opiatabhängigen Elternteil ab und leben teilweise mit diesem zusammen (NACOA Deutschland, 2006). Zahlen über Kinder aus Familien, in denen andere illegale Drogen, wie z. B. Cannabis, Kokain, (Meth-) Amphetamine und Neue Psychoaktive Substanzen (NPS), oder Medikamente eine Rolle spielen, liegen in Deutschland nicht vor.

2.3 Kinder von tabakkonsumierenden Eltern

Den Daten des deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGs) ist zu entnehmen, dass 7,9 % aller befragten Eltern in ihrer Wohnung in Gegenwart ihres Kindes rauchen (RKI, 2015). Insgesamt halten sich 18,8 % der befragten Jugendlichen täglich oder mehrmals pro Woche in Räumen auf, in denen entweder zuhause oder außerhalb geraucht wird. Bei Mädchen und Jungen aus Familien mit hohem Sozialstatus ist die Passivrauchbelastung signifikant geringer als bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (Lampert et al., 2014). Kinder und Jugendliche aus einer niedrigen Statusgruppe haben 3,7-mal häufiger rauchende Eltern als Gleichaltrige aus einer hohen Statusgruppe. Dass die Eltern in Gegenwart ihrer Kinder in der Wohnung rauchen, wird in Familien mit niedrigem Sozialstatus 5,1-mal häufiger angegeben. Entsprechende Unterschiede bestehen auch beim Rauchen der Mütter während der Schwangerschaft.

2.4 Kinder von Eltern mit Verhaltenssüchten

Klinischen Beobachtungen zufolge hat etwa ein Viertel bis ein Drittel der (in erster Linie männlichen) pathologischen Glücksspieler minderjährige Kinder (Bachmann, 2004; Kellermann, 2005). Ausgehend von der Schätzung, dass es derzeit in Deutschland etwa 100.000 bis 300.000 pathologische Glücksspieler gibt (DHS, 2013; Erbas et al., 2012), ist von mindestens 25.000 bis zu 100.000 Glücksspielern mit Kindern zu rechnen. Hochgerechnet auf die durchschnittliche Kinderzahl entspricht dies etwa 37.500 bis 150.000 Kindern von glücksspielsüchtigen Eltern. Im stationären Bereich lebt etwa ein Fünftel der Spieler, die sich in Behandlung befinden, in Familien mit Kindern (Meyer et al., 2011). Zahlen über Kinder von Eltern, die unter anderen Verhaltenssüchten leiden, wie z. B. Kaufsucht oder Online-Sucht liegen in Deutschland bislang nicht vor.

2.5 Fazit zur Epidemiologie

Die bestehenden Daten legen nahe, dass die Anzahl der Kinder und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien hoch ist. Allein in den Bereichen Alkohol und illegale Drogen ist auf Basis einer konservativen Schätzung von insgesamt mindestens 3 Millionen Kindern auszugehen, die einen alkohol- oder drogenabhängigen Elternteil haben. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist aber von einer erheblichen Dunkelziffer und somit von einer noch höheren Gesamtzahl betroffener Kinder auszugehen. Es ist kritisch zu bewerten, dass die bisherigen Statistiken zu Kindern aus suchtbelasteten Familien häufig auf Schätzungen oder Hochrechnungen beruhen, sofern Informationen dazu vorhanden sind.



3. Psychosoziale Lebensbedingungen suchtbelasteter Familien

Die ungünstigen Lebensbedingungen von Kindern aus suchtbelasteten Familien sind aus Forschungssicht eindeutig belegt (Thomasius et al., 2008; Klein, 2007; Moesgen, 2014), insbesondere im Kontext alko-

holbelasteter Familien. Die belastenden Lebensumstände betreffen mehrere Ebenen: zum einen bringt eine elterliche Suchterkrankung oft nachteilige strukturelle Bedingungen mit sich, zum anderen sind es aber vor allem die psychologischen Belastungen, die für die Kinder suchtkranker Eltern kritisch sind. Die Art und Ausprägung der Belastungen sind teils abhängig, teils unabhängig von der Art der elterlichen Suchterkrankung.

3.1 Suchtmittelunspezifische Risikofaktoren

Die im Folgenden genannten ungünstigen Lebensbedingungen wurden mehrfach und in vielen suchtblasteten Familien beobachtet und scheinen wenig davon abhängig zu sein, welche Substanz vom Elternteil konsumiert wird bzw. welche Art der Suchterkrankung besteht.

3.1.1 Nachteilige soziodemographische Bedingungen

In alkoholbelasteten Familien sind höhere Raten an Arbeitslosigkeit und ein niedrigerer sozioökonomischer Status zu beobachten als in Familien ohne Suchtblastung (Serec et al., 2012). Kinder aus alkoholbelasteten Familien zeigten außerdem eine schlechtere schulische Leistung als unbelastete Gleichaltrige. Alkoholbelastete Familien leben häufiger in ungünstigen Wohnverhältnissen und schwierigen nachbarschaftlichen Umfeldern (Wolfe, 2016). All dies ist noch stärker für drogenbelastete Familien anzunehmen.

Trennungen oder Scheidungen der Eltern oder sogar den Tod eines Elternteils erleben Kinder aus suchtblasteten Familien häufiger als Kinder aus unbelasteten Familien (Waldron et al., 2013). Dies bedeutet für das Kind einen Beziehungsabbruch zu einer wichtigen Bezugsperson, bisweilen auch eine schwerwiegende Traumatisierung. Auch häufige (und wiederholte) Fremdunterbringungen der Kinder (Forrester et al., 2011), stationäre Aufenthalte oder Inhaftierungen der Eltern sorgen für eine instabile Eltern-Kind-Beziehung und begünstigen damit eine fehlende oder unsichere Bindung (Anda et al., 2002). Insbesondere Frauen, die in einer alkoholbelasteten Familie aufgewachsen sind, tendieren im Erwachsenenalter dazu, mit einem Partner mit Alkoholproblemen zusammen zu sein (Kelley et al., 2014).

Somit laufen sie zum einen Gefahr, dass sich in der Beziehung substanzenbedingte, traumatische Erlebnisse wiederholen, zum anderen bringen sie ihre eigenen Kinder in die Situation, dieselben negativen Kindheitserfahrungen zu sammeln wie sie selbst.

3.1.2 Soziale Ausgrenzung

Kinder von alkohol- oder drogenabhängigen Eltern erleben häufiger eine soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung durch die Gesellschaft als andere Kinder (Haverfield et al., 2016). Kinder mit einer mütterlichen Alkoholkrankung berichten z. B. mehr negative Interaktionen mit Klassenkameraden als andere Kinder (Wolfe, 2016), was zum einen mit der sozialen Ausgrenzung zu tun haben kann, zum anderen aber auch mit der Tatsache, dass einige Kinder nicht regelmäßig die Schule besuchten, um für den suchtkranken Elternteil zu Hause da zu sein (Backett-Milburn et al., 2008). Auch die u. g. Verhaltensauffälligkeiten können hier im Sinne eines Teufelskreises eine Rolle spielen. Betroffene Kinder haben oft das Gefühl, nicht „normal“ zu sein. Sie schämen sich deshalb und fühlen sich als Außenseiter. Dies verleitet die Kinder dazu, zu versuchen, ihre Situation vor anderen geheim zu halten, zu lügen oder Phantasiegeschichten zu erfinden (Hill, 2013). Dadurch können auch Realitätsflucht und -verlust entstehen.

3.1.3 Problematisches Elternverhalten

Alkohol- oder drogenabhängige Eltern können genauso wie andere Eltern ein günstiges oder ungünstiges Erziehungsverhalten aufzeigen. Jedoch wurde bei Eltern, die Alkohol- oder Drogenprobleme haben, ein erhöhtes Risiko für unpassende, schädigende und traumatisierende Verhaltensweisen gefunden. So ist zum Beispiel die Versorgung von Kindern suchtkranker Eltern häufiger gefährdet oder defizitär. Eltern mit Alkohol- oder Drogenproblemen vernachlässigen einerseits oft die materielle Versorgung des Kindes, andererseits erfüllen sie in vielen Fällen auch nicht die emotionalen Grundbedürfnisse des Kindes nach Nähe, Zuwendung und Liebe (Klein et al., 2016). Durch die Vernachlässigung der elterlichen Pflichten werden die alltäglichen Aufgaben innerhalb der Familie oftmals neu verteilt. Kinder können dann bestimmte Rollen zugeschrieben bekommen, die nicht altersgerecht sind, wie z. B. jüngere Geschwister oder den Elternteil zu versorgen („Parentifizierung“) (Backett-Milburn et al., 2008). Betroffene Kinder

können dadurch ihre alterstypischen Entwicklungsaufgaben nicht richtig bewältigen und sind chronisch überfordert. Insbesondere Mädchen scheinen hiervon betroffen zu sein (Pasternak et al., 2014). Alkohol- oder drogenabhängige Eltern zeigen außerdem oftmals ein problematisches Erziehungsverhalten (Calhoun et al., 2015). Beobachtete Formen ungünstiger Erziehung waren z.B. ein sehr scharfer Ton, häufiges Schreien oder körperliche Bestrafung des Kindes. Auch ein sprunghaft wechselndes Verhalten des suchtkranken Elternteils konnte immer wieder beobachtet werden und gehört zu einer der wesentlichsten Veränderungen durch die Suchterkrankung, von der die Familie direkt betroffen ist (Templeton et al., 2009). Kinder erleben ihre Eltern grundsätzlich verändert, wenn sich diese im Rauschzustand befinden. Dies kann sich abwechselnd z.B. in Form von übertriebener Milde oder Härte in der Erziehung des Kindes äußern (Klein et al., 2016), aber auch in Form eines unpassenden Kommunikationsstils (z.B. undeutliche oder lautere Sprache; ausgeprägtes Bedürfnis nach körperlicher Zuneigung vs. Ablehnung). Insgesamt zeigen sich suchtkranke Eltern in ihrem Erziehungsverhalten schneller veränderlich, instabiler und unberechenbarer als andere Eltern. Durch die fehlende Konsequenz und Kontinuität in der Erziehung mangelt es den Kindern an verlässlicher Orientierung. Auch kann es in alkohol- oder drogenbelasteten Familien vorkommen, dass z.B. Versprechungen der Eltern oder gemeinsame Pläne durch einen übermäßigen Konsum vergessen oder geändert werden. Dies kann eine Störung wichtiger Familienrituale, wie z.B. gemeinsamer Mahlzeiten oder Familienausflüge, mit sich bringen (Templeton et al., 2009). Das ist für die Kinder ungünstig, denn verlässlich geplante und gemeinsam durchgeführte Aktivitäten wirken stabilisierend, da sie erwartete Rollen klarstellen, Grenzen innerhalb der Familie beschreiben und Regeln so definieren, dass sich Kinder darüber bewusst werden, wie die Familie (und andere soziale Gefüge und Beziehungen) funktioniert und wie sie sich in der Familie sicher fühlen können.

3.1.4 Familiäre Konflikte und häusliche Gewalt

Kinder aus suchtbelasteten Familien erleben häufig Streitigkeiten in der elterlichen Partnerschaft (Rounsaville et al., 2014) und werden dementsprechend oftmals Zeuge von elterlichen Auseinandersetzungen (Templeton et al., 2009). Betroffene Kinder sind außerdem oft

selbst in Konflikte mit ihren Eltern involviert (Barber et al., 1999). Sie können dabei sehr gegensätzliche Gefühle entwickeln, insbesondere gegenüber ihrem suchtabhängigen Elternteil (Klein, 2005), wie z.B. Hass und Verachtung vs. Sorge um den Elternteil. Konflikte werden in suchtblasteten Familien nicht nur lautstark verbal ausgetragen, sondern können auch körperliche Gewalt beinhalten (Connors-Burrow et al., 2013). Es ist seit Langem bekannt, dass Kinder aus suchtblasteten Familien eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, Zeuge oder Opfer von häuslicher Gewalt zu werden, als Kinder aus unbelasteten Familien (Ellis et al., 1997). Die Ausmaße der berichteten häuslichen Gewalt in suchtblasteten Familien sind teilweise extrem ausgeprägt und können zu schwerwiegenden körperlichen Verletzungen und psychischen Traumatisierungen führen (Velleman et al., 2008).

3.2 Suchtmittelspezifische Risikofaktoren

Zusätzlich zu den genannten, substanzunabhängigen Risikofaktoren gibt es auch substanztypische Risikofaktoren, wie z.B. die jeweiligen Wirkweisen der Substanzen. Hierzu gehören z.B. Aggressivität und rasche Stimmungswechsel nach Alkoholkonsum, Teilnahmslosigkeit nach Heroinkonsum oder langanhaltende Wachheit, starke Unruhe oder sog. „Punding“ (z.B. zwanghaft anmutendes Sortieren von Gegenständen oder Putzen) nach Konsum von Crystal Meth. Die dauerhafte Einwirkung der Substanzen auf den Organismus verändert das elterliche Verhalten grundsätzlich (im negativen Sinne) und führt so zu ungünstigen und unerwünschten Verhaltensweisen gegenüber dem Kind.

3.2.1 Besonderheiten der Lebenswelten von Kindern mit Eltern, die illegale Drogen konsumieren

Kinder von drogenabhängigen Eltern erleben im Gegensatz zu Kindern alkoholabhängiger Eltern häufiger eine Abhängigkeitserkrankung bei beiden Elternteilen, da bei Drogenabhängigen ein entsprechendes Partnerwahlverhalten üblicher ist als bei Alkoholabhängigen (Klein, 2007). Dadurch können die negativen Erfahrungen noch weniger durch einen gesunden Elternteil kompensiert werden. Die höhere Rate an Frühgeburten und das oftmals schwierige Temperament (z.B. im Sinne einer negativen Stimmungslage, geringes Anpas-

sungsvermögen) von Kindern drogenabhängiger Mütter kann bei den Eltern Überforderung und Stress auslösen und ihre Beziehung zu den Kindern beeinträchtigen.

Kinder aus drogenbelasteten Familien erleben häufig die typischen Bedingungen der Drogensubkultur, wie z. B. Beschaffungskriminalität, Prostitution, Strafverfolgung o.ä. (Calhoun et al., 2015). Inhaftierungen und längere stationäre Aufenthalte bei Drogenabhängigkeit sorgen für einen Beziehungsabbruch zwischen Eltern und Kind. Eine Trennung von Eltern und Kind erfolgt häufig auch durch Fremdunterbringungen und Inobhutnahmen im Kontext von Kindeswohlgefährdung. Eine Analyse von 306 Fallakten aus sächsischen Suchtberatungsstellen ergab z. B., dass sich jedes dritte Kind eines methamphetaminabhängigen Elternteils in Fremdunterbringung befindet (Klein et al., 2016). Obwohl eine Fremdunterbringung sowohl durch das Kind als auch durch den Elternteil als traumatisch erlebt werden kann, kann ein Verbleib in der Familie einen hohen Risikofaktor für die weitere Entwicklung des Kindes darstellen (Forrester et al., 2008), sofern keine intensiven, begleitenden Unterstützungsmaßnahmen für die Familie angeboten werden (Forrester et al., 2014).

Folgen von Suchterkrankungen der Eltern für ihre Kinder können sein:

- nachteilige soziodemografische Bedingungen
- soziale Ausgrenzung
- Vernachlässigung
- instabiles Erziehungsverhalten und wenig Verlässlichkeit
- unsichere Bindung
- Trennung von den Eltern, Fremdunterbringung
- Parentifizierung der Kinder
- Konflikte, Aggressivität und Gewalt in der Familie
- psychische Erkrankungen der Kinder

Eine Abhängigkeit von illegalen Drogen wird in der gesellschaftlichen Wahrnehmung noch negativer bewertet als eine Alkoholabhängigkeit. Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung erleben drogenbelastete Familien daher häufiger und intensiver als alkoholbelastete Familien. Kinder drogenabhängiger Eltern lernen so weniger sozial förderliche Verhaltensweisen, haben dadurch ein geringeres Selbstwertgefühl und fühlen sich wertloser (Klein, 2007). Durch die vergleichsweise höhere Rate an psychischen Begleiterkrankungen bei drogenabhängigen Eltern laufen deren Kinder zudem Gefahr, schwerwiegendere psychologische Probleme zu erleiden.

3.2.2 Besonderheiten der Lebenswelten von Kindern glücksspielsüchtiger Eltern

Die Probleme, die Angehörige von pathologischen Glücksspielern erleben, ähneln grundsätzlich denen von Angehörigen Alkohol- oder Drogenabhängiger (Krishnan et al., 2002). Ein besonderes Merkmal bei pathologischem Spielen ist jedoch, dass Glücksspielsüchtige zur Finanzierung ihrer Abhängigkeit teils sehr hohe Geldsummen benötigen, die ihre finanziellen Möglichkeiten in der Regel weit übersteigen (Bachmann, 2004). Mehr als 16 % der Glücksspieler haben Schulden über 25.000 EUR (Meyer, 2015). Bei z. B. Alkohol- oder Kokainabhängigen trifft das nur für 4 % bzw. 8 % der Fälle zu. Diese Verschuldung kann zu Armut führen und die damit verbundenen Existenznöte der Familie übertragen sich auch auf die Kinder.

3.3 Fazit zu belastenden Lebensumständen

Die Lebensbedingungen in alkohol- und drogenbelasteten Familien sind oft kritisch. Neben den nachteiligen strukturellen Bedingungen ist vor allem das ungünstige Elternverhalten im Kontext von Alkohol- oder Drogenkonsum als besonders problematisch zu betrachten. Dieses Handeln kann sich abträglich auf verschiedene Verhaltensweisen und unterschiedliche zwischenmenschliche Interaktionen auswirken, beeinflusst aber insbesondere den Bereich der Erziehung negativ. Dadurch kann die gesunde Entwicklung betroffener Kinder schwerwiegend beeinträchtigt werden. Bei einer elterlichen Abhängigkeit von illegalen Drogen sind diese Risiken oft vermehrt vorhanden.



4. Auswirkungen der elterlichen Suchterkrankung auf das Kind

Eine elterliche Abhängigkeitserkrankung gilt innerhalb aller bekannten Risikofaktoren als ein besonders negativer Gefährdungsfaktor für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung des Kindes (Klein et al., 2013). Die negativen Auswirkungen für betroffene Kinder sind durch zahlreiche Studien gut belegt – vor allem im Kontext einer elterlichen Alkoholabhängigkeit – und beziehen sich sowohl auf körperliche Schädigungen als auch auf die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen.

4.1 Körperliche Schädigungen

4.1.1 Pränatale Exposition an Suchtmittel

Bereits während der Schwangerschaft kann das ungeborene Kind den schädlichen Einflüssen eines mütterlichen Substanzkonsums ausgesetzt sein.

Generell birgt eine pränatale Exposition an Alkohol oder Drogen verschiedene Gefahren (Calhoun et al., 2015), wie z.B. ein geringes Geburtsgewicht, frühe Fütterungsstörungen, eine erhöhte Erregbarkeit des Neugeborenen sowie eine verzögerte kognitive, körperliche

und/oder emotionale Entwicklung in verschiedenen Altersstufen (Lester et al., 2010). Speziell in Bezug auf eine pränatale Alkoholexposition besteht für das ungeborene Kind die Gefahr der Entwicklung einer sog. Fetalen Alkoholspektrumsstörung (FASD) (Landgraf et al., 2013). Diese äußert sich durch ein geringes Geburtsgewicht und eine geringe Körpergröße, einen kleineren Kopfumfang, auffällige Gesichtsmarkmalen und Schädigungen des Zentralen Nervensystems. Methamphetaminmissbrauch in der Schwangerschaft steht in Zusammenhang mit Fehl- und Frühgeburten, einer zu geringen Körpergröße bei Geburt, niedrigem Erregungsniveau, Bewegungseinschränkungen, erhöhtem körperlichem Stress sowie späteren Verhaltens- und Entwicklungsdefiziten beim Kind (Mühlig et al., 2016). Ein pränataler Methamphetamin- oder Heroinkonsum kann außerdem infolge der beendeten Zufuhr der Substanz im Mutterleib nach der Geburt zu einem Neonatalen Abstinenzsyndrom (NAS) führen (Calhoun et al., 2015). Pränatal erworbene Schädigungen interagieren oft in komplexer Weise mit den ungünstigen Entwicklungsbedingungen im späteren Kindesalter.

Ein mütterlicher Tabakkonsum in der Schwangerschaft kann ebenfalls schwerwiegende Auswirkungen haben, wie z. B. spontane Fehlgeburten, vorzeitige Plazentaablösung als auch Früh- oder Totgeburten (Lampert et al., 2010). Bei den Neugeborenen bestehen etliche Komplikationen und Risiken, wie z. B. ein geringeres Geburtsgewicht und eine geringere Größe oder andere Geburtsdefekte. Postnatal kann ein plötzlicher Kindstod (SIDS) auftreten. Pränatal exponierte Kinder zeigen auch im weiteren Verlauf oft beeinträchtigte Lungenfunktionen, Atemwegserkrankungen, Mittelohrentzündungen oder Verhaltensauffälligkeiten.

4.1.2 Indirekte Exposition an Tabakrauch

Die durch das Passivrauchen hervorgerufenen gesundheitlichen Schäden ähneln denen des aktiven Rauchens (DKFZ, 2010). Ein indirektes Inhalieren von Tabakrauch erhöht generell das Risiko für Herz-Kreislauf- sowie Atemwegs- und Krebserkrankungen (Lampert et al., 2010; DKFZ, 2015). Kinder und Jugendliche reagieren besonders empfindlich auf Tabakrauch, da sie – verglichen mit Erwachsenen –

eine höhere Atemfrequenz haben und entsprechend mehr Giftstoffe aufnehmen. Da die Entwicklung ihrer Organe noch nicht abgeschlossen ist, können sie die Schadstoffe schlechter abbauen. Heranwachsende, die Tabakrauch ausgesetzt sind, leiden u.a. häufiger an Erkrankungen der Atemwege und Mittelohrentzündungen (DKFZ, 2015).

4.1.3 Gesundheitsverhalten

Bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien wurde ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten beobachtet als bei Kindern aus unbelasteten Familien (Serec et al., 2012): Betroffene Kinder verbrachten mehr Zeit sitzend vor dem Fernseher oder PC, bewegten sich insgesamt weniger und wiesen ein ungesünderes Ernährungsverhalten auf. Im Kontext von illegalen Drogen und Verhaltenssüchten wurde das Gesundheitsverhalten von Kindern suchtkranker Eltern noch nicht untersucht. Es sind jedoch ähnliche Ergebnisse wie aus dem Kontext der elterlichen Alkoholbelastung zu erwarten.

4.2 Entwicklung psychischer Probleme

4.2.1 Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung

Kinder aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien gelten als eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung (Klein, 2005; Thomasius et al., 2008). Ein früher Alkoholkonsum ist der am häufigsten untersuchte Gegenstand im Themenbereich „Kinder aus suchtblasteten Familien“ (Rossow et al., 2016). Zahlreiche Studien konnten nachweisen, dass bei Kindern aus suchtblasteten Familien eine erhöhte Wahrscheinlichkeit vorliegt, dass sie a) früher beginnen, Substanzen zu konsumieren (Waldron et al., 2014), b) früher erste Rauscherfahrungen erleben (Wong et al., 2006), c) mehr „binge drinking“ betreiben (Weitzmann et al., 2000) und d) einen schnelleren Übergang vom ersten Konsum alkoholischer Getränke bis hin zu Alkoholproblemen vollziehen als Kinder aus unbelasteten Familien (Hussong et al., 2008). Letzteres wurde auch im Kontext illegaler Drogen beobachtet.

Die Mechanismen der Übertragung von substanzbezogenen Problemen der Eltern auf ihre Kinder sind komplex. Bei Alkoholproblemen spielen sowohl genetische (Sörensen et al., 2011; Zimmermann et al.,

2008) als auch psychologische Faktoren wie Modelllernen (z. B. Konsum zur Selbstmedikation, Umgang mit negativen Gefühlen) (Cleveland et al., 2014) oder die Vermittlung positiver, substanzspezifischer Wirkungserwartungen (Barnow et al., 2007) eine Rolle. Eine besondere Bedeutung besitzen außerdem die o. g. negativen Kindheitserfahrungen, die später mithilfe von Alkohol oder Drogen auf ungünstige Weise bewältigt werden (Zobel, 2006).

4.2.2 Entwicklung anderer psychischer Störungen

Außer (bzw. zusätzlich zu) eigenen Suchtstörungen entwickeln Kinder aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien häufig andere psychische Erkrankungen (Thomasius et al., 2005; Klein, 2007; Moesgen, 2014).

So besteht bei Kindern aus suchtblasteten Familien z. B. ein erhöhtes Risiko für sog. externalisierende Auffälligkeiten. Hierzu gehören Störungen des Sozialverhaltens (Molina et al., 2010; Waldron et al., 2009) oder hyperkinetische Störungen wie z. B. die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Parvaresh et al., 2015; Kendler et al., 2016). Diese externalisierenden Störungen können sich in allen Altersstufen der Kindheit und Jugend oder später im Erwachsenenalter äußern (Park et al., 2015). Außerdem verfügen z. B. Söhne von alkoholabhängigen Vätern über eine geringe Selbstregulation (Adkison et al., 2013), was die spätere Entwicklung von externalisierenden Störungen begünstigen kann (Eiden et al., 2016).

Darüber hinaus scheinen Kinder aus suchtblasteten Familien auch in Bezug auf die Entwicklung sog. internalisierender Störungsbilder besonders gefährdet zu sein (Hussong et al., 2008): Betroffene Kinder zeigen im Vergleich zu unbelasteten Kindern erhöhte Raten an Depressionen (Hill et al., 2011; Fuller-Thomson et al., 2013) oder Angststörungen (MacPherson et al., 2001), sowohl bereits im Kindes- und Jugend- als auch später im Erwachsenenalter (Park et al., 2015). Externalisierende und internalisierende Störungen gelten als besondere Risikofaktoren für die spätere Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung (King et al., 2008). Frühe Anpassungsprobleme bei Kindern suchtkranker Eltern sind außerdem mit der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung im (jungen) Erwachsenenalter verbunden: Ergebnisse einer 33-jährigen Längsschnittstudie belegen, dass ein

Viertel der Kinder aus alkoholbelasteten Familien mindestens eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhielt (Drake et al., 1988).

4.3 Schutzfaktoren und Resilienzen

Die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung oder anderer psychischer Störungen bei Kindern aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien kann nicht durch die elterliche Suchterkrankung allein erklärt werden. Die (ungünstige) Entwicklung eines Kindes hängt grundsätzlich ab von der Anwesenheit bestimmter Risiko- und Schutzfaktoren, die sowohl in der Umgebung des Kindes als auch beim Kind selbst zu finden sind (Petermann, 1997). Da in suchtbelasteten Familien oft ein gehäuftes Aufkommen an Risikofaktoren zu beobachten ist, kommt den umgebungsbezogenen Schutzfaktoren und individuellen Resilienzen (engl. „resilience“ = „Widerstandsfähigkeit“) eine ganz besondere Bedeutung zu.

4.3.1 Umgebungsbezogene Schutzfaktoren

Zu den umgebungsbezogenen Schutzfaktoren zählen z. B. menschliche Wärme, Fürsorge und Zuneigung durch mindestens einen Elternteil oder soziale und emotionale Unterstützung durch Bezugspersonen außerhalb der suchtbelasteten Kernfamilie (Eiden et al., 2016). Eine besondere Bedeutung besitzt in diesem Zusammenhang auch eine elterliche Abstinenz. Viele suchtkranke Eltern sind sich (zumindest rückblickend) ihrer ungünstigen Verhaltensweisen und der Auswirkungen auf die Kinder bewusst (Fraser et al., 2008; Haight, 2009). Dies führt zwar zu starken Gefühlen von Schuld und Sorge, aber Kinder stellen dadurch auch ein besonders starkes bzw. sogar das vorrangige Abstinenzmotiv dar (Fraser et al., 2008; Klein et al., 2016). Diese Abstinenzmotivation der suchtkranken Elternteile kann therapeutisch genutzt werden, ohne dass die Kinder dabei funktionalisiert werden dürfen. Das Kindeswohl muss jederzeit im Laufe von Beratung und Therapie der Eltern beachtet und sichergestellt werden. Grundsätzlich scheint eine elterliche Suchtmittelfreiheit das familiäre Leben insgesamt zu stabilisieren (Fraser et al., 2008), was der weiteren Entwicklung von betroffenen Kindern besonders zugutekommt (Andreas et al., 2017): So zeigen z. B. Untersuchungen, dass sich die psychischen Auffälligkeiten von Kindern von alkoholabhängigen Eltern zurückbilden konnten bzw. dass sie sogar langfristig unauffällig

wurden, wenn der suchtkranke Elternteil erfolgreich eine abstinenzorientierte, stationäre Therapie absolviert hatte (Andreas et al., 2017; Andreas et al., 2007; Klein et al., 2016). Wird der Elternteil allerdings wieder rückfällig, steigt auch gleichzeitig wieder das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten beim Kind. Betroffene Kinder berichten selbst, dass eine Suchtmittelfreiheit des Elternteils einen wesentlichen Beitrag zu einem besseren Leben leisten würde (Moe et al., 2007).

4.3.2 Kindbezogene Resilienzen

Kindbezogene Resilienzen wurden im Kontext von suchtblasteten Familien mehrfach und umfassend untersucht. Wünschens- und förderungswert sind u.a. folgende Merkmale bzw. Fähigkeiten (Velleman et al., 2016): Persönliche Qualitäten (z. B. angenehmes Temperament, Sozialkompetenz, Fähigkeit zur Selbstreflexion und Emotionsregulation), das Gefühl, selbst etwas bewirken zu können; angemessene Bewältigungsstrategien und Problemlösekompetenzen; Unterstützung und Aktivitäten außerhalb der Kernfamilie und Einsicht und Verständnis bzgl. der elterlichen Suchtproblematik. Auch auf Familienebene wurden sog. Schlüsselmerkmale der Resilienz identifiziert (Walsh, 2006): 1.) Sinnstiftende Überzeugungen der Familie, z. B. in schwierigen Lebensumständen einen Sinn finden, optimistische, aber realistische Grundeinstellung, Aufrechterhaltung übergeordneter Werte und Sinnsysteme (z. B. religiös-spiritueller Glaube), 2.) funktionale strukturelle und flexible organisatorische Muster, z. B. Flexibilität in den familialen Strukturen (Offenheit für Erfahrungen), Aufrechterhaltung des Gefühls der Verbundenheit auch in Krisenzeiten, soziale Unterstützung und ökonomische Ressourcen und 3.) angemessene Kommunikation, z. B. offenes Ansprechen von Problemen und Emotionen und gemeinsame Lösungsfindung. Im Rahmen dieser Schlüsselprozesse ist eine grundlegende emotionale Verbundenheit und Lernfähigkeit der Familien wichtig (Fernandez et al., 2013).

4.4 Fazit zu den Auswirkungen der elterlichen Suchterkrankung auf die Kinder

Elterliche Abhängigkeitserkrankungen und deren Begleiterscheinungen können für Kinder in jeder Altersstufe gravierende Auswirkungen besitzen, wie z. B. eigene Suchtgefährdung oder andere psychische

Erkrankungen wie ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen oder Angststörungen. Damit riskante Einflüsse für die Kinder bestmöglich „abgefedert“ werden, müssen umgebungsbezogene, individuelle und familiäre Schutzfaktoren dringend gefördert werden, insbesondere dann, wenn eine Vielzahl riskanter Bedingungen und Belastungen vorliegt. Die Risiken für die betroffenen Kinder lassen sich durch vielfältige Präventionsmaßnahmen reduzieren, die sich entweder direkt an die Kinder, die Eltern oder die gesamte Familie richten können. Diese Maßnahmen können, aber müssen nicht zwingend eine elterliche Suchtmittelfreiheit anstreben, obwohl diese wünschenswert wäre.

5. Hilfebedarf suchtselasteter Familien und Unterstützungsangebote

Es besteht ein hoher Hilfebedarf für suchtkranke Eltern und deren Kinder. Grundsätzlich ist der Zugang für betroffene Familien zum professionellen Hilfesystem aus unterschiedlichen Gründen oftmals erschwert. Alkohol- oder drogenabhängige Eltern sind z. B. aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen oft nicht bereit, ihren Kindern eine Teilnahme an professionellen Unterstützungsangeboten zu ermöglichen (Kelley et al., 2014). Diese elterliche Zurückhaltung muss im Zuge von Ansprachen betroffener Familien dringend berücksichtigt werden. Fachkräfte sollten mit den Eltern, sofern keine akute Kindeswohlgefährdung vorliegt, über einen längeren Zeitraum hinweg prozesshaft einfühlend und motivierend arbeiten, um bestmögliche Unterstützungsstrategien für deren Kinder bzw. die ganze Familie zu entwickeln. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich dadurch, dass die Eltern oft nicht wissen, wo und bei wem sie Hilfe in Anspruch nehmen können. Hier mangelt es bisher an einem Lotsen- oder Navigationssystem, das den Eltern das Finden der richtigen Hilfe erleichtert (Drogen- und Suchtbericht 2016).

Wissenschaftlich erwiesene Hilfeangebote, speziell für Kinder suchtkranker Eltern, sind in Deutschland insgesamt nur wenig vorhanden. Es existiert aber eine Vielzahl an qualifizierten Hilfeangeboten, die entweder auf die Förderung der Erziehungs- und Elternkompetenz von suchtkranken Eltern abzielen oder sich direkt an die betroffenen Kinder wenden. Andere Programme richten sich eher an Risikofamilien im Allgemeinen und schließen damit suchtkranke

Eltern und deren Kinder ein. Darüber hinaus existieren verschiedene Qualifizierungsmaßnahmen für Fachkräfte, die diese für den Umgang mit Kindern aus suchtblasteten Familien ausbilden sollen. Im Folgenden werden Beispiele bestehender Unterstützungsangebote vorgestellt.

5.1 Interventionen für suchtmittelabhängige Eltern

In Deutschland existieren kaum Hilfeangebote, die speziell für suchtkranke Eltern konzipiert wurden und deren Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen ist. Programme, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt werden konnte, sind fast ausschließlich im US-amerikanischen Raum zu finden.

Ein in Deutschland bestehendes und wissenschaftlich untersuchtes Programm ist das Mütter-Unterstützungs-Training (MUT!), ein Gruppentraining für opiatabhängige, substituierte Mütter zur Förderung der Erziehungskompetenz (Klein, 2006). MUT! soll bei den Müttern u.a. das Wissen über die kindliche Entwicklung erweitern und ihren Umgang mit dem Kind verbessern. Sie sollen außerdem in ihrer Rolle als Mütter gestärkt werden sowie das Gefühl erhalten, in der Erziehung etwas bewirken zu können. Das Programm konnte mehrfach positive Effekte erzielen.

Das Strengthening Families Program 10-14 (SFP 10-14) (deutsch: Familien stärken) (Bröning et al., 2014) wurde ebenfalls in Deutschland an mehreren Standorten angeboten und wissenschaftlich untersucht. SFP 10-14 richtet sich speziell an Risikofamilien und versucht, der Entwicklung von Sucht- und anderen psychischen Erkrankungen vorzubeugen. Das Programm beinhaltet getrennte Sitzungen für die Eltern und Jugendlichen sowie gemeinsame Familiensitzungen. In diesen Sitzungen werden z. B. die Themen Erziehung, Gefühle, Umgang mit Stress und Kommunikation behandelt. Das Programm hatte auf verschiedenen Ebenen positive Effekte für die Familien (Baldus et al., 2016). Derzeit erprobt und wissenschaftlich überprüft wird das SHIFT-Elterntaining (Suchthilfe und Familientraining). SHIFT ist ein Gruppenprogramm speziell für Eltern mit Crystal Meth-Erfahrung, die Kinder zwischen 0 und 8 Jahren haben (Moesgen et al., 2016). SHIFT

versucht u.a. die Elternkompetenzen und familiären Resilienzen zu stärken. Erste Evaluationsergebnisse aus Sachsen und Thüringen werden 2018 erwartet. Das Programm soll später für alle elterlichen Suchtformen erweitert werden. Für Männer mit einer Alkoholabhängigkeit existiert das Gruppenprogramm „Männlichkeiten und Sucht“ (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2014). Dieses Programm richtet sich zwar nicht an Väter im Speziellen, widmet sich aber auch dem Thema Vaterschaft. Dabei werden beispielsweise die Folgen einer Alkoholabhängigkeit auf das Erziehungsverhalten thematisiert, wie z. B. häusliche Gewalt. Ziel ist es, die eigene Vaterrolle zu reflektieren, das Zusammensein mit dem Kind zu verbessern und die Männer für die Perspektive ihrer Kinder zu sensibilisieren. Das Programm erzielte sowohl bei Teilnehmern als auch bei den Fachkräften eine gute Akzeptanz. Bella Donna e.V. in Essen bietet seit vielen Jahren hilfreiche Angebote und Aktivitäten für suchtmittelabhängige Frauen an und hat den Fokus inzwischen auch auf den problematischen Substanzkonsum von Vätern erweitert.

5.2 Interventionen speziell für Kinder aus suchtblasteten Familien

Im internationalen Raum gibt es verschiedene Programme für Kinder aus suchtblasteten Familien, deren Wirksamkeit wissenschaftlich bestätigt wurde (Bröning et al., 2012; Johnson et al., 2011). In Deutschland ist das Angebot an wissenschaftlich untersuchten Programmen für Kinder aus suchtblasteten Familien überschaubar (Arenz-Greiving et al., 2007; Ruths et al., 2013).

Das Trampolin-Projekt ist bundesweit das einzige wissenschaftlich belegte Unterstützungsangebot, welches sich direkt und speziell an Kinder aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien im Alter zwischen 8 und 12 Jahren richtet (Klein et al., 2013). Ziel des Gruppenprogramms ist es, den Kindern hilfreiche Stressbewältigungsfertigkeiten und Wissen zu den Themen Sucht und Substanzen zu vermitteln und sie in ihrem Selbstwert und in dem Gefühl, selbst etwas bewirken zu können, zu stärken. Außerdem sollen sie durch die Enttabuisierung des Themas Sucht psychisch entlastet werden. In den begleitenden Elternsitzungen sollen die Eltern u. a. für die Bedürfnisse ihrer Kinder und die Auswirkungen der Suchterkrankung sensibilisiert werden und

Vertrauen in ihre Erziehungskompetenz gewinnen. Studienergebnisse zeigen, dass teilnehmende Kinder von der Trampolin-Gruppe kurz- und mittelfristig profitieren. Trampolin wurde 2016 von der zentralen Prüfstelle des GKV-Spitzenverbands als Stressbewältigungsprogramm zertifiziert und kann seitdem von den Krankenkassen erstattet werden. Neben Trampolin existieren in Deutschland weitere qualifizierte und erfolgreiche Unterstützungsangebote für Kinder aus suchtblasteten Familien. Diese sind häufig im Bereich der lokalen Suchthilfe angesiedelt, wie z. B. die Gruppenprogramme FitKids in Wesel, Feuervogel in Aachen, Huckleberry & Pippilotta in Balingen, MAKS in Freiburg, MIKADO in Köln, Wigwam in Berlin, HiKiDra in Kiel usw., nur um einige wenige Beispiele zu nennen. Darüber hinaus gibt es niedrigschwellige Programme, wie z. B. das Patenschaftsprojekt „Vergiss mich nicht“ in Berlin. In besonders von Crystal Meth-Konsum betroffenen Regionen, wie z. B. Sachsen oder Thüringen, gibt es



Hilfeangebote, die speziell für Kinder konzipiert wurden, deren Eltern methamphetaminabhängig sind, wie z. B. PICKNICK in Chemnitz oder sCHILD-kröte im Vogtland. Beides sind Gruppenangebote für betroffene Kinder mit begleitender Elternarbeit.

Neben diesen professionellen Präventionsangeboten gibt es auch solche der Suchtselbsthilfe (z. B. Alateen-Gruppen oder die Smiley-Gruppen des Kreuzbundes in Westfalen) sowie überregionale Hilfeangebote, z. B. das zielgruppenspezifische Online-Projekt Kidkit (www.kidkit.de) oder das kostenfreie Notteléfono für Kinder suchtkranker Eltern des Sucht- und Wendepunkt e.V. aus Hamburg (Tel.-Nr. 0800-280 2801). Mit NACOA Deutschland e.V. (www.nacoa.de) besteht außerdem eine Interessensvertretung für Kinder aus Suchtfamilien, welche Betroffenen nicht nur umfassende Informationen, sondern auch direkte Hilfen in Form von E-Mail- oder Telefonberatung anbietet.

5.3. Angebote, die sich unter anderem an suchtblastete Familien richten

Neben den genannten, suchtspezifischen Unterstützungsangeboten gibt es Angebote, die nicht ausschließlich für suchtblastete Familien vorhanden sind, jedoch sehr häufig von ihnen in Anspruch genommen werden.

Kinder suchtblasteter Familien unter drei Jahren und deren Eltern können z. B. durch die Einrichtung der Frühen Hilfen profitieren. Die Frühen Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfeangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren. Kleine sowie ältere Kinder können ebenfalls Hilfen über die Angebote aus dem Bereich der Jugendhilfe nach SGB VIII erhalten, wie die Sozialpädagogischen Familienhilfen und andere Hilfen zur Erziehung für suchtblastete Familien sowie die Erziehungsberatung nach SGB VIII. In Regionen mit einer überdurchschnittlichen Prävalenz von Methamphetaminabhängigkeit, wie z. B. in Sachsen, kümmern sich zuständige Bereiche oftmals vorrangig bzw. besonders intensiv um Familien mit Crystal Meth-Problematis. Beispiele hierfür sind die Sozialpädagogische Familienhilfe Sucht (SoFaSu) in Zwickau, der Fachbereich Familien-

hilfe des St. Georg Klinikums in Leipzig oder die Angebote des sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes Dresden sowie die fachübergreifende Initiative „Mama, denk an mich“ am Universitätsklinikum Dresden, welche die Expertise von Geburtshilfe, Neugeborenenmedizin und Suchttherapie bündelt und Crystal Meth-Konsumentinnen zu einem suchtmittelfreien Leben verhilft. Generell empfiehlt sich eine dauerhafte und verbindliche Kooperation zwischen der lokalen Jugend- und Suchthilfe. Eine derartige strukturelle Zusammenarbeit ist gemäß § 81 SGB VIII bereits rechtlich verankert; es ist sehr wichtig, dass alle Akteure dieser Verpflichtung entsprechen. Vorzugsweise wird für jede beteiligte Einrichtung eine verantwortliche Schlüsselperson benannt. Verbindliche Kooperationen zwischen Sucht- und Jugendhilfe sowie der medizinischen Versorgung bestehen bereits auf kommunaler Ebene, wie z. B. in Essen oder München. Die Evaluationsergebnisse des Projektes Schulterschluss, welches in Bayern und Baden-Württemberg durchgeführt wurde, um die Kooperationsbeziehungen zwischen Jugend- und Suchthilfe zu optimieren, bestätigen den hohen Kooperationsbedarf, der im Alltag der Fachkräfte aber oft nicht abgedeckt werden kann.

Direkt an betroffene Kinder im frühen Kindesalter können sich auch z. B. Projekte wie Papilio oder Jolinchen Kids richten. Papilio ist ein universelles Sucht- und Gewaltpräventionsprogramm, welches in Kindergärten durchgeführt wird. Jolinchen Kids ist ein Kita-Programm zur Förderung der Gesundheit von Kindern bis zu sechs Jahren. Im Fokus stehen die Themen Ernährung, Bewegung und seelisches Wohlbefinden. Beide Projekte werden von den Krankenkassen gefördert.

5.4 Angebote zur Qualifizierung von Fachkräften

Es gibt verschiedene Schulungen und Qualifizierungsmaßnahmen auf lokaler, regionaler oder landesweiter Ebene, die sich an unterschiedliche Fachkräfte und Multiplikatoren richten, welche mit suchtblasteten Familien in Berührung kommen. Als aktuelle und überregionale Beispielprojekte können in diesem Kontext das derzeit laufende Projekt „Entwicklung und Erprobung eines internetbasierten

Schulungsmoduls“ für Fachkräfte, die mit gesundheitlich belasteten Eltern arbeiten, an der Universität Ulm sowie die Broschüre „Mia, Mats und Moritz“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) mit seinem Begleitheft, welches eine Anleitung für Fachkräfte, Ehrenamtler und Angehörige zum Umgang mit Kindern suchtkranker Eltern anbietet, genannt werden. Für die Durchführung des Trampolin-Programms wurden bundesweit inzwischen mehr als 300 Fachkräfte geschult, die dadurch auch als zertifizierte Trainer für Krankenkassen im Bereich der Stressprävention für Kinder tätig werden können.

5.5 Fazit zu den Unterstützungsangeboten für suchtblastete Familien

Trotz bestehender Angebote ist insbesondere die zielgruppenspezifische Versorgung von Kindern aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien unzureichend. Einen Ausgangspunkt für entsprechende Hilfen bieten das Suchthilfesystem und der Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Im Idealfall besteht eine Kooperationsvereinbarung zwischen den beiden Bereichen, die von allen Akteuren verbindlich eingehalten wird. Um auch suchtblastete Familien zu erreichen, die (noch) keinen Kontakt zur Sucht- oder Jugendhilfe haben, sollten auch der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Ärzteschaft (insbesondere Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Gynäkologen) in entsprechende Kooperationen und Hilfenetzwerke eingebunden werden. Die angebotenen Hilfemaßnahmen für suchtblastete Familien müssen leicht auffindbar sein und möglichst viele Hemmschwellen abbauen können. Ein Ausbau von wissenschaftlicher Begleitforschung für die angebotenen Maßnahmen wäre von großer Bedeutung. Das Thema Kindeswohl sollte außerdem stärker in die Behandlung von suchtkranken Eltern integriert werden, da es zum einen eine wesentliche Motivation für Abstinenz und zum anderen ein zentrales Thema des Alltags der betroffenen Mütter und Väter darstellt. Da ein funktionales Elternverhalten eines der größten Defizite in suchtblasteten Familien darstellt und die entsprechenden Auswirkungen für die Kinder gravierend sein können, muss das Angebot an entsprechenden Hilfeangeboten für suchtkranke Eltern und ihre Kinder dringend verstärkt werden.

Kinder stärken – Resilienz fördern

Wie können Kinder so gestärkt werden, dass sie sich trotz schwieriger Lebensumstände gut entwickeln können? Aus der Resilienzforschung lassen sich Faktoren ableiten, die Kindern dabei helfen, besser mit ihrer familiären Situation zurechtzukommen:

- verlässliche Beziehungen zu Erwachsenen
- Verstehen der elterlichen Sucht als Krankheit und der eigenen Schuldlosigkeit daran
- das Wissen und Gefühl, mit diesem Problem nicht allein zu sein
- eigene Interessen und Bedürfnisse wahrnehmen und umsetzen

Die hier vorgestellten Projekte greifen diese Aspekte in unterschiedlicher Gewichtung auf. Dabei spielt auch das Alter der Kinder eine wichtige Rolle. Ältere Kinder und Jugendliche sind häufiger in der Lage, sich selbst aktiv Unterstützung zu suchen, zum Beispiel durch eine Beratung per Chat. Je jünger die Kinder sind, umso mehr sind sie darauf angewiesen, dass sie in ein passgenaues Angebot vermittelt werden. Die genannten Gruppenangebote richten sich in erster Linie an Kinder und Jugendliche, beziehen aber auch die Eltern durch gemeinsame Unternehmungen oder Gespräche ein, um den Umgang miteinander positiv zu beeinflussen.



Einzelberatung per Chat und Email

KidKit.de

KidKit ist ein seit 2003 bestehendes internetbasiertes Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot für Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 18 Jahren, deren Eltern suchtkrank sind. Kooperationspartner des Projektes sind die Drogenhilfe Köln e.V. und KOALA e.V. Die wissenschaftliche Begleitforschung erfolgt durch das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP).



KidKit liefert betroffenen Kindern und Jugendlichen altersgerechte, fundierte und ausführliche Informationen zu den Themen Sucht, Gewalt und psychische Erkrankungen in der Familie und bietet ihnen vor allem die Möglichkeit der Kontaktaufnahme und Beratung an. Der Schwerpunkt dabei liegt in einer qualifizierten, kostenlosen und anonymen E-Mail- und Chat-Beratung. Da KidKit eine gesicherte Onlineberatungstechnik nutzt, wird für die Beratung keine eigene E-Mail-Adresse benötigt. Stattdessen können sich die Betroffenen mit einem selbst gewählten Benutzernamen und Passwort anonym anmelden und die Antworten in ihrem „Postfach“ bei KidKit abrufen. Die gebotene Anonymität führt zu einer erhöhten Erreichbarkeit der oftmals unter enormen Angst- und Schuldgefühlen leidenden und nicht selten sozial isoliert aufwachsenden Kinder und Jugendlichen. Darüber hinaus findet bei Bedarf eine Weitervermittlung der Betroffenen an passgenaue Kontakt- und Beratungseinrichtungen vor Ort statt. Um diese Vermittlung verlässlich gewährleisten zu können, wird aktuell eine bundesweite Datenbank mit bestehenden Hilfeangeboten für Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern aufgebaut. Durch eine gleichzeitig entstehende digitale Landkarte auf der Website von KidKit werden auch betroffene Kinder und Jugendliche selbst sowie Fachkräfte und andere Interessierte auf die Datenbank zugreifen können. Diese Erweiterung wird derzeit im Rahmen des Projekts „KidKit networks“ bundesweit entwickelt und auf Initiative der Drogenbeauftragten durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Chat mit Leon¹

Bemerkung bei der Anmeldung: Hallo. Bin neu hier und hab mich angemeldet, weil ich Probleme in meiner Familie habe. Ähm... ich weiß nicht, mir fällt es schwer drüber zu schreiben. Ich bin 14 Jahre und Schüler. Ich brauch dringend Hilfe, denn meine Eltern verhalten sich nicht wie welche. Ich habe noch 2 kleine Geschwister, um die ich mich kümmere.

Leon: hallo

KidKit: hallo leon, willkommen in unserem chat!

Leon: das ist mein erster chat heute. ähm, ich bin ziemlich aufgeregt.

KidKit: das ist gar kein problem und normal! ich freue mich, dass du da bist!:-) du hast ja bei der anmeldung schon etwas zu deinem anliegen geschrieben. magst du mir die schwierigkeiten in deiner familie etwas genauer beschreiben?

Leon: ja schon. es ist mir halt sehr peinlich. meine eltern können nicht so für uns sorgen wie sie es sollten.

KidKit: das tut mir sehr leid! wieso schaffen deine eltern es nicht, sich um euch zu kümmern? geht es ihnen nicht gut?

Leon: nein ihnen geht es nicht gut. mein vater trinkt viel und so.

KidKit: da wir bei kidkit sehr viel mit problemen in familien zu tun haben, muss dir das nicht peinlich sein. auch bleibt alles, was du mir erzählst, unter uns, da ich der schweigepflicht unterliege.

Leon: das heißt egal wie schlimm es bei mir ist, ich habe nichts zu befürchten?

KidKit: nein, wir möchten versuchen, mit dir gemeinsam nach einer lösung zu suchen. magst du mir etwas mehr über deine familie erzählen? wohnst du z. B. mit deinem vater, deiner mutter und deinen geschwistern zusammen?

Leon: egal was auch immer ist?

KidKit: natürlich gibt es ausnahmen, z. B. wenn das leben von jemandem akut in gefahr ist, aber ansonsten unterliege ich erst mal der schweigepflicht.

Leon: hm ok. also... wir wohnen alle zusammen. ich habe zwei geschwister. meine eltern nehmen beide drogen, mein vater trinkt auch sehr viel und meine mutter ist selten zuhause.

KidKit: ich kann mir gut vorstellen, dass die situation sehr belastend für dich ist. Ich bin froh, dass du dich an uns gewendet hast, damit wir

¹Nickname geändert, Chatverlauf gekürzt

dich unterstützen können. kannst du in etwa sagen, seit wann die situation so ist und wie sich das auswirkt?

Leon: ich weiß nicht genau wie lang das schon so geht. es sind bestimmt ein paar jahre. wie es sich auswirkt? meine mutter ist oft feiern. und wenn sie da ist, dann ist sie entweder total aufgedreht oder total kaputt.

KidKit: das hört sich sehr anstrengend für dich an, auch weil du noch sehr jung bist. 14 jahre, richtig? du hattest auch geschrieben, dass du dich um deine kleinen geschwister kümmerst. wie alt sind deine geschwister?

Leon: sie sind jünger als ich. ja ich bin 14.

KidKit: gibt es jemanden außerhalb deiner familie, der von der situation weiß? oder hast du schon mal mit jemandem über deine situation gesprochen?

Leon: nein. es soll auch niemand etwas mitbekommen. das darf nicht sein.

KidKit: du hattest in der anmeldung geschrieben, dass du dringend hilfe benötigst. wollen wir mal zusammen überlegen, was es für möglichkeiten gibt? was für eine art hilfe könntest du dir vorstellen? wobei brauchst du am meisten unterstützung?

Leon: ich schaffe das alles manchmal nicht mehr. wir haben auch schon wieder kein geld. ich weiß nicht mehr wie ich für meine geschwister sorgen soll.

KidKit: es ist vollkommen klar, dass dir das zu viel wird. gehen deine eltern noch arbeiten?

Leon: nein. ich trage zeitung aus aber das ist auch nicht der hit.

KidKit: eigentlich ist es nicht deine aufgabe, für deine geschwister zu sorgen, sondern deine eltern haben für dich und deine geschwister die verantwortung. leider sind sie aber, so wie du es beschreibst, zurzeit nicht in der lage dazu. gerade deshalb wäre es sehr wichtig, dass wir nach einer hilfsmöglichkeit für dich und deine familie suchen, damit du entlastet wirst.

Leon: hm. was passiert denn, wenn jemand davon was mitbekommt? die werden uns doch sicher trennen. und mama sagt ja auch immer davon darf niemand was wissen.

KidKit: es gibt z. B. beratungsstellen, bei denen du zunächst anonym bleiben könntest. und grundsätzlich ist es so, dass immer versucht wird, eine lösung für die ganze familie zu finden, damit sie nicht getrennt wird.

Leon: und wer bezahlt so eine beratung?

KidKit: eine beratung ist kostenlos:-)

Leon: hm.....ich weiß nicht.

KidKit: du kannst mit einer beratung ja nichts falsch machen, wenn du zunächst anonym bleibst. du könntest dir ja einfach erst mal anhören, was sie dort für vorschläge machen?

Leon: und die werden nichts machen was ich nicht will?

KidKit: sie werden alles mit dir absprechen.

Leon: hm. es ist irgendwie so falsch. so wie verrat

KidKit: das geht fast allen kindern und jugendlichen so, die in einer ähnlichen situation wie du sind. sie denken, dass sie ihre eltern verraten. trotzdem ist es aber doch wichtig, dass die situation nicht so bleibt, oder? und dass es euch allen, und vor allem dir, in zukunft besser geht, oder?

Leon: wenn es nach mir gehen würde.....dann soll es zumindest meinen geschwistern gut gehen.

KidKit: könntest du dir vielleicht vorstellen, nach unserem chat an unsere online-beratung zu schreiben? dort könnten wir dich intensiver beraten und dich z. B. an eine geeignete beratungstelle vermitteln.

Leon: ist der kontakt da ungefähr so wie hier im chat? haben die dort auch schweigepflicht?

KidKit: ja, der kontakt in der online-beratung ist genauso wie hier. die berater haben dieselbe schweigepflicht:-) es wird dich dort ein zuständiger berater oder eine beraterin durchgehend begleiten.

Leon: ist das denn wirklich ok, wenn ich davon jemanden erzähle?

KidKit: ja, das ist wirklich total in ordnung! und vor allem ist es sehr wichtig, dass du darüber sprichst. das ist der erste schritt zur hilfe.

Leon: hm.....ok.

KidKit: das ist toll! ich werde unseren beratern bescheid geben, dass du schreibst, ok?

Leon: ja ok. ich mach das gleich.

KidKit: super, schön, dass du den mut hast, auch an unsere online-beratung zu schreiben, damit wir dir besser helfen können. ich wünsche dir ganz viel kraft und alles gute!

Leon: danke. bis bald.



Marlene Mortler besucht 2016 Initiatoren und Mitarbeiterinnen von Kidkit

Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche

MIKADO und StandUp Köln

Der Sozialdienst katholischer Männer e.V. Köln bietet seit 2002 Gruppen für Kinder (7–11 Jahre, Mikado) und Jugendliche (12–17 Jahre, StandUp) aus suchtbelasteten Familien an. Der Einstieg in die wöchentlichen Gruppentreffen ist aufgrund des fortlaufenden, nichtmodularen Charakters der Gruppen jederzeit möglich. Die Gruppenangebote werden je nach Bedarf durch Einzelgespräche ergänzt.

Maren, 15 Jahre
Durch MIKADO habe ich mich verändert. Und dadurch hat sich auch in meiner Familie etwas verändert.

Die zentrale Zielsetzung von MIKADO/StandUp besteht in der Aufhebung der Isolation und dem Anbieten eines geschützten Rahmens, in

dem sich die Kinder und Jugendlichen in altersadäquater Weise über ihre Lebenssituation und ihre Erfahrungen austauschen können. In den Gruppen erleben sie teils zum ersten Mal, dass sie nicht alleine mit dem Problem der Eltern sind und dass sie erst recht nicht daran Schuld tragen – eine bei den Kindern weitverbreitete Befürchtung. Dieser Austausch ermöglicht die Entlastung von vielfach gefühlter Verantwortung und die Entwicklung von Handlungsalternativen.

Julia, 17 Jahre
Dass es nicht meine Schuld ist, dass mein Vater getrunken hat, das war die wichtigste Erkenntnis für mich. Dass ich nichts dafür kann! Und dass es auch nicht meine Schuld ist, dass er damit nicht aufhören konnte!

Deniz, 16 Jahre
Ich wusste vorher nicht, dass es so viele gibt, die dasselbe wie ich mitmachen. Aber durch die anderen konnte ich dann endlich frei sprechen!

Durch die Einbindung der Eltern und durch gemeinsame Unternehmungen trägt das Projekt auch zum gegenseitigen Verständnis in der Familie und zur Stärkung der familiären Struktur bei. Dabei steht natürlich immer das Kindeswohl im Vordergrund. In vielen Fällen ergänzt die MIKADO/StandUp-Gruppe Maßnahmen des Jugendamtes, etwa Ambulante Hilfen zur Erziehung.

Der Ansatz von MIKADO/StandUp ist lebensphasenbegleitend angelegt. Den Kindern und Jugendlichen wird so die Möglichkeit geboten, das Angebot über einen Zeitraum von mehreren Jahren zu nutzen und sich altersspezifisch mit dem Thema der elterlichen Sucht auseinanderzusetzen. Bei den Jugendlichen geht es darüber hinaus um die Entwicklung einer eigenen, angemessenen Haltung zu Suchtmitteln als typischer Entwicklungsaufgabe dieser Altersgruppe. Kinder aus suchtbelasteten Systemen gehören zur Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung. Das spenden- bzw. stiftungsfinanzierte Angebot trägt deshalb auch zur Prävention bei.

Kilian, 11 Jahre
MIKADO ist meine erste Ansprechperson, wenn ich Hilfe brauche.

Jessi, 11 Jahre
MIKADO ist mir sehr wichtig, hier kann man Spaß haben, aber auch Sachen besprechen: Familiengeschichten und wie ich mit meiner Mutter reden kann.

www.facebook.com/mikado.skm.koeln

PICKNICK Chemnitz

Bei PICKNICK stehen Kinder im Mittelpunkt, die mit suchtblasteten Eltern oder Elternteilen aufwachsen und suchtbedingte Verhaltensweisen der Eltern miterleben. Das von der Stadt Chemnitz und dem Freistaat Sachsen geförderte Angebot entwickelte sich unter dem Dach der Ambulanten Suchthilfe und Suchtprävention der Stadtmission Chemnitz e.V. und ist eine der familienorientierten Hilfen. Das Knowhow aus Suchthilfe und Jugendhilfe, welches für die adäquate Unterstützung suchtblasteter Eltern und ihrer Kinder gebraucht wird, wird verknüpft.

Ziel ist es, die kognitiven und emotionalen Bewältigungsstrategien der Kinder zu stärken, um die multiplen Risikofaktoren abzumildern oder zu verändern. Nachhaltige Verbesserungen zeigen sich, wenn betroffene Eltern wertschätzend hinsichtlich ihrer Elternverantwortung miteinbezogen werden können.

Kinder und Jugendliche treffen sich in der Montagsgruppe (6–10 Jahre) und in der Dienstagsgruppe (10–14 Jahre) wöchentlich über einen Zeitraum von einem Jahr für 1,5 Stunden in einem eigens dafür zur Verfügung stehenden Gruppenraum. Danach können die Kinder noch ein halbes Jahr zum Wiedersehen in größeren zeitlichen Abständen kommen.

Unterstützt durch vielfältige Methoden erarbeiten sich die Kinder kindgerechtes Wissen über die Suchtblastung der Eltern, einen optimistischeren Blick auf ihr Leben und Lösungsideen für mögliche Probleme. Damit diese individuelle Stärkung der Resilienz gelingen kann, setzen wir neben einer inhaltlich durchdachten Gruppenarbeit auf vertiefte Kontakte mit den Kindern. Das braucht zeitliche und personelle Ressourcen. Für jede Gruppe steht ein Beraterinnenteam mit zwei Beraterinnen zur Verfügung, die über einschlägige Berufserfahrungen und Zusatzqualifikationen im Kontext der Suchthilfe verfügen und in anderen Arbeitsbereichen unserer Ambulanten Suchthilfe und Suchtprävention verortet sind.

Der Gruppenarbeit geht eine Kontaktphase voran, in der zunächst Nutzen und Eignung des Angebotes besprochen und mögliche Bedenken ausgeräumt werden. Der Kontakt zu Eltern oder anderen Angehörigen wird über den gesamten Zeitraum gehalten durch Kurzkontakte beim Bringen und Holen sowie Elternberatung und Familienveranstaltungen wie Eltern-Kind-Nachmittage und Feste.
www.stadtmission-chemnitz.de

Drachenherz Marburg

„Drachenherz“ ist ein Angebot des Blaukreuz-Zentrums Marburg der Blaukreuz Diakonie und richtet sich sowohl an Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 19 Jahren, die in einer suchtbelasteten Familie leben oder aufwachsen, als auch an deren Eltern oder andere Bezugspersonen.



Der Ansatz versteht sich als eine professionell helfende Begleitung unter Zuhilfenahme von beraterischen und psychotherapeutischen



Methoden und Interventionen – insbesondere der personenzentrierten Spiel- und Gesprächstherapie – und hat einen nachsorgenden und längerfristigen Charakter.

Die vertrauliche Beratung ist kostenfrei und basiert auf Freiwilligkeit.

Ziele der Arbeit sind:

- Das Vorhalten eines modularen Beratungsangebotes, innerhalb dessen betroffene Kinder und Jugendliche entwicklungsfördernde Bedingungen vorfinden, so dass sowohl individuelle Anpassungsreaktionen als auch innerseelische Spannungen (Inkongruenzen/ Symptome) verändert werden können.
- Das Informieren und Sensibilisieren der Fach-/Öffentlichkeit für die Lebenslagen Betroffener durch Fortbildungen und Informationsveranstaltungen und Veröffentlichungen in lokalen und überregionalen Print-/Medien.
- Das Pflegen des Kooperationsnetzwerkes und das Bemühen darum, neue Kooperationen zu stiften.

www.suchtberatung-blaues-kreuz-marburg.de

Kurzzeitprogramm „Trampolin“

Trampolin ist ein evaluiertes Gruppenprogramm für 8- bis 12-jährige Kinder. In neun Gruppenterminen mit einem zertifizierten Trampolin-Trainer werden altersgerecht und manualbasiert folgende Inhalte vermittelt:

- Vertrauensvolle Gruppenatmosphäre schaffen
- Selbstwert fördern
- Über Sucht in der Familie reden
- Informationen zum Thema Sucht
- Adäquaten Umgang mit Emotionen fördern
- Probleme lösen und Selbstwirksamkeit erhöhen
- Verhaltensstrategien in der suchtbelasteten Familie erlernen
- Hilfe und Unterstützung einholen
- Positives Abschiednehmen



Methodisch werden Gespräche, Rollenspiele, Fantasiereisen, Spiele, Übungen und Geschichten eingesetzt. Vor und nach dem Gruppenprogramm wird jeweils ein Elternabend durchgeführt, bei dem die Eltern Informationen zu Trampolin erhalten sowie für die Situation ihrer Kinder sensibilisiert werden sollen.

Trampolin wurde als Stressbewältigungsprogramm für Kinder von der Zentralen Prüfstelle Prävention der GKV zertifiziert. Die Kosten können somit von den gesetzlichen Krankenkassen anteilig oder vollständig übernommen werden, wenn das Programm von einem zertifizierten Kursleiter durchgeführt wird. Trampolin ist derzeit das einzige Gruppenprogramm, für das eine solche Kostenübernahmemöglichkeit durch die Krankenkassen vorliegt. Auf der Webseite können sowohl angebotene Trampolin-Kurse als auch Fortbildungen zum Trampolin-Trainer abgerufen werden.

www.projekt-trampolin.de

Patenschaften

Vergiss mich nicht

Seit 2008 vermittelt das Projekt „Vergiss mich nicht“ (Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.) ehrenamtliche Patenschaften an Kinder aus sucht betroffenen Familien mit dem Ziel, die Kinder so zu stärken, dass sie sich stabil und gesund entwickeln. Kinder aus suchtbelasteten Familien werden häufig übersehen. Das Patenschaftsprojekt richtet sich an Kinder, die in Familien leben, in denen eines oder beide der Elternteile suchtmittelabhängig sind. Das betrifft in Berlin etwa 70.000 Kinder.



„Vergiss mich nicht“ ist ein Projekt, das sich durch einen besonders niedragschweligen Zugang auszeichnet, um die oft vergessenen Kinder suchtbelasteter Familien zu erreichen und ihnen einen entwicklungsfördernden Schutzfaktor, eine Patin oder einen Paten, zur Seite zu stellen. So erfahren die Kinder eine stabile Beziehung zu einem verlässlichen Erwachsenen. Die Resilienzforschung der letzten Jahre führte zu dem Ergebnis, dass eine stabile Beziehung zu mindestens einer erwachsenen Bezugsperson einen entscheidenden Schutzfaktor für die Kinder darstellt. Die stabile Beziehung zur Patin oder zum Paten fördert die Beziehungsfähigkeit und das Vertrauen auf die Unterstützung durch Erwachsene. Die Patinnen und Paten treffen sich regelmäßig einmal pro Woche für einige Stunden mit dem Kind und verbringen eine unbeschwerter Zeit mit ihm. Durch gemeinsame



Aktivitäten und eine wertschätzende Haltung den Kindern gegenüber werden wichtige Schutzmechanismen, ihr Selbstwertgefühl und ihre sozialen Kompetenzen gestärkt. All diese Aspekte sind wichtige Faktoren für ein suchtmittelfreies Leben.

www.diakonie-stadtmitte.de

„Unbeschwert Kind sein können“

Wie eine Patenschaft Kinder aus suchtblasteten Familien stärken kann, erzählt Christian Z., seit drei Jahren Pate von Elias* (12)

Beim ersten Treffen habe ich Elias, damals 9, gemeinsam mit der Patenbetreuerin von „Vergiss mich nicht“ zu Hause besucht und dort zunächst mit seinen Eltern gesprochen. Elias hielt sich im Hintergrund und wirkte noch etwas schüchtern. Gleichzeitig merkte man ihm aber auch die Vorfreude auf den Beginn der Patenschaft an. Er stellte mir dann seine beiden Haustiere vor, einen Hasen und eine Katze, und wurde dabei gesprächiger.

Auch heute handeln seine Geschichten meist von seinen beiden Haustieren oder haben etwas mit Computern, Handys und dem Internet zu tun, also seinen Freizeitaktivitäten. Über Erlebnisse in der Schule berichtet er nur kurz, und auch von seiner Familie spricht er

relativ selten. Wir machen meistens einen Ausflug zu bestimmten Orten, z. B. Planetarien oder Museen. Das Ausflugsziel setzt in der Regel jedoch nur den Rahmen für unsere Treffen, im Mittelpunkt stehen die Gespräche mit Elias. Am lebhaftesten ist er zumeist auf den Wegen zum jeweiligen Ziel, da er dann die Gelegenheit hat, ausführlich über seine Freizeitaktivitäten zu berichten, mir Bilder und spannende neue Apps zu zeigen oder einfach nur Quatsch zu machen. Zu Beginn der Patenschaft war er noch etwas zurückhaltender, aber inzwischen ist er viel ausgelassener bei unseren Treffen. Er traut sich auch mehr zu, zum Beispiel auf dem Spielplatz. Hier war er oft ängstlich bei Klettergerüsten, die eigentlich für jüngere Kinder gedacht waren. Ich habe ihn immer wieder ermuntert, es zumindest einmal zu versuchen. Falls es nicht klappen sollte, wäre ich ja da und könne ihm helfen. Im Laufe der Zeit wurde er tatsächlich selbstbewusster und mutiger.

Ich möchte für Elias einen Rahmen zu schaffen, in dem er für einige Stunden unbeschwert seinen Wünschen nachgehen kann und ungeteilte Aufmerksamkeit erfährt. Vielen Kindern aus suchtbelasteten Familien fehlt vor allem eine Umgebung, in der sie einfach Kind sein können und eine erwachsene Person Anteilnahme an ihren Interessen zeigt. Elias' Eltern geben ihm vor allem materielle Dinge, scheinen sich aber wenig aktiv mit ihm und seinen Interessen zu beschäftigen. Mit der Patenschaft möchte ich auch dazu beizutragen, dass Elias später keine Drogen nimmt.

Ich versuche ihm deutlich zu machen, dass er mit mir über alles sprechen kann, wenn er das möchte. Ansonsten gebe ich ihm einfach die Möglichkeit, Spaß zu haben und seine Gefühle auszuleben. Der Umgang mit ihm macht auch mir viel Freude. Es ist schön, Elias neue Dinge zeigen zu können und zu sehen, wie er die Welt außerhalb seines gewohnten Umfelds erkundet.

Selbsthilfe

Alateen

Selbsthilfegruppen und -verbände bieten neben den Treffen für Suchtkranke oft auch Gruppen für Angehörige an. Diese erleben es häufig als Erleichterung, sich mit Menschen auszutauschen, die in einer ähnlichen familiären Situation leben. Viele Angehörigengruppen entstanden zunächst, weil sich Partnerinnen und Partner von suchtkranken Menschen trafen. Inzwischen gibt es auch viele Gruppen für Jugendliche, deren Eltern suchtkrank sind. Ein Beispiel sind die Alateen-Gruppen. Hervorgegangen aus den Angehörigengruppen der Anonymen Alkoholiker gibt es Alateen (Al-Anon teenagergroup) seit über 40 Jahren in Deutschland. Jugendliche, die sich allein mit ihren Problemen fühlen, können hier erfahren, dass es Gleichaltrige mit ähnlichen Erfahrungen gibt. Die gemeinsame Reflexion von Situationen hilft den Heranwachsenden dabei, neue Sichtweisen und innere Distanz zu entwickeln.

<http://al-anon.de/fuer-neue/familienkrankheit/alateen-fuer-jugendliche/>

Frühzeitig helfen – Angebote für Schwangere und Eltern mit Kleinkindern

Schwangere und Mütter mit Suchtproblematik können trotz hohen Hilfebedarfs und eines erhöhten Risikos für Kindeswohlgefährdung oft nur sehr schwer erreicht werden. Sie nehmen Angebote der Frauen-, Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe kaum von sich aus in Anspruch bzw. halten hier die Suchtproblematik geheim. In der Suchthilfe wiederum fehlen meist die passgenauen Hilfen. So bleiben Schwangere, Mütter und Kinder in ihren komplexen Problemlagen häufig isoliert und ohne Unterstützung.

Bei suchtkranken Schwangeren und Müttern finden sich häufig folgende Merkmale:

- Vorliegen multikomplexer Problemlagen, etwa eine schlechte sozioökonomische Lage, Gewalterfahrungen, Wohnungslosigkeit, soziale Isolation, Schädigung der Gesundheit, Komorbidität, Krankenhaus- und Gefängnisaufenthalte etc.
- Leben in der Drogenszene: Prostitution, Gewalt, Sucht, Suchtdruck
- Traumatisierung durch Erleben von (sexualisierter) Gewalt (häufig in der Kindheit) mit entsprechenden Folgen auch hinsichtlich der Bindungsmuster
- defizitäre Bindungserfahrungen der Frauen in der eigenen Kindheit
- diskontinuierliches, ambivalentes Erziehungsverhalten sowie mangelnde Feinfühligkeit für die Bedürfnisse des Kindes
- Schwangerschaften sind häufig ungeplant oder ungewollt und dadurch mit hoher Stressbelastung verbunden. Die Gefahr der Retraumatisierung kann während der Schwangerschaft/Geburt zu erhöhtem Suchtdruck bzw. Konsum führen.
- Schuld- und Schamgefühle, mangelndes Selbstwertgefühl sowie Angst vor Sorgerechtsentzug

Die Kinder werden so häufig in einen Kreislauf aus Trauma, Sucht und Bindungsstörungen hineingeboren. Sie sind auch aufgrund pränataler Schädigungen einem erhöhten Risiko für Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten ausgesetzt. Bei den Babys zeigen sich nicht selten Regulationsstörungen mit einem entsprechend hohen Betreuungsbedarf. Dies kann Mütter rasch an Grenzen bringen. Diese Kinder sind häufiger von Vernachlässigung und Misshandlung betroffen. Viele entwickeln im Laufe ihres Lebens eine eigene psychische Erkrankung oder Suchterkrankung.

Anne Leuders, Leiterin Liliput – Mutter + Kind bei Lilith e.V. Nürnberg

Die folgenden Projekte zeigen exemplarisch, wie die genannten Herausforderungen berücksichtigt und bewältigt werden können. Teilweise werden die Angebote im Rahmen der „Frühen Hilfen“ umgesetzt, die im Kapitel „Kommunale Netzwerke“ vorgestellt werden.

Liliput – Mutter + Kind

Die Drogenhilfeeinrichtung Lilith e.V. Nürnberg bietet Frauen mit Drogenproblematik und ihren Kindern seit über 20 Jahren vielfältige Unterstützung: Streetwork, Frauencafé, Frauenberatung, Ambulant Betreutes Einzelwohnen, Arbeitsprojekte und Liliput – Mutter + Kind.



2015 konnte in Kooperation mit der Stadt Nürnberg ein Angebot im Rahmen der Frühen Hilfen für suchtmittelabhängige Schwangere und Mütter mit Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren geschaffen werden. Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung ist, dass Lilith e.V. durch seine verschiedenen Angebote bereits Kontakte zur ansonsten nur schwer zu erreichenden Zielgruppe hatte. Liliput arbeitet eng verzahnt mit allen anderen Arbeitsbereichen von Lilith e.V. zusammen. Betroffene Frauen entsprechen in der Eigen- und Fremdwahrnehmung oft nicht dem Bild einer glücklichen, fürsorglichen Schwangeren oder einer „guten“ Mutter. Schuld- und Schamgefühle sowie die Angst vor Sorgerechtsentzug halten viele davon ab, bestehende Angebote anzunehmen. Bei Lilith e.V. sollen sie sich in der Rolle der (werdenden) Mutter gesehen und wertgeschätzt fühlen sowie durch die gezielten Angebote angesprochen werden. Das Thema Sucht – Schwangerschaft – Mutterschaft ist nicht tabuisiert. Liliput – Mutter + Kind gelingt es, durch einen akzeptierenden und niedrigschwelligen Ansatz das Vertrauen von Schwangeren, Müttern und Kindern zu gewinnen.

Die intensive Netzwerkarbeit von Lilith e.V. führt außerdem dazu, dass verstärkt Geburtskliniken, Kinderkliniken, Suchtberatungsstellen, Substitutionspraxen, Jugendämter, Schwangerenberatungsstellen u.v.m. Klientinnen an Liliput vermitteln.

Liliput – Mutter + Kind umfasst im Wesentlichen vier Bausteine:

- Einzelfallarbeit: Beratung, Vermittlung an und Begleitung zu den Kinder- und Jugendhilfen sowie in das Netz der Gesundheits- und Frühen Hilfen: Die qualitativen und quantitativen Auswertungen

zeigen, dass mit diesem Konzept die Zielgruppe erfolgreich angesprochen werden konnte. Gerade in der Arbeit mit Schwangeren ist die niedrigschwellige, zeitnahe sowie traumasensible Begleitung und Vermittlung zu den Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfen zielführend. Gefährdungsmomente für das Kindeswohl konnten so frühzeitig erkannt und abgewendet werden. Zudem können Frauen und Kinder den kostenlosen Mittagstisch sowie die regelmäßigen medizinischen Sprechstunden bei Lilith e.V. nutzen.

- Gruppenangebote und Elternbildung werden zum Teil in Kooperation mit externen Referentinnen durchgeführt und konzeptionell auf die Zielgruppe abgestimmt. Hier hat sich gezeigt, dass etablierte Elternbildungsangebote („Starke Eltern – Starke Kinder“), die von der Zielgruppe bei anderen Institutionen in der Regel kaum besucht werden, bei Lilith unter diesen Prämissen von den Klientinnen gut genutzt werden. Freizeitangebote für Mütter mit Kindern sind ebenfalls wichtiger Bestandteil des Gesamtkonzeptes.
- Angebote für Fachkräfte: Für Fachkräfte aus den verschiedensten Institutionen, insbesondere auch der Jugendhilfe, werden fallübergreifend auf Anfrage Informationen und Fortbildungen bereitgestellt. Daneben werden anonymisierte Fallberatungen durchgeführt.
- Netzwerkarbeit: Mit zahlreichen Institutionen konnten verbindliche Kooperationen geschlossen werden. Besonders zu erwähnen sind hier die Kooperationsvereinbarungen mit Substitutionspraxen zur Verbesserung der Versorgung schwangerer Substituierter, den Entbindungskliniken/Neonatologien und Jugendhilfen.

Einzelfall-, Gruppen- und Netzwerkarbeit werden aufeinander abgestimmt und erfordern entsprechende fachliche, personelle und zeitliche Ressourcen. Dadurch werden Betroffene gezielt angesprochen. Unverzichtbar ist hier eine Niedrigschwelligkeit, die durch eine pauschale Finanzierung gewährleistet ist. Damit kann eine Zielgruppe frühzeitig erreicht werden, die hinsichtlich des Kindeswohls und Langzeitschädigungen für die Kinder zahlreiche Risikofaktoren aufweist.

www.lilith-ev.de

Clearingwohnen für suchtkranke Schwangere und Mütter

Basierend auf seinen Erfahrungen mit konsumierenden und suchtkranken Müttern entwickelte der Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Köln das Konzept des „Clearingwohnens“, das seit 2005 unterstützt von der Cornelius-Stiftung im „Corneliushaus“ in Köln umgesetzt wird. Für die vier Mutter-Kind-Apartments für Drogen- und/oder Alkoholkonsumierende Schwangere und Mütter gibt es eine große Nachfrage von Jugendämtern bundesweit.

Alleinstellungsmerkmal ist, dass die Frauen bei der Aufnahme noch nicht abstinent oder therapiebereit sein müssen. Der bis zu 18 Monate dauernde Aufenthalt dient der Sicherung des Kindeswohls sowie der Klärung der Veränderungsbereitschaft, der Erziehungs- und Bindungskompetenz der Mutter und der Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme für das eigene Leben und das des Kindes. Ist die Trennung von Mutter und Kind notwendig, wird dieser Prozess begleitet.

Bei 70 bis 75 % der Frauen sind frühkindliche Traumatisierungen durch Vernachlässigung und Misshandlungen in den Herkunftsfamilien Ursachen oder Auslöser von Suchterkrankungen und psychischen Auffälligkeiten. Daher werden in einem vernetzten Hilfesystem mit



den Bewohnerinnen ganzheitliche Ansätze bestehend aus Diagnostik, Therapie, sozialer Absicherung, Ressourcenstärkung und Perspektiventwicklung initiiert und begleitet. Die Kinder werden bezüglich der Folgen des Konsums in der Schwangerschaft medizinisch begleitet und durch bedarfs- und altersgerechte Frühförderangebote in ihrer Entwicklung gestützt.

www.skf-koeln.de

Präventive und frühe Förderung der Bindungs- und Erziehungskompetenzen drogenabhängiger Mütter

BELLA DONNA – Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V. bietet individuelle Unterstützung in unterschiedlichen Lebensbereichen. Das im Rahmen des Aktionsplanes gegen Sucht Nordrhein-Westfalen geförderte Projekt „Präventive und frühe Förderung der Bindungs- und Erziehungskompetenzen drogenabhängiger Mütter“ beinhaltet die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation einer differenzierten Angebotsstruktur für drogenabhängige Mütter und ihre Kinder. Übergeordnete Projektziele sind die Förderung und Stärkung der Bindungsqualität und Erziehungskompetenz drogenabhängiger Mütter, ihre psychosoziale und gesundheitliche Stabilisierung, die Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit und ihrer Motivation zum Ausstieg aus der Drogenbindung. Gleichzeitig wird durch frühe Unterstützungsmaßnahmen im Sinne von Suchtprävention und der Stärkung von Schutzfaktoren (Resilienz) ein wesentlicher Beitrag zum Schutz der betroffenen Kinder vor (bekannten) Risiken, die zu späteren Suchtmittelmissbrauch führen können, angestrebt.

Die Zielgruppen sollen durch verschiedene Angebotsmodule erreicht werden: eine Frühstücks- und angeleitete Spielgruppe für drogenabhängige Mütter mit Kleinkindern (bis Kindergartenalter); ein Gruppenangebot zur frühen Bindungsintervention (angelehnt an „PEKIP“, modifiziert hinsichtlich der spezifischen Zielgruppe) für drogenabhängige Mütter mit Babys bis zum Alter von einem Jahr und eine Kochgruppe für Mädchen im Übergang vom Kindergarten zur Schule.

Das Projekt beinhaltet eine selektive Aufhebung der Komm-Struktur zugunsten einer Hol-Struktur, wodurch eine kontinuierliche Arbeit mit drogenabhängigen Müttern und ihren Kindern ermöglicht

werden soll. Die konsequente qualifizierte und geschlechtsbezogene Ausrichtung des Projekts soll die Erreichbarkeit der Frauen und ihrer Kinder sowie die Wirksamkeit der Angebote zusätzlich erhöhen.

www.belladonna-essen.de

Kooperation gestalten – familien- und fallorientierte Zusammenarbeit

Damit Familien unterstützt werden können, muss ihr Hilfebedarf erkannt werden. Aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen suchen viele Menschen bei Problemen mit Suchtmitteln nicht von sich aus aktiv nach Hilfe. Auch wenn Mütter oder Väter das Suchthilfesystem in Anspruch nehmen, wird ihre Elternkompetenz häufig noch nicht ausreichend thematisiert.

Barrieren für eine effektive Unterstützung ergeben sich auch aus dem gegliederten Sozialsystem. Unterschiedliche Kosten- und Leistungsträger für die verschiedenen Hilfesysteme wie Suchthilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem, Rehabilitation etc. können in der Praxis zu Unklarheit führen, wer für die Organisation und Finanzierung der Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien zuständig ist. Hier setzen Initiativen an, die die Zusammenarbeit verschiedener Akteure regional und familienorientiert organisieren mit dem Ziel, Eltern und Kinder zu erreichen und das Familiensystem zu stärken. Auch der Austausch der Fachkräfte untereinander spielt dabei eine wichtige Rolle, denn dadurch erhöht sich ihre Handlungskompetenz.

Kommunale Netzwerke

connect Hamburg

connect wurde 2003 bis 2005 als Modellprojekt in Hamburg-Altona entwickelt. Seit 2008 entstanden weitere Netzwerke in den übrigen Hamburger Bezirken. connect wendet sich an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die mit Kindern in den Bereichen der medizinischen Versorgung, der



Jugendhilfe, der Suchthilfe, in Kita, Schule und Stadtteil zu tun haben. Die connect-Koordinatorin bzw. der Koordinator in der Region ist die zentrale Ansprechperson für die Netzwerkpartner im Bezirk. Einrichtungen, Projekte und Institutionen rund um Kind und Familie aus allen Arbeitsfeldern einer Region werden eingeladen, am connect-Netzwerk teilzunehmen.

Ziel der Kooperation ist es, betroffene Kinder und Eltern frühzeitig zu erkennen und ihnen angemessene Unterstützung anzubieten. Der familienorientierte Ansatz erfordert eine gemeinsame innere Haltung der beteiligten Helfer. Die Realisierung und Finanzierung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem bezirklichen Fachamt für Jugend- und Familienhilfe. Die connect-Kooperationsvereinbarung bietet einen Rahmen, der Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit erhöht. In kollegialen Fallberatungen können durch die interdisziplinäre Zusammensetzung der Teilnehmenden neue Hilfemöglichkeiten über die Grenzen der einzelnen Arbeitsfelder hinaus entwickelt werden, mit denen die Kollegin bzw. der Kollege im Alltag weiterarbeiten kann.

www.sucht-hamburg.de

**„Die Verantwortung auf mehrere Schultern verteilen“ –
Wie kommunale Netzwerke Fachkräfte stärken und Familien unterstützen**

Interview mit Irene Ehmke, Gesamt-Koordinatorin für die connect-Netzwerke in Hamburg



Um Kinder aus suchtbelasteten Familien erreichen und unterstützen zu können, ist die Zusammenarbeit verschiedener Akteure notwendig. Welche Institutionen sollten an einem Netzwerk beteiligt sein?

Wichtig ist, dass ein möglichst großes Spektrum der unterschiedlichen Arbeitsfelder und Institutionen der Hilfen für Familien beteiligt ist – behördliche und kommunale Einrichtungen ebenso wie Freie Träger, der Gesundheitsbereich ebenso wie die Jugendhilfe, Regeleinrichtungen wie Kita und Schule und selbstverständlich die Suchthilfe.



In Hamburg existiert mit connect seit mehreren Jahren ein regionales Hilfenetz. Welche Ziele verfolgen Sie?

Es geht darum, die Fachkräfte rund um Kind und Familie auf regionaler Ebene für das Thema Kinder aus suchtbelasteten Familien zu sensibilisieren und fortzubilden, dort, wo sich Fachkräfte aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern gemeinsam, aber an unterschiedlichen Stellen um dieselben Familien kümmern. Die Zusammenarbeit im Alltag soll praxisorientiert gefördert werden, so dass sich eine nachhaltige Vernetzung entwickelt. Dafür wird ein klarer und entlastender Rahmen geschaffen: connect-Fallberatungen sind professionell vorbereitet und moderiert, anonymisiert, systemisch und ressourcenorientiert gestaltet. Sie leben von der Mitwirkung der Teilnehmer und dem Knowhow, das sie aus ihren unterschiedlichen Arbeitsfeldern mitbringen.



Welche Schwierigkeiten gab es beim Aufbau des Netzwerkes und wie konnten Sie diese bewältigen?

Es wird zunächst häufig bezweifelt, ob so ein Netzwerk überhaupt nötig sei. connect versteht sich aber nicht als zusätzliches Gremium, sondern als ein Strukturelement, das vorhandene Gremien mit einem spezifischen Thema verknüpft und professionalisiert. Entscheidend ist, dass ein (fach-)politischer Wille auf der Ebene der kommunalen, Bezirks- oder Kreisverwaltung formuliert wird. Damit sind die Türen für ein Netzwerk geöffnet. Parallel ist natürlich die Haltung der Akteure aus den Praxisfeldern wichtig, denn sie sind das Netzwerk.



Nach der anfänglichen Motivation, ein entsprechendes Netzwerk aufzubauen, folgt oft die Schwierigkeit, dieses langfristig zu etablieren. Wechselnde Mitarbeiter in Institutionen, die allgemeine Arbeitsbelastung oder unterschiedliche Bedürfnisse der Netzwerkmitglieder können beispielsweise zu Hindernissen werden.

Wie schaffen Sie es bei connect, dass das Netz keine Löcher bekommt?
Der Durchbruch gelingt, wenn die ersten Fallberatungen durchgeführt werden und der konkrete Nutzen erfahrbar wird: Zwischen den Mitgliedern des Netzwerkes wird Vertrauen aufgebaut. Die Handlungssicherheit steigt. Die Fachkräfte erfahren durch den Blick der anderen neue Perspektiven und lernen Abläufe und innere Dynamik der anderen Institutionen kennen. Ganz wichtig ist die Erkenntnis,

Probleme nicht allein lösen zu müssen. Es sind viele Schultern, die den jeweiligen Fall tragen. Eine entscheidende Rolle spielt auch die Koordinationskraft. Ihre Professionalität und ihre Akzeptanz bei den Beteiligten haben große Bedeutung. Sie steuert die Qualität der Fallberatung und sorgt für einen wertschätzenden Umgang. Dadurch entsteht Motivation für weiteres Engagement und aktive Zusammenarbeit in einer Region.



Welche Empfehlungen können Sie kommunalen Netzwerken aus Ihrer Erfahrung noch geben?

Struktur und Inhalt müssen ineinander greifen und parallel entwickelt werden: Wir starten mit einer Fortbildung – daraus entwickelt sich der Wunsch nach Austausch und Vernetzung in der Regel von ganz allein. Ist das Netz gegründet, sind auch weiterhin inhaltliche Impulse wichtig. Eine schriftliche Vereinbarung ist auf jeden Fall ein wichtiger Grundbaustein. Sie macht transparent und greifbar, worum es geht, und sie schafft Verbindlichkeit und Kontinuität. Aber der politische Wille in der Kommune, dieses Thema als relevant für die Region zu definieren, ist die entscheidende Basis. Nur so können die Ressourcen für die Koordinationskraft bereitgestellt werden, ohne die die Netzwerkarbeit nicht möglich wäre.



Woran merken Sie, dass Ihr Netzwerk effektiv funktioniert?

Das wichtigste Kennzeichen: Die Fachkräfte kommen wieder. Und sie äußern selber immer wieder den konkreten Nutzen und Gewinn. Sie denken mit und entwickeln bei den Jahrestreffen gemeinsam kleine, aber tragende Ideen für die weitere Perspektive. Connect-Fallberatungen haben aufgrund der Professionalität und des persönlichen Nutzens insbesondere für schwierige Fälle einen guten Ruf in der Region.



Gab es ein Erlebnis, das Ihnen besonders vor Augen geführt hat, wie wichtig Ihre Arbeit ist?

Wenn ich ein einzelnes Erlebnis nennen soll, dann ist es gleich die erste Fallberatung in der Modellregion gewesen. Es ging um eine 13-Jährige und für sie und ihr Umfeld konnten grundlegende Veränderungen initiiert werden. Besonders ist mir der Kommentar der Fallgeberin in Erinnerung geblieben. Sie leitete ihren Bericht



beim zweiten Treffen, in dem es um die Fallentwicklung ging, mit den Worten ein, es sei eigentlich nicht viel passiert. Tatsächlich aber hatten sich sowohl die Jugendliche als auch ihre Eltern für neue Maßnahmen geöffnet. Das heikle Thema war auf dem Tisch und nicht mehr unter dem Teppich. Ein zentrales Element ist also die Wertschätzung für das eigene Handeln, das positive Entwicklungen ermöglicht. Und genau solche Erlebnisse gibt es bei jeder Fallberatung immer wieder Neue – das ist wirklich wunderbar. Auch wenn es keine sofortige Lösung für alle Probleme gibt, wir bleiben dran und connect schafft den Rahmen dafür, dass das gut gelingt.

Wie funktioniert die Fallberatung im Netzwerk?*

In einer Kita fällt auf, dass Nina, ein dreijähriges Mädchen, in der letzten Zeit sehr unregelmäßig erscheint. Die alleinerziehende Mutter bringt das Kind morgens oft sehr spät, manchmal gar nicht. Die Erzieherinnen stellen fest, dass Nina oft viel zu dünn angezogen und die Kleidung häufig verschmutzt ist. Das Mädchen wirkt sehr zurückgezogen und still. Die Mutter bringt das Kind meist nur bis zum Kita-Eingang und vermeidet den Kontakt mit den Erziehern. Heute ist eine Erzieherin dennoch auf die Mutter zugegangen und hat sie begrüßt. Danach grübelt sie: Hat sich Frau M. nicht etwas ungelenk bewegt und eine Fahne gehabt?

* bei connect aus mehreren Fällen generiertes und dadurch anonymisiertes Beispiel

Die Kollegen besprechen die Situation mit der Kita-Leiterin und wenden sich an die connect-Koordinatorin in ihrer Region. Diese lädt sie zur nächsten Fallberatung des Netzwerkes ein. Das ist zwar ein zusätzlicher Aufwand für die Kita, aber der Wunsch, dem Kind und der Mutter zu helfen, ist groß – und gleichzeitig auch die Unsicherheit, was am besten zu tun ist.

In der Fallberatung erzählt die Erzieherin von Nina und ihrer Mutter, ohne deren Namen zu nennen. Gemeinsam wird herausgearbeitet, welche der geschilderten Zusammenhänge auf Vermutungen basieren und welche Dinge die Erzieherin sicher weiß. Nur diese können im Gespräch mit der Mutter thematisiert werden. Nach einigen Nachfragen zum Verständnis werden Ideen gesammelt. Als wichtig wird erachtet, Kontakt mit einer Suchthilfeeinrichtung aufzunehmen, um mit fachlicher Unterstützung Wege zu finden, wie das Gespräch mit der Mutter gestaltet werden kann. Außerdem werden für die Mutter unterschiedliche Angebote gesammelt, die sie unterstützen könnten, wie eine Beratung für Alleinerziehende oder ein Müttertreff. Die Erzieherin hat nun eine Palette an passenden Angeboten für die junge Frau. Wie sie in Gesprächen mit ihr agiert, kann sie immer wieder mit der Suchthilfeeinrichtung besprechen.

Die Erzieher der Kita erhalten über das Netzwerk Informationsmaterialien, Kontakte und Fortbildungsangebote. Sie vereinbaren eine Fachberatung mit einem Träger, der spezielle Hilfen für Kinder aus alkoholbelasteten Familien anbietet. Die Kolleginnen besprechen, wie sie Nina in der Kita bestärken und fördern können.

Ein halbes Jahr später berichtet die Erzieherin, wie sich die Situation entwickelt hat. Die fachliche Beratung und Anleitung durch die Suchthilfeeinrichtung und die Schulung der Mitarbeiterinnen zeigen Erfolge. Zur Mutter konnte ein stabiles Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Sie wurde auf ihren Alkoholkonsum angesprochen und öffnete sich für Unterstützungsangebote. Inzwischen sucht sie regelmäßig die Beratung für Alleinerziehende der Jugendhilfeeinrichtung auf und war bei einem ersten Gespräch im Suchthilfezentrum. Nina wirkt weniger angespannt und nimmt vermehrt Kontakt zu anderen Kindern in der Kita auf.

Schulterschluss Bayern

Prävention und frühzeitige Interventionen für Kinder aus suchtbelasteten Familien sind aufgrund der komplexen Anforderungen nur über gut funktionierende Netzwerke und zielführende Kooperationen zwischen Jugend- und Suchthilfe zu implementieren.



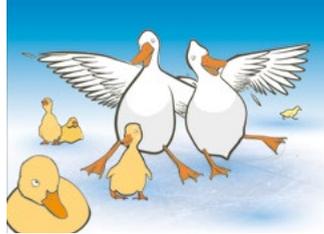
Das zentrale Element von Schulterschluss bilden zweitägige regionale Inhouse-Seminare auf Landkreis- oder städtischer Ebene. Zielgruppen der Seminare sind Mitarbeiter/innen der Jugend- und der Suchthilfe in bayerischen Landkreisen und kreisfreien Städten. Dabei sind insbesondere die Allgemeinen Sozialen Dienste (ASD), die Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi), Suchtberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen sowie die familienunterstützenden Hilfen angesprochen. Im Rahmen eines gemeinsamen Kooperationsseminars zum Thema „Kinder suchtkranker Eltern“ wird das Verständnis für die Problemsituationen in den betroffenen Familien und der Kinder gestärkt sowie die Kooperationsbeziehungen zwischen Jugend- und Suchthilfe gefördert. Ziel ist u. a. der gegenseitige Austausch der fachlichen Expertise, einerseits im Hinblick auf die Schwere der Suchtproblematik und andererseits im Hinblick auf die Beurteilung einer möglichen Kindeswohlgefährdung. Ergänzend werden gemeinsam Frühinterventionsstrategien und weitere präventive Angebote für betroffene Kinder, Jugendliche und ihre Familien entwickelt.

Die Umsetzung des Projektes erfolgt im Rahmen des Bayerischen Präventionsplans mit Beschluss des Bayerischen Landtags. Das Projekt wird vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert und im Schulterschluss mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration durchgeführt. Projektnehmer ist die Aktion Jugendschutz Bayern in Kooperation mit dem Suchthilfeträger Prop – Verein für Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie e.V. Das Vorbild für Schulterschluss in Bayern stammt aus Baden-Württemberg. In Bayern konnten für 2016/2017 bereits über 30 Schulterschluss-Kooperationsseminare umgesetzt bzw. verbindlich terminiert werden.

www.schulterschluss-bayern.de

PLAN B in Chemnitz

Das interdisziplinäre Hilfsangebot Plan B richtet sich an konsumierende Eltern und deren Kinder (0 bis 18 Jahre). Adressaten der familienorientierten Suchthilfe sind außerdem Angehörige, Freunde sowie professionelle Helfer der Familie.



Mit Plan B gelang es, die vorhandenen professionellen Hilfsangebote der Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe und anderer Hilfeformen, zum Beispiel sozialpädagogische Familienhilfen, mit ihren Kompetenzen zusammenzuführen, wissenschaftlich begründete Handlungsgrundsätze wie Case Management in der professionellen Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen einzuführen und fach- sowie substanzspezifische Weiterbildung in erster Linie für Mitarbeiter der Jugendhilfe anzubieten.

Mit Plan B sollen Kindeswohlgefährdungen und daraus erfolgende Fremdunterbringung verhindert werden. Um diese Ziele zu erreichen, setzt Plan B folgende Arbeitsschwerpunkte um:

- Suchtkranke bzw. -gefährdete Eltern werden informiert und motiviert, damit sie ihrer Elternrolle gerecht werden.
- Suchtkranke Eltern werden zur Reflexion über ihren Suchtmittelgebrauch und dessen nachteiligen Einfluss auf das Familiensystem und den Familienalltag angeregt. Mit der Familie werden ein Krisenmanagement und eine verlässliche Anbindung an das familientherapeutische und suchtttherapeutische Hilfesystem entwickelt. Eltern werden bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung unterstützt.
- Die Netzwerkpartner der Jugendhilfe erhalten Informationen zur Suchterkrankung und zu deren Auswirkungen auf das Familiensystem. Das suchtbelastete Familiensystem wird bezüglich einer unterstützenden Beziehungsabhängigkeit (Co-Verhalten) von Helferinnen, Helfern und Angehörigen betrachtet und diese Abhängigkeit wird beendet. Es werden kollegiale Fallreflexionen zur Planung weiterer Schritte durchgeführt und eine kollegiale Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der Hilfesysteme hergestellt.

Weitere Methoden, die zum Einsatz kommen, sind Case Management, nachgehende und aufsuchende Hilfe, Einzel-, Paar- und Familienberatung, motivierende Gesprächsführung, nichtdirektive Beratungsansätze, systemische Familienberatung und -therapie und sozialpädagogische Gruppenarbeit.

Plan B ist ein Angebot der Stadtmission Chemnitz e.V. und wird durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz und das Amt für Jugend und Familie der Stadt Chemnitz gefördert.

Eine Weiterentwicklung des Konzeptes auf Grundlage von Evaluation, Supervision und kollegialer Fallreflexion ist notwendig, um diesen neuen Ansatz der Zusammenarbeit zu professionalisieren und die strukturellen Hindernisse zu überwinden.

www.stadtmission-chemnitz.de

Netzwerke „Frühe Hilfen“

Frühe Hilfen im Kontext von suchtblasteten Familien

Frühe Hilfen sind lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Neben alltagspraktischer Unterstützung leisten Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern. Damit tragen sie zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei. Der Auf- und Ausbau von Netzwerken „Frühe Hilfen“ der zuständigen regionalen Leistungsträger und Institutionen wird ergänzt durch den Einsatz von Familienhebammen. Durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen sollen die bereits bestehenden Aktivitäten von Ländern und Kommunen zur Etablierung verbindlicher Netzwerkstrukturen und zur Einbindung von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen verstärkt werden. Dafür werden durch den Bund jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Zu den für die Frühen Hilfen maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen zählen unter anderem das Bundeskinderschutzgesetz, die Sozialgesetzbücher und landesgesetzliche Bestimmungen.

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wurde 2007 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gegründet. Es entstand im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“. Träger des NZFH ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V.

Die unterschiedlichen Angebote der Akteure, Einrichtungen und Institutionen aus den verschiedenen Sozialsystemen werden in „Netzwerken Frühe Hilfen“ koordiniert. Die Netzwerke haben die Aufgabe, den fachlichen Austausch zu organisieren und die Zusammenarbeit zu sichern. Wichtige Voraussetzung ist die gemeinsame Erarbeitung geregelter Verfahren zur übergreifenden, aber auch familienbezogenen Zusammenarbeit, verknüpft mit der beständigen Weiterentwicklung und Aushandlung eines gemeinsamen Fachverständnisses. Frühe Hilfen schaffen niederschwellige Zugänge zu Unterstützungsangeboten für Eltern aus dem Gesundheitsbereich und der Kinder- und Jugendhilfe. Ziel ist, allen Familien die Teilhabe an diesen Hilfen zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere für belastete Familien, die es aus eigener Kraft häufig nicht schaffen, sich Unterstützung zu holen. Das setzt ein frühzeitiges, systematisches Erkennen relevanter Belastungsfaktoren von Eltern auf der Grundlage eines möglichst umfassenden Zugangs voraus. Die Zusammenarbeit und die Vernetzung von Angeboten des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe sind hier besonders wichtig, um vor allem Eltern mit hohem Hilfebedarf (z. B. aufgrund einer Suchterkrankung) zu unterstützen: Das Gesundheitswesen verfügt über notwendige, nicht-stigmatisierende Zugänge zu allen – und somit auch zu den belasteten, schwer erreichbaren – Familien. Die Kinder- und Jugendhilfe kann hingegen auf eine breite Palette an psychosozialen Hilfen zurückgreifen, um die Kompetenzen der Eltern zu stärken.

Spezifische Risiken bei Säuglingen und Kleinkindern sind die Etablierung einer unsicheren Bindung zum psychisch kranken Elternteil und die Entwicklung einer Bindungsstörung, gegebenenfalls im Kontext von Vernachlässigung oder Misshandlung (Ziegenhain & Deneke, 2014).

Der repräsentativen Studie „Kinder in Deutschland (KiD 0-3)“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) zufolge wurden bei 12,3 Prozent der Eltern mit Suchtanzeichen Hinweise auf Gewalt gegenüber dem Kind oder eine Vernachlässigung des Kindes festgestellt. Bei Eltern ohne Suchtanzeichen lag die Häufigkeit bei 2,3 Prozent. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Suchterkrankung der Eltern einen eigenständigen Risikofaktor für das Auftreten von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung darstellt und der Zusammenhang nicht allein durch den Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren erklärt werden kann (Fullerton, B., Eickhorst, A., Sann, A., Simon, L., 2017).

Von Dezember 2013 bis März 2015 hat das NZFH eine Online-Erhebung bei den Familienhebammen (FamHeb) und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden (FGKiKP) durchgeführt (Renner & Scharmanski, 2016). FamHeb und FGKiKP sind staatlich examinierte Hebammen und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pfleger mit einer Zusatzqualifikation, die in den Frühen Hilfen eingesetzt werden. Die Zusatzqualifikation befähigt die Angehörigen beider Berufsgruppen in besonderem Maße dazu, Familien zu unterstützen, die unter psychosozial belastenden Bedingungen Kinder erziehen (NZFH 2013, NZFH 2014). Ihr Einsatz ist Förderschwerpunkt der Bundesinitiative Frühe Hilfen.

Die Fachkräfte (FamHeb und FGKiKP) machten Angaben zum Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen in den betreuten Familien. Hohe Prävalenzen berichteten die Fachkräfte in Bezug auf Tabakkonsum: So waren 22,8 Prozent der Säuglinge in den betreuten Familien Tabakrauch ausgesetzt. Am Ende der Betreuung reduzierte sich der Anteil der Betreuungspersonen, die in Anwesenheit des Kindes rauchten, auf 19,8 Prozent.

Bei 13 Prozent der Familien stellten die Fachkräfte bei Betreuungsbeginn einen Bedarf an professioneller Hilfe aufgrund einer Suchterkrankung fest. 62,7 Prozent dieser Familien nahmen zu Beginn der Betreuung durch die Fachkraft (noch) keine Hilfen zur Bewältigung

der Suchterkrankung an. Dieser Anteil reduziert sich im Betreuungsverlauf auf 56,6 Prozent.

Bei 0,5 Prozent der Hauptbezugspersonen war Drogenkonsum „sicher erkennbar“. In weiteren 1,8 Prozent der Familien konsumierte eine weitere Person im Haushalt Drogen. In 1,5 Prozent der Familien nahm die Hauptbezugsperson an einem Substitutionsprogramm (Methadon) teil, in 0,6 Prozent (mindestens) eine weitere Person im Haushalt (NZFH, 2017).

Mittlerweise wurden die Netzwerke Frühe Hilfen flächendeckend in Deutschland durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen auf- und ausgebaut. Allerdings sind noch nicht alle relevanten Institutionen und Akteure ausreichend in die lokalen Netzwerke eingebunden. In einem Drittel der Kommunen sind niedergelassene psychiatrische bzw. psychotherapeutische Praxen, aber auch stationäre psychiatrische Einrichtungen in die Netzwerke integriert. Die Suchtberatung



beteiligte sich in knapp über 40 Prozent der analysierten Netzwerke an der fallübergreifenden bzw. fallbezogenen Kooperation (NZFH, 2014).

Bei einer Suchterkrankung von Eltern ist eine alleinige Versorgung der Familien durch die Frühen Hilfen nicht ausreichend. Die Familienhebammen und -pfleger können als Netzwerkpartner der psychiatrischen und suchtmmedizinischen Versorgung unterstützend tätig sein, die Fachkräfte weisen aber darauf hin, dass die Installierung weiterer Hilfen in diesen Fällen erforderlich ist, um beispielsweise eine Kindeswohlgefährdung sicher abzuwenden. Versorgungslücken zeigen sich beim Übergang mancher Eltern aus den Frühen Hilfen zu weitergehenden Unterstützungsangeboten, da diese oftmals nicht (zeitnah) verfügbar sind.

Mechthild Paul, Leiterin des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Familienorientierte Rehabilitation

Behandlung und Rehabilitation sind überwiegend auf den suchtkranken Menschen ausgerichtet. Die Einbeziehung der Kinder erfolgt nicht regelhaft. Wenn ein Elternteil (oft die Mutter) die Kinder mit in eine Reha-Einrichtung nimmt, werden diese meist als sogenannte „Begleitkinder“ betreut. Dies beinhaltet hauptsächlich die Unterbringung, die Organisation des Schul- bzw. Kindergartenbesuchs und die Betreuung in der Freizeit. Die Kosten für die „Begleitkinder“ werden überwiegend von der Rentenversicherung bzw. zu einem geringeren Anteil von den Krankenkassen oder der Jugendhilfe übernommen (Sucht Aktuell, 1/2017).

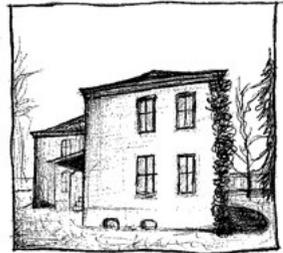
Liegt ein Behandlungsbedarf bei den Kindern aufgrund einer diagnostizierten Erkrankung vor, stehen einzelne Angebote für eine Kinder- und Jugendrehabilitation parallel zur Entwöhnungsbehandlung der Eltern zur Verfügung.

Familienorientierte therapeutische Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen werden bislang nur in geringem Umfang umgesetzt. Als Barriere für eine stärkere Familienorientierung wirkt vor allem das gegliederte Sozialsystem mit seinen unterschiedlichen Kostenträgern.

Einzelne Rehabilitationseinrichtungen setzen daher verschiedene Kooperationsmodelle um, um die ganze Familie in die Behandlung einzubinden. Dadurch sollen die Erziehungskompetenzen der Eltern und die Beziehung zwischen Eltern und Kindern gestärkt werden. Da Kinder suchtkranker Eltern häufig selbst psychische Störungen entwickeln, wird mit der familienorientierten Rehabilitation auch eine präventive Wirkung bei den Kindern angestrebt.

Kinderhaus Tannenhof in Berlin

Im Kinderhaus Tannenhof können 16 Kinder bis zum Alter von 10 Jahren betreut werden, deren Eltern parallel im Tannenhof Zentrum I eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolvieren. Je nach Alter sind die Kinder während des 6- bis 10-monatigen Aufenthaltes zusammen mit ihren Eltern oder in einem eigenen Zimmer neben dem Elternzimmer untergebracht. Auch schwangere Rehabilitandinnen werden im Haupthaus aufgenommen und nach der Geburt mit ihren Säuglingen betreut. Die Konzepte beider Häuser sind darauf ausgerichtet, auch in schwierigen Konstellationen Eltern mit ihren Kindern aufzunehmen. Dazu zählen beispielsweise Kinderschutzfälle, Zwangskontexte (Auflagen des Gerichts oder des Jugendamts) oder eine Rückführung der Kinder in die Familien.



Tannenhof ermöglicht es den Eltern, ihre Suchttherapie zu absolvieren, ohne von ihren Kindern getrennt zu werden. Zum anderen wird durch die pädagogische und familientherapeutische Begleitung das ganze Familiensystem gestärkt sowie die Erziehungskompetenzen gezielt gefördert. Die Eltern erhalten besondere Therapiepläne und Unterstützung, um die Anforderungen der Therapie neben den Elternaufgaben zu bewältigen.

Die Angebote des Kinderhausteams orientieren sich an den Belastungen suchtkranker Familien und sind speziell auf die Bedürfnisse von Kindern suchtkranker Eltern ausgerichtet.

www.tannenhof.de/kinderhilfe/das-kinderhaus/

Modellprojekt der Rentenversicherung Baden-Württemberg

Die Rentenversicherung Baden-Württemberg testet im Rahmen eines Modellprojekts die stationäre und ambulante familienorientierte Suchtrehabilitation.

Im stationären Setting werden für die familienorientierte Suchtrehabilitation Synergieeffekte von zwei Rehabilitationseinrichtungen auf demselben Gelände genutzt. Die Rehaklinik Birkenbuck bietet Suchtrehabilitationen an, die Rehaklinik Kandertal psychosomatische Rehabilitationsleistungen für Jugendliche und Erwachsene sowie Familienrehabilitationen. Für suchtblastete Rehabilitanden und deren ebenfalls behandlungsbedürftige Familienmitglieder kann durch die Kombination dieser Angebotspalette beider Einrichtungen eine gemeinsame, familienorientierte Rehabilitation durchgeführt werden.

Vor Ort können bei gemeinsamer Unterbringung der Familie sowohl der abhängigkeitskranke Elternteil als auch Partner und Kinder mit eigenem Rehabilitationsbedarf therapiert werden. Für die Kinder stehen auf dem Gelände der Rehaklinik Kandertal neben den Rehabilitationsangeboten ein Kinderhaus mit Kinderkrippe und Kindergarten sowie eine Klinikschule zur Verfügung, sodass eine Betreuung gewährleistet ist.

Die Rehabilitation erfolgt für jedes Familienmitglied bei erkennbarem Rehabilitationsbedarf entsprechend den eigenen Indikationen vor allem an den Vormittagen. Einige Nachmittage werden je nach Bedarf für gemeinsame familientherapeutische Angebote und Familiengespräche genutzt. Für die Koordination der Angebote und Begleitung der Familien während des Rehabilitationsaufenthaltes ist als Fallmanager ein Mitarbeiter der beiden Rehabilitationseinrichtungen für die Familien zuständig.

Das Angebot der familienorientierten Suchtrehabilitation besteht seit Ende 2015 und wird von einer regelmäßig tagenden Projektbegleitgruppe gesteuert.

Im ambulanten Setting wird über das Projekt FoRaN (Familienorientierte Rehabilitation und Nachsorge) eine speziell auf die Familie der Rehabilitandin/des Rehabilitanden ausgerichtete ambulante Rehabilitation mit anschließender Nachsorge erprobt. An dem Projekt sind fünf Beratungsstellen des Caritasverbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V. beteiligt, welche zusätzlich zu den Leistungen für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Rahmen der ambulanten Rehabilitation bzw. Nachsorge entsprechende Angebote für Familien vorhalten. Durch Familiengespräche, Familientage oder Familienwochenenden soll die gesamte Familie, welche durch die Suchtmittelabhängigkeit eines Elternteils belastet ist, gestärkt werden. Das Projekt FoRaN wird seit Anfang 2016 in den teilnehmenden Beratungsstellen umgesetzt und ebenfalls von einer regelmäßig tagenden Projektbegleitgruppe gesteuert.

Mehr erfahren – Informationen, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit

Kinder aus suchtbelasteten Familien brauchen Erwachsene, die ihre Situation wahrnehmen und handeln. Oftmals besteht bei pädagogischen Fachkräften und Betreuungspersonen im Umfeld der Kinder aber Unsicherheit und Unkenntnis.

Fortbildungen und Informationsmaterialien vermitteln Wissen zum Thema und geben praxisnahe Hinweise zum Umgang mit den Kindern und ihren Eltern. Dadurch wird die Handlungskompetenz von Fachkräften gestärkt.

NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V.

NACOA Deutschland wurde 2004 in Berlin als offizielle Partnerorganisation der amerikanischen National Association for Children of Alcoholics (NACoA) gegründet. Der Verein hat das Ziel, die Situation von



Kindern aus suchtbelasteten Familien zu verbessern. Dies geschieht durch:

- Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit über die Auswirkungen familiärer Suchtprobleme auf die Kinder
- Lobbyarbeit für Kinder aus suchtbelasteten Familien: NACOA bringt gegenüber Politik und Verbänden die Problematik dieser Kinder zur Sprache und arbeitet mit Fachleuten und Institutionen zusammen
- Aufzeigen von Unterstützungsmöglichkeiten: Auf der Webseite wird ein umfangreiches Verzeichnis von Hilfsangeboten für Kinder suchtkranker Eltern und ihre Angehörigen zur Verfügung gestellt
- Online-Beratung von Kindern und Jugendlichen
- Fortbildung, Information und Fachberatung von Menschen, die beruflich mit Kindern arbeiten, zur Vermittlung von Kenntnissen, die ihnen dabei helfen, Kinder aus Suchtfamilien zu erkennen, zu verstehen und zu unterstützen
- Organisation der jährlichen bundesweiten Aktionswoche für Kinder aus Suchtfamilien

www.nacoa.de

www.coa-aktionswoche.de

Kindern von Suchtkranken Halt geben – Broschüre der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe

Die Broschüre der Selbsthilfeorganisation „Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe“ in Kooperation mit dem BKK Bundesverband wird in diesem Jahr aktualisiert und neu aufgelegt. Enthalten sind neben Informationen und Projekten zum Thema auch viele Hinweise für Lehrer, Erzieher und andere Betreuungspersonen zum Umgang mit Kindern suchtkranker Eltern.

www.freundeskreise-sucht.de



Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Situation von Lehrern und Erziehern
im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung:

(CATI-Umfrage, März 2017, GMS Dr. Jung GmbH)



... der Befragten wurden in der Vergangenheit bereits einmal auf ein Kind aufmerksam, in dessen Familie es **Probleme mit dem Thema Sucht** gab.



wünschen sich größere Unterstützung, um Kindern aus suchtbelasteten Familien zu helfen.



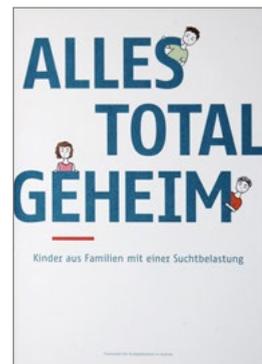
... der Befragten würden sich dafür einsetzen, dass **entsprechendes Material mit Informationen an einem zentralen Ort** ausgelegt würde.

Alles total geheim – Fortbildung und Broschüre der Fachstellen für Suchtprävention Sachsen

Damit nicht „alles total geheim“ bleibt, richtet sich diese Broschüre zum Thema Kinder aus suchtbelasteten Familien in erster Linie an pädagogische Fachkräfte. Die Broschüre wurde als Begleitmaterial für die Fortbildung „Alles total geheim“ entwickelt. Sie enthält Hinweise, wie Kinder aus suchtbelasteten Familien erkannt und unterstützt werden können, sowie Gesprächstechniken für die Kommunikation mit den Eltern.

www.suchtpraevention-sachsen.de

Ein Nachdruck der Broschüre „Alles total geheim“ wird durch die Geschäftsstelle der Bundesdrogenbeauftragten geprüft.



Mia, Mats und Moritz – Broschüren der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen

Die Geschichte „Mia, Mats und Moritz“ erzählt von den Alltagsproblemen in einer Familie mit einem suchtkranken Elternteil. Sie erzählt aber auch von den Stärken der Kinder, von ihrem kreativen Umgang mit Schwierigkeiten und davon, dass es nicht immer alleine gehen muss.

Die von der DHS herausgegebene Broschüre wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert.

Zur Geschichte gibt es ein Begleitheft für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen sowie für Angehörige zum Umgang mit Kindern suchtkranker Eltern.

www.dhs.de



Entwicklung eines internetbasierten Schulungsmoduls für Mitarbeiter der Suchthilfe

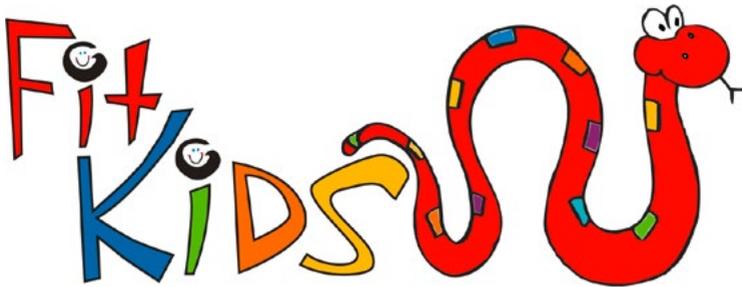
Ziel des noch laufenden Projekts ist die Entwicklung eines internetbasierten Schulungsmoduls für die Einschätzung von elterlichen Erziehungskompetenzen sowie von Belastungen bzw. möglichen (Entwicklungs-)Gefährdungen von Kindern aus suchtblasteten Familien. Das internetbasierte Schulungsmodul wird auf der Internetplattform des E-Learning-Kurses „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ angesiedelt und von Blended-Learning-Kursen flankiert. Adressaten sind Mitarbeiter von Suchthilfeeinrichtungen sowie aus der Kinder- und Jugendhilfe. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Modul wird in Kooperation des Universitätsklinikums Ulm, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg entwickelt.

<https://fruehehilfen-bw.de>

FITKIDS – Gesundes Aufwachsen für Kinder mit süchtigen Eltern

FITKIDS ist ein Organisationsentwicklungsprogramm zur Familienorientierung für Drogen- und Suchtberatungsstellen. Ergänzend zu den bestehenden Angeboten der Beratungsstellen wird die Thematik „Kinder aus suchtblasteten Familien“ nachhaltig in die Arbeitsstrukturen und Handlungsabläufe integriert.

Die Kinder suchtkranker Mütter und Väter werden mit in den Blick der Beratungsstellen genommen und die für eine adäquate Versorgung der Personengruppe notwendigen internen und externen Organisationsstrukturen werden geschaffen. Hierzu zählen eine standardisierte Datenerfassung der Kinder, Beurteilung von Gefährdungssituationen, Entwicklung von internen Handlungsabläufen bei möglichen Kindeswohlgefährdungen, Entwicklung von Kooperationsstrukturen und -verträgen, Schnittstellenarbeit und die Einbindung der Beratungsstellen in das regionale Hilfesystem zur Wahrnehmung der notwendigen „Lotsenfunktion“ für Eltern und ihre Kinder.



Das Programm besteht aus zwei Basisbausteinen und vier Praxisbausteinen:

- Die Kinder in den Blick nehmen – interne Voraussetzungen
- Netze knüpfen – Kooperationen und Netzwerke
- Bevor es zu spät ist – praktische Arbeit mit den Kindern
- Früh hilft früh – Arbeit mit Schwangeren und Frühe Hilfen
- Sprache finden – Arbeit mit substituierten Eltern
- Voneinander lernen – Multiplikatorenschulung

Die FITKIDS-Beratungsstelle in Wesel beschäftigt sich seit 1996 mit Kindern suchtkranker Eltern. Aus der langjährigen Erfahrung und Expertenwissen aus verschiedenen Ländern wurde das Programm FITKIDS entwickelt und im Rahmen einer Pilotphase (2011–2012) an sieben Standorten umgesetzt. Das Programm wird evaluiert und verfügt über ein Manual, das FITKIDS-Ringbuch. Im Rahmen von 10 Inhouse-Schulungen innerhalb von 3 Jahren wurde und wird FITKIDS inzwischen in 40 andere Kommunen übertragen. Darüber hinaus stellen die Weseler Fitkids-Mitarbeiter Erfahrungswissen, Methoden, Arbeitshilfen, Kontaktadressen, Literaturhinweise, Fachartikel, QM-Prozesse, Möglichkeiten der EDV-gestützten Dokumentation und vieles mehr für die praktische Arbeit vor Ort zur Verfügung.

www.fitkids.de

Kind s/Sucht Familie – Fortbildungsprogramm der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V.

Durch die Fortbildung werden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren befähigt, Schulungen für Fachkräfte in Jugendämtern, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen bzw. Kindertageseinrichtungen und anderen Institutionen durchzuführen. Praxisnah werden Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit dem Kind und seinen Bezugspersonen beleuchtet und Wege zur Unterstützung dieser Kinder und Jugendlichen entwickelt.

www.lzg-rlp.de



ZOEY – Spielfilm über die Lebenswelt von Kindern in einer suchtselasteten Familie

In dem 40-minütigen Spielfilm geht es um die 14-jährige Zoey, die mit dem Rückfall ihres alkoholkranken Vaters zu kämpfen hat. Der Alltag des Teenagers gerät ins Wanken und sie muss Verantwortung für ihren Vater, ihren 8-jährigen Bruder und sich selbst übernehmen.

Der Film wurde vom Medienprojekt Wuppertal im Auftrag des Blauen Kreuz Deutschland e. V. produziert. Der DVD liegt eine Broschüre mit anschaulichem Arbeitsmaterial für die Nutzung des Filmes in Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe bei.

<http://zoey-der-film.blaues-kreuz.de/zoeyfilm.html>

EIN SPIELFILM ÜBER DIE LEBENSWELT
VON KINDERN EINER SUCHTBELASTETEN FAMILIE

Z O E Y

NEU
AUF
DVD!



Impressum

Herausgeber:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Stand: Mai 2017

Redaktion: Christina Donath

Satz: zweiband Media GmbH

Druck:

Fotonachweise:

S. 2 ©Elaine Schmidt, S. 7 ©altanaka/shutterstock.com, S.14 ©Phovoir/shutterstock.com, S. 23 ©Monkey Business Images/shutterstock.com, S. 27 ©Rawpixel.com/shutterstock.com, S. 32 ©ASD/BMG, S. 35 ©Maksim Shmeljov/shutterstock.com, S. 38 ©wavebreakmedia/shutterstock.com, S. 44 ©Africa Studio/shutterstock.com, S. 50 ©Rido/shutterstock.com, S.57 ©Dmitri Ma/shutterstock.com

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: BMG-D-11023

Telefon: 0180 577 80 90*

Schreibtelefon für Gehörlose und Hörgeschädigte:

0180 599 66 07*

Schriftlich:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefax: 0180 577 80 94*

* Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen

Hinweis:

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden.

Danksagung

Die Drogenbeauftragte und ihr Arbeitsstab danken allen Mitwirkenden an dieser Publikation für die gute Zusammenarbeit.

Gender-Hinweis

In dieser Publikation werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht immer die weiblichen Formen gesondert genannt. Selbstverständlich beziehen sich diese Begriffe dann sowohl auf weibliche wie auch auf männliche Personen.

Unterstützungsangebote für Kinder finden

www.nacoa.de

www.kidkit.de

www.proli-sucht.de

