

Sucht in Familien

Dokumentation ausgewählter Beiträge
der Modellfachtagung „Jugend(s)Sucht Hilfe“ und
„Du liegst mir am Herzen“, 2009 - 2013

Forum Sucht Band 47 ISSN 0942-2382



Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Straße 27, 48145 Münster
www.lwl-ks.de

Redaktion: Marion Hölscher, Doris Sarrazin, LWL-Koordinationsstelle Sucht
Layout: Sabine Reimann, Druckerei Kettler
Titelbilder: Anna Wiechers, LWL-Koordinationsstelle Sucht
Druck: Druckerei Kettler, Bönen

1. Auflage, 2015: 2500

ISSN 0942-2382

Münster 2015

Hinweis für die Zitierung der Veröffentlichung:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (2015).
Sucht in Familien
Münster: Forum Sucht Band 47

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Tel.: +49 251 591-3267
Fax: +49 251 591-5484
E-Mail: kswl@lwl.org

Sucht in Familien

Dokumentation ausgewählter Beiträge der Modellfachtagung
„Jugend (s)Sucht Hilfe“ und „Du liegst mir am Herzen“, 2009 - 2013



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort <i>Hans Meyer, Münster</i>	5
Teil 1	
Ein Mensch, zwei Diagnosen – psychische Erkrankungen neben der Sucht <i>Dr. Rüdiger Holzbach, Warstein</i>	9
Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation in der Versorgung suchtkranker Familien <i>Prof. Dr. Ruthard Stachowske, Reppenstedt</i>	17
Teil 2	
Start mit Stolpern im Dortmunder Netzwerk Kinderschutz – vor- und nachgeburtliche Betreuung schwangerer Suchtkranker <i>Petra Ape, Dortmund</i>	29
KIDS und KO in Bielefeld <i>Saskia van Oosterum, Bielefeld</i>	41
FitKids Wesel – Hilfe für Kinder deren Eltern süchtig sind <i>Sandra Groß, Wesel</i>	45
Teil 3	
Die Behandlung von abhängigen Jugendlichen durch die Jugendhilfe am Beispiel des Auxiliums in Hamm <i>Ralf Wilczek, Hamm</i>	59
LOBBY: Instrumente aufsuchender Arbeit für suchtmittelgefährdete und -abhängige Jugendliche <i>Dominik Neugebauer, Paderborn</i>	67
Next Generation @ - Herausforderungen bei Medien- und Onlinesucht von Jugendlichen <i>Michael Knothe, Duisburg</i>	73
Teil 4	
Vernetzungsstrukturen im Kreis Gütersloh, im Fokus: Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien <i>Doris Schlüter, Gütersloh</i>	89
Kooperationsbündnis im Kreis Paderborn „Kein Alkohol in Kinderhand“ <i>Maike Dannewald, Paderborn</i>	95

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

in der Gesellschaft wird kaum ein Thema so kontrovers diskutiert und gleichzeitig im Alltag so verdrängt oder kaschiert wie das Thema „Sucht in Familien“. Tatsache aber ist, Sucht und Drogen – ob legale oder illegale – gehören zum Lebensalltag vieler Familien dazu. Und das nicht erst seit Kurzem.

In Deutschland leben ca. 2,7 Mio Kinder, die von alkohol-, drogen- oder medikamentenabhängigen Eltern großgezogen werden. Die Zahl jener, deren Eltern unter verhaltensbezogenen Süchten leiden, lässt sich noch nicht verlässlich beziffern.

Mit dem Blickwinkel auf suchbelastete Eltern stellt sich die Datenlage folgendermaßen dar:

- 45% der alkoholabhängigen Frauen leben mit Kindern in einem Haushalt zusammen
 - 30-40% der substituierten Drogenabhängigen leben mit ihren Kindern im eigenen Haushalt
 - 75% der alkoholabhängigen Frauen haben mindestens ein Kind
 - etwas mehr als ein Drittel der Drogenabhängigen hat Kinder
- (Prof. Dr. Albert Lenz, Katho NRW, Paderborn)*

Kinder von Suchtkranken sind großen Belastungen ausgesetzt. Stimmungsschwankungen, Unberechenbarkeit und Streitigkeiten zwischen den Eltern sind ihre Lebensrealität. Sie erfahren wenig Verlässlichkeit in der Familie, Versprechen werden öfter gebrochen, sie geraten in Loyalitätskonflikte und sind nicht selten Opfer von Misshandlungen und Vernachlässigung.

Auf der anderen Seite haben sich die gesellschaftlichen Bedingungen der Kinder und Jugendlichen verändert. Defizitäre häusliche Rahmenbedingungen, fehlende eindeutige Rollenvorbilder, weniger Orientierung und Begleitung, nicht ausreichende Grenzsetzung und Perspektivlosigkeit in Berufsfragen sind nur einige Punkte, die das Krisenpotential für Kinder, Jugendliche und Heranwachsende vergrößern.

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nehmen zu und damit verbunden auch das Risiko eines problematischen Rauschmittelkonsums bei jungen Menschen.

Für Jugendliche ist Alkohol die Party Droge Nr. 1 und der Trend zum exzessiven Alkoholkonsum ist noch immer nicht gebrochen. Cannabis ist und bleibt die beliebteste illegale Droge, nicht nur in Deutschland, sondern weltweit.

Dem gegenüber stehen Eltern und Familiensysteme, die mit der häuslichen Situation durch suchtgefährdete oder abhängige Jugendliche völlig überfordert sind.

Aber wie viel Sucht verträgt eine Familie?

Und wer hilft Familien, die durch Suchterkrankungen gravierende gesundheitliche und soziale Folgen erleiden?

Von einer flächendeckenden Versorgung für Kinder und Jugendliche mit auffälligem Konsumverhalten sowie aus mit Sucht belasteten Familien sind wir noch weit entfernt. Aktivitäten der Sucht- und Drogenhilfe zielen weitgehend auf die Vermeidung des Konsums sowie auf die Behandlung einer Abhängigkeit. Demgegenüber sind gezielte Angebote zu Beginn eines problematischen Konsums, um durch frühe Interventionen schädlichen Verhaltensmustern vorzubeugen, immer noch nicht ausreichend vorhanden.

Die Jugendhilfe hat zwar eine Vielzahl differenzierter Angebote, vor allem im Rahmen der Hilfen nach § 27 ff SGB VIII entwickelt, dennoch besteht häufig Unsicherheit, wie mit dem Suchtmittelkonsum der Kinder und Jugendlichen bzw. dem ihrer Eltern umgegangen werden kann.

Es ist kein neues Thema: Eine stärkere Verzahnung der Jugend- und der Suchthilfe wird seit mehr als einem Jahrzehnt in verschiedensten Kontexten gefordert. Eine tatsächliche gelebte Kooperation zwischen den Hilfesystemen findet bisher allerdings nur punktuell statt.

Dabei ist die Schnittstellenproblematik ein generelles politisches Thema, das bundesweit Bedeutung hat. Im Landeskonzert gegen Sucht NRW wird die „Verbesserung der Vernetzung von gesundheitlichen und sozialen Hilfesystemen (insb. Jugend- und Suchthilfe)“ als ein wesentlicher Schwerpunkt benannt. Auch die nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik beschreibt dies als einen Schwerpunkt.

Eine bessere Verzahnung der Jugend- und der Suchthilfe ist damit eine Herausforderung, der man sich gemeinsam stellen muss. Und dies sowohl im Hinblick auf Kinder aus mit Sucht belasteten Familien als auch auf Jugendliche und junge Erwachsene mit eigener Suchtproblematik. Wir sprechen nicht von einer kleinen gesellschaftlichen Randgruppe, sondern von einer großen Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die ein deutlich erhöhtes Entwicklungsrisiko aufweisen.

Auch in meinem Dezernat, in dem sich das LWL-Landesjugendamt Westfalen, die LWL- Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen sowie die LWL-Koordinationsstelle Sucht befinden, ist die Vernetzung der Jugend- und der Suchthilfe ein nach wie vor aktuelles Thema.

Die Modellfachtage, aus denen wir hier ausgewählte Beiträge veröffentlichen, waren Teil der Aktivitäten zur Förderung der Kooperation der Hilfesysteme und wurden als referatsübergreifende Fachveranstaltungen umgesetzt. Jede der insgesamt sechs Tagungen wurde in Kooperation mit regionalen Trägern der Jugend- oder Suchthilfe durchgeführt. Der Schwerpunkt lag auf der Vorstellung guter Praxisbeispiele. Wo und vor allem warum hat die Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe gut funktioniert, welche Stolpersteine gibt es zu beachten, wie kann man Projekte finanzieren etc.? Der Fundus an Erfahrungen und Ergebnissen aus diesen Modellfachtagen hat uns dazu bewegt, verschiedene Projekte in dieser Publikation vorzustellen. Man muss das Rad nicht immer neu erfinden, von den Erfahrungen anderer zu partizipieren und gute Beispiele auf regionaler Ebene zu implementieren ist unser Ziel.

Diese Publikation beginnt mit einführenden Beiträgen.

Dr. Rüdiger Holzbach gibt zunächst einen Überblick über sog. komorbide Störungen, d.h. weitere psychische Erkrankungen neben der Sucht. Sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei deren Eltern ist selten eine reine Suchterkrankung zu erkennen. Welche Formen häufig auftreten und welche Behandlungsmöglichkeiten empfohlen werden, wird in dem Beitrag beschrieben.

Kinder aus suchtkranken Familien sind in den letzten Jahren vermehrt durch tragische Todesfälle von Säuglingen und Kleinkindern in den Fokus geraten. Prof. Dr. Ruthard Stachowske widmet sich den Möglichkeiten und Grenzen des Helfersystems, Kindeswohlgefährdungen bzw. Kindesmisshandlungen durch sucht- und psychisch kranke Eltern zu verhindern.

Familie als Gesamtes wahrnehmen und nicht nur den Suchtkranken, sondern auch das Familiensystem zu behandeln, genau darauf zielen die Beispiele guter Praxis mit Bezug auf Kinder aus suchtbelasteten Familien, die im zweiten Teil vorgestellt werden, ab.

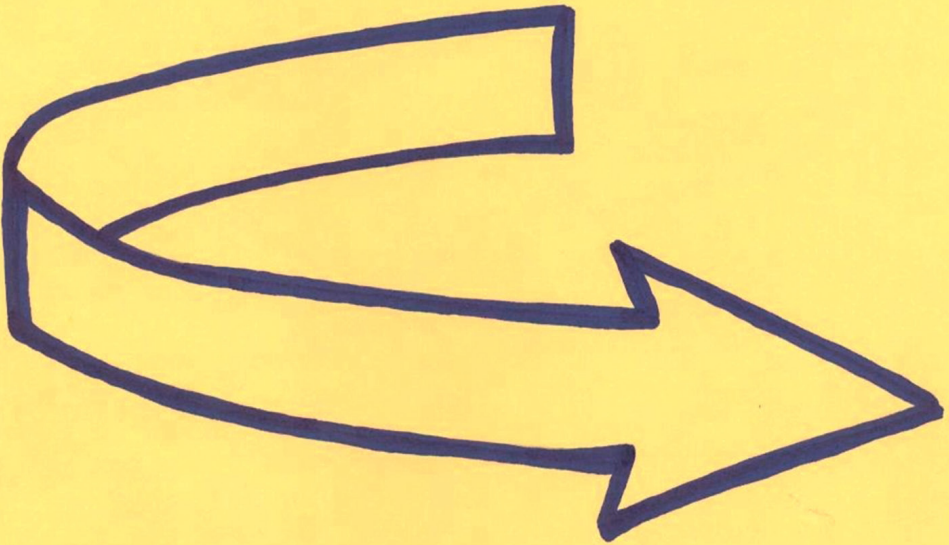
Jugendliche stehen im Mittelpunkt der Aktivitäten der Praxisbeispiele in Teil 3.

Alle dargestellten Beispiele zeigen die gelungene Kooperation der Jugend- und der Suchthilfe. Besondere Formen der Kooperation zeigen wir im letzten Teil dieser Publikation mit den Vernetzungsstrukturen aus Gütersloh und dem Aktionsbündnis Alkohol in Paderborn.

Ich wünsche Ihnen viele Anregungen zur Kooperation und zum interdisziplinären Handeln in Ihrem beruflichen Alltag.

Hans Meyer, LWL-Jugenddezernent

TEIL 1: EINLEITUNG



Ein Mensch, zwei Diagnosen – psychische Erkrankungen neben der Sucht

Einleitung:

„Kooperieren kann nur der, der um den anderen weiß...“

In Deutschland gibt es ein gut ausdifferenziertes Suchthilfesystem mit Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, soziotherapeutischen Wohnheimen, Entzugs- und Entwöhnungs-Kliniken sowie Adaptations-Einrichtungen. Ebenso gibt es im Bereich von Jugendhilfe sowie der kassenärztlichen Versorgung mit Hausarzt, Kinderarzt, niedergelassenem Psychiater, psychiatrischer Institutsambulanz und so weiter ausdifferenzierte Systeme. Diese verschiedenen Hilfe-Strukturen haben untereinander wenig Berührung, kennen voneinander die Abläufe nicht, so dass in der Regel Hilfe nur innerhalb der eigenen Strukturen entwickelt wird.

Übersicht über psychische Erkrankungen:

Psychische Erkrankungen lassen sich grob in acht Gruppen einteilen:

- organische Störungen
- Störungen durch psychotrope Substanzen
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- affektive Störungen
- neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Intelligenzminderung

Die Ursachen für psychische Erkrankungen sind vielgestaltig. In der Regel handelt es sich um ein "multifaktorielles Geschehen" bei dem genetische Veranlagung, Lebensgeschichte, aktuelle Probleme, organische Schädigungen und "endogene" Komponenten ("biologische Webfehler") in unterschiedlicher Ausprägung zusammenkommen.

Umgang mit Belastungen und Krankheit:

Jeder Mensch, ob jung oder alt, ob beruflich oder privat, ist jeden Tag konfrontiert mit einer Vielzahl von Problemen, Gefühlen und Belastungen. Damit daraus keine psychischen Erkrankungen werden, brauchen Menschen eine Vielzahl von Bewältigungsstrategien. Je mehr dieser Strategien ein Mensch zur

Verfügung hat, umso eher wird er mit Belastungen zurechtkommen. Nachfolgend sind ein paar der häufigsten Bewältigungsstrategien aufgelistet:

- Verleugnung
- Kompensation
- Phantasie
- Projektion
- rational-logisches Denken
- Verdrängung
- süchtiges Verhalten

Ein gesunder Mensch braucht viele Bewältigungsstrategien, da nicht für jedes Problem, jedes Gefühl, in jeder Situation die gleiche Strategie greift (mit Ausnahme vielleicht von Suchtmitteln). Zur Verdeutlichung sollen nachfolgend einige dieser Strategien erläutert werden. Eine unserer wichtigsten Strategien ist die Verdrängung bzw. das Vergessen. Würden wir uns ständig an alle negativen Erlebnisse in unserem Leben erinnern, so würde es uns sicher nicht gut gehen. Obwohl ich mich vielleicht heute maßlos darüber geärgert habe, dass ein anderer Verkehrsteilnehmer mir die Vorfahrt genommen hat, spielt dies nächste Woche für mein Befinden keine Rolle mehr.

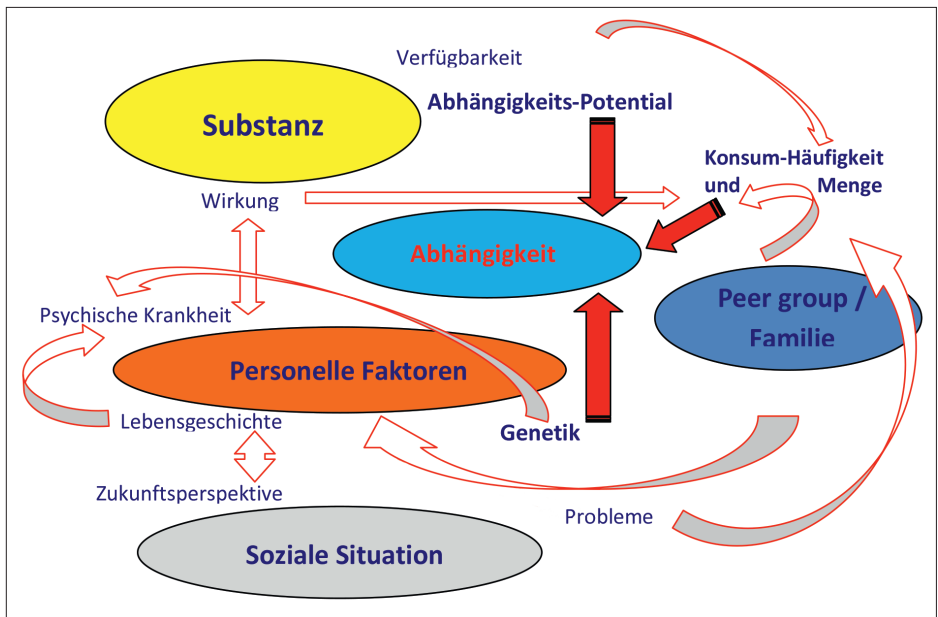
Andererseits ist allgemein bekannt, dass, wenn alle Probleme, unangenehmen Gefühle und Gedanken verdrängt werden, daraus Krankheiten entstehen können. Generell lässt sich sagen, wenn Bewältigungsstrategien zu einseitig genutzt werden, dass regelhaft daraus psychische Krankheiten resultieren.

„Rational-logisches Denken“ ist insbesondere in helfenden Berufen eine wichtige Strategie. Wenn uns z.B. ein Klient im Rahmen einer Krise beschimpft und beleidigt, trifft uns dies in der Regel nicht so, wie eine entsprechende Attacke im privaten Bereich, da wir uns in solchen Situationen vor Augen halten können, dass der Klient nicht uns persönlich meint, sondern die Institution oder dass er aufgrund seiner Erkrankung nicht anders handeln kann.

Beim „süchtigen Verhalten“ versuchen Menschen die Realität durch „sich zu machen“ zu vermeiden bzw. erträglicher zu machen. Dadurch ist es unter Umständen trotz erheblicher Belastung möglich, weiter zu „funktionieren“ und die eigene Unabhängigkeit zu bewahren. Neben Substanzen kann „süchtiges Verhalten“ auch durch Fernsehen, Sex, Arbeit, Konsum, Glücksspiel, PC-Spiele etc. erfolgen.

Entstehung von Suchterkrankungen:

Wie für psychische Erkrankungen bereits allgemein beschrieben, gilt in der Regel auch für die Sucht, dass die Erkrankung immer dann entsteht, wenn mehrere Komponenten zusammen kommen oder einzelne Faktoren sehr stark ausgeprägt sind. Dieser Zusammenhang wird in der Graphik 1 dargestellt.



Graphik 1

Insoweit kann eine Suchterkrankung durch viele Faktoren entstehen, die für sich allein genommen keinen Krankheitswert haben. Suchterkrankungen können sich aber auch auf dem Hintergrund anderer psychischer Erkrankungen entwickeln, da sich die Suchtsymptomatik im Vergleich zu den allermeisten Erkrankungen in den Vordergrund schiebt (eine Fahne oder körperliche Entzugerscheinungen sind auffallender als zum Beispiel Ängste oder Depression, sofern diese nicht sehr stark ausgeprägt sind).

Andere psychische Erkrankungen, die häufig mit Suchterkrankungen einher gehen

Wenn eine so genannte Komorbidität vorliegt, das heißt wenn neben der Suchterkrankung eine weitere psychische Erkrankung vorliegt, müssen immer beide Erkrankungen behandelt werden. Da die Suchterkrankung eine eigenständige Erkrankung ist, würde diese nach alleiniger Behandlung der Grunderkrankung fortbestehen.

Depression: Die drei Kernsymptome einer Depression sind Antriebsmangel, Interessenlosigkeit und gedrückter Affekt. Häufige damit verbundene weitere Symptome sind Schlafstörung, Appetitverlust, negative Selbstwahrnehmung, pessimistische Gedanken bis hin zu Suizidgedanken. Bei sehr schweren Depressionen dominiert ein "Gefühl der Gefühllosigkeit", das heißt Betroffene fühlen sich wie eine emotionale Hülle, können gar nichts mehr empfinden. Die

Antriebsstörung zeigt sich dergestalt, dass Betroffene wissen, dass sie dieses oder jenes erledigen müssen, dies auch verstandesmäßig wollen, aber die innere Kraft diese Absicht in Handlung umzusetzen fehlt.

Zur Behandlung von Depressionen stehen zwei Hauptoptionen zur Auswahl. Neben den Medikamenten, sogenannte Antidepressiva, können auch Psychotherapien indiziert sein. Bei leichteren Depressionsformen kann die Vorliebe des Betroffenen für die eine oder andere Methode ausschlaggebend sein, ab mittelschweren Depressionen wird immer die Kombination von Medikamenten und Psychotherapie empfohlen.

Schizophrenie: Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis können sich auf sehr viele Bereiche des menschlichen Seins auswirken – auf das Denken, die Emotionen, die Wahrnehmung sowie die Psychomotorik. Grundsymptome sind veränderte Assoziation, Affektstörung (Affektverflachung, Parathymie (zur Situation unpassende Stimmung)), Ambivalenz (Fühlen, Handeln, Wollen), Autismus (Loslösung von der Wirklichkeit), Störung der Personen (Depersonalisationen, "Spaltung"). Akzessorische Symptome sind Wahn, Halluzinationen und verschiedene andere psychische Veränderungen.

Es gibt verschiedene Subtypen der Schizophrenie, bei der unterschiedliche (Grund-) Symptome im Vordergrund stehen: Paranoide Schizophrenie (Wahn im Vordergrund), Hebephrenie (verflachter, läppischer Affekt), katatone Schizophrenie (motorische Veränderungen), undifferenzierte Schizophrenie (kein Symptom im Vordergrund), Schizophrenia simplex (Verarmung von Denken, Antrieb, Emotionen mit schleichendem Verlauf) und zoenästhetische Schizophrenie (körperbezogene Halluzinationen).

Bei der Behandlung sind in aller Regel Medikamente (Neuroleptika) unverzichtbar. Daneben kommen psychotherapeutische und sozialtherapeutische Maßnahmen in Betracht.

Borderline-Störung: Diese Störung gehört zur Gruppe der "Persönlichkeitsstörungen". Diese leiten sich aus Charaktereigenschaften ab, die z.T. genetisch angelegt sind, z.T. durch die Lebensgeschichte geformt wurden. Kernsymptome einer Borderline-Störung sind das anhaltende Gefühl von Leere, übertriebene Bemühungen um das Verlassen-werden zu vermeiden, instabiles Selbstbild, intensive, aber instabile Beziehungen sowie wiederholte Selbstbeschädigungen und Suizidversuche. Bei der Behandlung stehen psychotherapeutische Verfahren im Vordergrund, Medikamente kommen in der Regel nur bei Krisensituationen zum Einsatz.

Posttraumatische Belastungsstörung: Auslöser sind Ereignisse, bei denen das eigene Leben oder eine erhebliche Bedrohung von anderen miterlebt wurde. Dies sind zu einem kleinen Teil Verkehrsunfälle (2-5 % Ursachen von posttraumatischen Belastungsstörung), Vergewaltigungen (bis zu über 50 %) und schwerste Gewaltverbrechen (bis zu über 50 %). Leitsymptome der Erkrankung sind das Wiedererleben des Traumas (Alpträume, Flash backs), Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind sowie eine vegetative Übererregbarkeit. Traumatisierungen können auch andere Störung zur Folge haben, z.B. Persönlichkeitsveränderungen, Schlafstörungen, Beziehungsstörungen (z.B. starkes Misstrauen, Reinszenierungen des Traumas) sowie körperliche Beschwerden (z.B. psychosomatische Schmerzsyndrome).

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Ist vielfach als "Mode-Diagnose" verschrien, dennoch tritt es bei 30-40 % aller Alkoholiker auf, 35 % aller Kokain Missbraucher leiden an einem ADHS und ein hoher Anteil von Amphetamin- und THC Konsumenten weist ebenfalls dieses Krankheitsbild auf. Wird ein ADHS in der Jugendzeit nicht behandelt, so tritt in 33 % der Fälle im Verlauf eine Suchterkrankung auf, wohingegen behandelte Jugendliche nur ein Risiko von 13 % haben.

Erwachsene ADHS-Patienten haben eine begrenzte Aufmerksamkeitsspanne, Probleme beim Lernen größerer Informationsmengen, Probleme längere Zeit zuzuhören (reden schnell dazwischen), Probleme, planvoll zu organisieren und Probleme dabei, Aufgaben zeitgerecht zu erledigen. Die Hyperaktivität wird zu innerer Unruhe, einem starken Rededrang und dem Bedürfnis nach sportlicher Aktivität. Häufig zeigt sich die fehlende Impulskontrolle durch überschießende emotionale Reaktion, Affektlabilität bzw. Stressüberempfindlichkeit, Neigung zu voreiligen Entscheidungen und Mangel an Geduld.

Generell wird auch bei ADHS im Erwachsenenalter eine entsprechende Psychotherapie empfohlen. Allerdings gibt es dafür kaum spezialisierte Therapeuten. Bei der medikamentösen Behandlung ist insbesondere der Einsatz von Methylphenidat, einem Amphetamin, bei Suchtpatienten umstritten. Eine solide Datenbasis zum Für und Wider einer solchen Behandlung gibt es allerdings nicht.

Psychopharmaka: Als Psychopharmaka wird die Gruppe von zentral wirksamen Substanzen bezeichnet, die zur therapeutischen Beeinflussung gestörter psychischer Funktionen eingesetzt wird. Grundsätzlich werden unterschieden: Antidepressiva zur Behandlung von Depressionen, Angststörungen und Zwängen, Neuroleptika die gegen Wahn und Halluzinationen, z.T. auch zur unspezifischen Dämpfung, Präparate zur Phasenprophylaxe, das heißt gegen eine neuerliche Krankheitsphase bei rezidivierenden Erkrankungsformen und verschiedene weitere Präparate wie Entzugsmedikamente, Schlaf- und Beruhigungsmittel und Anticravingmitteln.

Übersicht über Psychopharmaka:

Antidepressiva	Neuroleptika	Phasenprophylaktika	Andere
Trizyklika: Anafranil (Clomipramin) Aponal (Doxepin) Saroten (Amitriptylin) Stangyl (Trimipramin)	Typika / klassische NL: <i>Hochpotent:</i> Dapotum (Fluphenazin) Fluanxol (Flupentixol) Haldol (Haloperidol) Imap (Fluspirilen)	Lithiumsalze: Quilonum (Lithiumazetat) Hypnorex (Lithiumcarbonat)	Tranquilizer / Hypnotika Anticraving Nootropika
SSRI: Cipramil (Citalopram) Fluctin (Fluoxetin) Fevarin (Fluvoxamin) Seroxat (Paroxetin) Zoloft (Sertralin)	<i>Mittelpotent:</i> Ciatyl (Clopenthixol) Taxilan (Perazin)	Antikonvulsiva: Tegretal (Carbamazepin) Orfiril (Valproinsäure)	Med. zur Beh. Entzug
Monoaminoxidase-hemmer: Aurorix (Moclobemid) Parnate (Tranylcypromin)	<i>Niederpotent:</i> Atosil (Promethazin) Neurocil (Levomepromazin) Truxal (Chlorprothixen)	(Antidepressiva) (Neuroleptika)	Psycho-stimulanzien
Andere: Edronax (Reboxetin) Nefadar (Nefadozon) Remergil (Mirtazapin) Trevilor (Venlafaxin) Valdoxan (Agomelatin)	Atypika: Laponex (Clozapin) Risperdal (Risperidon) Zyprexa (Olanzapin) Solian (Amisulpirid) Seroquel (Quetiapin)		Med. zur Beh. EPMS Med. zur Beh. sex. Störungen

Die Vielzahl an Medikamenten macht es für damit nicht Vertraute schwierig, einzelne Substanzen zu beurteilen. Häufig besteht in der klassischen Suchtbehandlung auch eine gewisse "Pharmako-Phobie", das heißt es wird weniger auf Medikamente als auf die Eigeninitiative der Betroffenen gesetzt.

Zur Häufigkeit der Komorbidität: Durch die leichte Zugänglichkeit, auch von illegalen Suchtmitteln, können psychisch Beeinträchtigte problemlos Suchtmittel konsumieren. Die gestiegene Behandlung außerhalb von Institutionen trägt ebenfalls dazu bei, dass psychisch Kranke häufig Suchtmittel als "Therapie" ihrer psychischen Erkrankung einsetzen können.

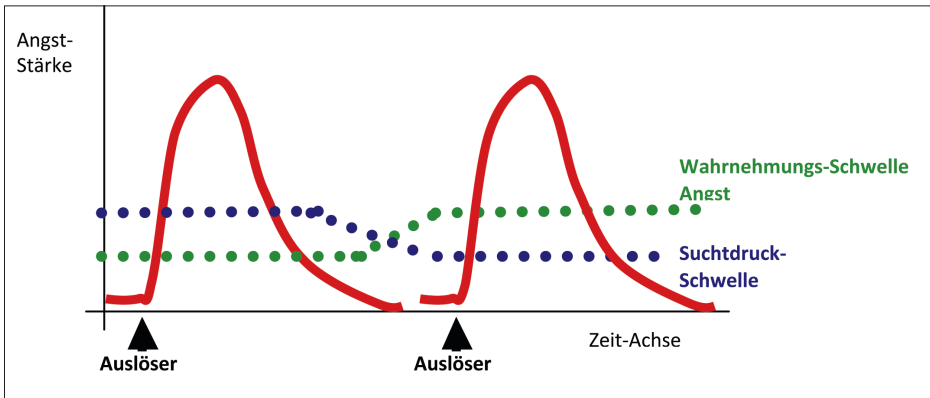
Überblick über die Komorbidität in Europa und USA:

	Alkohol- missbrauch	Alkohol- abhängigkeit	Drogen- missbrauch	Drogen- abhängigkeit	Substanz- störungen insgesamt
	%	%	%	%	%
Major Depression					
NCS	9,1	26,4	6,6	15,4	41,4
ECA	5,0	11,6	7,3	10,7	27,2
Dysthymie					
NCS	8,6	28,7	5,8	16,7	40,0
Angststörung					
NCS	40,9	44,9	47,6	55,4	-
ECA	5,8	12,2	5,0	6,9	23,7

Entstehung von Komorbidität:

Es gibt vier etablierte Modelle zur Erklärung der Komorbidität. Das gängigste davon ist die Selbstmedikation Hypothese, bei der davon ausgegangen wird, dass die Substanzen gegen die Symptome der Grunderkrankung eingesetzt werden. Ebenfalls sehr plausibel und bei z.B. THC und Psychosen üblich, ist das Exazerbations-Modell, das heißt die Substanz verschlimmert die psychische Erkrankung. Darüber hinaus gibt es noch substanzinduzierte Folgeerkrankungen (Suchtfolgemodell). Die vierte Kategorie sind Mischmodelle der Hypothesen.

Diagnostikproblem: Häufig werden die zu Grunde liegenden Erkrankungen nicht erkannt, da die Symptome der Sucht wie Intoxikation und Entzug viel augenscheinlicher sind. Hinzu kommt, dass die Wahrnehmungsschwelle für Grunderkrankungen steigt (siehe Graphik 2), sodass diese nicht mehr wahrgenommen werden, weil vorher schon als Vermeidungsstrategie der unangenehmen Gefühle Suchtdruck einsetzt.



Graphik 2: Veränderte Wahrnehmung im Verlauf einer Suchterkrankung

Die Schwierigkeit bei der Behandlung von Komorbidität liegt in den unterschiedlichen Ansätzen der Suchttherapie und der allgemeinen psychiatrischen Behandlung. So werden mit ähnlichen Begriffen unterschiedliche Modelle verfolgt, wie z.B. mit der Motivation zur Behandlung in der Suchttherapie und in der Psychiatrie die Einsichtsfähigkeit in die Notwendigkeit der Behandlung. So ist die Suchtbehandlung klassischer Weise medikamentenfrei, die psychiatrische Behandlung eher Medikamenten orientiert. Werden Betroffene nacheinander in den unterschiedlichen Behandlungsarten therapiert, so haben sie Schwierigkeiten, ein für sich durchgängiges Krankheitskonzept zu entwickeln, so dass es sich als günstig erwiesen hat, Patienten mit Komorbidität in einem Rahmen zu behandeln, in dem beide Erkrankung gleichzeitig behandelt werden.



Dr. Rüdiger Holzbach

Chefarzt der Abteilung Suchtmedizin

LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt, u.a. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und

Suchttherapie, editorial assistent „European Addiction Research“, im Programmkomitee Suchttherapietage Hamburg und im advisory Board „Suchttherapie“

Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation in der Versorgung suchtkranker Familien

In den letzten Jahren wurden einige schwere Verletzungen des Kindeswohls und Kindestötungen in Familien durch eine öffentliche Diskussion bekannt. Besonders durch die folgende differenzierte mediale Diskussion wurde ein tiefer Einblick in das Leben und Sterben dieser Kinder gegeben. Bei der Beschäftigung mit diesen Fällen wird deutlich, dass immer wieder die Kinder betroffen sind, die bei abhängigkeitskranken Eltern leben oder gelebt haben¹.

Diese Meldungen von Kindeswohlgefährdungen und Kindestötungen führen, so entsteht der Eindruck, ritualisiert zu einer sich wiederholenden Diskussion über die Qualität des Kinderschutzes – und ebenso ritualisiert zu dem Streben, „einen Schuldigen“ für ein angebliches Versagen in diesen Fällen zu finden.

Diese sich wiederholenden Reaktionen auf die Verletzung oder Tötung eines Kindes gehen, so denke ich, von den nicht hinterfragten Annahmen aus:

- dass ein Schutz des ungeborenen und geborenen Lebens grundsätzlich möglich ist.
- dass für diesen Schutz Eltern und alternativ professionelle Systeme zuständig sind, die diesen Schutz auch sicherstellen können.
- dass durch Gesetze begründete Methoden und Systeme für den Kinderschutz ausreichend sind.

Diese im wissenschaftlichen Sinn nicht geprüften Annahmen werden immer wieder genutzt, um legitimiert eine Ursachenanalyse für das unfassbare Leid dieser Kinder zu liefern – ein wehrloses Kind ist auf eine grausame Art und Weise und manchmal auch nach langen Qualen zu Tode gekommen². In diesen Diskussionen wird aber auch deutlich – das Leiden dieser Kinder und der oft grausame Prozess des Sterbens berührt und schockiert zugleich. Wir alle waren selbst einmal Kinder und spüren daher, dass der Schutz in dieser besonderen Phase des Lebens etwas Wesentliches ist – oder wir haben selbst eine Familie und spüren daher „als Eltern“ wie wichtig es ist „die eigenen Kinder“ zu schützen. Der Tod misshandelter Kinder und ihr Leiden sind höchst widersprüchlich im Bezug auf dieses tiefe Verständnis und lässt uns an etwas

1 vgl. Stachowske 2008, 42f, 2014, 4f

2 vgl. u.a. <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/toter-zweijaehriger-in-leipzig-jugendamt-betreute-mutter-jahrelang-a-840441.html>, <http://www.zeit.de/2008/25/Prozess-Kevin>, Zeit Online, Wenn Nachsicht tötet. Sabine Rückert

teilhaben, das „wider dem Leben ist“ und das daher so schwer verständlich ist und oft auch unfassbar bleibt. In diesem Artikel werden die allgemeinen Annahmen über den Kinderschutz grundsätzlich in Frage gestellt. Sind die im System des Kinderschutzes professionell Handelnden in Fällen von Kindesmisshandlungen im ethischen und rechtlichen Sinne alleinig verantwortlich? Ist also die (vor-)schnelle Verurteilung professionell Handelnder, die mit diesen Fällen in der Regel einhergehen, überhaupt begründet oder gar gerechtfertigt? Können das interdisziplinär handelnde System des Kinderschutzes und damit die kooperierenden hochprofessionellen Helfersysteme wie Psychiatrie und Suchtmedizin den Ansprüchen eines hoch entwickelten Kinderschutzes überhaupt und tatsächlich gerecht werden?

Aktuelle Situation

Im Rechtssystem ist der Schutz und die (Für-)Sorge für das psychische, physische und juristische Wohl des Kindes an Eltern und weitergehend, jedoch nachrangig, an die staatliche Gemeinschaft übertragen worden. Dies wird durch die aktuellen rechtlichen Bestimmungen repräsentiert. Insbesondere in der UN-Kinderrechtskonvention und in dem Art. 6, Abs. 2 des GG. *„Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und ihre zuvörderst obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“*. Die Funktion des Wächteramtes (der öffentlichen Jugendhilfe) ist durch diesen Artikel im GG begründet.

Art. 6 GG ist weitergehend durch die Bestimmungen des Elternteils durch das BGB §§1626-16966 ausdifferenziert. Hieran orientiert gelten die Bestimmungen des SGB VIII und anderen Teilen des Sozialgesetzbuches.

Diese grundlegende Gesetzessystematik und das System des Kinderschutzes wurden gerade nach den bekannten schweren Kindeswohlgefährdungen stetig weiterentwickelt und doch zeigen sich in jedem neuen Fall von Kindesmisshandlung und Kindstötung „die Möglichkeiten und Grenzen“, die dieses System bietet um Kinder zu schützen. So zeigt doch jedes verletzte oder getötete Kind durch sein Leid zwingend den Eltern und der staatlichen Gemeinschaft, dass es hier keine ausreichende (Für-)Sorge oder keinen Wächter³ gegeben hat. Angesichts der Häufigkeit von Kindesmisshandlungen und Kindstötungen⁴ stellen sich Fragen

- nach der Wirkkraft des Kinderschutzes
- und ebenso Fragen, nach komplexen interdisziplinären Helfersystemen,

3 mit „Wächter“ meine ich ausdrücklich alle interdisziplinären Helfersysteme – die z.B. bei psychiatrischen Störungen oder Abhängigkeiten noch standardisierten „Behandlungspläne“ in komplexen interdisziplinären Helfersystemen tätig sind – und ausdrücklich nicht nur die Jugendämter.

4 vgl. Tsokos/Etzold 2014, 12f.

die ihr Handeln und ihre Rollen (Garantenstellung) und Funktionen (Garantenpflicht) durch diese Bestimmungen begründen oder sich zumindest daran orientieren, ob diese Grundlagen ihr professionelles Handeln tatsächlich immer ausreichend sicher durchführen können?

Diese Fragestellung werde ich im Folgenden genauer betrachten.

Dafür beziehe ich mich auf vier Fälle von Kindern, deren Schicksal durch eine umfassende mediale Analyse oder durch Veröffentlichungen bekannt wurde. Durch die „Bekanntheit“ dieser vier Fälle ist es möglich, parallel zu diesem Text durch Dokumente der medialen Diskussion die Realität der Lebensumstände dieser Kinder zu begreifen. Daher bitte ich Sie, parallel zu diesem Artikel in den angegebenen Quellen mehr über das Schicksal dieser Kinder zu erfahren.

Fall 1, Memmingen, 2005

Mädchen, 3 Jahre alt

Das Mädchen (Karolina) ist nach sadistischer Folter durch einen schwer persönlichkeitsgestörten Freund der Kindsmutter gestorben – die Mutter hat in tiefer Loyalität zu dem Mann/dem Täter zugeschaut, ohne ihrem Kind zu helfen. Der Rechtsmediziner, der im Auftrag des Gerichts diesen Fall untersucht hat, hat die Qualen dieses Kindes mit „mittelalterlichen Foltermethoden“ verglichen. Der Freund der Mutter war schwerstabhängig, auch die Mutter hat Drogen konsumiert. Der Freund der Mutter/der Täter wurde vor der Tat häufig in einem komplexen und interdisziplinären Helfersystem in einer psychiatrischen Klinik wegen seiner Abhängigkeit behandelt. Die schwere und für das Sterben dieses Kindes ursächliche Persönlichkeitsstörung des Täters wurde dabei nicht diagnostiziert. Dieses Kind ist im Kontext eines komplexen Helfersystems gestorben. Die Ärzte und Pfleger, die dieses Kind in den Stunden seines Sterbens behandelt haben, wurden psychotherapeutisch und traumatherapeutisch versorgt⁵.

Fall 2, Bremen, 2006

Junge, 2 ½ Jahre alt

Der Junge (Kevin) wird nach einem, während seiner gesamten Lebensspanne andauerndem schwersten Martyrium, tot aufgefunden. Er lag fast 6 Monate tot in einem Kühlschrank. Während seiner Kindheit wurden von professionellen Instanzen regelmäßig Symptome schwerster Misshandlungen festgestellt, auf die jedoch nicht adäquat reagiert wurde. Bereits im 9. Lebensmonat wurden nach einem diagnostizierten Bruch beider Unterschenkel weitere Fraktu-

5 www.spiegel.de/Panorama/0,51518,35095600.html, <http://www.zeit.de/2005/17/Karolina>
Zeit Online, Kindesmisshandlungen: Die feindlichen Eltern, Sabine Rückert, 21. April 2005

ren entdeckt. Das Kind starb im ca. 24. Lebensmonat an den Folgen des 24. Knochenbruches. Sowohl die Mutter als auch der Ziehvater/der Täter, waren schwer drogenabhängig. Die Mutter verstarb im ersten Lebensjahr des Kindes. Bei der rechtsmedizinischen Analyse der Haare des Kindes wurde eine Kokainkonzentration vergleichbar mit dem Konsum eines Erwachsenen sowie eine regelmäßige Gabe von Ritalin nachgewiesen. Der Ziehvater, die Mutter und das Kind wurden in einem komplexen interdisziplinären Helfersystem betreut, insgesamt waren ca. 64 professionell tätige Helfer verschiedener Fachdisziplinen (Ärzte, Sozialarbeiter, Suchttherapeuten, Ergotherapeuten, Hebammen u.a.) aus ca. 24 unterschiedlichen professionellen Kontexten beteiligt⁶.

Fall 3, Berlin, 2007

Säugling, 3 Monate alt

Eine drogenabhängige Mutter, die Hepatitis C und HIV positiv war, wird in einem komplexen interdisziplinären System versorgt. Trotz ihrer Erkrankungen (entgegen den Leitlinien) wird ihr eine Stillempfehlung gegeben. Sie verstirbt bei laufender Betreuung an einer Überdosis und der 3 Monate alte Säugling verdurstete neben ihr⁷.

Fall 4, Leipzig, 2012

Junge, 2 Jahre alt

Eine drogenabhängige Mutter wird seit Jahren von einem komplexen interdisziplinären Helfersystem betreut – und stirbt an einer Überdosis. Ihr 2-jähriger Sohn verdurstet in den Tagen nach ihrem Tod neben ihr in der Wohnung⁸.

Fälle wie diese geschehen jedes Jahr in Deutschland⁹. Was lehren uns diese Fälle?

Es lassen sich Muster erkennen, die sich „von Fall zu Fall“ und „von Jahr zu Jahr“ wiederholt haben. Diese Muster können neue Erkenntnisse für zukünftige Fallarbeiten in Risikofamilien liefern, um das Leiden der Kinder zu verhindern.

6 <http://www.soziales.bremen.de>. Bericht des Krankenhauses zur Aufklärung von mutmaßlicher Vernachlässigung der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch die AfSD vom 17 April 2007.

7 Tagesspiegel, 08.12.2007 <http://www.tagesspiegel.de/berlin/Drogentote-Charlottenburg;art270,2435102>

8 <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/toter-zweijaehriger-in-leipzig-jugendamt-betreute-mutter-jahrelang-a-840441.html>

9 vgl. Stachowske 2008, S. 42f., Tsokos/Guddat, 2014, S. 8f., Stachowske 2014, S. 4, Schöneberg 2014, S. 26

Problem 1 – über die (Un)Möglichkeit der Therapie für Eltern und Familien

Ein in seiner tatsächlichen Bedeutung verkannter oder auch unerkannter Wirkfaktor ergibt sich aus dem bestehenden Rechtssystem. Interdisziplinäre Helfersysteme im Kontext von Abhängigkeit und psychiatrischen Störungsbildern orientieren sich in ihrem fachlichen Wirken an den Bestimmungen des SGB V, SGB VI und SGB VIII sowie weitgehend an den Leitlinien.

Das verkannte Problem ist jedoch, dass mit keinem dieser Gesetze und in annähernd allen daraus entwickelten Versorgungssystemen nicht explizit Eltern angesprochen werden. Eltern sind nicht antragsberechtigt – nur Erwachsene Frauen und Männer, sowie antragsberechtigende Kinder und Jugendliche sind durch diese Systeme versorgt – nicht jedoch Eltern oder Familien.

In keinem Fall

- sind im Kontext des SGB V oder SGB VI die **Eltern** dieser Kinder gemeint oder ihre elterliche Kompetenz oder Inkompetenz. Rückkopplung elterlicher Störungsbilder auf das Kindeswohl (mit dem Ziel, das Kindeswohl zu schützen) werden ebenfalls nicht behandelt
- noch weniger sind Eltern mit komplexen Störungsbildern mit diesen Methoden und Maßnahmen nach dem SGB VIII behandelbar oder erreichbar.

Wie erklärt sich dieses (verkannte) Paradoxum? Eine **Familie** hat in diesen Gesetzen keinen Rechtsstatus, um gemeinsam an einer Heilbehandlung teilzunehmen. Dies auch dann nicht, wenn offensichtlich das Familiensystem durch so schwere elterliche Störungen, wie Abhängigkeit oder psychiatrische Störungen schwer belastet ist. Im Sinne des SGB V und SGB VI können lediglich Einzelpersonen als antragsberechtigende Versicherte Hilfe bekommen und antragsberechtigende Eltern nach SGB VIII **für ihre Kinder** Hilfen beantragen.

Das System Familie ist seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung nicht behandelbar.

Diese gleichsam unerkannte Einschränkung ist meines Erachtens auch auf die Bestimmungen des SGB VIII übertragbar. Hilfen für Eltern nach dem SGB VIII sind im Sinne der Gesetzte nicht „konstruiert“, um schwer kranke Eltern zu erreichen oder schweren Störungsbilder der Eltern zu therapieren. Es ist nicht zu erklären, wie Eltern mit so schweren Störungsbildern durch eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) erreichbar sein sollen. Solche Eltern sind nur mit speziellen Fachdisziplinen erreichbar. Dieses Paradoxum ist nur auszugleichen indem in jedem Einzelfall notwendige interdisziplinäre Hilfen neu konstruiert werden. Dies erklärt, warum es oft so schwer ist, Hilfen zu installieren und warum diese trotz komplexer Helfersysteme versagen und dass in der interdisziplinären Kooperation oft Komplikationen auftreten. In solchen jeweils neu zu konstru-

ierenden interdisziplinären Kooperationen wird etwas „zusammen gebracht“ was qua Gesetz getrennt ist. Zudem ist die Zusammenarbeit erschwert, da für jede Familie ein individuelles Helfersystem entwickelt werden muss¹⁰.

Problem 2 – die Schweigepflicht

Jeder professionell Tätige ist durch seine Berufsordnung speziell und grundsätzlich an die Bestimmungen des §203 StGB¹¹ gebunden und unterliegt somit der Schweigepflicht. Daraus folgt, dass eine interdisziplinäre Kooperation in komplexen Helfersystemen aufgrund dieser Bestimmung „eigentlich“ nicht möglich ist. Diese Bestimmungen verhindern eine interdisziplinäre Kooperation. Dieses Paradoxum ist auch durch das neue Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG) nicht geändert worden, in dem in §3 und insbesondere in §4 die interdisziplinäre Kooperation nur als „Soll-Bestimmung“ empfohlen ist. Diese *Soll-Bestimmung* setzt die Bestimmung des §203 StGB oder die jeweiligen spezifischen Berufsordnungen nicht außer Kraft. In §203 StGB und in dem BKiSchG sind all die Berufsgruppen genannt, die in der Regel in interdisziplinären Kooperationen miteinander kooperieren – und kooperieren müssen. Nur die Bedeutung des §203 StGB „verbietet eben dies“ was u.a. in BKiSchG empfohlen wird, ebenso wie in der Berufsordnung. Nur durch jeweils spezifische Schweigepflichtentbindungen ist es möglich, miteinander zu kooperieren – ohne „ein Geheimnis“ zu verletzen. Eine sinnvolle oder in Risikofamilien notwendige interdisziplinäre Kooperation ist nicht ohne weiteres möglich.

Problem 3 – Rückkopplung elterlicher Störungsbilder auf das Wohl der Kinder

In den genannten Fällen waren bei den Eltern, die das Wohl ihrer Kinder schwer verletzt haben, „komplexe Krankheiten“ oder fachspezifisch formuliert komorbide Störungen diagnostiziert. Dies meint, dass diese Eltern nicht „nur“ abhängigkeitskrank waren, sondern dass sie an weiteren schweren psychiatrischen Störungen litten, die in der Regel die dominante Störung waren. So z.B. bei sog. Borderline Störungen oder Persönlichkeitsstörungen. Diese Eltern waren zuvor entweder in suchtmmedizinischen oder psychiatrischen Behandlungen. Jede dieser Behandlungen setzt eine Differenzialdiagnostik voraus, die vor dem Beginn einer Behandlung erfolgen muss. Die schweren komorbiden Störungsbilder hätten erkannt werden müssen und die öffentliche Jugendhilfe hätte hierüber informiert sein müssen. Menschen mit solchen Störungsbildern sind nur von psychiatrisch spezifisch ausgebildeten, professionell Handelnden sicher zu leiten!

10 In Abwandlung von Willi Brandts Aussage „hier wächst zusammen was zusammen gehört“. Vgl. Stachowske 2014, 70f

11 an die Pflicht des Schweigens über „Geheimnisse“ aus professionellen Kontexten gebunden

Diese Störungen waren die wesentliche Ursache für die Tötungen der Kinder¹². Eine Diagnose und Therapie, die die **Familie** beachtet, ist durch das seit 2004 in jeder Behandlung anzuwendende Diagnosesystem der WHO, die International Classification of Functioning, Disability and Health (**ICF**), geregelt¹³. In einer an der ICF orientierten Diagnose und Therapie hätten mögliche Rückkopplungen der komorbiden elterlichen Störungsbilder auf den „engsten Familienkreis“ (e310 ICF) erkannt und berücksichtigt werden müssen – so auch in den Leitlinien Nr. 076/604 Pkt. 2.9¹⁴ beschrieben.

In den genannten Fällen war die Annahme handlungsleitend, dass die Versorgung der abhängigen Eltern durch die jeweiligen Berufsgruppen, der Suchtmedizin, in der Substitution, der Kinderärzte und der Jugendämter, tatsächlich entsprechend dem jeweiligen Versorgungsauftrag so ausgeführt wurde, dass das Kindeswohl sichergestellt war. Tatsächlich sind diese Berufsgruppen nicht spezifisch ausgebildet, solche schweren komorbiden Störungsbilder zu leiten. Der Tod der Kinder oder die Schwere ihrer Verletzungen belegen dies.

Die dem Kinderschutz zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen regeln nicht explizit die Versorgung von Eltern mit komplexen oder komorbiden Störungsbildern (z.B. n. d. ICD-10, F.10.2 – F.19.2, F43f, F.60.1, F60.2). In keiner dieser Bestimmungen des Kinderschutzes sind explizit „kranke Eltern“ als Zielgruppe genannt¹⁵.

Diese dramatische Situation ist auch durch Folgendes belegt: Die deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin hat den Gesundheitsausschuss des Bundestages ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die „Behandlung psychischer Begleiterkrankungen (in Substitutionsbehandlung d. V.) „beunruhigend defizitär“ sei¹⁶. In der PREMOS Studie, eine der umfassendsten aktuellen Studien zur Qualität der Substitution in Deutschland, wird darauf hingewiesen, dass „das hohe Ausmaß psychischer Störungen nicht effektiv behandelt wird¹⁷:

- Frauen mit Kindern benötigen bessere langfristige Betreuung
- vorgeburtlich bis peripartal – nachgeburtlich drastisch reduziertes Hilfsangebot, überwiegend defiziente und wenig koordinierte Behandlungs- und Betreuungsangebote
- Obwohl 32% aller Substituierten Frauen sind und jede zweite Frau ein oder mehrere Kinder hat, haben sich nur knapp 10% aller Einrichtungen auf diese Hochrisikogruppe spezialisiert. “¹⁸

12 vgl. a. Stachowske 2008, S. 42f., Tsokos, Etzold 2014

13 s. ICF Umweltfaktoren, Kapitel 3, e310

14 vgl. AWMF-Leitlinien

15 T Stachowske, 2014

16 Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, Schreiben vom 04.06.2013 an den deutschen Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Sekretariat PA 14 Herr Michael Thiedemann, per E-Mail: michael.thiedemann@bundestag.de

17 Bühringer et al., 2013, Folie 4.3

18 www.fdr-online/media/BundesDrogenkongress.soyka.de

Die öffentliche Jugendhilfe versorgt und erreicht in der Regel „Eltern“ und nicht „explizit kranke Eltern mit komplexen komorbiden Störungen“. Die Frage, ob die Bestimmung des SGB VIII überhaupt für Eltern mit psychiatrischen Störungsbildern, Eltern mit Störungen aus dem Formenkreis der Abhängigkeit oder mit Störungen der Persönlichkeit geeignet sind oder überhaupt bei diesen Eltern greifen können, muss im Einzelfall verantwortlich geprüft werden - und kann jedoch **nur dann positiv beantwortet werden, wenn in einer interdisziplinären Kooperation gesicherte diagnostische Erkenntnisse in die Jugendhilfemaßnahmen integriert werden**. Wenn nicht, bleibt das elterliche Störungsbild mit seinem Risikopotenzial im Kontext der öffentlichen Jugendhilfe „nicht erreichbar“.

„Warum glauben professionelle Instanzen immer noch, dass mit den Möglichkeiten nach dem SGB VIII überhaupt Eltern mit so schweren Störungen ohne eine nur durch interdisziplinäre Kooperation zu erreichende hochkomplexe spezifische Fachlichkeit zu erreichen sind?“¹⁹.

Weitere Risikobedingungen, die als Wirkfaktoren eine Relevanz haben:

- Alle bekannten psychotropen Substanzen, die das zentrale Nervensystem beeinflussen (dies meint alle Arzneimittel und Drogen). Sie haben ein entweder fetotoxisches oder teratogenes pharmakologisches Wirkspektrum²⁰.
- Die Wirkung eines politoxikomanen Konsummusters auf das ungeborene Leben ist mit dem aktuellen Wissenstand der Pharmakologie nicht nachzuweisen, d.h. das ungeborene Leben partizipiert an undefinierten Substanzen, bei der jedoch bereits für jede klinisch reine Einzelsubstanz ein fetotoxisches oder teratogenes Risiko beschrieben ist²¹. Folglich ist nicht verlässlich zu beschreiben wie „geschädigt“ Kinder in ihrem nachgeburtlichen Leben sind, die in ihrer vorgeburtlichen Entwicklung an einem polytoxikomanen Konsummuster partizipiert haben. Nach meinem Verständnis müssen daher solche Kinder, bis zur sicheren Belegung des Gegenteils als „hoch Risikokinder“ gelten und erst recht so versorgt werden.
- Das ungeborene Leben ist im deutschen Rechtssystem ungeschützt, §1 BGB sagt aus, dass die Bestimmungen dieses Gesetzes und damit der §1666 „ab der Geburt“ gelten. Ein „juristisches Wohl des ungeborenen Lebens“ ist analog zu dem juristischen Begriff „Wohl des Kindes“ gesetzlich nicht geregelt.

19 vgl. Stachowske 2014, S. 77

20 vgl. Mutschler, 2008, S. 100f.

21 vgl. Mutschler, 2008, S. 100, Stachowske 2008, S. 78

- in der internationalen Krankheitsklassifikation ist lediglich das Fetale Alkoholsyndrom klassifiziert und als Störungsbild anerkannt – ein vergleichbar **anerkanntes** Störungsbild eines Fetalen Syndroms in der Folge des Konsums von psychotropen Substanzen, also Arzneimitteln oder Drogen, ist nicht anerkannt und wird somit in der Ausbildung für Ärzte und Sozialarbeiter nicht gelehrt.

Daraus folgt, dass es letztendlich keine im rechtlichen Sinne gesicherte Diagnose geben kann – allenfalls „Verdachtsdiagnosen“.

Résumé

Es stellt sich die Frage, wie Kinder angesichts dieser offenen Fragen angemessen in ihrem Wohl in der vor- und nachgeburtlichen Entwicklung zu schützen sind. Diese „Rahmenbedingungen“ begründen eine „Unvollkommenheit“, keinesfalls eine verlässliche Absicherung des Kindeswohls. Fortwährend und ausschließlich Eltern oder Jugendämter in Fällen von Kindesverletzungen und Kindestötungen zur Verantwortung zu ziehen, lenkt tatsächlich von den wirklichen Ursachen ab. Es ist dringend notwendig, mit dem Aufbau eines wirksamen Kinderschutzes zu beginnen, in dem für diese nicht bedachten und nicht gelösten Risikofaktoren wirksame Lösungen entwickelt sind. Dies verlangt von allen Beteiligten grundsätzlich die Bereitschaft etwas in der Vorgehensweise zu verändern.



Prof. Dr. Ruthard Stachowske, Reppenstedt

Einzel- und Gruppentherapeut in der Therapie von Abhängigkeiten, langjährige Leitung einer Fachklinik und Jugendhilfeeinrichtung „Drogenlangzeittherapie für Eltern und Kinder, Therapeutische Gemeinschaft

Wilschenbruch“, langjährige Erfahrung in Beratung, Psychotherapie, Familientherapie, Supervision, Coaching, Honorarprofessur an der Ev. Hochschule für Soziale Arbeit (ehs) Dresden in der Ausbildung von Sozialpädagogen

www.ruthardstachowske.de

Korrespondenzadresse:

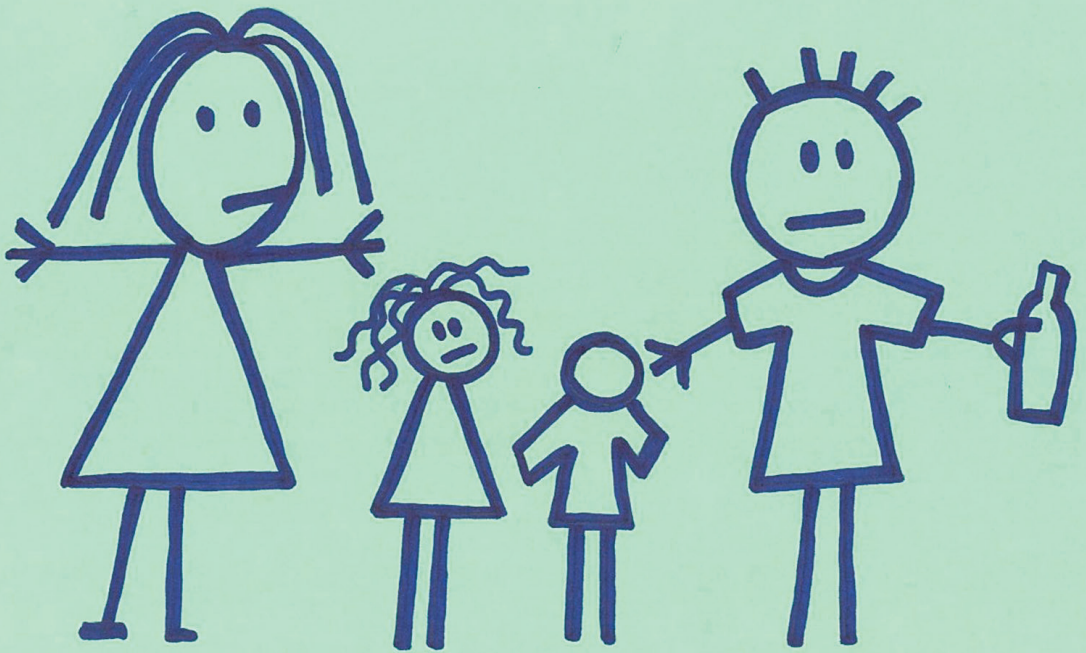
Prof. Dr. Ruthard Stachowske

ehs Dresden

Dürerstraße 25

01307 Dresden

TEIL 2: KINDER AUS MIT SUCHT BELASTETEN FAMILIEN



Einführung

Individuelle Suchtprobleme betreffen das gesamte soziale Umfeld. Besonders betroffen sind Kinder suchtkranker Eltern. In Deutschland lebt fast jedes sechste Kind in einer suchtblasteten Familie. Ca. ein Drittel dieser Kinder werden im Erwachsenenalter selber süchtig, ein weiteres Drittel entwickelt psychische oder soziale Störungen.

Die Kindheit in einer suchtblasteten Familie ist geprägt durch einen ständigen Wechsel in der Stimmung des abhängigen Elternteils, häufigem Streit und Trennung oder Trennungsdrohungen zwischen den Eltern. Oft kommen psychische sowie körperliche Gewalt und Missbrauch hinzu. Für Kinder in Suchtfamilien gelten besondere Regeln, z.B. extreme Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung und Isolation.

Die direkte Arbeit mit Kindern von Suchtkranken hat sich als wichtig und wirksam erwiesen. Dies trifft zum einen auf diejenigen Fälle zu, in denen die Eltern (noch) nicht oder nur ein Elternteil bereit sind, Hilfe anzunehmen, zum anderen - als unterstützende Maßnahme -, wenn die Eltern bereits Hilfeleistung erhalten.

Dabei ist es wichtig, möglichst frühzeitig und dauerhaft Unterstützungen anzubieten, die bestenfalls mit anderen familienbezogenen Hilfen vernetzt sind.

Folgend stellen wir Ihnen das Projekt „Start mit Stolpern“ des Westfälischen Kinderzentrums Dortmund vor. Ziel ist ein professionelles, individuelles Begleitnetz für hoch risikobelastete Familien mit ihrem neugeborenen Kind. In diesem Setting steht das Kindeswohl an erster Stelle. Neben einer internen abteilungsübergreifenden Arbeit zeichnet sich „Start mit Stolpern“ auch durch eine extern vernetzte Kooperation mit Jugendamt, Gesundheitsamt, Drogenhilfe, etc. aus.

Die „Kooperationsvereinbarung Kids & Ko“ aus Bielefeld ist ein weiteres Beispiel gelungener Praxis für Kinder aus suchtblasteten Familien. Die in der Betreuung drogenabhängiger / substituierter Mütter / Väter, Eltern und Kinder tätigen Institutionen innerhalb der Stadt Bielefeld haben sich schriftlich verpflichtet, eine konstruktive Zusammenarbeit zu erreichen, um drogenabhängigen / substituierten Eltern und ihren Kindern ein gemeinsames Leben zu ermöglichen.

Mit dem Kinderprojekt Fitkids aus Wesel gelang schon 1998 ein Umdenken und ein Paradigmenwechsel in der Drogenhilfe. Der kinderorientierte Ansatz wurde zum Selbstverständnis und ist Standard für die zukunftsweisende Hilfe für drogenabhängige Eltern und deren Kinder. Notwendig dazu sind gut funktionierende Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen den Hilfesystemen der Drogen-, Gesundheits- und Jugendhilfe, die eines der Basismodule des Programmes darstellen.

Präventionskonzept *Start mit Stolpern* im Dortmunder Netzwerk Kinderschutz – vor- und nachgeburtliche Betreuung schwangerer Suchtkranker

Das Konzept „Start mit Stolpern“ der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Klinikum Dortmund



Der Name „Start mit Stolpern“ soll symbolisch verdeutlichen, dass Stolpern mindestens drei Dimensionen hat. Die erste ist, sich in der Strauchelbewegung abzufangen und wieder aufzurichten. Die zweite erst einmal zu fallen, um dann wieder aufzustehen und die dritte „liegenzubleiben“. Unsere oberste Prämisse ist, dass jedes Kind das Recht hat, unter geschützten, förderlichen und liebevollen Bedingungen aufzuwachsen, um seine Entwicklungspotentiale voll entfalten zu können.

Deshalb beruht das Konzept „Start mit Stolpern“ auf der Erkenntnis, dass in einem Klinikum mit kindermedizinischen und kinderchirurgischen sowie gynäkologischen Fachdisziplinen neben der medizinischen und pflegerischen Betreuung ein hoher Bedarf an psychosozialer Beratung und Unterstützung notwendig ist. Dieses erweiterte Konzept in der Klinik misst dem Kindeswohl und dem Kinderschutz eine wesentlich höhere Bedeutung bei. Vorgehensweisen sind verbindlich verankert und Maßnahmenstrategien professionsübergreifend festgelegt. Es wird klinik- und institutsübergreifend, intern und extern kooperiert. Dieses Handeln über den „eigenen Tellerrand hinaus“ führt zu einer erweiterten Sichtweise auf die Kinder und damit zu einem anderen Vorgehen, indem nicht nur die jeweilige Krankheit isoliert behandelt wird, sondern die gesamte Familie mit ihren Lebensbedingungen einbezogen wird.

Unsere Zielgruppen

- sind Neugeborene / Frühgeborene in familiär gefährdeten Systemen, z.B. durch Mütter/Eltern mit illegalem Drogengebrauch, Alkoholabhängigkeit, psychischer Belastung und psychiatrischer Erkrankung, hoher sozialer Belastung, eigener Behinderung
- und die unter einjährigen Babys, die akut stationär aufgenommen werden und bei denen zu den Krankheitssymptomen eine Kindeswohlgefährdung nicht ausgeschlossen werden kann.

Aus dieser Zielgruppe vertiefe ich nun:

Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder aus primär opiatsuchtbelasteten Lebensgemeinschaften – bei der Geburt süchtig, aber das ganze Leben noch vor sich.

Ziele unseres ab 2002 aus der Praxis entstandenen Präventionskonzeptes „Start mit Stolpern“:

Kinder und Mütter / Eltern aus durch Drogensucht belasteten Lebensgemeinschaften zum frühest möglichen Zeitpunkt, also vor oder direkt nach der Geburt

- kennenlernen,
- ihre Lebenssituation erfassen und zur Verbesserung aktiv beitragen,
- ihre Entwicklung begleiten, fördern und ggf. frühest möglich therapeutisch intervenieren,
- die hochsensible Erreichbarkeit für Veränderungsmotivation während der Schwangerschaftsphase, der Geburt und der anschließenden stationären Behandlungszeit nutzen.

Wir wollen

- an einem sozialen Netzwerk zum Kinderschutz, so individuell gestrickt wie notwendig, mitwirken,
- eine Änderung des Lebensstiles und somit die Verminderung von Risikofaktoren für die Eltern und das Kind bewirken, durch die Stärkung verschütteter oder nur minimal positiver Gesundheits-, Bindungs- und Erziehungsressourcen,
- Umstände, die das Kindeswohl beeinträchtigen, frühzeitig erkennen und Veränderungen einleiten.

Aktueller Sachstand:

Durch die verstärkte Gesundheitsfürsorge und Stabilisierung der gesamten Lebenssituation durch substitutionsgestützte Behandlung bei Frauen mit Konsum illegaler Drogen/Substanzen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden. Die Schwangerschaft ist selten geplant und die Frauen sind meist nicht mit aller ihnen möglichen Vorsorge darauf eingestellt. Die Gefühle dem Ungeborenen gegenüber sind deshalb häufig sehr ambivalent von „jetzt wird sich mein Leben von Grund auf positiv ändern“ bis „noch ein Problem mehr“.

Die Kinder aus suchtblasteten Lebensgemeinschaften haben deshalb ein erhebliches vor- und nachgeburtliches Risiko. Negative Folgen können eintreten wie:

- Ein suboptimaler Lebensreifungsprozess des Ungeborenen aufgrund der pharmakologischen Wirkung psychotroper Substanzen.
- Das vorgeburtliche erhebliche Stressgeschehen.
- Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen.
- Früh- / Frühestgeburten, „small for date“, Infektionen und weitere Beeinträchtigungen.
- Nicht hinreichende Fürsorge für die Lebensprozesse der Neugeborenen, Säuglinge und Kleinkinder im weitesten Sinne, weil der Mutter zu wenig positive Ressourcen verbleiben.

Der kindliche Anspruch auf Förderung seiner Entwicklung kann so nicht eingelöst werden.

Der alleinige Konsum von Opiaten bzw. einer Suchtsubstanz ist eher die Ausnahme. Bei über 66% der Abhängigen erfolgt eine gleichzeitige Substanzzufuhr von Heroin, Kokain, Benzodiazepinen und / oder Alkohol, gefolgt von Cannabis und / oder Amphetaminen sowie ein hoher Nikotinkonsum.

Viele substanzabhängige Frauen vernachlässigen ihre Gesundheit und bemühen sich nicht um eine adäquate Schwangerschaftsvorsorge. Bei drogenabhängigen Müttern ist mit einer hohen Möglichkeit von über 60% von weiteren psychischen Störungen im Sinne einer Komorbidität zu rechnen. Die substituionsgestützte medizinische Behandlung wird meist mit Methadon oder Buprenorphin durchgeführt und ist in der Schwangerschaft mit einer erheblichen Gefährdungsreduzierung für Mutter und Kind verbunden. Spätestens bei Bekanntwerden der Schwangerschaft werden die Frauen substituiert. Durch die Substitution können die Mütter in sozial und gesundheitlich stabileren Verhältnissen leben, der Beschaffungsdruck fällt weg und sie erhalten eine psychosoziale Begleitung, wie sie das Betäubungsmittelgesetz vorsieht. Bei den Ungeborenen werden zusätzlich die gefährlichen Schwankungen der Blutkonzentration des Opiats vermieden.

Diese Kinder stellen eine Hochrisikogruppe für Entwicklungsstörungen dar. Die aktuelle Längsschnittstudie von Englert und Ziegler, Erfurt, beschreibt übereinstimmend in den ersten Lebensjahren Wachstumsretardierungen sowie Wahrnehmungs- und Interaktionsstörungen mit erhöhtem Entwicklungsrisiko (Suchttherapie 2, 2001). Im Sozialpädiatrischen Zentrum der Kinderklinik nahmen wir ab 1995 auch einen zunehmend hohen Anteil an Säuglingen und Kleinkindern mit ausgeprägten motorischen Regulations- und Bindungsstörungen (unruhige Schreibabys) sowie motorischen Auffälligkeiten wahr.

Vorschulkinder fielen auf mit hoher motorischer Unruhe und Aufmerksamkeitsproblemen sowie Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten, die Auswirkungen auf das Lernverhalten hatten. Aus der Anamnese ergab sich, dass die Mütter Suchtsubstanzen in der Schwangerschaft konsumierten oder in der Substitution behandelt wurden. Ihre Babys wurden überwiegend im Klinikum Dortmund geboren.

Aus dieser Erfahrung wurde „Start mit Stolpern“ konzipiert.

Je später der Förderbeginn desto geringer die Wirksamkeit. Ziel der frühzeitigen Begleitung und Therapie der Familien ist es auch, Nachhaltekosten so weit wie möglich zu vermeiden. Diese Kinder sind sechs Mal mehr gefährdet auch selber suchtkrank zu werden, so die empirische Forschung.

Die bisherige Situation der betroffenen Kinder wurde durch das Projekt „Start mit Stolpern“ seit 2001 stetig verbessert. Das vorherige Risiko, durch das bestehende Versorgungs- und Kontrollnetz zu fallen und erst bei hochgradiger Auffälligkeit sehr spät oder zu spät zu reagieren und zu behandeln, konnte deutlich verbessert werden.

In der Dortmunder Kinderklinik werden im Jahr ca. 40 Kinder stationär mit nachgeburtlichen erheblichen Entzugssymptomen behandelt. Ein Teil wird später im Sozialpädiatrischen Zentrum mit seiner „Start mit Stolpern – Ambulanz“ und der Entwicklungsneuropsychologischen Ambulanz (ENPA) ambulant weiterbetreut.

Der Anteil an Neugeborenen mit neonatalem Entzug ist über die Jahre konstant geblieben, während der Kinderanteil aus anderen Hochrisikogruppen wie z.B. „Kinder von Eltern psychische Erkrankung“ eklatant anstieg.

Unser Konzept:

Unser Dortmunder innerklinisches Modell hat einen pädiatrisch-psychosozialen Ansatz und soll eine Verbesserung der Versorgungssituation suchtblasteter und risikobehafteter Familien vor oder von Geburt an einleiten. Die Zahl der Neugeborenen mit Risikomerkmale ist in der Dortmunder Kinderklinik sehr hoch, weil sie aus allen Dortmunder und Umgebungsgeburtskliniken in diese Kinderklinik mit seinen Spezialabteilungen überwiesen werden.

Je mehr, höher dosiert und vielfältiger der Substanz(en)konsum der Mutter während der Schwangerschaft ist, desto stärker und langwieriger ist der neonatale Entzug und die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen (Durchschnitt 2 bis 12 Wochen). Die Mutter / Eltern können in dieser hochsensiblen Phase besonders gut von uns erreicht werden. Über das erkrankte Neugeborene bietet sich ein besonderer Zugang zu den Eltern, hier werden zuerst die mütterlichen/ elterlichen Anteile angesprochen und mit der Besorgnis um die weitere kindliche Gesundheits- und Lebensperspektive verbunden.

Weitgehende Übereinstimmung herrscht in der Forschung darüber, dass die Familiensituation, in der das Kind aufwächst, mehr Aussagekraft über die kindliche Entwicklung des Kindes besitzt als das Ausmaß des Substanzkonsums der Mutter während der Schwangerschaft. Gerade die körperlichen Entzugserrscheinungen des Säuglings mit hoher Unruhe, schwieriger Nahrungsaufnahme, Schreien etc. wirken zusätzlich belastend auf die Mutter-Kind-Bindung.

Das Baby ist in seinen Bedürfnissen schwer zu verstehen und entspricht nicht dem Traum vom „Wonnebaby“. Das löst bei vielen Müttern zusätzliche Schuldgefühle aus, die es noch schwieriger machen, das Baby im Blick zu haben, zu erkunden, was es braucht und was ihm hilft. Bei einer bestimmten Summierung verschiedener Entzugssymptome (gemessen nach dem Finnegan-Score) wird das Baby medikamentös durch Substitution mit Opiumtropfen behandelt, auch um weiteren schwerwiegenden Komplikationen wie z.B. Krampfanfälle abzuwenden. Sein Aufmerksamkeitsgrad wird so eher positiv beeinflusst, denn die Substanz ist vorgeburtlich körperlernannt. Die medizinisch überwachte Abdosierung erfolgt bis zur vollständigen Entgiftung. So kann auf Beruhigungsmittel, die das Baby zusätzlich ermüden und die Mutter-Kind-Interaktion erschweren, meist verzichtet werden.

Der klinische Versorgungsrhythmus ist nur bedingt auf die individuelle Problemlage der Mutter / Eltern eingestellt. Randgruppenbedingte Merkmale und besondere Wochenbettsensibilität der Kindesmutter erschweren den Zugang des Pflege- und Ärzteteams im zeitlich knapp bemessenen Stationsablauf zur Mutter / Eltern und bedingen Missverständnisse. Die Kompetenz der Mutter was ihre Drogensucht und ihr Wissen um ihre Auswirkungen bei eigenen Entzügen betrifft, abzurufen und sie bitten aus ihrer Erfahrung den Entzug ihres Babys wahrzunehmen und zu beobachten, wirkt zuerst irritierend. Wird aber dann meist logisch schlussfolgernd verstanden. Die Wahrscheinlichkeit, litt die Mutter in ihren Entzügen z.B. an massiven Magen-Darm-Verstimmungen, dass dies ihr Baby ebenso tun wird, wird verstanden. Auch dass die Auswirkungen auf diesen kleinen Körper wesentlich gravierender sein werden.

Einfühlsame Beratung und insbesondere aufwendige Zeit für Gespräche und Klärungen sind mit der Einführung der neuen Fallpauschalenabrechnung kaum vereinbar. Hier bietet sich die Start mit Stolpern - Mitarbeiterin zur Beratung, Anleitung und Vermittlung an. Sie kommuniziert und kooperiert intern und extern. Manchmal kann eine frühzeitige Mitaufnahme in der Mutter-Kind-Einheit richtig sein, andere Mütter erleben dies zusätzlich belastend u.a. weil die Reaktivierung eigener traumatischer Erfahrungen dies begünstigt.

Auch haben einige Mütter weitere Kinder zu versorgen, sorgen sich um den ebenfalls suchtabhängigen Partner bzw. müssen viele zusätzliche Alltagsprobleme – oft alleine – regeln.

Das frühestmögliche Einwirken auf die Erziehungskompetenz der Mutter durch eine umfassende interdisziplinäre Betreuung gewinnt auch in den Publikationen der Suchtforschung zunehmende Bedeutung.

Der 104. Deutsche Ärztetag forderte in einer Entschliebung ein Case-Management für Kinder von Drogenabhängigen und deren Eltern, um damit die Fremdunterbringung so weit wie möglich zu verhindern. Der Gesundheitsbericht NRW spricht auch von einer Zunahme von Problemen sozial benachteiligter Familien mit vermehrter Frühgeburtlichkeit und Komplikationen.

Das Konzept „Start mit Stolpern“ wurde beim 1. Forum „Kinderschutz“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe 2008 als Best-Practice-Modell ausgezeichnet.

Von 2002 bis 2005 war die Dortmunder Kinderklinik mit „Start mit Stolpern“ Partner für transferorientierte Forschung an der Katholischen Hochschule Köln, Forschungsschwerpunkt Sucht unter Prof. Dr. Michael Klein zur Entwicklung eines Manuals zur Erziehungskompetenz drogenabhängiger, substituierter Mütter, woraus das Kurs- und Beratungskonzept MUT! entwickelt wurde, das heute bundesweit eingesetzt wird.

Die statistischen Angaben in diesem Vortrag wurden in der Kölner Forschung erhoben. Fast 50% der befragten Mütter kamen aus Dortmund.

Andere Angaben wurden der jährlich aufbereiteten „Start mit Stolpern“-Statistik entnommen.

Das Netzwerk Kinderschutz für Kinder suchterkrankter Eltern in Dortmund

2002 war „Start mit Stolpern“ Gründungsmitglied des interdisziplinären Dortmunder Arbeitskreises „Kinder drogenabhängiger Eltern“ dem 2009 12 Institutionen und ihre festen Vertreterinnen und Vertreter aus dem erweiterten Sucht- und Jugendhilfebereich angehören.

Verbindliche Handlungsabsprachen, hier hervorzuheben die Checkliste „Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft“ (abzurufen unter der Ärztekammer Westfalen-Lippe) erläutern die Handlungsschritte aus Sicht jeder Fachdisziplin im Kooperationsnetz.

Bisherige Fachtagungen haben Strahlkraft über die Region hinaus. Interne und externe Weiterbildungen, kollegiale Fallberatungen, kurze Telefonwege bei unklaren Fragestellungen an die jeweils andere Fachdisziplin, Austausch von „Bauchschmerzen“ über den Fallverlauf und bestehende Unsicherheiten werden ungeschminkt lösungsorientiert kommuniziert, weil wir uns kennengelernt haben und auch mal miteinander lachten.

Wichtigste Botschaft ist, dass im gemeinsamen Austausch und Tun die Haltung, gegenseitige Wertschätzung und das Vertrauen wächst „dem anderen eine gute Absicht zu unterstellen“ und so die gewachsene Kooperationsbasis weiterzuentwickeln und zu pflegen.

Unser Motto: „Wir sitzen alle in einem Boot und zum Glück nicht alle auf einer Seite“.

Für diesen Arbeitskreis hat sich die basisorientierte Organisationsform bewährt. Verantwortlich für die Moderation und Arbeitsverlauf ist die jeweilige gastgebende Institution, Protokoll führt ein Mitglied aus der Institution bei der sich der Arbeitskreis das nächste Mal trifft.

Umsetzung:

Seit 2002 stellte das Klinikum Dortmund sich mit diesem stationär/ambulanten abteilungsübergreifenden Arbeitsansatz auf diese Herausforderung durch eine bis Juni 2006 begrenzte Projektstelle ein.

Dies war ein neuer pädiatrisch-psychosozial/heilpädagogischer Ansatz, der in dem bisherigen klinischen Kostendeckungsmodell noch nicht vorgesehen war. Im kindermedizinischen Sinne verhindert dieser neue Ansatz möglicherweise auch wiederholte Aufnahmen und Chronifizierungen, trägt zu einer stabileren Kindergesundheit bei und dient der Vorbeugung drohender Behinderung.

Ein weiteres Anliegen ist es, Hilfestellung bei der Entwicklung verschütteter elterlicher Bindungs-, Beziehungs- und Wahrnehmungskompetenzen der kindlichen Bedürfnisse zu geben. Hier finden die Ergebnisse der Bindungsforschung, Bindungsdiagnostik und Behandlung besondere Berücksichtigung.

Darüber hinaus zielt das Netzwerk darauf ab, das Hilfe-, Unterstützungs- und Kontrollnetz für die drogenbelastete Familie so eng und sicher wie individuell notwendig, zu schaffen. Dazu ist während der stationären Versorgung des Neugeborenen der verbindliche Kontakt mit der Mutter/Eltern so zu gestalten und darauf einzuwirken, dass ein Hilfenetzwerk durch Kooperation mit den zuständigen Fachkräften der Jugend- und Drogenhilfe akzeptiert und aufgebaut wird. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wird durch das Jugendamt eine Sozialpädagogische Familienhilfe mit hoher Wochenstundenzahl in Zielabsprache mit der Mutter/Eltern auch Teil des Hilfenetzes werden. Koordinierende Netzwerktätigkeiten mit Betroffenen erfordern in dieser Phase einen hohen Zeitaufwand, um zu einem individuell stimmigen, akzeptierten, verbindlichen und effektiven Ergebnis zu gelangen.

Das Hilfesystem steht spätestens zur Entlassung und hat gemeinsam mit den Eltern zukünftige Absprache- und Kontrollregelungen getroffen, die kontinuierlich angepasst werden.

Die fallzentrierte und fallübergreifende Kooperation insbesondere mit dem Jugend- und Gesundheitshilfesystem, einschließlich der Drogenhilfe fanden öffentliche Beachtung und Anerkennung, so dass der Rat der Stadt Dortmund 2007 eine dauerhafte Mitfinanzierung aus dem Jugendhilfeetat beschloss. So wurde „Start mit Stolpern“ ab 2007 als Mischfinanzierungsmodell etabliert.

Sicher auch zu diesem Zeitpunkt ein Novum.

Besondere Anschaffungen, räumliche Ausweitungen etc. rekrutieren sich überwiegend aus Spendenmitteln.

Das Selbstverständnis von „Start mit Stolpern“ und damit die erste Kontaktannahme werden unseres Erachtens dadurch erleichtert, dass „Start mit Stolpern“ eine Einrichtung des Westfälischen Kinderzentrums und damit eine Einrichtung der Kinder- und Jugendmedizin in dem Bereich zur Schnittstelle Jugendhilfe, aber eben keine Einrichtung des Jugendamtes ist.

Wer Patient im Westfälischen Kinderzentrum ist, braucht medizinische und therapeutische Hilfe wie jeder andere Mensch auch, d.h. ist als Baby / Kind in erster Linie krank, genesend oder behinderungsbedroht. Als Mutter / Eltern sind sie sorgend um die Gesundheit des Kindes wie jedes andere Elternteil / Eltern auch und damit für andere Zugänge und Kontakte eher bereit.

Eine **ambulante Weiterbehandlung** und die Anbindung des Kindes / der Eltern an das Sozialpädiatrische Zentrum der Kinderklinik mit heilpädagogischer/neuropädiatrischer Frühförderung im Sinne von Entwicklungsbegleitung und ggf. Therapie wird angeboten und schon stationär vereinbart. Der weiter betreuende Kinderarzt vor Ort wird durch den Entlassbrief informiert.

Ziel dieses weiterführenden Angebotes ist Förderung des Kontakt- und Kommunikationsverhaltens, die Begleitung des angepassten Umganges mit den ganz normalen Krisen in der frühen Kindheit, Beratung und Einwirken im Hinblick auf frühkindliche Verhaltensstörungen, heilpädagogische Spiel- und Entwicklungsförderung, Stärkung der Pflege-, Erziehungs- und Versorgungskompetenz sowie dem Angebot zu systemischen Familiengesprächen. Neuropädiatrisch - ärztliche Untersuchungen in der Spezialambulanz und weitere interdisziplinäre Interventionen, wie z.B. Krankengymnastik, Sprachtherapie ergänzen das Kooperationsnetz der Sucht- und Jugend-/Familienhilfe. Im besten Fall wird dies in der Hilfeplanung des Jugendamtes weiterschreibend berücksichtigt und die Förderung als Teil des Hilfeprozesses gesehen.

Résumé:

Dieser neue innerklinische Arbeitsschwerpunkt (stationäre und ambulante) Begleitung „in einer Hand“ trägt auch der Erfahrung der Drogenhilfe Rechnung, kontinuierliche Bezugspersonen anzubieten und bestätigt sich durch unsere sehr hohe Haltequote.

Unser Ansatz ist inzwischen so verankert, dass wir immer mehr schwangere Frauen beraten, die sich darauf einstellen wollen, was sie bei der Geburt in der gynäkologischen und in der Kinderklinik (Westfälisches Kinderzentrum im Klinikum Dortmund) erwartet. Besondere - auf dieses Klientel zugeschnittene – Vereinbarungen, bezogen auf den gesamten Schwangerschaftsverlauf mit der „Bundesstiftung Mutter und Kind“ durch unseren Kooperationspartner in der Schwangerenberatung Donum vitae, unterstützen dies u.a. mit achtbaren finanziellen Zuwendungen.

Sozusagen ein neues Zeitfenster wird geöffnet, die Schwangere kann schon mal einen Brutkasten berühren und wissen, wie es auf der Säuglingsstation zugeht. In dieser ersten Begegnung werden die Schwangeren über das Prozedere im Dortmunder Netzwerk aufgeklärt und ihr Einverständnis zu diesem frühen Angebot beworben. Natürlich wird auch auf die möglichen Folgen bei mangelnder Mitarbeit deutlich eingegangen. Wichtig ist, dass die Schwangeren erleben, Teil eines Entscheidungsprozesses zu sein. Dies wird ihnen im positiven Sinne zugemutet.

Das nachstationäre Angebot richtet sich ebenso an Pflege- und Adoptivfamilien, in denen ca. 30 % der Kinder vorübergehend oder immer leben. Auch hier zeigt die Praxis, dass die Kinder es ihren Bezugspersonen nicht leicht machen, angepasst, prompt, intuitiv zu reagieren und in den Dialog zu treten sowie entwicklungsanregend zu begleiten.

Die Gruppe der Mütter / Eltern mit einer Suchterkrankung ist sehr heterogen. Jede Lebensgeschichte ist individuell und muss als solche auch betrachtet bleiben.

Als Kinderklinik sehen wir primär das Wohl des Kindes in den Möglichkeiten seines sozialen und familiären Umfeldes. Da sind wir ein Glied der Entscheidungskette. Unsere Sichtweise ist auf unsere Professionen begrenzt und Teil eines Netzwerkes.

Wir glauben, dass wir mit diesem neuen Ansatz einige Kinder vor Folgeschäden bewahren konnten. Wir begleiteten bisher vielfältige z.T. dramatische Familiengeschichten mit der Erfahrung: Bei 1/3 läuft es gut, 1/3 braucht individuelle Unterstützung und 1/3 große Obacht bezogen auf das Kindeswohl. Seit dem Beginn dieses Konzeptes 2002 bis zu diesem Vortrag 2009 konnten wir mit über 300 Familiensituationen Erfahrung sammeln. Ab 2009 prognostizieren wir eher eine Ausweitung dieses Konzeptes auf Grund deutlicher Nachfrage und Aktualität in der Diskussion um den Kinderschutz.

Drei Beispiele:

Wir haben Anteil an der 17-jährigen drogenabhängigen „in der Gosse liegenden“ Mutter mit ihrem extremen Frühchen. Frau H. lebt inzwischen suchtfrei. Mit Unterstützung ihrer Kernfamilie hat sie eine anspruchsvolle Ausbildung begonnen. Der Kleine geht in den Kindergarten und entwickelt sich mittlerweile fast problemlos.

Ebenso standen wir der suchterkrankten Mutter zur Seite, die ihr Baby aus Mutterliebe und Verantwortung zur Adoption freigab, weil sie einschätzte, dass sie es mit dem Kind nicht schaffen kann.

Oder wir begleiteten die Schwangere mit vorherigen schwierigen möglicherweise traumatisierenden klinischen Erfahrungen, die mehrere verhaltensstabilisierende und schützende Hilfen brauchte bis sie den ersten Schritt in die kinderklinische Station gehen und sich dort aufhalten konnte. Die wichtigste Basis ihr Baby in seinem Entzug zu begleiten war gelegt und die eigene Befindlichkeitsstörung zurückzudrängen im Sinne von „Containern“.

Wir erleben fast täglich die Unterschiedlichkeit. Jede Sucht hat eine Geschichte.

Wir betrachten unser Konzept auch als frühest möglichen Präventionsbeitrag zur Mehrgenerationenperspektive.



Petra Ape

Krankenschwester, Dipl. Sozial- und Heilpädagogin,
approb. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin –
Schwerpunkt: Frühe Kindheit, Systemische Familien-
therapeutin und Supervisorin

Klinikum Dortmund gGmbH / Klinik für Kinder – und Jugendmedizin
unter Leitung von Herr Prof. Dr. med. Dominik Schneider

Konzept 2009: Frau Petra Ape, Herr Dr. med. Henning Strehl,

Herr Dr. med. Gerd - Jürgen Stock

Sozialpädiatrisches Zentrum /

Neuropädiatrie und Neonatologische Abteilung

Beurhausstr. 40 in 44137 Dortmund

Tel. 0231/953 – 20976 / 77

Gemeinsam für Kindeswohl - Kooperation am Beispiel „KIDS & KO in Bielefeld“

In Deutschland leben ca. 2,65 Millionen Kinder unter 18 Jahren, die von einem elterlichen Alkoholproblem betroffen sind (Klein, 2005). Etwa 30.000 Kinder wachsen in der Obhut von Eltern auf, die abhängig sind von illegalen Drogen (Drogen- und Suchtbericht, 2012). Kinder aus Suchtfamilien weisen ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko auf selbst abhängigkeitskrank zu werden.

Aufgrund der Komplexität der Problemlagen der o.g. Zielgruppe kommen an unterschiedlichen Stellen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten eine Vielzahl von Fachkräften mit den Kindern und/oder ihren Familien in Kontakt. Diese Zusammenarbeit gilt es zu vernetzen und zu strukturieren, um den Betroffenen die bestmögliche Hilfestellung anzubieten. Eine fachkompetente Unterstützung bis zur Geburt schafft Ressourcen bei den Eltern und bietet in dieser Situation die Möglichkeit einer umfassenden, frühzeitig vorgeburtlich einsetzenden, interdisziplinären und langfristig ausgerichteten Betreuung der Frauen und Familien.

Aus diesen Gründen haben sich in Bielefeld im Jahr 2002 die jetzigen Vereinbarungspartner zusammengefunden und den Arbeitskreis KiDS & KO- Kinder, Drogenabhängigkeit, Schwangerschaft, Elternschaft und Kooperation- gegründet und im Jahr 2008 einen Kooperationsvertrag unterzeichnet.

Mitglieder des Arbeitskreises:

- Drogenberatung e.V. Bielefeld
 - Beratungsstelle/Drogenhilfezentrum
 - Fachstelle für Suchtvorbeugung
- Stadt Bielefeld Dienstleistungszentrum Jugend, Soziales, Wohnen
 - Fachstelle Kinderschutz
 - Jugendamt
- Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH
 - Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ)
 - Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel Drogen-sprechstunde der Psychiatrischen Ambulanz
 - Frauenklinik und Perinatal – Zentrum in Bethel
- Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. „Lebensräume – Sozialpsychiatrische Hilfen“

Die Zielgruppe von KiDS& KO stellt sich wie folgt dar:

- drogenkonsumierende/substituierte/ehemals drogenabhängige schwangere Frauen,
- drogenkonsumierende/substituierte werdende Väter,
- ehemals drogenabhängige Mütter /Väter/ Eltern,
- drogenkonsumierende/substituierte Mütter /Väter/ Eltern,
- Kinder, deren Mütter/Väter/Eltern Drogen konsumieren/ substituiert werden,
- als auch ehemals drogenabhängige Eltern und ihre Kinder.

Ziel des Arbeitskreises ist, die Schaffung eines interdisziplinären Netzwerks für die betroffenen Kinder, Mütter, Väter und Familien, um durch die vertrauensvolle und kooperative Zusammenarbeit aller Beteiligten ein dauerhaftes gemeinsames Zusammenleben von Kindern und ihren Eltern zu ermöglichen.

Die Kooperationspartner/ innen wollen drogenabhängige Schwangere rechtzeitig mit wichtigen Informationen versorgen, frühzeitig erforderliche vorgeburtliche Alltagshilfen initiieren, Kontakt zu weiteren Kooperationspartnern und externen Leistungsanbietern herstellen und psychosoziale Begleitung sicherstellen.

Die Sicherung des Wohls der betroffenen Kinder, die Optimierung ihrer Entwicklung und die Unterstützung der Mütter und Väter stehen dabei im Vordergrund.

Auf Kooperationsebene haben die Kooperationspartner/innen einen verbindlichen Rahmen für Kooperation und Koordination geschaffen. Es wurde ein interdisziplinäres Netzwerk gegründet und Verantwortlichkeiten im Einzelfall geregelt. Doppelte und kontraindizierte Hilfen sollten hierdurch vermieden werden und Transparenz für alle am Prozess Beteiligten hergestellt werden.

Das Netzwerk hat sich selbst den Auftrag gestellt die Qualität seiner Arbeit regelmäßig zu überprüfen und Anpassungen an aktuelle Gegebenheiten vorzunehmen. Der Arbeitskreis KiDS& KO trifft sich regelmäßig, mindestens 4 x im Jahr. Die Teilnahme der Kooperationspartner ist verpflichtend. Der Arbeitskreis ist offen für die Aufnahme weiterer Institutionen, die die vereinbarten Ziele und Inhalte der Kooperation vollständig unterstützen.

Grundzüge der Kooperation:

Die Kooperationspartner/innen haben sich in Ihrem Kooperationsvertrag von 2008 verpflichtet, den Rahmen und den Umgang mit den Betroffenen so zu gestalten, dass diese Vertrauen in die Beratungs- und Hilfsangebote entwickeln können und die angebotenen Hilfen in Anspruch nehmen.

Die jeweiligen Kooperationspartner/innen versuchen die Mitwirkungsbereitschaft der betroffenen Eltern zu erwirken und die Betroffenen zu einer Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern/innen zu motivieren. Hierzu werden die Betroffenen ausführlich über die verschiedenen Hilfemöglichkeiten für sie und ihr Kind informiert und es wird ihnen ein Überblick über die unterschiedlichen Leistungen und Bedingungen, unter denen diese in Anspruch genommen werden können, gegeben. Ebenso werden den Eltern in den ersten Kontakten die Basiskriterien und die sich daraus ergebenden konkreten Erwartungen, bzw. Zielsetzungen erklärt. Sie werden darüber informiert, welche Anforderungen zur Sicherung der Grundversorgung ihres Kindes aus Sicht der Kooperationspartner/innen bestehen. Die Vorgehensweise, bzw. Konsequenzen bei Gefährdung des Kindes werden deutlich vermittelt.

In einem kontinuierlichen Hilfeprozess wird in der *Fallkonferenz* (nicht zu verwechseln mit dem bestehenden Begriff der Hilfeplankonferenz im Jugendamt) im Rahmen einer Situationsanalyse mit den betroffenen Eltern der Hilfebedarf regelmäßig aktualisiert. Die *Fallkonferenzen* finden bedarfsorientiert statt. Die *Fallkonferenz* wird zum ersten Mal von der Fachkraft derjenigen Institution einberufen, die einen Bedarf sieht. Die *Fallkonferenz* setzt sich aus den betroffenen Eltern und den beteiligten Fachkräften zusammen.

Inhalte der Konferenz sind der Austausch über die bestehende Situation (Ressourcen, Erfüllung der Basiskriterien u. a.), die Klärung der verschiedenen Positionen und Wünsche, sowie der Austausch über die verschiedenen Hilfemöglichkeiten und deren Zielsetzung. Gemeinsam mit den Eltern wird das weitere Vorgehen abgesprochen. Zudem werden Aufgaben für die Eltern, sowie für die Kooperationspartner/innen festgelegt und verbindlich vereinbart. Auch wird zum Ende die Federführung der nächsten *Fallkonferenz* festgelegt. Die wichtigsten Absprachen sind in einem Ergebnisprotokoll von der einladenden Fachkraft festzuhalten. Dieses Protokoll stellt die Grundlage für die folgende *Fallkonferenz* dar und wird zeitnah allen Beteiligten zugesandt.

Das Besondere hinsichtlich der Kooperation:

KiDS & Ko ist ein freiwilliges Angebot an Eltern, das institutionsübergreifend und nicht personenbezogen angeboten wird. Die Kooperationspartner/innen verpflichten sich zu einer Zusammenarbeit nach besten Kräften auf der Grundlage des inhaltlichen Konzeptes. Jeder Kooperationspartner nimmt die ihm obliegenden Aufgaben im Rahmen seiner täglichen Arbeit mit der o.g. Zielgruppe eigenständig wahr. Es ist Aufgabe der Kooperationspartner/innen, Möglichkeiten der elterlichen Mitbestimmung und ihrer aktiven Beteiligung an der Gestaltung des Beratungs- und Hilfeprozesses und bei der Auswahl und Umsetzung von Hilfemaßnahmen zu sichern. Die im Rahmen der Zusammenarbeit anfallenden Kosten tragen die Kooperationspartner selbst. Sie verpflichten sich dazu, die Zusammenarbeit durch die Institutionen selbst als dauerhaft und

von gleichmäßiger Qualität zu gestalten. Alle Kooperationspartner bemühen sich nach Kräften und werden dies personenunabhängig (z.B. bei einem Wechsel eines Vertreters bzw. einer Vertreterin) gewährleisten.

Die Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen ist von Empathie, gegenseitigem Respekt und dem Bemühen, die genannten Ziele gemeinsam zu erreichen, geprägt.

In der Durchführung sollte man achtsam sein, dass das freiwillige Angebot nicht zur Verpflichtung wird. Dementsprechend sollte eine Nichtteilnahme an Kids& KO den Eltern nicht zum Nachteil gereichen, oder als Grundlage für Verweigerung von Hilfen fehlinterpretiert werden.

Der Dialog, Konsens und Dissens zwischen den beteiligten Organisationen sollte gepflegt, diskutiert und reflektiert werden, um immer wieder sich selbst und die Arbeit zu hinterfragen und zu verbessern.

Die Verbreitung von KiDS & Ko ist auf die kommunale Versorgung begrenzt. Informationen erhalten Familien und Fachleute über Flyer und Internetauftritte. Ebenso wird KiDS & Ko auf Fachtagen vorgestellt. Bei Interesse wird die Kooperationsvereinbarung anderen Trägern zur Verfügung gestellt.

Literatur

Klein, M (2005): „Kinder aus suchtbelasteten Familien: Risiken, Resilienzen, Lösungen und Hilfen, in: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.): Die Verantwortung in der Jugendhilfe für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen, Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 49, Berlin, S.62ff.

Kooperationsvereinbarung zwischen den im Arbeitskreis „KiDS & KO in Bielefeld“ (Kinder, Drogen, Schwangerschaft und Kooperation) vertretenen und in der Betreuung drogenabhängiger/substituierter Mütter/Väter/Eltern und deren Kindern tätigen Institutionen innerhalb der Stadt Bielefeld. Bielefeld 2008

<http://www.drogenbauftragte.de/2012>



Saskia van Oosterum

Diplom Pädagogin

Fachstelle für Suchtvorbeugung Drogenberatung
e.V. Bielefeld

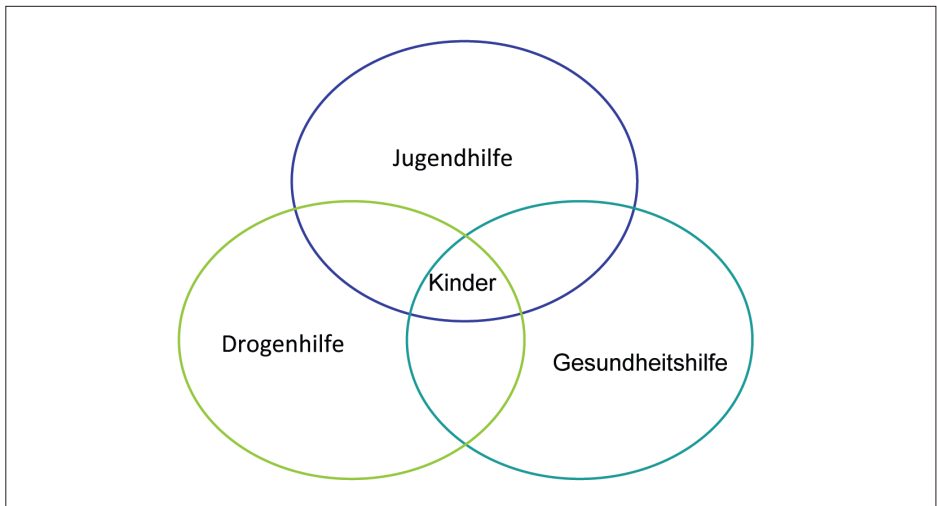
Das Kinderprojekt Fitkids an der Schnittstelle zwischen Drogen- und Suchthilfe



„Kinder von süchtigen Eltern sind immer wieder im Fokus der Öffentlichkeit. Tragische Todesfälle von Säuglingen und Kleinkindern fordern ein wachsendes Bewusstsein der Gesellschaft. Um die Kinder von Suchtkranken in den Blick nehmen zu können, ist eine Öffnung und Ergänzung der Angebote der Sucht- und Drogenberatungsstellen nötig.

Das Kinderprojekt Fitkids ist Teil des Vereins Information und Hilfe in Drogenfragen Wesel e.V.. Den Beteiligten gelangen schon 1996 ein Umdenken und ein Paradigmenwechsel in der Drogenhilfe, die in ihrer langjährigen Kontinuität beispielhaft sind. Für die Drogenberatung in Wesel gehört der familienorientierte Ansatz seither zum Selbstverständnis und ist Standard für die zukunftsweisende Hilfe für drogenabhängige Mütter/Väter und deren Kinder.

Kinder in suchtkranken Familien sind eine besonders bedürftige Personengruppe, deren Wohl eine Gemeinschaftsaufgabe der Sucht- und Drogenhilfe, der Gesundheitshilfe und der Jugendhilfe ist.



Das Projekt Fitkids rückt die Belange benachteiligter Kinder und ihrer Familien in den Vordergrund. „Von Anfang an hatte die Arbeit an den unterschiedlichen Schnittstellen, die wissenschaftliche Weiterentwicklung und die Nachhaltigkeit zentrale Bedeutung für das Projekt.“ (aus unserem Flyer zur Fachtagung „Netze knüpfen für Kinder substituierter Eltern“ am 29.11.12 in Münster).

Fitkids - zwei Arbeitsschwerpunkte:

Fitkids ist zum einen die intensive Arbeit mit den Kindern, Jugendlichen und ihren Müttern und/oder Vätern hier vor Ort in Wesel und zum anderen die hierauf aufbauende, stiftungsgeförderte Arbeit - **Fitkids** als Programm, welches wir im Rahmen von „Inhouse-Schulungen“ in andere Beratungsstellen im Land übertragbar machen und diesen Prozess dort vor Ort begleiten (www.fitkids-wesel.de).

Fitkids hier vor Ort bedeutet nicht nur, dass wir die vorhandene Angebotspalette der Drogenberatungsstelle um besondere Hilfen für die Kinder und Jugendlichen mit ihren süchtigen Müttern und/oder Vätern erweitert haben, sondern die Kinder und der Blick auf die Kinder Bestandteil der Arbeit der Drogenberatung ist.

So macht es aus unserer Sicht einen großen Unterschied ob unsere Klienten und Klientinnen drogenabhängig sind, oder ob sie drogenabhängig und gleichzeitig Mutter und/oder Vater sind, bzw. mit Kindern in einem Haushalt leben. Wird jedoch dieser Teil aus der Drogenberatungsarbeit ausgeblendet, gehen die Kinder verloren und wir erfassen die Mütter und Väter in unserer Arbeit nie ganz. Die Kinder sind Teil des „Problems“. Sucht betrifft immer das Familiensystem, ist nie nur die Problematik eines/r Einzelnen.

Die Umstrukturierung in den vergangenen Jahren innerhalb der Beratungsstelle, zugunsten Fitkids, in Absprache mit dem Weseler Jugendamt, ist von Klienten /-innen und Mitarbeiter/-innen getragen und gewünscht. Ein Teil der Fitkidsangebote, wie z. B. die Kinder- und Jugendgruppe sowie die Beratung dieser Kinder und Jugendlichen im Rahmen der Prävention oder Angehörigenarbeit, sind fester Bestandteil der Beratungsstellenarbeit. Sie sind Teil der Angebotspalette des Vereins und dienen auch in anderen Städten als „best practice“, Kinder in Drogenberatungsstellen in den Blick zu nehmen.

Über diese differenzierten Angebote ist „Sucht“ für unsere Kinder und Jugendlichen besprechbar geworden. An der Suchterkrankung der Eltern ändert sich dadurch leider grundsätzlich erst mal wenig. Verändert hat sich aber die Haltung der Kinder und Jugendlichen in Bezug auf ihren eigenen Lebensweg. Die Stärkung der Persönlichkeit und die Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung der Mütter und/oder Väter, ermöglichen den Kindern und Jugendlichen einen anderen Blick auf ihr Familiensystem und ihre eigenen Möglichkeiten. Wir bieten diesen Familien konkrete Hilfen an. Wir arbeiten an und in lokalen Netzwerken, die diese Kinder auffangen und ihnen so die Chance auf eine gesunde Entwicklung geben. Ziel ist es zu verhindern, dass die Sucht der Eltern weiter das Leben der Kinder bestimmt und es ihnen gelingt aus dem Schatten der Familie herauszutreten und eigene Lebenskonzepte zu entwickeln, bzw. in Betracht zu ziehen.

Das Thema „Selbstwirksamkeit - Handeln lernen aus der familiären Ohnmacht heraus“ begleitet uns in der Gruppenarbeit und besonders auch in den Beratungssituationen mit den Jugendlichen wie ein roter Faden. Die Kinder brauchen Lotsen, die ihnen bei der Seite stehen, wenn zu Hause mal wieder „alles schwimmt“, eine Richtung bzw. Möglichkeit ihr Erleben mit der Realität abzugleichen. Oftmals trauen sie ihren eigenen Wahrnehmungen nicht.



Das Erfahren von Selbstwirksamkeit, an der Stelle von Ohnmacht, Reaktion und Hilflosigkeit, ist einer der wichtigsten Arbeitsschwerpunkte in der Gruppenarbeit und in der Beratung dieser Kinder und Jugendlichen. Sie erweitert ihre Handlungskompetenzen und stärkt ihre Problembewältigungsfähigkeiten. Das Planen, Entwickeln und Durchführen von Projektideen ist hierzu die Methode der Wahl in der wöchentlichen Gruppenstunde mit den Kindern und Jugendlichen. Besonders pragmatisch und intensiv ist dies auch in der Umsetzung während unserer alljährlichen Ferienfreizeit. Hier sind die Kinder und Jugendlichen immer altersgemäß in die Planung und Durchführungen eingebunden.

Die Drogenberatungsstellen sind oft die erste und einzige Stelle, die Kenntnis über Kinder von Drogenabhängigen erlangen können. Die Kinder leben im Verborgenen. Durch den beschriebenen veränderten Blickwinkel der Beratungsstellen, weg vom einzelnen Symptomträger, hin zum (Familien-)System, können Kinder als Angehörige unserer Klient/-innen mit einem eigenständigen Hilfebedarf wahrgenommen und unterstützt werden. So kann es gelingen diese Hochrisikogruppe ins Hilfesystem zu vermitteln und Suchtkreisläufe zu durchbrechen.

Notwendig sind hierfür gut funktionierende Kommunikations- und Kooperationsstrukturen innerhalb des Teams der Beratungsstelle und zwischen den Hilfesystemen der Drogen-, Gesundheits- und Jugendhilfe.

Arbeitsgrundlage hier in Wesel ist der Kooperationsvertrag zwischen dem Jugendamt, dem Marienhospital und der Drogenberatung. Hier sind Handlungsschritte, Vorgehensweisen und Zuständigkeiten miteinander vereinbart, welche die Hilfen für drogenkonsumierende/substituierte Mütter/Väter, deren Kinder und drogenkonsumierende/substituierte schwangere Mütter und/oder werdende Väter innerhalb der Stadt Wesel koordiniert.

Ziele des Vertrages sind:

- Förderung der gesunden Entwicklung der Kinder,
- ein dauerhaftes gemeinsames Leben von Mutter/Vater/Eltern und Kind zu ermöglichen,
- die konstruktive Zusammenarbeit mit der Zielgruppe und eine verbindliche Kooperation mit den Vertragspartner/-innen der drei Institutionen (s.o.).

In der Überarbeitung des Vertrages sowie in der Reflektion der beschriebenen Zusammenarbeit gelingt es gut Arbeitsabläufe zu optimieren und aktuelle Gesetzeslagen, wie z.B. die Umsetzung des §8a SGB VIII und das Kinderschutzgesetz, in die praktische Arbeit der Partner/-innen institutionsentsprechend zu übertragen.

Das Weseler Kooperationsmodell als ein Beispiel für ein regionales gewachsenes Modell.



Im Rahmen von Fitkids ist u.a. ein Kooperations- und Vernetzungssystem entstanden, mit dem die „Lücken“ geschlossen und bewährte Netzwerke zum Wohl der Kinder geknüpft werden.

Unsere Angebote

Für Kinder und Jugendliche:

- Spiel- und Freizeitaktivitäten (auch Vermittlung)
- regelmäßige Gruppenangebote
- einzelfallspezifische Angebote/Beratung
- Ferienfreizeiten

Für suchtkranke Mütter/Väter und Eltern:

- Erziehungs- & Beziehungsberatung
- Gruppenspezifische Angebote
- Eltern-Kind-Aktivitäten
- Information und Vermittlung von weiteren Hilfen

Für werdende Mütter/Väter/Eltern:

- Begleitung und Beratung während der Schwangerschaft
- Psychosoziale Beratung

Für Fachkräfte:

- suchtspezifische Fortbildungen
- suchtspezifische Fall- und Teamberatung
- Beratungen im Einzelfall
- Entwicklung von Handlungskonzepten und Arbeitshilfen

Das FITKIDS-Programm

Mit finanzieller Förderung durch die Auridis Stiftung wurde das Programm „FITKIDS – Netze knüpfen für Kinder substituierter Eltern“ entwickelt und im Rahmen einer Pilotierungsphase (2011-2012) an sieben Standorten umgesetzt und über das Institut „Trialog“ in Münster evaluiert und begleitet. In diesem Programm sind sechs Bausteine enthalten, die sich für die Implementierung der Arbeit mit dem Blick auf die Kinder von süchtigen Eltern als maßgeblich erwiesen haben. Zu dem enthält es Erfahrungswissen, Methoden, Kopiervorlagen, Arbeitshilfen, Aktionshinweise, Kontaktadressen, Literaturhinweise, Fachartikel und vieles mehr für die praktische Arbeit vor Ort. Entstanden ist dieses umfangreiche Programm auf dem Erfahrungshintergrund der Arbeit hier in Wesel, in Ergänzung mit verschiedenen Kinderprojekten und Praktiker/-innen bundesweit, sowie den Ergebnissen aus der Arbeit mit den sieben Pilotstandorten in NRW.

Mittlerweile setzen 15 Beratungsstellen (13 NRW, 1 Hessen, 1 Sachsen-Anhalt) das Fitkidsprogramm in den Beratungsstellen vor Ort auf der Grundlage der regionalen- und trägerspezifischen Möglichkeiten um. Den Kreis der Beratungsstellen möchten wir zunächst bis 2018 noch erweitern.

Die Engführung des Programms auf Kinder von Substituierten dient der Zielschärfe mit dem Vorteil hier auf eine „gezählte“ Personengruppe (Substitutionsregister) zurückgreifen zu können und nicht dem Ausschluss aus dem Projekt von Müttern und Vätern mit einer anderen Suchterkrankung.

Das **FitkidsProgramm** besteht aus den folgenden sechs Bausteinen:

Basisbaustein 1: Die Kinder in den Blick nehmen – interne Voraussetzungen

Basisbaustein 2: Netze knüpfen – Kooperationen und Netzwerke

Baustein 1: Bevor es zu spät ist – praktische Arbeit mit den Kindern

Baustein 2: Früh hilft früh – Schwangere und frühe Hilfen

Baustein 3: Sprache finden – Substituierte Eltern

Baustein 4: Voneinander lernen – Multiplikatorenschulung

Auch Suchtkranke wollen gute Mütter und Väter sein. Durch ihre Erkrankung sind sie jedoch in vielerlei Hinsicht beeinträchtigt, so dass sie ihre Elternverantwortung oft nur bedingt wahrnehmen können. Hinzu kommt, dass große Scham-, Schuldgefühle und Angst es erschweren, entsprechende Hilfen für sich und ihre Kinder in Anspruch zu nehmen.

Diese Familien und insbesondere die Kinder sind deshalb auf Hilfe von außen und die Motivation der Mitarbeiter/-innen in Drogen- und Suchtberatungsstellen einen möglichen Hilfebedarf zu erkennen, angewiesen. Wie bereits an anderer Stelle beschrieben, sind die Beratungsstellen oft der einzige und vor allem der erste Ort, wo von den Kindern und ihrer Lebenssituation Kenntnis erlangt werden und ggfls. Hilfe vermittelt werden kann.

Unser **Ziel** ist es die Kinder suchbelasteter Familien so früh wie möglich in den Blick zu nehmen, damit den Müttern und Vätern die notwendige Unterstützung und den Kindern der Schutz und die Hilfe gegeben wird, die sie für ein gesundes Aufwachsen benötigen, bevor es zu Tragödien kommt, die im schlimmsten Fall auch das Sterben der Kinder bedeuten können.

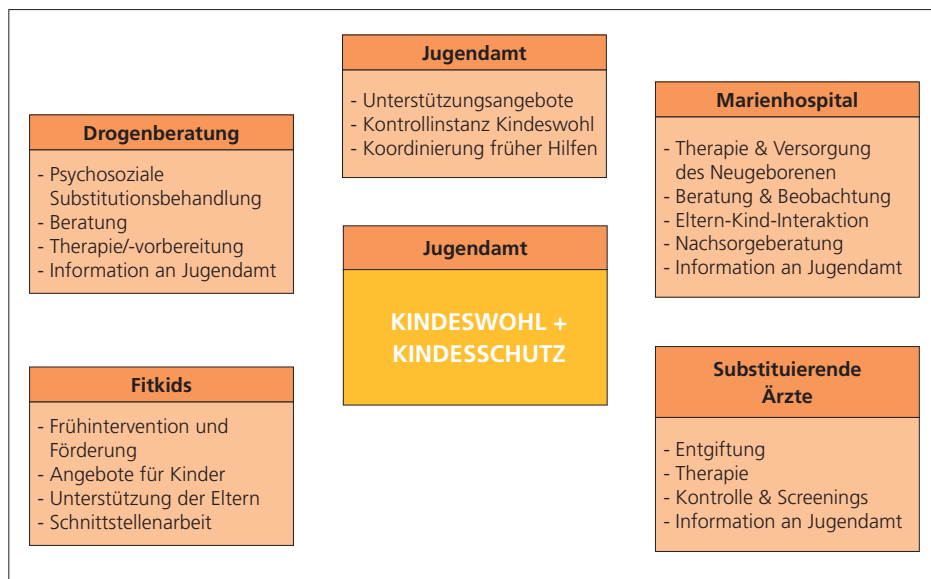
Über die Bausteine unseres Projektes gelingt es, nicht nur den Fokus innerhalb einer Drogenberatung auf die betroffenen Kinder zu richten, sondern diese auch in die Lage zu versetzen adäquate Hilfen für die Familien anbieten zu können, bzw. zu vermitteln und Kooperationspartner mit ins Boot zu holen.

Im Weiterem wirbt unser Programm für eine Kultur des Hinschauens und es gelingt so zusehens die Gesellschaft für die Nöte dieser verborgenen Kinder sensibel zu machen, denn um „ein Kind zu erziehen bedarf es ein ganzes Dorf“ (afrikanisches Sprichwort).

Als „**Best Practice**“ hat sich in der Vergangenheit in der Umsetzung der Bausteine gezeigt, dass nach der Entscheidung, die Kinder der Klienten und Klientinnen mit in den Blick zu nehmen, eine feste Verortung, personell im Team für die Belange der Kinder, vereinbart werden muss.

D.h. es muss klare Absprachen innerhalb der Beratungsstelle geben, die auch zu strukturellen und konzeptionellen Veränderungen führen. Wie in der Beschreibung zu unserer Arbeit in Wesel dargestellt, steht nunmehr nicht der suchtkranke Klient als Symptom im Mittelpunkt, sondern das Familiensystem.

Internes Strukturmodell der Drogenberatungsstelle Wesel



Hier hat sich die Festlegung auf eine/n „Kinderschutzbeauftragte/n“ als sinnvoll erwiesen, die/der parteilich für die Kinder im Team mitarbeitet.

Diese/r Mitarbeiter/in lenkt den Blick auf die Kinder und Möglichkeiten, für die Kinder/Familien Hilfen anzubieten, in Ergänzung zu der suchtherapeutischen Arbeit der Beratungsstelle.

Darüber hinaus sind klare Absprachen hinsichtlich der Schweigepflicht innerhalb und mit kooperierenden Diensten notwendig. Der Abschluss von Kooperationsverträgen mit dem Krankenhaus vor Ort (Gynäkologie & Entbindungs- sowie Kinderstation), dem Jugendamt und den substituierenden Ärzten, erleichtert dann die Arbeit im konkreten Einzelfall.

Kooperation intern und extern ist aus den beschriebenen Gründen einer der beiden Basisbausteine unseres Programmes und Grundlage für die Arbeit. Die Hilfen tatsächlich dort hinzubringen wo sie gebraucht werden, nämlich zu den betroffenen Kindern und ihren Vätern und/oder Müttern, ist eine sehr komplizierte und schwierige Aufgabe.

Das Leben dieser von Drogenabhängigkeit betroffenen Kinder findet in der Regel in einem Durcheinander aus Lügen, Kriminalität, Geldnot und Misstrauen statt. Der Außenwelt wird häufig so lange wie möglich ein „normales“ Leben präsentiert. Hilfen, insbesondere von Institutionen, werden in der Regel zunächst als Bedrohung („*die wollen unsere Kinder wegnehmen*“) des Familiensystems erlebt.

Zu dieser ohnehin schon schwierigen Situation kommt hinzu, dass Gesundheitshilfe, Drogenhilfe und Jugendhilfe traditionell nebeneinander arbeiten. Adäquate Hilfen für Kinder und ihre süchtigen Mütter und/oder Väter können jedoch nur in Kooperation der Hilfesysteme funktionieren, da es erst dann gelingen kann diese beschriebenen Familiensysteme nachhaltig zu verändern und eine gesunde Entwicklung der Kinder zu ermöglichen. Die auf den Einzelfall ausgerichteten Hilfesysteme können dies nicht leisten.

„Kranke Familiensysteme können durch Teile der Sozialgesetzbücher nicht so versorgt werden, wie „schwergestörte Familien und der Schutz ihrer Kinder“ dies bräuchten. Es gibt im bestehenden Rechtssystem keinen Anspruch auf Hilfen für ein (abhängigkeits-) krankes Familiensystem im Sinne einer gemeinsamen Therapie, Beratung usw., sondern „nur“ für jeweils individuelle „natürliche Personen“ in diesen Familien. Kurz gesagt: Suchtkranke Familiensysteme bleiben in unserem System unterversorgt – das gilt übrigens auch für Familiensysteme mit anderen Störungsbildern, z.B. für psychisch kranke Eltern, straffällige Eltern usw.“ (aus: Suchtbelastete Familien - Risiken und Hilfen für Kinder und Eltern, R. Stachowske, 2010 eine Kindheit mit psychisch belasteten und süchtigen Eltern – Kinderschutz durch interdisziplinäre Zusammenarbeit).

Die gute Chance „sichtbar“ zu werden wenn Mitarbeiter/-innen der Sucht- und Drogenberatungen diese Kinder in den Blick nehmen kann nur genutzt werden, wenn das gesunde Aufwachsen der Kinder von süchtigen Müttern und/oder Vätern als **Gemeinschaftsaufgabe** der Gesundheits-, Drogen- (bzw. Sucht-) und Jugendhilfe begriffen wird.

Die Kunst für die Mitarbeiter/-innen der Sucht- und Drogenberatungsstellen darin, positiv und selbstverständlich nach den Kindern zu fragen (dies geht z.B. zum Thema Gesundheit leichter als zum Thema Kindeswohl) und die Mutter- bzw. Vaterrolle in den suchtherapeutischen Beratungsprozess mit einzubeziehen, sollte in der Möglichkeit fußen, hier verlässlich auf Unterstützungsangebote im Jugendhilfenetzwerk zurück greifen zu können. Mögliche Gefährdungen

und die daraus resultierenden Maßnahmen lassen sich nur durch ein klar strukturiertes Helfersystem erkennen und adäquat versorgen.

Gleichwohl ist es sinnvoll und notwendig im Umkehrschluss für Mitarbeiter/-innen der Jugendhilfe, eine Suchterkrankung in der Begleitung von Müttern, Vätern, Kindern und Jugendhilfe nicht nur mit zu bedenken, sondern zu erfragen. Es ist unbestritten, dass die Mehrheit der Kinder- und Jugendlichen welche über die Jugendhilfe Unterstützung erhalten, in Familien mit einem Suchtproblem leben.

Zusammenfassend sind folgende Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation erforderlich:

- Das gesunde Aufwachsen der Kinder ist Handlungsgrundlage
- Die Kinder in den Blick nehmen
- Interne Absprachen über Zuständigkeiten und Kapazitäten der Beratungsstelle
- Allgemeingültige Handlungs-/Kooperationsvereinbarungen (z.B. für drogenabhängige Schwangere mit der Entbindungsklinik, dem Jugendamt, dem substituierenden Arzt und der Drogenberatungsstelle)
- Ein nachvollziehbares transparentes Hilfenetzwerk, auch für die Kinder und Jugendlichen mit ihren Müttern und/oder Vätern (u.a. genau definierte Schweigepflichtsentbindungen)
- Die substituierenden Ärzte werden in dieses System mit einbezogen
- Wissen über Hilfsangebote, Zugangswege, Arbeitsweise und Kontaktpersonen der verschiedenen Kooperationspartner
- Festlegen und Einhalten von Zuständigkeiten
- Feste Ansprechpartner
- Jeweils interne klare Abläufe insbesondere bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (s.u.)
- Regelmäßige Treffen zur Überprüfung der Verfahrensabsprachen und der Zusammenarbeit, außerhalb von der Fallarbeit, auf der Leitungs- und Mitarbeiter/innen
- Einbeziehung der Justiz

Wichtig ist, dass Kooperationsvereinbarungen nur außerhalb von akuten Fallsituationen in der Beratung, abgestimmt mit Leitungen und Gültigkeit für alle Mitarbeiter/-innen innerhalb der eigenen Institution und in Kooperation mit externen Trägern getroffen werden können.

Die im weiterem aufgeführten Praxisbausteine sind in ihrer Umsetzung von den Kapazitäten und den Gegebenheiten vor Ort abhängig. Sie sind nach Bedarf und Schwerpunktlegung der Beratungsstellen nutzbar und werden an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt.

Beratungsstellen, die Interesse an der Umsetzung des beschriebenen Fitkids Programms in ihrer Beratungsstelle im Rahmen eines Coachingprozesses haben, lassen sich auf einen langfristig angelegten Teamprozess ein, der nachhaltige Veränderungen im Beratungsstellenalltag mit sich bringt. „Fitkids“ betrifft immer die ganze Einrichtung und beschränkt sich nicht auf die Initiierung von Angeboten. Wie beschrieben geht es im Coachingprozess um die Implementierung des Kinderthemas in den Beratungsstellenalltag und umfasst u.a. Haltungsfragen und die Integration von aktuellen Gesetzeslagen (wie z.B. das Kinderschutzgesetz, §8a,b SGB VIII, Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz), sowie Kooperationsstrukturen.

Die Lebensentwürfe der Kinder süchtiger Mütter und/oder Väter sind positiv veränderbar, wenn wir uns mit ihnen gemeinsam auf den Weg machen. In funktionierenden Kooperationen liegen viele Möglichkeiten.

Nähere Infos unter: www.fitkids-wesel.de

Kontakt: fitkids-s.gross@drogenberatung-wesel.de



Sandra Groß

Diplom Sozialpädagogin

Projektkoordinatorin Fitkids, Verfahrenspflegerin (Anwalt des Kindes, Weiterbildung bei der FH Münster), insoweit erfahrene Fachkraft nach §8aSGBVIII (Weiterbildung beim Kinderschutzzentrum Köln), Systemische Familienberaterin (Zusatzausbildung beim ImFT Lüneburg)

TEIL 3: JUGENDLICHE



Einführung

Aktuelle Studien belegen, dass 20% der Kinder in Deutschland psychische Auffälligkeiten aufweisen; 10% bilden sogar deutlich erkennbare Störungen wie Essstörungen, Lese- / Rechtsschreibschwächen oder konstantes Schule-schwänzen. Besonders besorgniserregend: Die Tendenz ist steigend. So rechnen die Experten von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie bis zum Jahre 2020 mit einem Anstieg auf 50% psychosomatisch auffälliger Kinder.

Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist augenscheinlich hohen Belastungen ausgesetzt. Belastungen, die von der Familie und den konventionellen Bewältigungsstrategien nicht mehr ausgeglichen werden können. Eine Suchtgefahr entwickelt sich häufig, wenn die Belastungen in der psychischen Entwicklung zu groß werden und die Familie keinen Ausgleich mehr bieten kann.

Auf der einen Seite stehen die Sorgen und das Leid der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien. Doch das Problem hat auch eine gesamtgesellschaftliche Dimension, sollte ein Großteil der Kinder und Jugendlichen mit psychosomatischen Störungen im Erwachsenenalter nicht arbeitsfähig sein.

Beispiele aus der Region Westfalen-Lippe, die zeigen, dass eine Strategie der Jugend- und der Suchthilfe Hand in Hand gute Erfolge erzielen können, zeigen wir Ihnen in diesem Kapitel.

Zunächst das Auxilium in Hamm: In der Einrichtung Auxilium Therapeutisches Wohnen® werden Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 25 Jahren, mit vorliegender Abhängigkeit aufgenommen. Grundlegende Ziele der pädagogischen und therapeutischen Arbeit sind die Vermittlung von Fertigkeiten, sozialen Verhaltensweisen und einer inneren Stabilität, die es den Jugendlichen ermöglicht, den Alltag zu strukturieren, zu gestalten und letztlich zu bewältigen. Das Auxilium ist ein Angebot aus der Jugendhilfe.

Eine „Lobby“ für Jugendliche hat der Caritasverband Paderborn mit seiner Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen geschaffen. Kinder und Jugendliche, die ihre Freizeit überwiegend auf der Straße verbringen, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung oder der aktuellen Lebenssituation

andere Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen nicht aufsuchen und besonders auch Kinder und Jugendliche, die bereits Drogen konsumieren oder erste Kontakte zur „Szene“ unterhalten finden hier Hilfe. Auch die Lobby ist ein Angebot, das aus der Jugendhilfe heraus entwickelt wurde.

In dem Beitrag „Next Generation @“ werden Grundlagen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Familienhilfe bei Betroffenen und Angehörigen mit Medienabhängigkeit / Internetsucht sowie weiterführende Empfehlungen beschrieben.

Auxilium Therapeutisches Wohnen® – Behandlung von abhängigen Jugendlichen durch die Jugendhilfe

Am Anfang war...

...eine Idee und sieben Menschen, die die Vision hatten, das unzureichende Behandlungsangebot für junge suchtmittelabhängige Menschen zu verbessern. Aus der Idee wurde 1997 das Auxilium e.V. Es war die Antwort auf die massiven Veränderungen in der stationären Rehabilitationsbehandlung. Die Gründungsmitglieder waren Mitarbeiter der stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung der LWL Universitätsklinik Hamm und Mitarbeiter der Malteser Werke. Das ursprüngliche Ziel dieser Gruppe war es, die drastisch gekürzten Behandlungszeiten der stationären medizinischen Rehabilitation zu kompensieren und eine für Jugendliche und junge Erwachsene angemessene Form der Behandlung zu entwickeln. Dieses Angebot sollte den Entwicklungsstand, den erzieherischen Bedarf und ein für die erfolgreiche Behandlung ausreichendes Zeitfenster berücksichtigen. Uns war bewusst, dass wir bei diesem Klientel nicht von einer Rehabilitation, sondern von einer Habilitation ausgehen müssen. So entstand ein erstes Angebot im Auxilium e.V., das sich an diejenigen Klienten richtete, die eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung in der LWL Klinik Hamm abgeschlossen hatten. Ein weiterer wesentlicher Baustein für den Erfolg dieses Angebotes war die Kooperation mit der „Schule im Heithof“ in der LWL Klinik Hamm, die es Jugendlichen ermöglichte, einen bereits begonnen Schulbesuch fortzusetzen.

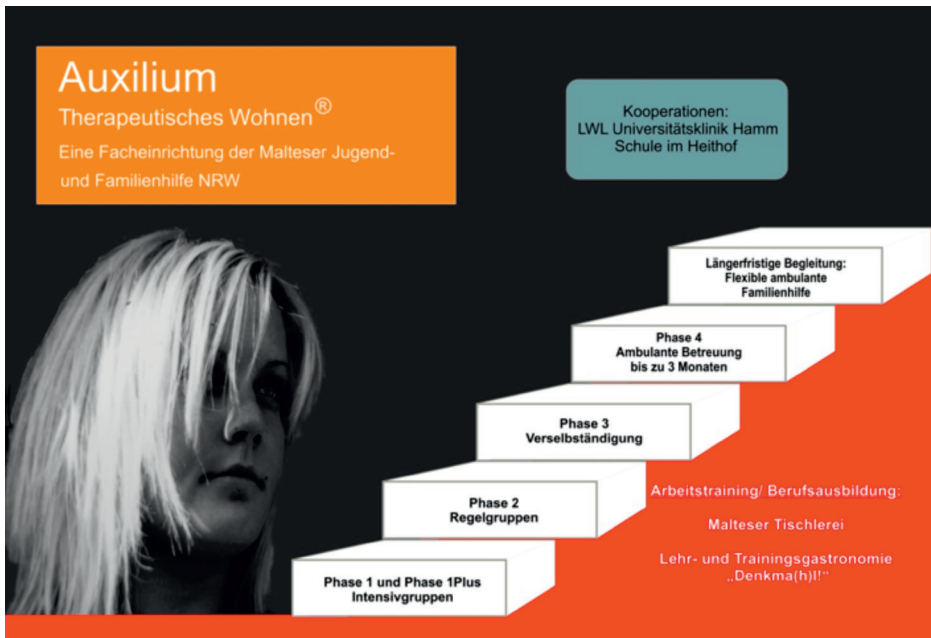
Im Lauf der zurückliegenden 16 Jahre ist aus dem Verein Auxilium e.V. eine Einrichtung in Trägerschaft der Malteser Werke gGmbH, Jugend und Soziales geworden, deren Einzugsgebiet sich auf ganz Deutschland ausgeweitet hat. Geblieben ist die enge Kooperation mit der LWL Universitätsklinik Hamm und der LWL Schule im Heithof.

Auch das Platzangebot entwickelte sich von den anfänglichen vier Plätzen hin zum heutigen Stand, in ein ausdifferenziertes, koedukatives stationäres und ambulantes Angebot der Jugendhilfe mit über 100 stationären Plätzen, davon 43 in vier unterschiedlichen Behandlungsphasen der Suchthilfe. Eine besondere Variante ist das Angebot für Klienten mit einer zusätzlichen psychiatrischen Diagnose oder Auffälligkeit. Allen Angeboten angeschlossen ist eine mögliche ambulante Nachsorge. Diese Leistungen werden nach Maßgabe

des SGB VIII und SGB XII erbracht. Die Dauer der Maßnahme wird individuell festgelegt und richtet sich nach dem Ausmaß der Reifungsdefizite und der emotionalen und sozialen Entwicklungsstörungen sowie der körperlichen, psychischen und sozialen Vorbelastungen und Suchtfolgen.

Die Behandlungsphasen

Die folgende Grafik soll ihnen einen Überblick der Maßnahmen in Auxilium Therapeutisches Wohnen® geben.



Das Angebot im **Auxilium Therapeutisches Wohnen®** ist in spezielle Phasen gegliedert. Der Einstieg in unsere Angebote erfolgt nach dem jeweiligen Entwicklungsstand des Jugendlichen.

Phase I – Intensivgruppe

Hier wird der Grundstein für eine erfolgreiche schulische, berufliche und soziale Eingliederung in die Gesellschaft gelegt. Besonderes Augenmerk liegt auf einer festen Tagesstruktur, der Einhaltung von Regeln und Absprachen sowie der Entwicklung einer gezielten Freizeitgestaltung unter therapeutischer und pädagogischer Anleitung und Begleitung.

Phase I PLUS – Intensivgruppe

Sie ist ein spezielles Angebot für Jugendliche, die intensiverer Betreuung in einer kleineren Gruppe bedürfen. Gründe hierfür können zusätzliche psychische oder soziale Beeinträchtigungen sein. Die Gruppe wird fachärztlich und pädagogisch intensiv betreut. Die Einzeltherapie hat vorrangige Bedeutung vor anderen therapeutischen Verfahren. Hinzu kommen eine therapeutische Bearbeitung emotionaler und lebensgeschichtlicher Problemfelder sowie die Entwicklung der Sozialkompetenz.

Phase II – Regelgruppe

Die Bewohner ziehen in ein großes Gründerzeitgebäude im Hammer Stadtgebiet. Hier leben sie in Wohneinheiten zu jeweils zwei Jugendlichen. Das Augenmerk liegt auf dem Erlernen einer selbständigen Lebensführung. Es wird ein höheres Maß an Eigenständigkeit erarbeitet. Die therapeutische und pädagogische Betreuung sind weiterhin gewährleistet.

Phase III – Verselbständigung

Diese Phase findet in durch die Einrichtung angemieteten Wohnungen statt. Hier wird unter möglichst realen Bedingungen das Leben in einer eigenen Wohnung trainiert. Therapeutische Unterstützung findet nur noch bei Bedarf statt. Pädagogische Mitarbeiter sind nicht mehr täglich vor Ort.

Ambulante Nachsorge

Bei Bedarf können wir nach Umzug in eine eigene Wohnung noch bis zu drei Monate ambulante Betreuung anbieten. Sollte eine darüber hinausgehende, längere ambulante Betreuung notwendig sein, kann dies durch die Flexible ambulante Familienhilfe der Malteser Werke übernommen werden.

Behandlung

Die Kriterien für eine Aufnahme in unsere Behandlung sind die Freiwilligkeit des Jugendlichen und die Vorlage einer Kostenzusage durch den Kostenträger. Unsere Arbeit basiert insgesamt auf den Grundlagen systemischen Denkens und Handelns. Sie wird ergänzt durch lerntheoretisch-kognitive, lösungs- und ressourcenorientierte, gruppentherapeutische und gruppenpädagogische Anteile sowie durch die Bezugsarbeit.

Bei der therapeutischen Arbeit kommt insbesondere der Ansatz der System- und Familientherapie zum Tragen. Neben der Arbeit mit den Herkunftsfamilien fließen auch Elemente der Gesprächs-, Gestalt- und Verhaltenstherapie ein.

Die drei Säulen unserer Arbeit sind:

- **die pädagogisch / therapeutische Arbeit,**
- **der Freizeitbereich**
- **und der Bereich Schule / Ausbildung.**

Dies sind die wesentlichen Bausteine für eine erfolgreiche, d.h. suchtmittelfreie Entwicklung.

Ziele

Die Ziele werden mit den Klienten und dem Kostenträger in der Hilfeplanung individuell festgeschrieben und regelmäßig überprüft. Die folgende Aufzählung ist nicht abschließend und gibt einen Überblick über die möglichen Ziele im Auxilium Therapeutisches Wohnen®.

Ziele der Maßnahme im Auxilium Therapeutisches Wohnen® sind:

- Die dauerhafte Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft
- Das Erreichen und Erhalten der Abstinenz
- Die Behebung bzw. der Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen
- Der Erwerb und die Stabilisierung sozialer Kompetenzen
- Die Entwicklung tragfähiger und drogenfreier Beziehungskonzepte

Gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die häufig nicht einmal einen Schulabschluss haben, bildet die Herstellung der Lernfähigkeit und die Hinführung zu einem qualifizierten Schulabschluss die Grundlage für eine spätere Erwerbstätigkeit und Selbständigkeit. Darüber hinaus ist die Aufarbeitung von Persönlichkeitsstörungen und Sozialisationsdefiziten erforderlich.

Im Rahmen der Psychotherapie steht das Lernen von Selbstverantwortlichkeit an erster Stelle. Die Bewohner sollen verstehen lernen, was ihre „spezifischen Klippen“ sind und welche Muster bei ihnen immer wieder ablaufen, so dass sie zum Beispiel rückfällig werden. Sie sollen neue Erfahrungen mit Nähe und Distanz machen und wichtige Korrekturen vornehmen, um ihre häufig diffuse Identität neu bestimmen zu können.

Rückfall

Wir vertreten die Auffassung, dass gelegentliche Rückfälle zum therapeutischen Prozess gehören und dann in entsprechender Weise bearbeitet werden müssen. Es genügt nicht, ausschließlich Sanktionen zu verhängen, sondern es steht die Entwicklung konkreter Bewältigungsstrategien im Blickpunkt unserer pädagogischen und therapeutischen Arbeit.

Ein Rückfall während der Maßnahme im **Auxilium Therapeutisches Wohnen®** führt nicht zwingend zur Entlassung des Klienten. Jeder Rückfall wird ernst genommen und sowohl im Team, als auch mit dem rückfälligen Klienten kritisch reflektiert. Im Rahmen der Rückfallaufarbeitung überprüfen wir, aus welcher Haltung heraus der Klient rückfällig geworden ist. Wir versuchen zu ergründen, was die dabei ablaufenden Muster des Klienten sind. Wir stellen uns, als therapeutisches Team auch die kritisch – reflektierende Frage, inwieweit wir eventuell im Verlauf der Maßnahme in der Interaktion mit dem Klienten Verhalten bewirkt haben, die denen ähneln, die in der Suchtentwicklung eine Rolle spielten.

Bei der Rückfallbesprechung im Team wird eine Wertung des Rückfalls vorgenommen, Änderung im therapeutischen und pädagogischen Vorgehen besprochen, sowie gegebenenfalls Konsequenzen im Bezug auf den rückfälligen Klienten überlegt. Der Kostenträger wird bei jedem Rückfall umgehend informiert und in die Aufarbeitung des Rückfalls einbezogen.

Freizeit

Gerade dem Freizeitbereich kommt eine besondere Bedeutung für den Aufbau neuer suchtmittelfreier Kontakte zu. Die Bewohner erhalten Hilfestellungen bei der Suche nach einer gezielten Freizeitgestaltung wie Verein, Kirche, kulturelle oder politische Gruppe. Um das Ideenspektrum der Bewohner bezüglich der Möglichkeiten sinnvoller Freizeitgestaltung zu erweitern, bieten die Mitarbeiter verschiedene Freizeitaktivitäten an. Für Jugendliche, die noch keine eigene Freizeitgestaltung vorweisen können, ist die Teilnahme an diesen Angeboten verpflichtend. Des Weiteren arbeiten die Mitarbeiter in den Ferien ein Ferienprogramm aus. Auch hier sollen gemeinsam neue Freizeitgestaltungsmöglichkeiten erprobt werden. Ich will aber auch nicht verschweigen, dass die Mitarbeiter in der Bewertung, was eine sinnvolle Freizeitaktivität ist, lernen mussten. So herrschte lange Zeit die Annahme vor, dass als Freizeitaktivität am besten Mannschaftssportarten in Frage kommen. Dies war zum Teil darin begründet, soziale Kontakte aufzubauen und dem Trend, in ein Fitnessstudio zu gehen, vorzubeugen. Allerdings ist uns allen sehr schnell klar geworden, dass Freizeitaktivitäten immer an den Interessen und Neigungen des Einzelnen orientiert sind und sich nicht verordnen lassen. Nicht jeder liebt Fußball und Angeln kann auch eine Freizeitaktivität sein.

Schule

Die Beschulung erfolgt im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit der Schule im Heithof, die mit einer Fachabteilung für „Drogenabhängige Jugendliche und junge Erwachsene“ ausgestattet ist. Diese Schule ist der LWL-Universi-

tätsklinik Hamm zugeordnet. Die Zusammenarbeit mit den Lehrern wird so gestaltet, dass über Leistungsvermögen, Leistungsbereitschaft, Erledigung der gestellten Aufgaben, Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit ein regelmäßiger Austausch erfolgt, um sicher zu stellen, dass die angestrebten Ziele auch erreicht werden. Nach dem Erwerb eines Schulabschlusses an der „Schule im Heithof“ besteht für die Schüler mit den entsprechenden Fähigkeiten die Möglichkeit, weiterführende Schulen zu besuchen.

Praktikum

Die Mehrzahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in unsere Maßnahmen kommen, haben überhaupt keine Vorstellung von den Bedingungen, nach denen das tägliche Erwerbsleben in unserer Gesellschaft geordnet ist. Ein Praktikum dient einer Erkundung und Orientierung in dem Arbeitsbereich und ist Bestandteil des Angebots im Auxilium Therapeutisches Wohnen®. Es kann bis zu drei Wochen dauern.

Arbeitstraining

Das Arbeitstraining ist auf eine Dauer von 3 Monaten ausgelegt. Innerhalb dieses Zeitrahmens soll die Leistungsfähigkeit des Teilnehmers auf das individuell Mögliche gesteigert werden, um so einen Eindruck von der grundsätzlichen Leistungsfähigkeit zu erlangen. Das Arbeitstraining ist unter realistischen Arbeitsbedingungen organisiert. Auftretende psychische und emotionale Störungen sowie körperliche Beschwerden werden in den gesamten Prozess eingebracht und gelöst. Das Arbeitstraining bewertet die Qualifikationschancen und Arbeitsleistungen der Teilnehmer.

Die Finanzierung des Arbeitstrainings erfolgt über einen gesonderten Entgeltsatz.

Berufsausbildung

Im Rahmen unseres Angebotes besteht für Jugendliche, denen sich im ersten Ausbildungsmarkt keine Möglichkeit zu einer Berufsausbildung bietet und für die die bestehenden Angebote nicht greifen, die Möglichkeit, eine Berufsausbildung zum Tischler in unserer Holzwerkstatt oder zum Koch, Beikoch oder Restaurantfachmann in unserem Restaurant Denkma(h)l! zu absolvieren. Unsere Betriebe sind von den Handwerkskammern als Ausbildungsbetriebe anerkannt. Die theoretische Ausbildung erfolgt in der Berufsschule. Die Voraussetzung für dieses Angebot ist neben der oben genannten Indikation und der notwendigen Erfolgsprognose eine Bewilligung durch den Kostenträger. Die Finanzierung der Berufsausbildung erfolgt über einen gesonderten Entgeltsatz.

Biographiearbeit

Im Rahmen der therapeutischen Biographiearbeit hat sich unsere Kooperation mit der Fachhochschule für Sozialwesen Münster als sehr hilfreich erwiesen. Im Rahmen dieser Kooperation haben unsere Bewohner die Möglichkeit, eine Familienaufstellung zu gestalten. Die Studenten der Fachhochschule stellen sich hierbei als Stellvertreter für die Familienangehörigen der Bewohner zur Verfügung und gestalten das Erstgespräch mit dem jeweiligen Bewohner. Die Aufstellungsarbeit wird dann von einem Dozenten der Fachhochschule, sowie einer Therapeutin des Auxilium durchgeführt, die beide von der Ausbildung systemische Familientherapeuten sind.

Weitere Informationen zu unseren Angeboten und die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme finden sie im Internet unter: www.malteser-jufam.de



Ralf Wilczek

Sozialwirt M.A., Dipl.-Sozialarbeiter

MW Malteser Werke, gemeinnützige GmbH
Leitung Malteser, Jugend- und Familienhilfe NRW

Eine „Lobby“ für Kinder und Jugendliche – Caritasverband Paderborn vernetzt Jugend- und Suchthilfe

Jugend (S)ucht Hilfe hieß 2009 der Titel des gemeinsamen Fachtages des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und der Suchtkrankenhilfe im Caritasverband Paderborn e.V.

Wo und wie Jugend Hilfe sucht und findet war auch eine Kernfrage die sich 1998 der Jugendhilfeausschuss der Stadt Paderborn gestellt hat und in deren Folge die Anlaufstelle „Lobby“ konzipiert wurde. Mittlerweile können wir, dank der Finanzierung durch Stadt und Kreis Paderborn, auf 15 erfolgreiche Jahre gelebte Kooperation zwischen Sucht- und Jugendhilfe zurückschauen. Blickt man auf die Entstehungsgeschichte der Anlaufstelle „Lobby“ zurück stand am Anfang die selbstkritische und mutige Fragestellung der Stadt Paderborn ob drogengefährdete und -abhängige Minderjährige in Paderborn von



(Team der „LOBBY“ 2014. V. links: Anja Willeke, Dorothea Walter, Reinhold Nacke, Verena Seefeld, Marion Böwer, Vera Koßmann)

der örtlichen Jugend- und/oder Suchthilfe erreicht werden, ein politisch sicherlich wenig populäres Thema. Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass sich in der städtischen Drogenszene offensichtlich auch minderjährige Personen aufhielten. Der Jugendhilfeausschuss der Stadt Paderborn beschloss daraufhin eine qualitative Bedarfsanalyse beim Caritasverband Paderborn in Auftrag zu geben.



Die Bedarfsanalyse bestätigte, dass es im Stadt- und Kreisgebiet ca. 50-60 Minderjährige gab, die aufgrund ihrer besonderen Lebenssituationen (Familienkonflikte, Schulverweigerung, Verlust-, Missbrauch- und Gewalterleben) und ihres Freizeitverhaltens (sie verbringen ihre Freizeit überwiegend auf der Straße bzw. an Szenepunkten) sehr stark gefährdet sind Drogen zu konsumieren bzw. abhängig zu werden. Im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung setzte sich 1999 letztendlich das Konzept des Caritasverbandes und somit der Anlaufstelle Lobby gegenüber anderen Konzepten durch. Der Kreis Paderborn beteiligt sich seit dem 01.03.2002 an der Anlaufstelle. Er stellt eine volle Fachkraftstelle für die kreisweite Versorgung von drogenkonsumierenden und –gefährdeten Minderjährigen zur Verfügung. Eine Stiftung finanzierte für die Anlaufstelle ein zu einer mobilen Anlaufstelle ausgestattetes Fahrzeug, mit dem Szenepunkte, Schulen und andere Einrichtungen angefahren werden.

In den Befragungen der Jugendlichen stellte sich heraus, dass diese durch andere Hilfeeinrichtungen unzureichend oder gar nicht erreicht wurden. Die klassische Kinder- und Jugendhilfe wurde als zu hochschwellig wahrgenommen, die Suchthilfe als Hilfe ohne adäquate Schnittstellen. Das verwundert nicht wenn man sich die historische Entwicklung dieser beiden Bereiche anschaut. In den Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche wurde eine mögliche Suchterkrankung in der Familie zu selten in den diagnostischen Fokus genom-

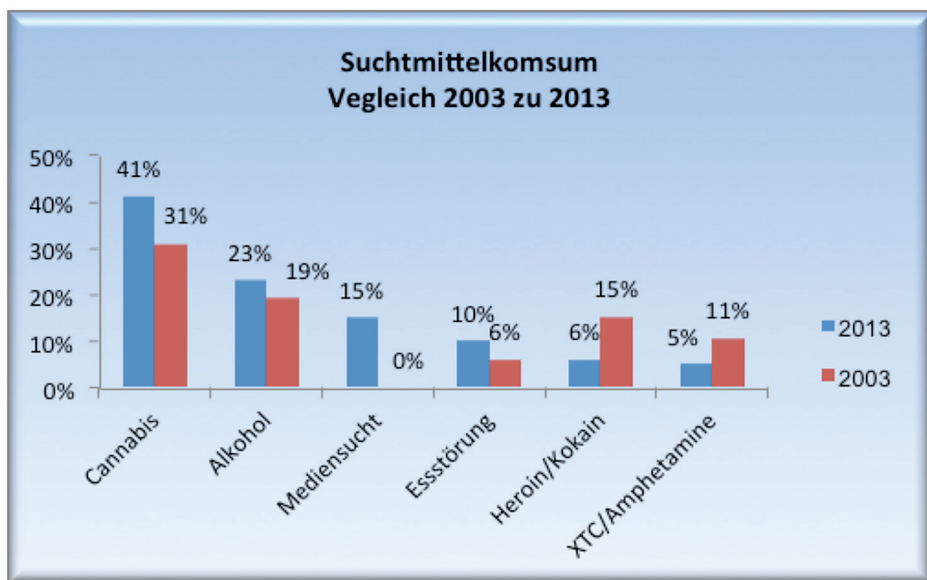
men. In der klassischen Suchthilfe wurde in der Vergangenheit der systemische Blickwinkel und hier vor allem die Kinder in den Familien, zu sehr vernachlässigt. Dem wird mittlerweile vielfach durch konzeptionelle und personelle Anpassungen entgegengetreten. Ein wichtiger Aspekt im Zusammenspiel von Jugend- und Suchthilfe.

Die Idee der Anlaufstelle „Lobby“ fußt genau auf den beschriebenen Beobachtungen. Es ging von Anfang an darum, möglichst keine Kinder und Jugendliche die sich zwischen den Hilfesystemen bewegten zu „verlieren“.

Die Zielgruppe der LOBBY definiert sich einerseits durch eine oder mehrere allgemeine Konfliktlagen und damit einhergehend andererseits einer drogengefährdung oder- abhängigkeit. Dies verlangt von den Mitarbeitern ein multiperspektivisches, systemisches Fallverstehen, das sämtliche Faktoren berücksichtigt. Dazu zählt auch die begleitende Beratung der Angehörigen.



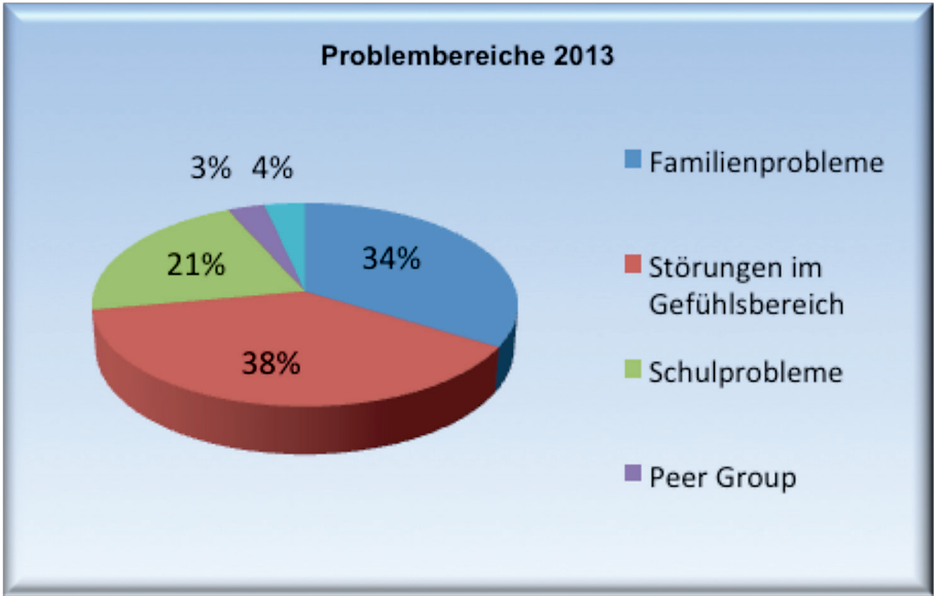
Die Arbeitsweisen der Anlaufstelle „Lobby“ mussten sich stets den veränderten gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen innerhalb der Jugendphase anpassen. Das wird unter anderem mit Blick auf die Statistik „Suchtmittelkonsum“ deutlich. Spielte in den Anfangsjahren noch der Konsum von Heroin oder Kokain eine große Rolle beobachten die Mitarbeiter/innen schon länger den Trend zu Cannabis- und/oder Alkoholkonsum und „neuen Süchten“ (z.B. Medienabhängigkeit).



1999 war die aufsuchende Arbeit ein unterscheidendes Merkmal zu den klassischen Beratungsdiensten. Jugendliche sollten dort abgeholt werden, wo sie ihre Freizeit verbringen bzw. sich aufhielten. Das geschah in den Anfangsjahren durch klassische sozialarbeiterische Streetworkarbeit. Hierbei verteilten die Mitarbeiter/innen „Gutscheine für einen kostenlosen Imbiss“, der in den Räumlichkeiten der Lobby im Rahmen eines offenen Treffs eingelöst werden konnte.

Eine Anpassung erfolgte hier um 2010. Die zunehmende Digitalisierung der Jugendphase, verkürzte Schulzeiten sowie der Ausbau der offenen Ganztagschule führte zu einem veränderten Freizeitverhalten und somit auch zu anderen Bedarfen, die wiederum eine flexible Anpassung der Arbeitsweisen bedeutete. Heute bezeichnen wir das aufsuchende Element als sozialraumorientierte aufsuchende Arbeit. Hierbei steht der Sozialraum, respektive die Häuser der offenen Tür, die (Ganztages-)Schulen, Skaterparks oder Sportvereine in dem sich die Jugendlichen bewegen im Vordergrund. Konkret kann das eine in Kooperation mit dem Jugendtreff gemeinsam durchgeführte aufsuchende Arbeit sein oder suchtpreventive Angebote an Schulen zu aktuellen Themen wie Cybermobbing. Alles mit dem Ziel Kontakte aufzubauen, Vertrauen zu schaffen und nah an den Lebenswirklichkeiten der Zielgruppe zu sein.

Der Zugang zur Anlaufstelle soll maximal niedrigschwellig gestaltet sein. Kurzfristige Terminvereinbarungen für Treffen an Orten, die den Jugendlichen ein sicheres Gefühl geben sind ein Teil der Niedrigschwelligkeit, ebenso wie eine unkomplizierte Erreichbarkeit über Smartphone, „Whats App“ oder Facebook.



Die besondere Arbeitsweise der Anlaufstelle ist dann das Case-Management. Die Kombination aus jugendspezifischen Problemkonstellationen (z.B. Selbstwertmangel, negatives Selbstbild, schulbezogene Ängste oder Probleme in Folge von Trennung und Scheidung) und substanzbezogenen Störungen erfordern das Einbeziehen sowohl der Jugend- als auch der Suchthilfe. Die Lobby fungiert hier als Bindeglied oder für die Kinder und Jugendlichen als Vermittler zwischen den Systemen. Eine Begleitung zum Jugendamt ist genauso möglich wie ein gemeinsames Infogespräch auf einer jugendspezifischen Entzugsstation oder die Kontaktaufnahme über eine offene Sprechstunde in einer Paderborner Kinderklinik.

Die rechtliche Grundlage der fachlichen Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist das Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII). Ein mädchen- bzw. jugendspezifischer Arbeitsansatz wird durch die Besetzung der 2,7 Planstellen für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen durch beiderlei Geschlechts sichergestellt. Die Finanzierung der Anlaufstelle LOBBY erfolgt auf der Grundlage des SGB VIII durch einen Leistungsvertrag durch die Stadt Paderborn und den Kreis Paderborn unter Einbezug von Eigenmitteln des Caritasverbandes.

Fazit:

Eine gelingende Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe setzt immer auch die Bereitschaft der Professionellen voraus „über den Tellerrand“ zu schauen und ggf. alte Zöpfe abzuschneiden. Gelingt die Vernetzung steigt die Qualität und Wirksamkeit der Hilfen. Gleichzeitig werden Ressourcen geschont beziehungsweise sie werden effizienter zum Wohle der Kinder und Jugendlichen eingesetzt. Das Modell der Anlaufstelle „Lobby“ ermöglicht in der beschriebenen Form, mit kommunaler Unterstützung, eine lebendige Kooperation von Jugend- und Suchthilfe ohne die speziellen Charakteristika und Herangehensweisen in Frage zu stellen.



Dominik Neugebauer

Diplom Sozialarbeiter, Mediator

Leiter der Suchtkrankenhilfe im Caritasverband
Paderborn e.V.

„Next Generation @“

Best Practice aus 5 Jahren - Empfehlungen von Grundlagen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Familienhilfe bei Betroffenen und Angehörigen mit Medienabhängigkeit / Internetsucht

Dieser Beitrag gliedert sich in vier Abschnitte.

1. „Der Prophet / die Ausgangssituation“
Fakten zu Hier und Jetzt / Erfahrungen aus Projekten und vom Autor
2. „Petrus und Simon / Prävalenz aus Pinta und Pinta DIARY zur Situation in Deutschland“
3. „Kassandra / die größten Missverständnisse in der Arbeit mit Medienabhängigkeit“
4. „Odysseus vs. Orpheus / Intervention“
Erkenntnisse zur Prävention und Intervention von Medienabhängigkeit

1. „Der Prophet / die Ausgangssituation“ Fakten zum Hier und Jetzt / Erfahrungen aus Projekten und vom Autor

„Von den Kindern

...

*Ihr dürft ihren Körpern ein Zuhause geben, aber nicht ihren Seelen,
Denn ihre Seelen wohnen im Haus der Zukunft, und das könnt ihr nicht
betreten, nicht einmal in euren Träumen. Ihr dürft bestrebt sein, ihnen zu
gleichen, aber versucht nicht, sie euch gleich zu machen.
Denn das Leben schreitet nicht rückwärts noch verweilt es im Gestern.“*

aus Khalil Gibran, „Der Prophet“ um ca. 1900

Eine literarisch gelungene Umschreibung der Verunsicherung in den Familien, Familienberatungsstellen und der Suchthilfe im Umgang mit dem Störungsbild Medienabhängigkeit bzw. dem Internet der letzten Jahre.

Ähnlich stellte sich die Situation seit ca. 2008 in den Suchtberatungsstellen dar, seit dem immer mehr Anfragen zum Thema Medienabhängigkeit an diese herangetragen wurden und sich auch vermehrt Kolleginnen und Kollegen von den Familienberatungsstellen, mit der Bitte um Kooperation bzw. Unterstützung

bei Medienabhängigkeit, meldeten. Die in diesem Artikel zusammengefassten Grundlagen und Erkenntnisse sind ein Resümee aus den Projekten „Life Reloaded“ der Fachstelle Glücksspielsucht des Rheinkreis Neuss von 2009-2012, dem ESCapade Unna Projekt aus 2014 in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendberatungsstelle des Kreises Unna und aus der kontinuierlichen Teilnahme an allen Symposien und Veranstaltungen des Fachverbandes Medienabhängigkeit e.V. bis einschließlich Oktober 2014.

Um jedoch erfolgreich zusammen arbeiten zu können, brauchen diese beiden Hilfesysteme eine Basis aus Grundwissen und Werkzeugen. Hierzu werden in diesem Artikel Empfehlungen und Angebote des Autors für die Praxis gegeben - ohne „Ausschließlichkeitsanspruch“.

Die Kernfragen für die Familienhilfe und die Suchthilfe zur Internet- und Medienabhängigkeit sind:

- Ist Medienabhängigkeit bzw. Internetsucht überhaupt eine dauerhafte Erkrankung?
- Was sind die derzeitigen bzw. wichtigsten Fakten zu den Medien des Internets?
- Wann muss oder sollte interveniert werden?
- Wenn interveniert werden sollte, wie?

Dieser Artikel greift diese Fragen nacheinander auf, aufgrund der Vorgaben zu diesem Artikel ist eine ausführliche Darstellung aller Aspekte nicht in Gänze zu erreichen. Die Querverweise lassen aber eine ausführliche Nacharbeitung der Themen zu und schlagen eine Richtung vor.

Der nächste Artikel greift zunächst die Frage auf, ob Medienabhängigkeit bzw. Internetsucht überhaupt eine dauerhafte und eigenständige Erkrankung sind. Wie ist der aktuelle wissenschaftliche Stand zur Prävalenz der Medienabhängigkeit bzw. Internetsucht?

2. „Petrus und Simon / Prävalenz aus Pinta und Pinta DIARY zur Situation in Deutschland“

*„Denn ein Schrecken hatte ihn erfasst und alle die bei ihm waren,
über diesen Fang, den sie miteinander getan hatten (...).
Fürchte dich nicht! Von nun an wirst du Menschen fangen.“*

Quelle: Neues Testament, Lukas 5. 1-11

Ab ca. 2008 vermehrten sich zunehmend Berichte um eine mögliche Internetsucht in der Bevölkerung. Die Wissenschaft wurde damit beauftragt dieses Phänomen zu untersuchen, um der zuvor literarisch umschriebenen Verunsicherung auf den Grund zu gehen. Um erste Anhaltspunkte zu erhalten und weitere Forschung zu ermöglichen wurden in den ersten Jahren Zahlen aus verschiedenen Ländern herangezogen und Stichproben hochgerechnet. Ferner musste auch die Wahrscheinlichkeit eines passageren Phänomens in der Bevölkerung ausgeschlossen werden. Zusätzlich für Verwirrung sorgten auch einzelne Experten, die von ihren Stichproben noch im „Hier und Jetzt“ auf die Gesamtbevölkerung schlossen oder andere, die für ihre Veröffentlichung schlichtweg Ergebnisse aus Studien über das Fernsehen „einfach“ auf das Medium Internet adaptieren.

Erste Klarheit über die Situation in Deutschland brachte in 2011 die Studie der Prävalenz der Internetabhängigkeit (kurz PINTA) der Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

In dieser Studie wurden 15.024 Personen im Alter von 14-64 Jahren befragt und durch den proportionalen Zufallsstichprobenansatz wurde die Repräsentativität über umfangreiche Gewichtungen sichergestellt.²² Die Ermittlung der Prävalenz erfolgte in der PINTA-Studie über den CIUS (der Compulsive Internet Use Scale (CIUS) von Meerkerk und Kollegen vom Addiction Research Institute Rotterdam (Niederlande) ist ein 14-Item Fragebogen²³).

Um jedoch diese Ergebnisse und diese Studie zu vertiefen, wurde in 2013 die Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (PINTA-DIA-RI) zusätzlich zur Überprüfung der ersten Zahlen durchgeführt und veröffentlicht. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der PINTA-Studie erhielten in PINTA-DIA-RI eine Nachbefragung, in der ausführlich eine standardisierte, voll strukturierte Diagnostik der Internetabhängigkeit erfolgte. Ferner wurde diese Studie, die zunächst als Forschungsdiagnose „Internet Gaming Disorder“ im Diagnostischen und Statistischen Manual für Psychische Störungen (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) begrenzt auf den Bereich des Computerspielens eingeführt (Petry & O'Brien, 2013) und im Rahmen der vorliegenden Studie als Grundlage der Diagnose der Internetabhängigkeit genutzt und auch auf andere Nutzungen des Internet (Facebook etc. Datensammeln) angewendet.²⁴

22 Quelle: Rumpf et al, 2011, s. Literaturverzeichnis Nr. 1

23 gl. Meerkerk et al., 2009

24 Quelle: Rumpf et al. 2013, s. Literaturverzeichnis Nr. 2

Um es kurz zu machen hat die zweite Studie die ersten Ergebnisse bestätigt, diese sind:

- Gesamt Prävalenz 1,00 % in der Gesamtbevölkerung.
- Laut PINTA 1 gelten weitere 1,4 Millionen Menschen als gefährdet.
Teilt man dieses Ergebnis weiter auf, dann ergibt sich:
- Für die 14-24 Jährigen eine Prävalenz von 2,4 %
- sowie bei den 14-16 Jährigen eine Prävalenz von 4,00 %.

Fazit: Das Störungsbild persistiert und ist somit Aufgabe der Suchthilfe und aufgrund der Vielzahl junger Betroffener und deren Angehöriger auch Aufgabe der Familienberatung. Wahrscheinlich waren diese Ergebnisse auch ausschlaggebend dafür, dass der Fachverband Medienabhängigkeit e.V. 2013 in die DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) e.V. aufgenommen wurde.

Aufgrund dieser wissenschaftlichen Lage ist davon auszugehen, dass die Suchthilfe und die Familienberatung sich mit der Beratung, Behandlung und Prävention dieses Störungsbildes dauerhaft beschäftigen werden bzw. teilweise hiermit schon beauftragt oder konfrontiert sind.

Um jedoch erfolgreich in diesem Umfeld arbeiten zu können, sind Fakten zum Verständnis des Internets und dessen Medien erforderlich. Man muss die Schilderungen der Betroffenen und deren Angehörigen erfassen und richtig einordnen können.

Im nächsten Abschnitt werden dazu die aktuellen bzw. die hierzu benötigten Fakten zusammengefasst.

Weltweit nutzen mindestens 2,1 Milliarden Menschen das Internets, dies entspricht 30 % der Weltbevölkerung (Stand 2011). Hierbei sind die mobilen internetfähigen Geräte noch nicht berücksichtigt. Auch ist mit einem weiteren Zuwachs (Mobil-Boost) zu rechnen.

Die Gamesindustrie hat im ersten Halbjahr 2012 allein in Deutschland 845 Millionen € Umsatz erwirtschaftet. Im Vergleich hierzu wurden nur 644 Millionen € Umsatz mit Musik erwirtschaftet. Global betrachtet handelt es sich bei der Gamesindustrie um ein Billionengeschäft - wobei Zahlen aus Facebook und Co. noch nicht einmal berücksichtigt sind.

Laut Jim-Studie 2012 haben 82 % der 12-19 Jährigen einen eigenen Rechner oder Laptop. Bei den 18 Jährigen sind es sogar 89 %. Ebenfalls ist in Deutschland eine Vollversorgung mit PC (100%) und beinahe auch mit Internet (98%) erreicht. 78 % der Jugendlichen nutzen Facebook oder andere soziale Netzwerke.

Eine Einschränkung der Nutzung durch die Eltern findet nur in 14 % der Fälle statt.

Dabei wurden Handys, Konsolen und Handheld (PS-Vita, Nintendo 3Ds usw.) nicht berücksichtigt, diese sind ebenfalls alle zu 100% internetfähig. D.h. Deutschland ist zu nahezu 100% mit Internet versorgt und fast alle Kinder und Jugendlichen nutzen das Internet.

- Aufgrund der aktuellen Internetangebote und ihrer Verbreitung ist davon auszugehen, dass alles im Internet zu finden ist, was der Gesellschaft bekannt ist. Wenn ein Kind oder Jugendlicher das Internet (egal womit) ungefiltert nutzen kann, dann kann es **alles(!)** sehen oder lesen.
- Facebook oder andere soziale Netzwerke, Spielplattformen sowie Chatrooms sind so weit verbreitet, dass **immer(!)** irgendwo jemand online ist, der chatten, posten oder spielen will.
- Wenn sich ein Nutzer bei Facebook oder seinem Lieblingsspiel anmeldet, wird dies automatisch allen seinen „Freunden“ angezeigt und er ist direkt verfügbar.
- Postet oder twittert er Neuigkeiten, wird dies automatisch allen Freunden spätestens bei ihrer nächsten Anmeldung angezeigt, oftmals auch direkt. Zusätzlich kann dann per Mikro und/oder Cam via Skype direkt kommuniziert werden. Eigentlich gibt es dadurch **immer(!)** etwas „Neues“.
- Alle online Spiele bieten mittlerweile eigene Plattformen an, damit sich **immer(!)** ein Mitspieler findet und oder Clans, Sippen oder Gilden gebildet werden können (nicht zu vergessen: Das waren früher mal Fußballmannschaften, Pfadfindergruppen oder zu meiner Zeit „Cliques.“)

Wenn man die Möglichkeiten und Angebote der Medien des Internets auf einen groben Nenner bringen möchte, kann man Folgendes zusammenfassen - egal, ob für Facebook & Co, Onlinegames oder andere Angebote wie Chatten, Surfing, etc.:

- Es gibt immer einen neuen Versuch oder Alternativen (z.B. neue Freunde).
- Jede Aufgabe ist lösbar und passt sich der Nutzerin oder dem Nutzer an (oder wird -gerade bei Onlinespielen- vom Hersteller erklärt).
- Misserfolge werden nie bestraft, oftmals sogar belohnt.
- Jeder Nutzer wird mit (wenn auch simulierter) Zuwendung überschüttet.

Mit etwas Abstand könnte man festhalten, dass es sich hierbei um angewandte Pädagogik handelt. Letztendlich ist es aus Sicht der Hersteller nur angewandtes Marketing bzw. Benutzerfreundlichkeit.

Diese Angebote und die Faszination führen dann oft zu Streitigkeiten in den Familien oder in fortgeschrittenen Stadien zur Erkrankung.

Hier ist bereits zu erkennen, dass sich die nächsten Fragen anschließen: Wo fängt eine Medienabhängigkeit bzw. Internetsucht an und welche Missverständnisse sollten vermieden werden?

Welche Werkzeuge können hierzu verwendet werden?

3. „Kassandra / die größten Missverständnisse in der Arbeit mit Medienabhängigkeit -was zu berücksichtigen ist!“

„Kassandra:“

„Der Gott Apollon gab ihr wegen ihrer Schönheit die Gabe der Weissagung. Als sie jedoch seine Verführungsversuche zurückwies, verfluchte er sie und ihre Nachkommenschaft, auf dass niemand ihren Weissagungen Glauben schenken würde.“

Homer, Ilias

Sicherlich möchte niemand dieses Schicksal teilen, jedoch gibt es durchaus in der Praxis oder auf Präventionsveranstaltungen den einen oder anderen Moment, in dem man sich so ähnlich fühlt. Daher werden in diesem Abschnitt zu vermeidende Missverständnisse erläutert und die derzeit existierenden diagnostischen Werkzeuge benannt.

Oftmals werden Fachkräfte der Suchtprävention bzw. der Familienhilfe in der Praxis mit der Situation konfrontiert, dass ein Elternteil mit Sohn oder Tochter vor ihnen sitzt und sagt: „Mein Sohn/Meine Tochter ist internetsüchtig“.

Dann könnte es zunächst den Gedanken geben, dass das Störungsbild Medienabhängigkeit nicht im Krankheitskatalog enthalten ist und daher nicht zu diagnostizieren ist. Dies ist falsch. Mittlerweile ist eine Zuordnung in der ICD-10 u.a. unter F63.8 in Anlehnung an das pathologische Glückspiel (Glücksspielsucht) möglich und wird auch bei Kostenträgern meist akzeptiert. Die Instrumente, wie der bereits erwähnte CIUS und die „Skala zum Onlinesuchtverhalten (OSV-S)“ der Universitätsmedizin Mainz, Ambulanz für Spielsucht; Universitätsmedizin Mainz²⁵ sind mittlerweile validiert und klinisch erprobt, so dass diese zur Diagnose verwendet werden können bzw. sollten.

Eine gute Alternative hierzu ist auch die Verwendung des Vorschlages aus dem Leitfaden DSM-5 (5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), auch wenn dieser Vorschlag zur weiteren Erforschung vorerst im Anhang aufgenommen wurde.

25 Wölfling et al., 2011

Die Kriterien sind:

Er / sie

- beschäftigt sich nahezu ausschließlich mit dem Internet (über vergangene Onlineaktivitäten nachdenken oder sich die nächste Onlinesitzung im Voraus vorstellen)
- hat Entzugserscheinungen wenn das Internet nicht verfügbar ist (nervös, unruhig Schweißausbrüche etc.)
- muss immer länger, mehr und/oder intensiver das Internet nutzen um den gleichen Effekt zu erzielen (Toleranzentwicklung)
- hat mehrfach erfolglos versucht, den Gebrauch des Internets einzuschränken oder einzustellen (Abstinenzunfähigkeit)
- hat den Gebrauch des Internets trotz negativer Konsequenzen fortgesetzt
- hat andere Interessen, frühere Hobbies oder Vergnügen zu Gunsten des Internetgebrauchs aufgegeben oder aufgrund des Internets verloren (Interessenverlust)
- benutzt das Internet, um einem bestimmten Gefühlszustand zu entkommen oder zu erreichen
- hat andere (Familie, Partner(in), Therapeut, etc.) bezüglich des Internet-Gebrauchs belogen
- hat wegen des Internet-Gebrauchs bereits den Verlust bedeutsamer Beziehungen, der Arbeitsstelle, von Bildungs- bzw. Karrierechancen auf Spiel gesetzt oder tatsächlich erlitten

Sind 5 Kriterien über einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten erfüllt, ist von einer Suchterkrankung auszugehen (DSM-5). Ab der Erfüllung von 3 Kriterien würde ich empfehlen, von einem gefährlichen Gebrauch auszugehen. Dies sagt schon aus, wie deutlich die pathologische Art der Nutzung fortgeschritten sein muss, um als Sucht eingeordnet zu werden. Ein frühzeitiges Handeln sollte jedoch im Idealfall schon bei der Persistenz ab 3-6 Monaten erfolgen.

Die Komorbidität bei Medienabhängigkeit sind häufig Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeits- bzw. Entwicklungsstörungen. Kai Müller und Dr. Klaus Wöfling²⁶ differenzieren zusätzlich zwischen der Internetsucht / Medienabhängigkeit als Auslöser für psychische Folgeerkrankungen und pathologische Internetnutzung vor dem Hintergrund vorbestehender psychischer Störungen. Also zwischen primärer Medienabhängigkeit und sekundärer pathologischer Internetnutzung.

26 Quelle: Kai Müller 2012, s. Literaturverzeichnis Nr. 3

Für die Praxis bedeutet dies, dass eine genaue Anamnese und Befragung der Klienten bzw. der Angehörigen unerlässlich ist und dass ggf. weitere Experten hinzuzuziehen sind.

Auch ist häufig ein Hausarzt hinzuzuziehen, um Symptome physischen Ursprungs auszuschließen (Mangelernährung, mangelnde Bewegung und wenig Sonnenlicht).

Auf jeden Fall sind drastische Maßnahmen (Entzug der Medien) vor einer genauen Klärung nicht ratsam. Auch sollten persönliche Krisen (mindesten der letzten beiden Jahre), die evtl. zu berücksichtigen sind bzw. unbearbeitet sind, z.B. Scheidung der Eltern, Unfall, Schulwechsel etc., erfasst werden. Ggf. leitet sich hieraus ein anderer Auftrag für den Prozess ab.

Hier gilt: „Von den Phänomenen zu den Strukturen“ als Leitsatz.

Ein kleines Beispiel aus der Praxis:

Mir berichtete ein Klient (18) nach dem 6. Einzelgespräch „dass er nicht vom PC weg möchte, weil er nicht wieder seine getrennt lebende Mutter im erbrochenen Alkohol sehen will“. Nach einem Klinikaufenthalt zur Behandlung seiner schon manifestierten Medienabhängigkeit zog dieser Klient zu seinem Vater.

Bei den heutigen Medien (Smartphone, PC, Laptop, Konsole, etc.) ist es häufig so, dass sämtliche Informationen der Jugendlichen darauf vereint sind, das heißt: Plattensammlung, Bücher, Spielesammlung, Telefonbuch, Poesiealbum und der Atlas. Wird den Jugendlichen dann das Medium entzogen, wäre das genauso, als würde man einem Jugendlichen aus den 1970er oder 1980er Jahren das halbe Zimmer ausräumen. Eine heftige Reaktion auf den Entzug des Mediums wird von Nichtfachleuten oft als Suchtkriterium gesehen.

Oft entstehen auch Missverständnisse beim Leitung-kappen während eines Online-Spiels. Ein Elternteil ist bspw. besorgt über den intensiven Internetgebrauch des Sohnes / der Tochter und beschließt, die Internetleitung zu unterbrechen. Der Jugendliche ist noch mitten im Spiel und „rastet aus“. Auch dies wird oft als Suchtkriterium gesehen. Das kann es auch sein, muss es aber nicht. Der Unmut des Jugendlichen kann auch der Struktur der heutigen Onlinespiele geschuldet sein, da viele Aufgaben nur mit mehreren Spielern gleichzeitig zu lösen und ca. 1-2 Stunden dauern, bis sie geschafft sind. Wird dann ein Spieler von den Eltern aus dem Spiel genommen, verliert die gesamte Mannschaft. Die Reaktion des Spielers (oder der anderen Mitspieler) ist dann verständlich. Oder würden Sie Ihren Sohn / ihre Tochter, der / die Torwart in einer Fußballmannschaft ist, vorzeitig vom Spielfeld holen?

Hier ist es wichtig, wechselseitige Vereinbarungen zwischen Eltern und Jugendlichen zu treffen, bei denen die Regeln der Onlinespiele zumindest mitberücksichtigt werden.

Sind diese Missverständnisse ausgeschlossen und eines der diagnostischen Werkzeuge weist auf einen gefährlichen Gebrauch oder eine Suchterkrankung hin, sollte ein Beratungs- oder Behandlungsprozess eingeleitet werden. Weitere Erläuterungen hierzu folgen im nächsten Abschnitt. Auch Empfehlungen zur Prävention von Medienabhängigkeit werden beschrieben und welche Strategien geeignet sind.

4. „Odysseus vs. Orpheus / Intervention“ Erkenntnisse zur Prävention und Intervention von Medienabhängigkeit

Odysseus

„Nach Kirkes Rat verstopfte Odysseus seinen Männern vor der Vorbeifahrt an der Insel der Sirenen die Ohren mit Wachs, seine eigenen aber nicht, um deren betörenden Gesang vernehmen zu können, der viele Seefahrer angelockt und ins Verderben gestürzt hatte. Um diesem Schicksal zu entgehen, ließ Odysseus sich am Mast festbinden und konnte daher beim Passieren der Insel der Sirenen deren Lockungen, obwohl er wollte, nicht folgen. Außerhalb ihrer Hörweite war die Gefahr überstanden.“

Homer, Odyssee

versus

Orpheus

Die Argonauten nahmen ihn auf ihrem Zug zur Erlangung des Goldenen Vlieses mit. Orpheus sang so schön, dass er sogar das wütende Meer und die Feinde durch den Zauber seiner Lyra bezwang. Während der Fahrt soll er mit seinem Gesang sogar die Sirenen übertönt haben.

Homer, Ilias u. Odyssee

Suchtgefahren lassen sich meiner Meinung nach gut mit dem Bild der Insel der Sirenen vergleichen: Sie sind anlockend, verheißungsvoll, zunächst vielversprechend und am Ende selbstzerstörerisch.

Dieser Abschnitt behandelt nun Empfehlungen für den Fall, dass Handeln angezeigt ist und ein Beratungs- oder Behandlungsprozess eingeleitet werden sollte. Weil, um in dem Bild zu bleiben, die Segel bereits auf die Insel der Sirenen gesetzt sind, und man noch die Möglichkeit hat, Einfluss auf die gesamte Mannschaft (in diesem Fall die Familie) zu nehmen.

Neben der (wie bereits zuvor erwähnten Anamnese) Bestandaufnahme des Klienten, ist ebenfalls das familiäre Umfeld zu explorieren.

Wie wird in der Familie kommuniziert?

Wie ist das Verhältnis untereinander?

Wie sieht es mit Belohnung und Unterstützung aus?

Welche Fähigkeiten wurden von dem jungen Menschen schon -gemessen an einer altersgerechten Entwicklung- erlernt?

Dies ist ebenfalls mit zu berücksichtigen und in den Prozess einzubinden.

Fasst man nun die Methoden aus ESCapade und dem (immer noch sehr empfehlenswerten) Buch „Computerspielsüchtig?!“ von Grüsser & Thalemann aus 2006 (!) für Kinder und Eltern zusammen sind

- die Wiederherstellung der Kommunikation und Unterstützung in der Familie
- Regeln, Grenzen und Vereinbarungen (bei jungen Erwachsenen besonders wichtig)
- Verstärkerpläne im klassischen Sinne (leider oft vergessen bei der Erziehung)

die ersten und wichtigsten Ziele einer erfolgreichen Intervention und gleichzeitig -wenn vorhanden- die besten Schutzfaktoren. Auch wenn im weiteren Prozess eine stationäre oder ambulante Behandlung des Betroffenen nötig ist, steigern diese Maßnahmen den Behandlungserfolg.

Kinder brauchen Regeln und Grenzen. Gerade dann, wenn Defizite in den Schulleistungen, der Freizeit- und Freundesgestaltung erkennbar werden. Hier hat der Satz „Der Arme wird ärmer und der Reiche wird reicher“ Leitfunktion. Die Angebote des Internets sind leicht zu nutzen und werden beim Erlernen vom Programm auch unterstützt.

Lebens- und Entwicklungsaufgaben hingegen sind schwieriger, bedürfen aber umso mehr der Unterstützung. Wenn ein junger Mensch hierbei Schwierigkeiten hat, ist es fast klar, welchen „Aufgaben“ er sich zuwenden wird.

Was er im Internet lernt wird ja allzu häufig von Medienbefürwortern proklamiert. Hier ist allerdings auch zu hinterfragen, was er in dieser Zeit eben nicht lernt.

In vorangeschrittenem Alter werden Vereinbarungen, die mit dem Jugendlichen (wechselseitig) getroffen werden, wichtiger. Hier sollten auch die positiven Konsequenzen (reale Belohnungen wie z.B. Kinokarten, Führerschein, ein gemeinsamer Ausflug oder das Lieblingsessen) nicht vergessen werden.

Es hat sich gezeigt, dass Kinder und Jugendliche mit gering ausgeprägten Online-Skills einer geringeren Wahrscheinlichkeit ausgesetzt sind ein suchtartiges Verhalten zu entwickeln. Solche mit einer hohen Ausprägung von Online-Skills sind hier schon eher gefährdet. Was dies jedoch für die Medienpädagogik bedeutet ist noch unklar. Zu Recht wird hinterfragt, ob nicht aus der zugrundeliegenden exzessiven Nutzung das angesprochene Online-Skill-Niveau entsteht und erst dadurch eine pathologische Nutzung wahrscheinlicher wird.²⁷

„Orpheus wäre wahrscheinlich auch nicht an den Sirenen vorbei gekommen, wenn Kalliope (eine der Musen und seine Mutter) ihm nicht **vorher**(!) das Singen beigebracht hätte.“

Einige der Leser, die mich aus meinen Vorträgen oder Workshops kennen, wissen, wie ich mit den auch hier verwandten Bildern arbeite. Ich möchte einen Anreiz geben, ein eigenes Bild daraus zu speichern und gut anwenden zu können. Bei Eltern biete ich zum Thema Mediennutzung immer das Bild des „Schwimmen-Lernens“ an. Man beginnt im Kinderbecken, wagt sich dann mit Schwimmflügeln ins Wasser und traut sich schließlich ins Meer. Dabei bleibt man beim Kind bis es selbst in den Atlantik springen kann!

Die hier bewusst ausgewählten alten bis sehr alten Bilder präsentiere ich um zu verdeutlichen, dass es sich um eine neue Sucht handelt, bei der aber die Erkenntnisse aus der Behandlung Suchtkranker und die pädagogischen Werkzeuge aus der Arbeit mit Familien, Kindern und jungen Erwachsenen, immer noch ihre Anwendung finden.

Diese entfalten ihre Wirksamkeit und werden dauerhaft weiterentwickelt. Beim Störungsbild der Medienabhängigkeit handelt es sich also „nur“ um eine weitere dauerhafte Aufgabe zweier gut entwickelter Hilfesysteme.

27 Heslper, 2014, s. Literaturverzeichnis Nr. 4

Literaturverzeichnis

- 1*Quelle: Kompaktbericht zur PINTA-Studie 2011: Gallus Bischof, Anja Bischof, Christian Meyer, Ulrich John & Hans-Jürgen Rumpf Lübeck, Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 2*Quelle: Kompaktbericht zur PINTA-DIARY 2013 Gallus Bischof, Anja Bischof, Christian Meyer, Ulrich John & Hans-Jürgen Rumpf Lübeck, Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 3* „Spielwiese Internet – Sucht ohne Suchtmittel“ Kai Müller Springerverlag 2012
- 4* Quelle Helsper, E. (2014). Vulnerability and excessive Internet use in Adolescents. 5. Symposium des Fachverbandes Medienabhängigkeit e.V. Hannover 31.10.2014; available online: <http://www.fv-medienabhaengigkeit.de> [abgerufen 18.11.2014].



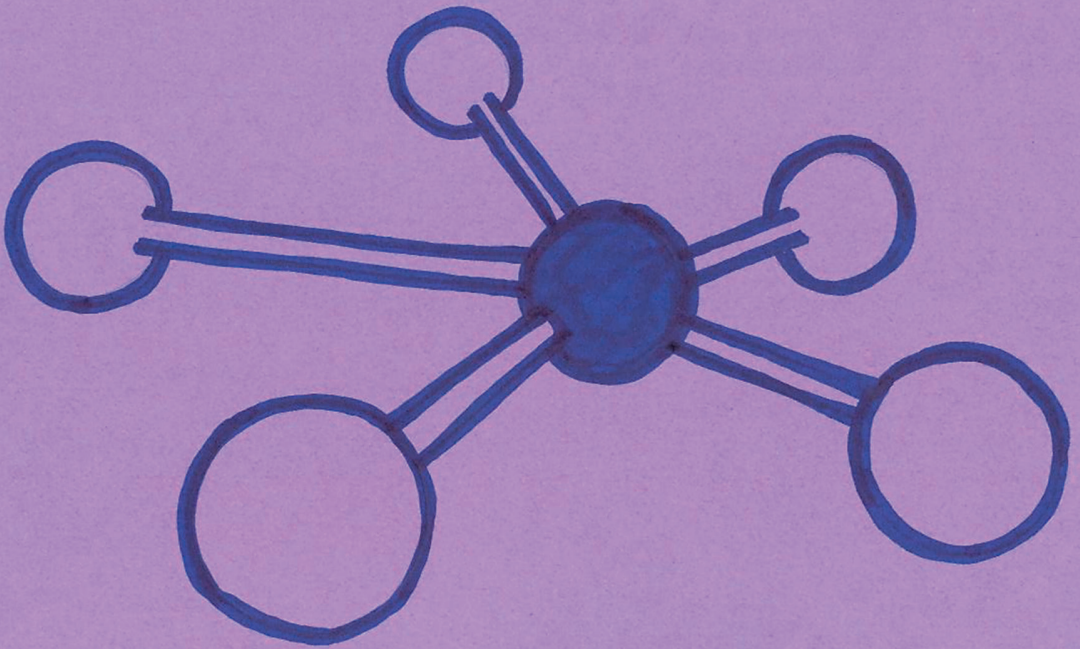
Michael Knothe

HP-Psych./Personal Coach CM

Fachstelle Glücksspielsucht des Rheinkreis Neuss gGmbH
Mitglied im Vorstand des Fachverbandes Medienabhängigkeit e.V.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei Michael Dreier, Dr. Meinolf Bachmann, Ulrike Dickenhorst, allen Mitglieder des Fachverbandes Medienabhängigkeit e.V.(besonders den Vorstandsmitgliedern) und der Fachstelle Glücksspielsucht des Rheinkreis Neuss, Claudia Hüskens, Markus Wirtz und Kai Müller für die gute Zusammenarbeit der letzten fünf Jahre bedanken.

TEIL 4: VERNETZUNG



Einführung

Kinder aus suchtbelasteten Familien und Kinder und Jugendliche mit eigener Suchtproblematik sind nach wie vor eine unterversorgte Gruppe. Um diese Versorgungslücke zu schließen sind Kooperationen an den Schnittstellen der Hilfesysteme unerlässlich.

Die Bandbreite möglicher Kooperationen zwischen der Jugend- und der Suchthilfe reicht derzeit von losen Kontakten im Einzelfall bis zu verbindlichen schriftlichen Kooperationsvereinbarungen.

Grundsätzlich gehören Kooperationen zum beruflichen Alltag, und doch sind sie in der Realität manchmal schwieriger als in der Planungsphase angenommen.

Wichtige Voraussetzungen für eine effektive Kooperation sind:

- Die Kenntnis der Systeme und Strukturen der Institutionen, die als potentielle oder bestehende Kooperationspartner betrachtet werden, und diese Strukturen zu berücksichtigen und ggf. zu nutzen
- Das Erkennen und Berücksichtigen von Systemgrenzen zwischen den verschiedenen Hilfesystemen
- Die Berücksichtigung unterschiedlicher Aufträge der Fachkräfte aus unterschiedlichen Hilfesystemen und
- Die Bereitschaft der Institutionen zeitliche, personelle und materielle Ressourcen einzubringen.

Eckpunkte für eine gelingende Kooperation sind dabei Wertschätzung, Transparenz, Verbindlichkeit, Vertrauen und Motivation.

Kooperation funktioniert, wenn sie von unten – also dort, wo die Arbeit gemacht wird – mit Leben gefüllt wird (bottom up) und gleichzeitig von oben –also von der jeweiligen Leitung- abgesichert wird (top-down).

Wir stellen Ihnen in diesem Kapitel zwei Beispiele für gelungene Kooperationen vor.

Zum einen ist das die Kooperationsvereinbarung aus dem Kreis Gütersloh, die alle Institutionen, die an der Hilfe für Kinder aus psychisch und / oder suchtbelasteten Familien beteiligt sind, einbezieht. In dem Beitrag werden die Voraussetzungen, Maßnahmen und Schwierigkeiten bis zur schriftlichen Vereinbarung beschrieben.

Zum anderen ist es das Aktionsbündnis „Kein Alkohol in Kinderhand“ aus Paderborn. Unter dem Leitgedanken, alle Institutionen, die maßgeblich auf den Jugendschutz Einfluss nehmen können, zu vernetzen, ist das Aktionsbündnis 2008 entstanden und wird seitdem gelebt. Unter der Koordination des Jugendamtes sind die Gesundheitshilfe, Polizei, Ordnungsamt und Wirtschaft beteiligt.

Ein Rahmen schafft Struktur: Vernetzung von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe im Kreis Gütersloh

Zielgruppe:

Eltern mit einer Suchterkrankung oder einer psychischen Belastung und deren Kinder

Zielsetzung:

Hilfebedarfe von Familien mit sucht-/psychisch belasteten Eltern und betroffenen Kindern wahrnehmen und angemessene Hilfen anbieten

Intensivierung der Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe

Inhalt:

Unter Federführung der Sucht- und Psychiatriekoordinatorin des Kreises Gütersloh hat sich Anfang 2005 die Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Sucht“ konstituiert, deren Mitglieder Akteure aus dem Sucht- und Psychiatriebereich sind. Erklärtes Ziel ist es, einen Beitrag zu leisten zur Verbesserung der Versorgungssituation von sucht- und psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen. Als ein erstes Schwerpunktthema hat die Arbeitsgruppe die Belange der Kinder von sucht- oder psychisch kranken Eltern in den Fokus gestellt. Diese Kinder stehen oftmals nach wie vor als „kleine Angehörige“ nur in der zweiten Reihe. Dabei bedarf gerade diese Gruppe besonderer Aufmerksamkeit, zeigen doch die Ergebnisse der Risikoforschung bei den Kindern ein bis zu 6-fach erhöhtes Risiko, selbst später eine psychische Störung oder eine Suchterkrankung zu entwickeln. Die Thematik ist in folgenden Arbeitsschritten behandelt worden:

1) Bedarfsanalyse

Mittels einer Fragebogenaktion wurde eine Erhebung durchgeführt, um zum einen eine valide Größenordnung der Zielgruppe zu ermitteln, zum anderen aber auch inhaltliche Aspekte (z.B. bereits vorhandene oder geplante spezielle Angebote) zu erfragen. Angeschrieben wurden Institutionen im suchtspezifischen und psychiatrischen Versorgungsnetz sowie im Jugendhilfe- und Familienberatungsbereich. Die zahlenmäßige Auswertung des Fragebogens hat einen Anteil von etwa 800 von der Problematik betroffenen Familien im Kreis Gütersloh ergeben, wobei diese Zahl lediglich die „Spitze des Eisberges“ darstellt, da viele Familien oftmals gar nicht in einem Hilfesystem „verankert“ sind.

2) Öffentlichkeitsarbeit

Aufgrund der Relevanz des Problemfeldes ist die Fachtagung „Spannungsfeld Familie - Kinder von sucht-/seelisch belasteten Eltern“ organisiert worden, die mit einer Resonanz von über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf ein hohes Interesse und die Bedeutung des Themenkomplexes schließen lässt. Ziel der Veranstaltung war es, insbesondere Fachkräfte des Gesundheits- und Jugendhilfesystems sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus pädagogischen Einrichtungen für die Situation der betroffenen Kinder zu sensibilisieren und Kooperationen zwischen den verschiedenen Hilfesystemen anzuregen.

Als weiterer wichtiger Baustein der Öffentlichkeitsarbeit ist ein Flyer entwickelt worden, der Basisinformationen für betroffene Familien und für professionelle Kräfte enthält. Das Faltblatt mit Angeboten für sucht-/psychisch belastete Eltern und deren Kinder ist als Printversion sowie auf den Internetseiten des Kreises Gütersloh (www.kreis-guetersloh.de) verfügbar.

3) Förderung der Netzwerkarbeit

Der Dialog zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Suchtmedizin und Jugendhilfe ist notwendig, damit bei Eltern mit einer Suchtbelastung oder psychischen Störungen die Bedürfnisse von betroffenen Kindern - auch unter Präventionsaspekten - berücksichtigt werden können. Zur Entwicklung einer verbindlichen Kooperation zwischen dem Gesundheits- und Jugendhilfesystem hat sich Anfang 2008 eine Arbeitsgruppe gebildet, in der die folgenden Institutionen vertreten sind:

- Abteilung Gesundheit des Kreises Gütersloh
- Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen im Suchtbereich Kreis Gütersloh e.V.
- Jugendämter des Kreises Gütersloh sowie der Stadt Gütersloh
- LWL-Klinikum Gütersloh.

In einem intensiven Kooperationsprozess ist eine schriftliche Vereinbarung zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Suchtmedizin und Jugendhilfe konzipiert und Anfang 2009 von den beteiligten Kooperationspartnern unterzeichnet worden. Die Kooperationsvereinbarung soll als Arbeitshilfe den ständigen und notwendigen Dialog in der Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen fördern. Hauptziel ist es, die Hilfebedarfe von Familien mit sucht-/psychisch kranken Eltern und betroffenen Kindern wahrzunehmen und angemessene Hilfen anzubieten. Durch Informationen über Ansprechpersonen, Abläufe und Konfliktregelungswege soll mehr Handlungssicherheit hergestellt werden. Einen weiten Raum nimmt daher die detaillierte und ausführliche Darstellung der Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten der beteiligten Institutionen - jeweils verknüpft mit

den verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern - ein. Durch einen regelmäßigen und strukturierten Austausch soll die Zusammenarbeit weiterentwickelt und die Qualität der eigenen Arbeit verbessert werden. Ende 2013 ist die Kooperationsvereinbarung aktualisiert und fortgeschrieben worden. Sie berücksichtigt nun zum einen die zwischenzeitlich in eigener Zuständigkeit geführten Jugendämter der Stadt Rheda-Wiedenbrück und der Stadt Verl. Zum anderen sind als wichtige Kooperationspartner die im Trägerverbund organisierten Einrichtungen der freien Jugendhilfe mit in die Vereinbarung aufgenommen worden. Folgende Kommunen und Institutionen sind nunmehr an der schriftlichen Vereinbarung beteiligt:

- LWL-Klinikum Gütersloh
- Bernhard-Salzmann-Klinik, LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen
- Kreis Gütersloh, Abteilung Gesundheit
- Kreis Gütersloh - Abteilung Jugend, Familie und Sozialer Dienst
- Stadt Gütersloh - Fachbereich Familie und Soziales
- Stadt Rheda-Wiedenbrück - Fachbereich Jugend, Bildung und Sport
- Stadt Verl - Fachbereich Jugend
- AWO-Kreisverband Gütersloh e.V.
- Caritasverband für den Kreis Gütersloh e.V.
- CJD Versmold - Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands, gemeinnütziger e.V.
- Deutscher Kinderschutzbund Kreisverband Gütersloh e.V.
- Diakonie Gütersloh e.V.
- Diakonie im Kirchenkreis Halle e.V.
- Jugendwerk Rietberg
- v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel

Als wichtige Elemente der Kooperation haben sich folgende Module herauskristallisiert:

- Steuerungsgruppe

Dieses Gremium (Mitglieder sind Vertreter der Kooperationspartner) bereitet jährliche Arbeitstreffen zur Reflexion und Weiterentwicklung der Zusammenarbeit auf der institutionellen Ebene vor. Auf der Einzelfallebene werden interdisziplinäre Fachgespräche durchgeführt.

- Fortbildung

Zur wechselseitigen Schulung sowie zur bilateralen Information über das jeweils andere Fachgebiet werden entsprechende Fachkonferenzen angeboten.

- Entwicklung konkreter Angebote

Auf der praktischen Arbeitsebene werden Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zwischen den Institutionen ausgelotet. So bietet das AWO Kinderschutz-Zentrum Gütersloh in Kooperation mit dem LWL-Klinikum Gütersloh inzwischen Elternsprechstunden in der familienmedizinischen Ambulanz der Klinik oder in der Beratungsstelle des Kinderschutz-Zentrums an; des Weiteren gehören Einzel-, Eltern-/Paar- und Familiengespräche, gezielte Einzelförderung der Kinder von Patienten, Gespräche mit Angehörigen oder Bezugspersonen sowie eine fachärztliche Beratung zum Portfolio des Angebotes, das unter dem Titel „NischE - Nicht von schlechten Eltern“ läuft.

Zur Unterstützung von Kindern aus Familien mit einer sucht- oder psychischen Erkrankung ist das Projekt „Faba“ - Familien in Balance - entwickelt worden. Dieses Naturprojekt für Kinder entspringt einer ehrenamtlichen Initiative und bietet einer Gruppe von 8 - 10 Jungen und Mädchen im Alter zwischen 8 und 11 Jahren einen Entwicklungsspielraum auf einer Streuobstwiese mit Naturgarten in Gütersloh-Isselhorst. Träger des Projektes sind der Deutsche Kinderschutzbund Kreisverband Gütersloh sowie die Stadt Gütersloh.

Aus der Kooperation zwischen der LWL-Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Halle/Westf. und der Diakonie in Halle/Westf. hat sich eine Gruppe zum Thema „Psychoedukation“ etabliert, die für Kinder zwischen 6 und 10 Jahren geöffnet ist.

Die Familienambulanz am LWL-Klinikum Gütersloh bietet durch familienmedizinische Angebote Eltern und Kindern Hilfe und Unterstützung an.

Das „Besondere“ hinsichtlich der Kooperation zwischen der Jugend- und der Suchthilfe:

Die Herausforderung bei der Zusammenarbeit liegt darin, dass die beiden Hilfesysteme zunächst einmal sehr unterschiedliche Arbeitsaufträge haben: Bei den Fallkonstellationen, bei denen eine Sucht- oder psychische Belastung bei einem Elternteil vorhanden ist, geht es für die Jugendhilfe um erzieherische Hilfen mit dem Fokus auf das Kindeswohl. Für den Gesundheitsbereich

steht die medizinische Behandlung des betroffenen Elternteils im Vordergrund. Über das System Familie sind wiederum beide Hilfebereiche miteinander „verwoben“. Informationen und Kenntnisse über Aufbau- und Ablauforganisation des jeweils anderen Handlungssystems erleichtern es, bei problematischen Familienkonstellationen das jeweils andere System „mitzudenken“.

Stolpersteine:

Die Förderung der Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und dem Jugendhilfebereich ist ein komplexes Thema, zumal bei der Zielgruppe der belasteten Familien noch weitere potentielle Netzwerkpartner (z.B. Kindertagesstätten, Schulen, Jobcenter) einzubeziehen sind. Damit die beteiligten Hilfesysteme nicht parallel und vielleicht sogar gegenläufig mit der Familie arbeiten, ist ein strukturierter Informationsaustausch wichtig. In einem Flächenkreis wie dem Kreis Gütersloh ist zudem aufgrund von unterschiedlichen regionalen Strukturen und Zuständigkeiten - insbesondere im Jugendhilfebereich - ein Synchronisationsprozess erforderlich. Eine schriftlich fixierte Kooperationsvereinbarung stellt dabei ein hilfreiches Instrument dar, mit dem verbindliche Absprachen und ein ständiger Dialog in der Zusammenarbeit ermöglicht werden.



Doris Schlüter

Dipl. Verwaltungswirtin

Sucht- und Psychiatriekoordinatorin in der
Abteilung Gesundheit des Kreises Gütersloh

Paderborner Aktionsbündnis: Kein Alkohol in Kinderhand

Im November 2008 wurde unter der Schirmherrschaft des damaligen Bürgermeisters Heinz Paus, das Paderborner Aktionsbündnis „Kein Alkohol in Kinderhand“ gegründet.

Zu den Vertretern und Vertreterinnen, die das Aktionsbündnis bilden, gehören:

Die Ambulanz und Tagesklinik der LWL-Klinik Marsberg (Kinder- und Jugendpsychiatrie); die AOK NordWest – Regionaldirektion Paderborn, Höxter; der AWO Kreisverband Paderborn; die Barmer GEK Paderborn; der Caritasverband Paderborn e.V.; die Diakonie Paderborn- Höxter e.V.; der Kreis Paderborn; die Kreispolizeibehörde Paderborn; Paderborner Kinderärzte; die Stadt Paderborn (Jugend- und Ordnungsamt); der Stadtsportverband Paderborn e.V.; die Stadtsportjugend im Stadtsportverband e.V. sowie die St. Vincenz Kinderklinik.

Die Koordination des Aktionsbündnisses obliegt dem Jugendamt der Stadt Paderborn, welches durch den Arbeitskreis Suchtprävention als Steuerungsgruppe bei den anfallenden Aufgaben unterstützt wird.

Primäres Ziel des Aktionsbündnisses ist es, für Kinder und Jugendliche ein Lebensumfeld zu schaffen, das es ihnen möglich macht, ohne riskanten Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch aufzuwachsen. Dieses soll durch aktive Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen in Form von Beratung, Aufklärung und Kontrolle geschehen. Im Wesentlichen strebt das Aktionsbündnis dabei Veränderungen auf zwei Ebenen an:

1. Es soll für Kinder und Jugendliche, die bereits eine Alkoholvergiftung durchgemacht haben, eine qualifizierte Versorgung und Weiterbehandlung zur Verfügung gestellt werden, so dass es nicht zu weiteren Krankenhausaufenthalten kommt. Für diejenigen Kinder und Jugendlichen, die durch einen riskanten / missbräuchlichen oder sogar abhängigen Alkoholkonsum auffallen, wird die notwendige Beratung und ggf. Weiterbehandlung eingeleitet.
2. Es soll über regionale, mediale und zielgruppenorientierte Aktivitäten das Bewusstsein für die spezifischen Risiken des Alkoholkonsums und dessen kurz- wie langfristigen Folgen gestärkt werden. Dazu gehören auch die

Förderung eines verantwortungsbewussten Umganges mit Alkohol und die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes bei Veranstaltungen und im Handel.

Die Vernetzung aller Institutionen, die maßgeblich auf den Jugendschutz Einfluss nehmen können, ist der Leitgedanke des Paderborner Aktionsbündnisses „Kein Alkohol in Kinderhand“.

Die aktive Wahrnehmung von Alkoholprävention und Jugendschutz kann nur im Zusammenwirken von Verwaltung, Wirtschaft und allen gesellschaftlichen Gruppen, die das Lebensumfeld von Kindern und Jugendlichen mitgestalten, erfolgen.

Die Kooperationen, die zwischen den einzelnen Institutionen bestehen, führen zu einem besonderen Erfolg des Aktionsbündnisses.

Hervorzuheben sind hier u.a. die enge Zusammenarbeit zwischen Ordnungsamt, Polizei und Jugendamt, die sich in Ihren Tätigkeiten wie z.B. bei Gewerbe- und Jugendschutzkontrollen etc. unterstützen.

Des Weiteren besteht eine gelungene Kooperation zwischen der Anlaufstelle Lobby des Caritasverbandes Paderborn e.V. und der Paderborner St. Vincenz Kinderklinik.

Diese aber auch die vielen anderen Kooperationen der unterschiedlichen Akteure bilden die Grundlage für eine effektive und ganzheitliche Prävention auf unterschiedlichen Ebenen des Aktionsbündnisses „Kein Alkohol in Kinderhand“.

Maike Dannewald

Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin B.A.

Stadt Paderborn

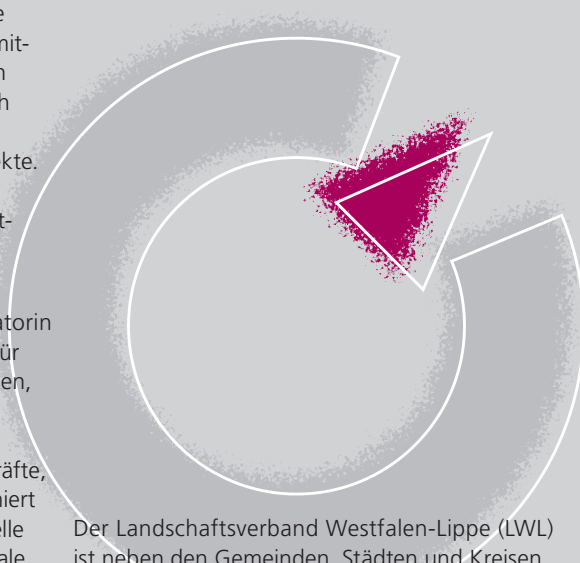
Jugendamt

Kinder- und Jugendschutz

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Rauschmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die mehr als 730 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.

Die LWL-KS ist als Beraterin und Koordinatorin der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Facheinrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler, aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse sowie die aktuelle Gesetzgebung und moderiert die kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 27.600 Fachkräfte zu Suchtthemen in Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen. Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzenden Arbeitsfeldern unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus. Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten Modellprojekte sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung.



Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur. Der LWL wird durch ein Parlament mit 116 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.



LWL-KOORDINATIONSSTELLE

Sucht Fragen Sie uns
doch einfach.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Schwelingstraße 11

48145 Münster

Tel.: +49 251 591-3267

Fax: +49 251 591-5484

E-Mail: kswl@lwl.org